

Psychotherapeutische Angebote für Wohnungslose - Therapieverfahren, Erfolge, Grenzen

BAGW Bundestagung Berlin 2015

10. November 2015

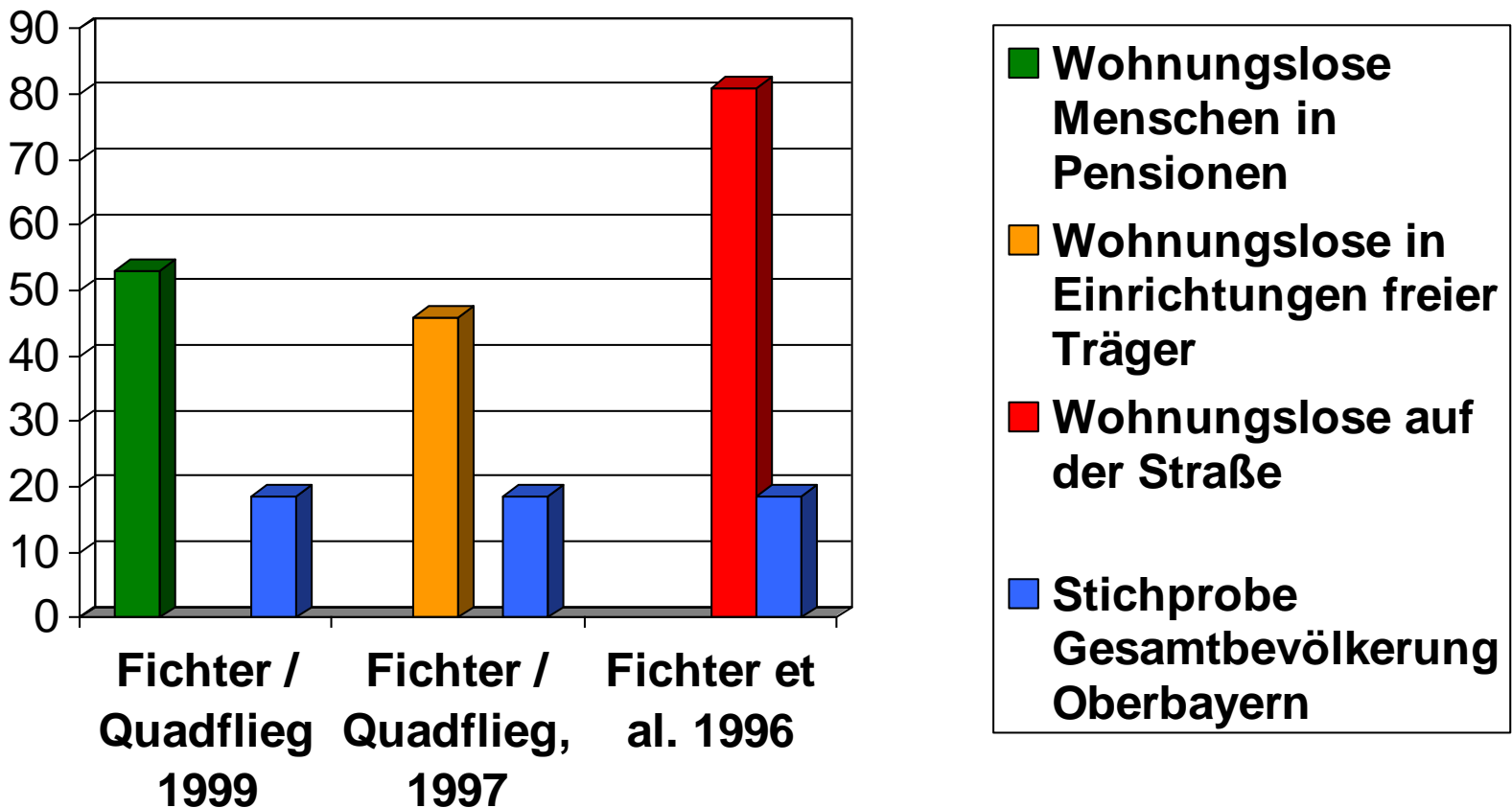
Beate Gaupp



Übersicht

- Ausgangslage, Epidemiologie
- Rahmenbedingungen der Praxis
- Soziodemographische Daten der PatientInnen
- Zwei Fallbeispiele
- Therapieziele
- Therapieprinzipien und -verfahren
- Besonderheiten einer Praxis für wohnungslose Patienten/innen
- Fazit und Ausblick

Epidemiologie: Fichter Studien 90er Jahre: Prävalenz psych. Störungen



Epidemiologie Fichter Studien:

- Lebenszeitprävalenz für psychische Störungen: 93,3 %, 1-Monats-Prävalenz 74,4%
- Substanzinduzierte Störungen (++ Alkohol) im Vordergrund
- Depressive und Angststörungen: hohe Prävalenz; etwas geringer schizophrene Störungen
- hohe Komorbiditätsraten
- bei der Klientel geringe Inanspruchnahme medizinischer Dienste; subjektiv vorrangig: soziale Sicherung und Wohnperspektive

Epidemiologie SEEWOLF - Studie:

Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München (Bäumli, Jahn, Baur, Brönner et al. 2014)

- Lebenszeitprävalenz für psychische Störungen: 93,2 %, 1-Monats-Prävalenz 74%
- Vergleich: Lebenszeitprävalenz Allgemeinbevölkerung: 27,7% (Jacobi et al. 2014; zit nach Bäumli et al.)
- Diagnostische Verteilung (Häufigkeiten) ähnlich FICHTER Studien
- Persönlichkeitsstörungen (Achse II DSM IV): Antisoziale > Schizoide > Borderline PS.

Ausgangslage

- 90er Jahre FICHTER Studien
- Gesundheitsamt München: Hochrisikogruppe (chronisch mehrfach beeinträchtigte Patienten) zunehmend im Fokus; kein Versorgungsauftrag
- 1999 Tagung "Facetten der Wohnungslosigkeit" - zur Gesundheit Wohnungsloser
- 2001 Tagung Tutzing: " Auf dem Weg zum Münchner Gesamtplan – Soziale Wohnraumversorgung – Wohnungslosenhilfe"
- 2001 - 2004 Runder Tisch: Gesamtkonzept zur Versorgung psychisch /suchtkranker wohnungsloser Personen

Der Runde Tisch

4 Arbeitsgruppen:

- Finanzierungsmodelle und Steuerung
- Verbesserung der aufsuchenden psychiatrischen Versorgung
- Wohnformen für Menschen mit Mehrfacherkrankung
- Bedarf für Mitarbeiter: Fachberatung und Fortbildung

Alle Arbeitsgruppen sind mit Vertretern der Kommune (Sozial und Gesundheitsreferat), der Wohnungslosenhilfe in freier Trägerschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen besetzt

Der Runde Tisch - Ergebnisse

1. medizinischer Konsiliardienst des BKH Haar (heute: Klinikum München Ost) für stationäre Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe
2. Etablierung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis zur ambulanten Versorgung wohnungsloser Patienten - Kooperationsvereinbarung zwischen KVB, Krankenkassen und LHM Sozialreferat - Behandlungsermächtigung gemäß SGB V
3. ½ ärztliche Stelle für sozialpsychiatrische Fortbildung und Fachberatung für sozialpädagogische und Verwaltungsfachkräfte der LHM

Rahmenbedingungen

- 1 -

- Psychiatrisch - psychotherapeutische Praxis 2004 - 2012 (50 % einer Vollzeitstelle; Kooperationsvereinbarung zwischen kassenärztlicher Vereinigung Bayerns, gesetzlichen Krankenkassen und Landeshauptstadt München (Sozialreferat)
- 50% Fortbildungsauftrag für Fachkräfte (Sozialpädagogik und Verwaltung) der Landeshauptstadt und freier Träger; Finanzierung: LHM, . Referat für Gesundheit und Umwelt

Rahmenbedingungen

- 2 -

- Behandlungsermächtigung gemäß SGB V aufgrund des nachgewiesenen Mangels in der Regelversorgung für die Zielgruppe
- Finanzierung ärztlicher Leistungen über Fallpauschalen (Abrechnung mit KVB; Rückführung an Kommune bei festem Gehalt)
- Behandlungen im Rahmen der Praxis und aufsuchender Arbeit in kommunalen Notquartieren und Pensionen (gewerblicher Betreiber)

Fortbildungsauftrag

Landeshauptstadt München
Referat für Gesundheit und Umwelt
Abt. Psychiatrie und Sucht
Implerstr. 9

81371 München

Ansprechpartnerin:
Dr. med. Beate Gaupp
Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Telefon (089) 2 33 - 3 96 86
Telefax (089) 2 33 - 3 96 62
E-Mail: beate.gaupp@muenchen.de

**“Wenn Du etwas wissen willst und es durch
Meditation nicht finden kannst, so rate ich dir
mein lieber sinnreicher Freund, mit dem
nächsten Bekannten, der dir aufstößt, darüber
zu sprechen.”**

Heinrich von Kleist
Über die allmähliche Verfertigung
der Gedanken beim Reden (1805)

Herausgeberin:
Landeshauptstadt München
Referat für Gesundheit und Umwelt
Bayerstr. 28a, 80335 München
Druck: Stadtkanzlei
München, März 2004



Landeshauptstadt
München
**Referat für Gesundheit
und Umwelt**

Sozialpsychiatrische Fachberatung und Fortbildung

für Dienstkräfte der Stadt
München in der
Wohnungslosenhilfe
und in der Bezirkssozialarbeit

Fortbildungsauftrag

Die Beratung und Betreuung psychisch kranker Menschen in besonderen Lebenslagen bzw. mit erheblichen sozialen Schwierigkeiten (Verein-samung, Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit u.v.m.) erfordert eine intensive gegenseitige Information und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeit und Sozialmedizin.

Um "Schnittstellen" zwischen Sozialpädagogik und Sozialpsychiatrie zu überbrücken und damit die Versorgungsqualität der betroffenen Bürgerinnen und Bürger zu bessern, bietet das Referat für Gesundheit und Umwelt für Dienstkräfte in der Bezirkssozialarbeit und in der Wohnungslosenhilfe ärztliche Fortbildung an. Sie soll sowohl theoretische Information vermitteln als auch zur Selbstreflexion anregen und zur Erweiterung von Handlungskompe-tenz beitragen.

Unser Angebot:

- Fachberatung im Einzelfall
- Teilnahme an Helferkonferenzen
- Halb- und ganztägige Fortbildungen

Fortbildungsmodule:

- Vermittlung von medizinischem / sozial-psychiatrischem Grundlagenwissen: psychiatrische Diagnostik, Krankheits-lehre, Therapiemöglichkeiten
- Möglichkeiten der Interaktion zwischen Helfenden und Betroffenen
- Supervision in ausgewählten Fällen
- Information über sozialpsychiatrische Versorgungsstrukturen in München

Mögliche Themen

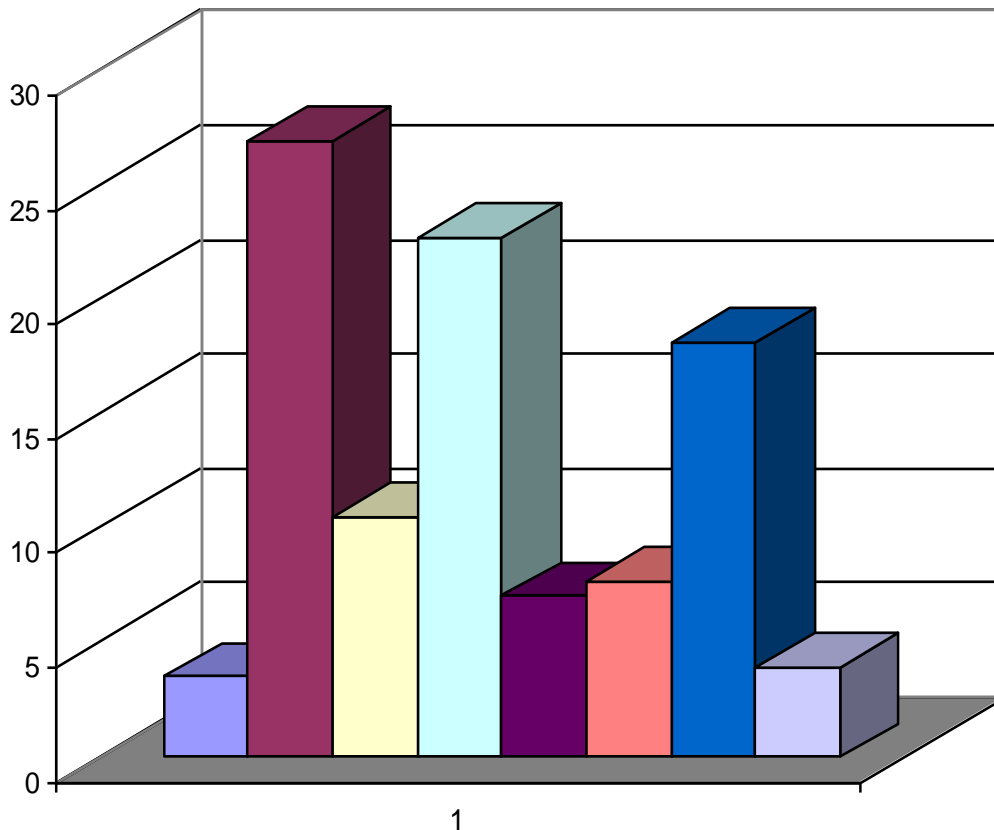
- Depressive, schizophrene und Angststörungen
- Kognitive Störungen
- Störungen der Persönlichkeitsentwicklung
- Komorbidität: psychische Erkrankung und Substanzmissbrauch / Suchterkrankung
- "Verwahrlosung" und "Messie-Syndrom"
- Suizidalität und Fremdgefährdung
- Therapieformen: Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, sozialpsychiatrische Rehabilitation
- Rechtliche Beurteilung, geschlossene Unterbringung

Diagnostische Verteilung (nach ICD 10)

Praxis Gaupp 2005 - 2009 (Durchschnitt)

Substanzinduzierte Störungen (F1)	37,5%
Schizophrene u. wahnhaftige Störungen (F2)	22,7%
Persönlichkeitsstörungen (F6)	18%
Depressive Störungen (F3)	10%
Neurotische u. Belastungsstörungen (F4)	7%
Organische Störungen (F0):	3,5%

Diagnostische Verteilung (%)



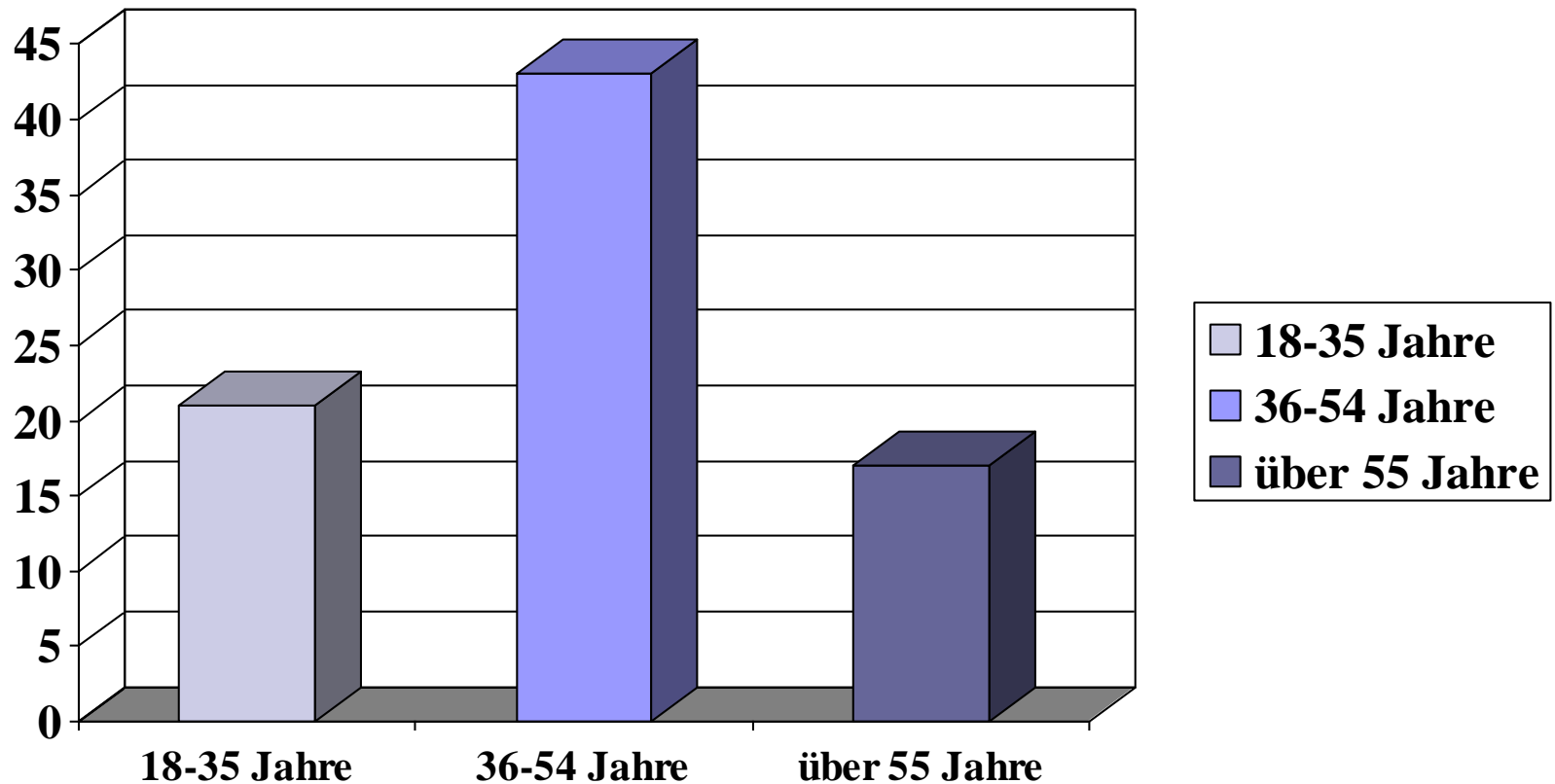
- F 01 - F 07 organisch bedingte psychische Störungen
- F 10 Alkoholbedingte Störungen
- F 11 - F 19 andere Abhängigkeitserkrankungen
- F 20 - F 25 schizophrene + wahnhafte Störungen
- F 31 - F 33 Depressive Störungen
- F 41 - F 43 Neurotische + Belastungsstörungen
- F 60 Persönlichkeitsstörungen
- andere Störungen

Geschlechterverteilung und Herkunft:

Männer	N = 502	85%
Frauen	N = 88	15%
Deutsche PatientInnen	N = 392	66%
PatientInnen mit Migrationshintergrund *	N = 198	33%

* Flüchtlinge, Asylbewerber, Gastarbeiter und deren Kinder, in Deutschland aufgewachsene ausländische Patienten

Durchschnittliches Alter



Soziale Beziehungen

	Durchschnitt
alleinstehend, keine frühere feste Partnerschaft bekannt	47,5 %
alleinstehend, nach Trennung / Scheidung	45,0 %
alleinstehend, verwitwet	1,3 %
verheiratet, in Partnerschaft	5,0 %
unbekannt / nicht erfragt	1,3 %

Soziale Sicherung

	Durchschnitt
Gehalt	1,25 %
Rente	11,25 %
Arbeitslosengeld I	6,25 %
Arbeitslosengeld II (Hartz IV)	32,50 %
Sozialhilfe (SGB XII)	30,00 %
Vermögen / Ersparnisse	1,25 %
Varia, unbekannt / ∅ erfragt	17,50 %

Wohn-, Unterbringungsform

	Durchschnitt
kommunales Notquartier / Pension / Clearinghaus	30,0 %
Übernachtungsheim freier Träger	37,5 %
andere niedrigschwellige Einrichtung	5,0 %
Obdachlosigkeit (Straße)	6,3 %
bei Bekannten	3,8 %
mittel - + langfristiges Wohnheim	17,6 %

1. Fallbeispiel Psychotherapie: ♀

- Patientin, Mitte 70, obdachlos. Lehrerin an der Realschule gewesen, vorzeitig berentet. Hat Wohnung wegen Mietschulden verloren. Weigert sich, Notunterkunft o.ä. zu beziehen.
- Kommt, um hier eine Psychoanalyse zu machen (war in mittlerem Lebensalter tatsächlich bei inzwischen hochbetagter Analytikerin in M.) Will Träume berichten, kennt sich in einschlägiger Literatur gut aus. - Pat. glaubt, daß ehemalige Analytikerin mit ihrer Versicherungskarte für andere Patienten abrechne.

1. Fallbeispiel Psychotherapie: - 2 -

- Befund: mißtrauisch im Kontakt, gleichzeitig bedürftig erscheinend. Elaborierte Sprache, Bildungsgrad erkennbar, keine formalen Denkstörungen. Inhaltlich: Hinweise auf wahnhaftes Erleben. Stimmung teilweise gereizt.
- Diagnose: wahnhafte Störung im Alter bei Verdacht auf neurotische Störung (Angststörung) in jüngerem Lebensalter.
- FRAGE: was kann / soll die Zielsetzung von Therapie sein?

1. Fallbeispiel Psychotherapie: - 3 -

- Verlauf: Patientin begleitet von 2006 - 2012. Sie kommt regelmäßig, ohne feste Termine einhalten zu können. Versuch medikamentöser Behandlung gescheitert. In Zusammenarbeit mit Sozialdiensten Zielsetzung einer festen Bleibe anfangs ebenfalls nicht möglich. Erst nach vier Jahren aus eigener Initiative und körperlicher Beschwerden Einzug in Frauenobdach.
- FRAGE: was war - psychotherapeutisch - wirksam?

1. Fallbeispiel: was wirkt ?

- 4 -

- Verlässliche Beziehung, Beziehungskontinuität
- soweit möglich stabiler Rahmen; der "sichere Ort" (nach L. Reddemann)
- Ambivalenztoleranz (für eigene widersprüchliche Gefühle und Zielsetzungen)
- "beeing with", Begleitung des wahnhaften Erlebens (Element des SOTERIA Therapie-konzepts)
- keine eingreifenden Interventionen
- gute Kooperation mit sozialen Diensten

2. Fallbeispiel Psychotherapie: ♂ - 1 -

- Mitte 50jähriger Patient, seit ca. 10 Jahren auf der Straße lebend. Früher erhebliches Alkoholproblem, seit längerem trocken.
- wird von Allgemeinärztin geschickt, da er unter zunehmenden körperliche Beschwerden, insbesondere Schmerzen leide und nicht länger auf der Straße bleiben wolle. Deutliche Depression. Frage: Diagnose und Therapiemöglichkeiten.
- Vorgeschichte: bis Ende der 90er Jahre sozial integriert (Arbeit, Beziehung), dann "alles verloren"

2. Fallbeispiel Psychotherapie: - 2 -

- ⇒ Suchtberatungsstelle ⇒ niedergelassener Psychiater ⇒ "geht nicht ambulant", "zu schwierig" ⇒ Klinik ("Doppeldiagnosen") ⇒ rechtliche Betreuung (Rechtsanwalt)
- nach weiteren Klinikaufenthalten löst Betreuer Wohnung auf ⇒ geschlossene Heimunterbringung ⇒ Entlassung auf die Straße ⇒ vorübergehend Wohngemeinschaft (Patient: "zu eng") ⇒ zurück auf die Straße.

2. Fallbeispiel Psychotherapie: - 3 -

- Biographisches: aus anderer Großstadt stammend, Vater Alkoholiker, die Kinder geprügelt ("es ist schade um jeden Schlag, der daneben geht"), Mutter mit Kindern auf die Straße geflohen
- im Jugendalter Tuberkulose, wiederholt stationär, seit 15.Lj. Alkohol ("Beruhigungsmittel"). Heim für "schwer Erziehbare", zurück nach Hause. Mit 18 vom Vater herausgeworfen ⇒ auf die Straße ("da war ich frei") (*Straße = Symbol für die Flucht vor dem Vater / Autoritäten / eigene Autonomie*)

2. Fallbeispiel Psychotherapie: - 4 -

- in der Folgezeit wiederholt kleinere Eigentumsdelikte, Jugendstrafen, hier zuletzt Handwerkerlehre. Anschließend aber keine anhaltende Berufstätigkeit, Alkohol zunehmend (bis Abstinenz vor einigen Jahren = *Ressource*)
- Befund: zurückhaltend in Kontakt und Erzählung, eindeutig depressiv, erschöpft, hoffnungslos, keine Zukunftsperspektiven. Somatische Beschwerden im Vordergrund. Möchte keine Antidepressiva (schlechte Erfahrungen, "unwirksam"). Reflektiert, intelligent

2. Fallbeispiel Psychotherapie: - 5 -

- Diagnosen: chronifizierte depressive Störung, Z.n. Alkoholabhängigkeit, allgemeinmedizinisch: COPD, LWS Syndrom, chronisches Schmerzsyndrom
- Zielsetzung: Vermittlung in Notunterbringung als erster Schritt, begleitende Psychotherapie zur Behandlung der Depression (Medikamente zunächst abgelehnt) Existenzsicherung i.R. SGB XII (Patient zu Therapiebeginn noch in SGB II) in Zusammenarbeit mit Sozialpädagogik / Verwaltung

2. Fallbeispiel Psychotherapie: - 6 -

- Verlauf (2005 - 2009): zwei Therapieabbrüche nach wenigen Stunden ("wenn ich über meine Vergangenheit rede, muss ich wieder trinken") Schuldgefühle wegen der Kosten einer kommunalen Unterbringung ("habe ja nichts geleistet")
- mit Hilfe der weiterhin konsultierten Allgemeinärztin aber 2 x Wiederaufnahme Therapie möglich. Ziel nurmehr "weg von der Straße". Mit Unterstützung der Verwaltung (Begleitung zum Wohnungsamt, Einzelzimmerattest, Gutachten dauerhafter Arbeitsunfähigkeit) Vermittlung in Wohnen erfolgreich

2. Fallbeispiel Psychotherapie: - 7 -

FAZIT

- aufdeckende, konfliktzentrierte Therapie angesichts der Schwere und Komplexität der Erkrankung nicht möglich; Autodestruktivität als - dysfunktionale, aber subjektiv wirksame - Bewältigungsstrategie
- mit Reinszenisierungen traumatisierender Erfahrungen (Reenactments, van der Kolk 1989) muss gerechnet werden.
- Therapieabbrüchen kann aber mit aktiver Intervention begegnet werden
- Korrektur von ursprüngl. Therapiezielen erforderlich

Therapieziele - Zusammenfassung

- Beziehungsaufbau und -kontinuität: Sicherheit, Bindungsangebot, Verlässlichkeit, Toleranz
- Krankheitswahrnehmung und -verständnis fördern
- Symptomreduktion; Gesundheitszustand und Lebensqualität bessern
- Entdeckung und Pflege erhaltener oder verschütteter Ressourcen (⇒ Resilienz)
- Psychosoziale Reintegration (soweit als möglich) in Kooperation mit Sozialarbeit und Verwaltung: soziale Kontakte, Wohnung, Arbeit, ...

Therapieprinzipien und Haltung - 1 -

- größtmöglicher Grad an Struktur ("der beste Therapeut ist nichts wert ohne überschaubaren Rahmen" (J. KÖRNER 1998))
- aktive Haltung (nicht "abwarten")
- psychotherapeutische Begleitung, „fördernder Dialog“ (Leber, 1988), Containment (Bion 1992), "Being with" (Therapiekonzept SOTERIA)
- Verständnis für die Externalisierung innerer Konfliktdynamiken der Patienten in der Arzt-Patienten-Beziehung

Therapieprinzipien und Haltung - 2 -

- motivierende Gesprächsführung (Miller und Rollnick 2002); fragende Beziehung (Bauriedl 1985)
- Bifokaler Therapieansatz (Rauchfleisch, 1998): soziale Realität und Erleben / Verhalten im Focus der Behandlung
- Reflexion / Bewußtsein für eigene Motive, Konflikte, Verstricktheit etc. von TherapeutInnen in der Interaktion (interaktive "Gegenübertragung" (KÖRNER)₃₃)

Therapieprinzipien und Haltung - 3 -

- Ambivalenztoleranz für eigene (widersprüchliche) Gefühle und Zielsetzungen)
- ergänzende somatische Diagnostik und Therapie in einer allgemeinmedizinischen Praxis für wohnungslose Patienten
- ggf. begleitende Psychopharmakotherapie
- gute Zusammenarbeit mit übrigen Diensten, die Patient/in in Anspruch nimmt; Interdisziplinarität

Besonderheiten einer psychiatr.-psychotherap. Praxis für wohnungslose Patienten

◆ Patienten

- Diagnostisch Mehrfachbelastung der Patienten: Soziale Notlage(n) und psychisches Problem / Erkrankung
- Überdurchschnittlicher hoher Anteil an Abhängigkeitserkrankungen / schizophrenen Störungen / Persönlichkeitsstörungen (vorwiegend v. Borderline-Typ)
- Mehrfachdiagnosen (Komorbidität psychiatrische wie somatische Erkrankungen)

Besonderheiten einer psychiatr.-psychotherap. Praxis für wohnungslose Patienten

◆ Patienten

- Biographisch: Gehäuftes Vorkommen von frühen Traumatisierungen in der Familie (emotionale Vernachlässigung / psychische und physische Gewalt / familiäre Disharmonie)
- Extremtraumatisierung bei Kriegsflüchtlingen
- Psychologisch: Bindungsstörungen, Störungen der Affektregulation. Defizite in der Autonomieentwicklung

Besonderheiten einer psychiatr.-psychotherap. Praxis für wohnungslose Patienten

◆ Patienten

- fragiler Selbstwert, unreife Konfliktbewältigungsstrategien, geringes Vertrauen in Selbstorganisationsfähigkeiten; geringe Selbstfürsorge
- Vorwiegen früher Abwehrmechanismen: Verleugnung, Spaltung, Projektion, projektive Identifizierung
- "Identifikation mit dem Aggressor", „böse Introjekte“, Autodestruktivität

Besonderheiten einer psychiatr.-psychotherap. Praxis für wohnungslose Patienten

◆ Patienten

- Biologisch: erhöhte Stressvulnerabilität, chronische Stressreaktion, erhöhte Infektanfälligkeit bei Schwächung des Immunsystems
- Infolge ↻ Risikoverhaltens erhöhte Anfälligkeit für (somatische) Erkrankungen
- Soziale Mehrfachbelastung: geringe Schulbildung, fehlende Berufsabschlüsse, Langzeitarbeitslosigkeit

Besonderheiten einer psychiatr.-psychotherap. Praxis für wohnungslose Patienten

◆ Patienten

- Verhalten im professionellen Kontext: oft hohe Bedürftigkeit / Ansprüche an Unterstützung von außen - bei gleichzeitiger Ablehnung von Hilfsangeboten (Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt)
- Bewältigung ihres Alltags hat für Patienten häufig Priorität, Zugang zur „inneren Welt“ oft versperrt

Besonderheiten einer psychiatr.-psychotherap. Praxis für wohnungslose Patienten

◆ Therapeuten

- Klärung von therapeutischer Haltung und Rolle erforderlich: "Lokomotivführer" versus "Reisebegleiter" / paternalistisch versus partnerschaftlich
- Hohe emotionale Belastung für Therapeuten / alle Mitarbeiter in einer Praxis für Wohnungslose, wenn Hilfsangebote nicht angenommen werden können oder Fehlschläge in Therapien sich entwickeln

Besonderheiten einer psychiatr.-psychotherap. Praxis für wohnungslose Patienten

◆ Therapeuten

- Identifizierung mit Klienten,
„Ansteckungsgefahr“ (z.B. Depressivität)
- Ohnmachtgefühle, Risiko der Resignation und
des „therapeutischen Nihilismus“
- Risiko negativer (aggressiver) Gegen-
übertragungen wenn Abwehrmechanismus der
projektiven Identifizierung vorherrschend

Besonderheiten einer psychiatr.-psychotherap. Praxis für wohnungslose Patienten

◆ Praxisorganisation, Arbeitsabläufe

- Praxisorganisation: offene Sprechstunde versus Bestellpraxis
- was tun, wenn Leerläufe: angemeldete Patienten kommen nicht in die Sprechstunde
- was tun, wenn Notfall während einer Psychotherapiestunde?
- Zeitaufwand pro Patient insgesamt hoch

Besonderheiten einer psychiatr.-psychotherap. Praxis für wohnungslose Patienten

◆ Praxisorganisation, Arbeitsabläufe

- hoher Zeitaufwand bei Besuchen in Notunterkünften (Fahrtzeit, Gestaltung des Settings); Patienten sind bei angemeldeten Besuchen z.Tl. nicht anzutreffen
- zeitintensives Beratungsangebot für sozialpädagogische Fachkräfte erforderlich
- Risiko: Konkurrenzen zwischen Professionen hinsichtlich therapeutischer / pädagogischer Konzepte

Besonderheiten einer psychiatr.-psychotherap. Praxis für wohnungslose Patienten

◆ Praxisorganisation, Arbeitsabläufe

- Zusammenarbeit mit Allgemeinarzt /-ärztin in Praxisgemeinschaft ist günstig (somatische Abklärung, Fallbesprechungen, gegenseitige Überweisungen)
- Kenntnisse über und Einbindung von TherapeutInnen in Organisationsstrukturen + Arbeitsabläufe der Wohnungslosenhilfe sind hilfreich (Sozialmedizin)

Fazit

- 1 -

- In einer niedergelassenen Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie ist Psychotherapie für wohnungslos gewordene Patienten/innen grundsätzlich möglich, nicht aber i.S. Richtlinienpsychotherapie
- wesentliche Zielsetzung ist die Verbesserung von Lebensqualität und soziale Reintegration (Beziehungen, Wohnen, Arbeit)
- Methodisch werden Elemente stützender und konfliktzentrierter Therapie kombiniert (Bifokaler Ansatz),

Fazit

- 2 -

- Beziehungskontinuität ist wesentliches Element
"Es ist die Beziehung, die heilt" (Kernberg)
- Entscheidend für mögliche Therapieerfolge sind Haltung, Selbst-Reflexivität, Belastbarkeit von TherapeutInnen und ein "langer Atem"
- durch das Überwiegen sog. „Frühstörungen“ mit psychischen „Strukturdefiziten“ bei frühkindlichen Traumatisierungen / Bindungsstörungen und unreifen Abwehrmechanismen / Konfliktbewältigungsstrategien der Klientel entsteht

Fazit

- 3 -

für Therapeuten ein besonderes Belastungspotential.

- Risiken für TherapeutInnen (und KlientInnen) können sich entwickeln in Form von Identifizierungen, Ohnmachtsgefühlen, negativen Gegenübertragungsreaktionen etc.
- im Vergleich zur psychotherapeutischen „Regelversorgung“ kommt es häufiger zu Therapieabbrüchen seitens der PatientInnen

Fazit

- 4 -

- im Rahmen einer modifizierten "Abstinenzregel" ist es aber möglich, Patienten („verlorene Kinder“) nach Therapieabbruch „zurückzuholen“ (anrufen, schreiben, Kooperation mit sozialen Diensten)
- Grenzen sind gesetzt durch die Praxisorganisation einer gemischt psychiatrisch / psychotherapeutischen Klientel mit der Notwendigkeit der Versorgung von Notfällen. Eine störungsfreie „Bestellpraxis“ i.S. der Richtlinienpsychotherapie niedergelassener TherapeutInnen ist kaum möglich.

Fazit

- 5 -

- Gute Kenntnisse von Therapeuten über die Systeme der sozialen Wohnungslosenhilfe und der Verwaltung (beispielsweise SGB II, Jobcenter), verbindliche Kooperationsbeziehungen, die Anerkennung unterschiedlicher beruflicher Rollen und Verfahren tragen dazu bei, individuelle wie strukturelle Spaltungen zu identifizieren und zu bearbeiten

Fazit

- 6 -

- Im Raum München (1,4 Mill. Einwohner) sind laut KVB ca. 850 ÄrztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie, FachärztInnen für psychotherapeutische Medizin und psychologische PsychotherapeutInnen niedergelassen (Quelle: KVB Internetauftritt 2010). Ende 2010 befanden sich ca. 2500 Personen in akuter Notunterbringung von Stadt und freien Trägern; davon 300 Personen auf der Straße. (Quelle: Stadt München)
- Das Kontingent von einer halben Arztstelle für wohnungslose PatientInnen spricht für sich.

Ausblick

- 1 -

- im Sinne der **Primärprävention** von bio-psycho-sozialen Belastungs- und Risikofaktoren in Kindheit und Jugend und deren pathogene Auswirkungen auf das Erwachsenenalter müssen wissenschaftlich fundierte "frühe Hilfen" (z.B. Nationales Zentrum (NZFH), SAFE (LMU München), First Steps (Brüssel) implementiert werden.
- Die Politik, insbesondere die Kommunen, haben die Aufgabe (**Sekundärprävention**) durch gezielte Wohnungsbauprogramme und

Ausblick

- 2 -

Wohnraumversorgung für schwächere Bevölkerungsschichten Wohnungslosigkeit zu verhindern / zu verringern

- im Sinne der **Tertiärprävention** bei psychisch erkrankten wohnungslosen PatientInnen ist eine größere Anzahl psychotherapeutisch tätiger ÄrztInnen zu gewinnen, die bereit und fähig sind, die mehrfach belastete Klientel im Rahmen des Möglichen zu behandeln. Ein Konzept nur auf Richtlinienpsychotherapie ausgerichteter Versorgung muss revidiert werden

- zwischen kommunaler und verbandlicher Wohnungslosenhilfe, öffentlicher Verwaltung und medizinischem Versorgungssystem müssen intelligente und wirksame Verknüpfungen und Kooperationsbeziehungen hergestellt werden (Beispiel: Projekt MOTIWOHN, Prof. Salize, Mannheim & Freiburg 2013)

Ausblick


- 4 -

- Handle in deinem Verantwortungsbereich so, daß du mit dem Einsatz all deiner Ressourcen immer beim jeweils letzten beginnst, wo es sich am wenigsten lohnt

Klaus Dörner 2003

- Das Heil der Welt liegt nicht in neuen Maßnahmen, sondern in einer anderen Gesinnung.”

Albert Schweitzer



"Die Medicin ist eine sociale Wissenschaft,
und die Politik ist weiter nichts, als Medicin
im Grossen".

Rudolf Virchow: "*Der Armenarzt*"

in: *Die medicinische Reform. Eine
Wochenschrift, erschienen vom 10.
Juli 1848 bis zum 29. Juni 1849,*
(Reprint, Berlin 1983, S. 125.)

zit. nach deutsche Gesellschaft für
Sozialmedizin und Prävention e.V.

Verwendete und weiterführende Literatur - 1 -

- Bion, Wilfred (1992): Elemente der Psychoanalyse.
- Burkhardt-Mußmann, C. (2013). "ERSTE SCHRITTE" – Ein Integrations- und Frühpräventionsprojekt für Kleinkinder mit Migrationshintergrund. Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, 44 (3): 381-399. Frankfurt/Main, Suhrkamp.
- Leber, Aloys (1988): Zur Begründung des fördernden Dialogs in der Psychoanalytischen Pädagogik. In: Iben, G. (Hg.): Das Dialogische in der Heilpädagogik, Mainz, S. 41 - 61
- Kernberg, Otto (1993): Narzißtische Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt, Suhrkamp
- Körner, Jürgen (1998) Behandlungsgeschichten erzählen, In: Lindauer Texte, Heidelberg, Springer

Verwendete und weiterführende Literatur - 2 -

- Körner, Jürgen (1998): Der konstruktive Umgang mit der Abwehr. Vorlesung Lindauer Psychotherapiewochen. Auditorium Netzwerk. In: www.auditorium-netzwerk.de/.
- Miller, William und Rollnick, Stephen (2002) Motivierende Gesprächsführung. Freiburg, Lambertus.
- Rauchfleisch, Udo (2004) Menschen in psychosozialer Not. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht.
- Ruf, Gerhard Dieter (2005): Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Sachsse Ulrich (Hg) (2004) Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart und New York, Schattauer

Verwendete und weiterführende Literatur

- 3 -

- Salize, Hans Joachim (2013): Versorgungsbedarf und Versorgungsrealität in der Psychiatrie. Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim. In: www.dgppn.de/fileadmin/user...06.../salize_HS_Versorgung.pdf
- SOTERIA Zwiefalten (2009): Milieutherapeutische Einrichtung für Menschen in psychotischen Krisen. ZfP Südwürttemberg. In: [www.zfp-web.de/uploads/media/Soteria - Stations-Konzept_01.pdf](http://www.zfp-web.de/uploads/media/Soteria_-_Stations-Konzept_01.pdf)
- Urban, Martin und Hartmann, Hans-Peter (Hg.) (2005): Bindungstheorie in der Psychiatrie. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht



Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit !



Dr. med. Beate Gaupp

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
vormals Psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis für
wohnungslose Patienten und Patientinnen in München

Edmund Husserl Str. 18
81245 München
Tel. 089 / 864 37 96

Mail: gaupp@mnet-mail.de