

Was heilt?

Psychotische Krisen und Drogenkonsum: Problemlage und erste Ergebnisse bedürfnisangepasster Behandlung

*Psychose durch Cannabiskonsum oder Cannabiskonsum als Selbstheilungsversuch?
Darstellung der ambulanten Arbeit mit vorwiegend jungen psychisch erkrankten Menschen im
Präventions- und Therapiezentrum (PTZ) in Gelsenkirchen.*

VON DOROTHEE BECKER UND
LIANE RUMPL-HEISIG

Als wir vor fast zwei Jahren das ambulante Präventions- und Therapiezentrum (PTZ) für Menschen in ersten psychotischen Krisen aufbauten, haben wir mit jungen »Systemsprengern« gerechnet. Tatsächlich liegt das Durchschnittsalter der Klientinnen und Klienten des PTZ bei neunzehn Jahren. Über fünfzig Prozent von ihnen haben Drogen konsumiert, davon mehrheitlich Cannabis. Von der ambulanten Erwachsenenpsychiatrie kommend erschien es uns notwendig, uns ganz besonders auf die Gruppe der jungen Erwachsenen zu konzentrieren. Sie ist überproportional stark vertreten, und der spezielle Hintergrund, nämlich der des Übergangs von der Jugendphase zum Erwachsensein, muss besondere Berücksichtigung finden.

Jugend als Lebensphase

Das Jugendalter ist eine entscheidende Phase, in der sich durch den Übertritt in die Lebensbereiche der Erwachsenen sowohl neue Handlungsmöglichkeiten ergeben als auch neue Kompetenzen erforderlich sind. Ob diese Entwicklung mehr oder weniger erfolgreich verläuft, hängt von den gesetzten Maßstäben und der Erfüllung von Erwartungen ab. »In der jugendlichen Lebensphase erfolgt eine Weichenstellung für das gesamte weitere Leben« (Raithel 2004).

Risikante Verhaltensmuster in den Bereichen Gesundheit, Finanzen und in Form der Missachtung von Gesetzen werden in dieser Phase erprobt und im Erwachsenenalter häufig fortgesetzt.

Jugend ist eine Lebensphase, die etwa die Altersspanne von dreizehn bis fünfundzwanzig Jahren umfasst, aber es handelt sich nicht um eine einheitliche Gruppe. Jugend ist eine biologisch mitbestimmte, aber sozial und kulturell »überformte« Lebensphase, in der das Individuum die Voraussetzung für ein selbstständiges Han-



deln in allen Lebensbereichen erwirbt.

Die Abgrenzung zwischen Jugend- und Erwachsenenalter ist nicht mehr nur altersabhängig, sondern definiert sich anhand von Funktionsbereichen wie Berufsaufnahme, Selbstständigkeit, eigene Wohnung etc. Die Jugendphase hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verlängert, wobei den verlängerten Schul- und Ausbildungszeiten eine zentrale Bedeutung zukommt. Die gesamtpolitische Lage macht es heute schwieriger einen Platz in der Ge-

sellschaft zu finden: Die Anforderungen sind hoch, wenn man bedenkt, wie früh der Konkurrenzdruck einsetzt. Erwerbsarbeit ist insgesamt zurückgegangen, nicht jeder findet eine Nische, nur die Besten bekommen die Ausbildungsplätze etc.

Der Verlauf der Persönlichkeitsentwicklung in dieser Phase ist gefährdet, wenn stabilisierende Ressourcen nicht zur Verfügung stehen. So entsteht ein gesundheitsbeeinträchtigendes Verhalten oft als Folge von Überforderung, von Unvermögen, nicht ereignis- und situationsgerecht reagieren zu können. Individuelle Handlungskompetenzen stehen häufig nicht ausreichend zur Verfügung.

Die Vermittlung von altersangemessenen Handlungsfähigkeiten ist ein wichtiger Aspekt der Arbeit mit Adoleszenten. Sich akzeptiert und unterstützt zu fühlen ist für viele eine neue Erfahrung. Genauso entscheidend sind eine klare Strukturierung, eine deutliche Grenzziehung und eine wohlwollende Begleitung durch die Adoleszenz.

Daher kommt der Prävention eine besondere Bedeutung zu.

Mangelnde Handlungskompetenz: mögliche Ursachen ...

Hans-Peter Hartmann (2005) bezieht sich in einem Aufsatz »Die Bindungstheorie – wiederentdeckt: Umdenken in der Psychiatrie?« auf eine Analogie von Holmes (2001), der das Bindungssystem als »psychologisches Immunsystem« bezeichnet. So kann, ähnlich wie das körperliche, auch das psychische Immunsystem allergisch gegen sich selbst gerichtet reagieren. Diese Reaktionen basieren häufig auf der Grundlage von schwachen und unsicheren oder nicht organisierten Bindungsbeziehungen.

»Psychologisch gesehen ist eine sichere Bindung die beste Voraussetzung, dass sich ein negatives Selbstbild nicht einnis-

Jutta Jentges

ten und keine Intrusion unerwünschter Gedanken stattfinden kann, vielmehr solche schädlichen Phänomene durch die vorhandene Bindungssicherheit wirksam zurückgewiesen werden« (Hartmann 2005).

Wichtig für eine adäquate Reaktion ist die Fähigkeit der Differenzierung zwischen dem Selbst und dem Anderen. Bei Menschen mit fehlenden oder ungenügenden Bindungsstrategien ist die Differenzierung oft unmöglich und kann zu schweren psychiatrischen Erkrankungen führen.

... und mögliche Wirkungen

Eine unsichere Bindung im Kindesalter, verbunden mit Trauma und Verlusterfahrung, ist für die meisten an einer Schizophrenie erkrankten Menschen bekannt. Sie konnten als Kinder keine angemessene Angstbewältigungsstrategie entwickeln, da sie sich in dem Dilemma befanden, ihre Eltern als Quelle ihrer Angst (durch geängstigt und/oder ängstiges Verhalten) zu erleben und gleichzeitig deren Hilfe zur Auflösung in verunsichernden Situationen zu suchen und zu brauchen (Jacobvitz et al., in: Urban/Hartmann 2005).

Bei an Schizophrenie und Depression Erkrankten liegt nach Untersuchungen von Dozier et al. (1999) ein unsicher-vermeidendes Bindungsmuster vor. Das hohe Maß an Unsicherheit erklärt auch die mangelnde Neugier bei vielen schizophren erkrankten Menschen, denn neugierig auf seine Umgebung zuzugehen gelingt nur, wenn man sich sicher fühlt.

Affektive Psychosen beziehen sich primär auf wesentliche Veränderungen von Stimmung und Lebensenergie. Das Selbstbewusstsein ist auf dem Nullpunkt oder schwebt hoch über allem. Alles scheint grau und schwer oder leicht und grenzenlos. Die Depression kann wie die Manie alleine auftreten oder abwechselnd.

Bei der schizophrenen bzw. kognitiven Psychose sind vor allem die Wahrnehmung, die Sprache und das Denken beeinträchtigt. Menschen in solchen psychotischen Krisen hören verstärkt Geräusche und Stimmen. Das Denken ist unterbrochen, weniger logisch, oft eher sprunghaft und kreativ. Die Sprache ist weniger selbstverständlich, sondern reduziert oder erweitert.

Bei Klienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung findet man überwiegend ein unsicher-verstricktes Bindungsmuster. Für Menschen mit dieser Störung ist es besonders hilfreich, Einsicht in die eigenen Handlungsmotive zu erlangen und einen besseren Realitätsbezug herstellen zu können. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen haben als Kind häufig die Erfahrung gemacht, von wichtigen Bezugspersonen vernachlässigt und/oder missbraucht wor-

den oder ihnen ausgeliefert gewesen zu sein. Sie versuchten schon früh, Strategien zur Kontrolle gegenüber unberechenbaren Bezugspersonen zu entwickeln.

Die genannten Störungen können sich in sehr konkreten beobachtbaren Verhaltensweisen äußern, z.B. in suizidalen und selbstverletzenden Handlungen, Fremdgefährdung durch aggressiv-impulsive Entladungen, Bulimie oder Magersucht, Substanzmissbrauch, abweichendem sexuellen Verhalten.

Drogeninduzierte Psychose durch Cannabis und/oder Alkohol?

Es gibt inzwischen Studien, die einen engen Zusammenhang herstellen zwischen unsicherer Bindung und psychischer Erkrankung (vgl. Schindler, in: Urban/Hartmann 2005). Die Erfahrung instabiler Beziehungen geht einher mit dem Gefühl der Zurückweisung und beinhaltet gleichzeitig die Angst vor neuerlicher Zurückweisung. Stehen keine positiven Bewältigungsstrategien zur Verfügung, bieten sich Suchtstoffe als Bewältigungsversuch an.

Diese Art der Selbstmedikation lässt kurzfristig unangenehme Gefühle ertragen, birgt aber das Risiko, selbst zum Problem zu werden. Mit zunehmender Abhängigkeit wird das Suchtmittel wichtiger als noch vorhandene Beziehungen. Suchtmittel führen dazu, sich kurzfristig aus unsicheren machenden Beziehungen zu verabschieden und Auseinandersetzungen aus dem Wege zu gehen. Sie verhindern den Aufbau enger Beziehungen und auch die Möglichkeit, neue, gegebenenfalls positive Beziehungserfahrungen zu machen. Durch diesen Kreislauf wird die Unsicherheit zementiert.

Das Risiko, durch Suchtmittelmissbrauch in psychotische Episoden zu gelangen, ist sehr groß. Sowohl die Stimmung als auch die Wahrnehmung werden durch den Suchtmittelkonsum (z.B. Cannabis, Alkohol, Ecstasy) stark beeinträchtigt, und es besteht die Gefahr, seine Begrenzung und Abgrenzung zu anderen zu verlieren. Auffällig ist, dass die jungen Ersterkrankten häufig sowohl Cannabis als auch Alkohol konsumieren. Beide Suchtmittel sind für Jugendliche leicht zugänglich und in der Peer-Gruppe anerkannte Drogen, und der Konsum wird kaum hinterfragt.

Adoleszenz oder Psychose?

Man kann davon ausgehen, dass biopsychosoziale Belastungen besonders bei jungen Erwachsenen zu einer Verunsicherung, Bedrohung oder Überforderung führen und sich in Form einer psychotischen Lebenskrise äußern können.

Solche Belastungen können kritische Le-

bensereignisse bzw. abrupte Veränderungen der Lebensbedingungen, z.B. der Tod eines Angehörigen, Scheidung der Eltern, Schulwechsel oder eine schwere Erkrankung, sein. Es können auch lang andauernde Stressoren zur psychotischen Reaktion führen, wie zu hohe Leistungsanforderungen, Schulleistungsschwierigkeiten und Versagensängste sowie Ängste innerhalb der Familie oder im Freundeskreis. All das kann dazu führen, dass der junge Mensch kein positives Selbstbild entwickelt und schnell zu verunsichern ist.

Zunehmend müssen sicher auch sozialpolitisch verursachte Belastungen für Jugendliche mit berücksichtigt werden, die intensive Lebenskrisen begünstigen können. So erfasst die Angst vor dem sozialen Absturz, der Arbeitslosigkeit und der damit einhergehenden Armut insbesondere Jugendliche, die schon aus entwicklungsbehindernden Lebenssituationen kommen. Sie haben schon als Kinder verstärkt mit psychischen, sozialen, emotionalen und motorischen Auffälligkeiten reagiert.

Die Pubertät ist an sich eine Phase der Widersprüche, der Grenzüberschreitungen und Verletzungen. Gefühle von innerer Zerrissenheit, Einsamkeit, mangelndem Selbstwertgefühl gehen einher mit Größenideen, Selbstüberschätzung und der Neigung, Realitäten zu verzerrern. Grenzgängige Verhaltensmuster sind für Jugendliche normal. Werden sie von reifen Erwachsenen ertragen und aufgefangen, gehen sie allmählich über in die Fähigkeit, Verantwortung zu übernehmen (vgl. Kötting 1998).

Eltern und anderen Bezugspersonen, die früh eigene Verletzungen erfahren haben, mangelt es selbst an dem Vertrauen in die Tragfähigkeit einer Beziehung, und sie können die Unsicherheit der Jugendlichen nicht auffangen. Der Umgang miteinander wird eher destruktiv; dies kann zu eskalierenden und zerstörerischen Auseinandersetzungen führen. Die Folge ist das Gefühl der Ablehnung auf beiden Seiten. Häufig gibt es in dieser Phase erste Erfahrungen mit Institutionen und Hilfesystemen. Wo aber Professionelle existenzielle Beziehungen ersetzen sollen, sind Enttäuschungen vorprogrammiert. Einige Jugendliche reagieren mit Rebellion und sprengen oftmals auch den institutionellen Rahmen und können kaum mehr erreicht werden.

Solche Situationen setzen Jugendliche unter lang andauernden psychischen Stress. Dieser kann dazu führen, dass die Wahrnehmung, die Sprache oder das Denken beeinträchtigt wird. Menschen in solchen psychotischen Krisen hören verstärkt Geräusche oder Stimmen, die Sprache ist weniger selbstverständlich, sondern entweder reduziert oder erweitert. Intensiv beschäftigen sie sich mit eigenen Gedanken,

die oft sprunghaft, unlogisch und assoziativ sind. Andere Reaktionen können wesentliche Veränderungen der Stimmung und der Lebensenergie sein.

Versorgungsstruktur ungenügend

Die Versorgungsstruktur für Menschen in psychischen Krisen war lange geprägt durch stationäre Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus. Inzwischen erweitern Tageskliniken, Institutsambulanzen und ambulante Einrichtungen das Angebot. Die Erfahrung zeigt, dass niedergelassene Psychiater bei einer Ersterkrankung bzw. in der Prodromalphase erst recht spät oder nicht aufgesucht werden und dass niedergelassene Psychotherapeuten selten mit psychotischen Klienten arbeiten.

Menschen vor der Erstmanifestation einer psychotischen Erkrankung bleiben häufig bis zu sechs Jahren unbehandelt. Die Hausärzte sind teilweise mit einer genauen Diagnose überfordert, da die Patienten mit somatischen Beschwerden kommen und die Tragweite der Störung nicht deutlich wird.

Beratungsstellen werden in psychotischen Krisen in der Regel nicht aufgesucht. Das eigene Empfinden wird als normal eingeschätzt oder als Angst machend erlebt. Das Vertrauen in Hilfesysteme oder in Beziehungen ist gestört, so dass Rückzug für viele eine adäquate Lösung zu sein scheint. Die Mitarbeiter der Institutionen, die aufsuchend tätig sind, z.B. Jugend- und Gesundheitsamt, verfügen in der Regel über keine psychotherapeutische Ausbildung, um vor Ort mit psychotischen Jugendlichen und deren Familien zu arbeiten. Gerade bei Jugendlichen bleibt psychotisches Erleben lange un bemerkt, da z.B. durch den Missbrauch von Drogen die Tragweite der Erkrankung nicht deutlich wird. Viele fallen durch die Netze der Institutionen: sind nicht mehr schulpflichtig, haben keinen Ausbildungsplatz, keinen Job, auch keine Alternativen. Die Familien müssen häufig als Auffangbecken fungieren, sind aber überfordert. Es ist notwendig, neue Strukturen zu entwickeln, um

psychotischen jungen Erwachsenen so früh wie möglich Unterstützung anbieten zu können.

R. Hoffmann (in: Urban/Hartmann 2005) hat den Begriff der »multimodalen Betreuung« geprägt. Sie impliziert die Notwendigkeit der professionellen, interdisziplinären Zusammenarbeit aller Beteiligten mit dem Ziel der bindungsorientierten, konstanten und für die Betroffenen nachvollziehbaren Stabilisierungsmaßnahmen.

Das Angebot des Präventions- und Therapiezentrums (PTZ)

Das PTZ in Gelsenkirchen bietet seit Januar 2004 ein ambulantes Therapieprogramm für Ersterkrankte mit einer schizophrenen, schizoaffektiven oder affektiven Psychose oder für Menschen im Prodromalstadium einer psychotischen Erkrankung an, das sich in seinen Zielen und Inhalten an die Ansätze aus Skandinavien (»need-adapted treatment«/bedürfnisanangepasste Behandlung) anlehnt:

»... die subjektiven Einschätzungen ernst nehmen, den pathologischen Sichtweisen nicht bedingungslos folgen, störungsspezifische und lösungsorientierte Strategien entwickeln, möglichst wenig etikettieren, der ambulanten Behandlung radikal den Vorzug geben, strukturübergreifende Kontinuität vorgehalten«, so fasst Bock (2003) in eigenen Worten die Grundlagen des »need-adapted treatment« zusammen.

Unser ambulantes Therapieprogramm umfasst:

• Familienberatung und Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen als Ressource

Für die Betroffenen und deren Familien bieten wir Unterstützung bei der Bewältigung einer psychotischen Krise an. Dabei gilt der Grundsatz »Ambulant vor stationär«. Wir laden die Klienten mit ihren Angehörigen und auch die Professionellen zu Therapieversammlungen ein, um die Sichtweisen aller Beteiligten deutlich zu machen und berücksichtigen zu können. Ausgangspunkt unseres Handelns ist eine psy-

chotherapeutische Grundhaltung und dadurch ein besseres Verständnis der individuellen Situation und der Bedürfnisse des Klienten. Wir verfolgen eine sehr auf den einzelnen Menschen abgestimmte innovative Vorgehensweise und versuchen, die medikamentöse Therapie zu minimieren.

Durch den systemischen Ansatz, der von der Annahme ausgeht, dass die Klienten und ihre Angehörigen als Experten für ihr Leben angesehen und respektiert werden, liegt unser besonderes Augenmerk auf den Bedürfnissen und Ressourcen der Familie und anderer wichtiger Bezugspersonen. Es ist uns wichtig, dazu beizutragen, dass in Zukunft Brüche in der persönlichen Entwicklung der Klienten vermieden oder so gering wie möglich gehalten werden. Wir informieren im psychoedukativen Sinne über die Erkrankung und tragen dazu bei, dass die jungen Menschen lernen, mit Stressoren umzugehen. Sie erkennen Frühwarnzeichen für eine beginnende Psychose und erlernen Strategien, besser in kritischen Situationen zu reagieren. Damit sollen das Rückfallrisiko gesenkt und (weitere) Krankenhausaufenthalte vermieden werden.

• Ambulante Einzelberatung und -begleitung

Gerade Menschen, die das erste Mal psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen, sind oft misstrauisch und wenig krankheitseinsichtig. Deswegen ist es sehr wichtig, zunächst das Vertrauen zu gewinnen und Ängste und Vorbehalte auszuräumen. Das stellt hohe Anforderungen an das Team, das aus therapeutisch gut ausgebildeten Mitarbeitern verschiedener Professionen besteht. Wie schon vorher beschrieben, haben viele Jugendliche verunsichernde Bindungserfahrungen gemacht. Größere Bindungssicherheit in der Beziehung zwischen uns und den Klienten entsteht, wenn wir uns empathisch auf ihre Seite stellen. »Um dies wirklich zu können, benötigen wir viel Unterstützung im Behandlungsteam und auch durch unsere Freunde und Familien. Diese Unterstützung ist für unsere Stabilität notwendig, denn wir gehen bei einer an Empathie orientierten Arbeitsweise auch ein hohes Risiko für die eigene seelische Stabilität ein ... Die Unterstützung ... ist Voraussetzung für die existenzielle Begegnung mit dem Patienten, mit den Tiefen seines Schmerzes, seinen Ängsten und seiner Desorganisation« (Urban/Hartmann 2005).

Die therapeutische Beziehung ist der Rahmen, in dem sich die Fähigkeit des Klienten entwickeln kann, seine eigene Lebensgeschichte zu erzählen, sich dadurch selbst besser kennen zu lernen und Vertrauen in sich und eine positive Lebensgestaltung zu fassen.

Der Literatur kann man entnehmen,



Jutta Jentges

dass etwa in 30 bis 40 Prozent der Fälle (Strohmeier 2005) bei einer psychotischen Erstmanifestation nicht die »richtige« Diagnose gestellt wird. Deshalb ist es besonders wichtig, eine Beziehungskontinuität durch Bezugstherapeuten zu gewährleisten, um Übergänge und Verläufe in der Erkrankung erkennen und begleiten zu können. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn sich jemand noch einmal in stationäre Behandlung begibt.

Aus der Praxis: Herr O.

Herr O. ist 22 Jahre alt und wurde von einem Träger der stationären medizinischen Rehabilitation wegen anhaltenden Cannabiskonsums disziplinarisch entlassen.

Vor der Rehabilitationsmaßnahme begab sich Herr O. erstmalig zur stationären Behandlung ins Krankenhaus. Dort wurden die Prodromalphase einer schizophrenen Psychose und eine strukturelle Persönlichkeitsstörung mit psychotischen Dekompensationen diagnostiziert. Er zeigte eine ambivalente Therapiemotivation und wollte bald entlassen werden.

Der Kontakt zu uns, hergestellt durch den Sozialarbeiter der entlassenden Einrichtung, war auch ambivalent. Herr O. wollte die Unterstützung des Sozialarbeiters für Bewerbungstraining etc. Dem psychotherapeutischen Angebot stand er sehr distanziert gegenüber. Auf unsere Einladung hin kam es zu einem Familiengespräch. Dort wurden die Einschätzungen und Sichtweisen aller Beteiligten (der Mutter, des Stiefvaters, des Klienten) deutlich. Der Cannabiskonsum hatte sich nach Bekanntwerden des Suizids des leiblichen Vaters verstärkt und kann als Selbstmedikationsversuch der Trauerbewältigung eingeschätzt werden. Der Klient hatte unbewusst das »Erbe« angetreten, ein »Versager« zu sein, wie sein alkoholkranker leiblicher Vater, den er kaum kannte. Seitdem ihm dieser Zusammenhang deutlich ist, ist er motiviert zu lernen, wie er eine positive Zukunftsperspektive gestalten möchte. Innerhalb kurzer Zeit hat Herr O. eine Maßnahme zur beruflichen Integration begonnen und ist sehr motiviert. Er schafft es, weitestgehend wieder eine »normale Tagesstruktur« aufzubauen, was lange unmöglich war. Er hatte einen gänzlich verschobenen Tag-Nacht-Rhythmus.

Spezifischer Unterstützungsbedarf

Unsere Erfahrung zeigt, dass gerade ersterkrankte Klienten einer Behandlung insgesamt und vor allem durch Medikamente ambivalent gegenüberstehen. Darüber hinaus zeigen die Jugendlichen ein hohes Maß an Unzuverlässigkeit und Konzentrationsschwäche.

Bei über fünfzig Prozent der jungen Menschen mit Psychoseerkrankung in Gelsenkirchen liegt eine zusätzliche Suchterkrankung vor, meist Cannabismisbrauch oder -abhängigkeit. Ob die jeweilige Suchterfahrung alleiniger Auslöser der Erkrankung ist, ist in keinem der Fälle belegbar. Im Gegenteil: Es gibt viele lebensgeschichtliche Hinweise, dass der Cannabiskonsum als Selbstmedikation eingesetzt wurde und viele Probleme schon vorher bestanden.

Folgende Hilfestellung ist notwendig:

• *Unterstützung bei Problemen mit Arbeit, Schule, Wohnung und/oder Finanzen*

In der Zielgruppe gibt es einen hohen Bedarf an sozialer Arbeit, und das vor allem im Bereich der Schuldnerberatung und bei der Reintegration in den Arbeits- bzw. Schulprozess. So ist der Sozialarbeiter des PTZ bei fast allen Klienten in den Therapieprozess involviert. Die Adoleszenten haben, wie vorher beschrieben, eine hohe Risikobereitschaft in den Bereichen Finanzen, häufig Konflikte mit dem Gesetz etc. Sie überblicken die Ernsthaftigkeit ihrer Situation nicht, da sie nicht gelernt haben, Verantwortung für ihr Leben und Handeln zu übernehmen.

• *Medizinische Behandlung*

Bei den meisten Patienten läuft die medikamentöse Behandlung über niedergelassene Psychiater oder Neurologen. Bei der jungen Klientel ist häufig die Bereitschaft nicht vorhanden, einen Arzt aufzusuchen. Da wir einen Arzt im Team haben, ist es möglich, flexibel auf die Bedürfnisse zu reagieren. Der Arzt fährt nach Bedarf mit in die Wohnung des Klienten und behandelt gegebenenfalls dort. Er bietet Sprechstunden in unseren Räumen an, fernab vom Krankenhaus, und ermöglicht es den »jungen Wilden«, medizinische Hilfe leichter anzunehmen und damit eine Brücke zu bauen für eventuell notwendige weitere Maßnahmen. Durch den niederschweligen Kontaktaufbau und die Anbindung an das PTZ ist eine sehr niedrige medikamentöse Einstellung der Patienten möglich.

Ausblick: bedürfnisangepasste Behandlung ausbauen!

Das Ersterkrankenprojekt konnte aufgrund guter Öffentlichkeitsarbeit in die Versorgungsstruktur integriert werden. Die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Einrichtungen gestaltet sich sehr effektiv. Die Mitarbeiter sind interessiert, Klienten an uns zu vermitteln, die sonst überwiegend zur stationären Aufnahme in die Kliniken müssten. Die meisten Klienten wurden durch Sozialarbeiter verschiedener Einrichtungen vermittelt. Kontakte geknüpft haben ebenso der Sozialpsychiatrische Dienst, der Arzt des PTZ, vorher Betreuende, Berufsschullehrer, Oberärzte und

das Jugendamt. Die Zielgruppe der Ersterkrankten wurde erreicht und großer Bedarf ist offensichtlich. Erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Projektes durch die Universitätsklinik Aachen weisen darauf hin, dass die bedürfnisangepasste Behandlung in Deutschland erfolgreich umgesetzt werden kann. Es zeigen sich trotz geringer »Fall«zahlen deutliche Erfolge bei den Klienten. Ersichtlich ist, dass besonders die ersten sechs Monate der Behandlung sehr wichtig zu sein scheinen, da sich hier die größte Veränderung zeigt. Die vorliegenden Daten bezüglich der Rückfallquote sprechen ebenfalls für diese ambulante Arbeitsweise. Das Ergebnis von 19 Prozent Rückfallquote gegenüber 38 Prozent bei herkömmlicher Behandlung ist aussagekräftig. Die Rückmeldung der Klienten ist ebenfalls sehr positiv. Wie aus den berichteten Äußerungen ersichtlich ist, sind es unterschiedliche Aspekte der Behandlung, die von einzelnen Klienten gewünscht oder als Grund für ihre Behandlung angegeben wird. Hier spiegelt sich ein wichtiger Aspekt der bedürfnisangepassten Behandlung wider: auf die individuelle Situation des Einzelnen eingehen.

Die überwiegend junge Klientel profitiert sehr deutlich von der bedürfnisangepassten Behandlung und von der intensiven Eins-zu-eins-Betreuung.

Der Beziehungsaufbau wird erleichtert, und Schwankungen können aufgefangen und besprochen werden. Deutlich ist, dass den meisten jungen psychotisch erkrankten Menschen die altersangemessene Unterstützung gefehlt hat. Daraus ergibt sich ein hoher Bedarf sowohl in Bezug auf den Wunsch nach Aufmerksamkeit und Akzeptanz als auch nach klarer Strukturierung, Grenzsetzung und Begleitung ins Erwachsenwerden. Und das nicht nur in Gelsenkirchen. ◆

Dorothee Becker ist Diplompädagogin und Gestalttherapeutin. **Liane Rumpf-Heisig** ist Diplompsychologin und Psychologische Psychotherapeutin. Beide sind Mitarbeiterinnen im ambulanten Präventions- und Therapiezentrum (PTZ) des Vereins zur Förderung psychosozialer Arbeit e.V. in Gelsenkirchen.

Literatur:

- ADERHOLD, VOLKMAR, U.A. (HG.): Psychotherapie der Psychosen, Gießen 2003
 BOCK, THOMAS (HG.): Es ist normal, verschieden zu sein, Zürich 2004
 KÖTTGEN, CHARLOTTE (HG.): Wenn alle Stricke reißen, Bonn 1998
 RAITHEL, JÜRGEN: Jungdliches Risikoverhalten, Wiesbaden 2004
 STROHMEYER, INA: Zwischenbericht des Ersterkrankenprojektes des Vereins zur Förderung psychosozialer Arbeit e.V., Gelsenkirchen 2005
 URBAN, MARTIN/HARTMANN, HANS (HG.): Bindungstheorie in der Psychiatrie, Göttingen 2005