

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie"
und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit
und dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

08 / 2005

**Der Integrationsgedanke in der moder-
nen Sozialpsychiatrie am Beispiel der
medizinisch - beruflichen Rehabilitation
psychisch kranker Menschen**

Graduierungsarbeit
im Rahmen der Ausbildung in Integrativer Thera-
pie/Gestaltsoziotherapie und psychosoziale Beratung
an der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesund-
heit/Fritz Perls Institut (EAG/FPI)

vorgelegt von

Hartmut Baar

Juli/2005

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung

1. **Das Model RPK**
Exkurs: Aktuelle sozialpolitische Tendenzen: Anspruch und Wirklichkeit des SGB IX im Hinblick auf die Rehabilitation psychisch kranker Menschen
2. **Integration oder Eklektizismus in der medizinischen Rehabilitation**
 - 2.1 Die anthropologischen Grundformeln der Integrativen Therapie
 - 2.2 Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie
 - 2.3 Modell der Persönlichkeit und der Identität
 - 2.4 Mehrperspektivische Sicht psychischer Erkrankungen
 - 2.4.1 Leiblichkeit
 - 2.4.2 Arbeit und Leistung
 - 2.4.3 Materielle Sicherheit
 - 2.4.4 Soziales Netzwerk
3. **Was wirkt in der medizinisch-beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen?**
 - 3.1 Übersicht über einige Behandlungsergebnisse
 - 3.2 Therapeutische Wirkfaktoren
 - 3.4 Besonderheiten des RPK-Ansatzes und ihre Relevanz für die therapeutische Wirksamkeit
 - 3.4.1 Therapeutisches Milieu/Therapeutische (Wohn-) Gemeinschaft
 - 3.4.2 Der bewältigungsorientierte Ansatz
 - 3.4.3 Der regionale Bezug/die Netzwerkperspektive
4. **Schlussbemerkung**

Vorbemerkung

Die Lage psychisch kranker Menschen hat sich im Verlauf der letzten 20 Jahre deutlich verbessert. Besonders die von der Bundesregierung eingesetzte Enquete-Kommission konnte hierzu Anfang der 70er Jahre entscheidende Impulse setzen. Die bis zu diesem Zeitpunkt häufig inhumanen Missstände in der Psychiatrie wurden publik gemacht, die Psychiatrielandschaft hat in der Folge ein völlig neues Gesicht bekommen. Wichtigstes Ziel war es, die bestehenden Großkrankenhäuser aufzulösen oder zumindest drastisch zu verkleinern. Stattdessen sollten Alternativen geschaffen werden, die es den Menschen ermöglichen, in ihrer Gemeinde, an ihrem bisherigen Wohnort, in ihrem Kontext zu verbleiben, und dort ein menschenwürdiges und ihren Behinderungen angemessenes Leben zu führen.

In vielen Kreisen und kreisfreien Städten ist es seitdem gelungen, an die Stelle der zentralen Großkrankenhäuser sog. Gemeindepsychiatrische Verbände zu etablieren, in denen dezentrale Einrichtungen und Dienste einen therapeutischen Rahmen geschaffen haben, bei denen der psychisch kranke Mensch in seiner gewohnten Umgebung bei Bedarf die unterschiedlichen Hilfen bei seiner Wohn-, Arbeits- und Lebensgestaltung unter Einbeziehung bestehender psychosozialer Netzwerke in Anspruch nehmen kann.

Eine Vielzahl unterschiedlicher ambulanter und komplementärer Einrichtungstypen ist in diesem Zuge vor allem im kommunalen Bereich entstanden. Diese umfassen Hilfen zum Wohnen wie das Ambulant Betreute Wohnen und dezentrale Wohnheime, psychosoziale Beratungsstellen, Patientenclubs und Tagesstätten. Bei den Hilfen zur Arbeit reichen die Angebote von Integrationsfachdiensten zur ambulanten Betreuung am Arbeitsplatz über Integrationsfirmen bis hin zu speziellen Werkstätten für Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die es den Menschen weitestgehend ermöglichen, Arbeit in ihrem vertrauten sozialen Umfeld nachzugehen.

Neben diesen sozialhilfefinanzierten Leistungen bleiben die vorrangigen Rehabilitationsträger, insbesondere die Krankenkassen, auffallend zurückhaltend. Gesetzlich vorgesehene Leistungen wie die Ambulante Soziotherapie werden seit Jahren von den Krankenkassen blockiert. Zwischenzeitlich etablierte Leistungen wie die ambulante psychiatrische Krankenpflege werden vielerorts aktuell wieder aufgegeben, nachdem es hier bei vielen Anbietern seit Jahren eine chronische Unterfinanzierung gab, die nur durch kommunale Zuschüsse kompensiert werden konnte und die jetzt aufgrund der finanziellen Misere der Kommunen gestrichen werden.

Dennoch wurden auch in diesem Bereich neue Einrichtungstypen geschaffen wie z.B. die Beruflichen Trainingszentren (BTZ) und die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK).

1. Das Model RPK

Die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke sind ein spezifisches Angebot für den Personenkreis der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Kennzeichnend für diesen Ansatz sind insbesondere die integrierte medizinisch-berufliche Leistungserbringung und die Einbindung der verschiedenen Leistungsträger in die Finanzierung dieser Maßnahmen.

Grundlage dieses spezifischen Rehabilitationsangebotes ist die sog. Empfehlungsvereinbarung RPK über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte vom 17. November 1986 (*in: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2000*)¹.

Es handelt sich hierbei um „möglichst gemeindenaher Einrichtungen“ für Patienten, die umfassende Hilfen und Förderung in den Bereichen der medizinischen Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen. Insbesondere hinsichtlich der Ausgestaltung und Durchführung der beruflichen Rehabilitation gibt es regionale Unterschiede.

Die in der Empfehlungsvereinbarung RPK genannten Ziele der medizinischen Rehabilitation lassen sich in drei wesentliche Bereiche einteilen:

- Stabilisierung und Besserung des in der Akutbehandlung erreichten Gesundheitsniveaus mit dem Ziel, Wiederkrankung zu vermeiden.
- Verbesserung der sozialen Kompetenz mit dem Ziel, an den Bereichen Wohnen, Arbeiten und Teilhabe am sozialen Leben angemessen und zufriedenstellend partizipieren zu können.
- Verbesserung der Grundarbeitsfähigkeiten, um die Voraussetzungen für eine berufliche Rehabilitation zu schaffen.

Laut RPK-Empfehlungsvereinbarung werden psychisch kranke Menschen behandelt, die nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftig sind, aber wegen Art ihrer Störung einen größeren Rehabilitationsbedarf haben, als er ihnen in den sonstigen Einrichtungen des gestuften psychiatrischen Versorgungsnetzes angeboten werden kann.

Die Indikationsstellung ergibt sich aus der Art und dem Umfang der Störungen und Behinderungen in erster Linie bei

- Psychosen, und zwar auch solche, die zur Chronifizierung neigen, mit Aussicht auf Besserung
- Neurosen und Persönlichkeitsstörungen mit Krankheitswert, sowie psychischen Störungen als Folge somatischer Grundkrankheiten.

Diese Rehabilitationseinrichtungen sind zunächst nur als stationäre Einrichtungen mit mindestens 50 Plätzen konzipiert worden. Die Praxis zeigt hier jedoch, dass nur wenige Einrichtungen diese Größe erreichen, es handelt sich hingegen um meist kleine Einrichtungen mit einer Größe zwischen 10 und 30 Plätzen. Auch gibt es ganz erhebliche regionale Unterschiede. Einige Bundesländer, wie zum Beispiel Niedersachsen, verfügen über ein recht gut ausgebautes Angebot mit insgesamt 167 Plätzen (Stand 1999). In anderen Regionen, insbesondere den neuen Bundesländern, bestehen ganz erhebliche Probleme, dieses Angebot zu etablieren. Über die Gründe hierfür darf spekuliert werden. Insbesondere der finanzielle Aspekt spielt hierbei sicher eine gewichtige Rolle. Allerdings zeigen sich in der Praxis auch erhebliche Probleme in der Zusammenarbeit zwischen Rentenversicherungsträgern, Krankenkassen und den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe. Der eigentlich positive Gedanke der Einbeziehung der verschiedenen Leistungsträger erweist sich in der Praxis, wie aktuell z.B. die Situation in Westfalen Lippe zeigt (s.u.), als erhebliches Hemmnis bei der Weiterentwicklung und Etablierung dieses Ansatzes.

Laut RPK Bestandsaufnahme (BAG 2000 S. 12) gibt es 42 Einrichtungen mit insgesamt 827 Plätzen, die zu Beginn des Jahres 2000 bestanden. Da seit dieser Erhebung kaum neue Einrichtungen dieses Typs hinzugekommen sind, spiegeln diese Zahlen nahezu die aktuelle Situation wieder. Neben RPK-Einrichtungen im engeren Sinne, die also einen Vertrag zur Durchführung von Maßnahmen mit den Krankenkassen, den Rentenversicherungsträgern und der Bundesagentur für Arbeit haben, sind hier auch ehemalige Übergangseinrichtungen berücksichtigt, die selbst einen Vertrag mit Sozialversicherungsträgern, in der Regel den Trägern der Rentenversicherung, abgeschlossen haben.

Die Verteilung über das Bundesgebiet ist dabei aber sehr ungleichmäßig. Während man lediglich in Niedersachsen und Baden-Württemberg von einer annähernd flächendeckenden Versorgung, mit jeweils insgesamt 7 Einrichtungen, sprechen kann, bestehen z.B. in Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen gar keine entsprechenden Einrichtungen. In Berlin Hamburg, Rheinland-Pfalz, dem Saarland, Sachsen, Sachsen Anhalt und Schleswig-Holstein lediglich jeweils eine RPK-Einrichtung, in Hessen 2 und in Bayern 3 Einrichtungen (zur Situation in NRW s.u.) (Aktiv Psychisch Kranke 2004 S. 226).

Das Ziel der flächendeckenden und gemeindenahen Versorgung ist vor dem Hintergrund dieser Zahlen bei weitem verfehlt, das Angebot der medizinischen Rehabilitation für den Personenkreis der schwer und chronisch psychisch kranken Menschen ist in den meisten Regionen vollkommen unzulänglich entwickelt, besonders in den neuen Bundesländern über weite Teile der Versorgungslandschaft gar nicht verfügbar. Die Wartezeiten für vom Kostenträger bereits bewilligte Rehabilitationsmaßnahmen betragen nicht selten 6 Monate, in einigen unterversorgten Regionen sogar bis zu 12 Monaten. Wenn man davon ausgeht, dass eine notwendige Rehabilitationsmaßnahme möglichst zeitnah nach einer erfolgten Stabilisierung nach akuter Erkrankung und Klinikbehandlung erfolgen sollte, ist die Situation mehr als unbefriedigend. Besonders wenn man den Bezug zu den psychosomatischen Reha- und Kurkliniken herstellt, wird deutlich, dass trotz Psychiatriereform die Benachteiligung chronisch psychisch kranker Menschen nach wie vor allgegenwärtig ist. Dörner (2001 S. 69) bezeichnet es in diesem Zusammenhang als „Lachnummer“, dass wir von den psychosomatischen Reha- und Kurkliniken „so viele Einrichtungen und Betten haben wie der ganze Rest der Welt“. Dieser Zopf aus der Kaiserzeit sei nicht zuletzt zur politischen Befriedung der Gesellschaft geflochten, „um mit seiner abgelegenen Zauberbergatmosphäre die Menschen zwar zu benebeln und von ihren Problemen abzulenken, langfristig aber überwiegend vermutlich mehr Schaden als Nutzen stiftet“. Dörner plädiert stattdessen dafür, den deutlich größeren Teil dieses Angebotes in die Lebenswelt der Menschen zu verlegen und dieses von den RPK-Einrichtungen organisieren zu lassen und zwar vor allem ambulant. Dieses würde zum einen zu einer erheblichen Kosteneinsparung führen, zum anderen lasse sich die auf die Lebenswelt des einzelnen Menschen zentrierte therapeutische Wirksamkeit erheblich steigern.

Er fordert, das „jede Stadt und jeder Landkreis über eine eigene RPK verfügen muss, nicht nur stationär, sondern auch ambulant organisiert“ (ebenda). Die oben beschriebene Situation, „eine in Deutschland weltweit einzigartige überdimensionierte psychosomatische Rehabilitation entzieht jedoch dem Ausbau der psychiatrischen Rehabilitation die notwendigen Ressourcen“ (Weig 2002 S. 195).

Exkurs: Aktuelle sozialpolitische Tendenzen: Anspruch und Wirklichkeit des SGB IX im Hinblick auf die Rehabilitation psychisch kranker Menschen:

Mit dem seit dem 1. Juli 2001 gültigem SGB IX haben sich die oben bereits kurz beschriebenen Probleme in der Abgrenzung von Leistungszuständigkeiten im Bereich der medizinischen Rehabilitation eher noch verschärft.

Mit dem SGB IX wurde für die verschiedenen Rehabilitationsträger ein einheitlicher Katalog von Leistungen der medizinischen Rehabilitation geschaffen, der durchaus eine gute Grundlage bietet, um auch den besonderen Bedürfnissen seelisch Behinderter Rechnung zu tragen. Ebenso erfolgten durch das SGB IX Änderungen im Bundessozialhilfegesetz, heute geregelt im SGB XII. Zu den Leistungen der Eingliederungshilfe gehört jetzt ausdrücklich die medizinische Rehabilitation (§ 54 SGB IX). Ein besonderes Problem in Westfalen-Lippe ist, dass hier bei einer Einwohnerzahl von mehr als 8 Millionen Menschen lediglich eine Einrichtung existiert, die einen gültigen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen vorweisen kann. Der weitere Ausbau dieses Angebotes erweist sich insbesondere aufgrund der sehr restriktiven Haltung der Krankenkassen als äußerst schwierig. Die unterschiedlichen gesetzlichen Anforderungen im Kranken- und im Rentenversicherungsrecht an die Rehabilitationseinrichtungen dürften hierbei nur das geringste Problem sein. Zwar verweigern die Krankenkassen weiterhin beständig den Abschluss von Versorgungsverträgen, da die Einrichtungen nicht wie im SGB X gefordert unter „ständiger ärztlicher Verantwortung“ stünden, doch dieses Argument darf getrost als vorgeschoben, weil falsch bezeichnet werden. Ausschlaggebend ist wohl, dass ein weiterer Ausbau dieser Einrichtung schlicht und einfach aus finanziellen Gründen nicht erwünscht ist. Aus der primär ökonomisch ausgerichteten Sicht des „Teilsystems“ Krankenversicherung macht dieses auch durchaus Sinn. Es ist eben nicht an übergreifenden Faktoren wie einer pa-

tientenzentrierten Behandlungskette oder der Effektivität der Therapie ausgerichtet, sondern in erster Linie an den kurzfristigen Kosten (Eickelmann et al. 2005 S. 929).

Vor dem Hintergrund dieser unterschiedlichen Regelungen und der restriktiven Haltung der Krankenkassen wurden unter anderem in Westfalen Lippe Versorgungsverträge über die Erbringung von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation in

ehemaligen Übergangseinrichtungen für psychisch Kranke zwischen den Rentenversicherungsträgern und den Einrichtungen geschlossen.

Nachdem aufgrund der beständigen Weigerung der Krankenkassen der überörtliche Träger der Sozialhilfe, der Landschaftsverband Westfalen-Lippe, bis 2001 mit Leistungen der Eingliederungshilfe als „Lückenbüsser“ eingesprungen ist, hat dieser die neue Rechtslage mit Verabschiedung des SGB IX zum Anlass genommen, sich hier aus der Verantwortung zu ziehen und auf die Verpflichtung der Krankenkassen hinzuweisen. Dieses hat bei den betroffenen Menschen und nicht zuletzt den Einrichtungen zu erheblicher Verunsicherung geführt. Das in dieser Position deutlich werdende Anliegen, die Krankenkassen endlich in die Pflicht zu nehmen, ist zwar grundsätzlich zu begrüßen, zieht aber zugleich erhebliche Belastungen für die Betroffenen nach sich:

Wenn aus fachlicher Sicht der Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besteht, muss diese Auffassung nicht und vor allem nicht umgehend von den Krankenkassen geteilt werden. Mit anderen Worten: Zur Frage, ob im Einzelfall eine medizinische oder soziale Rehabilitation notwendig ist, können Krankenkassen und Träger der Sozialhilfe jeweils zu unterschiedlichen Auffassungen gelangen und die Verantwortung hin und her schieben. Insbesondere bei so komplexen Krankheitsbildern wie der Schizophrenie beinhaltet die Therapie aber immer eine mehrdimensionale Sichtweise (s.u.), welche mindestens medizinische, soziale, psychotherapeutische und arbeitsrehabilitative Aspekte mit einbezieht. In der Praxis führt dieses bei der Bewertung der medizinischen Dienste der Krankenkassen zu recht willkürlichen Entscheidungen, die nicht zuletzt vom rhetorischen Geschick des ärztlichen Gutachters, weniger vom tatsächlichen Bedarf der Antragsteller abhängen.

Und selbst wenn aus Sicht der Krankenkassen ein Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gesehen und anerkannt wird, stellt sich das Problem, dass derzeit nur eine Einrichtung mit 24 Plätzen einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen hat. Zwar sind die Krankenkassen auf erheblichen Druck dazu übergegangen, Maßnahmen per Einzelfallentscheid auch in den anderen medizinischen Rehabilitationseinrichtungen ohne Versorgungsvertrag durchzuführen, wodurch eine gewisse Entlastung erreicht wurde. Aktuell planen allerdings die Kassen, lediglich zwei weiteren Einrichtungen Versorgungsverträge anzubieten. Dann ist zu befürchten, dass sich die Krankenkassen von diesem Zeitpunkt der Vertragsabschlüsse erneut weigern, andere Einrichtungen zu belegen, wodurch die zuvor erwähnte unhaltbare Situation wiederhergestellt wäre. Im Extremfall kann dieses bedeuten, dass ein schwer psychisch kranker Mensch eine Rehabilitation von 12monatiger Dauer bis zu 150 km entfernt vom eigenen Wohnort durchführen muss. Alle Erfahrungen der gemeindenahen Psychiatrie deuten aber darauf hin, dass nur heimatnahe Maßnahmen Aussicht auf eine dauerhafte Integration in regionale Strukturen und damit Aussicht auf Erfolg haben. In der Praxis wird dieses vermutlich dazu führen, dass viele notwendige und genehmigte Maßnahmen aufgrund fehlender regionaler Verfügbarkeit nicht durchgeführt werden.

2. Integration oder Eklektizismus in der medizinischen Rehabilitation

Unter dem Stichwort „Multimodales Komplexleistungsprogramm“ finden sich in den RPK Einrichtungen viele verschiedenen Therapieangebote auf ganz unterschiedlichen Ebenen. Anders als in psychotherapeutischen Praxen, in denen seit Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) im Jahre 2000 Abschied genommen wurde von einem methodenpluralistischen Zugang zum Patienten ist in den RPK Einrichtungen die Integration von unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren und Methoden tagtägliche Routine. Aehnlich wie in psychiatrischen Kliniken und Tageskliniken gibt es keine Beschränkung auf ein Verfahren. „Immer am therapeutischen Ergebnis orientiert, hat sie (die Klinik) es gelernt, die Psychotherapie als ein weites Feld anzusehen, in dem es nur ratsam ist, verschiedene Zugänge zum Patienten zu beschreiten“ (Schuch 2000 S. 145-202). Neben der Psychotherapie im engeren Sinne umfasst das Therapieangebot in den RPK-Einrichtungen u.a. Arbeits- und Ergotherapie, Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ernährungsbe-

ratung, Psychoedukation, Entspannungstherapie, psychiatrische Krankenpflege und Psychopharmakotherapie. Ein Vergleich der unterschiedlichen RPK-Konzeptionen² zeigt hier durchaus Schwerpunktsetzungen in den einen oder anderen Bereichen, jedoch nicht in dem Sinne einer Fixierung auf ein bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren. Der Zugang zeigt sich hier wesentlich pragmatischer. Häufig orientiert an den örtlichen Begebenheiten, werden Angebote kooperierender Anbieter und Dienste da, wo dieses sinnvoll ist, in das Therapieangebot einbezogen.

Im Sinne einer Integration unterschiedlicher therapeutischer Zugänge werden in den RPK-Einrichtungen also vielfältige „Wege zum Menschen“ (Petzold 1984 in Schuch 2000) beschriftet. Nach Petzold (1993 S. 446) geht es hierbei jedoch um mehr als um „eine pragmatische Kombination von Methoden, um (mehr als um) einen praktischen Eklektizismus“.

Es stellt sich also die Frage, ob diesem Sammelsurium unterschiedlicher Therapieangebote ein einheitliches „hinreichend konsistentes Theorie-Praxis-Modell“ (ebenda) zugrunde liegt, oder ob es sich nicht vielmehr um ein recht willkürlich, vielleicht historisch gewachsenes Nebeneinander unterschiedlicher Herangehensweisen handelt. Zwar verweisen einige Konzeptionen ausdrücklich auf ihre ganzheitliche Sichtweise der dort behandelten Menschen. Petzold (1988 S. 180) sieht es aber als schwierig an, den Anspruch der Ganzheitlichkeit einzulösen. Hier reiche zum einen nicht die Aufzählung möglichst vieler Aspekte solange sie nicht einigermaßen konsistent verbunden werden, „praktisch reicht es schon gar nicht, wenn man jetzt auch noch Körpertherapie macht und Meditation und Geistheilung und Rebirthing mit NLP und Auramassage auf astrologischer Basis“ (ebenda). Auf den RPK-Ansatz übertragen bedeutet dieses, dass es nicht reicht den Patienten möglichst viele Therapieformen und Methoden im Rahmen der Rehabilitation zu verordnen und diese durchzuführen. Die Frage ist, ob dem ganzen ein einheitliches Metakonzept über die Entstehung, Verlauf und Behandlung psychischer Erkrankungen zugrunde liegt.

Zur Beantwortung der Frage, ob es sich bei den therapeutischen Konzepten in den RPK-Einrichtungen um praktischen Eklektizismus oder um ein integratives Vorgehen handelt, ist zunächst ein kurzer Blick auf einige theoretische Grundannahmen der Integrativen Therapie sinnvoll, die eingeordnet werden können in dem theoretischen Strukturmodell des „Tree of science“. Hierbei handelt es sich um eine wissenssoziologisch angelegte, ordnende und zugleich offene Systematik für Theorien, die in der Psychotherapie relevant sind (Petzold 1993 S. 457 ff).

2.1 Die anthropologischen Grundformeln der Integrativen Therapie

Als Konsequenz einer sehr komplexen Sicht von Individuum und Welt entwickelt Petzold für die Integrative Therapie zwei anthropologische Grundformeln, die sich einander ergänzen und unmittelbare Konsequenzen für die therapeutische Praxis ergeben.

Sie lauten: „Der Mensch ist ein Körper-Seele Geist-Wesen in einem sozialen und ökologischen Kontext und Kontinuum“, und: „Der Mensch ist Leib-Subjekt in der Lebenswelt“:

Abb. 2: Anthropologische und therapeutische Grundpositionen der Integrativen Therapie (nach Petzold 1970b). Vgl. Anhang IV, S. 284.

Integrative Therapie – anthropologische und therapeutische Grundpositionen			
Der MENSCH ist ein	BEREICHE	INSTRUMENTE	ZIELE
KÖRPER-	Körpertherapie	Integrative Bewegungs- u. Tanztherapie, rhythmische Leib- und Atemtherapie, Expression Corporelle, Diätetik	<i>Integrierte Leiblichkeit</i> Gewinn von Mitte, Gesundheit, Sensibilität, Spannkraft, Anmut, Kongruenz innerer und äußerer Haltung – body awareness
SEELE-	Psychotherapie	aktive Analyse, narrative Praxis, Gestalttherapie, Psychodrama, intermediale Kunstpsychotherapie	<i>Integrierte Emotionalität</i> Gewinn an Selbstregulation, Selbstverwirklichung, Spontaneität, Kreativität, Empathie, emotionale Flexibilität u. Differenziertheit – complex awareness & consciousness
GEIST- WESEN (= Leib-Subjekt) im	Nootherapie	Meditative Wege der Besinnung, Betrachtung, Versenkung, dialogisches Sinngespräch, kreative Medien	<i>Integrierte Existenz</i> Gewinn von Positionen zu den Fragen nach Lebensinn u. -zielen, nach Werten, der Liebe, dem Tod, der Transzendenz – ontological awareness & consciousness
SOZIALEN und	Soziotherapie	Netzwerktherapie, Soziodrama, Familientherapie, Selbsthilfegruppen, Wohngemeinschaften, Projektarbeit	<i>Integrierte soziale Bezüge</i> Gewinn von tragfähigen sozialen Netzwerken, Freundschaften, Familien, von vielfältigen „social worlds“, Reduktion von Entfremdung – social awareness & consciousness
ÖKOLOGISCHEN KONTEXT UND KONTINUUM (= Lebenswelt)	Ökotherapie	Interventionen auf der Mikro-, Meso-, Makro- u. Megaebene, environmental modelling, Projektarbeit	<i>Integrierte ökologische Bezüge</i> Bewahrung und Gestaltung des Wohn- und Lebensraumes – ecological awareness & consciousness

(aus Petzold 1988 S. 188).

Die mehrdimensionale Perspektive dieses Schaubildes verdeutlicht dabei, dass nur ein multimodales Vorgehen Aussicht auf Erfolg haben kann. Obschon das Benennen der unterschiedlichen Aspekte eine Getrenntheit suggeriert, die nicht vorhanden ist, bedarf diese mehrperspektivische Sichtweise auf der somatotherapeutischen Ebene andere „Wege der Heilung“ als auf der psychotherapeutischen, auf der nootherapeutischen wiederum andere als auf der soziotherapeutischen und der ökotherapeutischen Ebene (Petzold 1988 S.189). Aus den verschiedenen Praxeologien der therapeutischen Verfahren entwickelt Petzold in der Integrativen Therapie die „Vier Wege der Heilung“. Dabei geht er von einem weitgefassten Therapieverständnis aus, bei dem neben dem Ziel der Heilung das Ziel der Bewältigung (coping) bei irreversiblen Schäden oder unvermeidlichen Belastungen, das Ziel der Stütze (support) in Problemsituationen und bei Schwierigkeiten in der Lebensführung, das Ziel der Verbreiterung (enlargment), der Bereicherung und der Selbstbestimmtheit treten. „Therapie bedeutet dann, jemanden auf den Weg bringen, ihm einen Weg bereiten oder widersprüchliche Wege (Konflikt) zu klären und ihn solange zu begleiten, ihm Weggefährte im Konvoi auf der Lebensstrecke zu sein, bis er alleine weiterschreiten kann, mit Menschen, die er sich als Weggenossen gewählt hat“ (Petzold 1988 S. 217).

Der „**erste Weg**“ zentriert dabei auf Heilung und Persönlichkeitsentwicklung durch die Herstellung oder Wiederherstellung von Sinn, durch Klärung unbewusster Störungen und Konflikte und die Vermittlung von mehrperspektivischer Einsicht.

Bei dem „**zweiten Weg der Heilung**“ geht es um emotionale Differenzierungsarbeit, Nachsozialisation, Vermittlung von Grundvertrauen durch korrigierende emotionale Erfahrungen und Parenting - Prozesse.

Der „**dritte Weg der Heilung**“ zielt auf kreative Erlebnisentdeckung, ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung die Ermöglichung alternativer Erfahrungen und Handlungsmöglichkeiten.

Der „**vierte Weg der Heilung**“ schließlich zielt auf Solidaritätserfahrungen, die Vermittlung alltagspraktischer Hilfen und die Förderung der Bildung psycho-sozialer Netzwerke (vgl. Petzold 1988 S. 218 ff).

Konzeptionelles Bezugssystem der RPK-Einrichtungen ist laut der RPK-Empfehlungsvereinbarung „das bio-psycho-soziale Modell von der Entstehung und dem Verlauf psychischer Erkrankungen“. Der oben formulierten mehrdimensionalen Sichtweise wird der RPK-Ansatz m.E. weitestgehend gerecht. Im Rahmen der Rehabilitation psychisch kranker Menschen werden dabei zwar sämtliche der 4 Wege der Heilung beschritten, ein konzeptioneller Schwerpunkt liegt aber sicherlich auf dem dritten und vierten Weg, der sich niederschlägt in der Betonung der Ressourcenorientierung, dem bewältigungsorientiertem und psychoedukativem Ansatz, der Netzwerktherapie und der an der jeweiligen Lebenswelt der Patienten orientierten Integrationsperspektive.

Auf der somatotherapeutischen Ebene werden neben der neuroleptischen Therapie v.a. Bewegungs- und Sporttherapie, Lauftherapie, Walking, Entspannungsverfahren und Diätetik angeboten.

Auf der psychotherapeutischen Ebene sind Kunsttherapie, Gruppenpsychotherapie und psychotherapeutische Einzelgespräche unterschiedlicher Ausrichtung (verhaltenstherapeutisch, analytisch, psychoedukativ, gestalttherapeutisch etc.) u.a. zu nennen. Im nootherapeutischen Bereich werden meditative Angebote bereitgestellt (Qi Gong, Arbeit mit kreativen Medien etc.).

Auf der ökotherapeutischen Ebene gibt es vielfältige Interventionen vor allem auf der Mikroebene (Familie, Arbeitssituation, Freundeskreis) und Mesoebene (soziale Schicht, Milieu), aber auch darüber hinaus haben Makroebene (allgemeine politische und ökonomische Situation) und Megaebene (Zeitgeist, zeitgeschichtliche Ereignisse, weltpolitische und –wirtschaftliche Situation) Einfluss u.a. auf die Atmosphäre in den Einrichtungen, und konkreter z.B. auf Aspekte wie Praxis der Bewilligung und Dauer von Maßnahmen, Möglichkeiten anschließender Fördermaßnahmen etc. Vor diesem Hintergrund ist es auch hier Aufgabe der Einrichtungen ihren Einfluss in diesen Bereichen zu nutzen.

2.2 Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie

Neben dem medizinischen Aspekt der Behandlung liegt ein konzeptioneller Schwerpunkt der RPK-Einrichtungen im Bereich der Soziotherapie und der psychozozialen Beratung. Dieses spiegelt sich zum einen in den Inhalten der Maßnahmen wieder, zum anderen in der Zusammensetzung der multiprofessionellen Teams, in denen Sozialarbeiter/Sozialpädagogen die mit Abstand am häufigsten vertretene Berufsgruppe darstellen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen wie Ärzten, Psychologen, Krankenschwestern etc., obschon soziotherapeutische Herangehensweisen natürlich nicht auf diese Berufsgruppe beschränkt ist.

Einige exemplarische Auszüge aus der RPK-Empfehlungsvereinbarung machen diesen konzeptionelle Schwerpunkt, insbesondere die darin formulierte Netzwerkperspektive deutlich: „Die übergreifend ausgerichtete Rehabilitation bezieht das berufliche sowie persönliche Lebensfeld handlungsorientiert ein“, „Für den Erfolg der Rehabilitation ist es von entscheidender Bedeutung, früh von der RPK aus im betrieblichen und persönlichen sozialen Feld zu therapieren und die Kontinuität der therapeutischen Beziehungen über Leistungsabschnitte und Leistungsträgerwechsel hinweg zu ermöglichen“, „Die Leistungen werden ... in den Lebensfeldern der Rehabilitanden (erbracht)“, „Die individuelle Lebenssituation, die Bewältigungsstile und Ressourcen der Rehabilitanden sowie das soziale Netzwerk sind ... als Kontextfaktoren bei der sozialmedizinischen Beurteilung zur Indikationsstellung für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zu berücksichtigen“.

Zur Indikationsstellung werden u.a. folgende Aussagen gemacht:

„Hierbei handelt es sich um psychisch kranke und behinderte Menschen,

- die durch ihre Krankheit oder Behinderung rehabilitative Angebote brauchen, welche die Selbstversorgungsfähigkeiten und soziale Kompetenzen stärken, Versagensängste abbauen, Selbstvertrauen fördern und die Motivation zur Eingliederung in Gesellschaft, Arbeit und Beruf aufbauen.
- die als Folge ihrer psychischen Krankheit oder Behinderung nicht zu einem möglichst selbständigem Leben gekommen sind, notwendige tragfähige Beziehungen zu Verwandten, Freunden, Partnern und Kollegen nicht aufbauen konnten und daher von Isolation, verbunden mit erhöhtem Rückfallrisiko, bedroht sind.

Die Integrative Therapie hat für den Bereich der Soziotherapie theoretisch, konzeptionell und methodisch-praktisch einen breiten Fundus erarbeitet.

Soziotherapie und psychosoziale Beratung wird im Rahmen der Integrativen Therapie verstanden als „theoriegeleitete, planvolle Arbeit mit Menschen in sozialen Systemen und die Beeinflussung solcher Systeme und Kontexte auf der Mikro- und Mesoebene durch Interventionsmethoden, die Problemsituationen strukturieren.“ (Petzold 1996 S. 459).

Diese zielt v.a. auf integrierte soziale Bezüge, auf den Gewinn von tragfähigen sozialen Netzwerken, Freundschaften, Familien, von vielfältigen „social worlds“, auf die Reduktion multipler Entfremdung und die Steigerung von „social awareness“ und „consciousness“.

Als methodische Wege werden Netzwerktherapie, Soziodrama, Familientherapie, Selbsthilfegruppen, Wohngemeinschaften und Projektarbeit verwendet (Petzold, 1993 S. 1264).

Mittels Soziotherapie „sollen die sozialen Fähigkeiten (Kompetenzen) und Fertigkeiten (Performanzen) von einzelnen und Gruppen für den Umgang mit der persönlichen und gemeinschaftlichen Lebenswirklichkeit im Sinne ihrer Bewältigung, aber auch Gestaltung gefördert und die Möglichkeiten zu solidarischem Handeln und sozialer Ko-kreativität entwickelt werden“ (Petzold, C., Petzold, H., 1996 S. 459).

Ausgehend von der Arbeit mit gerontopsychiatrischen Patienten und alten Menschen in Notlagen, den Erfahrungen in der therapeutischen Arbeit mit Wohngemeinschaften, Streetwork mit drogenabhängigen Jugendlichen, der Betreuung von Gastarbeitern in totalen Entwurzelungssituationen und aus der Erkenntnis heraus, dass Menschen in chronischen Überforderungs- bzw. Überlastungssituationen, bedingt durch Kontextsituationen, stehen, nicht allein durch psychotherapeutische Maßnahmen ausreichende Hilfen erhalten können, bezog Petzold bei der Entwicklung der Integrativen Therapie die Theorie und Praxis von Soziotherapie von Anfang an notwendigerweise mit ein (Petzold, C., Petzold, H., 1996 S. 465). „Die soziale Realität, „prekäre Lebenslagen“ als kontextbedingte Probleme machen Soziotherapie in einer effektiven, nicht reduktionistischen Hilfe für Menschen und für „multimodale“ Kombinationsbehandlungen unverzichtbar“ (Petzold 2000 S.135).

Insbesondere bei schwerstgestörten Patienten wie z.B. schizophrenen und Borderline-Patienten wird Soziotherapie als Grundvoraussetzung einer erfolgreichen Psychotherapie notwendig.

Nach Dörner (1996 S. 513 ff) ist Soziotherapie die Basis allen therapeutischen Handelns und macht die Anwendung anderer Techniken erst möglich. Sie fördert „die normalen, regelhaften, allgemeinen, alltäglichen, gesunden, nicht an Krankheit gebundenen, d.h. freien Anteile eines Individuums“

Er stimmt hier mit Petzold überein, der die Auffassung vertritt, dass „wo immer man zu verstehen beginnt, das die Behandlung die Gesamtheit aller Maßnahmen ist und nicht nur die einzeltherapeutische bzw. dyadische oder gruppentherapeutische Arbeit als Therapie angesehen wird, muß Soziotherapie einen Stellenwert gewinnen, der noch gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann, und sie kann nicht ein „Stiefkind im Gesundheitswesen“ bleiben (Petzold 1996 S. 466).

In diesem Sinne ist der RPK-Ansatz durchaus als richtungsweisend zu bezeichnen. Soziotherapie bildet hier im Rahmen des multimodalen Komplexleistungsprogramms nicht nur die Grundlage, sondern auch einen methodischen Schwerpunkt in den therapeutischen Konzeptionen.

2.3 Modell der Persönlichkeit und der Identität

Für den Zugang zur Patientengruppe, den Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung, die den weitaus größten Teil der Rehabilitanden ausmacht, und den daraus folgenden Notwendigkeiten für ein methodisches Vorgehen in der Rehabilitation, ist es sinnvoll, sich zunächst mit der Realexplikativen Theorie und speziell mit der Persönlichkeitstheorie der Integrativen Therapie auseinanderzusetzen.

In der Integrativen Therapie wird die menschliche Persönlichkeit unter der Perspektive eines „lifespan development approach“, einer „Psychologie der Lebensspanne“ als „Persönlichkeit in der Entwicklung über die gesamte Lebensspanne hin“ betrachtet. Die Persönlichkeitstheorie in der Integrativen Therapie umfasst die Dimensionen „Selbst“, „Ich“ und „Identität“ (Petzold 1988 S.199).

Die Persönlichkeit wächst in Beziehungen, die Ausbildung der Persönlichkeit erfordert ein intersubjektives Milieu. Die Persönlichkeitstheorie will Erklärungsfolien bieten für den Aufbau und das Zustandekommen sowie für das Funktionieren der Person. Für unseren Zusammenhang ist insbesondere der Bereich der Identität von großem Interesse.

Unter dem „Selbst“ wird die umfassende Organisation des Menschen verstanden. Es ist unter anthropologischer Perspektive das reflexive, in gesellschaftliche Prozesse eingebundene Subjekt (Schuch 2000 S. 173). Das Leib-Selbst wird verstanden als der ursprünglichste Teil der Persönlichkeit. Er bildet sich auf der Grundlage des biologischen Körpers durch die Prozesse propriozeptiver und exterozeptiver Wahrnehmung als „wachsendes Leibsubjekt“ heraus (Petzold 1988 S. 199).

Das Selbst formt sich aus im Zusammenwirken von genetisch vorgegebenen Reifungsschritten und Stimulierungen aus dem ökologischen Milieu, dem Lebensraum, insbesondere von Seiten der „caregiver“, als Synergem sich ausbildender sensumotorischer, emotionaler (selbstreferentieller, leibbegündeter Gefühle) kognitiver und kommunikativer Schemata.

Das „archaische Leib-Selbst“ bildet sich so im Verlauf immer mehr aus und verfügt über eine Vielfalt von Funktionen, die als Vorläufer des Ich, als „archaisches Ich“, zu betrachten sind. „Die Ich-Funktionen des bewussten Wahrnehmens, Fühlens, Memorierens, Handelns differenzieren die archaische Konfluenz durch Kontakt und schließen sich im Entwicklungsgeschehen zum reflexiven Ich zusammen, das dann Begegnungen möglich macht und durch allmähliche Lösung aus der konfluenten Bindung auch intersubjektive Beziehungen aufnimmt“ (ebenda S. 199 f).

Das Ich als das „Selbst in actu“, ist als eine Funktion des reifen, zur vollen Subjektivität gewachsenen Leib-Selbst zu sehen (ebenda S. 200). Es ist gerichtet und besitzt die Fähigkeit zur Exzentrizität. „Das Ich vermag aus „exzentrischer Position“ einen reflexiven Akt auf das im Leib zentrierte Selbst zu vollziehen und damit das Selbst („sich selbst“) zu erkennen. Es erkennt darüber hinaus aber auch die Zuweisungen und Einflüsse der Umwelt auf das Leib-Selbst“ (ebenda S. 200).

Im Verlauf wiederkehrenden Interaktions- und Erkenntnisprozesse entstehen durch Selbst- und Fremdattributionen Selbstbilder, die in ihrer Gesamtheit die Identität ausmachen. „Die wesentliche Ich-Leistung besteht in der Konstituierung von Sinn, als das Erfassen von Zusammenhängen, die Verortung des Selbst in Kontext und Kontinuum und damit die Ausbildung von Identität“ (Schuch 2000 S.174). Die Präzision und Zuverlässigkeit primärer Ich-Funktionen kennzeichnet das „reife Ich“. Als solche werden bezeichnet: Wahrnehmen, Erinnern, Denken, Fühlen, Wollen, Entscheiden, Handeln; als sekundäre Ich-Funktionen gelten: Integrieren, Differenzieren, Demarkation, Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz, Rollendistanz, Kreativität, Planen, Metareflexion und Souveränität (Schuch 2000 S.174).

Im Zusammenwirken von Leib und Kontext im Zeitkontinuum entsteht Identität. Sie erwächst aus dem Miteinander in sozialen Netzwerken in reziproken Prozessen.

Petzold unterscheidet in seinem Identitätskonzept fünf Bereiche. Demnach ruht die Identität eines Menschen auf fünf Säulen:

1. Leiblichkeit: Gesundheit/Krankheit, Sexualität, körperliche Leistungsfähigkeit, Verhältnis zum eigenen Körper, „Wie wohl fühle ich mich in meiner Haut“; Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen;
2. Soziales Netzwerk: Familie, Partner, Freunde, der soziale Kontext, dem ich zugehöre und der mir zugehört;
3. Arbeit, Leistung und Freizeit: in der ich mich verwirkliche und durch die ich identifiziert werde;

4. Materielle Sicherheit: mein Besitz, Geld und Güter, aber auch milieu-ökologische Bezüge, mein Haus, meine Heimat, mein Verhältnis zur Natur;
5. Wertorientierungen: weltanschauliche und religiöse Überzeugungen, Sinn konstituierende Systeme.

(vgl. Petzold 1993 S. 1037 f, Schuch 2000 S. 175).

Selbst, Ich und Identität sind prozessual zu verstehen. Identität entwickelt sich nicht einmal und bleibt dann als konstante und stabile Größe bestehen. Identitätsprozesse finden kontinuierlich statt. Identität ist eingebettet in Kontext und Kontinuum.

Selbst, Ich und Identität können bei günstigen Bedingungen im Zeitverlauf eine relative Stabilität und Konstanz erreichen. Sie können aber ebenso „regelrecht erodieren und diffundieren, etwa wenn die Lebensverhältnisse sich gravierend verändern und insbesondere zeittextendierte Belastungen und Schädigungen auftreten, z.B. durch Erkrankung, Trennung, Arbeitslosigkeit, Stigmatisierung“ (Schuch 2000 S. 175).

2.4 Mehrperspektivische Sicht psychischer Erkrankungen:

In den RPK-Einrichtungen werden zu einem überwiegenden Teil Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung behandelt. Ca. 60% der in den RPK-Einrichtungen behandelten Patienten sind Menschen mit schizophrenen Psychosen (BAG-RPK 2005). Zählt man die Patienten mit affektiven Störungen hinzu, ergibt sich ein Anteil von $\frac{3}{4}$ an den Gesamtbehandlungszahlen.

„Einerseits genetisch-organisch-biochemische und andererseits psycho- und soziogene Faktoren-bündel führen in wechselnder Kombination zu verletzlichen, praemorbiden Persönlichkeiten, welche dazu neigen, auf Belastungen überdurchschnittlich stark mit Spannung, Angst, Verwirrung, Denkstörungen, Derealisations- und Depersonalisationserlebnissen bis zu Wahn und Halluzinationen zu reagieren. Nach (einer oder mehreren) akut psychotischen Phasen ist die weitere Entwicklung in Wechselwirkung mit der Ausgangspersönlichkeit wahrscheinlich vorwiegend durch psycho-soziale Faktoren bestimmt, woraus die enorme Vielfalt der Verläufe zwischen völliger Heilung, Residualzuständen verschiedenen Ausmaßes und schwerster Chronifizierung resultiert (Chiompi 1982 in Dörner 1996 S. 151).

Eine schizophrene Erkrankung hat für den betroffenen Menschen Auswirkungen in sämtlichen Lebens- und Identitätsbereichen. Eine nur eindimensionale, möglicherweise rein biologisch-medizinische Betrachtungsweise, welche in der letzten Zeit unter einem vermehrt ökonomischen Blickwinkel durchaus eine gewisse Renaissance hat, wird dem kranken Menschen nicht gerecht. Die Integrative Therapie bietet mit ihren Konzepten, Modellen und Folien die Möglichkeit, diese Erkrankung mehrperspektivisch in ihrer ganzen Komplexität zu erfassen, um hierdurch mehr Verständnis für das Leid der Betroffenen zu schaffen und andererseits Hinweise zu bekommen, auf welche Aspekte im Rahmen eines multimodalen Vorgehens besondere Schwerpunkte gesetzt werden sollten, z.B. in der medizinischen Rehabilitation schizophrener Patienten. Insbesondere das Modell der Säulen der Identität ist für die mehrperspektivische Darstellung des „Phänomens“ Schizophrenie von besonderer Relevanz. Einige Aspekte möchte ich daher im folgenden darstellen.

2.4.1 Leiblichkeit

Das Gefühl, wie ich mich selber spüre, das, „was ich von mir erlebe und nach außen hin verleibliche“ ist Ausdruck meiner Leiblichkeit. Der körperliche Allgemeinzustand bei schizophrenen Erkrankten ist häufig schlecht. Bei einem großen Teil der Patienten liegt gleichzeitig eine Missbrauchs- oder Suchtproblematik vor. Im Verlauf einer schizophrenen Erkrankung entwickeln die betroffenen Menschen häufig das Gefühl, ihr eigener Körper werde ihnen fremd, bestimmte Gliedmaßen seien entweder kleiner oder größer, die Körperbewegung sei nicht so wie sonst etc. Über diese, von den Patienten häufig kaum zu beschreibenden Wahrnehmungs- und Gefühlsstörungen des eigenen Körpers, klagen 70 Prozent aller Patienten (Dörner 1996 S. 152). Körperliche Aktivitäten sind aufgrund der krankheitsbedingten Antriebsminderung oftmals deutlich reduziert. Nach einer Studie zum Körpergewicht von Patienten mit einer Schizophrenie weisen diese bei chronischem Verlauf gehäuft einen erhöhten BMI bzw. Übergewicht auf. Der Anteil dieser Patienten mit einer Adipositas liegt signifikant höher als bei der Allgemeinbevölkerung (Wetterling et al. 2004 S. 250).

2.4.2 Arbeit und Leistung

Insgesamt führt die Erkrankung Schizophrenie bei den betroffenen Menschen in der Regel zu erheblichen Beeinträchtigungen im Bereich Arbeit und Leistung. Schizophrenie tritt häufig relativ früh

im Lebenszyklus auf, bei Männern meistens zwischen dem 20. – 25.sten Lebensjahr, bei Frauen im Durchschnitt eher zwischen dem 25. und 30.sten Lebensjahr. Die Arbeitsfähigkeit wird durch die Erkrankung häufig so nachhaltig herabgesetzt, so dass es in der Folge relativ oft zu einer Erwerbsunfähigkeit kommt. Entsprechend der Zahlen des Verbandes der Deutschen Rentenversicherungsträger werden jedes Jahr allein in Deutschland deutlich über 6000 Männer und Frauen mit der Diagnose Schizophrenie neu berentet. Nach der sog. ABC Studie des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim waren 50% aller schizophrenen Patienten bei der ersten stationären Aufnahme nicht berufstätig, die Hälfte davon war noch nie berufstätig gewesen. Im Rahmen einer Kontrollstudie zeigt sich bei den jungen Männern mit einer schizophrenen Erkrankung ein deutliches Defizit bei der Schul- und Berufsbildung. Während von diesen lediglich 27% eine höhere Schulbildung erreichten, waren dieses in der Kontrollgruppe (Normalbevölkerung) 53% (Riecher-Rössler 2005 S. 7).

Betrachtet man psychische Erkrankungen insgesamt, sehen die Zahlen noch dramatischer aus. Von den ca. 60.000 Erstzugängen bei den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit allein bei der Bundesanstalt für Angestellte gingen rund ein Drittel, also ca. 20.000 Rentennewuzugänge, zu Lasten psychischer Störungen. Bei den Frauen liegt der Anteil derer, die aufgrund einer psychischen Erkrankung berentet werden bei 38%, bei den Männern bei 31%. Wenn das Zweit- und Dritt diagnosespektrum einbezogen würde, dürften die Zahlen noch weitaus größer sein (Rische 2004). Damit hat sich der Anteil der psychischen Erkrankungen an den Frühberentungen seit 1985 nahezu verdreifacht. Psychische Erkrankungen sind mittlerweile die wichtigste Ursache von Erwerbsunfähigkeit (Eickelmann 2005 S. 929). Wenn man sich vergegenwärtigt, dass Arbeit in unserer Gesellschaft die Funktion eines „Leitstatus“ erfüllt, kann man ermessen, wie nachhaltig ein Mensch in seiner Identität erschüttert wird, wenn er zwangsweise aus seiner beruflichen Entwicklung herauskatapultiert wird.

2.4.3 Materielle Sicherheit

Unter anderem durch diese Schwierigkeiten beim Eintritt in die Berufstätigkeit und durch den frühzeitigen krankheitsbedingten Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit ist häufig auch der Bereich der materiellen Sicherheit massiv beeinträchtigt. In der o.g. ABC- Studie verfügten nur 45% der Patienten bei der ersten stationären Behandlung über ein eigenes Einkommen, 25% hatten noch nie ein eigenes Einkommen erreicht. Bei der Wohnsituation zeigt die Studie, dass junge schizophrene Männer nur etwa halb so oft in einer eigenen Wohnung leben wie die Kontrollgruppen, die die Normalbevölkerung repräsentieren.

2.4.4 Soziales Netzwerk

Besonders gravierend zeigen sich die Ergebnisse im Bereich der sozialen Beziehungen, in den sozialen Netzwerken der Patienten. Insbesondere bei frühem Krankheitsbeginn kommt es, ausgehend von dem durch die Erkrankung ausgelösten Abgleiten des sozialen Status, häufig zu einer erheblichen Selbstwertkrise, was sich wiederum negativ auf die Symptomatik auswirkt. Ausgehend von den oben beschriebenen Symptomen wie Spannung, Angst, Verwirrung, Denkstörungen, Derealisations- und Depersonalisationserlebnissen bis zu Wahn und Halluzinationen kommt es im Verlauf der Erkrankung häufig zu sozialem Rückzug und in der Folge zu Beziehungs- und Partnerschaftskrisen bis hin zu Beziehungsabbrüchen. Schizophrene Menschen erscheinen oft bindungsunfähig, oft auch zu einer Person zwiespältig: gleichzeitig übergebunden und interessenlos. Familienmitglieder und andere wichtige „Weggefährten im Konvoi“ reagieren aus Unverständnis oder Sorge zunächst entweder überprotektiv oder mit Wut und Ärger und in der Folge häufig mit Rückzug oder Abbruch der Beziehungen. Im Verlauf der Erkrankung kommt es immer seltener zu tragfähigen Partnerschaften. Während 30% der schizophrenen Frauen und 17% der schizophrenen Männer verheiratet oder verlobt sind, liegen die Zahlen bei gesunden Frauen und Männern bei 80% bzw. 60% (Riecher-Rössler 2005 S. 8).

Eine gute Zusammenfassung lässt sich aus dem Bericht „Mental health and social exclusion“ ableiten, welcher vom britischen Premierminister in Auftrag gegeben wurde, um die soziale Situation arbeitsfähiger psychisch Kranker zu beleuchten. Darin wird festgestellt, dass Erwachsene mit psychischen Störungen in Großbritannien

- nur zu 24 Prozent erwerbstätig sind,
- doppelt so hohe Risiken haben, ihren Job zu verlieren,
- ein dreifach erhöhtes Risiko aufweisen, erheblich verschuldet zu sein,
- ebenso ein dreifach erhöhtes Risiko haben, geschieden zu werden,

- häufig Mietrückstände haben und in Gefahr stehen, ihre Wohnung zu verlieren (Eickelmann 2005 S. 929).

Auch wenn sich die meisten hier genannten Zahlen auf die schizophrenen Erkrankungen beziehen, kann man davon ausgehen, dass die Auswirkungen bei den anderen in den RPK-Einrichtung behandelten Diagnosen (v.a. Persönlichkeitsstörungen) mit denen einer Schizophrenie durchaus vergleichbar sind. Insofern kann die Schizophrenie trotz aller Unterschiede hier stellvertretend für die anderen Diagnosen im Hinblick auf die Krankheitsfolgen stehen.

Dieser kurze mehrperspektivische Blick auf die gravierenden Folgen der Erkrankung Schizophrenie macht aber erneut sehr deutlich, dass nur ein multimodales Vorgehen unter Einbezug sämtlicher Dimensionen Sinn macht, wenn man zumindest an einer langfristigen Stabilisierung und Bewältigung der Erkrankung interessiert ist. Dieses wird m.E. in den RPK-Einrichtungen geleistet.

Zurück zu der Eingangsfrage, ob das, in den RPK-Einrichtungen angewandte „Multimodale Komplexleistungsprogramm“ auf einem „hinreichend konsistentes Theorie-Praxis-Modell“ basiert, kann, vor dem Hintergrund dieses Exkurses auf einige theoretische Grundannahmen der Integrativen Therapie, diese Frage m.E. grundsätzlich mit einem „Ja“ beantwortet werden.

3. Was wirkt in der medizinisch - beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen?

Die Frage nach der Effektivität der Rehabilitationsmaßnahmen gewinnt natürlich insbesondere vor dem Hintergrund knapper werdender Mittel in den Kassen der Sozialversicherungsträger zunehmend auch aus diesem finanziellen Gesichtspunkt an Bedeutung. Eine medizinische Rehabilitation in einer RPK-Einrichtung kostet bei einer angenommenen Dauer von 12 Monaten ca. 30.000 – 40.000 €. Bei einer sich anschließenden beruflichen Rehabilitationsphase steigen die Kosten noch einmal deutlich. Vor dem Hintergrund des erhöhten Kostendrucks und der damit verbundenen verkürzten Verweildauern in den RPK-Einrichtungen müssen die Einrichtungen unter dieser zeitökonomischen Perspektive darauf zielen, therapeutische Qualitäten freizusetzen und zur Wirkung zu bringen, die ein hohes heilendes Potential haben (Petzold 1996 S. 314).

Die erwünschten Wirkungen werden allerdings von den jeweiligen Kostenträgern unter finanziellem Gesichtspunkten sehr unterschiedlich bewertet. Spielt für die Rentenversicherer vor allem die Frage nach einer dauerhaften beruflichen Wiedereingliederung eine Rolle, steht für die Krankenversicherer im Vordergrund, dass es gelingt, die Menschen soweit zu stabilisieren oder zu befähigen, dass die Erkrankung zukünftig möglichst ohne kostspielige stationäre Behandlungen bewältigt wird. Hierbei kann eine mit wiederkehrendem Stress und in der Folge erneuten psychotischen Dekompensationen verbundene berufliche Wiedereingliederung sogar kontraindiziert sein. Für den Sozialversicherungsträger hingegen ist neben der beruflichen Wiedereingliederung vor allem die Schaffung eines langfristigen schützenden ambulanten Milieus von Bedeutung, wenn hierdurch stationäre Heimaufenthalte vermieden oder zumindest zeitlich verzögert werden können.

Die Frage, was und vor allem ob die Behandlung in einer RPK-Einrichtung wirkt, ist aber natürlich in erster Linie für den dort behandelten Menschen interessant. Anders nämlich, als die in der Fachdiskussion vermehrt verwendete Bezeichnung von Patienten als „Kunden“ suggeriert, fehlen diesem wichtige Rechte, um einen solche Bezeichnung zu rechtfertigen. Im Vorfeld fehlt in der Regel ein Wahlrecht bei der Suche nach einer geeigneten oder gewünschten Rehabilitationseinrichtung. Entweder erfolgt die Zuweisung durch den jeweiligen Kostenträger in die entsprechenden Vertragseinrichtungen, mit den oben beschriebenen absurden Situationen, bei denen selbst ein im SGB IX fixiertes Wunsch- und Wahlrecht der Patienten willkürlich außer Kraft gesetzt wird. Aber auch bei freier Wahl des Patienten kommt in der Regel, soll die Maßnahme sinnvoller Weise heimatnah durchgeführt werden, aufgrund der geringen Dichte an Einrichtungen oft nur ein Anbieter in Frage. Noch wichtiger erscheint aber, dass keine Einrichtung und kein Kostenträger irgendeine Form der Garantie für die geleistete Arbeit übernimmt, ein Umtauschrecht bzw. das Recht, eine Maßnahme bei fehlender Wirkung zu wiederholen gibt es schon gar nicht (ausführlich zur „Kundenorientierung“ in psychosozialen Institutionen und Organisationen siehe in Petzold, H., 1998).

Umso wichtiger ist, dass in diesen Maßnahmen qualitativ gute therapeutische Arbeit geleistet wird. Die Patienten haben dabei sehr genaue Vorstellungen, was sie von einer Rehabilitation erwarten. Kallert (2000 S. 146) hat die Rehabilitationsvorstellungen entlassener Klinikpatienten erfasst und ermittelte deren Bewertungen in folgender Reihenfolge:

1. wieder Arbeit finden
2. alleine den Alltag bewältigen können
3. bessere soziale Integration
4. positive Veränderung des psychischen Befindens
5. berufliche Wiedereingliederung an alter Arbeitsstelle
6. Wiedergewinnung von Normalität
7. eine eigene Wohnung haben
8. Steigerung des allgemeinen Leistungsvermögens – Übernahme von Selbstverantwortung
9. positive Krankheitsbewältigung
10. Vermeidung erneuter Hospitalisierungen
11. eine Partnerbeziehung haben

Hier zeigt sich eine hohe Übereinstimmung zwischen der Sichtweise der professionellen Helfer und den Betroffenen.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Angermeyer et. al (1999 S. 56-60). An erster Stelle steht auch hier die Arbeit, gefolgt von befriedigenden Freizeitaktivitäten und sozialen Kontakten.

An der Erreichung dieser Ziele muss sich also eine aus Sicht des Patienten effektive Behandlung messen lassen.

3.1 Uebersicht über einige Behandlungsergebnisse

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der RPK-Einrichtungen führt über ihre Mitgliedsinstitutionen jährlich eine zentrale Basis-Dokumentation durch. Die hier vorgestellten Zahlen resultieren aus einer bundesweiten Erhebung aus dem Jahr 2003. Hieran haben 97% aller in der BAG-RPK organisierten Einrichtungen teilgenommen, die Daten von 933 Teilnehmern wurden erfasst. Zudem wurde eine Nachbefragung bei den Teilnehmern durchgeführt, die ihre Maßnahme im Jahr 2002 beendet haben. Hierzu äußerten sich 428 Patienten telefonisch oder schriftlich anhand eines standardisierten Fragebogens (bag-rpk 2005).

Nach dieser Erhebung benötigen nur wenige Teilnehmer (11,2%) nach einer RPK-Maßnahme eine stationäre Behandlung, obwohl 40,8% der Teilnehmer direkt vor der Maßnahme in stationärer psychiatrischer Behandlung waren. Auch die Nachbefragung nach einem Jahr zeigt, dass lediglich 3% der vorherigen Teilnehmer sich zu diesem Zeitpunkt in stationärer psychiatrischer Behandlung befinden, insgesamt 65,2 % haben auch in der Zwischenzeit keine weitere stationäre Behandlung nach Beendigung der RPK-Maßnahme benötigt. Auch die Anbindung an niedergelassene Nervenärzte (von 31,3 auf 52,3%) und die psychosoziale Betreuung (Psychosozialer Dienst, Psychologische Beratungsstelle, Sozialpsychiatrischer Dienst) wurde wesentlich verbessert. Diese Zahlen können darauf hinweisen, dass eine erfolgreiche Vermittlung von Krankheitseinsicht und Rückfallprophylaxe gelungen ist.

Im Bereich der selbstständigen Lebensführung ist ein positiver Trend zu erkennen: Leben vor der RPK-Maßnahme noch 46,3% der Teilnehmer bei den Eltern, sind es nach der Maßnahme nur noch 29%, ein Jahr später lediglich 23,6 %.

Den eigenen Lebensunterhalt finanzieren können nach der Maßnahme 11,6%, ein Jahr später 19,2% gegenüber 1,8 % der Teilnehmer vor der RPK-Maßnahme.

Allerdings erhöhte sich auch der Kreis der Personen, die keiner Arbeit mehr nachgehen können und Rentenempfänger wurden von 4,3% vor der Maßnahme auf 10,1% danach und 21,3% nach einem Jahr.

Bei der Frage der Vermittlung in Beschäftigung zeigen sich folgende Ergebnisse: Der Anteil nicht arbeitsfähiger Personen verringerte sich durch die Maßnahme auf 29% und in der Nachbefragung nach einem Jahr auf 21,7%. Ebenfalls ein Jahr nach der Maßnahme sind 66,5% der ehemaligen Teilnehmer berufstätig, davon 17,1% auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, 20,7% in Qualifizierungsmaßnahmen und weitere 20,2 % auf dem geschützten Arbeitsmarkt. Im Vergleich zur Situation vor Beginn der RPK-Maßnahme stellt dieses eine deutliche Verbesserung dar. Zu diesem Zeitpunkt waren 50,8 % der Teilnehmer nicht arbeitsfähig. Immerhin 54% haben die erste Arbeitsstelle nach Beendigung der Rehabilitation als Folge eines Praktikums während der Maßnahme erhalten.

In der Nachbefragung gaben 81% der Teilnehmer an, dass ihnen die Maßnahme geholfen habe, Klarheit über ihren weiteren beruflichen Weg zu bekommen. 88% gaben an, die Maßnahme habe ihnen geholfen, Klarheit über ihren weiteren Weg im persönlichen Bereich zu bekommen. Ebenso wurde in der Nachbefragung die subjektive Zufriedenheit der Teilnehmer mit der RPK-Maßnahme erfragt. Auf die Frage: „Vergleichen Sie Ihre Situation mit der vor der Maßnahme. Wie zufrieden sind Sie jetzt im Vergleich zu vor der Maßnahme?“ sind 62,0% zufriedener, 28,7% gleich zufrieden und 9,2% unzufriedener im Bereich Gesundheit.

Im Hinblick auf die Wohnsituation sind ein Jahr nach Beendigung der Maßnahme 47,4 % der ehemaligen Teilnehmer zufriedener, 44,4 % gleich zufrieden und 8,3 % unzufriedener.

Auf die Zufriedenheit im beruflichen Bereich hin befragt, geben 53,6 % der ehemaligen Teilnehmer an, zufriedener zu sein, 28,2 % sind gleich zufrieden und 18,2 % sind unzufriedener.

Im Bereich „Kontakte zu anderen Menschen“ sind 49,5 % ein Jahr nach Beendigung der Maßnahme zufriedener, 42,5 % gleich zufrieden und 8 % unzufriedener³.

Über 70% der Teilnehmer leben weniger als 50 km von der Einrichtung entfernt, ein großer Teil (43%) sogar unter 20 km. D.h., dass diese Zahlen im Wesentlichen die Ergebnisse von wohnortnah durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen widerspiegeln.

Ausgehend von diesen Ergebnissen erreichen die Maßnahmen im Hinblick auf ihre Wirkung v.a. in den auch von den Patienten als relevant eingeschätzten Bereichen soziale Integration, selbständiges Wohnen sowie Krankheitsbewältigung und psychische Stabilisierung gute Effekte. Im Bereich Arbeit zeigt sich die größte Unzufriedenheit. Die Gründe hierfür liegen meines Erachtens am ehesten in einem, selbst bei erfolgreicher beruflicher Integration, häufig notwendigen Wechsel in geringqualifiziertere Tätigkeiten aufgrund der fortbestehenden Leistungseinbußen und einem dadurch erlebten Statusverlust.

3.2 Therapeutische Wirkfaktoren

Wenn man anhand der oben genannten Ergebnisse davon ausgeht, dass die Maßnahmen in den RPK-Einrichtungen positive Effekte haben, also im Sinne der von den Patienten postulierten Ziele Wirkungen zeigen, ist es interessant zu diskutieren, worauf diese Effekte zurückzuführen sind. Also die Frage: Was wirkt in der medizinischen Rehabilitation psychisch Kranker?

Nun ist diese komplexe Frage aber sicher nicht eindeutig zu beantworten. Abgesehen von der medikamentösen Therapie ist noch recht wenig bekannt z.B. über störungs- und krankheitsspezifische Faktoren bzw. Faktorenkombinationen. Aus körper- und kreativ-therapeutischen Verfahren liegen bislang kaum Forschungsergebnisse vor (Schuch 2000 S. 187).

In der Integrativen Therapie hat sich Petzold schon früh der Fragestellung nach den „healing factors“ zugewandt mit dem Resultat eines heuristischen Zusammenfassens der Faktoren in den „vier Wegen der Heilung und Förderung“ (Petzold 1996 S. 314).

Petzold legt therapeutischen Prozessen insgesamt **14 therapeutische Wirkfaktoren** zugrunde (ebenda S. 315 ff). Aufgrund deren Bedeutung für das Verständnis für das, was in der Rehabilitation psychisch kranker Menschen wirkt, folgt eine Auflistung dieser Faktoren:

Einführendes Verstehen (EV)

Unter diesem Begriff werden Mitgefühl, Empathie, Takt, Wertschätzung gefasst und Aussagen von der Art, dass ein Patient sich von seinem Therapeuten „so gesehen fühlt, wie er ist“, sich in seiner Lebenssituation, seinen Problemen, seinem Leiden „verstanden fühlt“. Das erfordert von Seiten des Therapeuten, dass er nicht nur bereit ist, sich seinen Patienten gegenüber einführend zu verhalten, sondern dass er auch bereit ist, sich von seinen Patienten empathieren zu lassen (sie tun es ohnehin, auch wenn man „hinter einer Couch sitzt“). Diese nicht immer einfache Situation wird durch den therapeutischen Stil der „selektiven Offenheit“ und „partiellen Teilnahme“ sowie durch das Prinzip des „aushandelns von Grenzen“ (Petzold 1993a, 1126 f) handhabbar.

Emotionale Annahme und Stütze (ES)

Akzeptanz, Entlastung, Trost, Ermutigung, positive Zuwendung, insbesondere Förderung positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen (idem 1192a, 823 ff.), z.B. Selbstwertgefühl, Selbstsicherheit, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen – was eine Reduktion negativer selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, z.B. Minderwertigkeit, Schuld, erlernte Hilflosigkeit, Scham usw. erforderlich macht – kennzeichnen diesen Faktor, der so mit dem „einführenden Verstehen“ unlösbar verbunden ist.

Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe (LH)

Erschließen von Ressourcen, Rat, und tätige Hilfe bei der Bewältigung von Lebensrealität, Problemen usw., praktische Lebenshilfe also, gehört zu den besonders wirksamen Therapiefaktoren, die gerade für die Kurzzeittherapie immense

Bedeutung hat. (Dieser Faktor ist gerade durch die große Zahl verhaltenstherapeutischer Studien besonders repräsentiert). Wo immer es Therapeuten gelingt, die Probleme ihrer Patienten ernst zu nehmen und ihnen für die Lösung dieser Probleme Hilfen für realitätsgerechte Lösungen an die Hand zu geben, gelingen therapeutische Beziehungen.

Förderung des emotionalen Ausdrucks (EA)

Bei diesem Faktor geht es um das Zeigen von Gefühlen, Sprechen über Gefühle, kathartische Entlastung. Er findet sich besonders in erlebnisaktivierenden Verfahren und ist von dem der emotionalen Stütze zu unterscheiden, aber auch mit diesem eng verbunden. Gerade mit Blick auf die neuere Emotionspsychologie wird dem Faktor „Förderung des emotionalen Ausdrucks“ zunehmend Beachtung zu schenken sein, insbesondere wenn man Psychotherapie als „emotionale Differenzierungsarbeit“ als Behandlung „dysfunktionaler emotionaler Stile“ oder als Beeinflussung von „Grundstimmungen“ (Petzold 1992b, 833 ff.) auffasst.

Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen (EE)

Einsicht in Lebens- und Problemzusammenhänge bzw. Krankheitsbedingungen. In jedem Fall geht es darum, das Menschen Zusammenhänge und Hintergründe in möglichst umfassender Weise verstehen, Ursachen und Wirkungen zusammenbinden können, dass sie handlungsleistende Explikationsfolien für die Strukturierung ihres Alltags und ihres Lebensvollzugs erhalten. Es muss geschaut werden, wie viel Komplexität der Patient in seinem Therapieprozess und seiner Lebenssituation bewältigen kann, wo eine solche Erweiterung des Horizontes konstruktiv ist oder wo sie zu einer Belastung werden kann. Nicht jede Einsicht ist heilsam.

Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit (KK)

Sehr viele Patienten sind in ihren Möglichkeiten, mit anderen Menschen zu kommunizieren, eingeschränkt. Es fehlt an sozialer Wahrnehmung, an Rollenflexibilität, an „social skills“, an Ausdrucksvermögen. Es fehlen die Worte, die Möglichkeiten, auf jemanden zuzugehen. Es mangelt an Empathie bzw. „mutueller Empathie“ (der Möglichkeit, sich einzufühlen und sich empathieren zu lassen). Hier müssen Therapeuten Hilfestellungen geben, Kommunikationsmöglichkeiten zu erschließen, zu erproben und –über die therapeutische Situation hinausgehend – im Alltag zu aktualisieren. Gelingende Kommunikationen machen Menschen kommunikativer und kommunikativ kompetenter. Das Ko-respondieren im berührten therapeutischen Gespräch hat hier eine wichtige Modellfunktion, denn der Therapeut wird hier zugleich Modell und Feedback-Instanz.

Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung (LB)

„Awareness“ und „consciousness“ gegenüber leiblichen Regungen und Empfindungen, die sich in Gefühlen entfalten und leiblich-konkret zeigen können (Petzold 1992b, 806 ff.), wo immer dieses möglich ist, müssen als gesundheitsfördernde und krankheitsvermindernde Faktoren gesehen werden.

Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM)

Therapeutische Prozesse sind Lernprozesse. Lebensvollzug ist ein permanentes Lernen in der Auseinandersetzung mit dem Kontext. Wir können bei vielen Patienten beobachten, dass ihre Probleme u.a. auch damit verbunden sind, dass ihre Lernmöglichkeiten und Interessen eingeschränkt wurden oder behindert worden sind, ja negativ sanktioniert wurden. Da es sich bei Therapien um „begleitete Lernprozesse“ (Petzold 1993a, S. 1349) handelt, müssten die Formen des Interesses und Lernens thematisiert werden, sonst werden „Lernstile“ – und es geht hier keineswegs nur um schulisches Lernen, sondern auch um die Lernprozesse des Lebensalltags – mit ihren konstruktiven Potentialen und ihren dysfunktionalen Verformungen nicht bearbeitbar.

Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG)

Wahrnehmen – Resonanz – Erleben – Resonanz – Ausdruck – Resonanz - Gestalten, das ist eine Sequenz, die schöpferische Prozesse kennzeichnet, wobei die Wahrnehmung selbst schon schöpferisch sein kann, wenn sie vielperspektivisch in die Welt ausgreift und ein komplexes Realitätserleben fördert. Viele Menschen sind in ihrer Wahrnehmung eingeschränkt bis zur Anästhesierung, und damit sind auch die Möglichkeiten des Erlebens beschnitten, die Möglichkeiten, die Welt zu erfahren. Ihnen sind deshalb die Quellen heilenden Erlebens verschlossen, und es werden keine „inneren Resonanzen“ möglich, die – werden sie stark genug – Ausdruck gewinnen können. Ausdruck aber bietet die Chance der Gestaltung. Konkret heisst das, Anregungen zu kreativem Tun zu geben als Form der Lebensbewältigung, der Entlastung, der Bearbeitung von Problemen, der Selbstverwirklichung. Diese eröffnen einen Zugang zu „salutogenen Erfahrungen“ der Vergangenheit, deren Aktualisierung ein grosses, heilendes Potential hat, und sie können in Prozessen der Symbolisierung (Orth, Petzold 1993a) komplexe Zusammenhänge zugänglich und bearbeitbar machen.

Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven (PZ)

Hier geht es um den Aufbau und die Bekräftigung von Sicherheit und Hoffnungen, den Abbau von Befürchtungen und Katastrophenerwartungen, um die Auseinandersetzung mit Plänen, Zukunftsvisionen, Lebenszielen. Die Identität eines Menschen gründet nicht nur in der Vergangenheit. Sie umfasst auch Zukunftsentwürfe (Petzold 1991a, 333 ff.). Fehlende Lebensziele, ein zusammengebrochener Zukunftshorizont kennzeichnen viele Krisen und psychische Erkrankungen.

Die nachfolgenden Faktoren werden von Petzold als schulenspezifisch für die Integrative Therapie angesehen, da sie in den an FPI und EAG angefertigten Graduierungsarbeiten und Therapieprotokollen immer wieder auftauchen, in den von ihm ausgewerteten Therapiestudien indes nur okkasionell vorkommen:

Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs (PW)

Werte werden nicht nur im Rahmen Über-Ich-theoretischer Überlegungen bedeutsam. Auch in identitätstheoretischen Überlegungen ist die Auseinandersetzung mit Normen und Werten von entscheidender Bedeutung. Schließlich ist es ein Faktum, dass Menschen „soziale Welten“ als wertenden Perspektiven auf Lebenszusammenhänge“ angehören, dass sich in ihrem Handeln „représentations sociales“ als kollektive Wertungen realisieren und dass schließlich Psychotherapie im-

mer und immer Bewertung von Lebenssituationen – durch den Therapeuten, durch die Position seines Verfahrens, durch den Patienten, durch die Institution, durch die Familie, durch die Supervisionsgruppe usw. – bedeutet, ein Grund, sich mit dem Komplex intensiv auseinanderzusetzen. Dies wird natürlich ohne eine Klärung der eigenen ethiktheoretischen Position, ein Bereich, in dem wiederum die psychotherapeutischen Schulen nicht sehr explizit sind nicht gut möglich sein. Therapeutische Arbeit hat sich mit den Fragen des Wertebezugs also nicht nur zu befassen, weil ein positiv gefestigtes Wertesystem ein Faktor von Gesundheit bzw. ein heilender Faktor ist, sondern weil auch die „Bewertung der Werte“ – sie geschieht zumeist indirekt – in Therapien ein sehr neuralgischer Punkt ist. Hier ausreichende „Exzentrizität“ zu gewinnen wird unerlässlich sein, wenn man Patienten gerecht werden will.

Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserleben (PI)

Da sich Identität aus dem Leib-Selbst durch die Aktivität des Ich konstituiert, das die aus dem Umfeld kommenden und sich auf verschiedene Identitätsbereiche („fünf Säulen“) beziehenden Identitätsattributionen (Identifizierungen, social identity) aufnimmt und mit deren Bewertung (Valuation, appraisal) durch Selbstattributionen (Identifikationen, ego identity) sowie durch die Internalisierung dieser Zuschreibung zur Identität Synthetisiert, muss Psychotherapie dazu beitragen, diese Prozesse zu ermöglichen, und zwar in einer positiven Weise.

Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke (TN)

In der Literatur über Wirkfaktoren in der Psychotherapie findet sich kaum etwas über die Bedeutung sozialer Netzwerke. Sie wurden in der Psychotherapieforschung offenbar genauso ausgeblendet wie die Dimension der Leiblichkeit, zumal der Schwerpunkt der Forschung auf der Evaluation von Einzeltherapien und der Verhaltensänderung von Einzelpersonen zentriert. Aus dem „social support research“ (Nestmann 1995;Keupp, Röhrle 1987; Kähler 1983) wissen wir aber die immense Bedeutung supportiver, ressourcenreicher Netzwerke für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen. Durch Untersuchungen bei Netzwerkzentrierten Interventionen ist deren positive Wirkung auf das persönliche Wohlbefinden, Identitätserleben und für die Beeinflussung von Krankheitssymptomen, ja für die nachhaltige Behebung von Störungen uns seelischen Erkrankungen bekannt. Deshalb ist es gerade auch in der „einzeltherapeutischen“ Arbeit (als prinzipiell „dyadischer Therapie“) wichtig, das Therapeuten realisieren: sie arbeiten **nicht** mit Einzelpersonen, sondern mit sozialen Netzwerken – vergangenen, gegenwärtigen und zukünftigen. Der Patient hat Angehörige, Freunde, Eltern oder Kinder, und die Interventionen in der „Einzelbehandlung“ wirken in diese hinein – for better or worse. Auch dem Patienten sollte vermittelt werden, dass er mit sich und mit seinem Beziehungsnetz arbeitet.

Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen (SE)

Als letzter, aber nicht unwesentlicher Faktor, sei der der Solidaritätserfahrung genannt. Er erscheint in der psychotherapeutischen Wirksamkeitsforschung nicht, obwohl er in gut funktionierenden Therapiegruppen und Selbsthilfegruppen eine entscheidende Rolle spielt. Dabei kann man davon ausgehen, dass ein „engagiertes Eintreten“ für den anderen ganz allgemein als hilfreich erlebt wird und von Patienten im besonderen, handelt es sich bei ihnen doch oft genug um Menschen, die gescheitert, zusammengebrochen, erkrankt sind, weil ihnen in kritischen Momenten Solidarität gefehlt hat, und diese ist mehr als Stütze oder materielle Hilfe: Hinzukommen muß das „engagierte Eintreten“, wo Unrecht geschieht oder geschehen ist, das sich „Solidarisch-an-die-Seite-der-Betroffenen-stellen“.

3.4 Besonderheiten des RPK-Ansatzes und ihre Relevanz für die therapeutische Wirksamkeit

Jetzt ist es natürlich schwierig oder sogar unmöglich zu sagen, welche dieser Wirkfaktoren bei welcher Therapie in der medizinischen Rehabilitation wirkt.

Hier ist die Therapie doch wohl vielmehr das Zusammenwirken verschiedener Maßnahmen im Rahmen des „multimodalen Komplexleistungsprogrammes. D.h. die RPK-Maßnahme wirkt als Ganzes und nicht etwa das einzelne Gespräch mit dem Arzt, die Ergotherapie, das psychoedukative Gruppenangebot, das Lebenspraktische Training etc.

Allerdings gibt es meines Erachtens so etwas wie übergeordnete Behandlungsprinzipien oder -konzeptionen, die im Sinne einer *conditio sine qua non* nicht hinweg gedacht werden können, ohne dass sich die Maßnahme als solche wesentlich verändern würde und auch weniger wirksam wäre.

Durch den Vergleich der unterschiedlichen Konzeptionen sowie der Empfehlungsvereinbarung RPK lassen sich folgende drei Grundlagen oder Prinzipien herausarbeiten, die wesentlich für die Wirksamkeit der Gesamtmaßnahmen sind:

- das therapeutische Milieu/das Prinzip der Therapeutische (Wohn-) Gemeinschaft,
- der bewältigungsorientierte Ansatz
und
- die regionale Vernetzung/ die Netzwerkperspektive

3.4.1 Therapeutisches Milieu/Therapeutische (Wohn-) Gemeinschaft

Laut RPK-Empfehlungsvereinbarung ist das in der Rehabilitationseinrichtung verwirklichte Milieu Bestandteil des Rehabilitationsangebotes. Es soll unter „beschützenden, übersichtlichen Bedingungen möglichst realistisch den Alltag mit seinen Anforderungen im zwischenmenschlichen Bereich und der Bewältigung lebenspraktischer Notwendigkeiten widerspiegeln. Auf diese Weise kann die Belastbarkeit des Rehabilitanden lebensnah erprobt und seine Fähigkeit trainiert werden, ein

selbstständiges Leben außerhalb der Rehabilitationseinrichtung zu führen und – wenn möglich – einer Erwerbstätigkeit nachzugehen“ (RPK-Empfehlungsvereinbarung).

Diese Vorgaben werden in den Konzeptionen der Einrichtungen aufgegriffen. Hier heißt es z.B.: „Das gesamte Setting der Einrichtung sowie die verbindliche Abstimmung einzelner erforderlicher Teilschritte im Sinne einer ganzheitlichen Herangehensweise ist grundlegend therapeutisch wirksames Element der medizinischen Rehabilitation. Über die spezifische Wirkungsweise des therapeutischen Milieus kann erstaunliches Selbstheilungspotential im Sinne konstruktiven Umganges mit krankheitsbedingten Störungen und damit einhergehendem Wachsen des Potentials zur späteren beruflichen und sozialen Integration bei einzelnen Klienten entwickelt werden“ (Konzeption Friederike Fliedner Haus, Dortmund).

„Das in jeder Patientengruppe individuell verwirklichte Milieu nach dem Prinzip der Therapeutischen Gemeinschaft ist ein Element des Rehabilitationsprozesses. In diesem Rahmen wird den Patienten in Alltagssituationen durch Partizipation und offene Kommunikation eine Vielzahl an sozialen Erfahrungen und Lernmöglichkeiten zur Bewältigung seiner Erkrankung eröffnet“ (Konzeption Hauses St. Antonius, Bevergern).

Die ersten therapeutischen Wohngemeinschaften wurden 1932 als Wohngruppen für Straffällige und schwererziehbare Mädchen von Moreno eingerichtet. Seitdem haben sie in alle Bereiche der Psycho- und Soziotherapie und der Rehabilitation Eingang gefunden. (Petzold 1980, S.7).

Für Krüger (1980 S. 1) stellt die Therapeutische Gemeinschaft einen milieutherapeutischen Bezugsrahmen für die Gesamtheit vielfältiger Behandlungsstrategien einer angewandten sozialen Psychiatrie dar. „Bedingung für die Realisierung ist, dass alle am therapeutischen Prozess Beteiligten sich im Hinblick auf das therapeutische Ziel darum bemühen, dem Einzelnen ein Maximum an sozialen Erfahrungen und Lernmöglichkeiten zu vermitteln. Dabei bedeutet die Realisierung der Therapeutischen Gemeinschaft nicht die Anwendung einer neuen Behandlungsform, sondern vielmehr die Neugestaltung der Beziehungen zwischen Kranken und Therapeuten“.

Hier zeigen sich deutliche Übereinstimmungen mit Moreno, dessen für den therapeutischen Bereich inaugurierte Begegnungsgedanke besagt, dass der „Arzt durch bloße Begegnung heilt“. Dieses und „sein persönlichkeits-theoretisches Konzept des sozialen Atoms, nach dem der Mensch seine Identität durch die zu seiner sozialen Mikrostruktur gehörigen Mitmenschen gewinnt, können als weitere theoretische Grundkonzepte für den Wert, die Bedeutung, das Funktionieren und die „heilende Kraft“ von therapeutischen Gemeinschaften gelten (Petzold 2005 S. 2).

Die ersten Therapeutischen Gemeinschaften wurden im europäischen Raum durch Petzold im Bereich der Drogentherapie eingeführt. Hintergrund und theoretischer Bezug bildet die Integrative Therapie, die „immer wieder die Charakteristik des Menschen als ein in „sozialen Netzwerken“ und „social convois“ lebendes Wesen betont. Menschen sind Gruppenwesen, die in Polylogen – Gesprächen nach vielen Seiten, Erzählungen/Narrationen, an denen viele teilnehmen – über die Menschheitsgeschichte zusammengelebt haben und in diesem Gemeinschaftsleben gemeinsamen „Sinn“ (consensus) finden und stiften konnten“ (Petzold 2005 S. 2).

Unter dem Begriff der Therapeutischen Gemeinschaft werden in der Literatur und Praxis teils sehr unterschiedliche Konzepte gefasst, die oft nicht klar definiert und voneinander abgegrenzt werden. Petzold schlägt als übergeordneten Begriff den des (Wohn-) „Kollektivs“ vor (Petzold 2005 S. 3). Hierunter lassen sich Wohngemeinschaften, Wohngruppen, Therapeutische Gemeinschaften, Therapeutische Wohngemeinschaften und Therapeutische Wohngruppen subsummieren. Nach der von Petzold gemachten Abgrenzung (Petzold 2005 S. 3 ff) lassen sich die (Wohn-) Kollektive im Rahmen der RPK-Einrichtungen am ehesten den Therapeutischen Wohngruppen zuordnen. Je nach praktizierter Konzeption zum Teil sicher auch den mehr pädagogisch ausgerichteten Wohngruppen. Um Therapeutische Gemeinschaften in dem von Petzold definierten engeren Sinn handelt es sich nicht. Zwar finden die Patienten in der unmittelbaren Interaktion mit dem Personal ein therapeutisches Feld, in dem ihre Störungen gemindert oder behoben werden können. Ein wichtiges Merkmal, nämlich der weitgehende Abbau der Rollenunterschiede zwischen Patient und Staff, sowie der einzelnen Staffmitglieder untereinander bzw. deren Reduktion auf die funktionale Kompetenz, fehlt. Dieses Prinzip ist in den RPK-Einrichtungen nicht verwirklicht. Stattdessen besteht zwischen Therapeuten und Klienten eine klare Rollen- und Funktionstrennung. Die Betreuer und Mitarbeiter werden auch nur teilweise in das alltägliche Lebensgeschehen einbezogen, wodurch aus einem partiellen Engagement heraus gearbeitet werden kann. „Eine volle Involvierung wäre nicht angemessen. Sie richtet ein Maß an Nähe auf, das von den Betreuern nicht durchgehalten werden kann und auf Seiten der Klienten zu Frustrationen führt“ (Petzold 2005 S. 6).

Im Gegensatz zu allenfalls pädagogisch ausgerichteten Wohngruppen wird in den Therapeutischen Wohngruppen von der Zielsetzung und Struktur her psychotherapeutisches, soziotherapeutisches und agogisches Vorgehen miteinander verbunden. Sicherlich sind die Übergänge zwischen Wohngruppen, Therapeutischen Wohngruppen und Therapeutischen Gemeinschaften fließend und werden in den unterschiedlichen Einrichtungen auch zeitabhängig unterschiedlich realisiert. Die Zusammensetzung der Klienten sollte mittelfristig geschlossen sein, jedoch bereiten hierbei die zunehmend kürzeren Verweildauern Schwierigkeiten, auch im Hinblick auf die durch das Kollektiv zu erreichenden therapeutischen Effekte. Neuaufnahmen und Entlassungen, interkurrente Behandlungen aufgrund von persönlichen Krisen, Suizidversuche etc. erweisen sich in der Praxis als Erschwernis beim Bemühen um die Realisierung eines förderlichen therapeutischen Milieus.

Große Unterschiede bestehen natürlich auch zwischen den ambulant und den stationär arbeitenden Einrichtungen. Sicher können auch in ambulanten Settings durch das in der Patientengruppe verwirklichte therapeutische Milieu Effekte erzielt werden. Sicher aber nicht in dem Maße, wie dieses ein stationäres Setting bietet, wo ein wichtiger Aspekt auf dem gemeinsamen Wohnen liegt. Insofern kann natürlich in diesen Einrichtungen nicht von Therapeutischen Wohngruppen gesprochen werden, wobei dieses natürlich kein Argument für ausschließlich stationär durchgeführte Maßnahmen sein soll.

Trotz aller Definitionsschwierigkeiten stellt das therapeutische Milieu bzw. die Therapeutische Wohngruppe oder Aspekte der Therapeutischen Gemeinschaft m.E. in der Tat ein wichtiges übergeordnetes Element im Rahmen der RPK-Behandlung dar.

Als Ziele für diese vielfältigen und individuell unterschiedlichen Kollektive im Rahmen der RPK-Einrichtungen lassen sich nennen:

- Echtes Zusammengehörigkeitsgefühl und Solidarisierung entstehen zu lassen,
- dem Einzelnen ein Maximum an sozialen Erfahrungen und Lernmöglichkeiten zu eröffnen.
- Vermittlung neuer Interaktionspartner, neue Möglichkeiten des sozialen Rollenspiels und der intensiven persönlichen Beziehung, Aufbau eines bedeutungsvollen psychosozialen Netzwerkes, das die persönliche Identität stützt und festigt (Petzold 2005 S. 7).

Zutreffend sind auch die therapeutischen Faktoren, die Napolitani für die Therapeutische Gemeinschaft beschreibt, nämlich dass:

1. „das krankhafte Verhalten des einzelnen in der Gruppe deutlich wird und dass der einzelne durch die Gruppe darauf aufmerksam gemacht werden kann;
2. die Gruppe und der einzelne sich bemühen, dieses krankhafte Verhalten zu verstehen,
3. diejenigen Situationen gefördert werden, die korrigierende Erfahrungen ermöglichen,
4. die gesunden Seiten der Persönlichkeit durch die Gruppe anerkannt und durch adäquate Rollen entwickelt werden“ (Napolitani 1963, in: Petzold/Vormann 1980 S. 351).

Das therapeutische Milieu in den Rehabilitationseinrichtungen bildet also den „Nährboden“, auf dem viele der o.g. Faktoren ihre positive Wirkung sowohl im Miteinander unter den Patienten, als auch in der Beziehung zu den therapeutischen Mitarbeitern entfalten können.

Durch diese Aufzählungen wird auch deutlich, welche der oben genannten Wirkfaktoren hier eine besondere Bedeutung haben, ohne dass diese hier noch einmal einzeln aufgeführt werden müssten.

3.4.2 Der bewältigungsorientierte Ansatz

Die Erkrankung Schizophrenie galt lange Zeit als im eigentlichen Sinne nicht behandelbar und führte häufig zu lang andauernder, häufig sogar zu lebenslanger Hospitalisierung mit der Folge sekundärer Schädigungen und weitgehender Inaktivität. Ausgangspunkt dieser Annahme war die Beschreibung von Kraepelin, der den Verlauf der Erkrankung als unaufhaltsamen hirnrorganischen Prozeß beschrieb und die „Verblödung“ (Defekt) als zwangsläufigen „Endzustand“ benannt hat. Der Verlauf galt als unbeeinflussbar, die Erkrankung wurde als „Prozesspsychose“ bezeichnet (Dörner 1996 S. 154).

Ein Resultat dieser Auffassung waren die Langzeitstationen psychiatrischer Krankenhäuser, verbunden mit dem oft unendlichen Leid der betroffenen Menschen.

Wesentliche Grundlage für dieses Dilemma war ein zunächst rein medizinisches Krankheitsmodell, in dem nur die vollständige Genesung nach erfolgter Behandlung als Heilung galt, analog etwa dem Krankheits- und Behandlungskonzept der Chirurgie. Für psychische und auch für andere chronisch verlaufende Erkrankungen erwies sich dieses Krankheitsmodell als dysfunktional (Weig 2000, S 5). Ausgangspunkt für eine veränderte Sichtweise war die Einführung des Coping- oder Bewältigungsmodells mit dem Gedanken, dass die Heilung einer chronischen Krankheit und Behinderung nicht in dem völligen Verschwinden der Krankheitssymptome, also z.B. dem Hören von Stimmen, dem Motivationsverlust, der psychotischen Ängste etc., sondern in der erfolgreichen Bewältigung dieser Situation liegen könnte. Hierdurch ergaben sich in der Behandlung psychischer Erkrankungen völlig neue Möglichkeiten. Unter anderem auch die modernen sozial- und gemeindepsychiatrischen Ansätze, die es den kranken Menschen erst ermöglichen ein Leben in der gewohnten Umgebung, unterstützt durch vielfältige Betreuungs- und Behandlungsangebote vor Ort zu führen. Erst hierdurch war es möglich, auch die, für die Behandlung wichtigen Bezugspersonen, die Angehörigen, Bekannten, Freunde aber auch Arbeitgeber, also das soziale Netzwerk, in die Behandlung mit einzu beziehen.

Die Bewältigung, engl. Coping, wird zu einem Schlüsselbegriff in den rehabilitativen Konzepten. Nach Petzold können Schädigungen in verschiedener Form (Überforderungen und/oder Noxen) Krisen auslösen, die akut und virulent oder schleichend und chronifiziert verlaufen können, so dass Coping (bewusste oder unbewusste Bewältigungsversuche) notwendig werden (Petzold 1993 S. 589).

Durch erfolgreiche Bewältigungsstrategien kommt es mittels Entlastung, Heranführung von Ressourcen, vorhandener Vitalität und protektiven Faktoren sowie einem positiven Zukunftshorizont mit persönlich bedeutsamen Zielen zu Problemlösungen, Neuorientierungen, Gewinn oder Stärkung von Gesundheit, letztlich zu einem Gewinn von Identität. „Gelingene Bewältigungen wirken kompetenz- und performanzstärkend auf das Individuum zurück. Sie werden Teil seiner positiven Lebensgeschichte und ermöglichen hoffnungsvolle und zuversichtliche Zukunftserwartungen, tragende (individuelle und kollektive) Lebensziele, Teloi in einem positiven Zukunftshorizont, der versichernd in die Gegenwart hineinwirkt“ (ebenda).

Folkmann et.al. schlagen acht unterschiedliche Bewältigungsversuche vor:

- das Problem in Angriff nehmen (confronting coping)
- kognitive Distanzierung (distancing)
- Zusammenreißen (self control)
- Suche nach Hilfe (searching social support)
- Übernahme von Verantwortung (accepting responsibility)
- Flucht-Vermeidung (escape-avoidance)
- überlegtes Problemlösen (planful problem solving)
- positive Neubewertung positive reappraisal).

(vgl. Folkmann et al. 1989 in Petzold 1993 S. 589 f)

Thomae beschreibt 20 Daseinstechniken als „deskriptives System zur Klassifikation von Reaktionen auf Belastungen“:

1. Leistung, 2. Anpassung an Institutionen, 3. Anpassung an andere, 4. Aufgreifen von Chancen, 5. Bitte um Hilfe, 6. Stiftung und Pflege sozialer Kontakte, 7. Zurückstellung eigener Bedürfnisse, 8. sich auf andere verlassen, 9. Korrektur von Erwartungen, 10. Widerstand, 11. (Selbst) Behauptung, 12. Akzeptieren der Situation, 13. positive Deutung der Situation, 14. Situation den Umständen überlassen, 15. Hoffnung, 16. depressive Reaktion, 17. Identifikation 18. evasive Reaktion, 19. betonte Realitätsorientierung, 20. Aggression/Kritik (vgl. Thomae H. 1988 in Petzold 1993 S. 590).

Aufgabe in den RPK-Einrichtungen ist es also, unter Rückgriff auf die jeweilige „Geschichte des Bewältigungsverhaltens“, aus der Analyse des Lebenszusammenhangs, d.h. mit Bezug auf Kontext und Kontinuum des einzelnen Menschen in der Therapie zu erarbeiten, welche Copingstile jeweils angemessen sind.

Dieses geschieht zum einen im individuellen Kontakt auf der Grundlage einer funktionierenden therapeutischen Beziehung zwischen dem jeweiligen Patienten und dem Therapeuten. Dieses geschieht auch im Miteinander unter den Patienten auf der Grundlage des therapeutischen Milieus, der therapeutischen Wohngruppe. Etabliert haben sich daneben in den RPK-Einrichtungen aber auch vor allem strukturierte psychoedukative Verfahren und Trainingsprogramme.

Hierzu wurden v.a. in den 80er und 90er Jahren eine Vielzahl unterschiedlicher Manuale und Therapieprogramme entwickelt. Ausgangspunkt hierfür war, dass im Vergleich zu Patienten aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum die Patienten hier erschreckend wenig informiert waren über ihre eigene Erkrankung und die behandelnden Nervenärzte der Aufklärung und der Informationsvermittlung nur einen sehr beiläufigen Stellenwert beimaßen (Bäumel 2003 S. VIII). Die Einbeziehung der Angehörigen in die Therapie wurde, z.B. gestützt auf die Hypothese der „schizophrenen Mutter“, häufig sogar aktiv verhindert.

Für die Durchführung dieser Programme in Gruppen sprechen für Bäumel/Pitschel-Walz neben der ökonomischen Perspektive, dass hier neben den allgemeinen Wirkfaktoren (Universalität des Leidens, Gruppenkohäsion, Rekapitulation, Katharsis, Hoffnung, existentielle Einsicht) auch die spezifischen Wirkmomente einer Gruppentherapie (Feedback und Unterstützung erhalten und geben, Altruismus, Modelllernen, Rollenspiele) gezielt genutzt werden können (2004 S. 332).

Zu nennen sind hier z.B. das „Psychoedukative Training für schizophrene Patienten – PTS“ von Kiersch und Hornung (1994), das verhaltenstherapeutisch orientierte Programm „Familienbetreuung schizophrener Patienten“ (Hahlweg et al. 1995), das psychoedukative Programm „PEGASUS - Schizophrenie zum Thema machen - Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Menschen,“ von Wienberg (1997), das „Therapiemanual zur Psychoedukation und Krankheitsbewältigung (PKB)“ sowie die „Kognitiv verhaltenstherapeutische Gruppenprogramme für die Bereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit (WAF)“ von Roder et al. (2002) und andere.

Diese Therapieverfahren verstehen sich als ein „Bündel konkreter Methoden und Vorgehensweisen innerhalb einer multimodalen Behandlungskette mit gezielter Verknüpfung von biologischer Psychiatrie und Psychotherapie“ (Bäumel, J./Pitschel-Walz, G. 2004, S. 329). Neben der edukativen Zielsetzung dieser Programme, nämlich Aufklärung und Information über ihre Erkrankung und die jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten, auch Verbesserung des Verständnisses und die Akzeptanz der Medikation, sind die mehr psychotherapeutisch ausgerichteten Elemente darauf ausgerichtet, die Coping-Fähigkeiten der Patienten zu fördern und die Problemlöse- und Kommunikationsfertigkeiten innerhalb der Familie zu verbessern.

„Unter Psychoedukation werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um die Patienten und ihre Angehörigen über die Hintergründe der Erkrankung und die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (ebenda).

Trotz der insgesamt recht unterschiedlich aufgebauten Konzepte gibt es doch so etwas wie eine verbindende Philosophie, nämlich das Ziel, „das Selbsthilfepotential von Patienten und Angehörigen zu wecken, den „Empowerment-Gedanken“ zu fördern und die Kooperation zwischen Patienten, Angehörigen und professionellen Helfern zu fördern (Bäumel/Pitschel-Walz 2003 S. 9).

Hinsichtlich der Frage nach den Wirkfaktoren psychoedukativer Interventionen gibt es aktuell in der Literatur keine abschließenden empirischen Untersuchungen. Dennoch können die oben genannten Wirkfaktoren hinsichtlich ihrer Relevanz für diese psychoedukativen Verfahren überprüft werden. Sicherlich spielen die grundlegenden Faktoren wie Einfühlsames Verstehen sowie die Emotionale Stütze und Annahme wie grundsätzlich in jeder therapeutisch wirksamen Beziehung auch hier eine wichtige Rolle. Durch die gezielte Informationsvermittlung und dem Ziel, den Patienten und seine Angehörigen zum Experten seiner eigenen Erkrankung zu machen, soll die Reflexion über und die Einsicht in die eigene Erkrankung sowie erforderliche Behandlungsmöglichkeiten gefördert werden. Durch den Erfahrungsaustausch der Teilnehmer untereinander werden einerseits Lernmöglichkeiten und Lernprozesse ermöglicht und andererseits Solidaritätserfahrungen gefördert. Durch dieses ressourcenorientierte Vorgehen können Hoffnung und Mut induziert, gemeinsam positive Zukunftsperspektiven erarbeitet, ggf. auch tragfähige, soziale Netzwerke unter den Patienten gefördert werden.

Über die Wirksamkeit psychoedukativer, bewältigungsorientierter Verfahren gibt es mittlerweile eine Vielzahl empirischer Untersuchungen (vgl. Übersicht bei Hornung 1999 S. 113 - 147, zu Verfahren für Patienten und Angehörige bei Wiedemann 2003 S. 243 – 250). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich diese Verfahren positiv auf das häusliche Familienklima auswirken, der Wissensstand über die Erkrankung signifikant verbessert wird, ebenso die Compliance im Hinblick auf die neuroleptische Therapie. Stationäre Wiederaufnahmen können deutlich gesenkt bzw. notwendige stationäre Behandlungen verkürzt werden. Besonders interessant, wenn auch nicht überraschend, ist in diesem Zusammenhang, dass die Ergebnisse der Effekte von psychoedukativen und bewältigungsorientierten Verfahren umso besser ausfallen, je konsequenter die Angehörigen in diesen

Prozess mit einbezogen werden. Hier spielt der protektive Einfluss von geschulten, gut informierten Angehörigen eine entscheidende Rolle. Also auch hier wieder die positive Wirkung der Netzwerkperspektive.

Diese Erkenntnisse über die therapeutischen Effekte der Psychoedukation finden Einfluss in die praktische Arbeit in den RPK-Einrichtungen. Wieder mit regionalen Unterschieden werden in allen Konzepten psychoedukative Elemente in Form unterschiedlicher Programme angeboten. Vermehrt auch für spezifische Klientengruppen wie z.B. Patienten mit der Doppeldiagnosen Psychose und Sucht. Hier werden mittlerweile spezifische Psychoedukative Programme, wie z.B. das Psychoedukative Training für Patienten mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht (PTDD) von Gouzoulis-Mayfrank (2003) eingesetzt.

Wichtiger als diese Programme, Manuale und Verfahren ist m.E. aber die dahinter stehende therapeutische Haltung, die den Patienten als gleichberechtigten Partner in der therapeutischen Beziehung sieht sowie ein ressourcenorientiertes Vorgehen, welches die gesunden, kreativen Kräfte des Patienten fördert und so die Grundlage für eine erfolgreiche Bewältigung der psychotischen Krise schafft und letztlich identitätsstiftend und -verstärkend wirkt.

3.4.2 Der regionale Bezug/ Netzwerkperspektive

Laut RPK Empfehlungsvereinbarung erbringen die Einrichtungen ihre Leistungen „möglichst gemeindenah“. „Die Einbindung der Rehabilitationseinrichtung in die regionale Versorgungsstruktur zur Sicherstellung der Nachsorge muss gewährleistet sein“. Das hört sich fortschrittlich an, lässt aber Spielraum für Interpretationen. Angelehnt an die o.a. Forderung von Dörner kann dieses bedeuten, dass mindestens jeder Landkreis ein entsprechendes Angebot vorhalten sollte, um berechtigterweise von „gemeindenah“ sprechend zu können und damit eine entsprechende Einbindung in regionale Strukturen in der Praxis überhaupt möglich ist.

Andererseits ist davon auszugehen, dass es sich bei der RPK-Empfehlungsvereinbarung aus Sicht der Kostenträger nicht um eine Zielformulierung, sondern um eine Zustandsbeschreibung der aktuellen Situation handelt. Angesichts der Tatsache, dass insbesondere in den neuen Bundesländern in einigen Bundesländern gar keine entsprechenden Einrichtungen bestehen, aber z.B. auch die Situation in Bayern oder NRW mit jeweils 3 RPK-Einrichtungen rechtfertigt es natürlich nicht, von gemeindenaher Rehabilitation zu sprechen.

D.h., dass dort, wo eine RPK existiert, auch gemeindenah gearbeitet wird und der regionale Bezug ein wichtiges Element darstellt. Das heißt aber auch, dass für viele psychisch kranke Menschen das entsprechende Angebot schlicht nicht zur Verfügung steht.

Hier geht es also darum, die Wichtigkeit der Netzwerkperspektive für die therapeutische Wirkung der RPK-Einrichtungen herauszuarbeiten und zu diskutieren.

Die Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke ist einer der o.g. 14 Wirkfaktoren. Obschon sich in der Literatur über Wirkfaktoren kaum etwas über die Bedeutung sozialer Netzwerke findet, „wissen wir aber um die immense Bedeutung supportiver, ressourcenreicher Netzwerke für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen“. Untersuchungen bei netzwerkzentrierten Interventionen bestätigen deren positive Wirkung auf das persönliche Wohlbefinden, Identitätserleben und für die Beeinflussung von Krankheitssymptomen und seelischen Erkrankungen (Petzold 1996 S 321 f).

Netzwerkperspektiven, Netzwerkdagnostik und Netzwerktherapie war von Anfang an ein wichtiger Bestandteil des Integrativen Therapieverfahrens. Auch für die Rehabilitation psychisch kranker Menschen spielt die Einbeziehung dieser Netzwerkperspektive eine wichtige Rolle, insbesondere deshalb, weil fehlende soziale Unterstützung aufgrund defizienten, toxischen und ressourcenarmen Netzwerken das Risiko ungünstiger Behandlungsverläufe, von Rückfallgefährdung und Krisen erhöht (Haas/Petzold 1999 S. 215).

Bei jeder Rehabilitationsmaßnahme in den RPK-Einrichtungen sollte zu Beginn deshalb immer eine gute Netzwerkdagnostik stehen. Hierüber erhält man ein Bild über die gegenwärtige Verfassung des Netzwerkes, die Netzwerkgeschichte und die Netzwerkentwicklung. Dieses dient als Grundlage für die gemeinsame Zielformulierung im Hinblick auf notwendige Netzwerkinterventionen und vermittelt dem Patienten „Einsichten über die salutogene Qualität gesunder Netzwerke, über protektive Faktoren, nützliche Ressourcen, gute Beistände (signifikant caring others) und die identitätsstiftende Funktion von Beziehungen im Netzwerk“ (Haas/Petzold 1999 S. 231).

Ebenso wie in jeder Psychotherapie, funktioniert auch keine Rehabilitationsmaßnahme langfristig erfolgreich, wenn man das Netzwerk nicht mit einbezieht. Dabei stellt Petzold klar, dass es eine Einzeltherapie ohne das jeweilige Netzwerk gar nicht gibt. Auch in der „einzeltherapeutischen“ Arbeit arbeiten Therapeuten nicht mit Einzelpersonen, sondern mit dem sozialen Netzwerk in seinen

unterschiedlichen Dimensionen (vergangenen, gegenwärtigen, zukünftigen). Die Interventionen in der Einzeltherapie wirken in die jeweiligen Netzwerke der Patienten hinein (Petzold 1996 S. 322). Da ist es klüger, diese gleich bewusst mit einzubeziehen.

Es funktioniert vor allem deshalb nicht, weil ein funktionierendes, gesundes Netzwerk die Grundlage bietet für die Erreichung der in der RPK-Empfehlungsvereinbarung von den Kostenträgern genannten Ziele wie Verbesserung der sozialen Kompetenz, Vermeidung von Wiedererkrankung, zufriedenstellende Teilhabe am sozialen Leben etc.

Wichtiger ist aber, dass auch für fast alle von den Patienten für eine Rehabilitation genannten Zielen und Erwartungen (z.B. alleine den Alltag bewältigen können, bessere soziale Integration, Wiedererlangung von Normalität, eine Partnerbeziehung haben etc.) ein einigermaßen gesundes und tragfähiges soziales Netzwerk unabdingbar ist.

Netzwerkorientierte Interventionen beziehen sich dabei auf Maßnahmen, die eines oder mehrere der bekannten Netzwerkmerkmale modifizieren. Diese müssen zwar aufgrund der Argumentation, dass auch in der Einzeltherapie grundsätzlich das gesamte Netzwerk faktisch, virtuell oder implizit anwesend ist, nicht ausschließlich in dem natürlichen sozialen Umfeld des Patienten stattfinden. In der Rehabilitation psychisch kranker Menschen stellt dieses gleichwohl den größeren Teil der Netzwerkinterventionen dar. Zu den mittelbaren und unmittelbaren Interventionen zählen z.B. die aktive Einbeziehung der Angehörigen in den therapeutischen Prozess, z.B. in Form von Hausbesuchen, Familienkonferenzen, (psychoedukativen) Angehörigengruppen, Familientherapie etc.

Die enge Zusammenarbeit mit Kollegen bzw. vor-, nach- oder mitbehandelnden Therapeuten und Betreuern in Form von Fallkonferenzen, „Runden Tischen“ oder im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes.

Der Kontakt zum jeweiligen Arbeitgeber, Vorarbeiter, Arbeitskollegen bzw. potentiellen Arbeitgeber, wenn sich aus Praktika während der Rehabilitation längerfristig tragfähige Arbeitsplätze ergeben.

Weiterhin die aktive Begleitung, bzw. Beratung des Patienten bei der Re- (aktivierung) von gesundheitsfördernden und –erhaltenden Netzwerken, Beratung zur Verbesserung der Netzwerkstruktur und zu einer systematischen Netzwerkpflge, zur Auflösung von Netzwerkkonflikten teilweise auch „Entmischungen“ oder Trennungen von Netzwerksegmenten oder Personen, denen ein nicht förderlicher Einfluss auf den Therapieerfolg zugeschrieben wird“ (Haas, Petzold 1999 S. 251).

Ebenfalls der netzwerkorientierten Interventionen zuzurechnen sind das Training sozialer Kompetenzen, Einbeziehung von Laienhelfern in die Therapie sowie die Vermittlung in Selbsthilfegruppen, die allerdings bei psychotischen Patienten oft nicht langfristig tragfähig sind, deshalb oft besser, weil langfristig tragfähiger, in die örtlichen Patientenclubs, psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen, häufig mit angegliederter „Teestube“, in niedrigschwellige Arbeitsangebote, „Zuverdienstprojekte“, Werkstätten für psychisch Kranke etc.

Diese Aufzählung zeigt, dass die Rehabilitationsmaßnahmen von Anfang an darauf ausgerichtet sein müssen, den Patienten in ein tragfähiges, gesundheitsförderndes Milieu und soziales Netzwerk zu entlassen. Die Therapieangebote müssen in der Regel so schnell wie möglich „raus“ aus der Rehabilitationseinrichtung in die gewohnte Lebenswelt, in den jeweiligen Kontext des Patienten verlegt werden.

Die Wahrnehmung dieser Angebote kann man nicht „verordnen“. Sie müssen im Rahmen der Rehabilitation, ggf. gemeinsam mit dem Patienten, erschlossen, trainiert und im Weiteren etabliert werden, damit sie Teil seines sozialen Netzwerkes werden können. Dieses setzt gute Kenntnisse des jeweiligen Therapeuten über die regionalen Strukturen voraus, von großer Bedeutung sind oft langjährige Kontakte sowohl zu kooperierenden Institutionen als auch zu möglichen Arbeitgebern etc. Hier schließt sich dann wieder der Kreis der Argumentation für eine gemeindenahere Rehabilitation. Wie soll dieses in der Praxis möglich sein bei Patienten, deren Heimat etwa 200 km entfernt der Rehabilitationseinrichtung liegt?

Die Auflistung dieser Interventionen zeigt vor allem die große Bedeutung der Netzwerkperspektive für einen langfristig tragfähigen Rehabilitationserfolg.

Schlussbemerkung

Ich hoffe, mir ist mit dieser Arbeit zweierlei gelungen. Zum einen ist es mein Anliegen, die therapeutische Arbeit in den RPK-Einrichtungen v.a. unter dem Aspekt ihrer therapeutischen Wirksamkeit und der dafür notwendigen konzeptionellen Voraussetzungen darzustellen. Die Integrative Therapie liefert hierfür meines Erachtens mit Ihren Konzepten und Methoden wichtige Grundlagen und kann deshalb u.a. mit ihrer Mehrperspektivität und Netzwerkperspektive wertvolle Anregungen für die rehabilitative Arbeit mit schwer und chronisch psychisch kranken Menschen bieten. Hier geht es mir also darum, aufzuzeigen, wie wichtig es ist, alle Dimensionen und Realitäten der betroffenen Menschen, also den Menschen in seinem Kontext und Kontinuum in die Behandlung einzubeziehen und nicht aus kurzfristigen, zum teil ökonomischen Überlegungen wenig effektive, fragmentierte Behandlungen durchzuführen.

Ich hoffe es ist mir auch gelungen, durch diese Arbeit auf ein m.E. gravierendes Problem in der Behandlung schizophrener Menschen aufmerksam zu machen. Durch meine tägliche Arbeit in einer RPK-Einrichtung kann ich erleben, wie unter teils völliger Missachtung des Selbstbestimmungs- sowie des mittlerweile gesetzlich festgeschriebenen Wunsch- und Wahlrechtes der betroffenen Menschen, Verantwortlichkeiten zwischen den beteiligten Sozialversicherungsträgern hin und hergeschoben werden. Der eigentlich fortschrittliche und integrative Gedanke des RPK-Ansatzes, nämlich die Einbeziehung aller relevanten Kostenträger in eine netzwerkorientierte Behandlung, wird hier durch kurzfristige ökonomische Überlegungen konterkariert. Übergreifende Faktoren wie eine patientenzentrierte Behandlungskette und die Effektivität der Gesamtbehandlung treten zu Lasten der betroffenen Menschen in den Hintergrund.

Eine seit langem angestrebte Gleichstellung von psychisch und somatisch erkrankten Menschen ist leider bei weitem noch nicht erreicht. Isolation, Stigmatisierung, das Vorhalten angemessener Hilfsmittel, letztlich die Anwendung von Zwang gehört leider in der Behandlung psychisch kranker Menschen immer noch nicht der Vergangenheit an. Die kranken Menschen werden weiterhin häufig fernab ihrer vertrauten Umwelt behandelt, betreut und rehabilitiert. Ein durch die Erkrankung häufig sowieso schon lückenhaftes, für die Genesung aber notwendiges tragfähiges soziales Netzwerk, wird hierdurch weiter geschädigt und wirkt so kontraproduktiv.

Hier bedarf es meiner Meinung nach eines grundsätzlichen Umdenkens bei allen Beteiligten. Der RPK-Ansatz ist hier m.E. ein richtiges, richtungsweisendes, integratives Konzept. Dieses muss dann aber konsequenter als bisher umgesetzt werden, damit es den betroffenen Menschen auch zur Verfügung steht. Das ist bis heute nicht geschehen. Aufgabe von Soziotherapie ist es auch, auf solche Missstände kontinuierlich und ausdauernd aufmerksam zu machen. Insofern ist diese Arbeit auch als Intervention auf der ökotherapeutischen Makroebene zu verstehen.

¹ Neben dieser Empfehlungsvereinbarung von 1986 liegt eine bislang unveröffentlichte Überarbeitung der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (Az.: 026-1-5-) mit Stand vom 15. November 2004 vor. Aktuell scheitert eine Verabschiedung dieser auch inhaltlich sinnvollen Weiterentwicklung des RPK-Gedankens an Unstimmigkeiten zwischen den beteiligten Kostenträgern.

² Verglichen wurden für diese Arbeit die Konzeptionen folgender RPK Einrichtungen: Haus St. Antonius, Hörstel-Bevergern, Friedericke-Fliedner-Haus, Dortmund, Arbeitsgemeinschaft Brücke Schleswig Holstein – RPK Kiel, Rehabilitationszentrum am Hesselkamp (RPK), Osnabrück, Ex + Job Soziale Dienstleistungen, Wunstorf.

³ Die Zahlen zur Zufriedenheit der Teilnehmer resultieren aus der Befragung von 2002 da die Daten von 2003 zum Zeitpunkt der Abgabe dieser Arbeit noch nicht in absoluten Zahlen vorlagen. Im Vergleich zu den neuen Zahlen ergeben sich aber kaum Veränderungen, so dass die verwendeten Zahlen die aktuelle Situation abbilden.

Literatur

- Angermeyer M.D. et al, Lebensqualität, was bedeutet das für mich. Ergebnisse einer Umfrage bei schizophrenen Patienten, *Psychiatrische Praxis* Bd. 26 3/1999, S. 56-60
- Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.), Individuelle Wege ins Arbeitsleben, Bonn: Psychiatrie Verlag 2004
- Bäumli, J./Pitschel-Walz, G., Psychoedukation – ein wirksames Instrument der Sekundärprävention, in *Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.)*, Prävention bei psychischen Erkrankungen. Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung, Bonn: Psychiatrie-Verlag 2004
- Bäumli, J./Pitschel-Walz, G. (Hrsg.) Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen, Stuttgart, New York: Schattauer 2003
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.), Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter -RPK-Bestandsaufnahme-, Frankfurt a.M. 2000
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen (BAG-RPK) (Hrsg.), www.bagrpk.de/Statistik 2005
- Dörner, K., Rehabilitation und Ethik, in *Schmitz, H.-H./Kappert-Gonther, K.*, Chancen ergreifen, Münster 2001
- Dörner, K., Plog, U., Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie, Bonn, Psychiatrie Verlag 1. Aufl. d. Neuaufl. 1996
- Eickelmann, B. et al., Ziel ist Teilnahme am „wirklichen“ Leben. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg 102, Heft 16, April 2005, S. 929 - 932
- Gouzoulis-Mayfrank, E., Komorbidität Psychose und Sucht. Von den Grundlagen zur Praxis, Darmstadt, Steinkopff 2003
- Hahlweg, K. et al., Familienbetreuung schizophrener Patienten. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe: Konzepte, Handlungsanleitung und Materialien. Weinheim: Beltz 1995
- Hornung, W. P., Psychoedukative Interventionen, in Krausz, M., Naber, D. (Hrsg.), Integrative Schizophrenietherapie, Basel: Karger 1999
- Kallert, T., Versorgungsbedarf und subjektive Sichtweisen schizophrener Patienten in gemeindepsychiatrischer Betreuung, Darmstadt: Steinkopff 2000
- Kieserg, A., Hornung, WP., Psychoedukative Training für schizophrene Patienten – PTS. Ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm zur Rezidivprophylaxe, Tübingen: dgvt 1994
- Krüger, H., Therapeutische Gemeinschaft: Historische Entwicklung, Ziele und Probleme, in: *Kayser, H. et al.* Gruppenarbeit in der Psychiatrie, Erfahrungen mit der therapeutischen Gemeinschaft, Stuttgart, New York: Thieme 2., überarb. u. erw. Aufl. 1980
- Orth, I., Petzold H., Integrative Therapie: Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit – ein „lifespan development approach“, Theorie, Praxis, Wirksamkeit, Entwicklungen in: *Integrative Therapie* 2/3 2000.
- Petzold, H., Wohnkollektive und therapeutische Wohngemeinschaften – zur konzeptionellen Systematisierung dieser Lebens- und Arbeitsformen und ihrer Bedeutung für die Arbeit mit alten Menschen, in: *Polyloge, Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*, 01/2005
- Petzold, H., Hass, W., Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie, in *Petzold, H., Märtens, M., (Hrsg.) Wege zu effektiven Psychotherapien: Psychotherapieforschung und Praxis*, Opladen: Leske und Budrich 1999
- Petzold, H., Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung: Modelle und Methoden reflexiver Praxis, Paderborn: Junfermann 1998
- Petzold, H., Sieper, J. (Hrsg) Integration und Kreation, Paderborn: Junfermann 1996
- Petzold, C., Petzold, H., Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie, in *Petzold, H., Sieper, J. (Hrsg.) Integration und Kreation*, Paderborn: Junfermann 1996
- Petzold, H., Integrative Therapie, Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie Bd. I-III, Paderborn: Junfermann 1993
- Petzold, H., Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, Paderborn: Junfermann 1988
- Petzold, H., Vormann, G., Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen – Modelle – Supervision, München: Pfeiffer 1980

-
- Riecher-Rössler, A., Die beginnende Schizophrenie als „Knick in der Lebenslinie“, in *Schneider, H. (Hrsg.), Lieben und Arbeiten – Der junge Erwachsene und der Ernst des Lebens. Schriftenreihe des Psychotherapie-Seminars Freudenstadt, Heidelberg: Mattes Verlag 1998*
- Rische, H., Rehabilitation psychisch Kranker in der Sektoren übergreifenden Versorgung – Die Sicht der Rentenversicherung, Referat anlässlich des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde am 27.11.2004 in Berlin
- Roder et al., Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrener Erkrankter, Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber 2002
- Schuch, W., Grundzüge eines Konzeptes und Modells „Integrativer Psychotherapie“, *Integrative Therapie* 2-3/2000; S. 145-202).
- Weig, W., Die Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte RPK – Eine Standortbestimmung, in: *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.), Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter – RPK-Bestandsaufnahme*, Frankfurt 2000
- Weig, W., Innovationen in den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK) in: *Schmidt-Zadel, R./Pörksen, N., Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen*, Bonn: Psychiatrie Verlag 2002
- Wetterling, T. et al., Körpergewicht von Patienten mit einer Schizophrenie, in: *Psychiatrische Praxis*, Bd. 31, 5/2004 S. 250 - 254)
- Wiedemann, G., Forschungsüberblick und kritische Forschungsfragen, in *Bäumli, J./Pitschel-Walz, G. (Hrsg.) Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*, Stuttgart, New York: Schattauer 2003
- Wienberg, G. (Hrsg.), Schizophrenie zum Thema machen - Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis, Bonn: Psychiatrie Verlag 1997