

Psychiatrietage 2008



Junge psychisch kranke Menschen - Mögliche Auswege aus der Hilflosigkeit



Universitäre
Psychiatrische
Dienste Bern

PD Dr. med. Holger Hoffmann



Mögliche Wege aus der Hilflosigkeit

Problemfelder

Lösungsstrategien

Erstkontakt

Normalisierung statt Stigmatisierung

Cannabis &
Psychose

Programme zur nachhaltigen Abstinenz

Rebellion

Gelassenheit statt Machtkampf

Resignation

Recovery-Ansatz

Teilhabe am
Arbeitsleben

Supported Employment



Erstkontakt mit der Psychiatrie

Stigmatisierung

vs.

Normalisierung



Behandlungsschwerpunkt

Der **Schwerpunkt**
psychiatrischer Aktivitäten sollte heute
in der **Gemeinde** liegen
und nur in Ausnahmefällen
in der Klinik!



Gemeindepsychiatrie

Bessere Lebensqualität

Behandlung in möglichst natürlichem
Umfeld

Prinzip der „least restrictive alternative“

Vermeidung von Zwang u. Ausgrenzung

Soteria Bern

INTERESSENGemeinschaft
sozialpsychiatrie BERN





Wie wirkt Soteria?

Zusammenwirken von psycho- und
milieutherapeutischen
Einzelaspekten zum Faktor der
“nachhaltigen emotionalen
Entspannung”

Luc Ciompi





Atmosphäre in Soteria

- Kleines, möglichst normales (entmedikalisiertes), transparentes, entspannendes (low-EE) und reizgeschütztes Milieu
- Rolle der (Innen-)Architektur
- Respektvolle Haltung und Kommunikationsstil der Mitarbeitenden (Atmosphärenarbeiter)
- Tätige Gemeinschaft in Peer Gruppe
- „Weiches Zimmer“ und „Dabei Sein“





Atmosphäre in Soteria

Soteria Bern war weder in ihren Anfängen entmedikalisiert noch ist sie es heute.

Aber ihre Atmosphäre ist weitgehend entmedikalisiert!

Gerade dadurch wirkt sie therapeutisch.



Gemeindenahe Akutbehandlung

- Nachgehend-aufsuchende
Behandlung
- Einbezug des relevanten Umfeldes
- Home Treatment

Mögliche Wege aus der Hilflosigkeit

Problemfelder

Lösungsstrategien

Erstkontakt

Normalisierung statt Stigmatisierung

Cannabis &
Psychose

Programme zur nachhaltigen Abstinenz

Rebellion

Gelassenheit statt Machtkampf

Resignation

Recovery-Ansatz

Teilhabe am
Arbeitsleben

Supported Employment



Cannabiskonsum vor Soteria-Eintritt

2005: n = 60

63% aller PatientInnen

76% aller < 30 Jahre



Cannabiskonsum von Jugendlichen

- Knapp die Hälfte der 13 - 29-jährigen min. 1x versucht
- Durchschnittliche Einstiegsalter 14,5 Jahre
- 13% kiffen regelmässig
- Jeder dritte jugendliche Kiffer ist ein Problemfall
- „Je früher, umso riskanter“



Cannabis

Risiken

- Amotivations-Syndrom
- Schulschwierigkeiten
- Abhängigkeit (bei 10-15% der Konsumenten)
- Entzugssymptomatik
- Verfrühter Ausbruch einer Schizophrenie

Cannabis und Psychose

- Wer bereits mit 15 Jahren zu kiffen begann, hatte ein dreimal höheres Risiko psychotisch zu werden.
Arseneault et al. (2002)
- Diejenigen, die nach Ausbruch der Psychose weiterhin Cannabis konsumieren, haben ein grösseres Risiko, einen kontinuierlichen Krankheitsverlauf mit mehr Positivsymptomen zu haben.
Grech et al. (2005)
- Junge cannabiskonsumierende Männer erkranken im Schnitt mit 24,6 Jahren, sechs Jahre früher an Schizophrenie als solche, die kein Cannabis konsumiert haben, Frauen dagegen nur gut vier Jahre früher mit 28,9 Jahren.
Arendt et al. (2005)



Cannabis und Psychose

Ziel der Soteria Bern:

Nachhaltige Abstinenz zur
Schizophrenie-Sekundär- und
Tertiärprävention





Cannabis-Behandlungskonzept der Soteria

- individuell abgestimmte Behandlung
 - verbindliche, schriftliche Behandlungsvereinbarung:
 - Abstinenz für die Dauer des gesamten Aufenthaltes
 - Teilnahme an den gemeinsamen Aktivitäten
 - medikamentöse Behandlung
 - Einhalten der Ausgangsregelung
 - Kündigungsgründe
 - Begleitung des Entzuges
 - Einzel-, Gruppen- und Familiengespräche
 - Standortgespräche
 - Rückfallmanagement und Nachbetreuung
- 



Chronifizierung

Junge psychisch Kranke
chronifizieren heute in der
Gemeinde





Chronifizierung

Die Chronifizierung der
Psychopathologie entsteht durch
eine längerdauernde Interaktion
zwischen der Krankheit, der
Person und deren Umfeld



“High-Energy, High-Demand“ Gruppe

- ziehen von einer Institution zur andern um das zu erhalten, was sie verlangen.
Ansonsten wollen sie mit der Psychiatrie nicht zu tun haben.
- instabile Stimmungen, Interessen und Beziehungen
- haben geringe Frustrationstoleranz, agieren, kommen oft mit dem Gesetz in Konflikt
- sind häufig Drehtür-Patienten, mobil und obdachlos

Sheets et al. 1982





“Low-Energy, Low-Demand“ Gruppe

- sind meist bereits in Jugendjahren mit Psychiatrie in Berührung gekommen
- fühlen sich in der Patientenrolle wohl
- akzeptieren ambulante Dienste und machen in psychiatrischen Programmen mit
- sind passiv und wenig motiviert
- sind häufig früh „ausgebrannt“

Sheets et al. 1982





„High-Functioning, High-Aspiration“ Gruppe

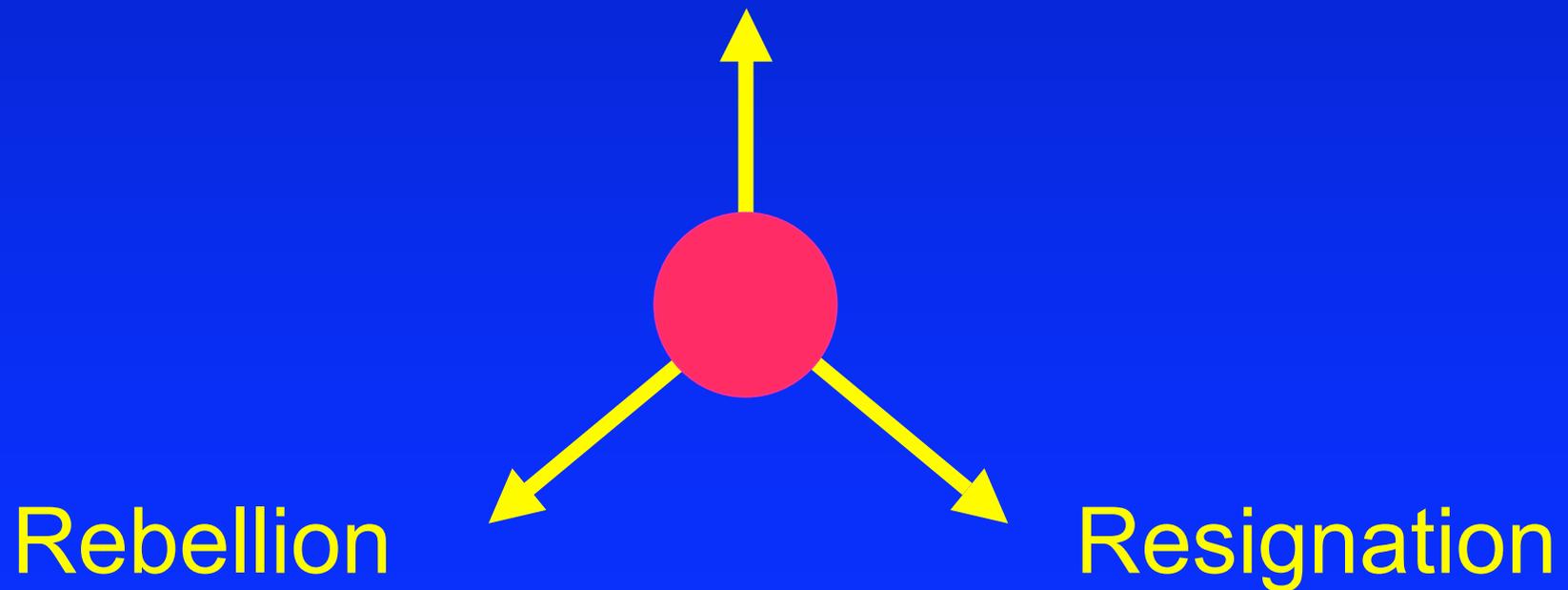
- oft aus höheren sozio-ökonomischen Schichten und ihre äussere Erscheinung ist gepflegter
- erst kurze Zeit in der Psychiatrie, mit der sie oft wegen einer Suchtproblematik in Kontakt gekommen sind
- wünschen nicht als Patienten aufzufallen, sondern möchten sich in die Bevölkerung integrieren

Sheets et al. 1982



Junge chronisch psychisch Kranke

Recovery & Rehabilitation



Mögliche Wege aus der Hilflosigkeit

Problemfelder

Lösungsstrategien

Erstkontakt

Normalisierung statt Stigmatisierung

Cannabis &
Psychose

Programme zur nachhaltigen Abstinenz

Rebellion

Gelassenheit statt Machtkampf

Resignation

Recovery-Ansatz

Teilhabe am
Arbeitsleben

Supported Employment



Rebellion

Was macht einen jungen
Patienten schwierig?



Ergebnisse “Berner YACP-Studie“

1. Die Berner YACPs unterscheiden sich nicht von den in den USA beschriebenen.
2. YACPs unterscheiden sich von den älteren chronischen Patienten nicht nur durch ihr jugendliches Verhalten, sondern auch durch ihre Psychopathologie und psychosoziale Variablen.
3. Die obere Alterslimite von 35 Jahren ist diskriminierend.
4. Die Patienten der „High-Energy, High-Demand“ - Untergruppe unterscheiden sich von den YACPs der beiden anderen Untergruppen.

Hoffmann et al. 1993





Heavy User

20% der hospitalisierten Patienten
belegen 2/3 aller Klinikbetten!



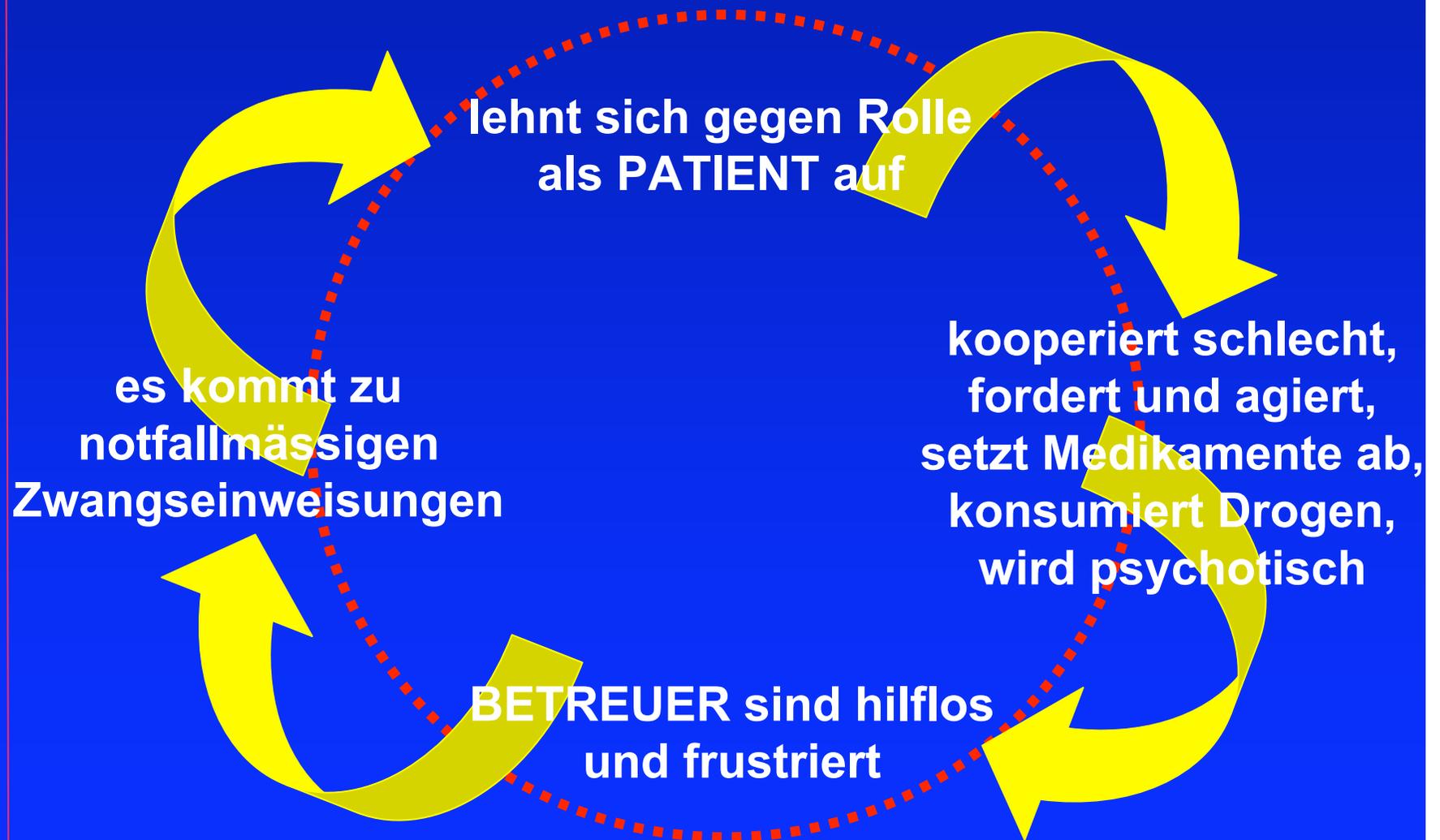


Gründe für wiederholte Hospitalisierungen

- jugendliches Alter
- schlechte Krankheitseinsicht
- mangelnde Medikamentencompliance
- frühe Ersthospitalisation
- vorgängig wiederholt hospitalisiert
- Klinikaustritt gegen ärztlichen Rat
- inadäquate Benutzung der Nachbetreuung
- aggressives und feindseliges Verhalten
- Schizophrenie
- Suchtverhalten



Teufelskreis der Hilfslosigkeit





Rebellion:
Mögliche Wege aus der Hilflosigkeit

- Gelassenheit statt Machtkampf
- Harm Reduction
- Eigenverantwortung fördern
- Case Management
- Integrierte Versorgung



Prinzipien der Langzeitbehandlung

Case Management und Langzeitbetreuer-Team (Assertive Community Team)





Aufgaben des Langzeitbetreuerteams

- **K**ontinuität
- **K**ommunikation
- **K**onsens
- **K**ooperation
- **K**oordination



Integriertes Gemeindepsychiatrisches Zentrum

- Akut- und Rehab- Betten
- Tagesklinikplätzen
- Gemeindeintegriertes Ambulatorium
 - Case Management (ACT -Team)
 - Aufsuchende Betreuung
- Tagesstätte
- Betreute Wohnangebote

Ein Team für eine Versorgungsregion!





Integriertes Gemeindepsychiatrisches Zentrum

Vorteile:

- Alles in einem:
 - ein Team
 - Behandlungskontinuität
 - kurze Kommunikationswege
 - Entstigmatisierung
- Synergien:
 - Personal
 - Räume
 - Therapieangebote

Mögliche Wege aus der Hilflosigkeit

Problemfelder

Lösungsstrategien

Erstkontakt

Normalisierung statt Stigmatisierung

Cannabis &
Psychose

Programme zur nachhaltigen Abstinenz

Rebellion

Gelassenheit statt Machtkampf

Resignation

Recovery-Ansatz

Teilhabe am
Arbeitsleben

Supported Employment



Breite Palette von Einrichtungen

Es braucht

nicht

geeignete Patienten

für bestehende Einrichtungen,

sondern für jeden Patienten

geeignete Einrichtungen!



Chronifizierung

Was ist unser Beitrag zur
Chronifizierung?





Risiken der Langzeitbehandlung

Gemeindepsychiatrie

=

Psychiatriegemeinde

• Tagesstätte als tagesstrukturierende Kontaktstätte

- niedrige Zugangsschwelle
- verbindliche Unverbindlichkeit
- tätige Gemeinschaft
- Arbeit als Beziehungsangebot
- sofortige Entlohnung



Endstation Rehabilitation

- Befragung von 264 in WfB Beschäftigten bezüglich Zukunftserwartung in einem Jahr.
45 (17%) erwarteten einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.
Bei Nachuntersuchung ein Jahr später hatten lediglich 6 (2.3%) einen solchen Arbeitsplatz.

(Eikelmann & Reker 1994)

- Lediglich 10% von 471 in ambulanter Arbeitstherapie, WfB oder Selbsthilfefirmen Beschäftigten arbeiteten nach 3 Jahren auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

(Reker et al. 1998)



'Recovery'

- Häufigkeit von 'Genesung', z.B. 40% deutliche Verbesserungen nach 6 Jahren bei schizophrenen Störungen (Review von [Hegarty et al. 1994](#))
- Unterschiedliche Definitionen: Professionelle vs. Betroffene
- Häufige Verwendung: eher 'Erholung' als 'Gesundung', naher Bezug zu 'Rehabilitation'
- Betroffene: Betonung der subjektiven Seite der Rehabilitation: Hoffnung, Motivation, Sinn



Recovery-Konzepte

beschreiben die Entwicklung aus den Beschränkungen der Patientenrolle heraus hin zu einem selbstbestimmten, sinnerfüllten Leben. Es handelt sich dabei meist um individuell fortlaufende Prozesse, die sich an für die einzelnen betroffenen Menschen wesentlichen Werten und Zielen orientieren.

Amering & Schmolke 2007



Recovery-Elemente 1

Bradstreet S. 2004

- **Hoffnung:** Recovery ist ohne Hoffnung nicht möglich. Es gibt keine Veränderung ohne den Glauben, dass ein besseres Leben sowohl möglich als auch erreichbar ist.
- **Bedeutung und Sinn:** Menschen finden Bedeutung und Sinn in verschiedenen Bereichen des Lebens, z.B. durch Spiritualität und starke zwischenmenschliche oder gemeinschaftliche Verbindungen.

Recovery-Elemente 2

Bradstreet S. 2004

- **Potenzial zur Veränderung:** Es besteht das Potenzial zur Veränderung von der pessimistischen Auffassung von psychischer (chronischer) Erkrankung hin zu einem Verständnis von Krankheitsepisoden als Entwicklungs- und Lernerfahrungen.
- **Kontrolle:** Recovery kann verstanden werden als das subjektive Erleben, dass man die Kontrolle über das eigene Leben wieder zurückgewonnen hat.

Recovery-Elemente 3

Bradstreet S. 2004

- **Aktive Teilnahme:** Vom passiven Empfänger von Hilfeleistungen ohne Mitsprache zur aktiven Übernahme von persönlicher Verantwortung, oft im Zusammenarbeit mit Freunden, Familie, Unterstützern und Professionellen. Dabei können Selbstmanagement-Techniken, um mit Symptomen der Erkrankung umzugehen, hilfreich sein.

Recovery-Elemente 4

Bradstreet S. 2004

- **Ganzheitlicher Ansatz & soziale Einbeziehung:**
Recovery bedeutet die Einbeziehung aller Elemente, die für die Lebensqualität des Menschen wichtig sind, etwa das Geniessen von guter Gesundheit und Wohlbefinden, beeinflusst von einer Bandbreite von sozialen, Umwelt- und individuellen Faktoren.

Recovery-Elemente 5

Bradstreet S. 2004

- **Umwelt:** Äussere Faktoren, wie z.B. Stigma und Diskriminierung, Berufstätigkeit und Ausbildungsmöglichkeiten, Wohnsituation, soziale Ausgrenzung, haben einen starken Einfluss auf Recovery
- **Optimistischer und realistischer Ansatz:** Recovery ist selten ein linearer Prozess. Menschen werden Zeiten haben, in denen der Recovery-Prozess aufgrund der Erkrankung verlangsamt ist.





Recovery-Elemente 6

Bradstreet S. 2004

- **Kreativer Umgang mit Risiken:** Dies wird gefordert anstelle von Risikomanagement als dem bisherigen Hauptanliegen in therapeutischen oder Rehabilitationsbemühungen.

Mögliche Wege aus der Hilflosigkeit

Problemfelder

Lösungsstrategien

Erstkontakt

Normalisierung statt Stigmatisierung

Cannabis &
Psychose

Programme zur nachhaltigen Abstinenz

Rebellion

Gelassenheit statt Machtkampf

Resignation

Recovery-Ansatz

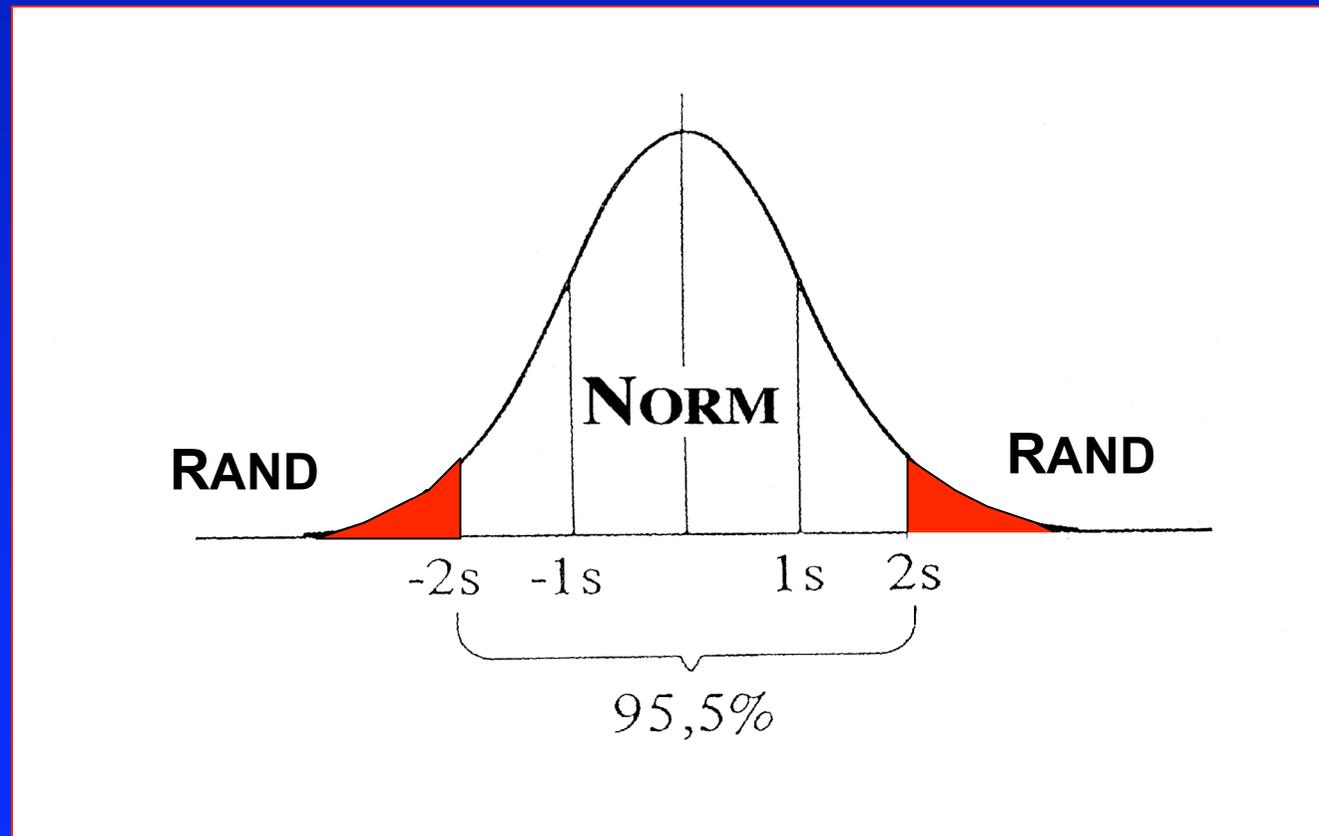
Teilhabe am
Arbeitsleben

Supported Employment

•
•
•
Worin besteht unser Ziel?

**Ziel unserer
Rehabilitationsbemühungen
ist Integration
und nicht Ausgrenzung!**

Der Sandhaufen als Beispiel einer normalverteilten Gesellschaft



Der Rand stützt die Norm

Kritik an Wiedereingliederungsmassnahmen

- Setzen zu spät ein
- Sehr teuer
- Auch bei hoher Eintrittsselektion nur bescheidener Integrationserfolg (5-30%)
- Finden im geschützten Rahmen statt
- Integration meist nicht rentenmindernd
- Zeitliche Befristung: Begleitung am Arbeitsplatz endet mit Massnahme
- Hohes Risiko des Stellenverlustes innert 12 Monaten
- Fazit: **Keine Nachhaltigkeit!**





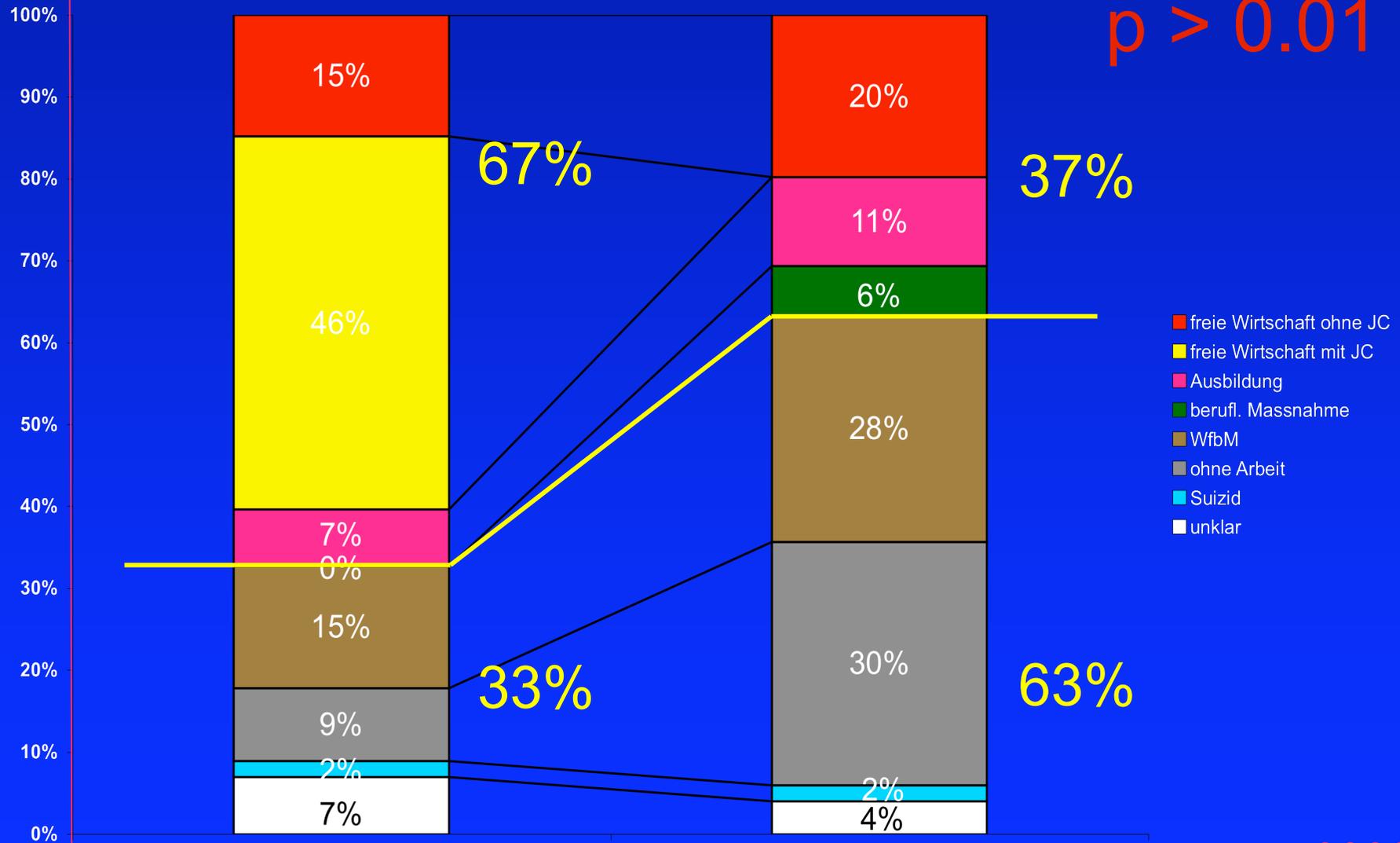
JOB COACH PROJEKT

Supported Employment

- Kompetitiver Arbeitsplatz in freier Wirtschaft
- Betreuung durch „Job Coach“
- Zeitlich unbeschränkt
- Tariflich entlohnt
- Anreizsystem für Arbeitgeber



Outcome JCP vs. Kontrollgruppe



Psychiatrietage 2008



Danke!

hoffmann@spk.unibe.ch

