

Aus dem Zentrum für Psychosoziale Medizin der Universität Heidelberg
(Geschäftsführende Direktorin: Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz)
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
(Ärztliche Direktorin: Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz)

Möglichkeiten zur Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von
Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen im Raum Heidelberg

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doctor scientiarum humanarum (Dr. sc. hum.)
an der
Medizinischen Fakultät Heidelberg
der
Ruprecht-Karls-Universität

vorgelegt von
Sebastian Kernbach

aus
Fulda
2019

Dekan: Herr Prof. Dr. med. Hans-Georg Kräusslich

Doktormutter: Frau apl.Prof. Dr. med. Daniela Roesch-Ely

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	6
1.1 Krankheitskonzept und Klassifikation von psychischen Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Schizophreniespektrumsstörungen)	6
1.2 Aktueller wissenschaftlicher Goldstandard: Die leitliniengerechte, evidenzbasierte Kombinationsbehandlung von Schizophreniespektrumsstörungen mithilfe Psychopharmakotherapie <i>und</i> Psychotherapie	8
1.2.1 Störungsspezifische, psychotherapeutische Interventionen bei Schizophreniespektrumsstörungen als evidenzbasierte Add-on Behandlung zur obligaten Psychopharmakotherapie	8
1.2.2 Praktische Durchführung und wissenschaftliche Wirksamkeitsbelege der evidenzbasierten psychotherapeutischen Interventionen	9
1.3 Therapieresistenz: Konsequenzen für die Alltagsfunktionalität und Mortalität der Patienten	13
1.4 Zusammenfassung des aktuellen Wissensstands	13
1.5 Zielsetzung und Fragestellungen	16
1.5.1 Ziele der Studie	16
1.5.2 Fragestellungen	16
2. MATERIAL UND METHODEN	17
2.1 Design	17
2.2 Die Qualitative Inhaltsanalyse (QI) nach Mayring (2015)	17
2.3 Studienspezifisch konzipierte QI zur vorliegenden explorativen APVS-Pilotstudie	20
2.4 Struktur des Telefoninterviews	20
2.5 Probanden	21
2.5.1 Ein- und Ausschlusskriterien	21
2.5.2 Rekrutierung	21
2.6 Stichprobenbeschreibung	22

2.7 Technische Voraussetzungen	23
2.8 Studiendurchführung	23
2.9 Datenauswertung	24
3. ERGEBNISSE	25
3.1 Was motiviert und was hindert ambulante Psychotherapeuten Psychosepsychotherapie anzubieten? Identifizierte Psychotherapeuten- sowie Patientenprototypen plus Barrieren in der Versorgungsstruktur des Gesundheitswesens	25
3.2 Psychotherapeuten – Prototypen: assoziierte Motive und Barrieren.....	28
3.2.1 Psychosepsychotherapie anbietende Psychotherapeuten: Die Motive	28
3.2.2 Psychosepsychotherapie <i>nicht</i> anbietende Psychotherapeuten: Die Barrieren ...	30
3.3 Patienten – Prototypen: assoziierte Motivatoren und Barrieren	31
3.3.1 Psychosepsychotherapie anbietende Psychotherapeuten: Die Motive	31
3.3.2 Psychosepsychotherapie nicht anbietende Psychotherapeuten : Die Barrieren ..	34
3.4 Versorgungsstrukturen – assoziierte Barrieren.....	35
3.6 Kasuistische Falldarstellungen	37
4. DISKUSSION	38
4.1 Ziel und Fragestellung der explorativen APVS – Pilotstudie.....	38
4.2 Material und Methoden	38
4.3 Ergebnisse und Literatur zum Thema.....	40
4.4 Schlussfolgerung und Forschungsdesiderata.....	40
4.5 Ausblick: Historischer Vergleich der noch gegenwärtigen Stigmatisierung von Menschen mit Schizophreniespektrumsstörungen, bezüglich der psychotherapeutischen Behandlungsindikation sowie -wirksamkeit, zu ehemals in der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung stigmatisierten Menschen mit Borderline-Persönlichkeitspersönlichkeitsstörung	41
5. ZUSAMMENFASSUNG	43
6. LITERATURVERZEICHNIS	45

ANHANG.....	49
DANKSAGUNG.....	71
EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG.....	72

1. EINLEITUNG

1.1 Krankheitskonzept und Klassifikation von psychischen Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Schizophreniespektrumsstörungen)

Die aktuelle, im März 2019, publizierte S3-Leitlinie *Schizophrenie* (Gaebel et al. 2019) der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) verweist zu Recht, insbesondere in den Kapiteln Allgemeine Grundlagen (Modul 1) sowie Klassifikation, Diagnostik und Differentialdiagnostik (Modul 2), auf die historische Entwicklung und Bedeutung der Diagnose *Schizophrenie*.

Einerseits zählt die Schizophrenie bekanntermaßen zu den ältesten seelischen Störungen des menschlichen Denkens, Fühlens und Verhaltens. Andererseits leisteten circa Ende des 19. bis Mitte des 20. Jahrhunderts wissenschaftliche Pioniere in der Erforschung schizophrener Störungen, insbesondere Emil Kraepelin, Eugen Bleuler und Kurt Schneider, eine bedeutende Grundlage für das Krankheitskonzept, die Diagnostik, die Klassifikation sowie die Definition von Schizophreniespektrumsstörungen (Gaebel et al. 2019).

Darüber hinaus erscheint die Tatsache erwähnenswert, dass das Krankheitskonzept *Schizophrenie* als nosologische Entität nach wie vor in der Wissenschaftsgemeinde zu kontroversen Diskussionen führt (Keshavan et al. 2011).

Ebendiese wissenschaftliche DGPPN S3-Behandlungsleitlinie *Schizophrenie* definiert und klassifiziert sämtliche schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen unter dem Krankheitskonzept Schizophrenie.

Schizophreniespektrumsstörungen werden durch die S3-Behandlungsleitlinie *Schizophrenie* in dem Kapitel 1.2 Diagnostik und Klassifikation als „durch ein charakteristisches psychopathologisches Muster der Störung in Bereichen wie Wahrnehmung, Denken, Ich-Funktionen, Affektivität, Antrieb und Psychomotorik sowie zeitlich definierte Verlaufsmerkmale gekennzeichnet. Bezeichnend sind einerseits episodisch auftretende, akute psychotische Zustände (gekennzeichnet durch psychopathologische Befunde wie Wahn, Halluzinationen sowie Denk- und Ich-Störungen) und andererseits Beeinträchtigungen mit individuell und interindividuell im Zeitverlauf variablen, remittierenden oder langfristig persistierenden, chronischen psychotischen Phänomenen, kognitiven Störungen oder Störungen von Antrieb, Affektivität und Psychomotorik.“ (Gaebel et al. 2019).

Die ICD-10 Codes der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden von F20 bis F29 als schizophrene Störungen klassifiziert (World Health Organisation, ICD-10 Kapitel V (F), 2019).

Das Spektrum der schizophrenen bzw. psychotischen Störungen reicht folglich von der Paranoiden Schizophrenie (F20.0), der schizotypen Störung (F21), der anhaltenden wahnhaften Störung (F22), der akuten vorübergehenden psychotischen Störung (F23), der induzierten wahnhaften Störung (F24), der schizoaffektiven Störung (F25), der sonstigen nichtorganischen psychotischen Störungen (F28) bis hin zu nicht näher bezeichneten nichtorganischen Störungen (F29). Der Verlauf der schizophrenen Störungen kann entweder kontinuierlich oder episodisch mit zunehmenden oder stabilen Defiziten sein, oder es können eine oder mehrere Episoden mit vollständiger oder unvollständiger Remission auftreten.“ (WHO, ICD-10 Kapitel V (F), 2019).

1.2 Aktueller wissenschaftlicher Goldstandard: Die leitliniengerechte, evidenzbasierte Kombinationsbehandlung von Schizophreniespektrumsstörungen mithilfe Psychopharmakotherapie *und* Psychotherapie

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) als auch das britische National Institute for Health and Care Excellence (NICE) empfehlen psychotherapeutische Interventionen, vornehmlich die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), bei Schizophreniespektrumsstörungen mit dem höchsten Empfehlungsgrad A, zusätzlich zur obligatorischen Psychopharmakotherapie (Gaebel et al. 2019).

Entsprechend dieser Empfehlung ist gemäß Änderung der Psychotherapierichtlinie vom 30.12.2014 Psychotherapie nicht mehr *nur* in Residualstadien, sondern in allen Krankheitsstadien bei Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen indiziert und somit bewilligungsfähig.

1.2.1 Störungsspezifische, psychotherapeutische Interventionen bei Schizophreniespektrumsstörungen als evidenzbasierte Add-on Behandlung zur obligaten Psychopharmakotherapie

Einleitend ist zu konstatieren, dass Psychotherapie *immer* als Add-on Behandlung zur leitliniengerechten antipsychotischen Behandlung erforscht wurde, und dementsprechend bisher *nicht* als Monotherapie bei Schizophreniespektrumsstörungen evidenzbasiert indiziert erscheint (Huhn et al. 2014). Die zugrunde liegende Annahme besteht in der Hypothese, dass eine suffiziente antipsychotische Medikation erst das Fundament für eine Psychotherapie – Fähigkeit des schizophren erkrankten Patienten schafft. Interessanterweise berichten manche Patienten trotz gut eingestellter Medikation weiterhin psychotische Phänomene, was berechtigte Zweifel an der Hypothese bedingt.

Morrison et al. (2014) untersuchten bisher als einziges Forscherteam weltweit im Rahmen einer Pilotstudie die Wirksamkeit von Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) als Monotherapie, bei Ablehnung der Patienten einer pharmakologischen Behandlungsoption durch eine antipsychotische Medikation. Die hochrangig publizierte und methodisch anspruchsvolle Pilotstudie zeigte eine gute Therapieadhärenz der Patienten sowie eine insgesamt verbesserte psychopathologische Negativ- sowie Positivsymptomatik, im prä – post – Design, als primäre Outcome – Variable. Was erste Hinweise liefert für die Effektivität dieses Behandlungsansatz für Patienten, die keine Medikation vertragen oder erwünschen.

Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Psychoedukation, Familieninterventionen, Training sozialer Fähigkeiten sowie Kognitive Remediation *sollen* leitliniengerecht Patienten mit schizophrenen Störungen angeboten werden, mit dem maximalen Empfehlungsgrad 1 der DGPPN S3-Behandlungsleitlinie *Schizophrenie* (Gaebel et al. 2019).

Im nächsten Abschnitt werden ebendiese psychotherapeutischen Interventionen ausführlich beschrieben, einhergehend mit einer Auswahl relevanter Wirksamkeitsnachweise in Form von wissenschaftlichen Studien und Metaanalysen.

1.2.2 Praktische Durchführung und wissenschaftliche Wirksamkeitsbelege der evidenzbasierten psychotherapeutischen Interventionen

Im Folgenden werden die leitliniengerechten und folglich evidenzbasierten psychotherapeutischen Interventionen bei Schizophreniespektrumsstörungen dargestellt.

Darüber hinaus erfolgt anhand der Darstellung von aktuellen wissenschaftlichen Studien ein evidenzbasierter Nachweis der Wirksamkeit.

Psychotherapeutische Interventionen, die noch *keine* evidenzbasierte Wirksamkeit und infolgedessen nicht in den nationalen sowie internationalen Behandlungsleitlinien für Schizophrenie empfohlen werden, wie die psychodynamische oder psychoanalytische Psychotherapie oder die Systemische Psychotherapie, werden in diesem Kapitel nicht berücksichtigt.

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bzw. Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis (CBTp)

Einleitend ist festzustellen, dass die störungsspezifisch entwickelte *Kognitive Verhaltenstherapie für Psychosen* (CBTp) als eine spezielle Weiterentwicklung der klassischen Kognitiven Verhaltenstherapie zu definieren ist. Im deutschsprachigen Raum etablierte sich auch der synonym zu verstehende Terminus der Psychosen - Psychotherapie.

Eine führende Gesellschaft auf diesem Gebiet stellt der Dachverband Deutschsprachiger Psychosen - Psychotherapie dar (DDPP), der in Berlin ansässig ist.

Ihrerseits ist die Kognitive Verhaltenstherapie als Modifikation der ursprünglichen lerntheoretisch geprägten Verhaltenstherapie einzuordnen. Die Kognitive Verhaltenstherapie

wird von diversen nationalen sowie internationalen Leitlinien, zum Beispiel den britischen NICE-Leitlinie oder den deutschsprachigen DGPPN-Leitlinien, teils unterschiedlich definiert.

Die zentrale Annahme postuliert eine Wechselwirkung von menschlichem Denken, Fühlen sowie Verhalten, in der Gegenwart sowie der Vergangenheit des Erlebens des Patienten, einhergehend mit dem Ziel der Verbesserung von funktionalen Bewältigungsstilen und der Erhöhung der persönlichen Funktionsfähigkeit, basierend auf einer therapeutischen Allianz.

Der Schizophrenie störungsspezifischen CBTP liegt die „Kontinuitätshypothese“ zugrunde (Lincoln 2007), d.h. die Feststellung, dass menschliches Erleben in Bezug auf psychotische Symptome auf einem Kontinuum einzuordnen ist. Die Übergänge einer anfänglichen überwertigen *Idee* könnten beispielhaft durch die Dynamik hin zu einer verfestigten *Meinung*, dann schwerer korrigierbaren *Überzeugungen* und schließlich dem unkorrigierbaren *Wahn* verdeutlicht werden. Das Kontinuum ginge von der initialen Idee, über die gefestigte Meinung, hin zu der stärkeren Überzeugung und schlussendlich zu dem pathologischen Wahn.

Die therapeutische Beziehungsgestaltung bei Schizophreniespektrumsstörungen zeichnet sich insbesondere durch eine entpathologisierende, sprich normalisierende, therapeutische Haltung aus (Mehl et al. 2017). Einhergehend mit einer non – konfrontativen therapeutischen Grundhaltung sowie den allgemein anerkannten Wirkfaktoren der Kognitiven Verhaltenstherapie wie Wertschätzung, Authentizität, Interesse und Empathie.

Störungsspezifische verhaltenstherapeutische Interventionen stellen beispielsweise die Wirklichkeitsüberprüfung („reality-Check“), das Erarbeiten eines individuellen Störungsmodelles (Vulnerabilität-Stress-Modell) und die ausführliche Rezidivprophylaxe dar.

Wissenschaftliche Studien sowie Metaanalysen belegen die störungsspezifische Wirksamkeit von kognitiv verhaltenstherapeutischen Interventionen bei Menschen mit Schizophreniespektrumsstörungen. Einerseits wirken die verhaltenstherapeutischen Interventionen auf die Positivsymptomatik, wie zum Beispiel das Stimmenhören. Andererseits ist die Wirkung auch auf die Negativsymptomatik, wie beispielsweise komorbide depressive Phasen, nachgewiesen. Als relevante Forschungsarbeiten können die Ergebnisse von Jauhar et al. (2014), Turner et al. (2014) sowie Van der Gaag et al. (2014) angesehen werden.

Erwähnenswert ist, dass neben den KVT-Studien gegenwärtig, die Wirksamkeit einer manualisierten psychodynamischen Psychotherapie (Lempa et al. 2017) bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis in der MPP-S-Studie (von Haebler et al. 2016) untersucht.

Darüber hinaus haben sich auch Psychoanalytiker, wie etwa Stavros Mentzos (2002), mit der Psychotherapie bei Schizophreniespektrumsstörungen befasst, vornehmlich basierend auf kasuistischen Falldarstellungen.

Alle im Folgenden dargestellten psychotherapeutischen sowie psychosozialen Interventionen werden primär der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) bzw. der Kognitiven Verhaltenstherapie für Psychosen (CBTp) zugeordnet.

Psychoedukation

Psychoedukative Interventionen zielen hauptsächlich auf die Vermittlung von störungsspezifischem Wissen hin ab. Patienten erhalten störungsspezifische Informationen zu den schizophrenen Störungen. Darüber hinaus können *und* sollten Angehörige einbezogen werden, vor allem in Form von Angehörigengruppen.

In dem verhaltenstherapeutisch orientierten Gruppensetting empfiehlt die Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation (DGPE) folgende Schwerpunkte (Bäumel et al. 2008). Zum einen sollten die verschiedenen medikamentösen sowie psychotherapeutischen Behandlungsoptionen, die Krankheitsbewältigung sowie das Krankheitsverständnis thematisiert werden. Zum anderen ist der Austausch von individuellen Krankheitserfahrungen und intensiver Rückfallschutz, durch die Erarbeitung von Notfall- und Krisenplänen, werden als wichtige Wirkfaktoren der Psychoedukation angesehen.

Als Wirksamkeitsbeleg ist ein Cochrane Review (Xia et al. 2011) anzuführen. Die Effektivität der Psychoedukation bestand in einer Reduktion der Rezidivraten sowie der Rehospitalisierungsquote. Ferner gelang der Nachweis einer Verbesserung der Compliance der schizophren erkrankten Menschen.

Eine Metaanalyse von Lincoln et al. (2007) ergab erste Hinweise auf die Wichtigkeit der Angehörigenarbeit in Form von aktiver Einbindung ebendieser im Behandlungsplan, um die Wahrscheinlichkeit es Rezidivs im Krankheitsverlauf zu minimieren.

Familieninterventionen

Als zentrale Elemente der Familienintervention definiert die 2014 erschienene NICE – Behandlungsleitlinie supportive, edukative oder therapeutische Familiensitzungen, die entweder Problemlösung und Kriseninterventionsarbeiten leisten oder psychotherapeutische Interventionen beinhalten. Des Weiteren existieren viele andere Definitionen, die an dieser Stelle nicht weiter berücksichtigt werden.

Eine Cochrane Metaanalyse von Pharoah et al. (2010) belegte die Reduktion von Rezidiven und stationären Behandlungen sowie die Erhöhung der pharmakologischen Compliance der Patienten.

Training sozialer Fähigkeiten

Häufig leiden Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen an sozialen Defiziten in der Interaktion mit Mitmenschen, die in sogenannten „social skills Trainings“ gemäß der 2014 publizierten NICE – Behandlungsleitlinie therapiert werden sollten.

Ebendiese Trainings sozialer Fertigkeiten sollten leitliniengerecht eine strukturierte psychosoziale Intervention darstellen, entweder in Einzel- oder Gruppensettings. Primäres Ziel sollte die Stärkung sozialer und interpersoneller Fähigkeiten seien, basierend auf (verhaltenstherapeutischen) Rollenspielen und Training sozialer Interaktionen.

Eine Metaanalyse von Turner et al. (2017) zeigte eine Reduktion der allgemeinen Negativsymptomatik nach erfolgreichem Training sozialer Fähigkeiten.

Kognitive Remediation

Als wesentlicher Inhalt der Kognitiven Remediation sind das Training kognitiver Prozesse bzw. deren Funktionsstörungen, zum Beispiel in Bezug auf Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Metakognition und Aufmerksamkeit, anzusehen.

Kurtz et al. (2016) zeigten in einer Metaanalyse, dass bei basal – kognitiven sowie sozial – kognitiven Funktionsstörungen signifikante Verbesserungen erreicht werden konnten.

Auch wiesen Wykes et al. (2011) mittlere Effektstärken in Bezug auf die Verbesserung der Kognition sowie der Alltagsfunktionalität der Patienten im Rahmen einer Metaanalyse nach.

1.3 Therapieresistenz: Konsequenzen für die Alltagsfunktionalität und Mortalität der Patienten

Laut aktueller Studienlage haben Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen ein circa 2,5-faches erhöhtes Mortalitätsrisiko (Chesney et al. 2014), im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Ebenfalls leiden Patienten aus dem beschriebenen Bereich der schizophrenen Störungen häufig unter einen massiven Verlust der Alltagsfunktionalität, beispielsweise der Autonomie in der Lebensführung oder durch symptombedingten sozialen Rückzug. Im Folgenden Abschnitt wird der aktuelle Wissenstand detailliert dargestellt.

1.4 Zusammenfassung des aktuellen Wissensstands

Psychische Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wie die paranoide Schizophrenie und schizoaffektiven Störungen sind schwerwiegende psychische Störungen mit einer hohen Chronifizierungs- sowie erhöhten vorzeitigen Mortalitätsrate.

Circa 30% der medizierten Patienten leiden trotz suffizienter medikamentöser Behandlung an einer Pharmakotherapie - Resistenz in Form von Positivsymptomen (NICE, 2014), z. B. an persistierendem Stimmenhören. Andere Symptome wie kognitive Defizite, Antriebsminderungen, Angst- und Anspannungszuständen können mitunter persistieren. Der Erkrankungsverlauf erfordert oftmals die Anpassung der eigenen Lebensplanung, wie etwa die vorzeitige Beendigung eines Studiums oder einer Ausbildung. Häufig führen solche Anpassungsprozesse auch zu einer komorbiden depressiven Symptomatik, bis hin zu suizidalen Krisen. Aufgrund der nicht immer wirksamen oder von Patienten nicht gewünschten antipsychotischen Medikation besteht die Notwendigkeit der „Add – on“ Behandlungsansätze, wie z.B. Psychosen – Psychotherapie.

Wenngleich bei Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen Bedarf und auch der Wunsch nach einer leitlinienegerechten psychotherapeutischen Behandlung besteht, gibt es sowohl im stationären wie ambulanten Bereich eine Unterversorgung.

Mehrere regionale Studien haben gezeigt, dass Patienten mit einer Schizophreniespektrumsstörung, operationalisiert als aktuelle ICD-10 Codes F20 bis F29 der WHO, in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unterrepräsentiert sind. Lediglich durchschnittlich 1 – 3% der Patienten mit einer Schizophreniespektrumsstörung erhalten eine leitliniengerechte Kombinationsbehandlung aus ambulanter psychiatrischer bzw. psychopharmakologischer *und* psychotherapeutischer Behandlung (Schlier et al. 2017).

Vielfach schließen ambulant tätige Psychotherapeuten die Behandlung von Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen kategorisch aus (Schlier et al. 2017). Unzureichende fachliche Kenntnisse und fehlende störungsspezifische Weiterbildungs- und Supervisionsangebote scheinen Psychotherapeuten daran zu hindern, Patienten mit schizophrenen Störungen eine ambulante Psychotherapie anzubieten (Schlier et al. 2017).

Ebenso gibt es Hinweise auf eine mögliche Schnittstellenproblematik, da entweder eine Psychotherapie bei Schizophreniespektrumsstörungen als nicht indiziert erachtet wird, keine behandlungsbereiten Psychotherapeuten gefunden werden oder Skepsis gegenüber einer kognitiven Verhaltenstherapie bei Psychosen besteht (Schlier et al. 2017).

Erste Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Behandlungsquote zwischen den Psychotherapeuten enorm variieren und sich ein Großteil der Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen, die eine ambulante Psychotherapie erhalten, bei wenigen Psychotherapeuten konzentriert (Schlier et al. 2017).

In Berlin sind weniger als 1% der Patienten der Techniker Krankenkasse mit schizophrenen Störungen in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (Bechdorf und Klingberg 2014).

Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen haben Symptome sowie persönliche Lebensthemen, die psychotherapeutisch behandelbar sind. Seit 2014 ist die ambulante Psychotherapie bei Schizophreniespektrumsstörungen nicht mehr nur in Residualzuständen indiziert, sondern kann leitliniengemäß in jedem Erkrankungsstadium angeboten werden. Somit besteht für diese Patienten uneingeschränkt die Indikation einer psychotherapeutischen Behandlung, entweder einer verhaltens-therapeutischen, einer tiefenpsychologisch-fundierten oder einer psychoanalytischen.

Die bisherigen Untersuchungen fokussieren sich insbesondere auf die Wirksamkeit, Haltung der Psychotherapeuten und das Angebot von Kognitiver Verhaltenstherapie für Psychosen (Cognitive Behavioral Therapy for psychosis: CBTp).

Dementsprechend wird primär die Verhaltenstherapie bei Psychosen in der aktuellen Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde empfohlen (Gaebel et al. 2019). Nichtsdestotrotz bezieht sich die reformierte Psychotherapierichtlinie auf alle drei psychotherapeutischen Richtlinienverfahren, sodass

prinzipiell neben der Kognitiven Verhaltenstherapie auch eine tiefenpsychologisch-fundierte oder eine psychoanalytische Psychotherapie möglich ist.

Dennoch befinden sich nur wenige Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen in einer ambulanten Psychotherapie. In der professionellen, klinischen Wahrnehmung gibt es nur einzelne Psychotherapeuten, die mit dieser Patientengruppe arbeiten.

In einzelnen Voruntersuchungen, wie etwa in Großbritannien, zeigte sich Skepsis gegenüber der Kognitiven Verhaltenstherapie bei Psychosen. Wie dieser Skepsis evidenzbasiert begegnet werden kann stellt ein notwendiges Forschungsdesideratum dar.

Bisher unerforscht und folglich unbekannt ist, was die wenigen Psychotherapeuten, die mit Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen arbeiten, motiviert, ein Therapieangebot zu machen. Hierzu gibt es bislang keinerlei Untersuchungen. Deswegen ist diese Forschungslücke hoch relevant, da aus den Gegenüberstellungen der *Motive* und *Barrieren* der ambulant arbeitenden Psychotherapeuten Schlussfolgerungen für die Implementierungspraxis gezogen werden können.

Die Untersuchungen zu den Motiven, *keine* ambulante Psychotherapie anzubieten, fokussieren sich ausschließlich auf die Kognitive Verhaltenstherapie bei Psychosen. In diesen Untersuchungen wird vor allem Skepsis gegenüber der Wirksamkeit dieses Therapieverfahrens bei dieser Patientengruppe genannt. Worin genau sich diese Skepsis jedoch begründet, ist der aktuellen Datenlage nur unzureichend, beziehungsweise nicht evidenzbasiert, zu entnehmen.

Um dieser Skepsis evidenzbasiert entgegenzutreten zu können, sind einerseits die Gründe für die Skepsis gegenüber der Psychotherapie bei Schizophreniespektrumsstörungen zu eruieren. Andererseits fehlen Informationen dazu, was die wenigen Psychotherapeuten, die Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen behandeln, hierzu motiviert.

Zudem sollten auch für die anderen beiden kaum untersuchten Richtlinienverfahren, der tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse, sowohl die Motive, als auch die Barrieren für ein Therapieangebot identifiziert werden. Hierzu gibt es bislang keinerlei Untersuchungen. Somit ist unklar, ob der Skepsis gegenüber der Psychotherapie bei Schizophreniespektrumsstörungen verhaltenstherapeutischen Psychotherapeuten anders begegnet werden muss als Psychotherapeuten, die tiefenpsychologisch-fundiert oder psychoanalytisch arbeiten, und welche Barrieren verfahrensübergreifend bestehen.

1.5 Zielsetzung und Fragestellungen

1.5.1 Ziele der Studie

Das Ziel ist sowohl die quantitative als auch die qualitative Versorgungssituation von Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen im Großraum Heidelberg zu erheben.

Das Forschungsprojekt strebt an, die gegenwärtige psychotherapeutische Versorgungssituation im Raum der Stadt Heidelberg zu erheben, insbesondere welche Faktoren für die Implementierung der ambulanten Psychosepsychotherapie förderlich (*Motive*), und welche Faktoren hierfür hinderlich sind (*Barrieren*).

Im Rahmen des Ethikantrages ist die explorative Pilotstudie als APVS – Pilotstudie bezeichnet worden, d.h. **A**mbulante **P**sychotherapeutische **V**ersorgungssituation von Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen.

Anhand der Daten sollen Ansatzpunkte für eine verbesserte ambulante psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen erarbeitet werden, deren Wirksamkeit im Rahmen weiterer interdisziplinärer Versorgungsforschungsprojekte wissenschaftlich evaluiert werden könnten.

1.5.2 Fragestellungen

Die vorliegende explorative Forschungsarbeit untersuchte zum ersten Mal empirisch mithilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse (QI) nach Mayring (2015),

- I. die Motive niedergelassener Psychotherapeuten der Richtlinienverfahren (VT, TP, PA) mit Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zu arbeiten,
- II. die Barrieren niedergelassener Psychotherapeuten der Richtlinienverfahren (VT, TP, PA) nicht mit Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zu arbeiten,
- III. und ob es zwischen den identifizierten Motiven und Barrieren in der ambulanten psychotherapeutischen Arbeit Unterschiede zwischen den drei Richtlinienverfahren (VT, TP, PA) gibt?

2. MATERIAL UND METHODEN

2.1 Design

Die vorliegende Forschungsarbeit suchte nach relevanten Faktoren, die ambulant tätige Psychotherapeuten aller drei Richtlinienverfahren (VT, TP, PA) motivieren bzw. hindern, Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen eine ambulante Psychotherapie anzubieten.

Hierzu wurden in einer monozentrischen, unverblindeten, nicht-randomisierten sowie nicht-interventionellen explorativen Pilotstudie ambulant tätige Psychotherapeuten in Raum Heidelberg, der in Deutschland anerkannten Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie, Psychoanalyse), in einem einmaligen Telefoninterview befragt.

Patientendaten wurden zu keinem Zeitpunkt erhoben. Die Datenerhebung und -auswertung erfolgte mithilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse (QI) nach Mayring (2015).

2.2 Die Qualitative Inhaltsanalyse (QI) nach Mayring (2015)

Da über die persönlichen Motive und Barrieren für ambulant tätige Psychotherapeuten Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen eine ambulante Psychotherapie anzubieten nichts bekannt ist, bedurfte es einer Pilotstudie mit einer hypothesengenerierenden Methode für die Datenerhebung und -auswertung. Die explorative Befragung der Psychotherapeuten erfolgte folglich mit absolut offenen Fragen. Die Erstellung eines Fragebogens als hypothesenüberprüfendes Verfahren hätte nur eigene Hypothesen überprüfen können, aber keine neuen Aspekte, zum Beispiel berufliche Erfahrungen oder Meinungen, erfassen können.

Um praxistaugliche, evidenzbasierte Hypothesen zur Beantwortung der Forschungsfragen formulieren zu können, wurden im Anschluss an die empirische Datenerhebung übergeordnete Hauptkategorien, sogenannte *Cluster*, gebildet, basierend auf den Antworten aller befragten Psychotherapeuten. Für derartige explorative Pilotstudien stellt die *Qualitative Inhaltsanalyse* (QI) nach Mayring eine etablierte, adäquate Methodik dar (Mayring 2015).

Die Qualitative Inhaltsanalyse ermöglicht eine systematische sowie induktive Textanalyse, die jegliche Art von menschlicher Kommunikation nach Regelmäßigkeiten bzw. Mustern, sogenannten Hauptkategorien, den *Clustern*, zu untersuchen im Stande ist.

Zu den Untersuchungsgegenständen zählen Zeitungsartikel oder transkribierte Interviews. Primäres Ziel der Qualitativen Inhaltsanalyse ist eine regelgeleitete, systematische Zusammenfassung jeglichen sprachlichen Materials (Mayring 2015).

Hierfür ist *a priori* klar zu definieren sowie zu operationalisieren, nach welchen thematischen Aspekten das sprachliche Material untersucht werden soll. Diesbezügliche *post hoc* Veränderungen sind definitionsgemäß mit den Regeln des wissenschaftlichen Forschungsprozesses unvereinbar.

Ziel der Qualitativen Inhaltsanalyse ist primär die qualitative Auswertung des Inhalts, das heißt, was sagt die untersuchte Kommunikation zu einer vorab festgelegten Thematik aus. Die Quantifizierung, sprich Aussagen zur Häufigkeit, mit der bestimmte Aussagen im Kommunikationsmaterial zu finden sind, ist nicht das primäre Ziel der Qualitativen Inhaltsanalyse. In der Praxis erfolgen nach der Qualitativen Inhaltsanalyse oft auch Quantifizierungen der Aussagen.

Die Qualitative Inhaltanalyse kann sowohl für die Untersuchung von Sprachmaterial anhand vorformulierter Hypothesen (deduktive Kategorienbildung), als auch zur Generierung neuer Hypothesen anhand eines Verallgemeinerungsprozesses des sprachlichen Materials (induktive Kategorienbildung) verwendet werden.

Bei der deduktiven Kategorienbildung werden anhand von Voruntersuchungen Statements oder Inhalte vorformuliert und es wird überprüft, ob sich diese Statements in dem zu analysierenden Material wiederfinden lassen. Mit einer deduktiven Kategorienbildung würde z. B. überprüft werden, ob sich in Interviews mit Psychotherapeuten die Aussage „Ich behandle keine Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen, weil diese unzuverlässig sind“ finden lässt. Dies setzt jedoch voraus, dass diese Barriere in Voruntersuchungen als mögliche Hürde für ein Therapieangebot bereits identifiziert wurde.

Bei der induktiven Kategorienbildung erfolgt die Analyse des Sprachmaterials zu Inhalten zu einem vordefinierten Thema, ohne dass die zu extrahierenden Statements vordefiniert werden. Eine Fragestellung bei einer induktiven Kategorienbildung an das Kommunikationsmaterial kann zum Beispiel sein, welche Gründe Psychotherapeuten für die Arbeit mit Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen nennen.

Infolgedessen eignet sich die induktive Kategorienbildung für die Hypothesengenerierung und Theoriebildung in explorativen Pilotstudien, zur offenen Untersuchung von unbekanntem Sachverhalten, zu denen es noch keinerlei Wissen gibt.

Jede inhaltlich übereinstimmende Aussage verschiedener Probanden zu dem vordefinierten Thema wird als einzelne Kodiereinheit erfasst, die im zweiten Schritt die Hauptkategorien, sogenannte *Cluster*, bilden. Das sprachliche Material, insbesondere die thematisch relevanten

Aussagen werden durch Verzicht auf Füllwörter reduziert, sodass eine zusammengefasste Antwort für jeden einzelnen Fall der Interviewpartner übrigbleibt.

Im nächsten Schritt werden die Antworten der einzelnen Texte bzw. Interviewpartner abstrahiert, dass sie sich fallübergreifend zusammenfassen lassen.

Mayring (2015) verdeutlicht mit der unten dargestellten phasischen Abfolge sowie dem qualitativen Rückkopplungsprozess den empirischen Forschungsprozess, den die QI ermöglicht:

1. QUALITATIVE ANALYSE:

- a. Fragestellung
- b. Begriffs- und Kategorienfindung
- c. Analyseinstrumentarium

2. QUALITATIVE ODER QUANTITATIVE ANALYSE:

- a. Anwendung des Analyseinstrumentariums je nach Gegenstand und Ziel der Analyse ggf. unter Zuhilfenahme quantitativer Verfahren

3. QUALITATIVE ANALYSE

- a. Rückbezug der Ergebnisse auf die Fragestellung
- b. Interpretation

Zusammenfassend erklärt und verdeutlicht Mayring den Forschungsprozess der *Qualitativen Inhaltsanalyse* mit der folgenden Aussage sowie den untenstehenden 6 Regeln:

„Von der Qualität zur Quantität und wieder zur Qualität.“ (Mayring 2015; S. 22)

- I. *Kommunikation* analysieren,
- II. *fixierte* Kommunikation analysieren,
- III. dabei *systematisch* vorgehen,
- IV. dabei also *regelgeleitet* vorgehen,
- V. dabei auch *theoriegeleitet* vorgehen,
- VI. das Ziel verfolgen, *Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation* zu ziehen.

2.3 Studienspezifisch konzipierte QI zur vorliegenden explorativen APVS-Pilotstudie

Aufgrund der nicht vorhandenen bzw. geringen Datenlage war eine empirische Datenerhebung mit induktiver Kategorienbildung für den Forschungsprozess erforderlich.

2.4 Struktur des Telefoninterviews

Die Konzipierung der Pilotstudie erfolgte unter wiederholter Beratung von Herrn Professor Dr. Michel Wensing, Departement für Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft der Abteilung Allgemeinmedizin und Gesundheitsversorgung, der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Für die empirische Datenerhebung war es wichtig, die Fragestellungen deduktiv und zielgerichtet, aber auch möglichst offen zu formulieren.

A priori erfolgte die Operationalisierung sowie Definition der zwei primären Leitfragen für das telefonische Interview:

1.) Bieten Sie Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen eine ambulante Psychotherapie an:

→ *JA oder NEIN?*

2a) Antworteten die Probanden mit „JA“, erfolgte die Nachfrage:

→ *Warum bieten Sie dieser Patientengruppe eine ambulante Psychotherapie an?*

2b) Antworteten die Probanden mit „NEIN“, erfolgte die Nachfrage:

→ *Warum bieten Sie dieser Patientengruppe **keine** ambulante Psychotherapie an?*

Diese Fragen wurden allen Probanden, d.h. den ambulant arbeitenden Psychotherapeuten, gestellt.

Auf die jeweilige Nachfrage zu **2a)** bzw. **2b)** antworteten die Probanden vollständig offen.

Durch den Interviewer wurden nur auf Nachfrage der Probanden zusätzliche Erläuterungen gegeben. Weitere Fragen des Interviewers ergaben sich durch den weiteren Gesprächsverlauf, um z. B. mögliche Unklarheiten oder zusätzliche Informationen zu erheben.

Beispielsweise interessierten vor allem Fragen zu dem Datenschutzkonzept und einer eventuellen Publikation der Forschungsergebnisse die befragten Psychotherapeuten.

Die Rekrutierung der Probanden sowie die Telefoninterviews führte ausschließlich der Autor dieser Arbeit durch, um somit eine mögliche Variabilität durch unterschiedliches Interviewverhalten mehrerer Interviewer auszuschließen.

2.5 Probanden

2.5.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Für die Studie erfolgte eine *systematische, gezielte Stichprobenziehung* anhand vordefinierter Ein- und Ausschlusskriterien. Eingeschlossen wurden ambulant tätige approbierte Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeuten für Erwachsene mit Kassensitz in den anerkannten psychotherapeutischen Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, Psychoanalyse oder Tiefenpsychologie). Der Kassensitz der Psychotherapeutischen Praxis musste in der Stadt Heidelberg bzw. im Großraum Heidelberg sein (siehe 2.5.2).

Nicht eingeschlossen wurden Heilpraktiker für Psychotherapie oder psychotherapeutisch tätige Psychologen ohne Approbation sowie approbierte psychologische Psychotherapeuten, die keines der Richtlinienverfahren anbieten. Hierzu zählten z. B. Psychotherapeuten, die ausschließlich auf dem Gebiet der Gesprächspsychotherapie oder der Systemischen Therapie praktizierten.

2.5.2 Rekrutierung

Die Rekrutierung erfolgte sowohl über Veranstaltungen an der Klinik für Allgemeine Psychiatrie am Universitätsklinikum Heidelberg, als auch über die Online-Datenbank der Landespsychotherapeutenkammer in Baden-Württemberg (LPK BW). An der Klinik für Allgemeine Psychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg fanden sowohl regelmäßige Treffen mit den niedergelassenen Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeuten, als auch die Intervisionstreffen des ambulanten Therapienetzwerkes Schizophreniespektrumsstörungen (aTNS), statt. Hier wurden Psychotherapeuten über die Pilotstudie ausführlich informiert und bei Interesse ein Informationsschreiben ausgehändigt.

Zusätzlich wurde über die Online-Datenbank der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württembergs (LPK BW), nach Rücksprache mit deren wissenschaftlichen Mitarbeitern, Filterkriterien erarbeitet. In der Onlinedatenbank waren zum Zeitpunkt der

Datenerhebung N=2163 Psychotherapeuten aus Baden-Württemberg gelistet, von circa 5500 Mitgliedern der Landespsychotherapeutenkammer.

Als Filterung diente die Postleitzahl für die Stadt Heidelberg, beziehungsweise als Einschlusskriterium lediglich die ersten drei Postleitziffern: 691, anstelle von 69115 bis 69126. Die Suchfunktion der Homepage ermöglichte separat nach niedergelassenen approbierten Psychotherapeuten der drei anerkannten Richtlinienverfahren (VT, TP, PA) in Heidelberg zu suchen.

Nach Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden die Probanden telefonisch kontaktiert, bei Interesse an einer Studienteilnahme erfolgte eine mündliche und schriftliche Aufklärung.

Tab. 1: Anzahl der im Online-Register der LPK BW gefundenen, dann kontaktierten und schließlich rekrutierten eingeschlossenen Psychotherapeuten, nach anerkannten Richtlinienverfahren (VT, TP, PA)

VT	89	44	17
TP	59	29	10
PA	23	19	5
Σ	171	92	32

2.6 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden 92 niedergelassene, approbierte Ärztliche oder Psychologische Psychotherapeuten kontaktiert. Von den 92 telefonisch kontaktierten potentiellen Probanden gaben nach einer ausführlicheren mündlichen oder schriftlichen Aufklärung 36 Probanden ihre Einwilligung in die Studienteilnahme. Die Rücklaufquote liegt somit bei 34,78 % und entspricht der üblichen Quote in vergleichbaren Projekten der Versorgungsforschung (Wensing et al., in press).

Hiervon zogen 4 Probanden zu einem späteren Zeitpunkt ihre Einwilligung zurück, beispielsweise weil der Zeitaufwand für die Studienteilnahme als zu aufwändig erschien, es Bedenken wegen des Datenschutzkonzeptes gab, oder das Forschungsvorhaben als nicht unterstützenswert beurteilt wurde. Somit beträgt die Drop-Out-Rate circa 11%.

Die *Gesamtstichprobengröße* beträgt folglich N=32. Die Subgruppen der drei verschiedenen psychotherapeutischen Richtlinienverfahren sind wie folgt repräsentiert. Mehr

als die Hälfte aller Psychotherapeuten arbeiten verhaltenstherapeutisch (VT = 17: ~ 53,12%). Tiefenpsychologisch fundiert arbeiten circa ein Drittel der ambulanten Therapeuten (TP = 10: ~ 31,25%). 5 der eingeschossenen Therapeuten arbeiten psychoanalytisch (PA = 5: ~ 15,62%).

2.7 Technische Voraussetzungen

Die individuellen persönlichen Interviews erfolgten ausschließlich telefonisch. Für die Aufzeichnung wurde die Lautsprecherfunktion des klinikintern dienstlich in Gebrauch befindlichen Telefons aktiviert (DECT-Festnetztelefon).

Die Interviewdurchführung erfolgte in einem separaten, abgeschlossenen Raum, sodass nur der Interviewer das Gespräch verfolgen konnte. Im Vorfeld der Interviewdurchführung erfolgte zum Test der Aufzeichnungsqualität und technischen Funktion eine Pilotierung mit Mitarbeitern der Klinik für Allgemeine Psychiatrie, die an der späteren Durchführung der Studie nicht beteiligt waren.

Alle Interviews wurden durch den Verfasser dieser Arbeit telefonisch durchgeführt und parallel mithilfe des digitalen Aufnahmegeräts „*Digitaler Voice-Recorder REC-200*“ von „*auvisio: Visual Sound Technologies*“ als Waveform-Audiodatei Format aufgezeichnet.

Nach Abschluss der Interviews wurden die Audiodateien lokal auf einem Uniklinik-Server der AG Neurokognition (Leitung: apl.Prof. Roesch-Ely und apl.Prof. M. Weisbrod) passwortgeschützt gespeichert. Das Passwort war nur dem Verfasser dieser Arbeit und der Studienleitung (vgl. Ethikantrag) bekannt. Die Audiodateien wurden pseudonymisiert chiffriert, indem die Audiodateien mit fortlaufenden Nummern benannt worden, sprich 1-32.

Auf einer weiteren, passwortgeschützten Liste, wurden die Klarnamen der Probanden zusammen mit der Pseudonymisierung gespeichert, um für den Fall des Widerrufs der Einverständniserklärung die zugehörigen Daten löschen zu können.

2.8 Studiendurchführung

Die Durchführung der Pilotstudie erfolgte nach erteilter Genehmigung durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg (Ethikvotum **S-394/2018** vom 02.07.2018). Die Datenerhebung erfolgte infolgedessen von August bis November 2018.

Nach Aufklärung und Einwilligung wurde mit den Probanden das Telefoninterview (siehe 2.4) durchgeführt. Die digitale Aufzeichnung wurde anschließend umgehend transkribiert, sodass die Audiodatei gemäß Datenschutzrichtlinien zeitnah vernichtet wurde.

Die verschriftlichten Interviews wurden durch fortlaufende Nummern von 1 bis 32 pseudonymisiert.

In digitaler Form wurde eine Liste mit den zu den Pseudonymen gehörigen Klarnamen passwortgeschützt gespeichert, um im Falle eines Rücktritts von der Studie die zum betreffenden Probanden gehörigen Daten vernichten zu können. Einsichtnahme in die vollständig pseudonymisiert Daten erhielten neben dem Erfasser nur die beiden Projektleiter (siehe Ethikantrag).

2.9 Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte in unterschiedlichen Phasen, wie die *Qualitative Inhaltsanalyse* nach Mayring (2015) diesen Prozess vorsieht. Zuerst wurden alle Audiodateien transkribiert. Im zweiten Schritt erfolgte das erstmalige Lesen bzw. Sichten der Inhalte.

Der dritte Schritt sah eine vorläufige Hauptkategorienbildung, *der Cluster*, vor, basierend auf der induktiven Kategorienbildung mithilfe der identifizierten Sub-Kodiereinheiten. Anschließend sicherte eine Rückkopplungsschleife in Form von einer zweiten Sichtung des Materials die Sättigung bezüglich der gebildeten Cluster. Darüber hinaus ermöglichte das zweite Lesen der Transkriptionen die Überprüfung der Trennschärfe der Hauptkategorien.

Infolgedessen konnten weitere, neue Cluster ermittelt werden. Die Transkripte wurden auf einem Online-Server der AG Neurokognition (Leitung: apl.Prof. Roesch-Ely) des Universitätsklinikums passwortgeschützt gespeichert. Zugang zu diesem studienbezogenen Server erhielten nur der Autor der Studie sowie die beiden Studienleiter.

3. ERGEBNISSE

3.1 Was motiviert und was hindert ambulante Psychotherapeuten Psychosepsychotherapie anzubieten? Identifizierte Psychotherapeuten- sowie Patientenprototypen plus Barrieren in der Versorgungsstruktur des Gesundheitswesens

Im Folgenden werden die Ergebnisse nach der qualitativen Auswertung der Daten mithilfe der zuvor beschriebenen Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse (QI) nach Mayring (2015) dargestellt. Die drei primären Fragestellungen, nach den erforschten Motiven und Barrieren in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssituation von Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, werden nachfolgend beantwortet.

Die QI ermöglichte die differenzierte Beantwortung der explorativen Fragestellungen mithilfe der Entwicklung von spezifischen Hauptkategorien, sogenannten Clustern, die aus dem gesamten erhobenen Datenmaterial extrahiert wurden. Das heisst, dass alle transkribierten Interviews mehrfach gelesen, strukturiert und systematisch ausgewertet wurden. Basierend auf den Kodiereinheiten, sprich Zitate von den ambulanten Psychotherapeuten, die entweder Psychosepsychotherapie anboten oder nicht, wurden charakteristische Prototypen von verschiedenen Psychotherapeutentypen sowie Patiententypen entwickelt. Diese weisen inhaltliche Überschneidungen und kausale Direktionalitäten auf, die in dem Diskussionsteil dieser Forschungsarbeit detailliert betrachtet werden. Trennschärfe bezüglich der Prototypen stellte somit keine notwendige Bedingung dar.

Beispielsweise nannten diverse Psychosepsychotherapeuten unabhängig voneinander die Zusammenarbeit mit schizophrenen Patienten „*faszinierend*“, „*spannend*“ oder „*interessant*“.

Der daraus entwickelte Patienten - Prototyp in Form einer entwickelten Hauptkategorie lautet folglich „DER INTERESSANTE, FASZINIERENDE PATIENT“.

Ein Beispiel für einen Psychotherapeuten – Prototyp ist der „OFFENE, HILFSBEREITE PSYCHOTHERPEUT“, der aus den Sub-Kodiereinheiten in Zitateform wie „*Das möchte ich verstehen.*“, „*Ich kann da helfen.*“ oder „*Biete ich denen das an.*“ entwickelt wurde.

Aus den *kursiv* aufgeführten wortwörtlichen Zitaten der Psychotherapeuten entstand die charakteristische Hauptkategorie in Form eines Prototyps eines Patienten- oder Therapeutentypus.

Die Entwicklung der insgesamt 10 Hauptkategorien erfolgte insbesondere aufgrund der Stichprobenzusammensetzung in Bezug auf die drei psychotherapeutischen Richtlinienverfahren, Psychotherapieschulen – übergreifend, (N=32; VT=17, TP=10, PA=5).

Die Ergebnisdarstellung erfolgt, der praktischen klinischen Versorgungsrealität angemessen, aufgeteilt nach,

- I. Psychotherapeuten – Prototypen: assoziierte Motive und Barrieren,
- II. Patienten – Prototypen: assoziierte Motive und Barrieren,
- III. Versorgungsstrukturen: assoziierte Barrieren.

Mithilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) gebildete Hauptkategorien in Form von identifizierten Psychotherapeuten- sowie Patienten-Prototypen:

Tab. 2: Ambulante Psychosepsychotherapie anbietende und **nicht** anbietende Psychotherapeuten (JA/NEIN) und folglich Psychosepsychotherapie erfahrene und **nicht** erfahrene Psychotherapeuten, sowie die daraus identifizierten Psychotherapeuten- sowie Patientenprototypen

JA	NEIN
1. DER OFFENE, HILFSBEREITE PSYCHOTHERAPEUT 2. DER WIRKSAME PSYCHOTHERAPEUT	3. DER DISTANZIERTE, DIAGNOSTISCH-UNSICHERE PSYCHOTHERAPEUT
4. DER INTERESSANTE, FASZINIERENDE PATIENT 5. DER HERAUSFORDERNDE, ANSTRENGENDE PATIENT 6. DER SEHR DANKBARE PATIENT	7. DER UNBEKANNTE, STIGMATISIERTE PATIENT

Mithilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) gebildete Hauptkategorien in Form von identifizierten Barrieren in dem Gesundheitssystem:

- 8. DER NICHT NACHGEFRAGTE PSYCHOTHERAPEUT
- 9. DER NICHT AUSGEBILDETE PSYCHOTHERAPEUT
- 10. DER NICHT KOOPERATIOSBEREITE PSYCHOTHERAPEUT

Aufgrund der Stichprobencharakteristika, insbesondere der Stichprobenzusammensetzung N=32 (siehe Punkt 2.6) in Bezug auf die drei psychotherapeutischen Richtlinienverfahren (VT, TP, PA), gebot sich eine Psychotherapieschulen – übergreifende Darstellung der Motive sowie Barrieren in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsrealität von Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen.

Darüber hinaus werden die gebildeten Hauptkategorien differenziert, nach Psychosepsychotherapie anbietenden und *nicht* anbietenden Psychotherapeuten, Richtlinienverfahren schulenübergreifend zusammengefasst und erläutert.

Des Weiteren sind mit der folgenden Darstellung der Ergebnisse einige Vorteile verbunden, die im Diskussionsteil gewürdigt und zugleich kritisch geprüft werden.

Zusammenfassend betrachtet lässt sich konstatieren, dass von den befragten ambulanten Psychotherapeuten (N=32), Psychotherapieschulen - übergreifend, insgesamt 24 Psychosepsychotherapie (75%), angeboten haben. Infolgedessen ist ein weiteres Ergebnis, dass nur 8 Psychotherapeuten (25%) Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen *kein* Behandlungsangebot machten bzw. keines machen würden.

Von 17 Verhaltenstherapeuten arbeiteten 15 (ca. 88%) in der Vergangenheit oder gegenwärtig mit Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis. 7 der 10 befragten tiefenpsychologisch arbeitenden ambulanten Psychotherapeuten boten oder bieten schizophrenen Patienten ambulante Psychosepsychotherapie an, d.h. exakt 70%. Ferner arbeiteten oder arbeiten 2 (40%) der 5 interviewten Psychoanalytiker früher oder momentan mit Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen.

Zusammenfassend lässt sich vorläufig evidenzbasiert konstatieren, dass es anscheinend *keine* Psychotherapieschulen - spezifischen Motive und Barrieren gibt, die ambulante Psychotherapeuten dazu motivieren oder hindern, ambulante Psychosepsychotherapie anzubieten.

Des Weiteren scheinen *alle* ambulanten Psychotherapeuten mit den realen Strukturen in dem Versorgungssystem unzufrieden zu sein, beispielsweise mit Weiterbildungs- oder Supervisionsmöglichkeiten, der interdisziplinären Kooperation mit Psychiatern sowie der Zuweisungs- und Nachfragestruktur im Gesundheitswesen.

Im folgenden Diskussionsteil werden die hier vorgestellten und beschriebenen Ergebnisse nochmals zusammenfassend dargestellt, bewertet und diskutiert.

3.2 Psychotherapeuten – Prototypen: assoziierte Motive und Barrieren

3.2.1 Psychosepsychotherapie anbietende Psychotherapeuten: Die Motive

DER OFFENE, HILFSBEREITE PSYCHOTHERAPEUT

Diese Psychotherapeuten haben gegenüber Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen eine „offene Haltung“. Sie wollen verstehen („*Das möchte ich verstehen.*“), helfen („*Ich kann da helfen.*“) und Anbieten („*Biete ich denen das an.*“). Auch nehmen sie ihren psychotherapeutischen Versorgungsauftrag besonders ernst, das heisst, sie bieten mitunter praktisch jedem Patient, der sich bei ihnen meldet, therapeutische Hilfe an. Beispielsweise sprechen diese Therapeuten davon, grundsätzlich mit allen Störungsbildern zu arbeiten, ihrem Versorgungsauftrag gerecht werden zu wollen und keine Patientengruppen kategorisch abzulehnen. Darüber hinaus zeigen sie eine hohe Bereitschaft und Offenheit mit schizophrenen Patienten zu arbeiten, auch wenn sie noch über keine psychotherapeutischen Vorerfahrungen im Bereich der Psychosepsychotherapie verfügen, „... *warum eigentlich nicht?*“.

Zwei Psychotherapeuten erwähnen sogar explizit, dass sie sich im Speziellen um diese Patientengruppe bemühen, da diese „...*praktisch keine Chance auf einen ambulanten Psychotherapieplatz hatten oder haben.*“ und „... *dass die Patienten in unserem Gesundheitswesen irgendwie zu kurz kommen, als Psychosepatienten.*“.

Interessanterweise berichten drei Therapeuten unabhängig und übereinstimmend davon, dass sie ihre „*Berührungängste*“ verloren haben, mit Psychosepatienten zu arbeiten. Zwei führen dies auf ihre klinische Tätigkeit in einer Psychiatrischen Klinik in der Vergangenheit zurück („*PPiA-Zeit*“ und „*stationäres Praktikum auf entsprechender Station*“). Eine weitere Therapeutin berichtet, „... *früher eher so ein bisschen Respekt vor gehabt...*“ zu haben, jedoch „... *dass die Psychiatrie sich da bemüht, uns Niedergelassenen, ein bisschen die Berührungangst nimmt...*“.

Psychotherapeuten dieses Typus sprechen davon, „... *dass ich einfach da generell erst einmal offen ran gehe...*“, „... *weil ich relativ breit aufgestellt bin...*“ oder „... *keine Diagnose spezifisch ausschliessen möchte.*“

„*Weil ich niemanden ausschliesse vom vornhinein.*“ und „*Wie bei allen anderen auch, weil ich denen helfen möchte!*“ sind repräsentative therapeutische Haltungen, die exakt die Hälfte (N=16) aller befragten Therapeuten vertreten. Diese Therapeutengruppe setzt sich aus N=13 Verhaltenstherapeuten sowie N=3 tiefenpsychologisch arbeitenden Therapeuten zusammen. Psychoanalytiker sind in der Stichprobe nicht vertreten.

DER WIRKSAME PSYCHOTHERAPEUT

Charakteristisch für diese Therapeuten ist die zentrale Erfahrung, in der ambulanten Zusammenarbeit schizophrener Patienten, sich als therapeutisch wirksam zu erleben.

Circa ein Drittel (N=12) der interviewten Therapeuten schildern Psychosepsychotherapie zum einen als „... eine Unterstützung, die man anbieten kann, weil sie sonst durchs Netz fallen...“, „... dass das durchaus auch helfen kann, zu stabilisieren und zu verarbeiten...“, zum anderen als „... sehr sinnvoll wirksam sein...“ und „... da kann man mit relativ wenig Aufwand viel erreichen.“

Zwei Psychotherapeuten berichten sogar von „sehr guten“ und „guten“ Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen: „... das ging eigentlich sehr gut!“ und „Im Moment habe ich eine, mit der ich sehr gut arbeiten kann.“ „... weil ich gute Erfahrungen gemacht habe“ sowie „... kann man ganz gut arbeiten, psychotherapeutisch“ stehen für gute, wirksame psychotherapeutische Behandlungen.

Darüber hinaus stellt ein Therapeut klar, „... dass die Behandlungen zum Teil sehr unspektakulär verlaufen.“ Auch wird des Öfteren konstatiert, dass „... man mit relativ wenig Aufwand viel erreichen...“, „... weil ich auch denke, dass man durchaus, auf der Verhaltensebene Veränderungen bewirken kann...“ und „... Psychoedukation spielt auch eine grosse Rolle.“

„...weil ich auch davon überzeugt bin, dass auch Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis von Psychotherapie profitieren können.“ sowie „Grundsätzlich sind das Patienten, die genauso eine Psychotherapie brauchen und mit denen man an Themen arbeiten kann und die Verhaltenstherapie entsprechende Techniken bietet.“ repräsentieren als Statements Therapeuten, die sich als psychotherapeutisch wirksam erleben.

Dieses Cluster besteht aus 8 verhaltenstherapeutischen, 3 tiefenpsychologisch fundiert sowie einem analytisch arbeitenden Psychotherapeuten.

3.2.2 Psychosepsychotherapie *nicht* anbietende Psychotherapeuten: Die Barrieren DER DISTANZIERTE, DIAGNOSTISCH-UNSICHERE PSYCHOTHERAPEUT

Diese Subgruppe der *nicht* anbietenden, distanzierten und diagnostisch-unsicheren Therapeuten, schildert diagnostische Unsicherheit oder Unerfahrenheit

Ein Therapeut berichtet, „... *man hat mal Verdachtsdiagnosen...*“. Ein weiterer Therapeut spricht davon, „...*es ist heute viel ausgedehnter, die, die Diagnose. Damals war das wesentlich enger...*“.

Auch fehlende Erfahrung und folglich Kompetenz in der Diagnostik zeigt sich in folgender Aussage, „*In der Ambulanz eher nicht, ich habe auch im ambulanten Kontext nie die Diagnose einer Schizophrenie gestellt.*“

Ein Therapeut spricht davon nicht mit Psychosepatienten zu arbeiten, „... *weil ich mich dafür nicht, ähhh, genügend aus- oder fortgebildet fühle.*“ Eine andere Therapeutin schildert aufgrund der fehlenden „*Expertise*“ nicht mit dieser Patientengruppe arbeiten zu wollen.

Selbstverständlich entscheidet jeder ambulant arbeitende Psychotherapeut mit welchen Patienten er arbeitet, und mit welchen er *nicht* arbeitet. Auch Spezialisierungen und Schwerpunkte bezüglich gewisser Störungsbilder sind wünschenswert und nachvollziehbar. Genauso wünschenswert erscheint grundlegendes Wissen über die mittlerweile guten psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten sowie basale diagnostische Kompetenzen bezüglich Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis, was den *distanzierten, diagnostisch-unsicheren Therapeuten* fehlt.

„*Also, ich kenne mich nicht aus, mit diesen Störungen, und ich will auch nicht alles machen. Das ist mir zu kompliziert und fertig!*“ sowie „*Und es gibt, insgesamt ist das ja die Frage, was man da machen kann?*“ manifestieren als klare Aussagen therapeutische Haltungen und Einstellungen, die sich entweder auf die Behandlung anderer psychischer Störungen spezialisiert haben oder denen Psychosepsychotherapie zu „*kompliziert*“ erscheint.

Diese Hauptkategorie setzt sich aus insgesamt 7 Psychotherapeuten zusammen, 2 Verhaltenstherapeuten, 2 Tiefenpsychologen sowie 3 Psychoanalytikern.

3.3 Patienten – Prototypen: assoziierte Motivatoren und Barrieren

3.3.1 Psychosepsychotherapie anbietende Psychotherapeuten: Die Motive

DER INTERESSANTE, FASZINIERENDE PATIENT

Bemerkenswerterweise scheinen Psychosepatienten ihre Therapeuten in besondere Art und Weise zu „*interessieren*“ und zu „*faszinieren*“, sowie „*spannende Patienten*“ zu sein.

Circa ein Drittel (N=11) berichten von „*Interesse*“ (N=6), „*Spannung*“ (N=4) und „*Faszination*“ (N=3) in der Arbeit mit Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen.

Sechs der befragten Therapeuten beschrieben ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis mit dem Begriff „*Interesse*“. Sie sprechen davon, dass sie „... *das Störungsbild interessiert*“, „... *Interesse, wie bei allen anderen Patienten auch*...“ zu haben und die Psychosepsychotherapie als „... *interessantes neues Arbeitsgebiet*...“ zu empfinden. Eine Therapeutin sagt, „*Weil mein Interesse an den Psychosen... Das ist eigentlich immer gleich geblieben, das Interesse!*“.

Auch erwähnen drei Therapeuten den Begriff „*Faszination*“, welchen sie mit Psychosepatienten verbinden. Beispielsweise schildert ein Therapeut sein Erleben in dem Satz „*Ich kann es nicht anders beschreiben, das ist das Wort Faszination*“. Des Weiteren spricht eine Therapeutin davon, „... *inhaltlich fasziniert*...“ zu sein, von der psychotherapeutischen Arbeit mit Psychosepatienten. Eine Therapeutin öffnet sich selbst dahingehend, dass sie sich „... *ein bisschen verliebt habe, in diese Patienten, die Patientengruppe*.“ Ein Therapeut schildert seine Sympathie, „...*ich mag sie, ich habe auch das Gefühl, da passiert auch was!*“

Auch berichten vier Therapeuten von „*spannenden*“ Erfahrungen mit F2.X-Patienten. „*Das fand ich inhaltlich spannend*“, „... *es ist auch immer wieder spannend, in die Welt der psychotischen Patienten ein Stück weit mit einzutauchen*.“ und „*Ich finde es auch spannend vom Schlag Mensch her*...“ repräsentieren eine Patientengruppe, die offensichtlich bei manchen Psychotherapeuten überdurchschnittliches Interesse, Spannung und sogar im übertragenden Sinne „*Liebe*“ in den klinischen Arbeitsalltag bringen.

„*Ich mache das, ich finde es auch **interessant**, und ähm, der Wahn ist ja auch psychodynamisch **interessant***.“ sowie „*Auf der anderen Seite, aber auch schon recht **spannend**. Weil mich das auch **interessiert**, auch **fasziniert***.“ plus „... *ja auch irgendwie, mich ein bisschen **verliebt** habe, in diese Patienten, diese Patientengruppe. Ich finde das eigentlich ganz **spannend***.“ charakterisieren Aussagen zu offensichtlich sympathischen Patienten.

Diese Teilstichprobe besteht aus 8 Verhaltenstherapeuten sowie 3 Tiefenpsychologen. Psychoanalytiker sind nicht repräsentiert.

DER HERAUSFORDERNDE, ANSTREGENDE PATIENT

Von den befragten Therapeuten wird die Arbeit mit Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen als herausfordernd und bisweilen *anstrengend* beschrieben.

„Also, *ich empfinde das ganz schwer, sich als normaler Psychotherapeut sich in die Situation des Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen hineinzusetzen.*“ und „...*die psychotischen Phantasien sind so ausgreifend und anstrengend. Da kann man sich ja ewig mit beschäftigen.*“ verweisen als Erfahrungen von ambulant tätigen Psychotherapeuten auf die psychose-spezifischen Besonderheiten in der Arbeit mit Patienten.

Einerseits scheinen die Psychosepsychotherapie anbietenden Therapeuten in besonderer Art und Weise gefordert zu sein, „*Und, das sind anstrengende Patienten. Ja, also, die viel Aufmerksamkeit, von der Struktur, vielleicht deshalb. Sehr, sehr anstrengend.*“, was sie jedoch nicht davon abhält, mit ebendiesen Patienten, und ihrer beispielsweise schwer ausgeprägten Positiv- und / oder Negativsymptomatik, erfolgreich zu arbeiten.

Weitere Beispiele für die Anstrengungen und Herausforderungen, die diese Psychosepsychotherapeuten aus ihrer Praxis berichten, lauten, „... *also, Erfahrungen sind, ich finde es teilweise recht schwierig, die Arbeit, je nachdem.*“ und „*Hmmm, also, bei der einen Patientin war das sehr schwierig, weil die nicht erreichbar war...*“.

2 Verhaltenstherapeuten und 3 Tiefenpsychologen bilden diese Therapeutengruppe.

DER SEHR DANKBARE PATIENT

Insgesamt fünf Therapeuten äussern diese Patienteneigenschaft in vergleichbarer Weise. Sie beschreiben Erfahrungen dahingehend, „... *dass die Patienten an sich, sind dankbare Patienten.*“ sowie „... *bislang das Gefühl, dass das dankbare Patienten sind.*“ Eine Therapeutin stellt fest, „*Dankbar. Sie ist dankbar, sie saugt das richtig auf.*“

„*Die sind einfach nett und **unendlich dankbar!***“ sowie „*Tja, ich komme mit denen einfach gut klar und erfahre auch **viel Dankbarkeit.** Ganz ehrlich, mit schizophrenen Patienten komme ich einfach super klar, und, ähhh, **ich bekomme sehr viel zurück.***“ sprechen für eine bemerkenswerte Art der Beziehungsgestaltung der Psychosepatienten, gegenüber ihren Psychotherapeuten.

4 Verhaltenstherapeuten sowie 1 Tiefenpsychologe beschreiben schizophrene Patienten als dankbar. Psychoanalytiker sind nicht vertreten.

3.3.2 Psychosepsychotherapie nicht anbietende Psychotherapeuten : Die Barrieren DER UNBEKANNTE, STIGMATISIERTE PATIENT

Psychotherapeuten, die psychotischen Patienten keine Psychotherapie anbieten, äussern sich eher vorurteilshaft in Bezug auf die Bereitschaft mit ebendiesen Patienten zu arbeiten.

„Ich kenne nicht viele Kollegen, die sagen, ich mach` das, regelmäßig. ...aber es ist eher die Ausnahme, dass jemand psychotische Patienten behandelt.“ sowie *„Das würde vom Einzelfall abhängen, hmmm, nicht in einer produktiven Phase. Ja, das, ähhh, würde ich vom Einzelfall abhängig machen. Das müssten schon besondere Bedingungen sein, unter denen ich ein Angebot machen würde.“* lassen die Schlussfolgerung zu, dass zumindest Tendenzen von Therapeuten existieren, die in die Richtung der Stigmatisierung von Psychosepatienten tendieren.

Eine Therapeutin schildert beispielsweise, *„...Ja, weil die Arbeit, die ambulante Arbeit, ähhh, mit psychotischen Patienten sehr, sehr schwer ist. Üfff, ich würde sagen, manchmal liegt das auch in der Problematik der Patienten. Die sich, ähhh, nicht so gut auf eine therapeutische Beziehung einlassen können... Also sehr viel Objektangst haben, ja, ist natürlich auch eine Beziehungsstörung mitbeteiligt...“*.

Ferner berichten ein Therapeut Zweifel daran, inwiefern ein ambulantes Behandlungssetting ausreichend sei, *„ ... gleich weiter geschickt in die Psychiatrie.“*

5 Psychotherapeuten bilden diese Kategorie, bestehend aus 3 Tiefenpsychologen und 2 Psychoanalytikern. Verhaltenstherapeuten sind nicht vertreten (N = 5; VT=0, TP=3, PA=2).

3.4 Versorgungsstrukturen – assoziierte Barrieren

DER NICHT NACHGEFRAGTE PSYCHOTHERAPEUT

Insgesamt sechs ambulante Psychotherapeuten berichten von der Tatsache, dass sich keine oder sehr wenige Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen bisher bei ihnen gemeldet haben. *„Aktuell ist es so, dass sich niemand meldet...“* oder es sei ein *„Zufallereignis“*, wenn sich ein Psychosepatient nach der Möglichkeit einer ambulanten Psychotherapie erkundige.

„Ich würde sagen, dass liegt eher daran, dass die nicht kommen! ...Ich würde das prinzipiell nicht ablehnen, ein Erstgespräch. Ich hatte bisher in meiner ambulanten Tätigkeit noch keine Anfragen von diesen Patienten, mit Schizophrenie oder Schizophreniespektrumsstörungen, wie auch immer...“ sowie *„Hmmm, aber wie gesagt, ich hatte bisher wenig Anfragen.“* und *„Aber ich kann Ihnen auch schon, also wenn, das haben Sie jetzt gar nicht gefragt, es ist ja so, es landen nicht viele bei mir“* vertreten die psychotherapeutische Haltung auch Psychosepatienten eine Behandlung anzubieten, jedoch aufgrund der fehlenden Nachfrage dieser Patientengruppe gegenwärtig nicht mit ihnen zu arbeiten.

Ein Psychoanalytiker, zwei Tiefenpsychologen sowie 3 Verhaltenstherapeuten berichtete diese Erfahrung aus ihrer ambulanten psychotherapeutischen Tätigkeit (N = 6; VT=3, TP=2, PA=1).

DER NICHT AUSGEBILDETE PSYCHOTHERAPEUT

Vier niedergelassene ambulante Psychotherapeuten schildern, dass sie aufgrund fehlender fachlicher Expertise Psychosepatienten keine Behandlungsangebote unterbreiten. *„Weil ich mich da nicht auskenne...“* sowie *„Und auch mit der Ausbildung, da wird das ja diskutiert.“* werden als Barrieren in der Versorgungsrealität berichtet.

„Ja, weil es ja wenig Ausbildung gibt, in den bisherigen Verfahren, in diesem Bereich. Es ist zu wenig in der Ausbildung vorgekommen, dass denke ich, dass ist mittlerweile Konsens, oder?“ sowie *„Weil ich mich dafür nicht, ähhh, genügend ausreichend aus- oder fortgebildet fühle... Auch nicht über Fortbildungen in diesem, diesem, ähh, über diesen, mit diesen, ähhh, Kreis der Erkrankungen, ähhh, mich weiter fortgebildet“* repräsentieren Aussagen nicht ausgebildeter Psychotherapeuten in Bezug auf Psychosepsychotherapie.

3 Tiefenpsychologen sowie 1 Verhaltenstherapeut bilden diese Kategorie. Psychoanalytiker sind nicht eingeschlossen (N = 4; VT=1, TP=3, PA=0).

DER NICHT KOOPERATIONSBEREITE PSYCHOTHERAPEUT

Insgesamt berichten 3 ambulante Psychotherapeuten von Schwierigkeiten in der interdisziplinären Kooperation mit Psychiatern. Jeweils ein Psychoanalytiker, ein Tiefenpsychologe und ein Verhaltenstherapeut.

„Ähm, ich muss mich dann als Psychologischer Psychotherapeut auch sehr mit der medizinischen Seite und Psychiatern, es ist ein riesen Aufwand...“ sowie *„Und mit einem Teil habe ich aufgrund einer nicht gut funktionierenden Kooperation mit den Psychiatern, also aufgrund von schlechten Erfahrungen mit manchen, würde ich solche Patienten nicht mehr annehmen.“*, plus *„Und die Kooperation mit der Psychiaterin wurde von der Mutter unterlaufen, so habe ich den Fall an die KJP abgegeben...“*.

Die oben aufgeführten Zitate verdeutlichen die Konsequenzen für die ambulante psychotherapeutische Versorgungsrealität von Psychosepatienten, wenn die multiprofessionelle Kooperation von Psychotherapeuten und Psychiatern scheitert (N = 3; VT=1, TP=1, PA=1).

3.6 Kasuistische Falldarstellungen

DER BEÄNGSTIGENDE PATIENT (Kasuistik)

„Also, ich würde mal sagen, ich arbeite ja mit Gegenübertragung, diese Patienten machen einem schon auch sehr viel Angst. Dieses in einer anderen Welt leben, und, und wie stark Sie auf dieser projektiven Ebene, und das es sehr schwer ist als Therapeut, das weiß ich auch von Kollegen, jüngeren Kollegen, in der Klinik, diese projektiven Prozesse, dass die nicht via Identifikation, dann einen doch sehr, sehr mitnehmen.“ sowie *„Hmmm, das, würde ich gerne umschreiben, Ähhh, ich würde sagen, wenn jemand, einigermassen zuverlässig auf Selbst- / Objektgrenzen zurückgreifen kann. Und ich keine Sorgen haben müsste, mein Patient würde außerhalb der vereinbarten Therapiezeiten bei mir zu Hause auftauchen... Dass sie nicht meinen Sohn ängstigen, oder so. Ich würde es ein bisschen von der Absprachefähigkeit abhängig machen. ... Also, da meine Behandlungsräume in meinem Privatgebäude liegen, ähhh, in dem Moment, wo ich das Gefühl hätte, jemand würde meiner Familie, meinem Sohn Angst machen...“* repräsentieren therapeutische Haltungen, die durch Angst vor Psychosepatienten geprägt sind.

Eine Psychoanalytikerin markiert klar ihre persönliche Angst, ein anderer Tiefenpsychologe sorgt sich um sich und seine Familie.

4. DISKUSSION

4.1 Ziel und Fragestellung der explorativen APVS – Pilotstudie

Das Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit bestand in dem methodisch begründeten Ansatz die reale ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation, in Raum Heidelberg, von Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis zu erheben, mithilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse (QI) nach Mayring (2015) als Untersuchungsmethode.

Zum einen interessierten insbesondere mögliche *Motive* sowie *Barrieren*, die Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten dazu motivieren bzw. hindern, mit schizophrenen Patienten im ambulanten psychotherapeutischen Behandlungssetting zu arbeiten.

Zum anderen strebte das APVS – Pilotprojekt nach der Erhebung der aktuellen psychotherapeutischen Versorgungssituation eine Optimierung ebendieser an, durch ein evidenzgeleiteten Forschungsprozess nach Ansatzpunkten für die Identifikation von Motiven und Barrieren und der schlussendlichen Förderung oder Überwindung von diesen.

Sowohl versorgungsforschungsrelevante Motive als auch Barrieren sind methodisch gesichert geclustert und identifiziert worden, in Form von prototypischen Patienten- und Psychotherapeutentypen (siehe Abschnitt 3. Ergebnisse).

Infolgedessen konnten die beiden primären Fragestellungen nach den Motiven und Barrieren suffizient beantwortet werden, im Rahmen der Möglichkeiten des explorativen Studiencharakters. Die sekundäre Fragestellung nach möglichen Unterschieden der Motive und Barrieren, differenziert nach psychotherapeutischer Schule (VT, TP oder PA), bleibt vorerst weiter unbeantwortet. Infolgedessen erscheinen insbesondere weitere Forschungsarbeiten zu den oben beschriebenen Fragestellungen und Zielsetzungen wünschenswert, vor allem mit grösseren Stichproben sowie einem multi – zentrischen Ansatz.

4.2 Material und Methoden

Als methodische Schwäche ist anzuführen, dass durch die unmittelbare persönliche telefonische Kontaktaufnahme zu den Ärztlichen sowie Psychologischen Psychotherapeuten die Bereitschaft an der Pilotstudie teilzunehmen beeinflusst worden seien könnte.

Ferner scheinen klassische psychologische Störvariablen wie *Soziale Erwünschtheit* wirksam geworden zu sein, denn entgegen der aktuellen Datenlage arbeiteten 75 % der in der Studie eingeschlossenen ambulanten Psychotherapeuten mit Patienten mit

Schizophreniespektrumsstörungen. Dieser Unterschied erscheint zu den in der Literatur aktuell angegebenen Maximalwerten von circa 3% höchst „signifikant“ und ist dementsprechend zu diskutieren.

Auch ist der *Selektions-Bias* in diesem Kontext zu erwähnen, da Psychotherapeuten, die *nicht* mit schizophrenen Patienten arbeiten in der Gesamtstichprobengröße deutlich unterrepräsentiert zu sein scheinen. Auch könnte der überdurchschnittlich hohe Anteil von primär verhaltenstherapeutisch arbeitenden Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten mit dem Selektions-Bias begründet werden.

Des Weiteren ist ein Nachteil der Studie darin zu sehen, dass die Datenerhebung lediglich regional im Raum Heidelberg erfolgte und somit lokale Besonderheiten, wie beispielweise eine hohe Anzahl an niedergelassenen Ärztlichen sowie Psychologischen Psychotherapeuten, die *externe Validität*, sprich *Generalisierbarkeit*, der Ergebnisse deutlich einschränken.

Andererseits begründet diese Tatsache die gute anzunehmende *interne Validität* der Ergebnisse, da es sich aufgrund der überzufälligen geclusterten und methodisch abgesicherten Ergebnisse nicht um Pseudoreplikationen zu handeln scheint, sondern um reale gegebene Motive und Barrieren in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsstruktur.

Des Weiteren ist als methodische Stärke der explorativen Pilotstudie die Stichprobengröße anzuführen, d.h. dass 32 Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten entsprechend den Einschlusskriterien eingeschossen werden konnten. Das vor Beginn der empirischen Datenerhebung definierte sowie anvisierte $N = 30$ wurde demzufolge erreicht und minimal übertroffen.

Auch lassen die methodisch identifizierten Patienten- sowie Psychotherapeutenprototypen auf die zuvor klinikinterne durchgeführte Pretestphase positiv rückschließen, dass bedeutet die Pretestphase sicherte vor der offiziellen Datenerhebung die inhaltliche und technische Optimierung des Forschungsdesigns.

Darüber hinaus sicherte das Einholen des positiven Ethikvotums des Ethikrates der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg die Unbedenklichkeit des Forschungsvorhabens für die Probanden im vornhinein ab.

4.3 Ergebnisse und Literatur zum Thema

Insgesamt gewertet können die Resultate der vorliegenden explorativen APVS – Pilotstudie als wegweisend eingestuft werden, begründet mit dem methodisch gut abgesicherten Ergebnisteil, der für die interdisziplinäre Versorgungsforschung relevante Patienten- sowie Psychotherapeutenprototypen sowie strukturelle Barrieren im Gesundheitssektor identifizierte.

Insbesondere, vor dem Hintergrund des von Bechdolf und Klingberg bereist 2014 publizierten Paper zu dem sogenannten „Implementierungsproblem“ der Änderung der S3-Behandlungsleitlinien für Schizophrenie, könnten die vorliegenden Ergebnisse, in Form der Clusterung der Antworten der Psychotherapeuten, konkrete Motive und Barrieren in dem Gesundheitssektor, einen Weg hin zu einer Optimierung der psychotherapeutischen Versorgungsrealität weisen. Adäquate Interventionen könnten beispielsweise eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit bezüglich der uneingeschränkten Indikation für Psychotherapie bei schizophrenen Störungen sein, in Fach- sowie Laienkreisen.

Anscheinend ist selbst in Fachkreisen nicht allen Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten die evidenzbasiert nachgewiesene Indikation sowie Wirksamkeit der ambulanten Psychosepsychotherapie bewusst bzw. bekannt.

4.4 Schlussfolgerung und Forschungsdesiderata

Einleitend ist festzustellen, dass sich die intensive Pretestphase in Bezug auf die Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) dahingehend bewährte, dass die beiden primären Fragestellungen durch die Ergebnisse der vorliegenden explorativen APVS – Studie suffizient beantwortet werden konnten.

Zum einen sind relevante Motive sowie Hindernisse identifiziert worden, die ambulante Psychotherapeuten in der Versorgung von Patienten mit schizophrenen Patienten berichteten. Zum anderen wurden in dem Gesundheitssektor Barrieren entdeckt, die durch adäquate Interventionen sowie Präventionen überwunden werden könnten.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die vorliegenden Ergebnisse dieser explorativen APVS – Pilotstudie als erster Schritt zu einem besseren Verständnis der ambulanten Versorgungsrealität von schizophrenen Patienten verstanden werden können.

Einerseits scheinen insbesondere praktische Erfahrungen in der Behandlung von Patienten mit schizophrenen Störungen für die therapeutische Haltung und Bereitschaft ein

Behandlungsangebot zu machen hoch relevant zu sein. Andererseits bedarf es einer Optimierung der realen Strukturen im Gesundheitswesen, um auch Patienten mit schizophrenen Störungen eine leitliniengerechte ambulante Psychotherapie zu ermöglichen.

Die zentrale Schlussfolgerung der explorativen APVS – Pilotstudie besteht in der Identifikation von realen Motiven und Barrieren in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, und der daraus angestrebten evidenzbasierten Implementierung ebendieser im Gesundheitswesen. Die Relevanz der Ergebnisse besteht in einer erneuten Bestätigung der schon seit 2014 von Bechdorf und Klingberg geforderten Verbesserungen im Gesundheitswesen, das heisst dass die Reform der S3-Leitlinien für die Behandlung von schizophrenen Störungen evidenzbasiert erfolgte und nun das von den zuvor genannten Autoren "*Implementierungsproblem*" zu beheben ist.

Ein notwendiges Forschungsd desiderat besteht in der weiteren störungsspezifischen Forschung zu dem noch relativ jungen Bereich der Psychosepsychotherapie. Dem Stigma der Kontraindikation psychotherapeutischer Interventionen sollte weiterhin durch evidenzbasierte Argumentation sowie die vermehrte Öffentlichkeitsarbeit zum bereits veröffentlichten Update der S3-Behandlungsleitlinien im März 2019 der DGPPN begegnet werden.

4.5 Ausblick: Historischer Vergleich der noch gegenwärtigen Stigmatisierung von Menschen mit Schizophreniespektrumsstörungen, bezüglich der psychotherapeutischen Behandlungsindikation sowie -wirksamkeit, zu ehemals in der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung stigmatisierten Menschen mit Borderline-Persönlichkeitspersönlichkeitsstörung

Einleitend bietet sich als Ausblick für eine wünschenswerte Entwicklung der Psychosen – Psychotherapie die historische Entwicklung der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung an.

Historisch betrachtet galt die ambulante psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung als nicht möglich bzw. indiziert.

Aufgrund der intensiven interdisziplinären Forschung zu den psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten, vornehmlich der Kognitiven Verhaltenstherapie, zu der Wirksamkeit von ambulanter Psychotherapie bei der Borderline – Persönlichkeitsstörung, veränderte sich die Behandlungsbereitschaft von Psychotherapeuten zunehmend positiv (Bohus und Schmahl 2009).

In der Vergangenheit galt die Behandlung ebendieser nach wie vor schweren Persönlichkeitsstörung im ambulanten Kontext als kontraindiziert. Dies lässt den Vergleich zu der anscheinend gegenwärtigen Versorgungssituation von Menschen mit schizophrenen Störungen als zulässig erscheinen, denn die psychotherapeutische Versorgungsquote ist, entgegen der in den Leitlinien evidenzbasiert nachgewiesener Wirksamkeit, nach wie vor minimal.

Als Vision für die zukünftige Entwicklung und Optimierung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsrealität von Menschen mit Schizophreniespektrumsstörungen könnte folglich der historisch bedeutsam evidenzbasiert erfolgte Paradigmenwechsel in Bezug auf die Behandlungsindikation sowie –wirksamkeit von Menschen mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung dienen.

Heutzutage erhalten Menschen mit Borderline – Störung, ebenso wie Menschen mit anderen seelischen Störungen, von ambulanten Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten meist komplikationslos ein Behandlungsangebot, und sind folglich *nicht* mehr dermassen stigmatisiert.

Insbesondere Menschen mit schizophrenen Störungen, die sich für die ambulante psychotherapeutische Behandlung entscheiden und somit aktiv Verantwortung für ihre Krankheitsbewältigung übernehmen, sollten eine offene, informierte und leitliniengerechte professionelle Haltung von Psychotherapeuten erfahren, die nicht unnötigerweise zu weiteren sekundären Traumatisierungen sowie Stigmatisierungen von Menschen in Krisen führt.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund:

Die S3-Behandlungsleitlinie *Schizophrenie* der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) empfiehlt Psychotherapie, als Add-on Behandlung zu der obligatorischen Pharmakotherapie, mit dem höchsten Empfehlungsgrad A. Darüber hinaus ist Psychotherapie seit 2014, nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Psychotherapie (GBA) und einer Änderung der Richtlinien, in allen Krankheitsphasen von Schizophreniespektrumsstörungen uneingeschränkt indiziert.

Dennoch befinden sich Patienten mit schizophrenen Störungen selten in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung.

Fragestellungen und Zielsetzung:

Die beiden primären Fragestellungen untersuchten mögliche Motive und Barrieren von Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten mit schizophrenen Patienten in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis zu arbeiten.

Des Weiteren prüfte eine Fragestellung, inwiefern sich die Psychotherapeuten bezüglich ihres angewendeten Richtlinienverfahrens (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch – fundierte Psychotherapie oder Psychoanalyse) in ihren Gründen für oder gegen eine ambulante Behandlung unterscheiden.

Das Ziel war sowohl die quantitative als auch die qualitative ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation von schizophrenen Patienten im Großraum Heidelberg zu erheben. Basierend auf diesen Ergebnissen strebte die explorative Forschung eine Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssituation von schizophrenen Patienten an.

Methode:

Mithilfe des mixed – method Ansatzes der Qualitativen Inhaltsanalyse (QI) nach Mayring erfolgte die Entwicklung des Studiendesigns. Insgesamt 32 ambulante Psychotherapeuten beteiligten sich an den durchgeführten Telefoninterviews zu den Fragestellungen nach Gründen schizophrener Patienten eine Behandlung anzubieten oder nicht.

Ergebnisse:

Durch die Clusterung der Antworten der ambulanten Psychotherapeuten wurden spezifische Psychotherapeuten- sowie Patientenprototypen entwickelt. Psychotherapeuten, die ambulante Psychosen – Psychotherapie anboten und folglich Erfahrungen in dieser Behandlung vorwiesen, können durch die psychotherapeutischen Prototypen „Der offene, hilfsbereite Psychotherapeut“ sowie der „Wirksame Psychotherapeut“ charakterisiert werden.

Psychotherapeuten, die schizophrenen Patienten kein Behandlungsangebot machten oder diese kategorisch abwiesen, wurden in der Hauptkategorie „Der distanzierte, diagnostisch – unsichere Psychotherapeut“ abgebildet.

Des Weiteren erfolgte die Identifikation von schizophrenen Patienten zugeschriebenen Eigenschaften aus psychotherapeutischer Sicht. Zum einen nannten beispielsweise viele mit schizophrenen Patienten arbeitende Psychotherapeuten ebendiese Patienten „sehr dankbar“ sowie „faszinierend“. Folglich entstanden die Cluster bzw. Patientenprototypen „Der sehr dankbare Patient“ und „Der interessante, faszinierende Patient“.

Zum anderen bezeichneten Psychosen – Psychotherapie unerfahrene oder ablehnende ambulante Psychotherapeuten die Patienten mitunter als „anstrengend“ oder „beängstigend“.

Demzufolge erfolgte die Entwicklung der beiden Hauptkategorien „Der herausfordernde, anstrengende Patient“ und „Der unbekannte, stigmatisierte Patient“.

Ferner wurden Barrieren im Gesundheitswesen identifiziert. Zum Beispiel berichteten manche Psychotherapeuten keine Anfragen von schizophrenen Patienten in ihrer ambulanten Praxis zu erhalten oder auf diesem Fachgebiet der Psychotherapie nicht ausreichend ausgebildet zu sein. Diese Psychotherapeuten – Prototypen wurden als „Der nicht nachgefragte Psychotherapeut“ und der „Nicht ausgebildete Psychotherapeut“ klassifiziert.

Diskussion:

Die vorliegende explorative Pilotstudie identifizierte für die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen relevante Motive und Barrieren, seitens der Psychotherapeuten, der Patienten sowie des Gesundheitssystems.

Limitationen sind in der regionalen Datenerhebung, d.h. dem Großraum Heidelberg, dem vermutlichen Selektionsbias der Gesamtstichprobe sowie der Tendenz zur Sozialen Erwünschtheit bei den Antworten der Psychotherapeuten festzustellen.

Als Stärken können die Gesamtstichprobengröße (N = 32), die interne Validität sowie die etablierte und robuste Methodik der Qualitativen Inhaltsanalyse (QI) angesehen werden.

Schlussfolgerungen:

Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen scheinen einerseits von ambulanten Psychotherapeuten Behandlungsangebote zu erhalten, insofern die Psychotherapeuten über Erfahrungen oder Offenheit bezüglich der Diagnose verfügen. Andererseits ist zu vermuten, dass manche Patienten nach wie vor stigmatisierende Erfahrungen auf der Suche nach ambulanter Psychotherapie machen, insofern sie auf unerfahrene oder unausgebildete Psychotherapeuten treffen. Die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung liesse sich folglich durch bessere Aus- und Weiterbildung sowie Inter- und Supervision realisieren.

6. LITERATURVERZEICHNIS

Bechdolf, A. und Klingberg, S. (2014). **Psychotherapie bei schizophrenen Störungen**. Psychiatrische Praxis 41, 8–10.

Bohus, M. und Schmahl, C. (2009). **Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung**. Deutsches Ärzteblatt, URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/64189/Psychopathologie-und-Therapie-der-Borderline-Persoenlichkeitsstoerung> [Stand: 09.01.2020].

Bäumel, J., Pitschel-Walz, G., Bechdolf, A., Behrendt, B., Bender, M., Berger, H., Bergmann, F., Conradt, B., D'Amelio, R., Froböse, T., Gunia, H., Heinz, A., Hornung, W.P., Hornung-Knobel, S., Jensen, M., Juckel, G., Kissling, W., Klingberg, S., Kohler, T., Lägell, R., Luderer, H.J., Mönter, N., Mösch, E., Pleininger-Hoffmann, M., Puffe, M., Rentrop, M., Rummel-Kluge, C., Chirazi-Stark, F., Schaub, A., Schönell, H., Sibum, B., Stengler, K., Wiedemann, G., Wienberg, G. (2008). **Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe «Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen»**. Schattauer, Stuttgart.

Chesney, E., Goodwin, G.M., Fazel, S. (2014). **Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review**. World Psychiatry 3(2), 153-160.

De Hert, M., Dekker, J.M., Wood, D., Kahl, K.G., Holt, R.I., Moller, H.J. (2009). **Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC)**. European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists 24(6), 412-424.

DGPPN e.V. (Hrsg.) für die Leitliniengruppe: **S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung, 2019**, Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019, verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.html> [Stand: 15.01.2020].

Gaebel, W., Falkai, P., Hasan, A. (2019). **Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Behandlungsleitlinie Schizophrenie.** Darmstadt: Steinkopff.

Grenz-Farenholtz, B., Schmidt, A., Verheyen, F. (2012). **Zukunftsthemen der Versorgungsforschung – Was meinen die Experten?** Gesundheitswesen 74, 605-611.

Huhn, M., Tardy, M., Spineli, L. (2014). **Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: A systematic overview of meta-analyses.** JAMA psychiatry 71(6), 606-615.

Jauhar, S., McKenna, P. J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R., Laws, K. R. (2014). **Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias.** The British Journal of Psychiatry 204, 20–29.

Keshavan, M.S., Nasrallah, H.A., Tandon, R. Schizophrenia (2011). **"Just the Facts" 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: from the elephant to the mouse.** Schizophrenia research 127(1-3), 3-13.

Kurtz, M.M., Gagen, E., Rocha, N.B., Machado, S., Penn, D.L. (2016). **Comprehensive treatments for social cognitive deficits in schizophrenia: A critical review and effect-size analysis of controlled studies.** Clin Psychol Rev. 43, 80-89.

Lempa, G., von Haebler, D. und Montag, C. (2016). **Psychodynamische Psychotherapie der Schizophrenie. Ein Manual,** Psychosozial-Verlag, Gießen.

Lincoln, T.M. (2007). **Relevant dimensions of delusions: Continuing the continuum versus category debate.** Schizophrenia research 93(1-3), 211-220.

Lincoln, T.M., Wilhelm, K., Nestoriuc, Y. (2007). **Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis.** Schizophrenia research 96(1-3), 232-245.

Mayring, P. (2015). **Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken,** Beltz, Weinheim und Basel.

Mehl, S., Lincoln, T.M., Roesch-Ely, D., Moritz, S. (2017). **Schizophrenie**. In: Psychotherapie, Hrsg. Herpertz, S., Caspar, F., Lieb, K., 1. Aufl., Elsevier, München, S. 353-372.

Mentzos, S. (2002). **Psychoanalyse der Psychosen**. Psychotherapie im Dialog 3(3), 223-229.

Morrison, A.P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., Christodoulides, T., Dudley, R., Chapman, N., Callcott, P., Grace, T., Lumley, V., Drage, L., Tully, S., Irving, K., Cummings, A., Byrne, R., Davies, L.M., Hutton, P. (2014) **Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial**. Lancet 383(9926), 1395-1403.

NICE (2014). **Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and management [CG 178]**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.

Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., Wong, W. (2010). **Family intervention for schizophrenia**. Cochrane Database Syst Rev 12: CD000088.

Schlier, B., Wiese, S., Frantz, I. & Lincoln, T. M. (2017). **Chancengleichheit in der ambulanten Therapie: Ein Experiment zur Bereitschaft von niedergelassenen Psychotherapeuten, Patienten mit Schizophrenie zu behandeln**. Verhaltenstherapie 27(3), 161-168.

Turner, D.T., McGlanaghy, E., Cuijpers, P., van der Gaag, M., Karyotaki, E., MacBeth, A. (2017) **A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis**. Schizophrenia bulletin 44(3), 475-491

Turner, D.T., van der Gaag, M., Karyotaki, E., Cuijpers, P. (2014) **Psychological Interventions for Psychosis: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies**. The American journal of psychiatry 171(5), 523-538.

van der Gaag, M., Valmaggia, L.R., Smit, F. (2014) **The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: A meta-analysis**. Schizophrenia research 156(1), 30-37.

von Haebler, D., Montag, C., Lempa, G. (2016). **Modifizierte psychodynamische Psychotherapie für Patienten mit Schizophrenie – eine randomisiert-kontrollierte Wirksamkeitsstudie (MPP-S Studie)**. URL: <https://www.ipu-berlin.de/ambulanz/info/modifizierte-psychodynamische-psychotherapie-fuer-patienten-mit-schizophrenie-mpp-s-studie.html> [Stand: 04.07.2019].

World Health Organisation (2019). **ICD-10. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29)**. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2019/block-f20-f29.htm> [Stand: 10.12.2019].

Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S.R., Czobor, P. (2011). **A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes**. *Am J Psychiatry* 168 (5), 472-485.

Xia, J., Merinder, L.B., Belgamwar, M.R. (2011). **Psychoeducation for schizophrenia**. *Cochrane Database Syst Rev* 6: CD002831.

ANHANG

Alle 32 transkribierte, pseudonymisierte Telefon – Interviews mit den in der APVS – Pilotstudie eingeschlossenen ambulanten Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten. Markierte und gefärbte Stellen bilden die Sub- sowie Kodiereinheiten, die die spätere Clusterung der Therapeuten- und Patientenprototypen ermöglichte.

1. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: JA!

I: Warum bieten Sie diesen Pat. ambulante PT an?

T: Hmm, warum biete ich das an? Weil mich das Störungsbild **interessiert**. Und weil ich glaube das diese Pat. einen besonderen **Hilfsbedarf** haben.

I: Okay! Gut, gibt es sonst noch Gründe PT anzubieten? Interesse und Hilfsbedarf ist ja schon mal richtig gut. Gibt es sonst noch Gründe, warum Sie das machen?

T: Hmm, nee, das klingt jetzt vielleicht komisch, so ein Teil ist wirklich die **Faszination**, für dieses so ganz andere Erleben. Das steckt in diesem **Interesse** schon drin. Ich kann es nicht anders beschreiben, das Wort ist **Faszination**. Ich hoffe, das klingt nicht abwertend für die Leute. Ich frage mich was Menschen, wie Menschen in diese Lage kommen so vollkommen **anders zu erleben oder zu denken**. Ähm, das möchte ich gerne verstehen.

I: Ja.

T: Da möchte ich **gerne Erfahrungen zu sammeln**.

I: Ich finde ganz klasse, wie Sie das auf den Punkt gebracht haben und genau darum gehst ja in unserer Studie zu schauen, warum Sie mit Ihnen arbeiten, weil ja ganz viele von den niedergelassenen Kollegen nicht mit Ihnen arbeiten. Gut, dann vielen, vielen Dank, das war es schon, wenn Sie keine Fragen mehr haben.

T: Das ist alles?

I: Das ist alles!

T: *lacht laut!*

... **Small-Talk**

T: Aber ich kann Ihnen auch schon, also wenn, das haben Sie jetzt gar nicht gefragt, es ist ja so, es **landen nicht viele bei mir**, und ich habe damit angefangen Leute zu sehen, die dieses Störungsbild aufweisen...

I: Ja.

T: Und was mir dabei auffällt, das ist jetzt ja noch nicht repräsentativ, aber, weil es ja noch nicht so viele sind, aber ich erlebe **eine größere Ambivalenz**, als bei anderen Pat.

I: Ähm, hmm!

T: Das sind jetzt von den 5 oder so, die bei mir bisher gelandet sind, bei 3, das find` ich überdurchschnittlich viel, die im Prinzip, is` ja klar, **Ambivalenz** ist ja eines, Bleuer hat das so formuliert, es gehört irgendwie zum Störungsbild.

I: Ja.

T: Ich hab` so oft das Gefühl, das **erschwert auch so, da ist so eine große Hürde da, in eine ambulante PT zu kommen**. Das ist mein Eindruck.

I: Also, als Hinderungsgrund, dass die Pat. nich` ankommen?

T: Ja, genau!

I: Okay!

T: Was dann dazu führt, dass u.U. Termine **nicht zuverlässig wahrgenommen werden und abgesagt** werden.

I: Ja.

T: Und ich bei mir dann merke, ich bin **dann schon kulant**, also ist meine Bewertung, natürlich weiß ich wie das andere sehen würden, ich, hmmm,nehm` das dann schon mal ein paar Mal hin, wenn jemand einen Termin kurzfristig absagt od. gar nicht erscheint. Aber irgendwann muss ich dann halt auch **die Reißleine ziehen...**

I: Ja.

T: ... weil`s sonst **irgendwann für mich schädigend** wird. Also das sind so Sachen...

I: Alles klar...

T:... das liegt halt am Störungsbild, da kann man gar nicht so viel verändern.

I: Aber das ist schon mal eine wertvolle Info. Danke für die Info, dass wir die Sache von der anderen Seite betrachten...

.... **Small-talk**

2. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: Jawohl!

I: Warum bieten Sie ambulante PT an?

T: **Weil sie Therapie brauchen.**

I: Hmmm. Das ist schon mal ein ganz wichtiger Grund. Gibt es vielleicht auch noch Erfahrungen oder persönliche Gründe, warum, es gibt ja ganz viele, die das nicht anbieten, Sie bieten es an, also haben Sie noch andere Motivationspunkte?

T: Also Motivation, weiß nich`, ob das in Ihr Schema reinpasst. Ich hab meine **PIA-Zeit** in einer Aufnahmestation gemacht, die **schwerpunktmäßig mit Schizophrenen gearbeitet** haben.

I: Ja!

T: Und da hatte ich ein **bisschen Kontakt**, da sind die **Berührungängste verloren gegangen**.

I: OK! Hmm, also wie gesagt, es geht ganz offen darum, deswegen auch die ganz offenen Fragen, was für Sie Motivation od. Hindernis darstellt, d.h. Sie sagen, Berührungängste sind durch die Vorerfahrung verloren gegangen?

T: Ja.

I: OK. Was für Erfahrungen haben Sie jetzt in der Zeit gemacht, in der Arbeit mit schizophrenen Patienten?

T: Das ist auch wieder eine sehr offene Frage.

I: Ganz allgemein und offen bitte!

T: Hmm, sehr unterschiedlich. Zum einen, was weiß ich, habe ich eine Paartherapieanfrage, und dann kriegst du mit, dass sie noch in einer fluiden Phase ist. Und, der Partner mal von 20 J. eine Phase hatte, und jetzt haben sie deswegen Paarprobleme. Beziehungswahn und so weiter. Im Endeffekt versucht ich sie, und so weiter, anzubinden an eine medikamentöse Therapie. Jetzt habe ich ihn aufgenommen, zur **Entlastung, Begleitung, Alltagsstruktur, Ausgleich**, sowas.

I: Hmm.

T: Das ist so ein Teil davon, der andere ist, das man wirklich eine Pat. nach einer vor 2 J. stattgefundenen Phase, die zu mir kommt und sagt, **sie ist unsicher, ob sie wieder Medikamente nehmen soll**, sie hätte gerne **Therapie zur Unterstützung, ähm, Entlastung, Wiedereinstieg Beruf und so weiter. Und sucht aber einen Therapeut, der nicht gleich Panik hat und ihr Medikamente verschreibt**. Und das geht so.

I: Ja.

T: Solche Sachen.

I: OK. Gut. Habe ich das gerade richtig verstanden, einen Therapeut, der nicht gleich Panik hat, und sofort auf Medis besteht?

T: Genau.

I: OK: Wunderbar. Gut, das sind schon ganz viele wichtige Punkte. Gibt es sonst noch irgendwas, was Sie in der Arbeit mit schizophrenen Pat. als erwähnenswert ansehen? Was vielleicht für Sie od. andere Therapeuten Motivation od. ein Hindernis darstellt?

T: Ich habe jetzt nicht die brutalste Erfahrung damit, ja, dazu bin ich zu kurz im Geschäft, ich glaube es ist ganz hilfreich, **wenn man sich von dem Anspruch befreit**, es gibt ja ganz klare Leitlinien zur F2.Behandlung, wenn es um fluide Phasen geht, die Medikation ist das Mittel der 1. Wahl. Wenn die Leute eingestellt sind und einfach **Alltagsprobleme haben od. wo sind meine Grenzen, Alltagsstrukturierung, das sind doch ganz klassische VT-Aufgabengebiete**. Ich denke, da können wir gut unterstützend wirken...

I:Hmmm.

T: Wenn man sich **selbst von dem Anspruch befreit, da jetzt die „mega“ Heilung** durchs Gespräch hinzukriegen, kam man glaube **ich sehr sinnvoll wirksam sein**. Und das ist noch nicht mal auf neuere Ansätze wie MKT.

I: Ja, ja.

T: das zielt auch schon darauf hin.

I: Das ist auch ein ganz toller Punkt. DANKE für Ihre Teilnahme...

3. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: Also, das ist jetzt so `ne Frage, was heißt anbieten?

I: Arbeiten Sie aktuell m. Pat., die die Diagnose aus dem F2.- Bereich haben?

T: **Nein.**

I: Nein. Okay, warum arbeiten Sie nicht mit diesen Pat.? Gibt es Gründe oder einfach Erfahrungen?

T: Hmmm, es hat sich bei mir, ich überlege ganz kurz...

I: Ja. Nehmen Sie sich ruhig einen Moment Zeit.

T: Ich hatte einen oder zwei Pat., das ist aber schon eine Weile her, und aktuell is` es so, **dass sich niemand meldet**, ich das aber auch **nicht als Schwerpunkt irgendwo angegeben habe**.

I: Ja.

T: Ich habe, ähm, ich hab` eigentlich nur einen Schwerpunkt angegeben, mit dem bin ich so überlastet, dass ich nicht noch einen zweiten Schwerpunkt angebe, weil ich lieber ein breites Spektrum an Pat. haben möchte.

I:Hmmm, okay. Also zusammengefasst, ist es einfach so, **dass Sie einen anderen Schwerpunkt haben**.

T: **Ich habe einen anderen Schwerpunkt, genau!**

I: Darf ich da direkt fragen, was für ein Schwerpunkt das is`?

T: Transsexualität ist das!

I: Hmmm, bitte nochmal wiederholen.

T: Transsexualität.

I: Transsexualität, oh, das ist ja sehr spannend. Gut, und sonst darüber hinaus gibt es keine Gründe, das ist einfach aufgrund ihrer Spezialisierung und Ihres Schwerpunktes.

T: Ähhh, ja. Ich wüsste jetzt keinen Grund. Und es gibt, insgesamt ist das **ja die Frage, was man da machen kann**. Und auch mit **der Ausbildung, da wird das ja diskutiert**. **Ich kenne nicht viele Kollegen, die sagen, ich mach das**, regelmäßig.

I: ja.

T: Sagen wir das mal so. **Nur wenige**.

I: Ja. Genau.

T: Das war in **der Ausbildung schon durchaus Thema**, ich weiß nicht, ob Sie sich da auskennen, bei Herrn H., der hat sich damit beschäftigt, der war PP, der hat auch in der Psychiatrie gearbeitet. **Aber es ist eher die Ausnahme**, dass jemand psychotische Pat. behandelt.

I: Das ist ja auch genau der Grund unserer Studie, das wir einfach sehen, dass viele Therapeuten das nicht anbieten, einfach aufgrund Ihrer Spezialisierung oder wie Sie, Ihren Schwerpunkt in der Transsexualität. Herr XY, das war jetzt bereits die Datenerhebung, ich danke Ihnen ganz herzlich.

T: Okay, gut. Schönen Tag noch...

4. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: Ja.

I: Warum bieten Sie diesen Pat. ambulante Psychotherapie an?

T: Ja, warum, also die kommen zu mir, und in dem Moment, wo ich denke, sozusagen, ich kann da helfen, biete ich denen das an.

I: Hmm, prima, das ist schon mal Klasse, dass Sie das machen, und wenn Sie jetzt überlegen im Vergleich zu anderen niedergelassenen Kollegen, was sind Ihre Erfahrungen, warum Sie jetzt sagen, ich mache das, viele sagen ja, ich mache das nicht.

T: Naja, ich mache das, ähm, weil ich glaube, **es ist sehr vielschichtig, weil Leute da vielleicht Vorbehalte haben.**

I: Ja.

T: Möglicherweise auch, ähm, gerade analytische oder psychologisch tiefenpsychologisch fundierte Therapeuten, **weil ja viele Leute, ähm, ähhh, das Gefühl haben, vielleicht das ist irgendwie ganz, `ne schwere Erkrankung, also eine ganz grundlegende Erkrankung, gegen die ich mit meinem Inventar nichts machen kann.**

I: Ja.

T: Und, das **sind anstrengende Pat. Ja, also, die viel Aufmerksamkeit, von der Struktur vielleicht deshalb. Sehr, sehr anstrengend. Ähm, ich muss mich dann als PP auch sehr mit der med. Seite und Psychiatern, es ist ein riesen Aufwand.**

I: Ja.

T: Und vielleicht, ähm, was man auch nicht vernachlässigen darf, ähhh, **die Antragstellung könnte sich schwierig gestalten, weil die Psychodynamik, also das, was im Antrag, ich bin selber auch Gutachter...**

I: Ah, okay...

T: ... die Leute ja auch selber beschreiben sollen, da kann es schwierig werden. Oder vielleicht auch so ein **Vorbehalt, ach, ist das überhaupt, ist das was Organisches, oder, kann ich da überhaupt was...**

I: Ah, okay...

T: machen. **Oder, ähm, möglicherweise auch ich verfüge nicht über das Inventar, da was zu machen. Und ich nehme die, lange Vorrede, weil ich das Gefühl, also wenn man die, sozusagen, so offen ist, dass man da sehr aktiv, also psychoedukativ, tatsächlich etwas machen muss.**

I: Ja.

T: **Also aktiv an der Lebensführung, an der Lebensführung, da kann man mit relativ wenig Aufwand viel erreichen. Das ist mein Gefühl.**

I: ja.

T: Also, beziehungsweise, wenn da jetzt einer ist, der, der wahnhaft ist, der immer Leute verklagt, und der geht dann zum, Menschenrechtsgericht, und nach einer Stunde macht der das nicht mehr, beziehungsweise lässt das sein.

I: Ja.

T: **Dann ist das ja ein riesen Fortschritt. Und nicht mehr psychotisch ist...**

I: Definitiv..

T: **Aber, also, deshalb denke ich, dass man kann eigentlich mit wenig viel erreichen. Deshalb mache ich das. Aber, ich glaub, man muss sich auch sicher sein, was man da sozusagen für Erfolge hat und nicht. Aber es ist anstrengend, das denke ich auch.**

I: Ja.

T: Ich mache das, ich finde es auch interessant, und ähm, der Wahn ja auch psychodynamisch interessant ist. Wenn man, vielleicht muss man sich das auch so, von dieser Seite klar machen.

I: Ähm, hmmm, vielen herzlichen Dank, das waren sehr viele wirklich wichtige Punkte....

5. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: Ähm, also, ob ich das explizit anbiete?

I: Oder ob Du mit denen arbeitest? Oder hast Du da Erfahrungen sozusagen?

T: Keine Erfahrung bislang, ich würde es aber anbieten. Naja, je nachdem wie ausgeprägt, also die Erkrankung ausgeprägt ist. Ich habe eine Pat., die hatte das vor 20 Jahren, eine Psychose, die hat eine paranoide Schizophrenie. Die, jetzt ganz lang ohne Rezidiv, Also wirklich rezidivfrei...

I: Ja.

T: Ähm, und die ist jetzt auch bei mir in Behandlung, ambulant.

I: Ok.

T: Schizophrenie, also natürlich ist das auch ein Thema in der Behandlung, also, JA, ich würde sagen JA.

I: Ja, OK, gut. Was sind Deine Erfahrungen, also warum bietest Du das an? Was ist da Deine Motivation zu?

T: Die Motivation, weil, ähm, das anzubieten. Also grundsätzlich glaube ich, ist es so, dass ich einfach da generell erst einmal offen ran gehe. Nicht irgendwie eine Einstellung, also da eine offene Haltung habe und keine Diagnose spezifisch ausschließen möchte. Ähm...

I: Ja.

T: Pat. nicht von vornherein abzuweisen, das halt, ich guck erstmal, wie eigentlich mit allen anderen Pat., dass ein gutes Arbeitsbündnis entstehen kann. Die Beziehung irgendwie, dass Beziehung aufgebaut werden kann und natürlich schon auch, ob ich es mir zutraue. Wäre das ein bisschen abhängig davon...

I: Hmmm.

T: Wie zum Bsp., ob, eine akute Psychose kann man ja sowieso nicht behandeln, aber wenn es halt wirklich so noch wäre, dass es vielleicht noch etwas akuter werden würde, dass man merkt, boah, ich traue mir das nicht zu, dann sind in der Therapie da nicht die Mittel. Ähm, da bräuchte es dann eher jemand, der sich damit auskennt. Dann würde ich natürlich auch immer weiter verweisen, ansonsten habe ich natürlich auch Interesse, wie bei allen anderen Pat. auch. Und speziell an dem Erkrankungsbild, meinst Du? Was da so meine Motivation wäre?

I: Ganz genau! Genau. Psychose, Schizophrenie, also alle F.20..., ähhh, F.2, genau!

T: Also, F.20 Diagnosen. Also, hmmm, ja. Grundsätzlich, dass ich denke, es ist überhaupt für die Pat. schwierig überhaupt irgendwo unter zu kommen und ich denke es ist unheimlich wichtig. Ähm, dass es therapeutisch auch greift und nicht nur, jetzt echt, medikamentös behandelt werden. Du kennst das ja auch...

I: Ja, klar.

T: ... von Deiner Arbeit. Ähm, den ursächlichen Faktoren, die auch mit eine Rolle spielen, ist es unheimlich wichtig da auch Unterstützung zu geben und zu gucken wie die Psychose sich auswirkt und ob das Leben, genau, ob Partnerschaft und ob Beziehungen...

I: Ja.

T: Ja, ich glaube es ist schon noch was, wo ich sicherlich viel Mitgefühl habe und wo ich denke, dass die Pat. an sich, sind dankbare Pat. ...

I: Ja.

T: ...glaube ich. Das ist für mich mit so eine Motivation.

I: Okay, Du, das ist schon ganz viel und genau darum geht's ja, Danke, das war's schon

....

6 Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: JA.

I: Warum bieten Sie diesen Pat. ambulante Psychotherapie an?

T: Ähm, weil ich in meiner Zeit als Psychiaterin einfach oft gesehen habe, das die Pat. in unserem Gesundheitswesen irgendwie zu kurz kommen als Psychosepatienten.

I: Ja.

T: Das mit denen nur wenig geredet wird, und die dann immer gleich viel Medikamente erhalten, die die dann auch schnell wieder absetzen.

I: Ja.

T: Das man in den Kliniken die Pat. dann immer halt im dekompenzierten Zustand kennen lernt...

I: Ja.

T: Bis sie sich wieder stabilisiert haben und was ich sehr bemerkenswert fand, in meiner klinischen Ausbildung war, als ich Anfang der 90er Jahre, Moment mal, meine Facharztanerkennung ist '94.

I: Ja.

T: Da war ich dann im Reha-Zentrum Neckargemünd und da gab es die Abteilung von Hr. Dr. R...

I: Ja.

T: Die hatten dann Pat., also jugendliche Psychosepat. In langjährigen Ausbildungsverläufen. Und da habe ich sozusagen diese ausbildungsbegleitenden Therapie mit denen gemacht und das ging eigentlich sehr gut...

I: OK.

T: Wobei man immer ein bisschen an bestimmten Punkten immer recht vorsichtig sein muss...

I: Ja.

T: Also viel stabilisierend wirken muss. Das hat mir sehr Mut gemacht, auch dann Psychosepat. Auch längerfristig zu therapieren und zu begleiten.

I: Vielen Dank, das waren jetzt viele wichtige Informationen!

7. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: JA.

I: Warum bieten Sie diesen Pat. ambulante Psychotherapie an?

T: Zum einen, weil ich zum einen, weil ich gute Erfahrungen gemacht habe. Ähm, und, ähm, weil ich denke dass das ein Pat.-kreis ist, der auch sowas braucht. Auch auf regelmäßige Unterstützung angewiesen ist, und ähm,

I: Ja...

T: ...weil ich auch, denke, dass man durchaus, ähm, ähh, ich sag` jetzt mal, auf der Verhaltensebene Veränderungen bewirken kann, die entlastend wirken und von daher auch, ja, äh, Krisen entgegen wirken können.

I: OK, sehr gut. Gibt es darüber hinaus auch Punkte, warum Sie glauben, dass diese Pat., Psychosepat., PT brauchen?

T: Ähhh, naja, also, ähhh, ich denke viele fühlen sich auch, wenn sie eine reine med. Therapie bekommen, alleine gelassen. Viele sind ja einfach auch mit, ähm, den Erlebnissen und Erfahrungen, die sie so machen überfordert.

I: Ja.

T: Sie sind mit einer Umwelt konfrontiert, ähm, die auf psychotische Symptomatik, ähhh, meistens, mindestens irritiert reagiert, wenn auch nicht, also, oft auch sehr ablehnend.

I: Ja.

T: Ähm, stigmatisierend auch, ähhh, und das sind, ähm, Erfahrungen, die nochmal zusätzlich belasten. Und die, ähhh, einfach auch verarbeitet werden müssen.

I: Vielen Dank für Ihre Teilnahme, das ist ganz wertvoll als Information für mich, für mich.....

8. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: JA.

I: Warum bieten Sie diesen Pat. ambulante Psychotherapie an?

T: Natürlich hätte ich mir im Vorfeld schon Gedanken machen können, hab` ich nicht, also überlege ich jetzt mal. Ich denke, das Wichtigste, ist natürlich, ähm, das die Pat. **einen gleich gr. Leidensdruck** haben, wie die anderen Pat. mit, die mit anderen Erkrankungen kommen, auch haben. Zumal ich auch tatsächlich **keine Berührungsängste habe**, durch die, ähm, durch die stationäre, ähm, das stationäre Praktikum, was ich gemacht habe auf der entsprechenden Station...

I: Ja...

T: Von da, ja auch irgendwie, **mich ein bisschen verliebt habe, in diese Pat.**, diese Pat.-gruppe, die doch einfach was anderes sind. Ich find` **das eigentlich ganz spannend, das man da, neben den vielen, heutzutage viele Depressionen, viele Burn-Outs, das man da auch, tatsächlich, mal was anderes sieht.**

I: Ja..

T: und, ja, mit **ganz anderen Gedankengängen konfrontiert wird.** Ich **find`s tatsächlich auch spannend vom Schlag Mensch her**, sag` ich ma`.

I: OK. Also, das find` ich schon mal echt gut auf den Punkt gebracht und kann ich nachvollziehen. Gibt`s darüber hinaus noch Gründe, warum Du sagst Du arbeitest jetzt gerne, oder auch natürlich speziell mit Psychosepsychotherapiepatienten zusammen?

T: Ähm, joah, ich würd` sagen, also was ich jetzt bislang, ich bin noch nicht so lange in der Praxis tätig, davor aber natürlich angestellt und da habe ich schon gemerkt, dass ich, auch diesen Pat. PT durchaus helfen kann. **Wo man bislang vielleicht gesagt hat, Medikamente und sonst geht da nicht viel. Das man durchaus merkt, wenn man da mit Psychoedukation, oder strukturierenden Maßnahmen, ähm, arbeitet, dass das durchaus auch helfen kann, zu stabilisieren und zu verarbeiten.** Ja...

I: OK. Ja, prima, also was ich merke, dass Du sagst, es is` was Spezielles, was Dich interessiert und das PT auch wirksam ist ...

T: Ja, ja...

I: Gibt`s darüber hinaus noch Punkte, die dich motivieren mit diesen Pat. zu arbeiten?

T: Hmm...

I: Nimm` Dir gerne einen Moment Zeit!

T: Ja, also ein weiterer Punkt ist, dass ich das Gefühl habe, also, wie gesagt die Pat. – zahl auf die sich das beruht ist nicht groß, aber ich hatte **bislang das Gefühl, dass das dankbare Pat. sind**, weil eben vorher viel Erfahrung gemacht wurde, dass Therapeuten eben ablehnen, ähm, das auch viel **Stigmatisierung herrscht** und dass sie sich dann angenommen und verstanden fühlen. Das das einfach schon ein wichtiger Beitrag is`... zur Genesung.

I: Okay, gut, dass sind echt viele wertvolle Punkte für mich ...

9. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: Ich bin ja schon relativ lange niedergelassen **und es gab kaum Anfragen**, aber JA.

I: Warum bieten Sie diesen Pat. ambulante Psychotherapie an?

T: Wie **bei allen anderen auch, weil ich den helfen möchte.**

I: Okay, das is` natürlich schon mal ein ganz wichtiger Punkt, dass sie helfen möchten und was sind da sozusagen Ihre Erfahrungen, es gibt ja auch ganz viele, die sagen, dass mach` ich nicht.

T: Hmm, ja, also wie gesagt, ich habe da leider bisher wenig Erfahrungen sammeln dürfen, obwohl ich offen gewesen bin, immer an Stellen, an denen ich sozusagen, ins Schleudern gerate mich in die Interventions-Gruppe zu gehen oder aber in einer bezahlten SV bei einer erfahrenen Kollegin, Analytikerin vorstell...

I: Ja.

T: weil ich, also, ich mache meinen Beruf nicht als Broterwerb, sondern mit echtem Herzblut und mir macht's Freude sozusagen daran immer zu wachsen, am besten mit den Fällen, die einen überfordern oder mit denen man sich verwickelt.

I: Okay.

T: Und ich hab` aktuell 2 Pat., also bei dem einen ist es `ne strukturelle Störung, bei dem möglicherweise psychotische Anwandlungen in der Vergangenheit stattgefunden haben.

I: Okay.

T: Bei dem anderen ist der Vater schizophren, ja und ähm, da nehme ich mir, also bei beiden habe ich mich auch schon mit Kollegen ausgetauscht. Hmm, aber wie gesagt, ich hatte bisher wenig Anfragen. Den einen Pat. habe ich dann einweisen müssen.

I: Okay, aber den Punkt finde ich sehr wichtig, dass Sie sagen, einerseits sie möchten, wie auch allen anderen Pat., denen helfen. Und, dass sie gleichzeitig sagen, dass es, so wie ich es verstanden habe, auch eine Herausforderung ist, die dann auch zum Wachsen bei Ihnen führt.

T: Ja, weil es ja wenig Ausbildung gibt, in den bisherigen Verfahren, in diesem Bereich. Es ist zu wenig in der Ausbildung vorgekommen, dass denke ich, dass ist mittlerweile Konsens, oder. Sehen Sie das anders? Darauf wird ja Ihre Studie hinauslaufen.

I: Genau, genau. Also, das ist für uns wichtig zu verstehen, warum die Mehrheit der Therapeuten es leider nicht anbietet. Es ist ja, klasse, dass Sie das anbieten. Und natürlich genau dieser Punkt, Verbesserung der Ausbildung ist eines dieser Ziele, zu verstehen, wieso, weshalb es angeboten wird, oder eben nicht.

T: Und ich glaube, also als ich jung war, hat mir das Angst gemacht, weil ich das Gefühl hatte, da können Sachen passieren, die ich weniger kontrollieren kann, als bei einem depressiven Pat. Aber das stimmt ja auch so.

I: ja.

T: Aber da hat mir das irgendwie mehr Angst gemacht. Ich hab` das trotzdem nie abgelehnt, sowas zu machen, soweit ich mich erinnere. Aber ich glaube, der Faktor ist nicht unwesentlich. Das ist `ne berechenbarer Sache mit einem depressiven Pat.

I: Das ist auch ein Punkt, wie Sie das gerade schildern, freut mich, das habe ich jetzt auch schon des Öfteren gehört, dass natürlich, seien es Berührungsängste, oder auch in Ihrer Klarheit, Angst herrscht, Wie ist diesen Pat., mit diesem Störungsbild, behandelbar, oder was wären auch Risiken.

T: oder, wie sicher ist man in der diagnostischen Einordnung, ja...

I: ...ja...

T: ... das ist auch eine Frage. Bei mir zum Beispiel, ich habe kein psychiatrisches Jahr gemacht.

I: Hmm, ja.

T: und ich glaube, die älteren Kollegen, Psychologen, haben das ja in der Regel nicht. Das ist eine Schwierigkeit, ja. Mit solchen Diagnosen hatte man da ja bisher wenig zu tun.

I: OK, also im Endeffekt, eine nicht ausreichende Ausbildung und natürlich dann aber auch die fehlenden praktischen Erfahrungen, wenn ich das richtig verstehe.

T: Die nicht ausreichende Ausbildung, und wenig Kontakt, mit diesem Klientel, wenn sie niedergelassen sind. Ja, im gesamten bisherigen beruflichen Leben..

I: Vielen Dank....

10. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: JA.

I: Warum bieten Sie diesen Pat. ambulante Psychotherapie an?

T: Warum, ähm, ja, um Ihnen zu helfen, sage ich mal ganz salopp.

I: Hmm, ok, ähm, und es gibt ja andere niedergelassene, die sagen, mache ich nicht. Was sind da Deine Erfahrungen, weil da Du ja mit Ihnen arbeitest bzw. was sind Gründe, dass Du sagst, ich biete F2.Pat. ambulante PT an?

T: Also, hmm, also Erfahrungen sind, ich finde es teilweise schon recht schwierig, die Arbeit, je nachdem. Hmm

I: ja.

T: Z. Bsp., Ähm, ja oft, ähm, ausgefallene Stunden. Ähm, zum Beispiel, ähm, mit Schwierigkeiten mit Hausaufgaben. Oder mit Absprachen. Ähm, oder m. Umsetzungen.

I. Ja.

T: Ähm, auf der anderen Seite, aber auch schon recht spannend. Weil mich das auch interessiert, auch fasziniert. Und weil ich schon auch das Gefühl hab', die Pat. hängt auch so ein bisschen zwischen allen Stühlen. Und es ist gut, wenn die Leute auch einfach eine Anlaufstelle habe.

I: ja.

T: und ich die Erfahrung gemacht habe, man muss schon sehr, im Einzelfall auch immer gucken, was möglich ist.

I: Ja. OK, hmm. Das sind schon viele wichtige Punkte, möchtest Du da noch was hinzufügen, warum Du sagst, ich bin motiviert, das anzubieten. Oder sind das so die Hauptpunkte?

T: Ich glaube, das waren so die Hauptpunkte. Weil ich wie gesagt einfach denke, die, die Versorgung ist wahrscheinlich relativ schlecht. Und, ich, sage mal so, habe da für mich auch schon so eine Grenze, ich würde jetzt nicht unbegrenzt Pat. mit dem Störungsbild aufnehmen. Und ich es teilweise auch schon als relativ anspruchsvoll empfinde.

I: Ja.

T: Ja, ich sag' mal so, 2 Pat. zu der gegebenen Zeit, ähh, könnte ich zur Zeit, ist so ein Bsp., was ich im Moment so, das kann ich, das kann ich ganz gut...

I: Okay. Danke...

11. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: JA.

I: Warum bieten Sie diesen Pat. ambulante Psychotherapie an?

T: Weil das zu meinem Tätigkeitsbereich gehört, Punkt 1. Punkt 2, weil mir das auch Freude macht.

I: Hmm, okay, das sind schon mal ganz klare Aussagen. Gibt es darüber hinaus Punkte, die Sie motivieren mit diesen Pat. zusammen zu arbeiten?

T: Ja, das Vorgehen erfordert, ähm, ein bisschen mehr Kreativität, finde ich, jetzt als bei anderen nicht psychotischen Störungen.

I: OK.

T: Also mehr Kreativität, mehr Sensibilität, ähm und, es ist immer wieder **spannend**, in die Welt der psychotischen Pat., hmmm, ein Stück weit mit einzutauchen. Da zu gucken, wo gibt es da **Möglichkeiten**, ähhh, ähhh, mit der normalen Welt in Verbindung zu kommen.

I: Ähm, ok, gut, das sind jetzt schon einige wichtige Punkte. Haben Sie dem noch etwas hinzuzufügen, warum Sie mit diesen Pat. zusammenarbeiten.

....

T: Das praktisch ja ganz regulär, das zum jetzt **MaßnahmenKatalog** gehört. Was es manchmal ein **bisschen schwierig** macht, ist so **die Verlässlichkeit** der Pat.

I: Ich bedanke mich....

12. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: JA, das tue ich.

I: Warum bieten Sie diesen Pat. ambulante Psychotherapie an?

T: Weil **mein Interesse an den Psychosen**, ähhh, auf meine **frühe Tätigkeit in der Heidelberger Psychiatrie zurück geht**. Also, ich hatte meine 1. Stelle in der Voßstr., ...

I: Ja....

T: ... und wurde gleich, damals war die sozial-psychiatrische Klinik v. Prof. H. dort noch beheimatet, neben der Klinik Ritter v. Baeyer. Und ich **musste einfach mit der Psychotherapie einsteigen, weil der sozial-psychiatrische Ansatz so war**. Ich habe Gruppen Therapie in, ähhh, auf der Station gemacht. Alle, auch noch so akut psychotische Pat., vom 1. Tag daran teilnehmen mussten.

I: Hmmm.

T: Und da gab es 2 Doppelstündige Sitzungen pro Woche.

I: Also, Sie sagen, dass Sie das Interesse an Psychosen haben. Was genau hat Sie da interessiert, was hat Sie motiviert mit den Pat. zu arbeiten?

T: Daß das **so eine interessante und vielseitige Pat.-gruppe ist**. So verschiedene Zustandsbilder und die **Phantasien, die psychotischen Phantasien sind so ausgreifend und anregend**. Da kann man sich ja ewig mit beschäftigen.

I: OK. Was sind noch Gründe, warum Sie mit diesen Pat. arbeiten? Möchten Sie noch etwas hinzufügen?

T: Also, ich, ähmmm, hatte natürlich während der psychoanalytischen Ausbildung, ähhh, hauptsächlich den Psychotherapie-Wert auf die Neurosen und psychosomatischen Zustandsbilder gelegt, weil das so üblich ist. Und, hmmm, Jahre danach, da war ich schon niedergelassen, hat es **einen Vortrag gegeben in HD, da war der Prof. M. aus FfM, da, und hat über seine Erfahrungen m. den Psychotikern vorgetragen, und das hat irgendwie Klick gemacht bei mir. Wo ich gesagt habe, darum kümmere ich mich jetzt wieder.**

I: Okay...

T: Ich nehme jetzt solche Pat.

I: Hmmm, das freut mich zu hören, dass Sie durch diesen Vortrag dann, daß es Klick gemacht hat. Gibt es noch weitere Erfahrungen, die Sie in Ihrer langjährigen Tätigkeit gemacht haben, die Sie dann weiter motiviert haben, mit diesen ja doch besonderen Pat. zu arbeiten?

T: **Das ist eigentlich immer gleich geblieben, das Interesse**. Also, wenn solche Pat. sich gemeldet haben, ich habe mir dann ja auch im Kollegenkreis so einen gewissen Beruf, ähhh, nein Ruf, erarbeitet, dass ich mich für **sowas interessiere**. Und wenn dann bei jemand so ein Pat. aufgetaucht ist, dann wurde ich angerufen und gefragt, ob ich einen Platz habe.

I: ähhh, ok. Vielen Dank...

13. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: JA, das tue ich.

I: Warum bieten Sie diesen Pat. ambulante Psychotherapie an?

T: Also, das ist jetzt eine ganz offene Frage?

I: Ganz genau..

T: ... weil ich auch davon überzeugt bin, dass auch Pat. aus dem schizophrenen Formenkreis von Psychotherapie profitieren können. Und, auch häufig eine Verbesserung der , der , ähhh, der ganzen Störungsgeschichte zur Folge hat...

I: ja...

T: ..., ich bin im Moment ultra schlecht was , was Wortwahl angeht,

I... gar kein Problem...

T:... Still-Demenz.

I: Du kannst gerne auch schlagwort- oder stichpunktartig Gründe nennen, warum Du mit diesen pat. zusammen arbeitest, also Deine Motivation und was Erfahrungen mit diesen Pat. sind?

T: ähmmm, also ist das jetzt `ne Frage?

I: Genau.

T: Was mich motiviert ist, dass schon kleine Interventionen denjenigen super viel helfen, also, alleine Psychoedukation. Ähhh, hilft ja dabei, ähhh, denen mitzuteilen, neee, Sie sind nicht verrückt, sozusagen, denen zu sagen, den Prozess, den sie da erleben ist erklärbar.

I: ja.

T... und, das macht so, das kann ja kein anderen denen erklären , dass sozusagen, deren Gehirn ist durcheinander geraten. Sie müssen deswegen, speziell gut auch sich aufpassen. Ähm, aber das ist jetzt kein Hexenwerk , sondern...

I: OK:

T: Ich finde, das hilft den meisten schon, nicht den Chronikern, aber den Ersterkrankten, das einzuordnen. Ich bin jetzt nicht vollkommen defekt.

I: Gibt es darüber hinaus Erfahrungen oder Gründe warum Du sagst, ich arbeite mit diesen Pat. zusammen?

T: Die sind einfach nett und unendlich dankbar. Es ist so... Interaktionell sind die auch nicht schwierig, die haben ganz andere Probleme...

I: Dankesehr...

14. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: Nein, weil damals war das dann gleich, dass man gesagt hat, die gehen alle gleich stationär.

I: ok.

T: Das hat sich inzwischen schon sehr verändert, aber damals war das ganz klar, die sollen alle stationär.

I: OK. Gut. Das ist schon mal ein ganz wichtiger Punkt, das Sie sagen, damals war das alles stationär. Gab`s darüber hinaus noch Punkte, ähm, warum Sie denen dann keine ambulante PT angeboten haben?

T: Also, ich denke, das hat auch was mit der geschichtlichen Änderung dieses Krankheitsbildes zu tun, dass das damals eben anders beurteilt wurde. Dass das auch, ähhh, ja, sagen wir mal . Ich denke, es ist heute viel ausgedehnter, die, die Diagnose. Damals war das wesentlich enger...

I: Ja, Ja..

T: Massive Fälle schon, also, was da so unter schizophrener Psychose viel, das denke ist heute, ein größeres Spektrum...

I: Ja, okay, gut.

T: Ich weiß jetzt nicht, wo Sie da ihr Kreuzchen machen können...

I: Okay, gut, dann fasse ich mal zusammen, da es ja auch eine ganz offene Frage ist, ähhh, Frau O., geht's ja darum, dass wir sozusagen schauen, was sind da ihre Erfahrungen? Sie, wie ich Sie bisher verstehe, sagen Sie zum Einen, die Haltung war, ohhh, **eher stationär, und auch aufgrund der Diagnostik**, dass das dann einfach nichts für die ambulante PT war.

T: ja.

I: ok. Das sind schon wichtige Punkte. Haben Sie dem noch etwas hinzuzufügen, warum Sie nicht mit diesen Pat. zusammen gearbeitet haben?

T: Es gab diese, oder, das gibt es heute auch noch, dieses, es wurde ja von den Ärzten delegiert an uns.

I: Ja.

T: Das hat sich dann im Laufe der Zeit auch schon wieder verändert, das wir selber dann nur einen kurzen Ja-Bericht von einem Psychiater brauchen, aber damals wurde das delegiert. Und die wurden dann schon gar nicht delegiert an uns...

I: Ok. Also, dass die dann gar nicht in der Praxis bei Ihnen ankamen, die Ärzte haben dann also gar nicht delegiert, die sind dann einfach bei Ihnen nicht aufgetaucht?

T: **nein, die haben die gleich weiter geschickt in die Psychiatrie.**

I: OK.

T: Also, das ist einfach, weil die Vorgehensweise, ähhh, eben anders war, kamen da schon gar keine Pat., und wenn dann mal jemand direkt zu mir kam, ähhh, und ich dann gesehen habe, Ohhhh, da war ja erstmal Daten vorgeschaltet, dass der, jawohl der ist, da ist Therapie indiziert oder **wir schicken gleich weiter in die Psychiatrie.**

I: ok.

T: Aber heute ist das ein bisschen anders, heute können die Pat. ja direkt kommen. Ich schicke die dann direkt zum Arzt, weil ich brauche ein Konziliarbericht. Das wissen Sie wahrscheinlich..

I: Ja, dann vielen Dank für Die Teilnahme...

15. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: Nein.

I: Warum bieten Sie diesen Pat. KEINE ambulante Psychotherapie an?

T: **Weil ich mich dafür nicht, ähhh, genügend ausreichend aus- oder fortgebildet fühle.**

I: Ähmm, ok. Gibt es darüber hinaus noch Gründe, warum Sie sagen, mit diesen Pat. arbeite ich nicht zusammen?

T: Ich wüsste jetzt im Moment keine.

I: Also, im Prinzip, der Hauptpunkt ist, dass Sie sagen, Sie haben da nicht genügend Ausbildung zu erhalten oder sich auch...

T: **Auch nicht über Fortbildungen in diesem, diesem, ähh, über diesen, mit diesen, ähhh, Kreis der Erkrankungen, ähhh, mich weiter fortgebildet.**

I: hmmm...

T: Also, ich will das nicht alles auf die Ausbildung, also, nicht alles darauf schieben...

I: ok.

T: **Das war NICHT in meinem Interesse ...**, sagen wir das mal so.

I: Also, das ist der Grund, dass Sie jetzt einen anderen Schwerpunkt haben und sich in einem anderen Bereich spezialisiert?

T: Ja. Ja.

I: Ok. Dann, Frau XY, vielen Dank.

16. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: JA. Schon immer, seit 21 J.

I: OK, Warum bieten Sie diesen Pat. ambulante Psychotherapie an?

T: Weil ich mich da **ausgesprochen Paket-sicher fühle**, ich war 7 J. im PZ Weinsberg und habe eine Reha-Station für jüngere schizophrene Pat. geleitet...

I: Hmm.

T: ...unter anderem.

I: Gibt es darüber hinaus Gründe, warum Sie mit diesen Pat. zusammen arbeiten, neben Ihrer Erfahrung mit den Pat.?

T: Tja, **ich komme mit denen einfach gut klar und erfahre auch viel DANKBARKEIT**. In der Psychotherapie, wir sind ja hier in HD, ein grenzenloses Überangebot, hat man ja auch, ich sage mal so, anspruchliche Klienten...

I: hmmm...

T: **Ganz ehrlich, mit schizophrenen Menschen komme ich einfach super klar, und, ähhh, ich bekomme sehr viel zurück.**

I: Hmm, ok. Also, das sind schon ganz wichtige Punkte. Möchte Sie da noch was hinzufügen, warum Sie mit diesen Pat. arbeiten?

T: Hmm, ja, was hinzufügen? Ja, **Es macht mir auch Spaß, auch Spaß im Netzwerk**. Ich habe jetzt gerade 3 Klienten, die früher stationär waren, die über die PIA betreut werden, weil Psychopharmakotherapie mache ich nicht.

I: Ja.

T: **Es macht mir einfach Spaß**. Ich bin da auch so ein **Teamplayer**...

I: Gut, das sind viele wichtige Punkte. Danke für Ihre Teilnahme....

17. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: Naja, Ich schließe das jetzt nicht prinzipiell aus, ähhh. Dadurch, dass ich eben nur in geringem Umfang ambulant psychotherapeutisch arbeite, und, ähh, da ich das auch erst seit 3 J. approbiert machen kann. Ist das bisher nicht passiert, ich schließe das nicht prinzipiell aus.

I: OK.

T: Aber **da ich nur privatversicherte Pat. nehmen kann und meine Behandlungsräume bei mir im Privathaus sind**. So sind das, ähh, glaube ich, nicht die optimalen Voraussetzungen oder eine Schwelle, an der schizophrene Pat. landen.

I: ok. Also, das klingt dann eher nach einem NEIN? Aufgrund den Gegebenheiten, die sie gerade geschildert haben

T: **Ja, bisher habe ich das nicht getan, aber ich habe auch noch niemand abgewiesen.**

I: Hmm, das ist natürlich jetzt eine sehr spannende Konstellation. Könnten Sie sich denn vorstellen, wenn jetzt ein privatversicherter psychotischer od. schizophrener Pat. käme, mit ihm zu arbeiten?

T: **Das würde vom Einzelfall abhängen, hmmm, nicht in einer produktiven Phase, ja, das, ähhh, würde ich vom Einzelfall abhängig machen. Das müssten schon besondere Bedingungen sein, unter denen ich ein Angebot machen würde.**

I: Hmm, ok. Und unter was für Bedingungen würden Sie mit ihm arbeiten?

T: Hmm, das, **würde ich gerne umschreiben, ähhh, ich würde sagen, wenn jemand, einigermaßen zuverlässig auf Selbst- Objektgrenzen zurückgreifen kann. Und ich keine Sorgen haben müsste, mein Pat. würde außerhalb der vereinbarten Therapiezeiten bei mir zu Hause auftauchen...**

I: Ja.

T: Das sie **nicht meinen Sohn ängstigen**, oder so. Ich würde es ein bisschen von der **Absprachefähigkeit abhängig machen.**

I: Hmm, also, im Endeffekt, wie Sie es auch schon angeführt haben, dann die Einzelfallprüfung, was wären Ein- und Ausschlusskriterien?

T: Naja, ein Ausschlusskriterium wäre, aber das ist ein Ausschlusskri.. Für die ambulante PT an sich, **Selbst- und Fremdgefährdung. Ein AK wäre mangelnde Absprachefähigkeit, insgesamt, ähhh, naja, ich weiß nicht, wie ich es auf den Punkt bringen soll?**

I: Ja.

T: Also, da **meine Behandlungsräume in meinem Privatgebäude liegen, ähhh, in dem Moment, wo ich das Gefühl hätte, jemand würde meiner Familie, meinem Sohn Angst machen...**

I: Ähm, ja ok. Letzt Frage von mir. Im Rahmen Ihrer Ausbildung, oder auch in anderen klinischen Tätigkeiten, haben sie schon Erfahrungen in der Zusammenarbeit m. Pat. mit psychotischen oder schizophrenen Störungen sammeln können? In andern Kontexten?

T: Eigentlich nur in meiner, ähhh, praktischen Tätigkeit I, im Rahmen der Ausbildung, da habe ich 8 Monate Vollzeit in einer psychiatrischen Akutklinik gearbeitet. Ein bisschen zu tun hatte ich mit der Differentialdia. In meiner 2-j. Tätigkeit in einer psychosomatischen Klinik.

I: Ja.

T: So, das würde ich sagen. In der Ambulanz eher nicht, ich habe auch im ambulanten Kontext nie die Dia. einer Schizophrenie gestellt.

I: Ist für Sie etwas bemerkenswert, was Sie an Erfahrungen gemacht haben, auch wenn das in anderen Kontexten war, in der therapeutischen Arbeit?

T: **Ich würde sagen, wie selbst die schwersten psychotischen, schizophrenen Symptome, ähhh, Bild einer biographischen oder emotionaler Sinnhaftigkeit haben, das also ist, das Spannende daran.**

Da schreibe ich gerade ein Buch über PA und Psychosekonzeption. Spannend, wie man, ähhh, sowohl in der Krankheitsentstehung, Biologie, ähhh, soziale Zusammenhänge zusammen bringen kann.

I: ja.

T: Und in der Therapie natürlich auch, **psychopharmakologisch und psychotherapeutisch natürlich** auch in Behandlung.

I: Ähhh, ok. Da höre ich jetzt indirekt auch raus, dass Sie sagen, ähm, es wirkt auch, jetzt die **Kombinationstherapie. PT und Psychopharmakologie, Ihrer Erfahrung nach.**

T: **Meiner Erfahrung nach, ja.**

I: Ok. Prima, ich danke Ihnen. Das waren viele wichtige Punkte.

18. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: Also ich sage Ihnen, ich habe, ich habe, immer wieder, auch zur Zeit, mit 3 Pat., die aus dem psychotischem Symptombereich oder, ähhh, Persönlichkeitsstörungsbereich, gearbeitet. Anbieten tue ich es in dem Sinne NICHT.

I: Ja.

T: Aber ich habe 25 J. in der Psychiatrie, ähhh, in XY, Supervision gegeben. Und in dem Zusammenhang...

I: Ja.

T: sind auch einige Pat. in die ambulante PT gekommen.

I: OK. Aber Sie sagen ja klar, Sie haben da Erfahrungen als Supervisorin, auch andere klinische Erfahrung. Nichtsdestotrotz, wenn ich Sie richtig verstanden habe, sagen Sie, aktuell, Sie bieten es NICHT an?

T: Ja. Hmmm.

I: Was sind Gründe, warum Sie es aktuell **nicht** anbieten?

T: Jaaa, weil die Arbeit, die ambulante Arbeit, ähhh, mit psychotischen Pat. **sehr, sehr schwer** ist.

I: Ok. Gibt's darüber hinaus Gründe, warum Sie es ambulant nicht anbieten?

T: Üfff, ich würde sagen, manchmal liegt das auch in der Problematik der Pat. Die sich, ähh, **nicht so gut auf eine therapeutische Beziehung einlassen können.**

I: hmmm.

T: Also **sehr viel Objektangst haben**, ja, ist natürlich auch eine Beziehungsstörung mitbeteiligt...

I: Ja.

T: Also die **Selbstobjektdifferenzierung** ist sehr, sehr schwer, immer wieder. Obwohl es ein therapeutisches Ziel ist. Ist sehr schwer mit diesen Pat. Aber es geht, aber **man muss sehr viel Geduld.** Und immer wieder...

I: Ja.

T: Und immer wieder. Und immer wieder.

I: OK. Das sind ganz wichtige Punkte. Hmmm, gibt's noch etwas darüber hinaus, was Sie dem hinzufügen möchten?

T: Also, ich würde mal sagen, ich arbeite ja mit Gegenübertragung, **diese Pat. machen einem schon auch sehr viel Angst.** Dieses in einer anderen Welt leben, und, und wie stark Sie auf dieser projektiven Ebene, und das es sehr schwer ist als Therapeut, das weiß ich auch von Kollegen, jüngeren Kollegen, in der Klinik, diese projektiven Prozesse, dass die nicht via Identifikation, dann einen doch sehr, sehr mitnehmen.

I: ja.

T: Und ich, ähhh, würde mal vermuten, das ist der Hauptgrund., warum in den ambulanten Praxen nicht mit den Pat. gearbeitet wird.

I: Ja.

T: Obwohl, wenn man es **schafft, eine Beziehung wirklich herzustellen**, gegen diese Ängste die sowohl in dem Pat., als auch in einem selbst als Therapeut, aktiviert werden, dann ist es für solche Pat. **unglaublich hilfreich.** Ich habe zum Bsp. Einen Pat., die kommt seit 20J. zu mir...

I: Ja.

T: **Und ich würde mal sagen, gegen diese so paranoiden Geschichten und so, das 2-3 Pat. die nicht mehr in die Klinik mussten.**

I: Das freut mich natürlich zu hören. Dann, vielen, vielen Dank...

19. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophränen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: JA. Unter bestimmten Voraussetzungen, ja.

I: OK, hmmm, warum bieten Sie diesen Pat. ambulante Psychotherapie an?

T: Also, weil ich das **als interessantes neues Arbeitsgebiet empfinde.** Also, ich habe das Gefühl, dass ich meinen **beruflichen Horizont erweitern könnte.** Und, dass das eine **Herausforderung ist.**

I: OK, gibt es darüber hinaus Punkte, warum Sie sagen, ich arbeite mit diesen Pat. zusammen?

T: Eigentlich nicht, nein, also mein Bedürfnis, ähhh, weiterzukommen. Mehr Kompetenzen zu erwerben.

I: Hmmm, Ok, und welche Erfahrungen haben sie in der Zusammenarbeit mit Pat. mit psychotischen und/ oder schizophränen Störungen gemacht?

T: Ja, also, ähhh, ich muss nochmal auf Ihre Frage mit Angebot... also wir, ich bin in der Vergangenheit **eher zufällig auch mal mit solchen Pat. zusammengekommen.** **Es ist nie der Fall gewesen, dass mir spezifisch diese Pat. überwiesen wurden.**

I: Ja.

T: Ich habe auch kein Aushängeschild, ich inseriere auch nicht, dass ich sowas mache, sondern das ist eher zufällig so, dass ich das mache.

I: ja.

T: Es ist eher selten, dass sich jemand meldet, der Psychotherapie machen will, so ist das ein Zufallsergebnis.

I: Ja. Interessant. Ist ja schon mal gut, dass Sie da die Offenheit an den Tag gelegt haben. Und wenn Sie an den praktischen Alltag in der Praxis denken, wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den Pat.?

T: Also, ähhh, es ist ein sehr geringer Teil bei mir. In meinem Leben also höchstens 10 solcher Pat. in meiner Behandlung gehabt.

I: Ja.

T: Und das war auch eher zufällig. Also nie in direkter Überweisung. Und mit einem Teil habe ich aufgrund einer nicht gut funktionierenden Kooperation m. den Psychiatern, also aufgrund von schlechten Erfahrungen mit manchen, würde ich solche Pat. nicht mehr annehmen.

I: Okay.

T: Also, das ist eine Voraussetzung. Sie wissen ja, dass wir immer probatorische Sitzungen machen, und wenn mir dann der Pat. , also, ähm, als nicht zugänglich erscheint oder nicht genug kognitiv erreichbar, oder wenn ich das Gefühl habe, dass daraus kein gutes Arbeitsbündnis entsteht...

I: Ja.

T: dann werde ich so jemanden, wie auch bei allen anderen Störungsbildern, nicht annehmen.

I: Gut, letzte Fragen von mir, und wenn dann ein Pat. bei Ihnen angekommen ist, wie geht es Ihnen dann in der Zusammenarbeit m. diesen Pat. ?

T: Ja, gut, also, das habe ich keine Probleme. Ich verlasse mich auf mein, auf die ersten Sitzungen. Ich verlass mich auf die ersten Sitzungen, ob das, ob die mir gut signalisieren, dass meine Behandlung ankommt. Ob ich Wirkung erziele, ob ich dem Pat. helfen kann ...

I: Ja.

T: Ob er gerne zu mir kommt, ob er Vertrauen hat. Und dann geht's los . In der Regel, habe ich da ein sicheres Gefühl, das das auch ein guten Ausgang nimmt.

I: Okay. Aller, aller letzte Frage von mir. Gibt es von Ihnen spezifische Erfahrungen, die Sie eher mit Pat. mit psychotischen od. schizophrenen Störungen haben, im Vergleich zu anderen Pat. mit denen Sie in der ambulanten Tätigkeit zusammenarbeiten?

T: Ähm, ja. Also, für mich, deswegen mache ich ja diese Ausbildung. Also, ich empfinde das ganz schwer, sich als normaler Psychotherapeut sich in die Situation des Pat. mit Schizophreniespektrumsstörung hineinzusetzen. Also, ich fand, finde das unheimlich wichtig, nachvollziehen zu können , wie es jemandem geht, der unter Wahnvorstellungen leidet.

I: Ja. Danke für Ihre Teilnahme...

20. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: Ich würde schon ja sagen, aber ich lade sie nicht explizit ein.

I: OK, dann , Warum bieten Sie diesen Pat. ambulante Psychotherapie an?

I: Ääää, okay, dann ganz konkret, ich habe im Moment nur eine.

I: Ja.

T: Und bei der war das einfach so, dass ich ein Erstgespräch vereinbart habe, und gesagt habe, warum eigentlich nicht? Also, ähh, sie ist ja nur auch ein Mensch.

I: Ok. Und was ist bisher Ihre Erfahrung, oder Ihre Motivation, mit den Pat. zu arbeiten?

T: Also, ich erlebe das Arbeiten mit ihr als sehr, sehr positiv. Ich habe das Gefühl, das unterscheidet sich gar nicht so sehr von der Arbeit mit anderen Pat. Äähm, ähhh, sie hat jetzt eine schizo-affektive Störung. Ist natürlich was anderes als `ne paranoide Schizophrenie. Aber sie hat manchmal auch paranoide Gedanken, der Punkt ist vor allem, dass sie darunter leidet...

I: Okay!

T: Also, sie leidet sehr darunter, dass sie ein extrem niedriges Selbstwertgefühl hat und sich extrem abwertet. Und, ähm, an diesen Themen arbeiten wir eben. Und, ähhh, was wir auch machen, dass ich ihr rückmelde, wenn ich das Gefühl habe, dass sie mal wieder jemand unterschätzt.

I: Hmm.

T: Also, in der Familie wird sie, ähm, nich` wie `ne erwachsenen Person behandelt, und das führt natürlich zu extremen Spannungen, im Inneren und Äußeren, natürlich. Und, ähhh, genau an diesen Konflikten sind wir dran. Und das sind, sage ich mal in Anführungszeichen, ganz normale Themen.

I: ok.

T: Ähm, und sie wird dann psychotisch, wenn sie zu viel Kontakt zu Ihrer Familie hat. Ähhh, und immer wieder in diese Situation gerät, dass sie unterschätzt wird. Nicht für voll genommen wird...

I: Hmm. Ok

T: Ich weiß nich`, ist das eine Antwort auf Ihre Frage?

I: Natürlich, natürlich. Klar...

T: Dankbar. Sie ist dankbar, sie saugt das richtig auf. Wenn ich ihr die destruktiven Selbstabwertungen rückmelde..

I: Okay, verstehe.

T: Auch habe ich das Gefühl, dass das so allmählich ankommt. Das sie anfängt, zu bemerken, wie sie behandelt wird. Von Kollegen zum Teil auch, aber am schlimmsten von der Familie, die ihr ständig nicht zu traut, ein erwachsenes Leben führen zu können. Hier, bewirb dich doch für diese oder jene Reha-Maßnahme. Ähm, und dabei ist sie in einem ungekündigtem Arbeitsverhältnis.

I: Ja.

T: Und es gibt keinen Anhalt dafür, dass sie jetzt so eine komische Maßnahme macht.

I: Verstehe, verstehe. Gibt es weitere Gründe, warum Sie mit F2. Pat. arbeiten?...

T:... ich mag Sie, ich habe das Gefühl, da passiert auch was....

I: Okay, danke für Ihre Teilnahme!

T: Insgesamt habe ich das Gefühl, dass das was bringt!

21. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: So explizit nicht... Nein....

I: 2. Frage. Warum bieten Sie diesen Pat. keine ambulante Psychotherapie an?

T: Weil, Kinder und Jugendliche, in der Regel bis 19 und 20 Jahre, außer ich nehme jemand mit 20 und der bleibt bis 25, und der würde dann eine Psychose entwickeln. Normalerweise hat man im Bereich Kinder- und Jugendpsychotherapie diese Diagnose nicht, sondern...

I: Hmm.

T: Man hat dann mal Verdachtsdiagnosen, oder man hat wirklich schwere Persönlichkeitsstörungen, die werden dann bei schweren Selbstverletzungen und Suizidalität ins stationäre Behandlungssetting überführt. Das hatte ich mit einer Pat.,

I: Ja..

T:... die war schwer, ähhh, krank, ähhh, und da war ein ambulantes Setting aufgrund der schweren, schweren Selbstverletzungen und der Suizidalität, ähhh, nicht mehr möglich.

I: Ok.

T: Und die Kooperation mit der Psychiaterin wurde von der Mutter unterlaufen, so habe ich den Fall an die KJP abgegeben...

I: Ok. Danke für Ihre Teilnahme....

22. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: ähhh, ja!

I: Warum bieten Sie diesen Pat. keine ambulante Psychotherapie an?

T: Warum, ähhh!?

I: Ja, warum?...

T: Also, speziell mit diesen?

I: Ja, genau!

T: Da hatte ich bisher, ehrlich gesagt, nicht viel Erfahrung, da hatte ich höchstens mal 2-3 Pat. Ähhh, die dann dann auch allerdings stationär behandelt wurden. Beziehungsweise so als Nachsorge eher.

I: Ok.

T: ... und, wenn die dann ihren Klinikaufenthalt beendet hatten und einen Nachsorgeplatz suchen, dann, dann, ... in der akuten psychotischen Phase geht das nicht ambulant.

I: Wenn sie an diese Behandlungen zurück denken, was waren ihre Erfahrungen mit diesen Pat., vielleicht im Vergleich zu anderen Störungsbildern?

T: Hmm, also bei der einen war das sehr schwierig, weil die nicht erreichbar war, die wurde dann auch, oder die wird jetzt noch in der Psychiatrie behandelt...

I: Okay.

T: Die war fast nicht mehr erreichbar und hat auch agiert...

I: Ja.

T: Dann ging das nicht mehr ambulant...

I: ... Haben Sie noch weitere Erfahrungen gemacht?

T: ... also ich denke, in so akuten Phasen, ähm, ist es ambulant NICHT möglich.

I: Ok.

T: ... wenn die dann wieder stabilisiert sowie erreichbar sind, dann glaube ich, kann man ganz gut arbeiten... psychotherapeutisch,

I: DANKE für Ihre Teilnahme!

23. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: Ja.

I: Warum bieten Sie diesen Pat. ambulante Psychotherapie an?

T: Weil ich allen Pat. das anbiete! Ich behandle fast jeden der zu mir kommt.

I: Gute Grundhaltung, und wenn Sie diese Pat. vergleichen mit anderen Pat. die zu Ihnen kommen, was stellt Ihre Motivation, oder was sind Erfahrungen, die sie mit diesen Pat. gemacht haben, dar?

T: Ich habe vorher enorm viele Erfahrungen gemacht, jetzt nicht nur im ambulanten Bereich, sondern ich habe vorher 18J. im voll- und teilstationären Bereich auch Erfahrungen mit schizophrenen Pat. gemacht. Das gehörte zu unserer Patientengruppe, da verfüge ich über einen hohen Erfahrungsschatz.

I: Okay, das ist ja schon ganz viel wert, gibt es etwas aus Ihrer Erfahrung, was besonders ist, in der Zusammenarbeit m. schizophrenen und psychotischen Pat.?

T: Hmm, da müsste ich jetzt mal überlegen...

I: Nehmen Sie sich gerne einen Moment Zeit!

T: Vielleicht formuliere ich es mal anders herum, ich habe aber in der Praxis sehr wenige, aktuell fällt mir nur einer ein, das ist also ein kleiner Prozentsatz. Hmm, was ich finde, also, dass die Behandlungen zum Teil sehr unspektakulär verlaufen.

I: Ja.

T: Es passieren manchmal nicht so gravierende Dynamiken, wie bei anderen Pat., was weiß ich, bei PKS. Sie haben eher einen ruhigen Verlauf, finde ich. Ähm, es geht sehr häufig um die Alltagsbewältigung und –Gestaltung. Ist bei meinen sonstigen Pat. auch eher nicht der Fall...

I: Ja.

T: Ähm, und Psychoedukation spielt auch eine große Rolle, sonst auch weniger stark eine Rolle, in der Behandlung von anderen Diagnosegruppen.

I: Okay, gut, das sind wichtige Punkte... Danke für Ihre Studienteilnahme!

24. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: Nein. Nein, nicht explizit!

I: Ok, Warum bieten Sie diesen Pat. KEINE ambulante Psychotherapie an?

T: Ich würde sagen, dass liegt eher daran, dass die nicht kommen!

I: Also, sie haben schlicht und ergreifend keine Anfragen?

T: Genau, es liegt vielleicht daran, ich hab`ne Homepage und habe die Erkrankung nicht genannt, sozusagen, aber ich glaube auch, nicht jeder meldet sich über die Homepage.

I: Ja.

T: Ich würde das prinzipiell nicht ablehnen, ein Erstgespräch, ich hatte bisher in meiner ambulanten Tätigkeit noch keine Anfragen von diesen Pat., mit Schizophrenie oder Schizophreniespektrumsstörung, wie auch immer..

I: OK. Gibt es weitere Gründe?

T: ... Naja, mein PJ liegt einige Jahre zurück und dadurch natürlich sinkt auch die Expertise, ich würde die Arbeit aber nicht grundsätzlich verneinen!

25. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: Grundsätzlich, JA. Also ich schließe das zumindest nicht grundsätzlich aus.

I: Ok, Warum bieten Sie diesen Pat. ambulante Psychotherapie an?

T: Weil ich grundsätzlich, also, weil ich relativ „Breit aufgestellt“ bin. Arbeite ich grundsätzlich mit allen Störungsbildern.

I: Hmm.

T: Also grundsätzlich mache ich allen Pat. ein Angebot. Es ist zwar NICHT mein Schwerpunktgebiet, deswegen habe ich da wenig, spezielle Angebote, oder so.

I: Ja.

T: Hmm aktuell habe ich 1 Pat. aus dem Bereich. Grundsätzlich sind das Pat., die genauso eine PT brauchen und mit denen man an Themen arbeiten kann und die VT entsprechende Techniken bietet

I: OK.

T: Da hinzuschauen würde ich sagen.

I: Sehr gut. Gibt es noch etwas was sie hinzufügen möchten?

T: Ich würde individuell entscheiden, ob ich mit jemanden Arbeiten kann oder nicht, oder ob ich mir das vorstellen kann. Ob ich mir das zutraue. Ich habe ein bisschen Psychiatrieerfahrung, jedoch nicht besonders vertiefend...

I: Hmm.

T: Ähm, also, insofern würde ich immer gucken , traue ich mir das zu. Und ob er PT braucht, oder ob es um **Begleitung** gehen. Also immer würde ich mir erst **den Pat. individuell anschauen**. Und dann eine Entscheidung treffen, ob ich was anbieten kann od. nicht. Das ich selten pauschal sage, das geht gar nicht.

I: Letzte Frage von mir, haben sie besondere, spezielle Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit diesen Pat., im Vergleich zu anderen Störungen?

T: Sagen wir mal so, tatsächlich ist es vielleicht so, dass ich im Vergleich zu anderen Störungsbildern , **vielleicht nicht ganz so sicher in der Diagnostik bin, wie** mit denen, mit denen ich Tag für Tag zu tun habe. Und das **dann differential-diagnostisch noch** mal nachlese... Und manchmal irgendwie unsicher bin und mich mit Kollegen austausche ...

I: Ja.

T:... ob die das so ähnlich einschätzen würden wie ich, das ist vielleicht so ein Punkt. **Und das ich vielleicht etwas vorsichtiger bin , was konfrontative Techniken angeht, was ich sonst ganz gerne mache. Ich glaube, das ist ein Kontraindikation.**

I: Hm... Okay. Danke für Ihre Teilnahme.

26. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: Also, ich habe keine HP bis jetzt, und es steht nirgendwo, aber ich BIN DAZU bereit. JA, JA.

I: Ok, Gut. Warum bieten Sie diesen Pat. ambulante Psychotherapie an?

T: **Weil ich denke, dass sie auch PT brauchen, allerdings bei akuten Psychosen würde ich es nicht machen.**

I: Okay.

T: Aber bei Psychosen, die auch psychiatrisch behandelt sind oder auch behandelt wurden. Oder noch werden. Also wo ich mit denen zusammenarbeiten kann.

I: OK, gut . Gibt es darüber hinaus Gründe, warum Sie mit diesen Pat. zusammenarbeiten?

T: Neee, nicht unbedingt, das kann ich so nicht sagen. **Ich habe da früher eher so ein bisschen Respekt vor gehabt**, ja, hmmm, aber ich merke ja auch, **dass die Psychiatrie sich da bemüht, uns niedergelassen ein bisschen die Berührungsangst nimmt, so empfinde ich das zumindest.**

I: Okay. Prima. Letzte Frage von mir. Gibt es spezifische Erfahrungen in der Zusammenarbeit?

T: Hmmm, Also ich habe nicht viele gehabt. Im Moment habe ich eine, **mit der ich sehr gut arbeiten kann.** ABe eben auch, weil sie eine remittierte Psychose hat. Mit laufenden Psychosen fände ich es schwierig, da habe ich bisher keine längere Therapie hingekriegt....

I: DANKE!

27. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: Prinzipiell, JA.

I: Ok, Gut. Warum bieten Sie diesen Pat. ambulante Psychotherapie an?

T: **Weil ich niemanden ausschließe vom vornhinein.**

I: Hmmm, gut. Gibt es darüber hinaus noch Gründe, ist ja schon einmal klasse, dass Sie niemanden ausschließen!?

T: Neee. **Meine Erfahrung ist, es kommt letztendlich darauf an, wie stabil und committed, die sind. Dann geht's entweder mit der Erkrankung oder nicht. Das kann ich nicht im Vorhinein sagen.**

I: Ok. Danke!

28. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: Grundsätzlich, JA. Ich mache allerdings darauf aufmerksam, dass ich kein Experte auf dem Gebiet bin. Und wenn jemand mehr Expertenwissen wünscht, oder jemand an der Seite gerne hätte, der sich besser auskennt, dann verweise ich auf Kollegen.

I: Hmm, Ok, Gut. Warum bieten Sie diesen Pat. ambulante Psychotherapie an?

T: Ähm, also auf der einen Seite sicherlich, ähh, ähh, Leidensdruck. Der vorhanden ist. Wobei ich sagen muss, ich habe jetzt auch noch keinen Pat. gehabt, der eine solche Erkrankung hatte. Insofern kann ich da weniger aus Erfahrung berichten als das, wenn es anhalten würde, ich jemanden behandeln würde, da ich den Leidendruck nachvollziehen kann

I. Ja.

T: und dass ich praktische Hilfe im Alltag geben wollen würde. Denke ich.

I: Gibt es darüber hinaus Gründe, warum Sie das jemanden anbieten würden, wenn er zu Ihnen käme?

T: Also vielleicht, ich habe gerade gedacht, auch, dass ich die Sorge hätte, wenn ein Pat. mit F20.0 nicht behandelt würde ambulant, aus ambulanter Sicht, das Störungsbild noch weiter verschlechtern könnte, bishin, wo vielleicht ein Pat. sagt, jetzt will ich nicht mehr weiter leben und, ähm, begehe einen Suizid.

I: Okay.

T: Und das würde ich verhindern wollen, indem ich PT auch anbiete.

I: DANKE!

29. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: Nein.

I: Warum bieten Sie diesen Pat. ambulante Psychotherapie nicht an?

T: Weil ich mich da nicht auskenne.

I: Hmm, ok. Gibt es darüber hinaus Gründe, warum sie nicht mit diesen Pat. arbeiten?

T: Nö. Also ich kenne mich nicht aus mit diesen Störungen und ich will auch nicht alles machen. Das ist mir zu kompliziert und fertig.

I: Ok.

T: Da sind andere kompetenter als ich und deswegen muss ich das nicht machen.

I: Gut. Besten DAN K...

30. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: Ja

I: Warum bieten Sie diesen Pat. ambulante Psychotherapie an?

T: Ähhh, weil ich es inhaltlich spannend finde. Ich habe Menschen m. Psychose-Erkrankungen od. auch Menschen m. Erkrankungen aus dem Schizophrenen Formenkreis in der Psychiatrie und KJP kennengelernt. Das fand ich einfach spannend

I: Ja.

T: Das hat mich inhaltlich fasziniert, weil man..., ähhh, da ist Methodik nicht alles.

I: Ja. Okay..

T: Sag ich jetzt mal. Es geht viel um den Beziehungsaspekt, und ähhh, ich denke, da muss man auch experimentell manchmal vorgehen und das finde ich faszinierend

I: oK.

T: Außerdem habe ich festgestellt, in meiner Tätigkeit, während meiner Tätigkeit, dass Jugendliche od. junge Erwachsene, die eine Psychose hatten, praktisch keine Chance auf einen ambulanten Therapieplatz hatten oder haben. Und da habe ich mir vorgenommen, wenn ich mal ne Praxis habe, das nicht so zu machen, dass ich die außen vor lassen

I: Ok. Das sind viele wichtige Punkte. Gibt es noch etwas, was sie hinzufügen möchten.

T: Nee, eigentlich net.

I: Ok. DANKE....

31. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: Grundsätzlich, ja, aber es melden sich da eigentlich kaum Pat., die unter diesem Störungsbild leiden.

I: Hmm, ok. Warum bieten Sie diesen Pat. ambulante Psychotherapie an?

T: Das kommt ganz darauf an, wie sich die Vorgespräche entwickeln würden. Also, ich lehne das nicht kategorisch ab, ich muss aber auch sagen, dass ich entsprechend dem Störungsbild ambulant über wenig Erfahrung verfüge.

I: ok. Das heißt sie haben grundsätzlich die Bereitschaft, da sich aber wenige bei Ihnen melden, sagen Sie auch, dass Sie da keine Erfahrungen haben, aber wenn jetzt jemand käme, würden Sie den Einzelfall prüfen?

T: Da würde ich das prüfen, ob eine Zusammenarbeit möglich ist und ob eine entsprechende Passung, auch therapeutisch gegeben ist, und würde mich bei Bedarf dann entsprechend weiterbilden und mir eine geeignete SV bei einem erfahrenen Kollegen suchen, der eben mehr Erfahrungen m. diesem Störungsbild hat.

I: Ja. OK. Gut, danke.

32. Transkript:

I: Bieten Sie Pat. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie an?

T: Ja

I: Warum bieten Sie diesen Pat. ambulante Psychotherapie an?

T: Weil es zu meinem Auftragspektrum gehört

I: Ok.

T: Es ist eine Unterstützung, die man anbieten kann, weil sie sonst oft durch's Netz fallen würden, also manchmal ist das so eine Schnittstelle zw. Klinik, Sozialarbeit und Therapie, so sehr bunt.

I: Ja.

T: Nicht so das rein therapeutische, sondern auch viel sozialtherapeutische und das andere ist, ähmmm, puhhh. Ich glaube schon auch dieser Soziobereich, psychotherapeutisch auch. Im Vergleich zu anderen der Schwerpunktbereich Soziotherapie.

I: OK.

T: Was ich auch wichtig finde, ist die Familien mitreinzuholen. Also ich habe viel die Verwandten da, die auch häufig sagen, wir brauchen jemand als Ansprechpartner.

I: Danke...

DANKSAGUNG

Ich danke GOTT!

Bei allen Menschen, die an mich glauben, habe oder werde ich mich bedanken!

EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG

1. Bei der eingereichten Dissertation zu dem Thema

Möglichkeiten zur Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen im Raum Heidelberg

handelt es sich um meine eigenständig erbrachte Leistung.

2. Ich habe nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich keiner unzulässigen Hilfe Dritter bedient. Insbesondere habe ich wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken übernommene Inhalte als solche kenntlich gemacht.

3. Die Arbeit oder Teile davon habe ich bislang nicht an einer Hochschule des In- oder Auslands als Bestandteil einer Prüfungs- oder Qualifikationsleistung vorgelegt.

4. Die Richtigkeit der vorstehenden Erklärungen bestätige ich.

5. Die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung sind mir bekannt.

Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit erkläre und nichts verschwiegen habe.

Heidelberg, 16. Januar 2020

Ort und Datum

M.Sc. Sebastian Kernbach

Unterschrift