

Prof. Dr. rer. medic. habil. Michael Schulz  
Prof. Dr. rer. medic. Michael Löhr  
Prof. Dr. PH Hermann T. Steffen  
Michael Durrer, MScN  
André Nienaber, M.Sc.

## Wahrnehmung der Effekte der Adherence-Therapie bei psychoseerkrankten Menschen in der forensischen Psychiatrie

### Ergebnisse einer qualitativen Studie

Adherence (in Deutschland auch „Adhärenz“) meint eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Professionellen und Patienten im Hinblick auf langfristige Therapieentscheidungen (Gray et al., 2002). Damit grenzt sich dieser Begriff vom Begriff der Compliance ab, der vor allem im Hinblick auf chronischen Krankheitsverläufen als zu paternalistisch angesehen wird (Schulz, 2009; WHO, 2003, Deegan & Drake, 2006). Ob Patienten einem gemeinsam mit Professionellen bzw. professionellen Teams ausgehandelten Therapieplan folgen können oder an der Umsetzung langfristiger therapeutischer Pläne scheitern (non-adhärentes Verhalten), hängt von vielen Faktoren ab (Gray, 2008). Dazu gehören u.a. patientenbezogene Faktoren (z.B. Überzeugungen im Hinblick auf die Erkrankung), Gesundheits- und krankheitsbezogene Faktoren (z.B. Schwere der Symptome), therapiebedingte Faktoren (z.B. Komplexität des Therapieregimes), Faktoren bezogen auf Gesundheitssystem und Akteure (z.B. Arzt-Patienten Beziehung) und soziale bzw. ökonomische Faktoren (z.B. Bildungsniveau und ökonomische Situation) (WHO, 2003, Osterberg, 2005).

>> Für Personen mit psychischen Erkrankungen, die andere Menschen gefährden, führt die regelmäßige Einnahme der Medikamente zu einer Reduktion von Aggressionseignissen („other-directed Violence – ODV) (Aja-Klein et al., 2006; Nedopil, 2005). Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass es Interventionen braucht, die die Adherence der Patienten bzw. den Entscheidungsprozess zwischen Betroffenen und Professionellen positiv beeinflussen. Dabei ist es aus ihrer Sicht nicht unbedingt notwendig, gleichzeitig auf Krankheitseinsicht zu fokussieren.

Adherence Therapie nach Gray et al. (2004) ist eine psychotherapeutische Kurzintervention, die durch entsprechend geschulte

## Zusammenfassung

**Ziel:** Untersucht wurden das Erleben und die Erfahrungen von psychoseerkrankten Patienten in der forensischen Psychiatrie, die an einer Adherence Therapie teilgenommen haben.

**Hintergrund:** Langfristiges Krankheitsmanagement und Medikamente spielen im Rahmen einer forensisch psychiatrischen Behandlung eine wichtige Rolle. Adherence Therapie kann Menschen im Hinblick auf den langfristigen Umgang mit ihrer Erkrankung unterstützen.

**Methode:** Es wurde ein Fokusgruppeninterview mit Menschen im Maßregelvollzug mit der Diagnose einer Schizophrenie nach Teilnahme an der Adherence Therapie durchgeführt. Die Daten wurden transkribiert und nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse analysiert.

**Ergebnisse:** Es konnten verschiedene Dimensionen herausgearbeitet werden, die ein tieferes Verständnis für die Wirksamkeit der Adherence Therapie im forensischen Setting zulassen. So konnte gezeigt werden, dass die Kontrolle über den eigenen Krankheitsverlauf durch die Intervention ausgebaut und die Zuversicht gesteigert werden konnte. Auch gaben die Teilnehmer an, durch die Intervention besser über ihr Krankheitsmanagement reflektieren zu können. Als dritte Ergebnisdimension wurde aus Sicht der Betroffenen eine verbesserte Gesundheitskompetenz berichtet.

**Diskussion:** Es konnten Hinweise auf wichtige Dimensionen partnerschaftlicher Entscheidungsfindung im forensischen Setting herausgearbeitet werden.

**Schlussfolgerung:** Weitere Forschung ist notwendig, um Chancen und Herausforderungen der Adherence Therapie in der forensischen Psychiatrie tiefergehend zu untersuchen.

## Schlüsselwörter

Adherence-Therapie, Sichtweise der Betroffenen, Fokusgruppeninterview, forensische Psychiatrie

Pflegfachpersonen zur Anwendung kommt. Im Rahmen eines kollaborativen und personenzentrierten Ansatzes werden in 5-8 Einzelsitzungen Aspekte des langfristigen Gesundheitsverhaltens unter besonderer Berücksichtigung der Medikamenteneinnahme bearbeitet (Schulz, 2009). Die Intervention basiert auf Erkenntnissen der Kognitiven Verhaltenstherapie und nutzt die Ansätze der Motivierenden Gesprächsführung (Rollnick, Miller, 2005; Kremer Schulz, 2016). Wesentliches Ziel der Intervention ist es, dass Problembewusstsein der Betroffenen zu schärfen und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten im Hinblick auf das Krankheitsmanagement zu stärken. Um dies zu erreichen, wird die mögliche Wahlfreiheit betont und es werden Problemlösungsprozesse angestoßen. Die Intervention lässt sich in drei verschiedene Bereiche unterteilen. So wird zunächst die persönliche Geschichte mit bisherigen Therapieansätzen exploriert und herausgearbeitet, was gut bzw. weniger gut funktioniert hat. In einem weiteren Schritt wird auf Sorgen der Betroffenen im Hinblick auf therapeutische Regime eingegangen, und es werden Vor- und Nachteile von medikamentösen oder Verhaltensinterventionen herausgearbeitet. In der dritten Phase werden ein längerfristiger Plan und Strategien zur Rückfallvermeidung entwickelt (Schulz, Löhr, 2011).

Die Adherence Therapie wurde mittlerweile in verschiedenen Studien auf ihre Wirksamkeit hin untersucht (Gray et al, 2010, Gray et al 2016). Eine multizentrische Studie in Deutschland und der Schweiz zeigt, dass durch die Intervention bei Patienten mit der Diagnose Psychose im Rahmen akutstationärer Behandlung drei Monate nach Entlassung eine Verbesserung des psychopathologischen Zustands erreicht werden konnte, obwohl eine verbesserte Einnahme der Me-

dikamente sich nicht nachweisen ließ (Schulz et al, 2013).

In einer systematischen Übersichtsarbeit zur Adherence Therapie haben Hegedues und Koziel (2014) daher folgerichtig geschlossen, dass der Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung als zentrale Ergebnisdimension in zukünftigen Studien mehr Aufmerksamkeit erhalten sollte.

Adherence Therapie kommt auch in forensisch psychiatrischen Settings zum Einsatz. Cavezza et al. (2013) haben in einer forensischen Klinik in Melbourne (Australien) eine randomisierte Evaluationsstudie durchgeführt. Die insgesamt 48 Studienteilnehmer haben entweder Adherence Therapie oder eine Kontrollintervention erhalten, in der Fragen zur Gesundheitsprävention wie z.B. gesunde Ernährung in einem vergleichbaren zeitlichen Umfang mit dem Patienten besprochen wurden. Im Ergebnis hat sich bei den Teilnehmenden der Interventionsgruppe eine statistisch signifikante positivere Einstellung zur medikamentösen Therapie gezeigt. Zudem haben Patienten der Interventionsgruppe nach der Therapie deutlich häufiger angegeben, dass sie Medikamente benötigen. Als besonders effektiv sind seitens der Forscher die „Eins-zu-Eins“-Kontakte beschrieben worden.

Gault et al. (2013) haben im Hinblick auf Adherence in forensischen Settings eine qualitative Studie durchgeführt. In Zentrum der Studie hat die Frage gestanden, wie forensische Patienten und deren Angehörige das Phänomen Adherence bzw. Non-Adherence wahrnehmen und wie deren Perspektive ist.

Betroffene und 6 Angehörige sind im Rahmen von Fokusgruppeninterviews befragt worden. Die Forscher sind zu dem Schluss gekommen, dass eine fördernde und motivierende Haltung der Professionellen eher zu adhärentem Verhalten führt, während weniger konfrontative Beziehungsgestaltung deutlich häufiger non-adhärentes Verhalten zur Folge hat.

Mit dem Projekt „Einführung der Adherence Therapie in der Klinik Nette-Gut“ hat die Betriebsleitung der Klinik Nette-Gut für forensische Psychiatrie den Fokus auf partizipative Therapieverfahren gelegt. Neben der deutlichen Ausrichtung hin zu einer patienten-integrierten Adherence Therapie wurde gleichsam die Qualifikation einzelner MitarbeiterInnen im Pflegedienst zur/zum Adherence TherapeutIn durchgeführt.

Im Rahmen der vorliegenden Studie ist die Frage untersucht worden, wie Patienten die Intervention Adherence Therapie wahrnehmen. Zudem sollte herausgefunden werden, in wie weit Professionelle aus Sicht der Patienten dazu beitragen, dass sie im Hinblick auf ihre Medikamenteneinnahme adhären sind.

## Methode

Es ist eine qualitative Studie auf der Grundlage eines Fokusgruppeninterviews durchgeführt worden (Morgan, 1996). Die Methode der Fokusgruppeninterviews ermöglicht es, Aussagen über kollektive Wissensbestände, Orientierungen und Wertbestände zu treffen. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund interessant, dass Adherence Therapie nicht nur eine modularisierte Intervention ist, für die es bestimmte Techniken zu fachgerechten Anwendung braucht. Vielmehr

ist eine fachgerechte Anwendung der Intervention ohne den Einsatz von Empathie und Kongruenz nicht erfolgversprechend, sondern wird eher kontraproduktiv wirken.

Die Moderation der Gruppe erfolgt durch zwei der Autoren (M.S., M. L.).

Die Zielpopulation der geplanten Erhebung sind Patienten der forensischen Psychiatrie, die die psychotherapeutische Kurzintervention der Adherence Therapie erhalten haben. Die Diskussion wird mit dem Einstieg in das Thema vom Moderator eröffnet und im Verlauf der Diskussion kommt es üblicherweise zu Zwischen- oder Nachfragen durch den Moderator. Die Diskussion erfolgt unter Bezugnahme auf Leitfragen, sollte maximal 60-90 Minuten dauern und wird auf Video aufgezeichnet. Das Material wird dann mittels der Aufzeichnungen transkribiert und anschließend kategorisiert und bewertet (Kean, 2000). Die Videomittschnitte sind direkt nach der Transkription gelöscht worden.

Die Teilnahme ist auf freiwilliger Basis erfolgt. Von ärztlicher Seite ist die Unbedenklichkeit der Beteiligung an der Untersuchung erklärt worden. Um an den Interviews teilnehmen zu können, mussten die Studienteilnehmer eine Adherence Therapie erhalten haben und zur freiwilligen Teilnahme bereit sein. Im Falle eines bestehenden Einwilligungsvorbehalts musste ebenfalls der gesetzliche Betreuer einer Teilnahme zustimmen.

## Transkription und Analyse der Daten

Die Videoaufzeichnung ist für die Auswertung vollständig transkribiert worden. Pausen, Stimmlagen und sonstige parasprachliche Elemente sind nicht erfasst worden, da es sich bei den Gruppeninterviews um gemeinsam geteiltes Wissen und Erleben handelt. Aufwendige Notationssysteme, wie sie bei narrativen Interviews angewandt werden, sind hier nicht erforderlich. Die Transkription kann somit auf entsprechende Vermerke verzichten und enthält nur den Inhalt des Gesprächs (Mayer, 2013).

## Auswertung des Datenmaterials

**Die Auswertung der Fokusgruppendifkussion erfolgt nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010).**

Gegenstand der Analyse ist die Transkription des Interviews. In einem ersten Schritt werden alle Textstellen markiert, die spontan ersichtliche Antworten auf die Fragen im Leitfaden bilden. Danach werden die Zitate in ein sich beim Durcharbeiten ergebendes Kategorienschema eingeordnet. In einem nächsten Schritt wird eine innere Logik zwischen den Einzelinformationen hergestellt mit dem besonderen Augenmerk auf bedeutungsgleiche Passagen sowie sich widersprechende Informationen. Bedeutende Passagen werden im Zusammenhang mit der Forschungsfrage gesondert betrachtet und analysiert. Anschließend werden die einzelnen Passagen noch mal detaillierter zugeordnet und präzisiert, sowie interpretiert (Mayer, 2013). Die Kategorien werden in Beziehung zueinander gesetzt und können dann in eine zentrale Kategorie bzw. einen Hauptaspekt integriert werden. Mittels Kontrastierung sind aus dem Datenmaterial

die Haltung, die Einschätzung und das Erleben der Intervention nach Alter, Maßnahme und Aufenthaltsdauer exploriert worden.

### Mögliche ethische und datenschutzrechtliche Risiken

Die Videoaufnahmen sind nach Transkription gelöscht worden, und die anonymisierten Transkripte sind bei den Autoren (M. S., M. L.) verblieben. Die angewendete Anonymisierungsstrategie ist vom Datenschutzbeauftragten des Landes Rheinland-Pfalz geprüft und als fachlich angemessen und im Hinblick auf den Schutz der Studienteilnehmer als ausreichend eingestuft worden.

## Ergebnisse

Insgesamt haben sechs männliche Patienten der forensischen Klinik Nette-Gut an dem Interview teilgenommen. Alle Teilnehmer sind

nach § 63 StGB in der Klinik untergebracht. Drei Studienteilnehmer haben einen Migrationshintergrund. Es sind sowohl Patienten einbezogen worden, die erst seit ca. 2 Jahren im Maßregelvollzug untergebracht sind, als auch Patienten, die seit 11 Jahren dort behandelt werden. Bei allen Patienten ist eine antipsychotische Medikation verordnet. Aus datenschutzrechtlichen Gründen und zum Schutze der Personen erfolgt an dieser Stelle keine ausführliche Darstellung der soziodemografischen Daten. Die Interpretation der Daten ermöglicht einen vertieften Einblick in das Erleben der Therapie seitens der Teilnehmer und gibt Einblick in die Chancen, die in einem emanzipatorisch gefärbten Umgang mit therapeutisch medikamentösen Regimen liegen. In der Folge werden die Schlüsselkategorien unter Darstellung ihrer Dimensionen beleuchtet, um diese anschließend in eine Kernkategorie zu integrieren. Die Schlussfolgerungen werden durch Zitate aus dem Interview belegt.

## Literatur

- Alia-Klein N, O'Rourke TM, Goldstein RZ, Malaspina D. Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample. *Aggress Behav.* 2007 Jan-Feb;33(1):86-96
- Bennett-Levy, J., Richards, D., Farrand, P., Christensen, H., Griffiths, K., Kavanagh, D., ... & White, J. (Eds.). (2010). *Oxford guide to low intensity CBT interventions*. OUP Oxford.
- Bressington, D., Stewart, B., Beer, D., & MacInnes, D. (2011). Levels of service user satisfaction in secure settings—A survey of the association between perceived social climate, perceived therapeutic relationship and satisfaction with forensic services. *International Journal of Nursing Studies*, 48(11), 1349-1356.
- Cavezza C, Aurora M, Ogloff J *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* (2013): The effects of an adherence therapy approach in a secure forensic hospital: a randomised controlled trial, *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24(4), 458-478
- Deegan, P. E., & Drake, R. E. (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*, 57(11), 1636-1639.
- Gault I, Gallagher A, Chambers, M (2013) Perspectives on medicine adherence in service users and carers with experience of legally sanctioned detention and medication: a qualitative study. *Dove Press* (7) 787-799
- Gray, R., Bressington, D., Lathlean, J., & Mills, A. (2008). Relationship between adherence, symptoms, treatment attitudes, satisfaction, and side effects in prisoners taking antipsychotic medication. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19(3), 335-351.
- Gray, R., Bressington, D., Ivanekca, A., Hardy, S., Jones, M., Schulz, M., ... & Chien, W. T. (2016). Is adherence therapy an effective adjunct treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 16(1), 90.
- Gray, R., White, J., Schulz, M., & Abderhalden, C. (2010). Enhancing medication adherence in people with schizophrenia: an international programme of research. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(1), 36-44.
- Gray, R., Wykes, T., Edmonds, M., Lesse, M., & Gournay, K. (2004). Effect of a medication management training package for nurses on clinical outcomes for patients with schizophrenia: Cluster randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 157-162.
- Gray, R., Wykes, T., & Gournay, K. (2002). From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 9(3), 277-284.
- Hegedüs, A., & Kozel, B. (2014). Does adherence therapy improve medication adherence among patients with schizophrenia? A systematic review. *International journal of mental health nursing*, 23(6), 490-497.
- Kisely, S. R., Campbell, L. A., & Preston, N. J. (2011). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Library*.
- Kremer, G., & Schulz, M. (2016). Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie. *Psychiatrie-Verlag*.
- Krumm, S., & Becker, T. (2006). Der Einbezug von Nutzern psychiatrischer Angebote in die psychiatrische Versorgungsforschung. *Psychiatrische Praxis*, 33(02), 59-66.
- Martin, T., & Street, A. F. (2003). Exploring evidence of the therapeutic relationship in forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(5), 543-551.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative inhaltsanalyse*. In *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (pp. 601-613). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Morgan, D. L. (1996). *Focus groups as qualitative research* (Vol. 16). Sage publications.
- Nedopil, N., & Gross, G. (2005). *Prognosen in der Forensischen Psychiatrie: ein Handbuch für die Praxis*. Lengerich: Pabst.
- Østerberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.
- Pollähne, H. (2014). Hat das Bundesverfassungsgericht das Heilen verboten? Die Rechtsprechung zur psychiatrischen Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug. In *Gewalt und Psyche* (pp. 17-40). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (2005). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus.
- Schulz, M. (2009): Adherence Therapie als psychotherapeutische Kurzintervention durch Pflegenden in der stationären Psychiatrie – Intervention und Bildungsmaßnahme. In: Saimeh, N. (Hg.): *Motivation und Widerstand – Herausforderungen im Maßregelvollzug*. Bonn: Psychiatrie Verlag, 239-255
- Schulz, M., Gray, R., Spiekermann, A., Abderhalden, C., Behrens, J., & Driessen, M. (2013). Adherence therapy following an acute episode of schizophrenia: a multi-centre randomised controlled trial. *Schizophrenia research*, 146(1), 59-63.
- Schulz M., Löhr M. (2011) *Adherence-Therapie Manual 1.2*, „Ein Handbuch für Professionelle in der Psychiatrischen Einrichtung“ Richard Gray und Deborah Robson, Übersetzung: M. Schulz unter Mitarbeit von S. Große, S. Ratzka, S. Dorgerloh, C. Abderhalden, Bielefeld/Gütersloh, 2011.
- Schulz M., Stickling-Borgmann J., Spiekermann A. (2009) *Professionelle Beziehungsgestaltung in der psychiatrischen Pflege am Beispiel der Adhärenz-Therapie*. Psych Pflege, Georg Thieme Verlag KG, Jg. 15, Seite 226 – 231.
- Wabnitz, P., Schulz, M., Löhr, M., & Nienaber, A. (2017). Low-Intensity Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatrische Pflege* 2017, Vol. 2, Issue 1, S. 31-36
- Weinmann, Stefan. „Erfolgsmythos Psychopharmaka.“ *Warum wir Medikamente in der Psychiatrie neu bewerten müssen*. Bonn: Psychiatrie Verlag (2008).
- World Health Organisation (2003): *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organisation.

### Schlüsselkategorie: Kontrollgewinn – Perspektive auf ein anderes Leben

Die zentrale Kategorie „Kontrollgewinn“ speist sich aus den Unterkategorien „Kollaborative Entscheidungsfindung“ und „Hoffnung auf Normalität“. Die Ergebnisse aus den Interviews machen deutlich, dass die durch den Therapeuten vorgenommene strukturelle und empathisch-emotionale Rahmung der Intervention grundlegend für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und damit zum Baustein in der Entwicklung von Hoffnung gesehen wird, im Zusammenwirken der Komponenten entsteht die Überzeugung, mehr Kontrolle über seine Angelegenheiten gewinnen zu können, was wiederum die Entwicklung neuer Perspektiven zulässt.

#### Unterkategorie: Kollaborative Entscheidungen

Die Entfaltung kooperativen Handelns im Prozess der Adherence-Therapie zeigt sich von grundlegender Bedeutung für das Erleben der Intervention. Insbesondere die non-direktive, Individualität und Präferenzen anerkennende Performanz des Therapeuten bildet hier die Basis für die Möglichkeit eine reflektierte Haltungen zu entwickeln, Entscheidungen zu treffen und diese in gemeinsamer Verantwortung zu tragen und zu vollziehen.

*„Sie saß nicht einfach nur da [...] Sie hat auch gefragt, ob das überfordert, müssen wir das abbrechen? geht es Ihnen gut damit? Da habe ich schon gespürt, sie interessierte sich, wie es mir geht und dass ich auch ernst genommen werde. Nicht einfach so dahingeschrieben, sie hat schon nachgefragt, mehrmals nachgefragt.“*

(#00:19:56-9#)

Es zeigt sich, dass der Therapeut, um einen Ermächtigungsprozess im Hinblick auf Therapieoptionen zu ermöglichen, eher in der Rolle eines Coaches agieren muss. Dabei gilt es, im flexiblen Umgang mit Stärken und Schwächen, den Patienten in die Lage zu versetzen, selbst die für sich erwünschten Veränderungen herbeizuführen. Dabei wird deutlich, dass der Therapeut gleichermaßen seine Kompetenz für die Sache und den Willensbildungsprozess demonstrieren muss, um die notwendige Sicherheit herzustellen und zu fördern.

*„Ich habe immer Nebenwirkungen ... von der Depotspritze und dann haben wir gemeinsam überlegt, ob es ein Medikament gibt, was dagegen hilft und dann habe ich mit der Ärztin geredet und seit dem nehme ich Akineton.“*

(#00:11:32-5#)

*„Im Gespräch austauschen, offen sein in der Therapie ist ja wichtig. Das habe ich halt in der Adherence-Therapie bestätigt bekommen. Das auch eine Vertrauensbasis da ist (...) und das man reden kann mit den Therapeuten.“*

(#00:09:04-0#)

Ein sensibilisierender Gesprächsbeginn und eine empathisch, offene Haltung des Therapeuten fördern eine Offenheit des Patienten, der auf dieser durch den Therapeuten bereiteten Plattform Raum fin-

det, seine Lage zu betrachten und seine Ausgangssituation kritisch zu reflektieren.

*„Bei mir ist es so, ich kann es (beim Adherence Therapeuten) gleich ansprechen. Ich bin offen und transparent, wenn ich nicht ehrlich bin in der Therapie zu den Ärzten, Therapeuten da mach ich mir ja selber etwas vor. Wenn ich offen bin und sage direkt, was ich meine, komme auf den Punkt, zur Sache, erkläre denen wie es mir geht, wie ich mich fühle, wie meine Befindlichkeit ist usw. was ich von der Arznei halte.“*

(FI-P #00:33.02-1#)

#### Unterkategorie: Situationsklärung und Hoffnung auf „Normalität“

Es wird deutlich, dass die Adherence-Therapie zu einer situationsangemessenen Einschätzung und Konkretisierung der individuellen Lebenslage führt und gleichzeitig die Hoffnung auf ein zukünftiges Leben jenseits medikamentöser Unterstützung schürt. Mehr noch entmutigt diese Hoffnung nicht, falls sich die Erwartung nicht einstellen sollte, sondern ermöglicht vielmehr die kritische, aber dennoch wirklichkeitsnahe Auseinandersetzung mit den Gegebenheiten des medikamentösen Regimes und der augenblicklichen Situation.

*„Das Medikament wird momentan noch benötigt, was später passiert ist mit Blick auf die Zukunft, das ist anders. Da können wir jetzt ja keine Aussage machen aber Gegenwärtig würde ich sagen, benötige ich schon Medikamente. Wenn ich eingestellt bin, geht es besser. Natürlich lässt sich immer darüber streiten, in welcher Dosierung dies stattfindet [...]“*

(#00:15:33-7#)

Damit stimuliert die unverspernte, möglichkeitseröffnende Gestaltung der Adherence-Therapie, die Entfaltung biografischer Zukunftsperspektiven und präveniert die Entwicklung einer resignativen Vorstellung von dem, was sein wird. So transportiert sich die Hoffnung auf ein Wiedererlangen gesellschaftlicher Akzeptanz eben nicht allein über die Medikamente selbst, sondern vor allem durch eine im Prozess neu oder wiedergewonnene Form der Selbstüberzeugung und der Zuversicht in die eigene Kraft, soziale Anforderungen auch angesichts krankheitsbezogener Einschränkungen zu meistern.

*„[...] weil es für mich ein Stück Normalität, sich in der Gesellschaft zu integrieren, heißt für mich nicht unbedingt, dass ich dafür Arznei benötige, um ein angemessenes Verhalten an den Tag zu legen, sondern ist es Selbstverständlichkeit, ist Normalität, dass ich anständig oder ruhig bin und halt einen gefassten Eindruck mache. Bei mir ist es, was ich habe, ist nicht so ausgeprägt, dass ist nicht so stark und daher kann ich mir vorstellen, dass ich vielleicht irgendwann ohne Medikamente leben kann. Also vorstellen kann ich mir das schon. Jeder ist auf seine Art und Weise durch sein Krankheitsbild eingeschränkt. Jeder Mensch hat gesunde und kranke Anteile und bei mir überwiegen die gesunden Anteile. Das haben mir die Ärzte auch schon bestätigt.“*

(#00:33:02-1#)

## Schlüsselkategorie: Selbstversicherung und Ermöglichung reflexiver Distanz

Das Verstehen des eigenen Handelns zeigt sich als wichtiger Schritt in der Genesung von Menschen mit langandauerndem Krankheitsgeschehen. Die Adherence-Therapie scheint hier nicht unwesentlich dazu beizutragen, ermöglicht sie doch eine reflexive Distanz einzunehmen, das eigene Handeln zu durchdringen und neu einzuordnen.

Der „Rückblick“ und der „Blick nach vorne“ sind dabei wichtige Elemente und ermöglichen, dass der Patient Zugang zu seinem Handeln finden und erkennt, wie er Einfluss auf die Gestaltung der Situation und des Verlaufs nehmen kann.

*„Ja das war zum Beispiel noch eine interessante Skala, zum Beispiel Zukunftspläne. Da war so eine Skala: Wo warst du früher und wo warst du jetzt. So und ich hab bei meiner Skala rausgefunden, dass es jetzt bei mir ständig auf und ab geht und seit ungefähr vier Jahren bin ich auf der Spitze angekommen und das bleibt stabil... Obwohl ich mit dem Personal Streitigkeit hatte und hatte kein Bock auf Therapie [...] ich bin stabil geblieben, sag ich mal so. Wichtig bei der Therapie ist, wenn man im Kontakt bleibt.“*

(#00:09:48-3#)

## Unterkategorie: Selbstbetrachtung

Die durch den Adherence-Therapeuten demonstrierte Offenheit und Anregung zur situativen Abstandnahme stoßen Introspektionen an, die erlauben, das eigene Handeln in neuen Zusammenhängen zu sehen, optionale Lösungswege zu erkennen und andere Strategien im problembezogenen Umgang zu entfalten.

*„[...] bin ich auch zugänglicher geworden und offen für Fragen und an meinen Problemen zu arbeiten, so sehe ich das.“* (#00:15:33-7#)

Die Intervention trägt in der Folge zu der Mobilisierung verloren geglaubter Lösungskompetenzen bei und aktiviert kreative Fertigkeiten.

*„Also ich habe bei der Adherence-Therapie gelernt, dass man da schon offen da rein gehen kann. Man kann nicht da sitzen und einfach so die Fragen beantworten. Ich habe die Akten bekommen, die habe ich aufgehoben. So kann man zurückschauen und sehen, was alles passiert ist. Ich habe die Akten aufgehoben und habe sie dann durchgelesen. Alle zusammen.“*

(#00:10:32-6#)

## Unterkategorie: Realisierung von Lösungsstrategien

Die Adherence-Therapie ist in ihrer Form als iterativer Lernprozess zu verstehen, der durch den Therapeuten angeregt wird und die Einnahme von Medikamenten in einen übergeordneten Zusammenhang stellt. Hier wird das medikamentöse Regime kontextualisiert und instrumentelle zielbezogene Wege im Umgang mit ihm erfahren.

*„Es waren so ungefähr vier Sitzungen und da habe ich begriffen, die Notwendigkeit (der Medikamente), weil es waren sehr spezifische*

*Fragen [...]“*

(#00:19:58-2#)

*„Hier durch die Adherence-Therapie ist mir bewusst und auch klar geworden, wie wichtig Medikamente sind.“*

(#00:23:21-1#)

Deutlich wird jedoch, dass der angeregte Lernprozess und die Entfaltung neuer Lösungsmöglichkeiten nicht mit Beendigung der Adherence-Therapie abgeschlossen sind. Vielmehr erweist er sich als langer, zuweilen mühsamer Pfad, der auch weiterhin das unterstützende Handeln eines Therapeuten erfordert. Mithin wird das Ende der Therapie als frustrierendes Ereignis erlebt, das den hoffnungsvoll eingeschlagenen Weg behindert oder gar versperrt, wenn die im Therapieprozess dargebotene fördernde Anleitung und Hilfe im Behandlungsalltag keinen Anschluss findet. So besteht die Gefahr, dass die schrittweise Entfaltung von Bewältigungskompetenz wieder stagniert.

*„Also mein Gedanke ist, dass es eher ins Therapiekonzept eingebaut wird. Ich finde es sehr hilfreich, nicht nur für mich, für andere Patienten auch, die davon profitieren können. Schade finde ich, das waren sehr gute Gespräche und [...] nach Beendigung des Fragebogens und der Arbeit mit ihnen, finde ich, ist es ein wenig untergegangen.“*

(#00:22:49-7#)

## Schlüsselkategorie: Selbstmanagement und Gesundheitskompetenz

In dieser Kategorie verdeutlicht sich, dass der kritische Umgang mit dem medikamentösen Regime zum einen ein Selbstmanagement der Erkrankung ermöglicht, zum anderen die allgemeine Gesundheitskompetenz befördert. Es befähigt aber auch zur kritischen Auseinandersetzung mit der Behandlungsrealität. Die Kategorie setzt sich auf den Unterkategorien „Sachkompetenz“ und „Zweckdienlichkeit der Mittel“ zusammen.

## Unterkategorie: Sachkompetenz

Die Aneignung von Wissen über das medikamentöse Regime, seine Auswirkungen und sein intendierter Nutzen werden als basal betrachtet und vermitteln die massgebliche Kompetenz zur Entwicklung eines selbstgesteuerten, zweckdienlichen Umgangs mit der erkrankungsbestimmten Situation.

*„Ich habe viel über mich selbst gelernt. Und ja, über die Einnahme der Medikamente, den Zweck und auch Wirkung [...]“*

(#00:09:07-2#)

*„Das hat mir ab und zu insofern etwas genutzt, dass ich besser aufgeklärt wurde über die Medikation und auch einiges dazulernen konnte, was ich vorher noch nicht wusste. Und das hat er sehr gut gemacht, dass man die Fragen zusammen bearbeiten kann und besprochen haben und das sind Fragen, die schon in Frage kommen für mich, die mich ansprechen, mit denen ich mich identifizieren kann, es war eigentlich eine gute Sache und ich habe es auch gerne gemacht.“*

(#00:24:59-3#)

„Und ich habe dadurch meine Medikation besser kennengelernt.“

(#00:17:11-1#)

So lassen sich durch den sukzessiven Wissensgewinn Strategien entfalten, die vor dem Hintergrund einer schrittweise zunehmenden Selbstsicherheit Bedürfnisse und Handlungserfordernisse erkennen und das Handeln gesundheitsbezogen ausrichten.

„Wenn es mir schlecht geht, warte ich eine Stunde und dann melde ich mich davor an, dass es mir schlecht geht, warte eine Stunde und dann nehme ich bei Bedarf. Und das habe ich davor (vor der Adherence Therapie) nie gemacht, da habe ich direkt Medikamente eingenommen und fertig.“

(#00:12:49-4#)

#### Unterkategorie: Zweckdienlichkeit der Mittel

Das Wissen um Medikamente, ihrer Chancen, ihre Risiken und Grenzen erlaubt eine emanzipierte Haltung gegenüber ihrer Wirkmacht einzunehmen. Dabei ermöglicht eine Ausweitung der Perspektive, medikamentöse Regime instrumentell zu betrachten, ihr Leistungsvermögen zu realisieren und gleichzeitig ihre adversen, das persönliche Vermögen beschränkende Kräfte auszubilden. So versetzt die Adherence-Therapie die Personen in die Lage, mehr Einflussnahme auf das therapeutische Geschehen nehmen zu können und zeigt Bearbeitungsmöglichkeiten im Umgang mit Störeffekten.

„Weil es schränkt ja auch in gewisser Hinsicht ein, und beeinträchtigt. Für den einen ist es gut, für den anderen ist es vielleicht nicht so gut. Es hat alles Vor- und Nachteile. Aber ich denke mir, Medikamente sind dann erst wichtig, wenn der Nutzen davon höher ist als die Nebenwirkungen. Dann macht es Sinn, [...]“

(#00:27:21-3#)

Dass sich auch dieser aneignende Lernprozess nicht komplikationslos und störungsfrei vollzieht, wird deutlich in den Erfahrungen, die die Patienten auf dem Weg sammeln und sie zeitweise an ihrer Lebenslage verzweifeln lassen.

„Weil anders ging es nicht und umgekehrt haben sie es hingekriegt, dass ich die Medikamente genommen habe. Aber ich habe immer gedacht, man will mir was antun, man will mich wegspritzen, [...]“

(#00:15:09-0#)



Abb. 1: Integration der Schlüsselkategorien in die Kernkategorie „Entfaltung von Handlungssouveränität“

„[...] die Medikamente sind nichts anderes als Nervengift. Weil sie die Nerven lähmen, die Gelenke rosten ein und so weiter.“

(#00:23:21-1#)

In der Betrachtung der Schlüsselkategorie „Kontrollgewinn und Hoffnung“, „Selbstversicherung und reflexive Distanz“ sowie „Selbstmanagement und Selbstkompetenz“ (s. Abb. 1) wird deutlich, dass die in ihren jeweiligen Dimensionen beinhalteten Phänomene einen Kompetenzgewinn zum Ausdruck bringen, der sich in der übergeordneten Betrachtung als „Entfaltung von Handlungssouveränität“ konzeptionalisieren lässt. So kann der Verlauf der Adherence-Therapie als ein iterativer Lernprozess beschrieben werden, der über die sensible auf Partizipation gründende Anleitung des Therapeuten seitens des Patienten zu einem Mehr an Kontrolle führt, das wiederum den Aufbau biographischer Hoffnung ermöglicht.

Das im therapeutischen Prozess vermittelte Wissen und die Fertigkeiten befähigen, Einfluss auf die Gestaltung des medikamentösen Regimes zu nehmen und ein akzeptables individuelles Medikamentenarrangement einzuklagen. Mehr noch bildet sich auf diesem Weg eine gesundheitsbezogene Kompetenz heraus, die es möglich macht, sich für seine eigenen Interessen einzusetzen. Diese fußen auf der Kompetenz zur reflexiven Distanzierung von einer momentanen Situation und leiten über eine begleitete Introspektion einen Prozess der Selbstversicherung ein.

## Diskussion

Nach unserem Wissen handelt es sich bei der vorliegenden Studie um die erste qualitative Untersuchung zu Erfahrungen mit der psychotherapeutischen Kurzintervention der Adherence Therapie im Bereich des Maßregelvollzugs in Deutschland. Pflegefachpersonen in der Forensik stehen im Spannungsfeld von Kontrolle auf

der einen und therapeutischen bzw. sorgenden Ansätzen auf der anderen Seite (Martin & Street, 2003). Studienergebnisse weisen darauf hin, dass vermehrter Zwang die Behandlungsergebnisse nicht verbessert (Kisely et al, 2011). Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Adherence Therapie im forensischen Setting ein Weg zu mehr Partizipation im Kontext der Behandlung sein kann. Vor dem Hintergrund des restriktiven Settings und der Tatsache, dass Sicherung und Therapie gleichrangig zu beachten sind, sind partizipative Ansätze in Therapie und Pflege ein Herausforderung für Mitarbeitende in der forensischen Psychiatrie. In der Schlüsselkategorie „Selbstversicherung und reflexive Distanz“ wird deutlich, dass die Patienten durch die Intervention in der Lage sind, manche Verhaltensweisen kritisch zu reflektieren. Dies wird an vielen Zitaten deutlich. Durch die Nutzung der selbstreflektischen Anteile, kann der einzelne Patient für sich die beste Entscheidung treffen und diese entsprechend begründen. Aufgrund der eigenen Erfahrungen können Copingstrategien entwickelt werden. Allerdings sprechen die Patienten auch kritische Aspekte an. Das plötzliche Ende der Intervention, auch wenn bekannt ist, dass die Intervention zeitlich begrenzt ist, scheint die Patienten nachhaltig zu beschäftigen. Hier wird deutlich, dass es die Sorge gibt, dass die erarbeiteten Inhalte in Vergessenheit geraten. Diese Besorgnis ist an mehreren Stellen im Interview von den Teilnehmern benannt worden. Hier sollten in Zukunft Überlegungen angestellt werden, wie diesen Befürchtungen entgegengewirkt werden kann. Im Kontext der Schlüsselkategorie „Selbstmanagement und Gesundheitskompetenz“ konnten Aussagen gefunden werden, die darauf schließen lassen, dass die Patienten innerhalb der Intervention Adherence Therapie einiges über den Umgang mit und die Wirkungsweisen von ihnen verordneten Medikamente gelernt haben.

Die Ergebnisse des Fokusgruppeninterviews zeigen, dass Psychiatrische Pflegefachpersonen nach entsprechender Qualifikation in der Lage sind, psychotherapeutische Kurzinterventionen erfolgreich durchzuführen und dadurch zu einer Kompetenzerweiterung im Krankheitsmanagement bei den Teilnehmern in der Untersuchung beitragen konnten. Dabei handelt es sich aus Sicht der Autoren auch um ein Beispiel für einen niedrigschwelligen verhaltenstherapeutischen Ansatz („Low-Intensity CBT“) (Wabnitz et al. 2017, Bennett-Levy et al., 2010).

### Limitationen

Einschränkend muss festgestellt werden, dass die vorliegende Evaluation einige Schwächen aufweist. Aufgrund des restriktiven Settings konnten leider nur sechs männliche Patienten im Rahmen eines Fokusgruppen Interviews befragt werden. Daher geben die Ergebnisse lediglich erste Anhaltspunkte, dass die Adherence Therapie in der forensischen Psychiatrie ein sinnvolles Instrument sein kann. Eine Übertragung und Generalisierung der Ergebnisse dieser qualitativen Studie ist aufgrund der kleinen Stichprobe und der Tatsache, dass ausschließlich eine Klinik einbezogen worden ist, nicht möglich. Die Ergebnisse dürfen für die untersuchte Gruppe allerdings als valide angesehen werden. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die wohlwollenden Rückmeldungen das Ergebnis eines Selektions-

Bias sind. Weitere Forschung ist notwendig, um die vorhandenen Ergebnisse zu validieren und die Langfristigkeit der Effekte zu überprüfen. Im Sinne einer partizipativen Forschung sollten zukünftig auch Nutzer Teil des Forschungsteams sein (Krumm & Becker, 2006).

### Schlussfolgerung

Pflegende und Patienten sehen sich mit gesetzlichen Änderungen im Hinblick auf die Einnahme von Medikamenten im Maßregelvollzug konfrontiert (Pollähne, 2014). Zudem sind die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur langfristigen Medikation als Rückfallprophylaxe widersprüchlich und erfordern für die Betroffenen eine Unterstützung bei der individuellen Entscheidungsfindung (Weinmann, 2008). Daraus ergeben sich neue Herausforderungen im Hinblick auf das langfristige Krankheitsmanagement. Die Ergebnisse dieser Untersuchung basieren auf einem Interview mit in der forensischen Psychiatrie untergebrachten Personen, die die psychotherapeutische Kurzintervention Adherence Therapie erhalten haben. Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, wie die Pflegenden im interdisziplinären Behandlungsteam einen effektiven Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten können und das Herausarbeiten gemeinsam akzeptierter Therapieregime unterstützen. Da dies in Zwangskontexten bisweilen schwierig ist, ist es von großer Bedeutung, mit Studien wie dieser die Sichtweise der Patienten deutlich zu machen. <<

### Danksagung

Wir danken den Patienten, die sich an der Studie beteiligt haben.

### Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen. Der Beitrag entstand im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit. Eine finanzielle Unterstützung von anderer Seite gab es nicht.

## Perception of the effects of Adherence Therapy in psychotic patients in forensic psychiatry

**Aim:** Research was undertaken on the experiences made by patients with psychosis illnesses within a forensic psychiatric setting that participated in an adherence therapy.

**Background:** Long-term illness management and medication play an important role within forensic treatment. The adherence therapy can support individuals with regard to their long-term illness management.

**Method:** A focus group interview was conducted with patients with the diagnosis of a schizophrenic illness. This took place after they had participated in an adherence therapy. The data was then transcribed and analysed in the sense of a qualitative approach.

**Results:** Several different dimensions were able to be highlighted that allow for a deeper understanding of the effectiveness of the adherence therapy within a forensic setting. It was able to be proven that controlling the course of one's own illness can be enhanced with the aid of intervention and the confidence the patients had was thereby increased. In addition, the participants in the study also stated that they were better able to reflect on the management of their illness due to the intervention. The third result's dimension of those affected mentioned was that there was an improved competence with regard to the health matters that they were dealing with in the aftermath.

**Discussion:** References to important dimensions of partner-related decision-making within a forensic setting were able to be worked out.

**Conclusion:** Further research is needed in order to be able to examine, in more detail, chances and challenges regarding the adherence therapy in forensic clinics..

### Keywords

Adherence Therapy, the views of those affected, focus group interview, forensic psychiatry

#### Prof. Dr. rer. medic. habil. Michael Schulz

ist Krankenpfleger und habilitierter Professor für Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld-Bethel. Er promovierte am Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaften an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der Implementierung von Recovery, von komplexen Interventionen im Kontext von Konfliktreduzierung in psychiatrischen Institutionen und Adherence.



#### Prof. Dr. rer. medic. Michael Löhr

ist Professor für Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld-Bethel. Er promovierte am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der Implementierung von komplexen Interventionen im Kontext von Konfliktreduzierung in psychiatrischen Institutionen, Adherence und Verbesserung der Versorgungspraxis von Menschen mit Demenz im Allgemeinkrankenhaus.



#### Prof. Dr. PH Hermann T. Steffen

ist Professor für Gesundheitswissenschaften an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld-Bethel. Steffen hat Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld studiert. Promotion im Fach Gesundheitswissenschaften im Bereich Pflegewissenschaft bei Prof./im Doris Schaeffer zum Thema „Familie und chronische Krankheit“. Arbeitsschwerpunkte am Lehrstuhl „Gesundheitswissenschaften“ sind Gesundheitssystemgestaltung und Versorgungsforschung mit dem Fokus auf „Patientenorientierung und Patientenpartizipation im Gesundheitswesen“.



#### Michael Durrer, MScN

ist Pflegeexperte APN (Advanced Practice Nursing) des Unternehmens Luzerner Psychiatrie in Luzern (Schweiz). 2009 schloss er die Grundausbildung als Pflegefachmann HF mit Schwerpunkt Psychiatrie ab und absolvierte zwischen 2011 und 2016 das Masterstudium Pflege an der Berner Fachhochschule. Während des Studiums arbeitete er auf einer akutpsychiatrischen Aufnahmestation für Erwachsene in verschiedenen Funktionen. Die Bachelor- und Master-Thesis wurden zu den Themen Suizidalität und Haltungen von Pflegenden im Zusammenhang mit Aggressionseignissen verfasst.



#### André Nienaber, M.Sc.

ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld-Bethel und Leitung der Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung am LWL-Klinikum Gütersloh. Er hat an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg studiert und ist Student im Promotionsstudiengang „Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie“ der Internationalen Graduiertenakademie (InGrA). Kontakt: andre.nienaber@fhdd.de

