

Psychotherapeutische Angebote für Wohnungslose - Therapieverfahren, Erfolge, Grenzen

Menschenrechte und Frauenrechte

Fachtagung BAGW Berlin, AG 3

14. Oktober 2014

Beate Gaupp



Übersicht

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

Rahmenbedingungen

- 1 -

- Psychiatrisch - psychotherapeutische Praxis 2004 - 2012 (50 % Vollzeitstelle; 50% Fortbildungsauftrag für Fachkräfte Sozialpädagogik und Verwaltung) Die Nachfolge ist gesichert
- Grundlage: Kooperationsvereinbarung zwischen kassenärztlicher Vereinigung Bayerns, gesetzlichen Krankenkassen und Landeshauptstadt München (Sozialreferat)
- Auftrag: ambulante Versorgung psychisch erkrankter wohnungsloser Patienten/innen in der Stadt München

3

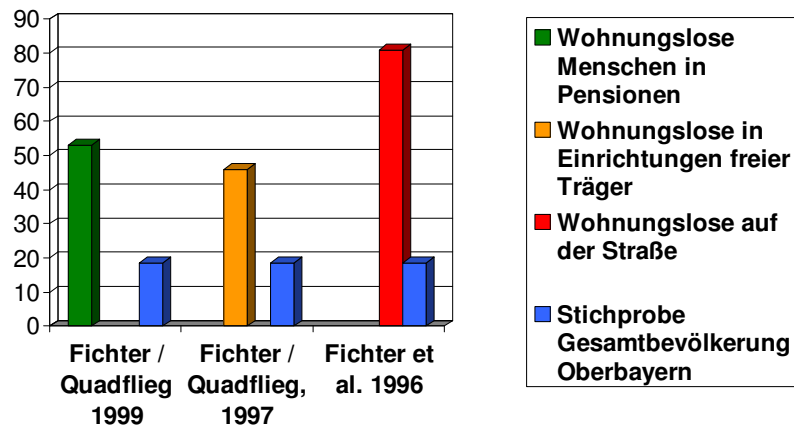
Rahmenbedingungen

- 2 -

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

4

Hintergrund: Epidemiologie Fichter Studien 90er Jahre:



5

Epidemiologie Fichter Studien:

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

6

Epidemiologie SEEWOLF - Studie:

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

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

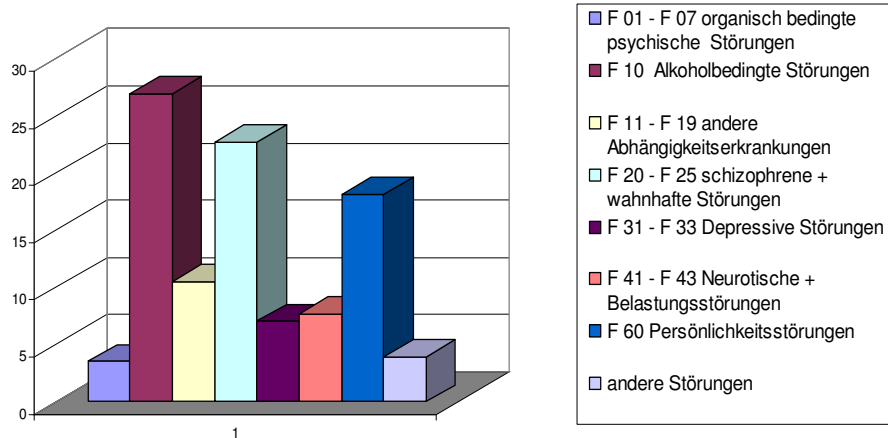
7

Diagnostische Verteilung (nach ICD 10) Praxis Gaupp 2005 - 2009 (Durchschnitt)

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

8

Diagnostische Verteilung (%)



9

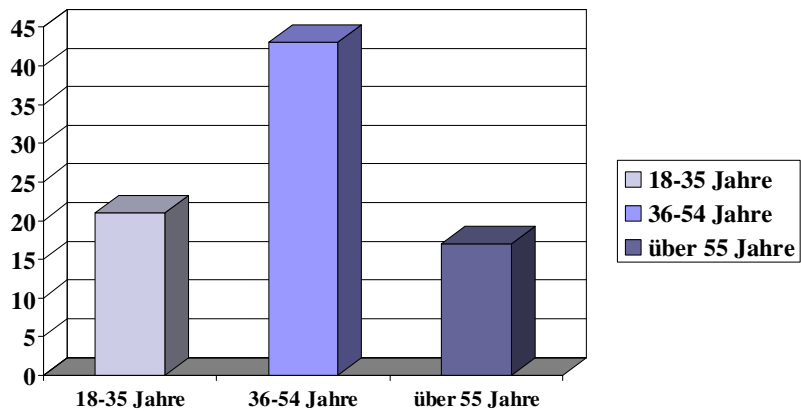
Geschlechterverteilung und Herkunft:

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

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

10

Durchschnittliches Alter



11

Soziale Beziehungen

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

12

Soziale Sicherung

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

13

Wohn-, Unterbringungsform

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

14

1. Fallbeispiel Psychotherapie: ♀

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

15

1. Fallbeispiel Psychotherapie: - 2 -

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

16

1. Fallbeispiel Psychotherapie: - 3 -

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

17

1. Fallbeispiel: was wirkt ? - 4 -

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

18

2. Fallbeispiel Psychotherapie: ♂ - 1 -

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

19

2. Fallbeispiel Psychotherapie: - 2 -

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

20

2. Fallbeispiel Psychotherapie: - 3 -

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

21

2. Fallbeispiel Psychotherapie: - 4 -

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

22

2. Fallbeispiel Psychotherapie: - 5 -

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

23

2. Fallbeispiel Psychotherapie: - 6 -

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

24

2. Fallbeispiel Psychotherapie: - 7 -

FAZIT

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

Therapieziele - Zusammenfassung

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

Therapieprinzipien und Haltung - 1 -

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

27

Therapieprinzipien und Haltung - 2 -

- motivierende Gesprächsführung (Miller und Rollnick 2002); fragende Beziehung (Bauriedl 1985)
- Bifokaler Therapieansatz (Rauchfleisch, 1998): soziale Realität und Erleben / Verhalten im Focus der Behandlung
- Reflexion / Bewußtsein für eigene Motive, Konflikte, Verstricktheit etc. von TherapeutInnen in der Interaktion (interaktive "Gegenübertragung" (KÖRNER)₂₈)

Therapieprinzipien und Haltung - 3 -

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

29

Besonderheiten einer psychiatr.-psychotherap. Praxis für wohnungslose Patienten

◆ Patienten

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

30

Besonderheiten einer psychiatr.-psychotherap. Praxis für wohnungslose Patienten

◆ Patienten

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

31

Besonderheiten einer psychiatr.-psychotherap. Praxis für wohnungslose Patienten

◆ Patienten

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

32

Besonderheiten einer psychiatr.-psychotherap. Praxis für wohnungslose Patienten

◆ Patienten

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

33

Besonderheiten einer psychiatr.-psychotherap. Praxis für wohnungslose Patienten

◆ Patienten

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

34

Besonderheiten einer psychiatr.-psychotherap. Praxis für wohnungslose Patienten

◆ Therapeuten

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

35

Besonderheiten einer psychiatr.-psychotherap. Praxis für wohnungslose Patienten

◆ Therapeuten

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

36

Besonderheiten einer psychiatr.-psychotherap. Praxis für wohnungslose Patienten

◆ Praxisorganisation, Arbeitsabläufe

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

37

Besonderheiten einer psychiatr.-psychotherap. Praxis für wohnungslose Patienten

◆ Praxisorganisation, Arbeitsabläufe

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

38

Besonderheiten einer psychiatr.-psychotherap. Praxis für wohnungslose Patienten

◆ Praxisorganisation, Arbeitsabläufe

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

39

Fazit

- 1 -

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

40

Fazit

- 2 -

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

41

Fazit

- 3 -

für Therapeuten ein besonderes Belastungspotential.

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

42

Fazit

- 4 -

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

43

Fazit

- 5 -

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

44

Fazit

- 6 -

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

45

Ausblick

- 1 -

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

46

Ausblick

- 2 -

Wohnraumversorgung für schwächere Bevölkerungsschichten Wohnungslosigkeit zu verhindern / zu verringern

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

47

Ausblick

- 3 -

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

48

Ausblick

- 4 -

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

Klaus Dörner 2003

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

Albert Schweitzer

49

Verwendete und weiterführende Literatur - 1 -

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

50

Verwendete und weiterführende Literatur - 2 -

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

51

Verwendete und weiterführende Literatur - 3 -

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

52

Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit !

53



Dr. med. Beate Gaupp

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

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

Mail: gaupp@mnet-mail.de

54