

1 Reden bringt nichts? – Vom Erfolg der Psychotherapie in der Psychosebehandlung

» *We can talk*« (W. Fenton)

1.1 Psychotherapie – in evidenzbasierten Behandlungsleitlinien empfohlen

In allen international publizierten Behandlungsleitlinien wird Psychotherapie für die Routineversorgung empfohlen. Angesichts der noch immer anzutreffenden Skepsis gegenüber Psychotherapie bei Psychosen soll dies hier zu Beginn ausdrücklich festgestellt werden.

Im Kontext der sogenannten evidenzbasierten Medizin spielen Behandlungsleitlinien eine herausragende Rolle. Behandlungsleitlinien entstehen in einem komplexen Entwicklungsprozess und berücksichtigen sowohl den aktuellen Stand der Wirksamkeitsforschung zu den einzelnen Therapieverfahren als auch die Einstellungen und Meinungen aller in einem bestimmten Gebiet aktiven Gruppierungen. In nahezu allen entwickelten Gesundheitssystemen gibt es solche Behandlungsleitlinien.

Die britische Leitlinie des National Institute of Clinical Excellence (NICE) in der aktuellen Fassung von 2009 wird international wahrgenommen als Leitlinie mit der anspruchsvollsten Methodologie (National institute for health and clinical excellence, 2009). Hier wird die Empfehlung für die Durchführung von Familieninterventionen sowie für die Durchführung von kognitiv behavioraler Psychotherapie mit dem stärksten Empfehlungsgrad gegeben. Diese Empfehlungen basieren auf einer inzwischen großen Anzahl von Metaanalysen (Lincoln, Wilhelm & Nestoriuc, 2007; Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling & Engel, 2001; Wykes, Steel, Everitt & Tarrrier, 2008), die übereinstimmend zu dem Schluss kommen, dass diese Interventionsstrategien einen zwar moderaten, aber kontinuierlich nachweisbaren Effekt haben. Die deutschsprachige Leitlinie der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2006), kam zu vergleichbaren Empfehlungen, empfiehlt darüber hinaus die Durchführung psychoedukativer Interventionen in der Post-Akutphase sowie in der Stabilisierungsphase.

Die meisten Behandlungsleitlinien strukturieren die Empfehlungen im Zusammenhang mit den verschiedenen Behandlungsphasen. Häufig werden dabei die Prodromalphase, die Akutphase, die Stabilisierungsphase sowie die stabile Phase unterschieden. Für den Bereich der stationären Psychotherapie sind dabei insbesondere die Empfehlungen für die Akut- sowie die Stabilisierungsphase von besonderer Bedeutung. Betrachtet man die Empfehlungen der deutschsprachigen Leitlinie, so sind im Bereich der stationären Versorgung die Einbeziehung der Angehörigen und psychoedukative Interventionen mit Patienten besonders wich-

tig. Psychoedukation ist jedoch im Kontext der hier zugrunde liegenden Studien als eine umfassende Intervention zu verstehen, die über den Aspekt der Information hinaus psychotherapeutische Ansprüche erfüllen und einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten umfassen sollte.

Der Anspruch des hier vorgestellten Therapiemanuals ist es, ein Modell einer leitliniengerechten stationären Psychotherapie vorzustellen. Weitergehende Behandlungsempfehlungen, z.B. für die Durchführung kognitiver Verhaltenstherapie zur Reduktion persistierender Positivsymptomatik sowie zur Stabilisierung und Rückfallverhütung, weisen dem gegenüber deutlich über den stationären Rahmen hinaus. Diese Interventionen können sicherlich auch im stationären Rahmen begonnen und durchgeführt werden. Es erscheint jedoch sinnvoll, dass zunächst die genannten Interventionsstrategien in systematisch organisierter Weise in die Behandlungskonzepte der stationären Versorgung Eingang finden.

1.2 Psychotherapie im Kontext von Pharmako- und Soziotherapie

Psychotherapeutische Interventionen sind Teil der Gesamtbehandlung schizophrener Patienten. Zu jedem Zeitpunkt der Behandlung ist es sinnvoll, diese drei Behandlungsdimensionen (Psycho-, Pharmako- und Soziotherapie) aufeinander abzustimmen.

Die Pharmakotherapie spielt insbesondere in der Akutphase der Erkrankung eine große Rolle. Es ist aus Studien zum Vergleich von antipsychotisch wirksamen Medikamenten mit Placebo erwiesen, dass Antipsychotika die Positivsymptomatik bei der überwiegenden Anzahl der Patienten reduzieren oder gar zum Abklingen bringen können (Leucht, Arbter, Engel, Kissling & Davis, 2009; Leucht, Corves, et al., 2009). Angesichts der häufig desaströsen Auswirkungen von Wahn, Halluzinationen, Erregungszuständen oder formalen Denkstörungen ist die antipsychotische Medikation hier ein zentraler Aspekt der Behandlung. Wenn dies erfolgreich ist, sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung sowie die soziale Integration des Patienten¹ deutlich erhöht.

Andererseits hat der psychotherapeutische Zugang zum Patienten eine besondere Bedeutung, da vom ersten Moment der Kontaktaufnahme an eine reflektierte Beziehungsgestaltung entscheidend für die Zusammenarbeit zwischen Behandlungsteam und Patient ist.

1 Wir haben zur Benennung von Patientinnen und Patienten, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Ärztinnen und Ärzten jeweils die maskuline Form gewählt. Dies dient ausschließlich zur Vereinfachung des Sprachgebrauchs. Wir bitten dafür um Verständnis.

Weiterhin spielt die antipsychotische Medikation im Bereich der Rückfallverhütung eine große Rolle. Neben der Wirksamkeit in der Akutphase ist es weiterhin klar erwiesen, dass die regelmäßige Einnahme von Antipsychotika die Wahrscheinlichkeit für Rückfälle senkt (Kishimoto et al., 2013; Leucht et al., 2012). Vor diesem Hintergrund gibt es auch für diese Indikation eine klare Behandlungsempfehlung in den evidenzbasierten Leitlinien.

Jedoch sind auch die Grenzen der antipsychotischen Medikation in den vergangenen Jahren zunehmend klarer geworden. Es ist nicht zu erwarten, dass die antipsychotische Medikation großen Einfluss auf die kognitiven Störungen und die primäre Negativsymptomatik hat. Insbesondere in der Stabilisierungsphase wird deutlich, dass hier viele Fragen für die Optimierung der Behandlungsstrategien unbeantwortet sind.

Nicht zuletzt sind die unerwünschten Wirkungen der antipsychotischen Medikation ein großes Thema für die Betroffenen. Es würde in diesem Zusammenhang zu weit führen, die unterschiedlichen Nebenwirkungen im Detail zu erläutern. Diesbezüglich ist auf die einschlägige Literatur zu verweisen. Für die Betroffenen stellt sich die Situation so dar, dass die positiven Wirkungen der Medikamente nicht ohne spürbare Nachteile zu haben sind. Viele Betroffene erleben sich durch die Medikamente beeinträchtigt, insbesondere hinsichtlich ihrer emotionalen Reagibilität. Die körperlichen Aspekte der Nebenwirkungen (Gewichtszunahme, sexuelle Dysfunktionen, motorische Einschränkungen) sind häufig unangenehm. Grundsätzlich haben viele Patienten Vorbehalte gegenüber längerfristiger Medikamenteneinnahme und wägen für sich das Nutzen-Risiko-Verhältnis anders ab, als dies in Behandlungsempfehlungen von Professionellen geschieht. Vor diesem Hintergrund ist es eine wesentliche Behandlungsaufgabe, die individuelle Auseinandersetzung der Betroffenen mit der antipsychotischen Medikation zu begleiten und einen ausreichenden Informationsstand sicherzustellen. Das Ziel ist dabei, eine informierte Entscheidung des Patienten zu unterstützen.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht überraschend, dass viele Patienten die Einnahme von Antipsychotika ablehnen. Es wird berichtet, dass bis zu 89 % der Patienten die Medikation sehr schnell wieder absetzen (Richardson, McCabe & Priebe, 2013). Angesichts der weiteren Behandlungsmöglichkeiten ist es nicht angemessen, allein wegen Ablehnung der Pharmakotherapie eine Entlassung aus der stationären Behandlung vorzunehmen. Die psycho- und sozialtherapeutischen Behandlungsstrategien sollten dann – wenn der Patient hier mitarbeitet – trotzdem weitergeführt werden. Studien zum Erfolg von Psychotherapie bei Ablehnung der Medikamenteneinnahme wurden in den vergangenen zwei Jahrzehnten für nicht angemessen gehalten. Vor dem Hintergrund der erfolgreichen Evaluation von kognitiver Verhaltenstherapie liegt jetzt wieder eine Pilotstudie mit Hinweisen auf Wirksamkeit auch bei Ablehnung der Medikamenteneinnahme vor (Morrison et al., 2012).

Eine umfassende Behandlung von Patienten mit schizophrenen Störungen ist darüber hinaus dadurch gekennzeichnet, dass intensive sozialtherapeutische Unterstützung erforderlich ist. Im deutschen Gesundheitssystem findet sich eine Vielzahl von Einrichtungen und Diensten, die die unterschiedlichen Aspekte

des sozialen Lebens fokussieren und den Betroffenen hier Hilfestellung und Unterstützung anbieten. Das sozialpsychiatrische Versorgungssystem ist sehr differenziert, jedoch auch durch eine große Heterogenität, wenn nicht gar Zersplitterung, gekennzeichnet. Es ist erst nach längerer Einarbeitung auch für die Professionellen möglich, sich in der Vielzahl der Institutionen und Einrichtungen zurechtzufinden und die jeweils geeignete Einrichtung zu empfehlen. Die Identifizierung des jeweils individuellen Hilfebedarfs ist eine wesentliche Behandlungsaufgabe.

Für die psychotherapeutische Behandlung steht hierbei im Vordergrund, die individuelle Auseinandersetzung mit dem Hilfebedarf zu unterstützen. Die Situation zu akzeptieren, auf umfangreiche Hilfe zur Bewältigung sozialer Funktionsdefizite angewiesen zu sein, ist ein großer Schritt für die Betroffenen. Im weiteren Verlauf ist es eine große Aufgabe, die eigene Initiative nicht in den Hintergrund treten zu lassen, obwohl Hilfen in Anspruch genommen werden.

Es wäre darüber hinaus auch falsch, anzunehmen, dass allein durch die Vermittlung eines Patienten in eine geeignete Institution die relevanten Fragen und Anliegen des Betroffenen bereits geklärt wären. Es ist ja nicht die Einrichtung, die den Patienten unterstützt, sondern es sind immer die in der Einrichtung tätigen Menschen, die nach unterschiedlichen Konzepten vorgehen und eine unterschiedliche Form von Beziehung anbieten. Die konkrete Ausgestaltung der Arbeit hat also auch hier, ähnlich wie bei der Pharmakotherapie, immer psychotherapeutische Aspekte.

Somit ist – zumindest aus der Perspektive der Autoren – eindeutig, dass pharmakotherapeutische, soziotherapeutische und psychotherapeutische Aspekte in sinnvoller Weise und phasengerecht so kombiniert werden müssen, dass sich für die Betroffenen ein schlüssiges und für sie akzeptables Behandlungsangebot ergibt. Zugespitzt halten wir es nicht für eine angemessene Behandlung, ein Antipsychotikum zu geben und den Patienten in eine Betreuungseinrichtung weiter zu vermitteln. Das hier vorgestellte Behandlungskonzept soll deutlich machen, wie in der Routineversorgung der psychotherapeutische Behandlungsaspekt angemessen umgesetzt werden kann.

1.3 Orientierung am Selbstmanagement-Ansatz

Psychotherapie bei Menschen mit schizophrenen Psychosen ist Psychotherapie wie bei allen anderen Patienten auch. Dies zu betonen ist uns wichtig, da in der Psychotherapie-Literatur oft so argumentiert wird, als sei bei dieser Störung grundsätzlich alles anders. Es gibt nur wenige Ausnahmen, die auf störungsspezifischen Besonderheiten basieren und auf die später noch einzugehen ist.

Im Spektrum der kognitiven Verhaltenstherapie ist der Selbstmanagement-Ansatz von Kanfer et al. (2000) sehr einflussreich. Dieser Ansatz kann durch einige zentrale Begriffe charakterisiert werden:

1. Das Problemlösemodell wird als konzeptioneller Rahmen dieses Ansatzes formuliert. Psychotherapie ist hiernach ein unterstützter Problemlöseprozess, bei dem Menschen mit einer psychischen Erkrankung mit professioneller Hilfe schwierige Lebenskrisen bewältigen. Dieser Problemlöseprozess kann in sieben Phasen eingeteilt werden, die von der Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen (1) und Motivationsförderung (2) über die Problemanalyse (3) und Zielfindung (4) zur Planung und Durchführung von Interventionsschritten (5) reicht und nach einer Evaluation des Erfolgs (6) zum Therapieende (7) führt. Die Strukturiertheit dieses Rahmens ist gerade bei schweren psychischen Störungen von Vorteil.
2. Menschen werden als aktiv handelnde Individuen verstanden. Dies ist zunächst eine programmatische Aussage. In der Arbeit mit Psychose-Betroffenen kann insbesondere aufgrund der Negativsymptomatik der Eindruck von Passivität entstehen. Gleichwohl gilt hier dieser Anspruch, der dann für die Zielfindung und die Vereinbarungen über Interventionsschritte relevant ist.
3. Autonomie und Selbstverantwortlichkeit sind zentrale Konzepte. Diese Verantwortungszuschreibung hilft bei der Beziehungsgestaltung sehr und greift aktiv die Befürchtung vieler Psychose-Betroffener auf, in der Behandlung entmündigt und bevormundet zu werden. Auf der Basis einer solchen Verantwortungszuschreibung kann eine gleichberechtigte Beziehung etabliert werden.
4. Motivationale Faktoren werden in den Mittelpunkt von Veränderungsprozessen gerückt. Die durchgängige Beachtung der motivationalen Gesamtsituation des Betroffenen und auch die motivationale Situation für jeden einzelnen Schritt wird sehr stark betont. Die motivationale Ausgangssituation bei Psychose-Betroffenen ist häufig schwierig und wird durch dieses Konzept angemessen angesprochen.
5. Psychotherapie wird als zielorientierte begrenzte Zusammenarbeit verstanden. Auch dieser Aspekt ist für die Arbeit mit Psychose-Betroffenen hilfreich und arbeitet Befürchtungen entgegen, in der Psychotherapie »alles« von sich Preis zu geben und die Kontrolle über den Prozess zu verlieren.

Wir haben bei der Strukturierung des vorliegenden Buches die o.g. sieben Phasen vor Augen gehabt und die Gliederung danach erarbeitet. Wir beginnen mit der Darstellung der typischen Ausgangsbedingungen, bearbeiten Fragen der Beziehungsgestaltung, der Motivationsförderung, der Problemanalyse und Zielfindung. Damit wollen wir den Weg in die Zusammenarbeit mit den Betroffenen darlegen. Dann folgt eine Beschreibung der vielen Aufgaben für Einzelgespräche, die im vorgegebenen Rahmen oft sehr knapp gehalten bleibt und künftig auch ausbaufähig ist. Die Motivationsarbeit ist auch Gegenstand der Orientierungsgruppe, die anschließend im Detail beschrieben wird. Die Arbeit am Krankheits- und Behandlungskonzept mit den Betroffenen wird als Gruppentherapie im Anschluss vorgestellt.

1.4 Rahmenbedingungen stationärer Psychotherapie

Eine wesentliche Besonderheit psychotherapeutischer Arbeit im Krankenhaus im Vergleich zur Ambulanz ist, dass Psychotherapie hier angemessen nur als Teamleistung konzeptualisiert werden kann. Patienten haben intensive Behandlungsbeziehungen zu ganz verschiedenen Berufsgruppen. Zu nennen sind insbesondere der Pflegedienst, der Sozialdienst, Arbeits- und Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Kunsttherapeuten. In der Regel wird ein Arzt oder Psychotherapeut die Fallkoordination innehaben und insofern für zentrale Behandlungsfragen zuständig sein. Dennoch sind es oft Angehörige anderer Berufsgruppen, zu denen Patienten Beziehungen haben, die für sie besonders wichtig sind.

In der alltäglichen Arbeit spielt neben der Berufsgruppe die persönliche Erfahrung des Teammitglieds und sein »Standing« im Behandlungsteam eine sehr große Rolle. Kompetenz und Erfahrung ist oft mindestens so wichtig wie formale Qualifikation.

Regelmäßige Besprechungen über die Behandlungskonzeption sind unerlässlich. Allen Teammitgliedern soll klar sein, welche Therapieinhalte zu welchem Zeitpunkt von wem umgesetzt werden. Für besondere Behandlungsverläufe und schwierige Situationen müssen Zeiten für Fallbesprechungen, Intervention und Supervision zur Verfügung stehen.

Die Versorgungssituation in psychiatrischen Krankenhäusern ist in den vergangenen Jahren vor allem durch hohen Kostendruck sowie Verdichtung sämtlicher Arbeitsprozesse gekennzeichnet. Daraus erwächst im Bereich der Psychotherapie die Gefahr, dass die erforderlichen personellen Ressourcen nicht (mehr) zur Verfügung stehen. Die nachfolgend vorgestellte Konzeption erfordert einen Zeitrahmen von sechs bis acht Wochen stationärer Behandlung. Bei weiterer Verkürzung der Verweildauer wäre noch intensiver darüber nachzudenken, welche Aufgaben stationär und welche weitergehenden Behandlungsaufgaben im ambulanten Kontext anzugehen sind.

1.5 Evaluation des Therapiemanuals

Das hier vorgestellte Therapiekonzept wurde seit den 1990er Jahren entwickelt und stetig fortgeschrieben. Es orientiert sich an der wissenschaftlichen Literatur zur Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie, Familieninterventionen, Psychoedukation, und auch neuer Entwicklungen wie z. B. dem metakognitiven Training, soweit der jeweilige Stand der Evaluation dieses begründen kann. Es ist Teil des Routine-Versorgungsangebots der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, die die Sektorversorgung für den Landkreis Tübingen innehat. Es hat sich in der Praxis bewährt und kann daher für sich

in Anspruch nehmen, unter diesen Bedingungen auch langfristig durchführbar zu sein.

Mit Förderung durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) wurde der konzeptionelle Kern des vorliegenden Buchs in einer randomisierten Therapiestudie überprüft (Klingberg et al., 2010). 169 Patienten gaben ihre Einwilligung zur Teilnahme an dieser Studie, wurden randomisiert und entweder auf eine Spezialstation oder auf eine andere offen geführte, allgemeinspsychiatrische Station (ohne einen definierten Behandlungsschwerpunkt) zugewiesen und dort mit identischer personeller Ausstattung versorgt. Es konnte gezeigt werden, dass die Patienten, die an diesem Spezialprogramm teilgenommen haben, in den ersten sechs Monaten nach Entlassung eine niedrigere Rückfallrate aufwiesen als die Patienten, die allgemeinspsychiatrisch behandelt wurden. In einer längerfristigen katamnestic Untersuchung verlor sich dieser Effekt jedoch im späteren Verlauf, da hier keine weitere spezifische psychotherapeutische Unterstützung angeboten werden konnte. Dies war mit den Mitteln aus der stationären Versorgung nicht zu leisten. Die Studie konnte somit eindeutig zeigen, dass eine spezifische psychotherapeutische, auf Rückfallverhütung angelegte Behandlung eine Verbesserung gegenüber dem gegenwärtigen Status der Routineversorgung darstellt.

Seit Beendigung dieser Studienphase im engeren Sinne wurde das Programm neuen Entwicklungen angepasst. Insbesondere die generelle Bedeutung der Psychotherapie für die Behandlung psychotischer Störungen, neue Erkenntnisse im Bereich der psychologischen Vulnerabilitätsfaktoren, sowie auch Weiterentwicklungen zur Unterstützung der Patienten beim Aufbau von Behandlungsmotivation wurden einbezogen.

2 Von ungünstigen Ausgangsbedingungen zum gemeinsamen Ziel

If the patient does not come back, you're not going to change his behavior (F. Kanfer)

2.1 Ungünstige Ausgangsbedingungen

Nur wenige Betroffene kommen in die Klinik, weil sie aktiv die Unterstützung nachfragen. Zumeist haben Angehörige oder Therapeuten auf die stationäre Aufnahme gedrängt oder die Aufnahme wurde im Rahmen eines Unterbringungsverfahrens gegen den Willen des Patienten erwirkt. Diese Situation ist in erster Linie durch Symptome der Erkrankung selbst begründet. Im Frühverlauf der beginnenden Psychose steht oftmals die Negativsymptomatik im Vordergrund. Initiativmangel, Ambivalenz, sozialer und emotionaler Rückzug wirken sich dahingehend aus, dass aktives Nachsuchen nach Unterstützung oft ausbleibt. Angehörige und Freunde haben kein klares Konzept der Erkrankung, können die Erlebnisse und Verhaltensweisen des Betroffenen nicht einordnen und sind oftmals überfordert. Kommt im weiteren Verlauf der Erkrankung die Positivsymptomatik hinzu, verschärft sich die Situation. Misstrauen den nahen Angehörigen sowie auch Ärzten und anderen Helfern gegenüber verhindert, dass hilfreiche Unterstützungsangebote in Anspruch genommen werden. Bei ausgeprägten psychotischen Zuständen kommt es häufig zu schwerwiegenden Konflikten, nicht selten begleitet von aggressiven Handlungen und Erregungszuständen. Häufig wird in solchen Situationen von Angehörigen, Nachbarn oder sonstigen Beteiligten die Polizei gerufen, die den Patienten dann zur Klinik bringt. Unter motivationalen Aspekten ist dies der denkbar ungünstigste Fall, da hier nicht mit einer Mitarbeit des Patienten gerechnet werden kann.

Weiterhin kommen Aufnahmen mit zumindest passivem Einverständnis der Betroffenen zustande. Dies ist insbesondere der Fall, wenn drohende Rückfälle früh genug erkannt wurden und eine Wiederaufnahme als die bessere Alternative erscheint. Darüber hinaus ist es bei einem unterstützenden familiären Hintergrund häufig möglich, dass der Rat von Familienangehörigen durch die Betroffenen befolgt wird.

Es kommt leider nur selten vor, dass die Betroffenen selbst aktiv um Hilfe nachsuchen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn durch überfordernde soziale Bedingungen (insbesondere am Arbeitsplatz oder in der häuslichen Umgebung), aktiv nach Entlastung gesucht wird.

Im weiteren Krankheitsverlauf spielen darüber hinaus die Erfahrungen aus den vorangegangenen Behandlungen eine große Rolle. Je weniger kooperativ diese Behandlungen verliefen, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Betroffener weitere Behandlung ablehnt, um nicht in die Situation zu kommen, die eigene Autonomie oder Selbstwertschätzung bedroht zu sehen.

Aus diesen Überlegungen heraus wird klar, dass jede Behandlung zwingend eine Strategie zum Umgang mit der ungünstigen motivationalen Ausgangssituation erfordert. Diese motivationale Arbeit zieht sich durch jeden Behandlungsbestandteil und soll in den weiteren Abschnitten immer wieder angesprochen werden. Gleiches gilt für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung, die die Grundlage der gemeinsamen Arbeit mit den Patienten darstellt. Ausgangspunkt jeder Intervention muss ein (zumindest impliziter) Behandlungsauftrag sein, der regelmäßig überprüft werden sollte.

2.2 Therapeutische Beziehung: konstruktive Gestaltung schwieriger Bedingungen

2.2.1 Beziehungsangebote

Nach unserer Überzeugung sind Menschen mit schizophrenen Psychosen Menschen wie alle anderen auch und sollten dies in der Beziehung zu Behandlungsteams auch so erfahren. Besonderheiten der Beziehungsangebote von Betroffenen ergeben sich vor allem aus der Symptomatik:

- Viele Betroffene haben eine Tendenz zum sozialen und emotionalen Rückzug und vermeiden intensiven Kontakt.
- Es fällt vielen schwer, die Motive und Absichten anderer Menschen einzuordnen.
- Viele Betroffene haben teilweise geringe soziale Kompetenz.
- Viele stehen anderen Menschen misstrauisch gegenüber, bis hin zu wahnhaften Befürchtungen über bedrohliche Absichten anderer Menschen.
- Viele Betroffene hören Stimmen.
- Viele Betroffene sind in ihrer kognitiven Verarbeitungskapazität eingeschränkt.
- Angesichts von Erfahrungen des Scheiterns und der Stigmatisierung in sozialen oder beruflichen Kontexten sind viele Betroffene in ihrem Selbstwert bedroht und sehr sensibel in Bezug auf Wertschätzung durch andere Menschen.

Vor diesem Hintergrund gestalten Menschen mit schizophrenen Psychosen Beziehungen u. a. mit den folgenden Motiven. Wir haben diese zur Veranschaulichung in der ersten Person formuliert:

- »Mir ist meine Autonomie sehr wichtig. Ich möchte selbstständig und eigenverantwortlich meine Angelegenheiten regeln. Bevormundung möchte ich nicht erleben.«
- »Ich möchte ruhige Orte und vertrauenswürdige Menschen um mich haben. Sicherheit ist mir wichtig. Mir liegt an einfachen, überschaubaren, konfliktfreien Verhältnissen.«

- »Ich spreche nicht gern darüber, aber manchmal wächst mir alles über den Kopf und ich wäre froh, ich hätte es leichter. Dann wäre es schön, wenn jemand anderes sich um mich kümmern würde. Aber wie soll ich dann noch gut von mir denken und wie soll ich jemand anderem vertrauen?«

Im Sinne einer komplementären Beziehungsgestaltung sollte daher das therapeutische Beziehungsangebot vor allem durch die folgenden Aspekte charakterisiert sein:

- Respekt vor der Autonomie: Zu jeder Zeit sollte die Beziehung so gestaltet sein, dass sich die Betroffenen als selbstverantwortliche Individuen wahrnehmen können, die für Entscheidungen in Bezug auf die eigene Person verantwortlich sind. Therapeuten können dabei unterstützen und begleiten, sollten aber nicht ungefragt Verantwortung übernehmen. Auch wenn Therapeuten gelegentlich den Eindruck haben werden, dass die Betroffenen mit ihrer Situation überfordert sind, kann therapeutische Verantwortungsübernahme immer nur die Ausnahme sein, die letztlich im Einverständnis mit dem Patienten erfolgt.
- Autonomie der Betroffenen vs. Behandlungsverantwortung des Krankenhauses: In den Fällen, wo die Betroffenen Grenzen gesetzlicher oder sozialer Regeln überschreiten, steht der Autonomie der Betroffenen die Behandlungsverantwortung des Behandlungsteams entgegen. In einem solchen Fall ist in klarer und nachvollziehbarer Weise auf die Konflikthaftigkeit dieser Situation hinzuweisen und sind dem Betroffenen die verschiedenen Möglichkeiten darzulegen. Respekt vor der Autonomie bedeutet hier nicht, dass die Betroffenen die Regeln neu definieren, sondern insbesondere dass die Aspekte, die ein Patient selber entscheiden und verantworten muss, explizit auch in seiner Verantwortung bleiben.
- Transparenz und Offenheit: Alle wesentlichen Dinge sollten gemeinsam mit dem Patienten und in einer für ihn nachvollziehbaren Weise besprochen werden, die Person des Therapeuten sollte für den Patienten einschätzbar sein, hierzu kann auch begrenzte Selbstöffnung des Therapeuten beitragen, Motive der Behandler sollten explizit benannt werden.
- Angebot des Rückzugs: Den Betroffenen sollte ausreichend Gelegenheit gegeben werden, sich zurückzuziehen und frei von sozialen Anforderungen Zeit zu verbringen.
- Die Interaktionssituation sollte möglichst strukturiert sein, die von Therapeuten gewählte Sprache sollte möglichst klar und einfach gewählt sein.
- Selbstwert fördern: Angesichts der vielen Stigmatisierungserfahrungen von Patienten mit schizophrenen Psychosen ist entscheidend, explizit und interaktionell zum Aufbau eines positiven Selbstbilds der Betroffenen beizutragen. Dies kann explizit durch Verweis auf berühmte Persönlichkeiten, durch Verweis auf Erfolge anderer Patienten und prinzipielle Überlegungen zu Gesundheit und Krankheit erfolgen. Interaktionell kann dies ebenfalls durch ein hohes Maß an Respekt vermittelt werden, das das Behandlungsteam den Patienten gegenüber zeigt.