

Psychosoziale Interventionen & Soziale Inklusion

Näher an die Lebenswelt der Betroffenen rücken

Psychosocial Interventions & Social Inclusion Getting Closer to Those in Need

Autoren

Steffi Riedel-Heller¹, Dirk Richter²

Institute

¹ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig
² Institut für Soziologie, LWL-Klinik Münster, Universität Münster

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2008-1067447
Psychiatr Prax 2008; 35:
213–215
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York ·
ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller,
MPH**
Universität Leipzig, Klinik und
Poliklinik für Psychiatrie
Sammelweisstr. 10
04103 Leipzig
Steffi.Riedel-Heller@
medizin.uni-leipzig.de

Sind psychisch Kranke in der Gemeinde angekommen?

Die Versorgung psychisch Kranker hat sich in den letzten Jahrzehnten dramatisch verändert. Die große Mehrzahl psychisch Kranker wird heute gemeindenah betreut. Gemeindepsychiatrische Arbeit spielt sich im Lebenskontext unter Berücksichtigung von sozialen Faktoren und unter Benutzung von sozialen Beziehungen ab und zielt auf die soziale Eingliederung in das Alltagsleben der Gemeinschaft [1]. Wie steht es um diese Eingliederung? Sind psychisch Kranke sozial inkludiert?

Obwohl es keine generell akzeptierte Definition dafür gibt, was sozial inkludiert heißt [2], so kann von drei Schlüsseldomänen ausgegangen werden, die soziale Inklusion reflektieren: (1) das Familienleben (2) das soziale Leben im weiteren Sinn und (3) das Arbeitsleben.

Was die engsten Beziehungen betrifft, so wissen wir, dass psychisch Kranke deutlich seltener verheiratet sind. In einer Stichprobe von über 400 schizophren Erkrankten in fünf europäischen Ländern waren 65% allein stehend [3]. Dies trifft auch im Vergleich mit chronisch körperlich Kranken zu. Besonders betroffen sind dabei Männer mit einer schizophrenen Erkrankung bzw. einer Alkoholkrankheit [4].

Geht der Blick weiter über das engste Familienleben hinaus, so ist bekannt, dass schizophren Erkrankte ein reduziertes soziales Netzwerk haben. Umfasst ein intaktes soziales Netz Gesunder ca. 25–40 Personen, so ist das von schizophren Erkrankten mit durchschnittlich 13 Personen deutlich reduziert [5]. Chronisch psychisch Kranke sind zudem meist vom Arbeitsleben ausgeschlossen. Die Epsilon-Studie erbrachte Beschäftigungsraten für schizophren Erkrankte in einzelnen europäischen Ländern von 5–23% [3].

Trotz gemeindenaher Versorgung sind psychisch Kranke von wichtigen Teilbereichen der Gesell-

schaft ausgeschlossen. In Großbritannien wurde dazu eigens ein Report vorgelegt [6]. Die soziale Inklusion ist ein wichtiges Ziel psychiatrischer Therapie und Rehabilitation. Psychiatrische Behandlung muss noch näher an die Lebenswelt der Betroffenen heranrücken, um sie im „wirklichen“ Leben zu unterstützen und zu fördern.

Soziale Inklusion – heute schwerer denn je?

Ein erfolgreiches Leben in der modernen Gesellschaft erfordert eigene Initiative um den Anschluss an die wichtigen Teilsysteme der Gemeinschaft zu erreichen. Ulrich Beck [7] geht davon aus, dass in der individualisierten Gesellschaft der Einzelne, bei Strafe seiner permanenten Benachteiligung, lernen muss, sich selbst als Handlungszentrum, als Planungsbüro in Bezug auf seinen eigenen Lebenslauf, seine Fähigkeiten, seine Orientierungen, Partnerschaften usw. zu begreifen. Psychisch Kranke haben es dabei besonders schwer [8]. Ihre Adaptationsfähigkeit an den sozialen Wandel ist durch krankheitsbedingte Behinderungen wie Negativsymptomatik und daraus entstandene Folgen, wie z.B. Ausbildungsdefizite, geringer ausgeprägt ist.

Brauchen psychisch Kranke mehr als Psychotherapie und Medikamente?

Es liegt nahe, dass psychisch Kranke mehr brauchen. Wenn wir uns das Behandlungsspektrum psychischer Störungen vergegenwärtigen, so wird es von drei großen Säulen getragen. Zu diesen Säulen zählen die Somatotherapie (Psychopharmaka, Schlafentzug und andere Verfahren), die Psychotherapie und die vielerorts in Vergessenheit geratene Soziotherapie [9]. Gerade ihr scheint eine zentrale Rolle zuzukommen, Men-

schen zu unterstützen, ihren Weg in die Gesellschaft und Anschluss an wichtige Teilsysteme zu finden.

Soziotherapie ist ein Begriff wie er heute nur im deutschsprachigen Raum verwendet wird. Im internationalen Schrifttum spricht man von psychosozialen Interventionen. Unter diesem Begriff wird eine Reihe von sehr heterogenen Maßnahmen zusammengefasst. Psychosoziale Interventionen sind in der Regel sehr komplexe Interventionen und zielen auf Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen wie Familie, Tagesgestaltung, soziale Kontakte, Wohnen und Arbeit. Es ist mehr als einleuchtend, dass Art und Ausmaß der Unterstützung sehr vom jeweiligen Bedarf des einzelnen Klienten abhängen und somit in ihrer Komplexität schwieriger einer wissenschaftlichen Wirksamkeitsüberprüfung zugänglich sind. Dies gelingt von Natur aus am besten bei klar umschriebenen Interventionen, deren Wirksamkeit in randomisierten und kontrollierten Studien (RCTs) überprüft werden kann.

Psychosoziale Interventionen sollen hinsichtlich ihres Wirksamkeitsnachweises genauer unter die Lupe genommen werden. Dazu werden sie im Folgenden zwei Ebenen zugeordnet: (1) auf der ersten Ebene werden Einzelinterventionen untersucht, (2) auf der zweiten Ebene werden Ansätze beschrieben, welche verschiedene Maßnahmen und Interventionen zusammen bringen. Auf der Ebene der Einzelmaßnahmen haben sich besonders edukative Ansätze als wirksam erwiesen. Dazu zählt die Psychoedukation, die Unterstützung, Informationen und Strategien im Umgang mit der Krankheit vermittelt. Pekkala und Merinder [10] evaluierten in ihrem Cochrane-Review eine Reihe von RCTs für Psychoedukationen bei Schizophrenie und anderen schweren psychischen Störungen. Sie konnten zeigen, dass die Rückfallrate mit einem relativen Risiko von 0,8 (95%-KI: 0,7–0,92) signifikant durch Psychoedukationen reduziert wurde. Ähnliches gilt für Familieninterventionen, die auf die Stressreduktion in der Familie zielten und in einem Cochrane-Review von Pharoah et al. [11] zusammengefasst wurden. Auch hier reduzierte sich die Rückfallrate signifikant mit einem RR von 0,71 (95%-KI 0,6–0,8). Weitere Interventionen zielen auf das Training von Kompetenzen, zum einen den lebenspraktischen Kompetenzen z. B. im Umgang mit Geld, Hauswirtschaft, persönlicher Hygiene usw., zum anderen den sozialen Kompetenzen, wobei hier insbesondere eine verbesserte Kommunikation im Mittelpunkt steht [12,13]. Obwohl beide Interventionen vielfache Anwendung finden und als nützlich erlebt werden, ist hier die Evidenzlage ungenügend [14–16].

Exzellente Evidenz liegt allerdings für innovative Interventionen im Bereich der Arbeit vor. Hier hat in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel statt gefunden. Ging man früher nach dem Modus „first train, than place“ vor, so wird heute im Supported-Employment-Ansatz das Paradigma „first place, than train“ verfolgt. Studien zeigen, dass dieser Supported-Employment-Ansatz herkömmlichen Rehabilitationsbemühungen überlegen ist [17,18]. Eine sehr aktuelle Studie, die im letzten Jahr im Lancet veröffentlicht wurde, zeigte, dass der Supported-Employment-Ansatz in allen sechs europäischen Zentren dieser multizentrischen Studie (trotz unterschiedlicher Arbeitslosenraten und Sozialversicherungssystemen) überlegen war [19]. Das heißt, es kamen mehr Betroffene in Arbeit, es kam seltener zu Abbrüchen und seltener zu stationären Aufnahmen.

Die zweite Gruppe von psychosozialen Interventionen beruht auf Ansätzen die verschiedene Maßnahmen zusammen bringen, verschiedene Bausteine der Behandlung verknüpfen wie z. B. das

Case-Management oder das sogenannte Assertive Community Treatment (ACT).

ACT ist ein teambasierter Ansatz der darauf abzielt, kranke Menschen in Kontakt mit den gemeindepsychiatrischen Diensten zu halten, Klinikweisungen zu reduzieren und das Behandlungsergebnis zu verbessern. Marshall und Lockwood [20] konnten in einem Cochrane-Review zeigen, dass ACT der Standardbehandlung überlegen ist. Chronisch psychisch Kranke konnten besser mit den gemeindepsychiatrischen Diensten in Verbindung gehalten werden. Durch ACT wurde die stationäre Aufnahme bei den Betroffenen drastisch reduziert (OR 0,59; 99%-KI: 0,41–0,85).

Psychosoziale Interventionen sind eine wichtige Säule im Behandlungsspektrum psychischer Störungen neben medikamentöser Behandlung und /oder psychotherapeutischen Interventionen. Generell kann man davon ausgehen, dass kombinierte Handlungsstrategien wirksamer sind. Diese Erkenntnis ist nicht neu und es kann dabei auf die klassischen Arbeiten von Hogarty et al. [21] verwiesen werden.

Fazit



Obwohl die Behandlung von psychisch Kranken in der Gemeinde erfolgt, sind psychisch Kranke von wichtigen Teilbereichen der Gesellschaft ausgeschlossen. Ziel der gemeindepsychiatrischen Behandlung muss dabei die soziale Inklusion sein. Im Behandlungsspektrum psychischer Erkrankungen kommt dabei den psychosozialen Interventionen eine besondere Rolle zu. Die soziale Inklusion psychisch Kranker wird offensichtlich am besten erreicht, je lebensnaher die Intervention gestaltet werden kann, wie das beim Supported-Employment-Ansatz der Fall ist und je mehr Professionalität aus den verschiedenen Bereichen ins Lebensfeld der Betroffenen getragen werden kann – durch niedrigschwellige Angebote und aufsuchende Aktivitäten wie z. B. ACT. Neue Wege und innovative Verfahren sind dabei gefragt [22]. Die soziale Inklusion als Ziel gemeindepsychiatrischer Arbeit erfordert auch eine erweiterte Sicht auf die Evaluation unserer Arbeit und birgt neue Chancen für die sozialpsychiatrische Forschungslandschaft. Es besteht dringender Forschungsbedarf hinsichtlich einer besseren Konzeptualisierung und methodischen Umsetzung in Instrumente, die soziale Inklusion als Outcomekriterium gemeindepsychiatrischer Arbeit messen können [2,23].

Literatur

- 1 Forster R. Psychiatriereformen zwischen Medikalisation und Gemeindeorientierung: Eine kritische Bilanz. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1997: 22
- 2 Morgan C, Burns T, Fitzpatrick R, Pinfold V, Priebe S. Social exclusion and mental health: conceptual and methodological review. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 477–483
- 3 Thornicroft G, Tansella M, Becker T, Knapp M, Leese M, Schene A, Vazquez-Barquero JL *EPSILON Study Group*. The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophr Res* 2004; 69 (2–3): 125–132
- 4 Richter D, Eikermann B, Reker T. Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. *Gesundheitswesen* 2006; 68 (11): 704–707
- 5 Klug G. Die Veränderung sozialer Netzwerke im Rahmen von Psychose. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2005; 73 (Suppl 1): S66–S73
- 6 *Social Exclusion Unit*. Mental Health and social exclusion. London: Office of the Deputy Prime Minister, 2004
- 7 Ulrich Beck. Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1986: 217

- 8 Eikelmann B, Reker T, Richter D. Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker – Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2005; 73 (11): 664–673
- 9 Hausner H, Hajak G, Spiessl H. Verliert die Soziotherapie im wissenschaftlichen Diskurs an Bedeutung? *Psychiat Prax* 2007; 34: 395–399
- 10 Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2002 (2) CD002831
- 11 Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006; 18 (2) CD000088
- 12 Burkhardt A, Rudolf S, Brand C, Rockstroh B, Studer K, Lettke F, Lüscher K. Ambivalenzen in der Beziehung von Eltern zu einem schizophreniekranken oder substanzabhängigen erwachsenen Kind. Vergleich mit der Beziehung zu gesunden Geschwistern und gewöhnlichen Generationenbeziehungen. *Psychiat Prax* 2007; 34: 230–238
- 13 Stien J, Adler G. Trainingsprogramm zur Förderung der Sozialen Kompetenz bei altersdepressiven Patienten. *Psychiat Prax* 2007; 34: 145–149
- 14 Tungpunkom P, Nicol M. Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008 (2) CD000381
- 15 Kopelowicz A, Liberman RP, Zarate R. Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006; 32 (Suppl 1): S12–23
- 16 Pilling S, Orbach G, Connaughton J, Nicol M, Bebbington P. Social skills programmes for schizophrenia (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2000 (3) Update Software
- 17 Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*, 2001 (2) CD003080
- 18 Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2008; 31 (4): 280–90
- 19 Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauber C, Rössler W, Tomov T, van Busschbach J, White S, Wiersma D EQOLISE Group. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370 (9593): 146–1152
- 20 Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000 (2) CD001089
- 21 Hogarty GE, Goldberg SC, Schooler NR, Ulrich RF. Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. II. Two-year relapse rates. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 31: 603–608
- 22 Hambrecht M. Gemeindepsychiatrie im 21. Jahrhundert. *Psychiat Prax* 2007; 34: 263–265
- 23 Priebe S. Social outcomes in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2007; 50 (Suppl): s15–s20