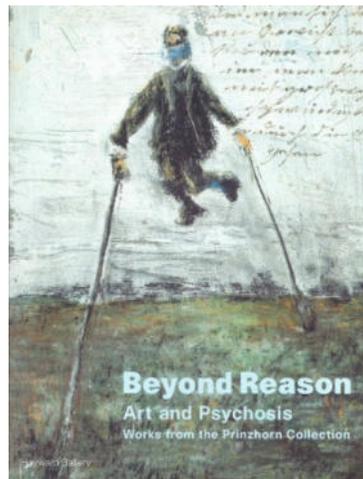


Psychiatrie neu denken – Begleiten statt Behandeln



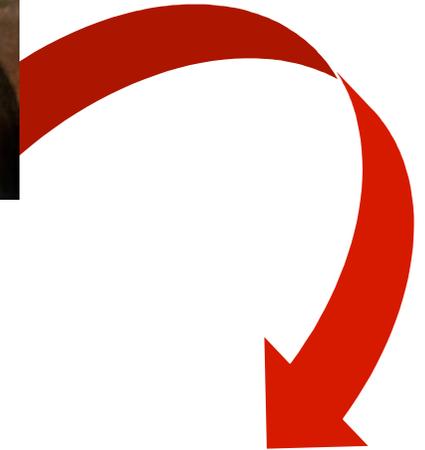
Bozen – Hilfeleistung Psychiatrie

Verband ARIDANE – Tagung 14.10.2021

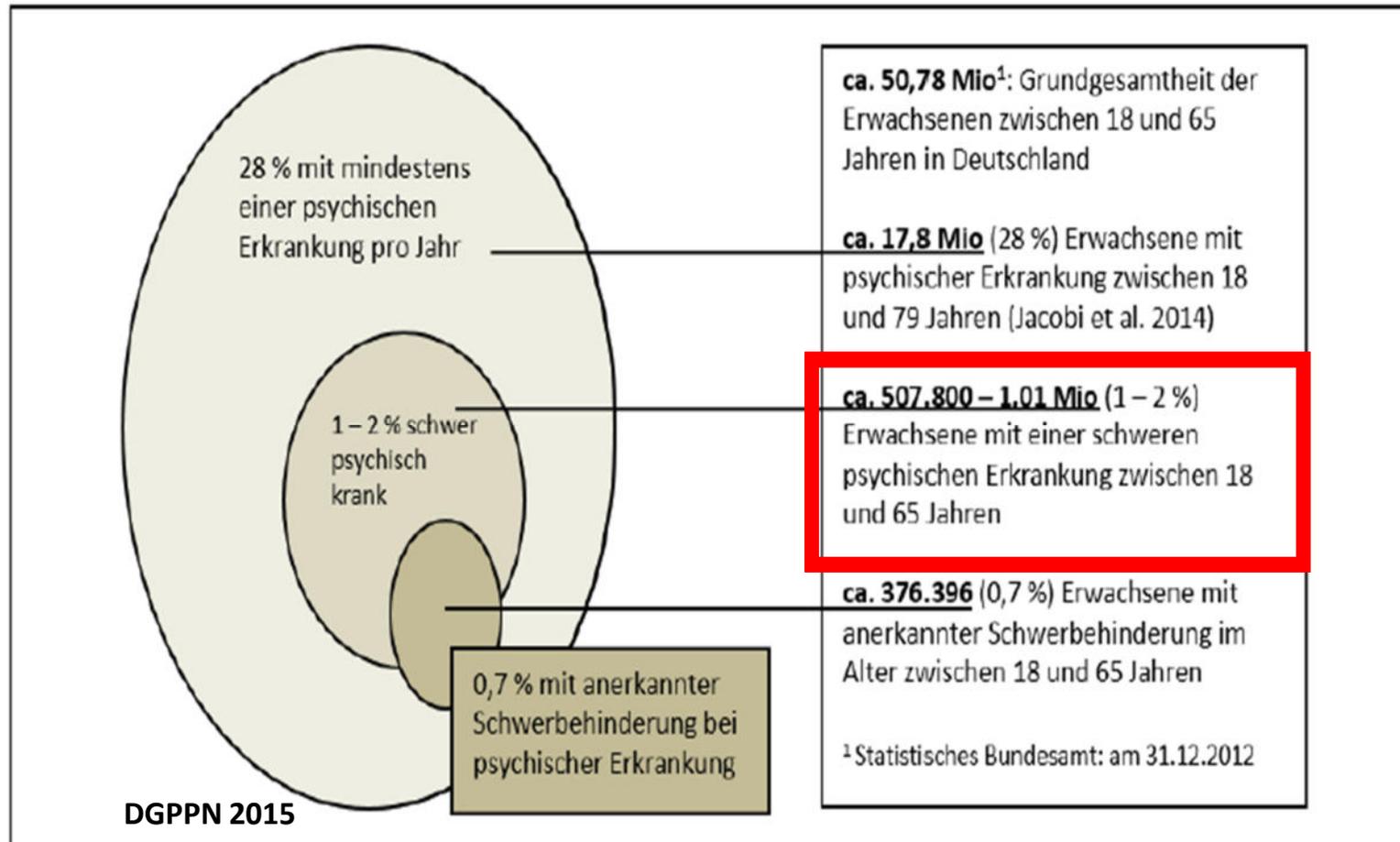
Stefan Weinmann, 14.10.2021

Elemente hilfreicher Psychiatrie

1. **offen** (im direkten wie im übertragenen Sinn, also ohne Zwang, unterstützend und erreichbar),
2. **responsiv** (also zugewandt, flexibel, wandlungsfähig und personenzentriert, nicht institutionenzentriert)
3. **sozial** (das soziale Umfeld einbeziehend)

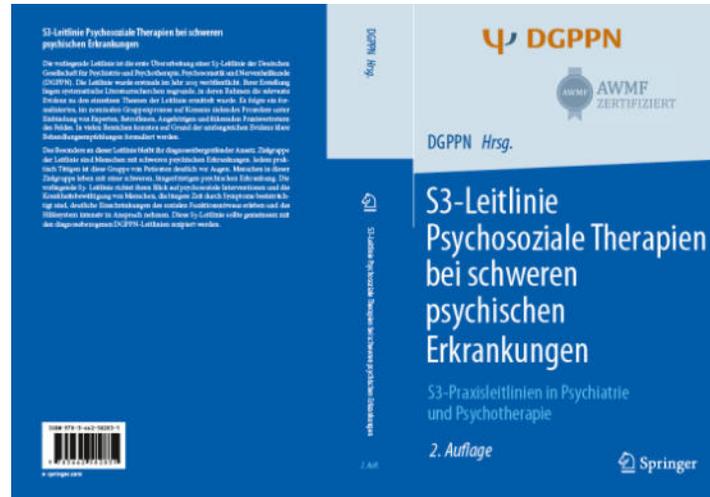


Wer ist betroffen?



„Chronische psychische Erkrankung“

- *Bis zur Psychiatrie-Reform 70er/80er Jahre:*
 - Patienten psychiatrischer Großkrankenhäuser
- *Heute:*
 - Lang andauernd
 - Keine vollständige Heilung
 - Risiko von Rezidiven/ Verschlechterungen
 - Andauernde oder wiederkehrende Inanspruchnahme des Gesundheitssystems
 - Kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich, ohne die eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist



„Schwere psychische Erkrankung“ = Severe mental illness (SMI)

(1) Bestimmte psychiatrische Diagnosen

- **Schizophrenie**
- **Schwere affektive Störungen**
- **Schwere Persönlichkeitsstörungen**
- **Schwere Angststörungen**
- **Schwere Zwangsstörungen**

Demenz?
Sucht?

(2) Krankheitsdauer über längere Zeit: mind. 2 Jahre

(3) Erhebliche Auswirkungen auf Aktivitäten des täglichen Lebens

(4) Intensive (nicht immer zielgerechte) Nutzung des Versorgungssystems

Integration in Arbeit

bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

- 50 % **keinerlei Erwerbstätigkeit** im erwerbsfähigen Alter
- 20% in **Werkstätten für behinderte Menschen (60.600)**: ca. 800 Mill €
Anstieg um 16% seit UN-BRK; 180 €/Mon; Übergang 1. Arbeitsmarkt:
0,1%
- 15 % in **Tagesstätten** (14.000)
- 3,6 % in **beruflicher Rehabilitation** (3.400): **Erfolgsquote 15%**, sehr teuer
- **10 %** ein regulärer **Arbeitsplatz 1. Arbeitsmarkt**
- 50% **Frühberentungen**: Verdopplung seit 2000

BMAS Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen 2013; RKI 2015; Gühne 2015

Teilhabe – die Realität

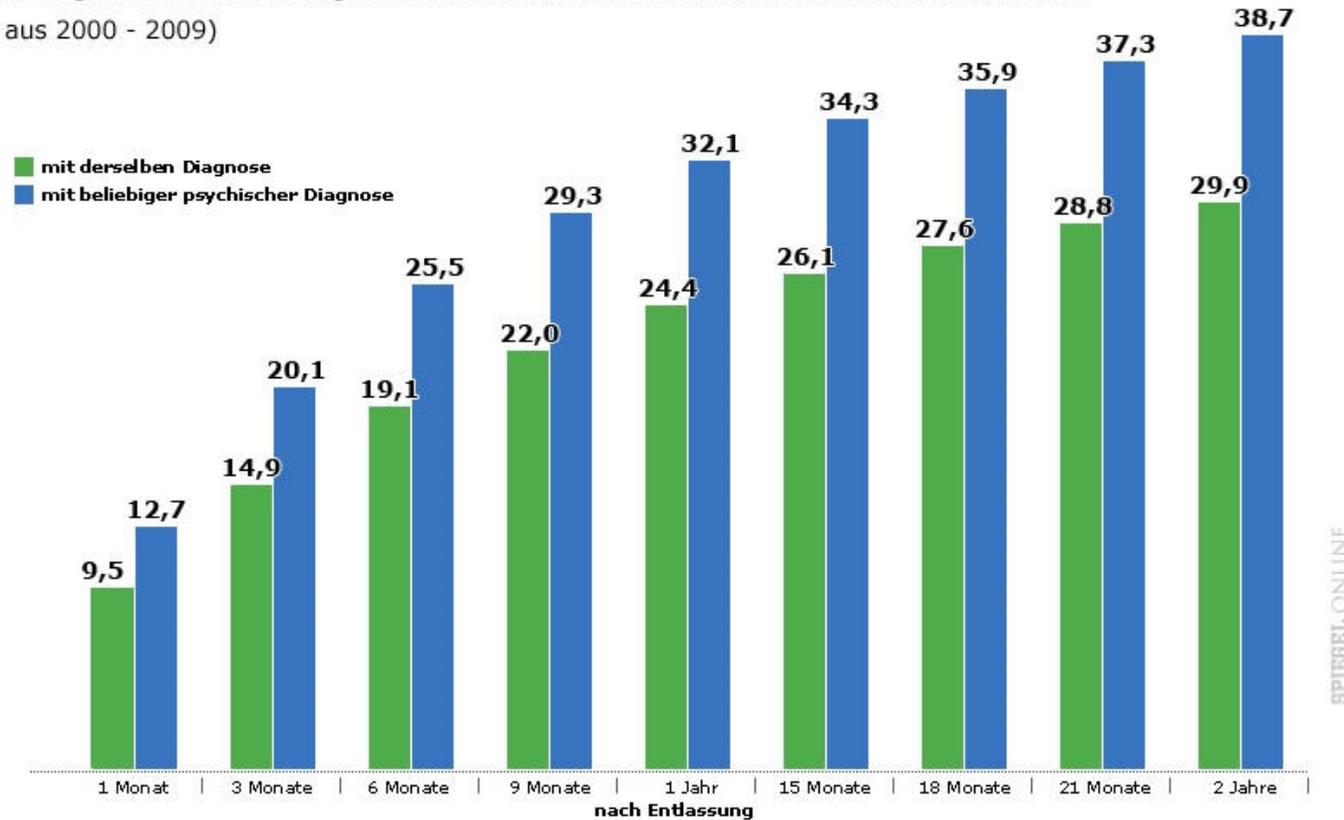
- Trotz der in den vergangenen Jahrzehnten in der Jugendhilfe, in Frühinterventionszentren und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bereitgestellten erheblichen Ressourcen ist der **Erkrankungsbeginn der Hälfte der Eingliederungshilfe-EmpfängerInnen vor dem 20. Lebensjahr.**
- 12% kein Schulabschluss, 41% kein Berufsabschluss und 40% reguläre Arbeit oder geschützte Beschäftigung
- Sie bleiben im System hängen und von der „Fürsorge“ abhängig → **„Karriere“ im Hilfesystem**

Erfolgreiche moderne Psychiatrie?

Viele kommen wieder

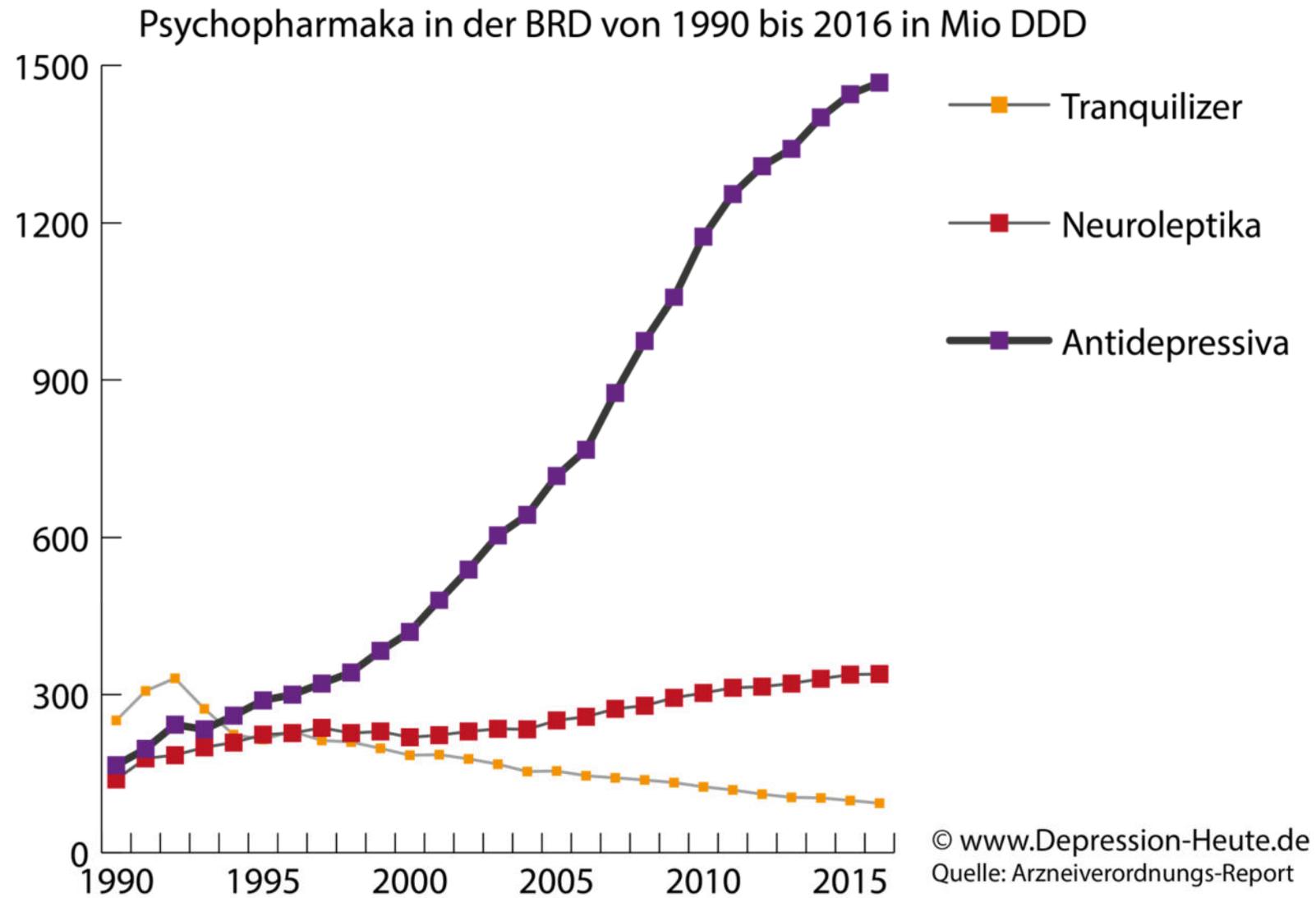
Von 100 wegen affektiver Störungen stationär Behandelte wurden erneut stationär behandelt

(Fälle aus 2000 - 2009)



Quelle: BARMER GEK Report Krankenhaus 2011

Verordnungen



Die strukturelle Krise der Psychiatrie

- **Herausforderungen** im Fachgebiet: schwierige Situationen: Desintegration, Verzweiflung, Gewalt, Stigma, soziale Brüche...
- Hohe Rate gesetzlicher Betreuungen, hohe Rate von Unterbringungen
- Hohe Rate an Anwendung von Zwang in Kliniken
- Wenig Einbezug der Familie/Freunde in die Behandlung
- Zunahme Wohnungs- und Obdachlose psychisch Kranke
- Geringe Arbeitsintegration, zunehmende Frühverrentung
- *Immer wiederkehrende Krankheitsepisoden*
- *Kaum Psychotherapie für Menschen mit schweren Krisen*
- *Zu frühe, zu hohe Medikation, Polypharmazie*
- *Experten aus Erfahrung selten + kaum feste Anstellung*
- **Systembedingte Chronifizierung?**



UN-Behindertenrechtskonvention

Artikel 17 Schutz der Unversehrtheit der Person

- Jeder Mensch mit Behinderungen hat gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit.



UN-BRK- eine neue Qualität des Diskurses

- Erneuter Anstoß der Debatte um Selbstbestimmung in der psychiatrischen Versorgung
- Radikale Abkehr von psychiatrischer Bevormundung und grundlegender Respekt von Persönlichkeitsrechten
- Politische Verankerung des Anspruchs auf autonome Lebensführung und Wahlmöglichkeiten
- Aufhebung verschiedener Landesgesetze zur Zwangsbehandlung
- Reform des Betreuungsrechtes



Psychiatrie als Fachgebiet der Medizin

Veränderungen/Abweichungen von Denken und Verhalten sind medizinisch begründbar, sollten „behandelt“ werden (zur Not auch mit Zwang)

Es wird von einer grundlegenden **somatischen (neurobiologischen) Pathologie** ausgegangen (*die wir nur noch nicht verstehen*)

Die **Diagnose** begründet die **Krankenrolle**, der Patient wird (teilweise) aus der Verantwortung entlassen

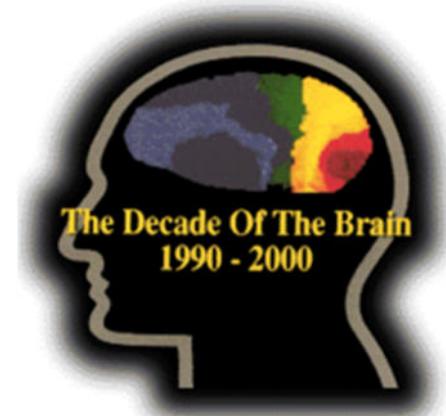
Psychiatrische „Interventionen“ sollten in Studien untersucht worden sein (experimentell überprüft)



(Bildgebung bei der Schizophrenie)

„... die meisten Volumenverluste treten in der *Frühphase der Erkrankung* auf...“

„... *Störung neuronaler Netzwerke* ...“



„Methodische Neuentwicklungen erlauben eine zunehmend differenziertere Analyse *früh angelegter hirnstruktureller Veränderungen*...“

„*Hirnstrukturelle Veränderungen* können das Ansprechen auf Therapien präzisieren...:“

(Pharmakotherapie der Schizophrenie)

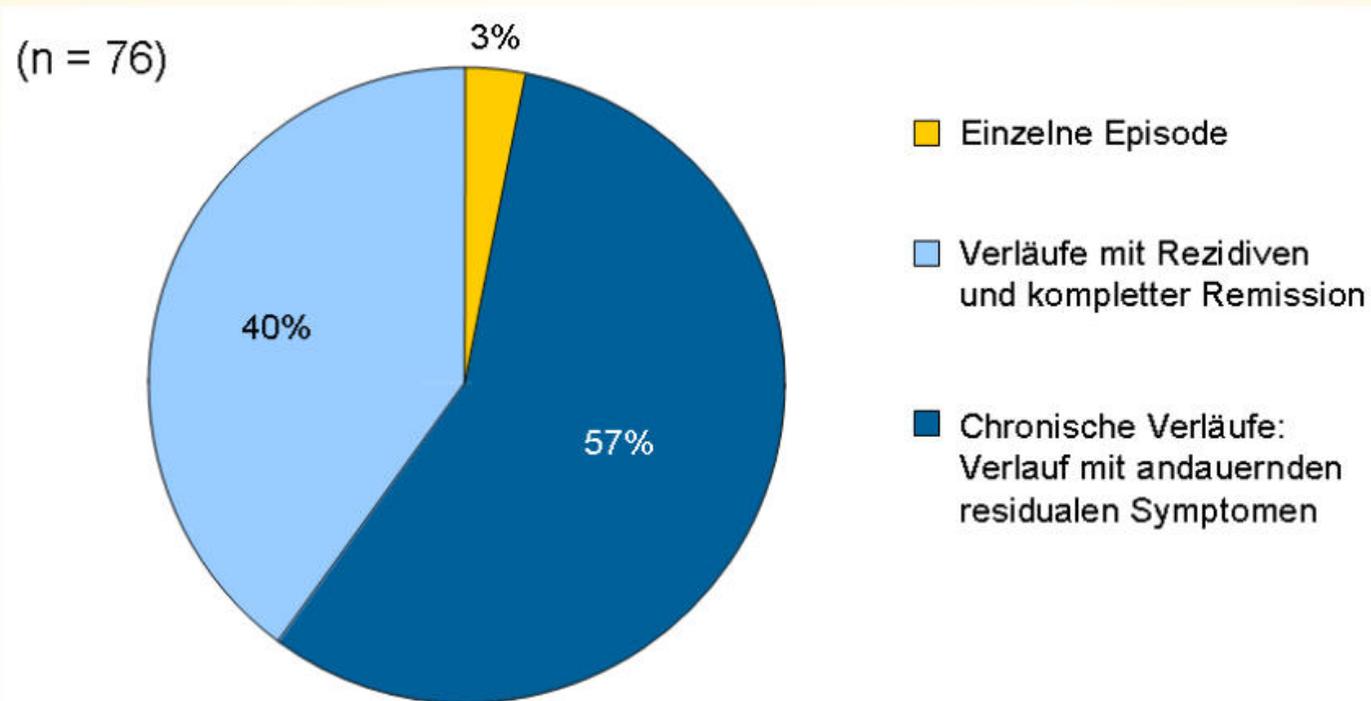
*„... ist bei einer gesicherten Schizophreniediagnose wahrscheinlich nach der letzten Datenlage selbst nach der Erstepisode eine **lebenslange Dauertherapie** indiziert...“*

*„... weshalb eine Schizophrenie **so früh und schnell wie möglich antipsychotisch und psychotherapeutisch behandelt werden sollte...**“*

*„**Depot-Antipsychotika** sind oralen Antipsychotika bezüglich der meisten klinisch relevanten Outcomes überlegen..“*

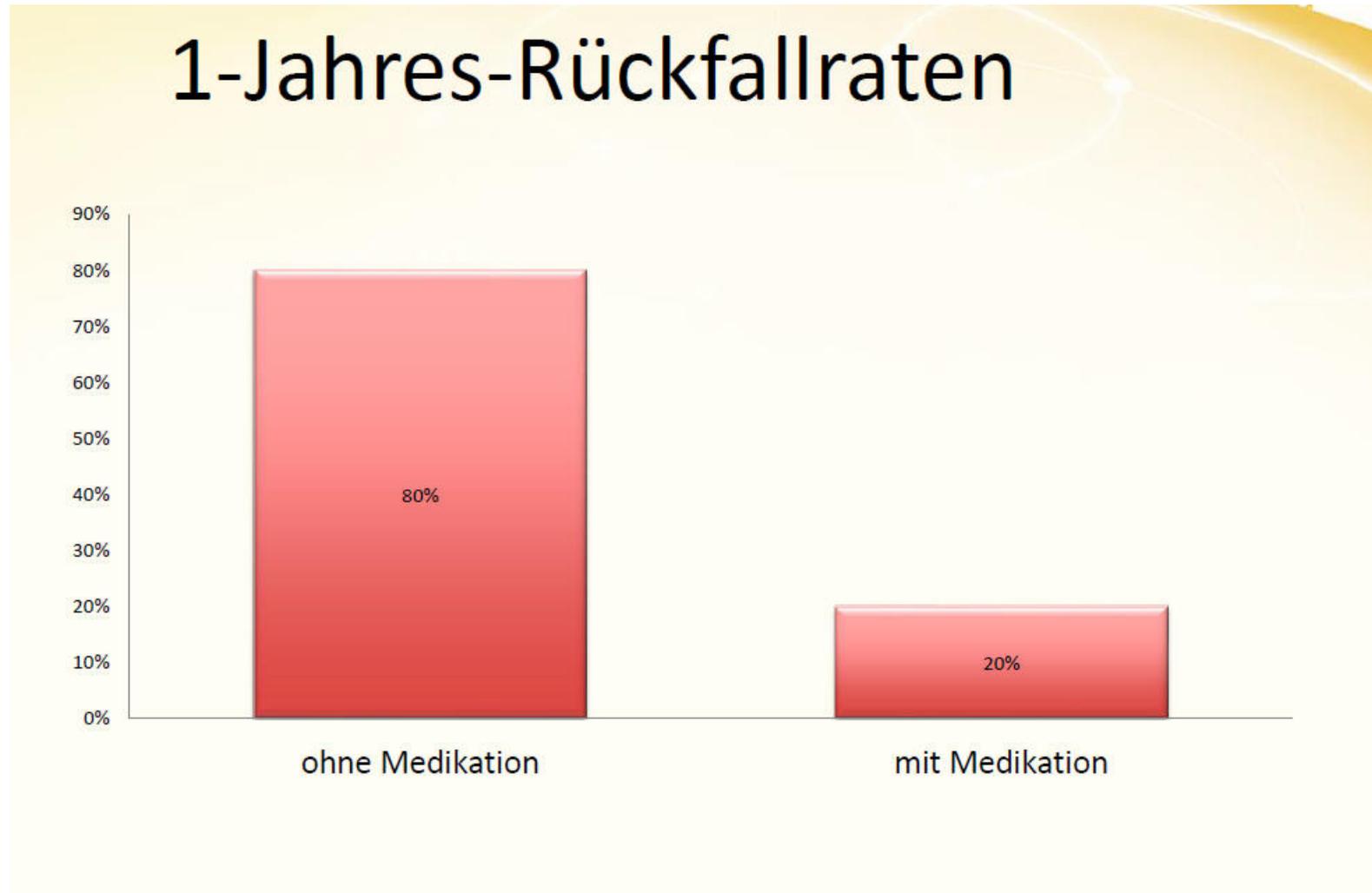
Das gängige medizinische Modell

Prognose der Schizophrenie



Modifiziert nach Möller HJ. Pharmacopsychiatry 2004; 37 (Suppl 2): S126-35.

Das gängige medizinische Modell



Das gängige medizinische Modell

Adhärenzraten

~50%
nehmen mind.
30% der
Medikation
nicht ein¹

50-60%
der ambulanten
Patienten sind
nicht adhären²

90%
aller Patienten
sind partiell
nicht adhären³

1. Goff DC, et al. *J Clin Psychiatry* 2010;71:20-26; 2. Canas F & Möller HJ. *Expert Opin Drug Saf* 2010;9:683-697;
3. Masand PS, et al. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2009;11:147-154.

Das gängige medizinische Modell

Wie kann das komplementäre System helfen?

- Adhärenz fördern
- Aktivierung ohne Überforderung
- Kontinuierliche, zuverlässige und nachgehende Unterstützung
- Mit den Wünschen und Vorstellungen der Patienten arbeiten, nicht über den Kopf hinweg entscheiden

Sprache und Psychiatrie

- *„Anbindung an die PIA“*
- *„Wir mussten Frau P. fixieren, da sie aus dem Kontakt gegangen war“*
- *„Herr S. war nicht absprachefähig“*
- *Frau A. ist besser, Herr B. ist schlechter*
- *Er war psychotisch überflutet und schlug raptusartig gegen die Türe*

Das Beispiel Schizophrenie – Schaden durch Diagnosen

Schizophrenie als Inbegriff des Unverstehbaren

2 grundlegende und problematische Annahmen:

- dass „Verrücktheit“ in definierte Krankheitseinheiten einteilbar und auf klar voneinander unterscheidbare und objektiv diagnostizierbare Störungen zurückführbar ist
- und dass die Manifestation oder die „Symptome“ der Verrücktheit psychologisch nicht verstanden werden können.

Schizophrenie



WHO Studien

- Erhebliche Variationen in den Neuerkrankungsraten (0,3 (Amish) – 17 (Nordschweden) pro 1000 Einwohner)
- Weniger Schizophrenie-artige Psychosen in nicht-westlichen Gesellschaften

Migration...., Traumata..,

Externe Attribution selbst-bezogenen Denkens,
Zuschreibungsfehler, Dissoziationen...

Psychotische Erfahrungen – weit verbreitet

Posey & Losch (80er Jahre): 39% der befragten Studenten

Ellen Tien (Epidemiological Catchment Study): 11-13% der Bevölkerung kennen Halluzinationen

Jim van Os: 2% belastende Halluzinationen, 6% nicht-störende Halluzinationen

„Abnorme Überzeugungen“

- Viele Menschen in den USA glauben an UFOs, 15% an Telepathie *(wie viele glauben nicht an Corona...?)*
- Jim van Os: Über 3% der Menschen haben klinisch relevante Wahnsymptome
- keine Unterschiede in einem speziell entwickelten Score für Wahneinfälle zwischen wahnhaften psychiatrischen Patienten und Anhängern einer Nicht-Mainstream-Religion

Relativierung der Diagnosen

- Wir brauchen Diagnosen – sie haben eine Funktion
- Es wird keine „besseren“ Diagnosen geben
- Neurobiologisch definierte Diagnosen sind Illusion
 - Alles, was sie schaffen, sind Raum für Profilierung und Vernachlässigung psychosozialer Kontexte
- Diagnosen sind Hilfskonstrukte
- Diagnosen sollen nicht schaden (*Bsp. Schizophrenie*)

- Personen in psychosozialen Krisen haben bestimmte Muster/Probleme, die mit Diagnosen nicht abgebildet werden
- Therapie muss individualisiert erfolgen
- Auch Medikamente wirken nicht krankheitsspezifisch

Krisenkonzepte überwinden starre Diagnosekonzepte

Crisis concepts instead of rigid diagnostic concepts

Autor
Stefan Weinmann

Institute
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und Rehabilitations-einrichtung für psychisch kranke Menschen (RPK) Stuttgart und Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK), Schweiz

Schlüsselwörter
Krise, Akutbehandlung, Home-Treatment, Diagnose, Stigma

Key words
Crisis, acute psychiatric treatment, home treatment, diagnosis, stigma

Bibliografie
Nervenheilkunde 2021; 40: 684–690
DOI 10.1055/a-1524-8611
ISSN 0722-1541
© 2021, Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse
Dr. Dr. Stefan Weinmann
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie & Rehabilitations-einrichtung für psychisch kranke Menschen (RPK)
Rudolf-Sophien-Stift, Leonberger Str. 220, 70199 Stuttgart,
Deutschland
Tel. 0711/6011104
Stefan.Weinmann@yahoo.de

ZUSAMMENFASSUNG

Der Begriff „Krise“ wird in der Psychiatrie nicht einheitlich verwendet. Eine ausschließliche Verwendung von Krisenkonzepten und -theorien bei Menschen ohne psychiatrische Diagnosen oder nur leichten psychischen Störungen wirkt allerdings stigmatisierend und steht dem Recovery-Gedanken entgegen. Angesichts der fraglichen Validität psychiatrischer Diagnosekonstrukte wird in diesem Artikel geprüft, ob eine psychiatrische Akutbehandlung auch schwerer psychischer Erkrankungen mit einem Krisenkonzept möglich ist, und welche Auswirkungen dies auf die Behandlungspraxis hätte. Das Beispiel der Verwendung von Krisenkonzepten beim Home-Treatment zeigt ihre grundsätzliche Anwendbarkeit in der Behandlung akuter Krankheitsepisoden.

ABSTRACT

The notion of crisis is not used consistently in psychiatry. The exclusive use of crisis concepts and theories in people without psychiatric diagnoses or only mild disorders has a stigmatizing effect and contradicts the idea of recovery. In view of the questionable validity of psychiatric diagnostic constructs, this article examines whether acute psychiatric treatment of severe mental illness is also possible with a crisis concept, and which effects this would have on treatment practice. The example of the use of crisis concepts in home treatment approaches shows their general applicability in the treatment of acute psychiatric episodes.

Einleitung

Das Wort Krise hat in den letzten Jahren eine Inflation erlebt. Finanz-, Klima-, Corona-, Werte- und andere Krisen lösen sich in der medialen Präsenz ab. Auch das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie sehen manche in einer Krise – schon seit vielen Jahrzehnten [1]. Es wird uns besonders jetzt nicht ohne Schmerzen bewusst, dass viele psychiatrische Diagnosen nicht empirisch überprüfbar, sondern Konstrukte und damit veränderbar sind, dass Diagnosen keineswegs etwas über den möglichen Verlauf aussagen, da stärker von der funktionellen Beeinträchtigung bestimmt wird. Auch müssen wir feststellen, dass die Grundlagenforschung, insbesondere neurobiologische, zwar unzählige interessante Befunde, aber wenig direkt Umsetzbares für die klinische Praxis der Behandlung von Psychosen, bipolaren oder depressiven Erkrankungen hervorgebracht hat. Wir arbeiten im Wesentlichen mit klinischen Methoden, die sich in den letzten Jahrzehnten kaum geändert haben [2].

Es gibt kein umfassendes biologisches Verständnis weder der Ursachen noch der Behandlungsansätze bei psychischen Störungen [1]. Diese Krise ist daher eher unser Unwohlsein angesichts einer Diskrepanz zwischen den Hoffnungen und Erwartungen an das Fachgebiet und innerhalb des Fachgebietes und dem Behandlungsaltag und der Lebenswirklichkeit vor allem schwer psychisch Kranker.

Das Konzept der Krise bleibt trotz seiner zunehmenden Präsenz in der gesellschaftlichen Debatte, aber auch innerhalb des Fachgebietes diffus. Es wird allerdings von Psychiatrie-Erfahrenen gerne genutzt, da es auch ein „vor“ und „nach“ der psychischen Krise gibt, und jeder, mit oder ohne diagnostizierte psychische Erkrankung, in eine psychische Krise geraten kann. Damit bringt der Begriff weniger Stigma mit sich als psychiatrische Diagnosen. Wenn wir von Menschen, auch solchen, deren Erkrankung wir mit teils schwerwiegenden Begriffen wie Schizophrenie, Borderline oder bipolar beschreiben, immer wieder hören, dass sie in eine seelische Krise



Psychopharmaka – Fluch und Segen

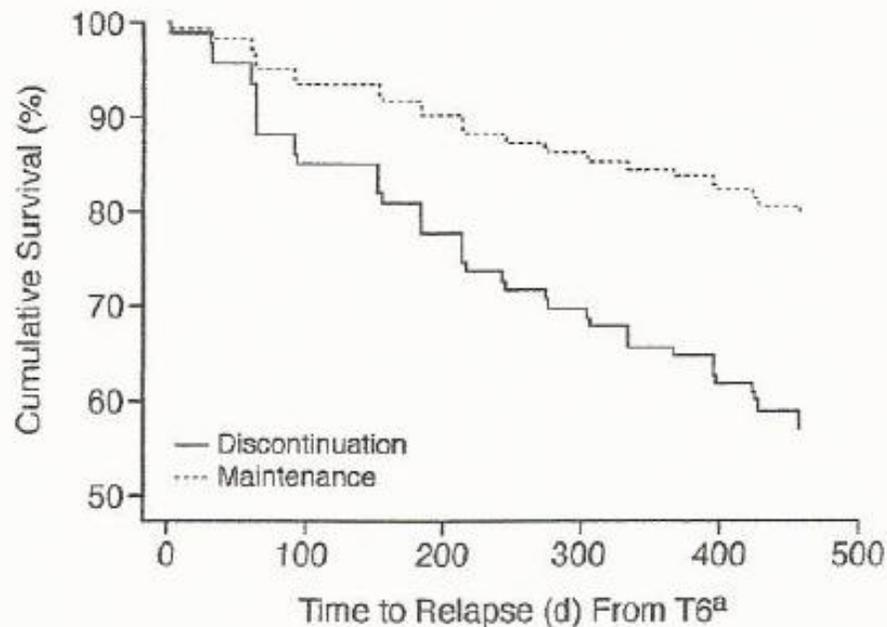
- *Ernüchterung*
- *Symptomkontrolle vs. Lebensqualität*
- *Verschreibungspraxis: Polypharmazie*
- *Fehlende Unterstützung beim Reduzieren*



Dosis-Reduktionsstrategien: Wunderink 2013

- Ergebnisse 2-Jahres-Studie (Wunderink 2007)

Figure 2. Relapse Rates for the Discontinuation Strategy vs. Maintenance Treatment (survival function)



Erhaltungstherapie:
21% Wiedererkrankungsrate

Dosis-Reduktion:
43% Wiedererkrankungsrate

^aT6 = start of trial (6 months after first treatment response).

Dosis-Reduktionsstrategien – 7-Jahres-Outcome

Table 2. Recovery, Symptomatic Remission, and Functional Remission After 7 Years of Follow-up

Characteristic	No. (%)		Total Sample (n = 103)
	DR (n = 52)	MT (n = 51)	
Recovery	21 (40.4)	9 (17.6)	30 (29.1)
Remission			
Symptomatic	36 (69.2)	34 (66.7)	70 (68.0)
Functional	24 (46.2)	10 (19.6)	34 (33.0)

Hypothesen

- **Antipsychotika** sind wirksam gegen psychotische Positivsymptome in der Akutphase, aber
 1. können das Risiko eines chronischen Verlaufs der Psychose erhöhen
 2. können v.a. bei höherdosierter und langfristigen Gabe die Chancen einer langfristigen Recovery beeinträchtigen
 3. „Wer beschleunigt, muss auch bremsen können“ - **Reduktionshilfen**



Antidepressiva

Do Antidepressants Worsen the Long-term Course of Depression?

“Antidepressant drugs in depression might be beneficial in the short term, but worsen the progression of the disease in the long term, by increasing the biochemical vulnerability to depression . . . Use of antidepressant drugs may propel the illness to a more malignant and treatment unresponsive course.”

--Giovanni Fava, *Psychotherapy and Psychosomatics*,
1995

Antidepressiva

Übersichtsarbeit

Absetz- und Rebound-Phänomene bei Antidepressiva

Jonathan Henssler, Andreas Heinz, Lasse Brandt, Tom Bschor

Zusammenfassung

Hintergrund: Antidepressiva zählen zu den am häufigsten verschriebenen Medikamenten weltweit. Ein Absetzen der Medikation geschieht oft und häufig ohne Wissen der Behandler. Eine Kenntnis der dabei potenziell auftretenden Entzugs- und Rebound-Phänomene ist zur Behandlung, Prävention und Aufklärung essenziell.

Methode: Wir führten eine umfassende und strukturierte Literaturrecherche zu Absetzphänomenen bei Antidepressiva in CENTRAL, PubMed (Medline) und Embase durch. Es erfolgte eine Einteilung der relevanten Studien und Berichte nach ihrer methodischen Qualität.

Ergebnisse: Aus 2 287 Treffern erfüllten 40 kontrollierte Studien, 38 Kohortenstudien und retrospektive Analysen und 271 Fallberichte die Einschlusskriterien. Entzugssyndrome sind in der Regel mild und selbstlimitierend, häufige Symptome sind Schwindel, Kopfschmerz, Schlafstörungen und Stimmungsschwankungen. Selten können schwere oder lange Verläufe auftreten. Für MAO-Inhibitoren, trizyklische Antidepressiva, Venlafaxin und Paroxetin gilt ein erhöhtes Risiko; bei Agomelatin und Fluoxetin hingegen scheint auch ein abruptes Absetzen unbedenklich. Es gibt darüber hinaus Hinweise auf Rebound-Phänomene, womit erhöhte Rückfallraten oder besonders schwere Rückfälle nach Absetzen von Antidepressiva gemeint sind.

Schlussfolgerung: Es gibt eine robuste Datenlage für akute Entzugssyndrome nach Absetzen von Antidepressiva. Rebound-Phänomene sind bislang unzureichend untersucht. Ein Ausschleichen von Antidepressiva über mehr als vier

Antidepressiva gehören zu den am häufigsten verschriebenen Medikamenten sowohl in der Psychiatrie, als auch in anderen medizinischen Fächern. Im Jahr 2017 wurden in Deutschland 1,49 Milliarden definierte Tagesdosen an Antidepressiva im KV-System verordnet (zuzüglich Privatrezepte und Krankenhausbehandlungen) (1). Neben den Depressionen sind sie für weitere Indikationen wie Angst- oder Zwangserkrankungen zugelassen. Ein fundiertes Wissen über Nebenwirkungen und Risiken einer antidepressiven Medikation ist zur Aufklärung und Behandlung der Patienten essenziell.

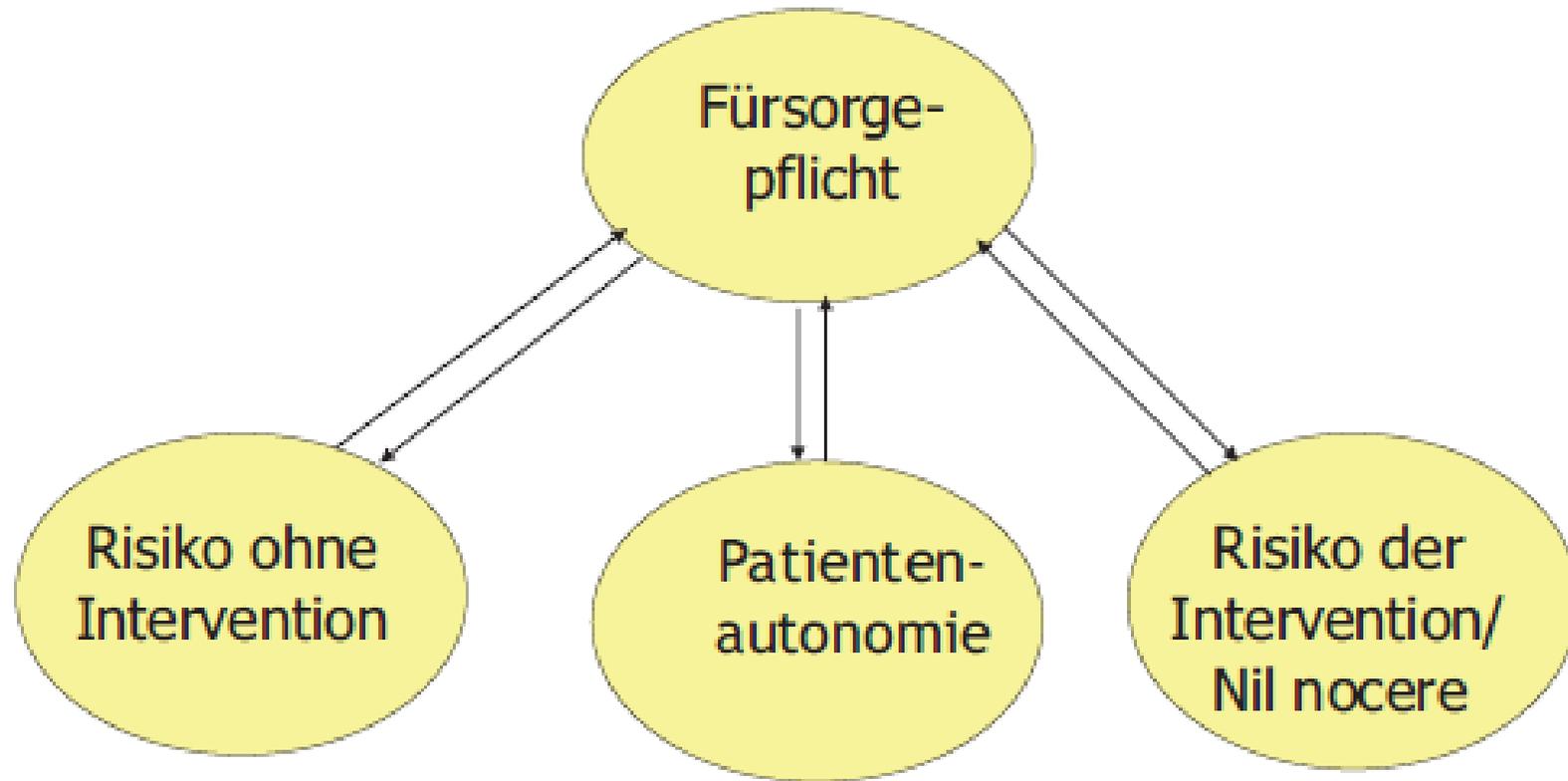
Neben unerwünschten Arzneimittelwirkungen während einer Einnahme von Antidepressiva rücken zunehmend unerwünschte Phänomene in den Fokus der Aufmerksamkeit, die nach Absetzen einer Behandlung mit diesen auftreten. Bekannt sind solche Absetzphänomene bereits seit den frühen 1960er Jahren (2, e1). Nach wie vor besteht ein geringes Bewusstsein für die Bedeutung des Themas trotz hoher Relevanz. Wahrscheinlich beendet ein Drittel der Patienten eine antidepressive Medikation innerhalb eines Monats und die Hälfte der Patienten bis zum Ende des dritten Monats (e2), oft ohne Wissen des behandelnden Arztes. Eine dänische Studie zeigte, dass die häufigsten Anrufe bei einer nationalen medizinischen

Hypothesen

- **Antidepressiva** wirken in der Akutbehandlung bei einer Auswahl von depressiv Erkrankten, aber
 1. können das Risiko eines chronischen Verlaufs der Depression erhöhen
 2. können das Risiko erhöhen, dass ein unipolarer Patient zu einem bipolaren Patienten wird und können Suizidalität erhöhen.



Zwang

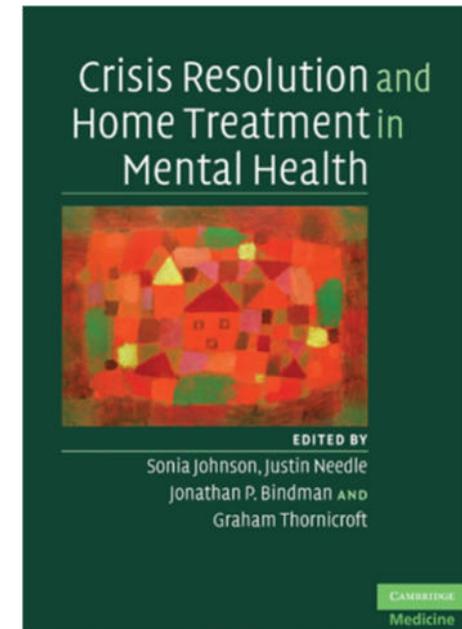


Gratwanderung zwischen Fremdbestimmung und unterlassener Hilfeleistung

Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home Treatment)

Crisis intervention teams, Crisis resolution teams, Crisis resolution and home treatment teams (CRHTs) oder Home treatment teams

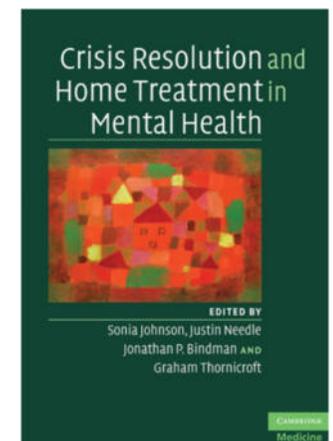
- häusliche Behandlung einer akuten Krankheitsepisode durch spezialisiertes multiprofessionelles Team
- ärztlich-psychiatrische Kompetenz
- **rund um die Uhr** (oder Klinik im Hintergrund)
- fester Bestandteil: **Hausbesuche** (home treatment)
- Ziel: **Vermeidung/Reduktion einer Krankenhausbehandlung**
- Inhalte: Assessment & Management der akuten Erkrankungsphase, Symptomanagement, psychosoziale Interventionen, Abschätzung und Management von Risiken
- **Ressource: Familien und erweitertes soziales Netzwerk des Patienten**



FACT in Holland und Skandinavien – Flexible Assertive Community Treatment

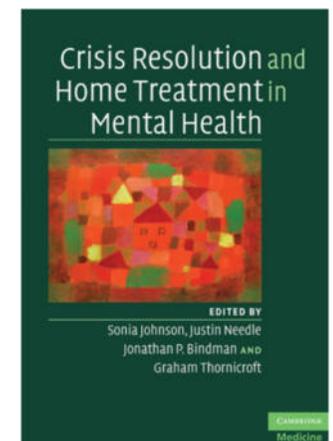
- Nationale Politik
- Zielgruppe: 20% aller SMI
- Caseload: 1:15
- Andere evidenz-basierte Interventionen: Supported Employment, kognitive Verhaltenstherapie, Dual Diagnosis-Programme
- OUTREACH!!!

- Gute Erfahrungen
- Paradigmenwechsel



Wirkfaktoren bei aufsuchender Behandlung bei SMI (Burns 2006)

- Kleiner Caseload
- Regelmäßige Hausbesuche
- 24h- Erreichbarkeit
- Medizinische und soziale Verantwortung gemeinsam
- Multidisziplinäres Team
 - Psychiater
 - Psychologe
 - Krankenschwester/-pfleger
 - Sozialarbeiter
 - Peer (Genesungsbegleiter, Psychiatrie-Erfahrene*r)



GEMEINDEPSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG

5 – Gemeindepsychiatrische Teams

Empfehlung 10 (NEU):

In allen Versorgungsregionen soll eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia-Ib

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)

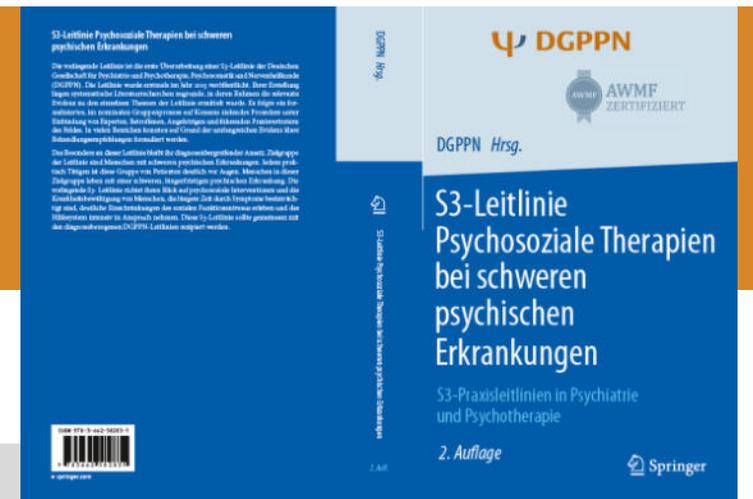
5 - Home Treatment, Krisenintervention

Empfehlung 11 (NEU):

Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

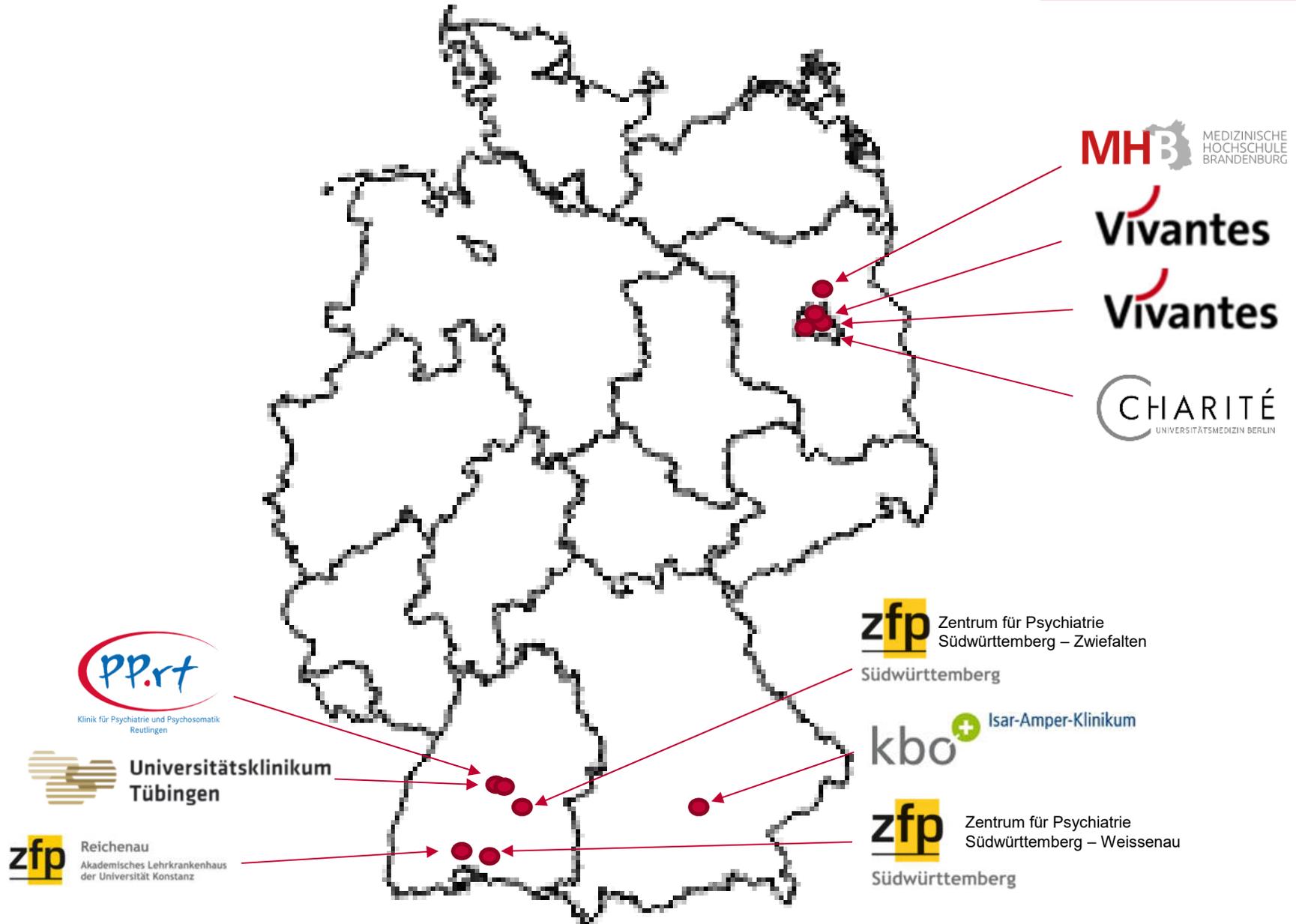
Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)



AKtiV

Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung (AKtiV-Studie): Evaluation der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StaeB) nach § 115d SGB V – eine Proof-of-Concept-Studie

Weinmann S., Baumgardt J., von Peter S., Schwarz J., Längle G., Holzke M., Brieger P., Kilian R., Timm J., Bechdorf A.,



„Das Soziale“



- Nach der Urteilsverkündung
- Koch schmeckt Speise ab
- Junge wird gehänselt
- Geschäftsmann bei Vortrag



- Nach der Urteilsverkündung
- Koch schmeckt Speise ab
- Junge wird gehänselt
- Geschäftsmann bei Vortrag

Konzentration



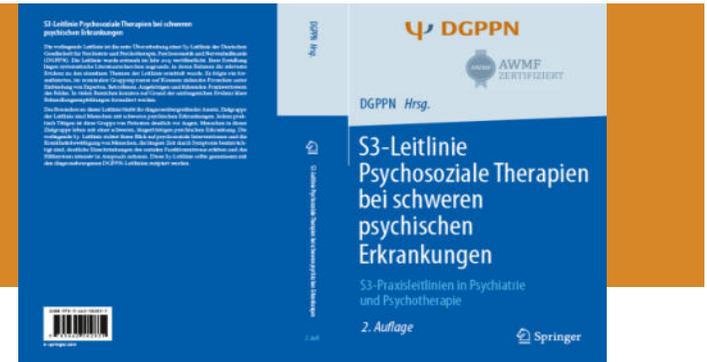
- Frau mit heftigen Zahnschmerzen
- „Beatlemania“
- Trauernde Mutter
- Abschiedsschmerz am Bahnhof



- Frau mit heftigen Zahnschmerzen
- „Beatlemania“
- Trauernde Mutter
- Abschiedsschmerz am Bahnhof

Erregung

„VERSORGUNGSMODELL“



Modell

• Vehikel zur Durchführung von „Behandlung“

• Spezielle Form von Behandlung

Organisation
vs. Inhalt vs. Haltung

Recovery - Annäherung

William Anthony 1993

- *«Recovery ist ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der Haltung, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen.*
- *Es ist ein Weg, um trotz der durch die psychische Krankheit verursachten Einschränkungen ein befriedigendes, hoffnungsvolles und konstruktives Leben zu leben. Recovery beinhaltet die Entwicklung eines neuen Sinns und einer neuen Aufgabe im Leben, während man gleichzeitig über die katastrophalen Auswirkungen von psychischer Krankheit hinauswächst.»*

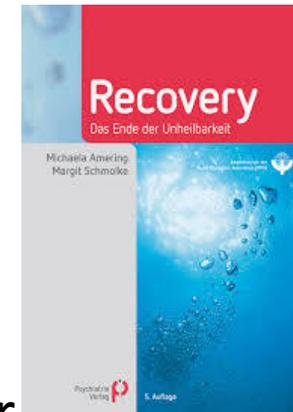


Recovery – Medizinisches Modell

- Recovery ist **objektiv messbar**
- Rückkehr zu einem früheren Gesundheitszustand, objektiver Rückgang oder **Abwesenheit von Symptomen** psychischer Erkrankung /ICD, DSM)
- Behandlung/ Versorgung ist **krankheitsbezogen**
- Verringerte Symptomatik, verringerte Hospitalisierung, **angemessene medikamentöse und/oder psychotherapeutische Behandlung und verbessertes “Funktionsniveau”**

Recovery – Recovery Modell

- Recovery ist **subjektiv**
- Motor: **Gelebte persönliche Erfahrung** mit psychischer Beeinträchtigung, Gesundheit und psychischer Herausforderungen
- Diagnosen sind nicht permanent, sondern **Konstrukte** und die zugrundeliegenden Probleme sind bewältigbar/heilbar
- Unterstützung ist **auf Personen zugeschnitten**
- Outcomes: Empowerment, Hoffnung, **Selbst-Sorge**, eigene Ziele, Wahlmöglichkeiten, Heilung, Wohlergehen (well-being) und (Selbst-)Kontrolle über Symptome



Peeararbeit - Wirkungsmodell



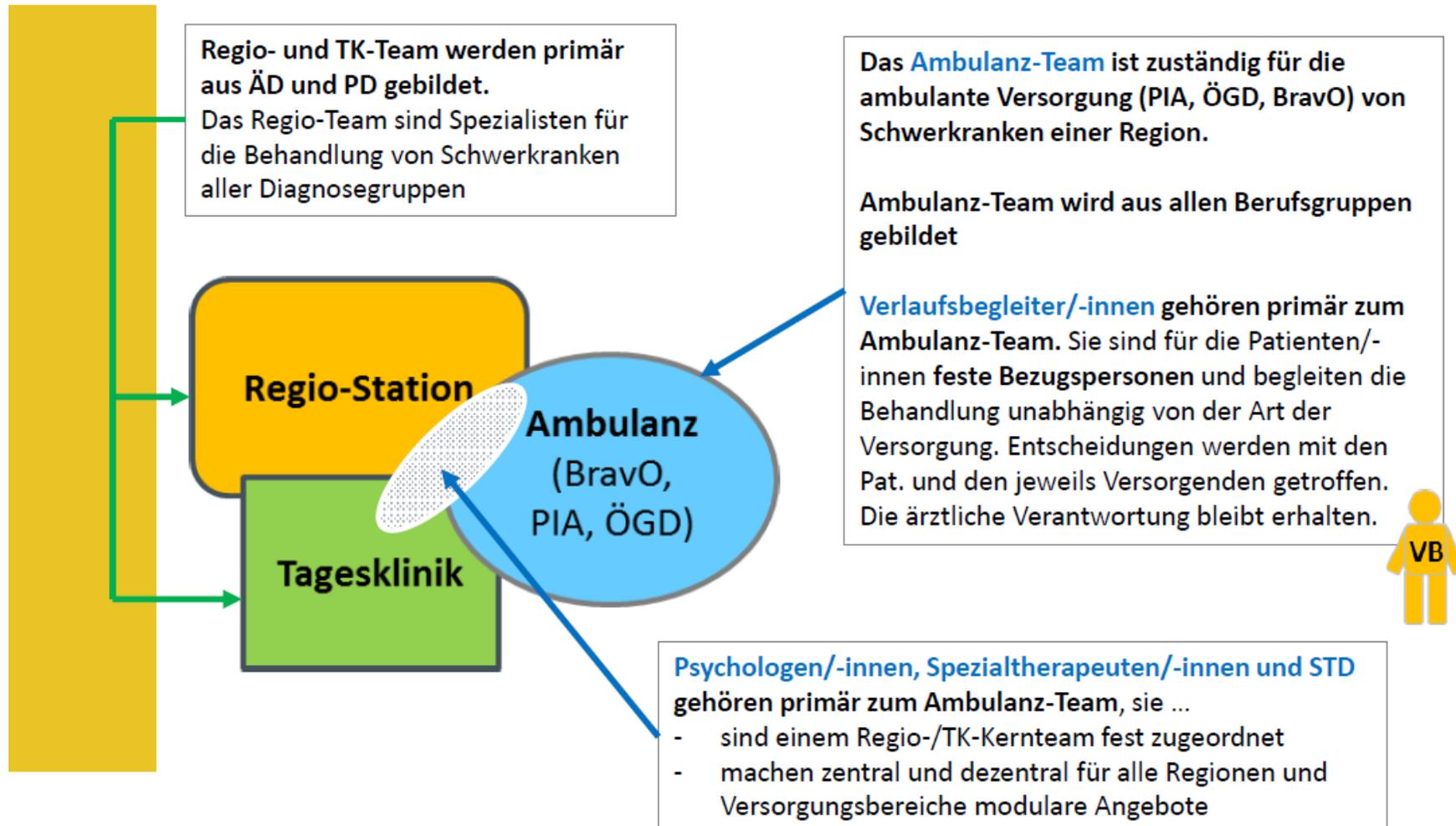
Vision

- Flexible multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Behandlung
- Funktionelle Diagnosen
- Krisenkonzept
- Recovery, peer-gestützt, trialogisch
- Begleitung statt Behandlung
- Beschränkung psychotroper Medikamente auf das Notwendigste
- Öffnung der Psychiatrie, wenig Zwang
- Förderung von Arbeit und Beschäftigung *im Zentrum*

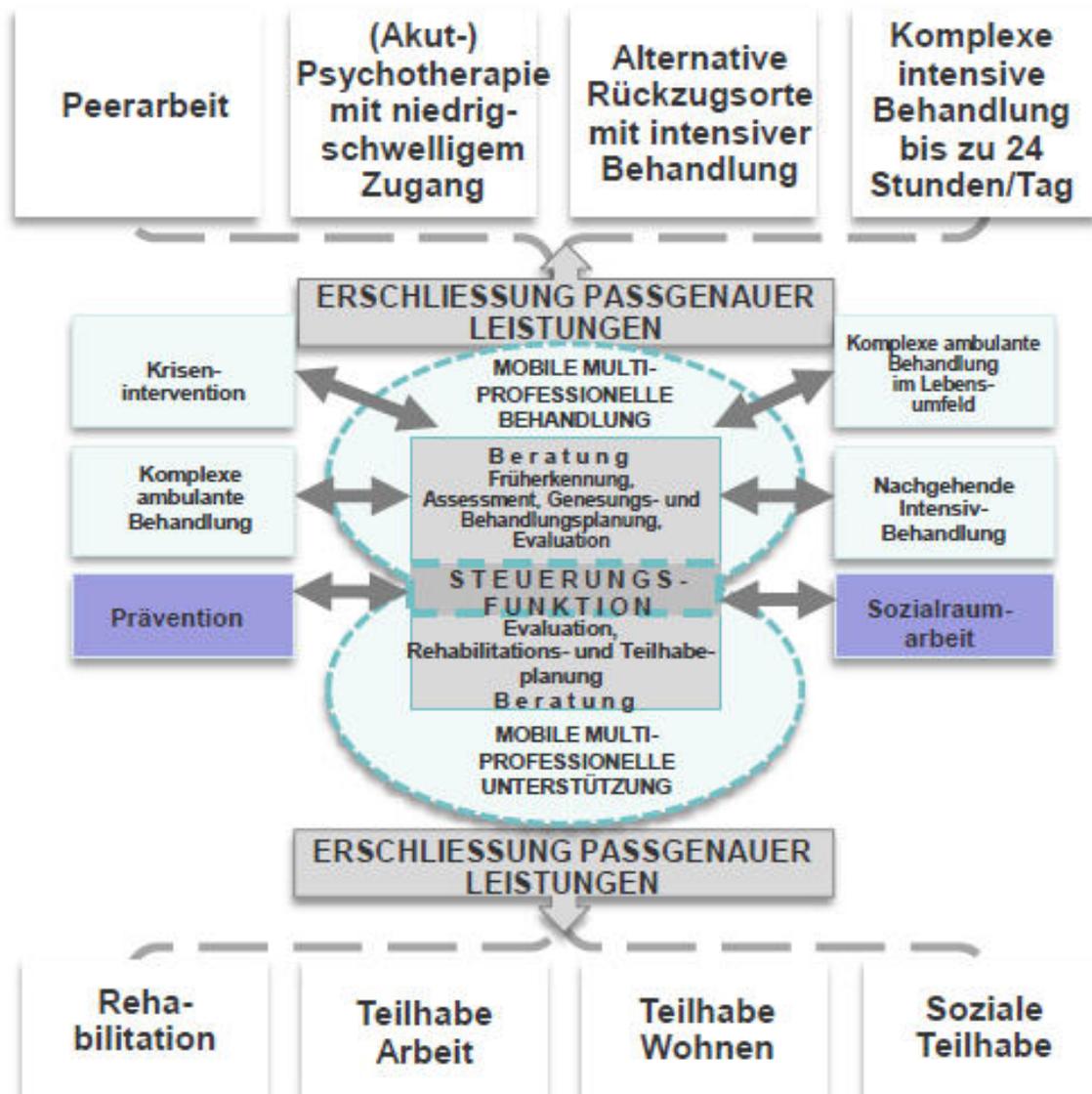


Beispiel Bremen

Für jede Region (M/W/S/O)



Funktionales Basismodell



Vielen Dank für die Aufmerksamkeit !

