



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Peter Tyrer ■ Helen Tyrer

Praktische Sozialpsychotherapie

Die Lebenswelt von
Patientinnen und Patienten
positiv beeinflussen

2., erweiterte Auflage

Aus dem Englischen übersetzt von Iris Orth

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2021 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

This translation of »Nidotherapy. Harmonising the Environment with the Patient«

Second Edition is published by arrangement with Cambridge University Press.

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung eines Fotos von ©adobe stock/veerapong

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

Lektorat: Marion Drachsel

ISBN 978-3-608-40064-9

E-Book: ISBN 978-3-608-12135-3

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20511-4

Geleitwort

Es ist mir eine große Freude, das Vorwort der zweiten Auflage des Buches *Nidotherapie* verfassen zu dürfen. Vieles ist seit der erstmaligen Vorstellung des Therapieverfahrens vor neun Jahren geschehen. Die Nidotherapie hat an Glaubwürdigkeit gewonnen und sich als brauchbare und effektive Behandlungsmethode für eine Vielzahl psychischer Krankheiten bewährt.

Die Zeiten sind günstig, bedürfnisorientierte Therapie weiter zu verbreiten, da der monetäre und zeitliche Druck bei der Behandlung (psychisch) Kranker weltweit steigt. Rationierungsmaßnahmen sind mittlerweile in der medizinischen Gesundheitsbranche gang und gäbe; kosten-effiziente Behandlungsmethoden werden dringend gebraucht.

Viele der Techniken und Konzepte dieses Buches wurden in den 1980er- bis 1990er-Jahren von Kollegen an demjenigen NHS-Trust¹ entwickelt, an welchem ich zur damaligen Zeit Vorstandsvorsitzender gewesen bin. Die hier beschriebenen Methoden sollten nicht nur im Vereinigten Königreich, sondern global Teil der Standardbehandlung psychisch Kranker sein.

Die neue Auflage des Buches beschreibt, wie nidotherapeutische Ansätze von Klinikern, angefangen bei Krankenpflegern, Ergotherapeuten, Psychologen und Sozialarbeitern, bis hin zu Psychiatern und kreativ arbeitenden Therapeuten, wie Kunst- und Musiktherapeuten, aufgegriffen werden können. Das Buch kann als Grundlagenlektüre der Nidotherapie verstanden werden, da es eine Definition der Therapieform sowie deren grundlegende Prinzipien vermittelt.

Vor acht Jahren prognostizierte ich, dass die Nidotherapie bald nicht nur ein allgemein anerkannter Therapieansatz sein wird, sondern insbesondere bei der Behandlung schwer und chronisch psychisch Kranker zum Einsatz kommt. Ich nahm und nehme an, dass die Nidotherapie genauso stark an Bedeutsamkeit gewinnen wird, wie es heutzutage bei der Psychopharmaka-Therapie der Fall ist.

Das Buch beschreibt zudem recht anschaulich, dass bei der Nidotherapie viel weniger starke Nebenwirkungen zu erwarten sind als bei medikamentösen Behandlungsansätzen. Die Relevanz von Umweltveränderungen und der potenzielle Anwendungsbereich der Nidotherapie werden einem vollends bewusst, wenn man die Auswirkungen des verheerenden Brandes am Grenfell Tower in

1 Ein NHS-Trust ist eine Bezirken und Wohnorten zugeordnete Einheit des staatlichen Gesundheitsdienstes im Vereinigten Königreich. Dazu zählen unter anderem bestimmte Krankenhäuser. Aufgabe des NHS-Trust ist die Gesundheitsversorgung der örtlichen Gemeinde (The King's Fund 2017).

West-London näher betrachtet; der Einfluss auf die psychische Verfassung vieler war immens.²

Dr. Peter Carter OBE
Ehemaliger Chefarzt und Generalsekretär des Royal College of Nursing

2 Der Grenfell Tower ist im Juni 2017 einem Brand zum Opfer gefallen und heute nur noch eine Ruine. Zuletzt wurde das Gebäude als Sozialwohnungsobjekt genutzt. Neben zahlreichen Toten waren Monate nach dem Brand viele Betroffene noch immer ohne Unterkunft. Das politische Beben infolge des Brandes entlud sich in Form von Massenprotesten gegen die erst kürzlich zuvor gewählte Premierministerin Theresa May (BBC 2019; Tiroler Tageszeitung 2017).

Geleitwort für die deutsche Ausgabe

Ständig erweitern neue Therapiemethoden das fast unübersichtlich angewachsene Psychotherapieangebot, so auch die Nidotherapie von Peter und Helen Tyrer, könnte man meinen, wobei der Begriff beim erstmaligen Hören möglicherweise erst einmal Stirnrunzeln hervorruft.

Daher soll zunächst auf die innovativen und außergewöhnlichen Charakteristika der Nidotherapie eingegangen werden, die zeigen, dass es sich um einen sinnvollen, theoretisch und wissenschaftlich fundierten, äußerst zeitgemäßen und notwendigen Therapieansatz handelt. Vorweggenommen werden soll bereits hier, dass Nidotherapie für chronische Krankheitsbilder, also insbesondere auch psychotherapeutisch schwer erreichbare Persönlichkeitsstörungen, entwickelt wurde. Danach folgen eine Kurzübersicht über das Buch sowie einige Worte über die Autoren und die Übersetzerin. Zum Schluss soll der Anhang des Buches kommentiert werden, der sich mit der möglichen Einordnung der Nidotherapie in das bestehende psychotherapeutische Versorgungsangebot in Deutschland befasst.

Ist Nidotherapie eine sinnvolle, notwendige, theoriegeleitete und wissenschaftlich fundierte, zeitgemäße, ökonomische therapeutische Herangehensweise?

Nidotherapie kann aus folgenden Gründen als eine therapeutisch und wissenschaftlich sinnvolle, notwendige Bereicherung des bestehenden Psychotherapieangebots gesehen werden:

Sinnvoll Nicht die Symptomreduktion und Steigerung des Funktionsniveaus stehen im Vordergrund, sondern die Veränderung von Umweltbedingungen entsprechend den Bedürfnissen des Patienten, weswegen die Therapieform auch als Umwelttherapie oder bedürfnisorientierte Therapie bezeichnet wird.

Notwendig In erster Linie wurde Nidotherapie für Patienten mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen entwickelt, die auf herkömmliche Methoden nicht oder nur partiell respondiert haben. Angesichts steigender Prävalenz bei gleichzeitig für diese Patientengruppe kaum vorhandenen therapeutischen Möglichkeiten wird Nidotherapie interessant und schafft Zuversicht.

Theoretisch fundiert Theoretisches Fundament der Nidotherapie ist die Adaptationstheorie. Eine erfolgreiche Nidotherapie kann dazu führen, dass chronisch psychisch Erkrankte nicht immer wieder im Wettkampf mit anderen, funktionsfähigeren Menschen scheitern. Stattdessen wird versucht, eine passende Umwelt

zu generieren, welche die Stärken des Patienten fördert und nicht weiter von dessen Schwächen gestört wird.

Wissenschaftlich Neben Fallstudien wurden bereits eine qualitative Untersuchung und zwei randomisiert-kontrollierte Studien veröffentlicht. Auch wenn sich die klinische Erprobung von Nidotherapie insbesondere auf Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie, geistiger Behinderung und Demenz bezieht, ist ihr Kernmerkmal, dass sie auf eine Vielzahl psychischer Erkrankungen anwendbar ist.

Zeitgemäß Vernetzung und multiprofessionelles Vorgehen bedeuten im Rahmen der in Deutschland seit 2017 zunehmend erfolgten Aufhebung von Befugnis-einschränkungen für Psychotherapeuten zeitgemäße, hochaktuelle psychotherapeutische Herausforderungen. Nidotherapie könnte eine Methode zur Arbeit in bzw. mit einem psychosozialen Netzwerk darstellen.

Ökonomisch Angesichts steigenden Zeit- und Kostendrucks im Gesundheitswesen bietet die Anwendung von Nidotherapie mögliche ökonomische Vorteile sowie eine Verbesserung der Allokation von Ressourcen, zumal chronische Störungsbilder die höchsten direkten und indirekten Krankheitskosten verursachen.

Über dieses Buch

Laut Dr. Peter Carter (ehemaliger Chefarzt und Generalsekretär des Royal College of Nursing), der das Vorwort zur englischen zweiten Auflage verfasst hat, kann das Buch als Grundlagenlektüre der Nidotherapie verstanden werden, da es eine Definition der Therapieform sowie deren grundlegende Prinzipien vermittelt. Anlässlich des ersten Erscheinens 2009 prognostizierte er, dass die Nidotherapie bald nicht nur ein allgemein anerkannter Therapieansatz sein wird, sondern insbesondere bei der Behandlung schwerer und chronisch psychisch Kranker zum Einsatz kommen kann. Daten, die das Interesse und die Verbreitung von Nidotherapie belegen, stammen vorwiegend aus England und seit der Übersetzung der Erstauflage 2013 ins Schwedische auch von dort.

In der deutschen Übersetzung des Buches in seiner zweiten Auflage werden *Nidotherapie* und *bedürfnisorientierte Therapie* synonym gebraucht. Dies erscheint passend, da die Nidotherapie ganz gezielt versucht, die Bedürfnisse des Patienten zu eruieren und zu erfüllen, und zwar in jedem Lebens- bzw. Umweltbereich. Beispiele dafür sind etwa persönliche (finanzielle und soziale Dienstleistungen, Wohnmöglichkeit), soziale (Freizeit, Stigmatisierung, Schikane durch Dritte) und physische Umweltbedürfnisse (Isolation, Sicherheit, persönliche Kontrolle).

Mithilfe der durchgängig äußerst anschaulichen Beschreibungen zahlreicher Einzelfallberichte werden die Flexibilität des Ansatzes und die Einfachheit in der

Umsetzung bedürfnisorientierter Therapie für zahlreiche klinische Situationen sehr gut und ganz konkret deutlich.

Die **Einleitung und das erste Kapitel** setzen sich vor allem mit den Hintergründen und Startbedingungen bedürfnisorientierter Therapie auseinander. So werden **zehn allgemeine Prinzipien der Nidotherapie** vorgestellt, die zeigen, dass Nidotherapie eine außergewöhnliche und keine typische Therapie ist. Denn Ziel ist nicht, eine psychische Erkrankung zu verbessern oder gar zu heilen. Ziel ist, die mit der psychischen Erkrankung einhergehenden Folgen durch passende Umweltveränderungen zu beseitigen. In diesem Zusammenhang legt die Nidotherapie den Fokus auf persönliche Stärken der Patienten und deren Förderung. Ferner handelt es sich um keine diagnosebezogene und insbesondere um keine manualisierte Psychotherapieform.

Danach folgen in **Kapitel 2** Überlegungen zur **Indikation für bedürfnisorientierte Therapie**. Hier werden neben einer kritischen Betrachtung des Begriffs der Therapieresistenz Gründe aufgeführt, warum Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (dabei insbesondere Patienten mit dem behandlungsresistenten Typus) besonders für Nidotherapie geeignet sind. Hierbei wird dem Expertenstatus der Autoren gemäß selbstverständlich eine dimensionale Betrachtung des Störungsbildes verfolgt. Schließlich wird erklärt, wann mit Nidotherapie begonnen werden sollte und welches die Grundvoraussetzungen auf Patientenseite für Nidotherapie sind.

Im darauffolgenden **Kapitel 3** wird beschrieben, **wie die Nidotherapie genau durchgeführt wird**. Hervorgehoben wird dabei die Flexibilität des Therapeuten, sich auf unterschiedliche kollaborative Fähigkeiten einzustellen, und dadurch dem Patienten und nicht sich selbst zu erlauben, die Agenda für die Therapie zu bestimmen. Der Methode liegen aktuelle und wissenschaftlich fundierte Behandlungsstandards zugrunde, die in vier Phasen stringent zum Ausdruck gebracht werden. Im Rahmen der *ersten Phase* einer bedürfnisorientierten Therapie muss erarbeitet werden, warum der Patient genau »in schier grenzenloser Inaktivität verweilt und nicht genau das tut, was allen anderen so unglaublich offensichtlich erscheint«. Die *zweite Phase* führt eine detaillierte Umweltanalyse in sechs Stufen durch und bezieht dabei Verhaltensbeobachtung, Hausbesuche, Fremdanamnesen und Dritte ein. Die Entwicklung des nidotherapeutischen Pfades kennzeichnet die *dritte Phase* der Methode; hier erfolgt die konkrete, schriftlich in Teilschritten fixierte Planung in einem Intervall von acht bis zehn Wochen. In der *vierten Phase* schließlich werden Fortschritte überprüft sowie der Therapieerfolg und Möglichkeiten der Rezidivprophylaxe eingeschätzt.

Im **Kapitel 4** über das **therapeutische Setting und Format** geht es neben der Anwendung der bedürfnisorientierten Therapie im Einzel- und Gruppensetting auch um Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu anderen spezifischen umweltbezogenen Behandlungen und um die Frage, wann bedürfnisorientierte Therapie zu beenden ist. Mithilfe von Methoden und Werkzeugen wird die Anwendung von Nidotherapie als Selbsttherapie oder durch Co-Therapeuten beschrieben und aufgezeigt, inwieweit Nidotherapie eine Zusatzleistung zur Standardtherapie sein kann. Die Unabhängigkeit des Nidotherapeuten vom Klinikteam wird insbeson-

dere bei hoffnungslosen und frustrierten Patienten als unabdingbar betrachtet; dem vorweggenommenen Risiko kollegialer Konflikte soll mit gelegentlichem Austausch begegnet werden, der dem Patienten jedoch zuvor transparent gemacht wird.

Ein eigenes Kapitel, **Kapitel 5**, ist der **bedürfnisorientierten Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz** gewidmet. Neben der Bezugnahme auf die zehn nidotherapeutischen Prinzipien wird auch auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu pflegerischen Behandlungsansätzen (Positive Behaviour Support, personenzentrierte Pflege) eingegangen.

Allgemeine Kompetenzen und Aufgaben der Nidotherapie sind in einer eigenen Bewertungsskala in **Kapitel 6** festgehalten und beziehen sich auf die vier Phasen der Nidotherapie. Die Skala dient auch der Supervision, wobei der Supervisor idealerweise ein erfahrener Nidotherapeut oder zumindest der bedürfnisorientierten Therapie zugewandt sein sollte. Weiterhin werden in **Kapitel 7 Kennzeichen und Persönlichkeitseigenschaften eines guten bedürfnisorientierten Nidotherapeuten**, zu denen vor allem »Ausdauer und kein zu hohes Anspruchsdenken« zählen, sowie für die Anwendung von Nidotherapie besonders geeignete oder weniger geeignete Berufsgruppen abgehandelt. Wenig verwunderlich, dass es nicht zwangsläufig umfangreichen psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Wissens bedarf, um ein guter Nidotherapeut zu sein, sondern dass es sogar von Vorteil sein kann, wenn der Therapeut fachfremd ist.

Das anschließende **Kapitel 8** stellt die **Anwendung bedürfnisorientierter Therapie in den Bereichen Physische Gesundheit, Arbeitsmedizin (berufliche Umweltbedürfnisse) sowie Sozialversorgung** dar und befasst sich mit der Identifikation von Umweltbedürfnissen stationärer Patienten sowie der Planung der gewünschten Umwelt nach der Entlassung und bedürfnisorientierter Nachsorge. In diesem Zusammenhang findet auch die notwendige Auseinandersetzung mit der Fehlbelegung von stationären Behandlungsplätzen statt und es wird nochmals besonders deutlich, dass Nidotherapie selbstverständlich *genau nicht* bedeutet, die Patienten einfach an eine Folgeeinrichtung weiterzuvermitteln. Angesichts oft langer stationärer Verweildauern, Fehlbelegungen und häufiger Wiederaufnahmen, insbesondere aufgrund schwieriger Organisation und Koordination von psychosozialen Weiterbehandlungsmöglichkeiten, ist es naheliegend, dass das stationäre Entlassmanagement durch nidotherapeutisches Vorgehen effektiv unterstützt werden könnte. Verändert man die Umwelt eines stationär behandelten Patienten erfolgreich, spart man dadurch wahrscheinlich viel Geld ein, steigert dessen Wohlbefinden und entlastet das gesamte Gesundheitssystem. Der mögliche Beitrag von bedürfnisorientierter Therapie zur *Gesundheit am Arbeitsplatz* kann zunächst in einer (auch anamnestisch orientierten) arbeitsplatzbezogenen Bedürfnisanalyse gesehen werden, die dazu führt, dass Fehlbesetzungen vermieden werden, um sowohl den Output als auch interpersonelle Funktionsfähigkeit zu erhöhen. Besonderer Wert ist auf die Vorbereitung der Arbeitsumgebung und somit auch der Kollegen zu legen. Verständlich also, dass Nidotherapie auch eine Wiedereingliederung durch Anpassung des Arbeitsumfelds erleichtern kann.

Ausführlich und wissenschaftlich sorgfältig befassen sich die Autoren in **Kapitel 9** mit der **Forschungsevidenz**. Dabei werden Forschungsdesigns zur Überprüfung der Wirksamkeit komplexer Behandlungen, insbesondere der Nidotherapie, beschrieben. Neben Fallstudien wurden bereits eine qualitative Untersuchung und zwei randomisiert-kontrollierte Studien veröffentlicht, aus denen sich die Evidenz der Effektivität von Nidotherapie ergibt. So konnten in einer Studie bei »extremen Mehrfachnutzern« stationär-psychiatrischer Versorgungsangebote (ganz überwiegend »behandlungsresistente« Patienten mit Persönlichkeitsstörung) eine seltenere stationäre Wiederaufnahme und kürzere Verweildauer festgestellt werden, da die Patienten mehr Zeit in kommunalen Einrichtungen verbrachten und zudem gesteigertes Wohlbefinden angaben. In der zweiten Studie bei Pflegeheimbewohnern mit geistiger Behinderung gab es Hinweise auf einen relativen Vorteil der Nidotherapie, da aggressiv-provozierendes Verhalten gegenüber dem Pflegepersonal, verglichen mit der Standardbehandlung, zeitlich verzögert (quasi posttherapeutisch) und seltener auftrat. Jenseits eines statistisch abgesicherten Wirknachweises wiesen die zahlreichen untersuchten Variablen neben dem verbesserten Wohlbefinden der Patienten auf relevante ökonomische Vorteile (Nidotherapie-Gruppe hatte mehr Zeit in kommunalen Einrichtungen anstatt in Kliniken verbracht) und eine deutliche Verbesserung der Allokation von Ressourcen bei der Anwendung von Nidotherapie hin. Bis belastbare Forschungsergebnisse dieses neuartigen Behandlungsansatzes verfügbar sind, sollten Patienten, Kliniker, Klinikleitungen und Richtlinienersteller die Therapie als experimentell erachten.

Da vor einer Empfehlung der flächendeckenden Anwendung einer neuen Behandlungsmethode neben dem Wirksamkeitsnachweis dessen Kosteneffizienz überzeugend untersucht worden sein muss, werden in **Kapitel 10** noch die **ökonomischen Vorteile bedürfnisorientierter Therapie** aufgezeigt. Beruhend auf Forschungsdaten der ersten randomisiert-kontrollierten Studie wird nachgewiesen, dass Nidotherapie in Kombination mit Standardtherapie während eines zwölfmonatigen Zeitraums eine um etwa 50 % günstigere therapeutische Alternative darstellt!

Den Abschluss bildet in **Kapitel 11** die klärende **Auseinandersetzung mit häufigen Irrtümern, Kritik und Fragen** in Bezug auf bedürfnisorientierte Therapie, die seit der ersten Veröffentlichung aufgetreten waren. Mit der sehr differenzierten Stellungnahme werden fundamentale Charakteristika und Schwerpunkte der Nidotherapie einschließlich Besonderheiten der therapeutischen Beziehungsgestaltung nochmals verdeutlicht.

Über die Autoren Peter und Helen Tyrer

Peter und Helen Tyrer sind Psychiater und Psychotherapeuten. Beide sind national und international bestens bekannt als Autoren zahlreicher innovativer Publikationen. Helen Tyrer ist wissenschaftliche Leiterin der medizinischen Fakultät am Imperial College in London. Peter Tyrer ist Herausgeber des viel zitierten und

international renommierten »British Journal of Psychiatry«. Er war maßgeblich an der Entwicklung der ICD-11 beteiligt, in welcher eine dimensionale Einschätzung der Persönlichkeit vorgesehen ist. Diese radikale Alternative zur kategorialen Betrachtung von Persönlichkeitsstörungen wird ab 2022 weltweit die Diagnosestellung verändern. Jahrelanges wissenschaftliches und therapeutisches Engagement machen die Autoren zu echten »Scientist-Practitioners«, die sich bei der Entwicklung des neuen Therapieansatzes durch die psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung ihrer eigenen Patienten haben inspirieren lassen. Das wird besonders ersichtlich in der Fülle der Fallbeispiele, mit denen bereits die Einleitung zum Buch bestritten wird.

Über die Übersetzerin

Die Übersetzerin Iris Orth ist Psychologin und befindet sich derzeit in fortgeschrittener Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin im Verfahren Verhaltenstherapie am Max-Planck-Institut für Psychiatrie. Eine gut lesbare Vermittlung von Inhalten und die Eindeutschung von spezifischen Begriffen aus dem britischen Gesundheitswesen sind ihr sehr gut gelungen. Darüber hinaus hat sie mit dem aufwendigen Anhang einen Bezug zum sozialen und psychotherapeutischen Versorgungssystem in Deutschland hergestellt und Möglichkeiten eines Transfers des bedürfnisorientierten Ansatzes beleuchtet.

Über den Anhang

Der Anhang beschreibt ausführlich die sozialpsychiatrische Versorgung und den potenziellen Mehrwert der Nidotherapie in Deutschland. Dabei werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Nidotherapie zu sozialpsychiatrischen Angeboten und der sozialmedizinischen Versorgung, wie beispielsweise Milieu- und Soziotherapie, herausgearbeitet.

Es wird deutlich, wie sehr sich unser fragmentiertes Versorgungssystem vom britischen Gesundheitswesen unterscheidet und welche Verbesserungen durch die Anwendung von Nidotherapie in verschiedenen Lebensbereichen, Teilhabeleistungen nach SGB IX und Arbeitsfördermaßnahmen geschaffen werden könnten. Es kommt klar zum Ausdruck, dass zwar eine Fülle psychosozialer Einrichtungen und Maßnahmen existiert, das lokale Versorgungsangebot jedoch oft sehr schwer durchschaubar ist. Es wird auch auf notwendige Verbesserungen in der Aus- und Fortbildung von in der psychiatrisch/psychotherapeutischen Versorgung tätigen Ärzten und Psychologen hingewiesen, um Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf adäquat versorgen zu können.

Um wieder zurück auf die eingangs aufgeworfene Fragestellung der Notwendigkeit, Sinnhaftigkeit, Wirtschaftlichkeit und Aktualität des neuen Therapieansatzes der Nidotherapie zu kommen, soll abschließend betont werden, dass es

aufgrund der Zunahme chronischer psychischer Erkrankungen höchste Zeit ist, eine Horizonterweiterung durch eine psychotherapeutische Herangehensweise im Sinne der »Sozialpsychotherapie« einzuleiten. Eine Erweiterung des Kompetenz- und Qualifikationsspektrums von Psychotherapeuten durch neue Befugnisse (Klinikeinweisung, Verordnung von Sozio- und Ergotherapie, häusliche psychiatrische Krankenpflege), die Mitwirkung in innovativen Versorgungskonzepten wie der Gemeindepsychiatrischen Basisversorgung (GBV-Modell) und eine »Komplex-Richtlinie«, aber auch die neue Weiterbildungsordnung für Psychotherapeuten erfordern für ein notwendiges multiprofessionelles, vernetztes Arbeiten mehr Wissen über das psychosoziale Versorgungssystem, insbesondere auch erweiterte psychotherapeutische Kompetenzen im Sinne eines kollaborativen Einbezugs der sozialen Umwelt von Patienten.

Nidotherapie ist sicherlich kein Allheilmittel, jedoch eine notwendige, passende und vielversprechende Bereicherung in der psychotherapeutischen Versorgung, insbesondere schwer kranker Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf. Es bleibt zu hoffen, dass dieses Buch dazu beiträgt, Interesse bei Praktikern, Wissenschaftlern und politischen Entscheidungsträgern zu wecken, um das psychotherapeutische Hilfsangebot gerade für diese wachsende Patientengruppe bedürfnisorientiert und wirksam zu ergänzen.

München, im Frühjahr 2021
Sabine und Michael Zaudig

Vorwort zur zweiten Auflage

Dieses Buch erschien erstmals im Jahr 2009; seitdem hat sich die Nidotherapie fortwährend weiterentwickelt. Der Behandlungsansatz ist seit einigen Jahren auch in Schweden, Kanada, Australien, Dänemark, Neuseeland und im Iran, wo auch Interesse an einer Übersetzung besteht, bekannt. Schweden stellt dabei eine Vorreiterrolle dar. Das Buch wurde 2013 ins Schwedische übersetzt; es gibt dort mittlerweile über 250 Nidotherapeuten. Zudem veröffentlichte die Universität von Uppsala ein externes Review (KoF17), in welchem die universitären Errungenschaften und Leistungen näher beleuchtet worden sind. Statistische Grundlage waren bei diesem Review aber nicht wie gewöhnlich die Erfassung von Publikationen, Forschungsleistungen, externen Einnahmen und gesellschaftlichen Implikationen. Die Leistungsbeurteilung fußte darauf, »das Funktionieren der verschiedenen Forschungseinrichtungen [der Universität] untereinander« zu untersuchen, wobei ein »besonderer Schwerpunkt auf die Identifikation derjenigen Faktoren« gelegt worden ist, die »Qualität und Fortschritt ermöglichen« (Malmberg et al. 2017, S. 11). Hinter diesem Zitat verbirgt sich mehr als ein bedeutungsloses Wortspiel. Das universitäre Umfeld ist der Lehm, aus dem erfolgreiche Forschung geformt wird. Lediglich die Ergebnisse von Forschungsarbeiten zu untersuchen, reicht bei einer qualitativen Leistungsüberprüfung nicht aus. Auch das universitäre Umfeld an sich muss analysiert werden, um hinreichende Aussagen über die Leistung eines derart komplexen Apparates treffen zu können.

Zur Einführung in die Thematik hat der britische und irische Berufsverband *Royal College of Psychiatrists* einen CPD-Onlinekurs für die Nidotherapie herausgegeben (CPDO 2013). Zudem liegen bis dato zwei randomisiert-kontrollierte Studien vor, die eine mögliche Überlegenheit der Nidotherapie gegenüber anderen ausgewählten Behandlungsformen nahelegen. Wer lieber persönlich über die Therapiemethode unterrichtet werden möchte, kann unsere jährlichen Workshops besuchen, die sich zu einer Großveranstaltung mit internationalem Publikum entwickelt haben. Der ursprüngliche Anwendungsbereich, der sich vor allem auf Persönlichkeitsstörungen und schwere, chronische psychische Krankheiten beschränkt hat, konnte erweitert werden: Nidotherapie ist möglicherweise eine adäquate Methode zur Behandlung herausfordernder Verhaltensweisen bei schwerer geistiger Behinderung sowie bei Suchterkrankungen mit komorbiden psychotischen Symptomen. Die NICE-Richtlinien haben 2012 vor dem Hintergrund erster vielversprechender Ergebnisse empfohlen, dass insbesondere in Bezug auf zuletzt genannten Anwendungsbereich intensivere Forschung vonnöten ist. Auch bei der Behandlung neurodegenerativer Erkrankungen, wie der Demenz, Essstörungen und dem Ausbau psychischer Gesundheit am Arbeitsplatz kann bedürfnisorientierte Therapie möglicherweise von Nutzen sein. Peter Tyrer hat in diesem Zusammenhang als Hauptredner erst kürzlich die Nidotherapie auf der jährlichen Konferenz der Fakultät »Gesundheit am Arbeitsplatz« des

Royal College of Physicians in Dublin vorgestellt. Ferner kann Nidotherapie auch schlichtweg als weiterer Behandlungsbaustein in der schon etablierten Gesundheitsversorgung verstanden werden.

Die Neuauflage konzentriert sich vor allem auf die praktische Umsetzung von Nidotherapie in Abhängigkeit der hier genannten Indikationsbereiche. Wir hoffen, dass diese Auflage auf großes Interesse stoßen wird, da umweltzentrierte Ansätze, darunter Nidotherapie, immer mehr in den Fokus des öffentlichen Bewusstseins gerückt sind.

Wir merken, dass unser Geleitwort bisher stark an Selbstbeweihräucherung erinnert und sich eher wie eine Werbebroschüre liest. Wie so oft laden derart glorifizierende Ausführungen den Leser dazu ein, Kritik zu äußern und eine konträre Sichtweise zu entwickeln. Kritisches Feedback, in seiner unverblümtesten Form, existiert bereits und fußt vor allem auf der Aussage, dass die Nidotherapie genau das beschreibt, was Therapeuten den lieben langen Tag ohnehin schon tun (Ani & Ani 2007). Ferner wird postuliert, dass es bei der Anwendung bedürfnisorientierter Therapie keiner speziellen Fertigkeiten bedarf, da jedermann Umweltfaktoren sinnvoll manipulieren könne. Nidotherapie sei also nichts weiter als uralter Wein, der in neuen, auffälligen Flaschen serviert werden würde. Wir sind uns der Tragweite dieser kritischen Äußerungen durchaus bewusst und nehmen im Verlauf auch Stellung dazu. Eines können wir aber vorwegnehmen: Wir stimmen diesen Äußerungen so gut wie gar nicht zu, da unserer Erfahrung nach die systematische Manipulation von Umweltfaktoren sehr weit unten auf der Prioritätenliste von Therapeuten steht.

Ausreichende Evidenz für bedürfnisorientierte Therapie muss künftige Forschung in Form zahlreicher qualitativer Studien, Fall-Kontroll-Studien und randomisiert-kontrollierter Studien entwickeln. Wenngleich wir durchaus Studienergebnisse vorzuweisen haben, bauen wir sehr darauf, dass unsere Kollegen in den nächsten Jahren die Forschungsgrundlage der Nidotherapie weiter füttern werden. Bisher gibt es eine Vielzahl an Belegen, die den Wert und den Nutzen der Therapie in vielen verschiedenen Bereichen der psychiatrischen Praxis aufzeigen. Wir hoffen, dass der Inhalt dieses Buches genau das vermittelt. Leserinnen und Leser, die sich ganz aktuell über die Nidotherapie informieren möchten, werden auch auf unserer Website fündig: www.nidotherapy.com.

**Peter Tyrer Imperial College,
London, Juli 2018**

Danksagung der Autoren

Zu diesem Buch haben wesentlich mehr Personen, als wir aufzählen können, einen Beitrag geleistet, teilweise unwissentlich und in sehr unterschiedlichem Umfang. Wir möchten hiermit allen danken.

Nachfolgend listen wir die Namen in alphabetischer Reihenfolge statt nach Wichtigkeit auf, da es einfach zu schwer ist, investierte Zeit, Bemühungen, Opferbereitschaft und Großzügigkeit gegeneinander abzuwägen. Los geht's.

Wir danken Nancy Ababio, da sie Nidotherapie in der Krankenpflege etabliert hat; Anthea, dass sie in ihrer einzigartigen Art und Weise zur Einleitung dieses Buches beigetragen hat; Barbara Barrett für ihre herausragende Arbeit zur Berechnung der Kosteneffizienz des Verfahrens und für ihren Beitrag zu Kapitel 10; Susanne Bejerot und Mats Humble, die uns gezeigt haben, dass die blau-gelbe schwedische Nationalflagge wahrhaftigen umwelttechnischen Charakter hat; Sue Bowles, Mitarbeiterin in den Acorn Villages bei Manningtree in Essex, die für die Nidotherapie geworben hat, indem sie Patienten mit geistiger Behinderung über den Einsatz von virtueller Realität behandelt hat; Alastair Campbell für seine scharfsinnigen Rückschlüsse, warum genau sein Bruder Donald trotz diagnostizierter Schizophrenie so überaus selbstbewusst geblieben ist; Peter Carter für das Tolerieren, aber auch die gelegentliche Ermunterung dessen, was er ganz korrekt als »kreative Unterbrechung« bezeichnet; Deirdre Dolan dafür, dass sie den Ansatz schon seit Langem praktiziert und sich dessen anscheinend gar nicht gewahr gewesen ist; den Mitarbeitern des Early Intervention Team in Paddington für ihr Verständnis, nachdem ihnen plötzlich bewusst geworden ist, was sie im Jahr 1988 alles auf sich genommen haben; T. S. Eliot dafür, dass er gezeigt hat, wie dringend J. Albert Prufrock Nidotherapie gebraucht hätte; Ethel und Heather, dass sie uns gezeigt haben, wie radikal sich ihre beider Leben doch haben ändern lassen; Catherine Gardener dafür, dass sie das Licht am Ende des Tunnels schon recht früh gesehen hat; Ian Lambert und David Milner für die Förderung pastoraler Nidotherapie; Sandra O'Sullivan dafür, dass sie nie ins Straucheln geriet; Ben Spears, der gezeigt hat, dass eine Umweltanalyse die Psychoanalyse zu übertreffen vermag; den vielen, vielen Patientinnen und Patienten, die dazu beigetragen haben, neue Erkenntnisse zu gewinnen.

Das war wohl der längste Satz, den Sie in diesem Buch finden können, genießen Sie ihn also, solange es geht.

Anmerkung der Autoren und der Übersetzerin

Manche Fallbeispiele des Buches beschreiben Erfahrungen aus verschiedenen Therapien. Die meisten Fallbeispiele sind anonymisiert worden, sodass die Identität der jeweiligen Person geschützt bleibt. Es gibt zwei Ausnahmen: Wir danken Anthea, dass sie uns die Erlaubnis gegeben hat, ihre Geschichte unter ihrem echten Namen mit realen autobiografischen Details beschreiben zu dürfen. Simon Burgon wünschte sich explizit, dass sein Gedicht unter seinem echten Namen veröffentlicht wird. Wir danken seinen Erben für ihre Unterstützung und Erlaubnis.

Bei der deutschen Übersetzung wurde der besseren Lesbarkeit halber das generische Maskulinum verwendet. Bei der Verwendung des generischen Maskulinums schließen wir explizit alle anderen Geschlechter ein. Außerdem werden im Rahmen der deutschen Auflage des Buches die Bezeichnungen *Nidotherapie* und *bedürfnisorientierte Therapie* synonym gebraucht. Dies erschien uns passend, da die Nidotherapie ganz gezielt versucht, die Bedürfnisse des Patienten zu eruiieren und zu erfüllen, und zwar in jedem Lebens- und Umweltbereich. Ferner möchten wir anmerken, dass der deutschen Ausgabe teilweise zusätzliche Erklärungen hinzugefügt worden sind, die so nicht in der englischen Originalfassung zu finden sind. Derartige Fälle haben wir entsprechend gekennzeichnet.

Zudem geht ein Dank an Dr. Bastian Wollweber, der auf diese Therapiemethode gestoßen ist und mich zur Übersetzung motiviert hat, sowie an Frau Dr. Sabine Zaudig und Herrn Prof. Dr. Dr. med. Michael Zaudig, die bereitwillig ein Geleitwort für die deutsche Auflage dieses Buchs formulierten.

Inhalt

Einleitung	1
1 Die allgemeinen philosophischen Grundprinzipien der Nidotherapie	10
1.1 Therapeutisches Arbeiten auf Augenhöhe: Der Patient als eigenständiger Navigator von Umweltveränderungen	12
1.2 Theoretischer Hintergrund der Nidotherapie	13
1.2.1 Prinzip 1: Alle Personen haben die Fähigkeit, ihr Leben zum Besseren zu wenden, wenn sie in der richtigen Umgebung leben	15
1.2.2 Prinzip 2: Jeder soll die Möglichkeit bekommen, sich selbst zu verbessern	16
1.2.3 Prinzip 3: Wenn Menschen verzweifelt sind, gibt es hierfür immer einen Grund und diesen findet man oft in der unmittelbaren Umwelt der Person	18
1.2.4 Prinzip 4: Die persönliche Umwelt beschränkt sich nicht nur auf physikalische Orte, sondern schließt auch andere Personen und das Selbst ein	19
1.2.5 Prinzip 5: Wenn man die Welt durch die Augen eines anderen betrachtet, hat man meist eine bessere Perspektive auf aktuelle Lebensumstände als wenn man nur durch seine eigenen Augen schaut	20
1.2.6 Prinzip 6: Nur weil jemand denkt, den perfekten Platz für eine Person gefunden zu haben, muss dem nicht notwendigerweise so sein	20
1.2.7 Prinzip 7: Alle Menschen, egal wie eingeschränkt, haben Stärken, die man fördern sollte	21
1.2.8 Prinzip 8: Allem Verhalten liegt eine Ursache zugrunde, welche oft auf die unmittelbaren Umweltbedingungen zurückzuführen ist	23
1.2.9 Prinzip 9: Jede Umweltveränderung geht mit einem gewissen Risiko einher	24
1.2.10 Prinzip 10: Zusammenarbeit ist notwendig, um die Umwelt hin zum Besseren zu ändern	26
Zusammenfassung	28

2	Indikation für bedürfnisorientierte Therapie: Welche Patienten sollen mit dem Verfahren behandelt werden?	29
2.1	Wer stellt die Indikation für bedürfnisorientierte Therapie?	34
2.2	Welche Krankheiten kann man mit bedürfnisorientierter Therapie behandeln?	35
2.2.1	Leichte psychische Erkrankungen	35
2.2.2	Schwere psychische Erkrankungen	36
2.2.3	Persönlichkeitsstörungen	38
2.2.4	Persönlichkeit als Zentrum bedürfnisorientierter Therapie	42
2.2.5	Wann fängt man mit der Behandlung an?	43
2.2.6	Grundvoraussetzungen auf Patientenseite für eine Behandlung mit Nidotherapie	47
2.2.7	Prävention und Prognose	48
	Zusammenfassung	49
3	Die vier Phasen bedürfnisorientierter Therapie	50
3.1	Phase 1: Wir tunen uns ein – Entwicklung eines Person-Umwelt- Verständnisses	50
3.2	Phase 2: Den Status quo verstehen – Die Umweltanalyse	54
3.3	Phase 3: Umweltveränderungen umsetzen – Die Entwicklung des nidotherapeutischen Pfades	59
3.4	Phase 4: Den Fortschritt überprüfen – Therapeutische Begleitung nach Umsetzen des nidotherapeutischen Pfades	62
3.4.1	Die Rolle der Arbitrage	63
3.4.2	Nidotherapie im Langzeitverlauf: Feedback einholen und Therapieerfolg prüfen	64
	Zusammenfassung	66
4	Therapeutisches Setting und Format	68
4.1	Eins-zu-Eins-Behandlung in intensiver Form: Die individuelle Intensivbehandlung	68
4.2	Eins-zu-Eins-Behandlung in kurzer und bündiger Form: Die individuelle Kurzbehandlung	69
4.2.1	Gruppentherapie	70
4.2.2	Bedürfnisorientierte Therapie unter der Leitung Dritter	73
4.2.3	Bedürfnisorientierte Therapie via Internet und E-Mail	74
4.2.4	Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen der bedürfnis- orientierten Therapie und anderen spezifischen umweltbezogenen Behandlungen	74

4.2.5	Bedürfnisorientierte Therapie und Social Prescribing	76
4.2.6	Wann sollte man eine bedürfnisorientierte Therapie beenden?	78
	Zusammenfassung	79
5	Bedürfnisorientierte Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz	81
5.1	Unterschiede und Gemeinsamkeiten: Bedürfnisorientierte Therapie, Positive Behaviour Support und personenzentrierte Pflege	87
	Zusammenfassung	90
6	Methoden und Werkzeuge bedürfnisorientierter Therapie	91
6.1	Selbst-Nidotherapie: Bedürfnisorientierte Therapie an der eigenen Person . .	91
6.2	Co-Nidotherapie: Bedürfnisorientierte Therapie mit einem Co-Therapeuten . .	92
6.3	Bedürfnisorientierte Therapie als Zusatzleistung zu Standardtherapien	93
6.4	Die nidotherapeutische Bewertungsskala: Allgemeine Kompetenzen und Aufgaben des Therapeuten	94
6.5	Die nidotherapeutische Bewertungsskala: Weiterführende Kompetenzen und Aufgaben des Therapeuten	103
6.5.1	Die Umweltanalyse	103
6.5.2	Aufstellen eines nidotherapeutischen Pfades	104
6.5.3	Umsetzung des nidotherapeutischen Pfades und anschließende rückfallprophylaktische Nachsorge	104
	Zusammenfassung	105
7	Was kennzeichnet einen guten bedürfnisorientierten Therapeuten?	107
7.1	Offenheit	107
7.2	Vertrauen	107
7.3	Aufbau von Veränderungsmotivation	108
7.4	Erfindergeist	110
7.5	Weitere Persönlichkeitseigenschaften eines erfolgreichen Nidotherapeuten . .	111
7.6	Welche Berufsgruppen sind besonders geeignet, bedürfnisorientierte Therapie zu praktizieren?	114
7.6.1	Psychiater	114
7.6.2	Sozialarbeiter	115
7.6.3	Psychologen/Psychotherapeuten	116
7.6.4	Krankenpfleger	117

7.6.5	Hausangestellte	117
7.6.6	Ergotherapeuten	118
7.6.7	Fazit	118
	Zusammenfassung	118
8	Weitere Anwendungsbereiche bedürfnisorientierter Therapie: Physische Gesundheit, Arbeitsmedizin und Sozialversorgung	120
8.1	Identifikation von Umweltbedürfnissen: Eine Standardanalyse für stationär geführte Patienten	121
8.2	Planung der gewünschten Umwelt nach Entlassung	121
8.3	Bedürfnisorientierte Nachsorge: Therapeutische Begleitung nach der Umweltmodifikation	122
8.4	Bedürfnisorientierte Therapie und Gesundheit am Arbeitsplatz	123
8.5	Kollektive bedürfnisorientierte Therapie	125
	Zusammenfassung	126
9	Forschungsevidenz	127
9.1	Fallstudien	131
9.2	Qualitative Studien	131
9.3	Randomisiert-kontrollierte-Studien	132
9.3.1	Die erste Studie	133
9.3.2	Die zweite Studie	138
	Zusammenfassung	143
10	Ökonomische Vorteile bedürfnisorientierter Therapie	144
10.1	Nidotherapie – eine günstige therapeutische Alternative	145
10.2	Kosten bei der Behandlung mit bedürfnisorientierter Therapie	146
10.3	Kostenberechnung	147
	Zusammenfassung	148
11	Häufige Irrtümer in Bezug auf bedürfnisorientierte Therapie	150
	Zusammenfassung	164
12	Nachwort	165

13 Anhang	166
13.1 Historische Entwicklung und Maximen der Sozialpsychiatrie	167
13.2 Nidothérapie im Vergleich zu sozialpsychiatrischer Tätigkeit	171
13.2.1 Soziotherapie im Diskurs	171
13.2.2 Milieuthérapie im Diskurs	175
13.2.3 Unterschiede und Gemeinsamkeiten: Sozialpsychiatrische Versorgung und Nidothérapie	176
13.3 Erste Hilfe: Der Sozialpsychiatrische Dienst (SPDI) als kommunales Angebot für Menschen mit schweren und chronischen psychischen Krankheiten	179
13.4 Bedürfnisorientierte Therapie in verschiedenen Lebensbereichen: Arbeit, Wohnen, Freizeit	181
13.4.1 Nidothérapie und Arbeit	181
13.4.2 Nidothérapie und Wohnen	189
13.4.3 Nidothérapie und Freizeit	191
13.5 Bedürfnisorientierte Therapie als Zusatzmodul hiesiger psychiatrischer und psychotherapeutischer Praxis	192
13.5.1 Nidothérapie in der ambulanten Praxis	192
13.5.2 Nidothérapie im tagesklinischen bzw. stationären Alltag	194
13.6 Nidothérapeuten und ihre Selbstfürsorge	196
13.7 Systematische Erweiterungen der Nidothérapie	197
13.7.1 Erfassung befriedigter und nicht befriedigter Bedürfnisse – der Bedürfnisstatus	197
13.7.2 Die Lebenslinie	199
Literatur	201

Einleitung

Die Umwelt des Patienten ist in den letzten 20 Jahren immer stärker in den therapeutischen Fokus gerückt. Gerade wenn es um die Behandlung vermeintlich behandlungsresistenter psychischer Erkrankung geht, scheint dieser Ansatz äußerst vielversprechend zu sein. Wenn man sich diesen Satz noch einmal durchliest, klingt er eigentlich zu schön, um wahr zu sein. Wie oft hören wir von derartigen »Durchbrüchen«? Wie oft kursieren brandneue Therapieansätze in den Medien, die mit vielen euphemistischen Wörtern beschrieben werden und am Ende dann doch nicht ihre gemachten Versprechungen halten können? Diese Superlative sind teilweise schon derart abgenutzt, dass sie einem bedeutungslos vorkommen.

Bei der Vorstellung unseres therapeutischen Verfahrens verwenden wir keine komplizierten und klischeehaften Begriffe. Zum Einstieg in die Thematik möchten wir stattdessen ein Fallbeispiel heranziehen. Wir stellen hier eine Klientin vor, die schon seit über 20 Jahren bei uns in Behandlung ist. Sie sagt über sich selbst, dass es ihr aktuell so gut gehe, wie schon seit Langem nicht mehr. Wir möchten aber nicht nur ausführen, was wir ihr beigebracht haben, sondern auch, was sie uns in den letzten beiden Jahrzehnten alles gelehrt hat. Sie hat nichts dagegen, an dieser Stelle namentlich genannt zu werden. Da wir sie im Laufe der Behandlung unter zwei verschiedenen Namen haben kennenlernen dürfen, verwenden wir im Folgenden nur einen von diesen: Anthea.

Fallbeispiel Anthea

Anthea studierte in Amsterdam Kunst, als sie plötzlich an Schizophrenie erkrankte. Sie war gerade mal 21 Jahre jung und ganz allein in einem ihr fremden Land. Dort wurde sie vorerst auch behandelt. Das damals bei ihr etablierte Behandlungskonzept war und ist typisch für an Schizophrenie erkrankte Menschen.

Bevor wir den Fall weiterbeschreiben, möchten wir Sie dazu einladen, kurz darüber nachzudenken, wie ein solches Behandlungskonzept für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis eigentlich genau aussieht. Richtig, es handelt sich in erster Linie um eine Behandlung mit Medikamenten – die Standardmethode schlechthin, um die Krankheit unter Kontrolle zu bringen. Die psychopharmakologische Behandlung von Psychosen zählt seltsamerweise bis heute zu den größten Errungenschaften der psychiatrischen Forschung des 20. Jahrhunderts. Im Zuge der »psychopharmakologischen Revolution« entstand die Idee, dass jede psychische Erkrankung durch die Verabreichung eines angemessenen Medikaments behandelt, korrigiert oder geheilt werden kann. Heinz Lehmann, einer der ersten Psychiater, der in den 1950er-Jahren mit dem anti-

psychotischen Medikament Chlorpromazin behandelt hat, beschrieb den Geist der Zeit wie folgt: Antipsychotika »sind wie der Rosettastein³ zur Entzifferung der Hieroglyphen psychischer Krankheitssymptome. Der geistigen Neurowissenschaft werden hier neue Wege eröffnet« (Lehmann 1993). Von da an jedoch war die weitere Entwicklung eher weniger rosig. Wir suchen noch immer nach einem neuen Champollion⁴, der diesen Rosettastein der Neurowissenschaften vollends entziffert. Seit der ersten Anwendung von Chlorpromazin sind ganze 70 Jahre vergangen. In diesem Zeitraum hat die Neurowissenschaft eindrucksvoll versagt, Erklärungs- und Ursachenmodelle für die Schizophrenie zu entwickeln. Zudem liegen noch immer keine hinreichenden Begründungen vor, die erklären, warum antipsychotische Medikamente manchen Menschen helfen, bei anderen aber rein gar nichts bewirken und bei einigen wenigen sogar eine Verschlechterung der Symptomatik hervorrufen.

Die so angepriesene psychopharmakologische Revolution hat letzten Endes in einer Sackgasse geendet (Tyler 2012). Anthea hat das recht früh erkannt, und zwar ohne irgendwelche psychiatrische Fachliteratur zu lesen. Um es auf den Punkt zu bringen: Wir als Psychiater können die Positivsymptomatik der Schizophrenie teilweise effektiv mit (antipsychotischer) Medikation behandeln. Das funktioniert aber zumeist nur auf Kosten einiger unangenehmer Nebenwirkungen. Viel zu oft behaupten wir, dass es unseren Klienten klinisch besser gehen würde, obgleich sie sich physisch schlechter fühlen. Wir rechtfertigen unsere Behauptung mit dem so oft in der Medizinbranche verwendeten gemeinen, kurzen Begriff »Kosten-Nutzen-Verhältnis«. Dieser Begriff suggeriert, dass die medikamentöse Behandlung der beste und auch durchdachte Behandlungsansatz mit dem größten Kosten-Nutzen-Verhältnis sei. Wenn wir aber mal ehrlich sind, fällt im Falle der Schizophrenie das Kosten-Nutzen-Verhältnis oft negativ für den Betroffenen aus. Diese Gruppe an Medikamenten geht oftmals mit einer Palette gravierender Nebenwirkungen einher, darunter beispielsweise sedierende Effekte, Extrapiramidalsymptomatik, gesteigerter Appetit, Gewichtsverlust und sexuelle Dysfunktionen. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis für den Arzt, oder gar die Gesellschaft, sieht da schon ganz anders aus: Der Nutzen der Medikamente ist hier immens. Erkrankte werden zum einen – zumindest in den meisten Fällen – nicht immer wieder in Psychiatrien vorstellig und stören zum anderen die vielseitig beschäftigte Gesellschaft nicht durch ihr ungewöhnliches Verhalten.

Soviel erst einmal zur Positivsymptomatik. Die sogenannten Negativsymptome der Schizophrenie – Apathie, Desinteresse, amotivationales Syndrom und reduzierte Ausdauer – bessern sich kaum nach Einnahme von Antipsychotika. Stattdessen lassen sie sich eher mit psychotherapeutischen Verfahren wie der Kognitiven Verhaltenstherapie behandeln (Sensky et al. 2000). Man kann fest-

3 Bedeutender archäologischer Fund in der Stadt von Rosette (Ägypten), der als Schlüssel zur Entzifferung von Hieroglyphen diente.

4 Jean-Francois Champollion war ein Sprachwissenschaftler, der bei der Entzifferung der Hieroglyphen auf dem Rosettastein maßgeblich beteiligt war (Kemling 2019).

halten, dass viele Menschen mit Schizophrenie lebenslanglich auf ihre Medikamente angewiesen sind. Es wird fortwährend versucht, therapeutische Alternativen zu entwickeln, die aus klinischer Perspektive gut verständlich, aber in der Praxis dann doch recht schwer zu evaluieren sind (Leamy et al. 2016). So haben Kollegen erst kürzlich ein recht diffuses Behandlungskonzept – das sogenannte *Recovery-Modell*⁵ – entwickelt, welches perspektivisch eine Alternative zur medikamentösen Therapie darstellen soll. Wir wollen hier aber auch nicht den Teufel an die Wand malen. Viele Patienten mit Schizophrenie respondieren gut auf ihre Medikamente. Ein symptomfreies Leben kann sogar bei einer niederschweligen Dosis antipsychotischer Medikation möglich sein, unter welcher die meisten schweren Nebenwirkungen nicht ausgelöst werden. Eine angemessene Lebensqualität kann so sichergestellt werden. Nichtsdestotrotz gibt es einige Betroffene mit akuten oder auch chronischen Verläufen, welche die medikamentöse Behandlung vehement ablehnen. Die Abwehr ist teilweise so groß, dass viele dauerhaft gegen ihren Willen behandelt werden müssen. Und genau an diesem ethisch und moralisch fragwürdigen Punkt dockt die Nidotherapie an.

Anthea beispielsweise wehrt sich bis heute vehement gegen die Einnahme von Antipsychotika. Sie befand und befindet die medikamentöse Behandlung als nicht aushaltbar. Immer dann, wenn sie sich selbst überlassen wurde (wenn sie z. B. nicht unter Zwangsbehandlung stand), setzte sie all ihre Medikamente sofort ab. Was dann als Nächstes geschah, ist wohl vorhersehbar. Wir möchten aber Anthea an dieser Stelle die Möglichkeit geben, die Ereignisse aus ihrer Perspektive zu beschreiben:

Mein erster psychiatrischer Aufenthalt in einer der Kliniken von Amsterdam liegt nun 32 Jahre zurück. Als ich wieder in England war, wurde ich sofort eingewiesen, und so ging das weiter und weiter. Die folgenden 15 Jahre war ich dann insgesamt zwanzigmal in der Psychiatrie, und zwar nie freiwillig. Man hat mich gezwungen. Bei jedem dieser Aufenthalte wurde mir die Diagnose einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Erkrankung verpasst. Letzteres ist anscheinend wohl irgendetwas Dummes aus dem Spektrum der manischen Depression. Psychiater können sich nie auf eine Diagnose einigen – sie könnten sie eigentlich auch gleich abschaffen. Andauernd erhielt ich Medikamente, die mich dick machten, meine Haut zum Brennen brachten, meine Sehkraft verringerten und meine Seele tief greifend zerstörten. Das Erste, was ich nach jeder meiner Entlassungen tat, war hungern, um wieder Normalgewicht zu erreichen.

Wir möchten an dieser Stelle Antheas Bericht kurz unterbrechen, um zu betonen, dass die Behandlung, die Anthea erhielt, absolut ordnungsgemäß und, um es in der heute etablierten Sprache zu formulieren, evidenzbasiert war. Jeder ihrer

5 Das Recovery-Modell ist ein Behandlungskonzept für psychische Krankheiten, welches ursprünglich vor allem bei Suchterkrankungen eingesetzt worden ist und das Genesungspotenzial der Patienten betont und fördert. Die Behandlung wird in den nationalen Gesundheitspolitiken des angloamerikanischen Raums, Australiens und Neuseelands aufgeführt (Heuchemer 2016).

behandelnden Ärzte erklärte ihr gebetsmühlenartig dasselbe: »Anthea, Sie leiden unter Schizophrenie. Die einzige bewährte Behandlung – zumindest in der Akutphase – sind nun mal Medikamente. Sie müssen diese Medikamente einnehmen, sonst werden Sie nie gesund. Und sollten Sie gesund werden, dürfen Sie die Medikamente nicht einfach absetzen, sonst werden Sie gleich wieder krank.« Anthea hat uns berichtet, dass die von ihr eingenommenen Medikamente wie Gift gewesen seien. Das mag einem als Außenstehenden etwas übertrieben vorkommen, für sie selbst aber kann der ihrem Körper zugefügte Schaden auf keine andere Weise beschrieben werden. Anthea hatte niemanden an ihrer Seite. Also blieb sie weiter störrisch, während sie mit den Folgen ihrer Krankheit kämpfte. Jeder psychiatrische Klinikaufenthalt fand unter Zwangsbehandlung statt. Auch die Einnahme von Medikamenten erfolgte ausschließlich unter richterlichem Beschluss. Und nach jeder Entlassung aus dem Krankenhaus setzte sie alle Medikamente einfach wieder ab. Heutzutage wäre sie sicherlich der sogenannten *Community-Treatment-Order*⁶ (CTO) unterlegt worden, die zum Ziel hat, psychische Gesundheit langfristig aufrechtzuerhalten. Die CTO für Anthea hätte wohl sicher die Regelung beinhaltet, dass sie ihre Medikation nach Entlassung weiter einnehmen müsse. Anthea hat uns sehr deutlich gemacht, dass sie unter einer solchen CTO entweder ausgewandert wäre oder Suizid begangen hätte. Glücklicherweise ging es ihr besser, bevor diese Verordnung offiziell eingeführt wurde. – Nur zu Ihrer Information: Einen positiven Effekt im Hinblick auf die Genesung betroffener Patienten hat die CTO bis heute nicht. Was allerdings passiert ist: Es stehen jetzt 22-mal so viele Menschen unter Zwangsbehandlung wie vor dieser Verordnung (Burns et al. 2013).

Bevor wir Anthea weiter berichten lassen, möchten wir Sie zu einem kurzen Gedankenexperiment einladen: Wie hätten Sie sich unter diesen Umständen gefühlt? Stellen Sie sich vor, dass sie zwanzigmal in der Psychiatrie gegen Ihren Willen behandelt worden wären, und zwar jedes Mal mit ein und derselben Behandlungsmethode. Und dann auch noch immer wieder mit zermürender Beharrlichkeit von ärztlicher Seite gehört hätten, dass (giftige) Medikamente die einzige mögliche Behandlungsoption seien. Und jetzt stellen Sie sich noch zusätzlich vor, ganz allein zu sein in einer Ihnen feindlich gesinnten Welt. Wundert es einen da wirklich noch, dass die Suizidrate bei der Schizophrenie so hoch ist?

Nun lassen wir Anthea weiter berichten:

6 *Community-Treatment-Order* (CTO) ist ein langfristig angesetztes Behandlungskonzept für schwere und chronische psychische Erkrankungen, welches unter anderem in Großbritannien angewendet wird. Man kann mit der CTO behandelt werden, wenn man auf nicht freiwilliger Rechtsgrundlage mindestens einmal in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt worden ist und der einem zugewiesene Therapeut eine Anmeldung hierfür einreicht. Die CTO fußt auf von Therapeuten erstellten Regelungen, welche die psychische Gesundheit des Patienten aufrechterhalten sollen. Wenn der Patient gegen eine dieser Regelungen verstößt, kann er gegen seinen Willen sofort wieder in ein Krankenhaus aufgenommen werden (Dawson 2006).

(Fortsetzung)

Was dann passiert ist, wollen Sie wissen? Vor 23 Jahren wurde ich von einem Psychiater und einem Psychologen besucht, die damals beide für einen Dienstleister der kommunalen Gesundheitsversorgung (*Community Mental Health Service*⁷) gearbeitet haben. Sie kamen ohne Vorankündigung. Keiner meiner bisherigen Ärzte hatte mich jemals daheim besucht, um mit mir zu sprechen. Ich habe ihr Klingeln an meiner Haustüre zuerst ignoriert und sie nicht reingelassen. Ich war damals überzeugt, dass sie mich gleich wieder einweisen lassen würden. Genau wie all anderen auch. Aber sie kamen einfach immer wieder zu mir und haben sogar versucht, durch den Briefkastenschlitz mit mir zu sprechen. Einer hatte eine unglaublich laute Stimme. Sie haben gesagt, dass sie nur mit mir über meine Probleme reden wollen würden. Sie haben einfach nicht aufgegeben. Irgendwann habe ich sie dann doch hereingebeten. Sie erklärten mir, dass sie nicht direkt mit der örtlichen Psychiatrie zusammenarbeiten würden, seien aber darum gebeten worden, eine Untersuchung bei mir vorzunehmen, da ich immer wieder ins Krankenhaus aufgenommen werden müsste. Der Psychiater war wirklich ein komischer Kauz. Natürlich versuchte er mich davon zu überzeugen, eine kleine Dosis meiner Medikamente einzunehmen. Aber ich wollte nicht. Ich erklärte ihm, dass die Medikamente für mich wie Gift seien. Ich sagte ihm auch, dass ich sie unter keinen Umständen einnehmen würde, außer ich würde dazu im Krankenhaus gezwungen werden. So ging es einige Zeit weiter: Der Psychiater besuchte mich, fragte mich, ob ich die Medikamente einnehmen würde, ich sagte Nein, und er ging wieder. Schließlich aber konnte ich ihn dann doch davon überzeugen, es ohne Medikamente versuchen zu dürfen. Er kann Ihnen den Rest der Geschichte erzählen.

Antheas Behandlungsverlauf aus der Perspektive ihres behandelnden Psychiaters (Peter Tyrer)

Ich habe Anthea das erste Mal im Jahr 1990 getroffen. Damals habe ich in einem sogenannten *Early-Intervention-Team*⁸ gearbeitet, dessen Aufgabe zum einen das Werben für die örtliche Psychiatrie und zum anderen die Behandlung »schwer zugänglicher« Menschen mit Psychose war. Anthea zählte sicherlich zu diesen »schwer zugänglichen« Patienten: Sie erschien mehrfach nicht zu unseren ambulanten Terminen. Man konnte sie auch nie telefonisch erreichen. Ihre Krankenakte beschrieb anschaulich ihre schweren psychotischen Episoden, die in der Vergangenheit ausnahmslos zu Krankenhausaufenthalten geführt hatten. In der

7 Die *Community Mental Health Services* (CMHS) sind Teil der Gesundheitsversorgung in Großbritannien und richten sich vor allem an Menschen mit schwerer oder chronischer psychischer Krankheit. Die Zentren sind multidisziplinär aufgebaut und bieten ein intensives und breit gefächertes therapeutisches Angebot. Sie zählen zu den sogenannten sekundären Pflegediensten. Es gibt zudem spezialisierte CMHS, darunter *Crisis Teams* (Kriseninterventionsteams), *Assertive Outreach Teams* und *Early Intervention Teams* (Rethink Mental Illness 2020).

8 Im Deutschen am ehesten Frühinterventionsteam; ein solches Team arbeitet mit Menschen zusammen, die unter psychotischen Episoden leiden. Das Team kooperiert eng mit psychiatrischen Krankenhäusern sowie ambulanten Praxen und dient als zusätzlicher langfristig angedachter (drei bis fünf Jahre) Behandlungsbaustein (Rethink Mental Illness 2020).

Psychose entwickelte sie außerdem zusätzlich noch manische Symptome. In ihrer Akte wurde beispielsweise beschrieben, wie sie bei einem ihrer Aufenthalte mit ihren Kleidern strippte. Sie war in solchen Episoden enthemmt und hatte paranoide Vorstellungen über die Irisch-Republikanische-Armee. Sie war überzeugt davon, dass sich die Menschen gegen sie verschworen hätten. In den letzten 17 Jahren kam es beinahe jährlich zu psychiatrischen Aufenthalten. Zum Zeitpunkt ihrer ersten Aufnahme lebte sie eher in einer ländlichen Gegend, bei der letzten Aufnahme in einer eher städtischen Umgebung. Jede Aufnahme folgte einem vertrauten Muster: Sie wurde in das Krankenhaus unter richterlichem Beschluss aufgenommen, gewöhnlich mit der Polizei im Schlepptau. Sobald aufgenommen, war sie passiv kooperativ, was die Behandlung mit antipsychotischer Medikation anging, die ihr entweder intramuskulär oder oral verabreicht wurde. Sie gab jedes Mal nur sehr wenig von sich preis. Daher konnten ihre Behandler ihren aktuellen Gesundheitszustand nur schwer einschätzen. Ging es ihr besser oder war sie noch immer krank und verwirrt? Über kurz oder lang erfolgte unter diesen Widrigkeiten dann doch die Entlassung. Es wurde stets ein ambulanter Termin mit ihr vereinbart, zu dem sie nie auftauchte.

Mein erster Kontakt mit Anthea

Als unser Teampsychologe und ich uns auf den Weg zu Antheas Wohnung machten, wussten wir, dass das kein einfaches Treffen werden würde. Daher schrieben wir ihr im Vorfeld einen freundlichen Brief. Wir teilten ihr darin den Zeitpunkt unseres Besuchs mit und versicherten, nur gute Absichten zu haben. Als wir vor Ort eintrafen, standen wir vor einem Hochhaus, gebaut in viktorianischem Stil. Ein typisches Bayswater-Gebäude also. Das einzige, was diesen imposanten Ersteindruck störte, waren ein paar knallorangene, geschlossene Vorhänge vor einem Fenster im ersten Stock.

Wir haben an der Eingangstür geklopft, aber ohne Erfolg. Daher fuhren wir wieder zurück. Wir versuchten es die nächste Woche und die Woche darauf. Alles, was wir sahen, waren immer nur die orangenen Vorhänge, die zu irgendeinem Zeitpunkt ein Statement für sich waren: Wir waren hier nicht willkommen. Nach einem weiteren Besuch und ein paar Rufen durch den Briefkasten öffnete Anthea aber dann doch irgendwann die Haustür. Zu Beginn war sie sehr nervös. Nachdem wir jedoch versicherten, dass wir sie nicht gegen ihren Willen sofort ins Krankenhaus fahren würden, lud sie uns in ihre Wohnung ein. Dort kochte sie uns einen Tee und zeigte uns ihre tropischen Fische, welche zeitweise in ihrer Wanne schwimmen durften, wenn das Aquarium geputzt werden müsse.

Schnell aber wurde die Unterhaltung ernster. Anthea machte uns mehr als deutlich, dass sie keine Medikamente einnehmen würde. Es gehe ihr nämlich die meiste Zeit ziemlich gut. Sie erzählte uns auch, dass die Medikamente, die sie in der Vergangenheit erhalten hatte, ohnehin nur eine »Spur der Verwüstung in ihrem Hormonhaushalt hinterlassen« hätten. Danach habe ich sie noch ein paar Mal ohne meinen Kollegen besucht, um trotz ihrer Abneigung einen Medika-

tionsplan – niedrige Dosen an Antipsychotika – auszuarbeiten. Ich war aufgrund ihrer Krankheitsgeschichte davon überzeugt, dass dies der einzige Weg war, um einen Rückfall und weitere Krankenhausaufenthalte zu verhindern. Aber Anthea wollte davon nichts hören. Auch der Vorschlag, die Medikation in ihrer Wohnung aufzubewahren und bei den ersten Anzeichen eines Rückfalls einzunehmen, wurde von ihr sofort abgelehnt.

Schließlich gab ich auf und habe Anthea gefragt, ob sie eine andere Lösung wisse, um den unvermeidbaren Kreislauf aus wiederkehrenden Psychiatrieaufenthalten zu durchbrechen. Sie antwortete mir recht schlicht: »Ich werde mit Ihnen zusammenarbeiten, wenn Sie mir versichern können, dass Sie mir keine Medikamente verschreiben.« Als gut ausgebildeter Psychiater, der evidenzbasierten Prinzipien folgte, wusste ich, oder dachte zumindest zu wissen, dass die Positivsymptome psychotischer Syndrome am besten mit antipsychotischer Medikation behandelt werden. Und ich wusste auch, oder dachte zumindest zu wissen, dass es keine andere Behandlungsmöglichkeit gibt. Was nun?

Den Sprung wagen: Die Umwelt in den therapeutischen Fokus rücken

In diesem Dilemma beschloss ich zum ersten Mal, Nidotherapie anzuwenden. Damals waren meine Vorstellungen zu dem therapeutischen Ansatz natürlich noch wenig konkret. Mir fielen aber beim besten Willen keine Standardtherapien mehr ein, daher habe ich nach anderen Optionen gesucht. Was vollkommen klar war: Anthea war zum damaligen Zeitpunkt nicht schwer krank. Viel eher war sie belebt und blühte in ihrer Wohnung auf. Negativsymptome der Schizophrenie lagen nicht vor. Sie übte gute Selbstfürsorge aus und ging ihren Freizeitaktivitäten nach. Alles in allem schien sie ein glückliches Leben zu führen. Ihre regelmäßigen Besuche der St. Paul's Kathedrale zeigten mir auch, dass sie Hilfe im Glauben fand, wenngleich sie das nie so gesagt hatte. Vielleicht hat das sogar gestimmt. Jedoch erzählte sie mir auch nach einem ihrer Besuche, dass der Orgelspieler so aussah, als hätte er »etwas Böses« im Sinn.

Unter diesen Umständen also war es wenig sinnvoll, mit ihr darüber zu diskutieren, Medikamente einzunehmen. Es ging ihr ja im Großen und Ganzen gut. Es gibt Menschen mit Schizophrenie, die nach jeder Krankheitsepisode etwas weniger funktionsfähig sind. Retrospektiv kann man dann recht eindrucksvoll sehen, wie sich der Krankheitsverlauf über die Zeit hinweg allmählich verschlechtert. Anthea aber gehörte definitiv nicht zu dieser Gruppe. Trotz dutzender Krankheitsepisoden blieb nie ein langfristiger Schaden zurück. Also suchte ich verzweifelt nach irgendeiner Behandlungsmöglichkeit, die zu den Wünschen von Anthea passen sollte. Medikamente konnte ich kategorisch ausschließen, da sie – zumindest in den Augen Antheas – wie Gift sind. Ich würde ihre Meinung dazu nicht ändern können. Sie hatte ja schon viele Jahre Zeit gehabt, ihr Urteil zu überdenken. Zu diesem Zeitpunkt befolgte ich, wenngleich auch sehr mühselig, eines der Grundprinzipien der Nidotherapie: »Treffen Sie keine Entscheidungen ohne

die volle Zustimmung Ihres Patienten.« Zum damaligen Zeitpunkt war mir das natürlich nicht bewusst. Weitere Grundprinzipien folgen im Laufe des Buches.

Ein erster Hoffnungsschimmer: Die systematische Veränderung von Umweltbedingungen

Damals bedachte ich erstmals die Möglichkeit, die Umwelt meiner Klientin systematisch zu verändern. Gab es irgendeinen Weg, den Teufelskreislauf aus psychiatrischen Klinikaufenthalten zu durchbrechen? Einen Weg, der die widerkehrende Anwendung von Zwangsmaßnahmen beenden würde? Einen Weg, der es Anthea ermöglichen würde, dauerhaft in ihrem Zuhause mit sehr stabilen Rahmenbedingungen zu wohnen? Ich konnte diese Fragen vorerst nicht beantworten. Es ging nichts vor und zurück. Da ich nicht wusste, wie weiter zu verfahren war, entschied ich mich aus Ermangelung irgendwelcher anderen Alternativen, Anthea noch einmal zu besuchen, und zwar nicht als eine meiner Patientinnen, sondern als Mitmenschen mit einem Problem. Einem Problem, das ich vielleicht irgendwie lösen könnte. Meine Kollegen standen in dieser Zeit voll hinter mir und meinen noch wenig ausgereiften Überlegungen.

Eine meiner Kernfragen war: Gab es eine Möglichkeit, Fortschritte ohne Medikation zu erzielen? Ich musste mich einfach mit Anthea unterhalten und auf ein paar Hinweise hoffen. Während wir gemeinsam nach einer Lösung suchten, zogen wir auch von Anthea verfasste Notizen zu Rate, die sie in der Psychiatrie von Somerset geschrieben hatte. In mir hegte sich der Verdacht, dass ihre psychotischen Episoden, obwohl sehr stark im Hinblick auf Symptomausprägung und Verhalten, nicht lang anhaltend gewesen sein können. Das würde logischerweise auch bedeuten, dass sie die meiste Zeit während ihrer Krankenhausaufenthalte wahrscheinlich weitestgehend gesund gewesen ist. Es waren nur ihr tief verwurzeltes Misstrauen und die Ablehnung allen psychopharmakologischen Behandlungsoptionen gegenüber, die einem den Eindruck vermittelten, dass sie noch immer unter den Residualsymptomen einer Psychose leiden würde.

Nach meinem fruchtbaren Besuch bei Anthea und unterstützt durch meine Kollegen entwickelten wir gemeinsam einen Behandlungsplan. Während der psychotischen Episoden nahm Anthea jeden als feindlich oder als Störfaktor in ihrem Leben wahr. Natürlich folgte dann bald die Aufnahme in ein Krankenhaus. Dieser Zyklus sollte durch unseren Plan durchbrochen werden. Unser Ziel war es, dass sie auch in Phasen psychischer Krankheit weiterhin Zugang zu ihrer direkten Umwelt haben sollte, darunter ihre Wohnung, die tropischen Fische, ihre großartige Bibliothek und auch ihre auffallenden orangenen Vorhänge. Ich glaube ja, dass diese ein Relikt aus ihrer Zeit in Amsterdam sind. Eine glückliche Zeit, bevor sie krank wurde.

Ich möchte mich an dieser Stelle ganz klar gegen diejenigen wenden, die behaupten, dass Nidotherapie ohnehin andauernd und ganz nebenbei von Psychiatern praktiziert werden würde. Das stimmt meiner Meinung nach schlichtweg nicht. Ich bin mir so gut wie sicher, dass die meisten ambulanten Praxen Anthea

mit ihrer Krankheitsgeschichte erst gar nicht behandelt hätten. Und wenn doch, so denke ich zumindest, hätte die Entwicklung eines Kriseninterventionsplans für psychotische Episoden sehr wahrscheinlich im Vordergrund gestanden. Ich bin mir auch fast sicher, dass die meisten Versorgungszentren Anthea nach Abklingen der akuten Symptomatik nicht fortlaufend behandelt und ab irgendeinem Punkt ihre Weigerung, Medikamente einzunehmen, einfach gebilligt hätten.

Der Behandlungsplan

Mit der Unterstützung meiner Kollegen aus dem *Early-Intervention-Team* entwickelten wir einen Behandlungsplan. Anthea sollte sich bei den ersten Anzeichen einer Psychose, welche sie circa einen Tag vor einer blühenden psychotischen Manifestation selbst entdecken konnte, sozusagen verkriechen. Sie sollte in ihrer Wohnung bleiben und im Vorfeld sicherstellen, dass sie genug Essen hat, um ein paar Tage über die Runden zu kommen, damit sie in psychotischen Zuständen nicht in die Gemeinde gehen müsse. Einige wenige Menschen, unser Dienstleister miteingeschlossen, konnte auf Wunsch der Patientin über den Rückfall informiert werden. Dabei sollte jedoch nur eine beobachtende Position der nachfolgenden Ereignisse eingenommen werden, ohne direkte Interventionen zu initiieren.

Was geschah? Nun ja, es hat funktioniert. In den letzten 24 Jahren war Anthea nur zweimal, sieben Tage insgesamt, im Krankenhaus, verglichen zu fast jährlichen Aufnahmen für mehrere Monate in den 15 Jahren zuvor. All das wurde ohne die Einnahme von Medikamenten erreicht, mit Ausnahme der wenigen Tage, die sie im Krankenhaus gewesen ist. Sie machte sich zudem einen Namen als Mosaik-Künstlerin mit eigenem Studio. Um sicherzustellen, dass mit etwaigen Rückfällen im Sinne des von uns etablierten Behandlungsplans umgegangen werden würde, trug sie einen Brief von mir bei sich, welcher heute als Patientenverfügung verstanden werden könnte, ihre Krankheitsgeschichte sowie Behandlungspräferenzen beschreibt und ihren Wunsch betont, nach Aufnahme in einem Krankenhaus sobald wie möglich wieder entlassen zu werden.

Der Fall Anthea umfasst alle nidotherapeutischen Behandlungsschritte, welche in den folgenden Kapiteln identifiziert und genauer beschrieben werden. Es gibt jedoch noch eine Frage, die sich an all diejenigen richtet, die behaupten, dass nidotherapeutische Methoden von Psychiatern ohnehin stets und ständig durchgeführt werden würden: *Hätten Sie Anthea genauso behandelt?*

Hätten meine lieben Kollegen Obeagaeli und Cornelius Ani (Ani & Ani 2007), die betonen, dass wir heutzutage alle Nidotherapeuten sind, Anthea auf ähnliche Art und Weise behandelt? Die Antwort auf diese Frage ist aller Wahrscheinlichkeit nach »Nein«. Sie werden jedoch vielleicht davon überzeugt, dass die Antwort auf diese Frage »Ja« sein sollte, nachdem Sie den Rest des Buches gelesen haben.