

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Soziale Arbeit

Bachelor Soziale Arbeit



Zwischen Stigma und Schuld:
Wie kann eine Angehörigengruppe Eltern von Menschen
mit Schizophrenie unterstützen?
– Entwicklung eines recovery-orientierten Konzepts
Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 03.07.2025

Vorgelegt von: Lillian Agar

Matrikel-Nr.: [REDACTED]

Postanschrift: [REDACTED]

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Gunter Groen

Zweite Prüferin: Prof. Dr. Bettina Radeiski

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Problemdarstellung.....	1
1.2 Fragestellung und Zielsetzung.....	2
1.3 Aufbau der Arbeit	3
2. Was ist Schizophrenie?	4
2.1 Allgemeine Definition und Diagnose anhand der ICD-11.....	4
2.2 Ätiologie und Risikofaktoren.....	7
2.3 Überblick über die Behandlung.....	9
2.4 Auswirkungen auf die Angehörigen	12
3. Theoretischer Rahmen: Stigma und Schuld	14
3.1 Die Stigma-Theorie von Erving Goffman.....	14
3.1.1 Allgemeine Definition von Stigma.....	14
3.1.2 Virtuale und aktuelle soziale Identität	15
3.1.3 Die Typologie von Stigma.....	16
3.1.4 Die „Weisen“ und das Ehrenstigma	16
3.1.5 Diskreditierte und Diskreditierbare	17
3.1.6 Informationskontrolle und Konsequenzen der Stigmatisierung	17
3.2 Die Attributionstheorie in der Weiterentwicklung von Bernard Weiner.....	18
3.2.1 Die Grundannahmen der Attributionstheorie	18
3.2.2 Die drei Kausaldimensionen.....	20
3.2.3 Der Zusammenhang zwischen Attribution, Schuld und Verhalten Anderer	21
4. Stigmatisierung und Schuld bei Eltern von Menschen mit Schizophrenie	22
4.1 Die besondere Rolle der Eltern als Hauptbezugspersonen.....	23
4.2 Die Auswirkungen der historischen Ursachenforschung auf die Eltern.....	25
4.2.1 Das Konzept der schizophrenogenen Mutter	26
4.2.2 Die Forschung zu Expressed Emotion	26
4.2.3 Theoretische Einordnung: Stigmatisierung der Eltern nach Goffman	29
4.2.4 Theoretische Einordnung: Schuldzuschreibung und -gefühle der Eltern nach Weiner	30
4.2.5 Kritische Beurteilung der Konzepte und theoretischen Einordnungen	33
4.3 Die Bedürfnisse der Eltern	34
5. Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige durch die Soziale Arbeit	36
5.1 Die Angehörigenarbeit als wichtiges Handlungsfeld der Sozialen Arbeit	36
5.2 Der Recovery-Ansatz als Orientierungsrahmen	38
5.3 Überblick über bestehende recovery-orientierte Hilfsangebote	43

6. Literaturgestütztes Konzept einer Angehörigengruppe als ausgewählte Unterstützungsmaßnahme	46
6.1 Zielgruppe und Ausrichtung.....	47
6.2 Zentrale konzeptionelle Bausteine	48
6.2.1 Psychoedukation.....	49
6.2.2 Soziale Gruppenarbeit	52
6.2.3 Selbsthilfeorientierung.....	54
6.2.4 Gruppenleitung mit integriertem Peer-to-Peer-Ansatz	56
6.3 Praktische Ausgestaltung der Angehörigengruppe.....	61
6.3.1 Organisatorische Rahmenbedingungen.....	61
6.3.2 Inhaltliche Gestaltung	64
6.4 Kritische Reflexion der Konzeptgrenzen	69
7. Fazit	70
Literaturverzeichnis.....	73
Eidesstattliche Erklärung.....	81

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit untersucht, welchen Herausforderungen die Eltern von Menschen mit Schizophrenie ausgesetzt sind und wie sie konkret durch die Soziale Arbeit im Umgang mit diesen unterstützt werden können. Zum inhaltlichen Einstieg wird zunächst die Problemdarstellung dargelegt, bevor die Fragestellung sowie die Zielsetzung erläutert werden und abschließend der Aufbau der Arbeit vorgestellt wird.

1.1 Problemdarstellung

Kaum eine psychische Erkrankung ist gesellschaftlich so stark stigmatisiert wie die Schizophrenie (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016, 191). Der Begriff „Schizophrenie“ selbst ist zu einem Stigma geworden, was die Folge hat, dass das Krankheitsbild häufig verzerrt sowie unzureichend beschrieben wird (vgl. ebd., 191f.). Bei vielen Menschen löst das Wort somit Verunsicherung und Unverständnis aus, was die Stigmatisierung zusätzlich verstärkt – insbesondere deshalb, weil die Erkrankung in ihrer Komplexität für Laien schwer nachvollziehbar und einordbar ist (vgl. ebd., 191).

Vor diesem Hintergrund erscheint es naheliegend, dass die Diagnose „Schizophrenie“ herausfordernde Auswirkungen mit sich bringt – sowohl für die Betroffenen als auch für ihre Angehörigen (vgl. Finzen 2020, 13). Häufig wird nämlich unterschätzt: Wenn ein nahestehendes Familienmitglied an Schizophrenie erkrankt, stellt dies auch für die Angehörigen eine belastende Herausforderung dar – nicht selten wird die Diagnose sogar als lebensverändernde Katastrophe erlebt (vgl. ebd., 30). Wie stark auch gerade die Angehörigen von der verunsichernden Unwissenheit hinsichtlich der Erkrankung betroffen sind, zeigt eindrücklich das folgende Zitat von Janine Berg-Peer aus dem Interview mit ihrer an Schizophrenie erkrankten Tochter: „Mir wurde der Boden unter den Füßen weggezogen. Ich bekam keine Informationen, ich wusste nicht, was diese Diagnose für unser Leben bedeutete, und ich wusste nicht, wie ich mich dir gegenüber verhalten sollte.“ (Peer/Berg-Peer 2019, 113)

Es wird zwar anerkannt, dass die Angehörigen als Mitbetroffene der psychischen Erkrankung zu betrachten sind und gerade in der Begleitung sowie Versorgung der Betroffenen eine wesentliche Rolle spielen (vgl. Kröger/Hahn/Große 2023, 303). Dennoch zeigt sich in der psychiatrischen Praxis meist eine andere Realität, dass ihre Einbeziehung keineswegs selbstverständlich ist und die Umsetzung häufig nur unzureichend erfolgt (vgl. ebd.). Hinzu kommt, dass besonders Schuldgefühle und Stigmatisierung für die Familienangehörigen zentrale

Herausforderungen darstellen, die es ihnen erschweren, die Auswirkungen der Schizophrenieerkrankung eines Familienmitglieds konstruktiv zu bewältigen (vgl. Finzen 2020, 30f.). Da insbesondere die Eltern häufig für die Erkrankung ihres Kindes verantwortlich gemacht werden, stehen sie im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit (vgl. ebd., 31).

Wie erleben aber insbesondere Eltern die Situation, wenn ihr geliebtes Kind – und damit auch sie selbst – mit der Diagnose Schizophrenie konfrontiert werden? Zur Veranschaulichung soll ein Zitat einer anderen betroffenen Mutter herangezogen werden, das eindrücklich die innere Zerrissenheit sowie die zentralen Herausforderungen beschreibt, die mit der psychotischen Erkrankung ihres Sohnes einhergehen:

„Wir sind Teil der ambulanten Versorgung – wenn auch nicht unbedingt aus freien Stücken. Gleichzeitig sind wir zutiefst *Mitbetroffene* und haben selber Beistand nötig. Wir werden immer noch, immer wieder, offen oder unterschwellig als Krankmacher verdächtigt. Das hindert aber niemanden, uns immer wieder ganz selbstverständlich als Auffangstation in Anspruch zu nehmen – und uns dann auf der Gratwanderung zwischen notwendiger Unterstützung und behindernder Fürsorge allein zu lassen. [...] Ganz egal, wozu wir uns durchringen: Es ist immer verkehrt. Angehörige handeln herrisch, überbehütend, mischen sich überall besserwisserisch ein; *gleichzeitig* verhalten sie sich, nach dem Urteil anderer Zeugen, verantwortungslos, kümmern sich zu wenig, lassen die Kranken verkommen und schieben sie am Ende eiskalt in die Klappe ab... Trotzdem sollen diese ungehörigen Angehörigen als therapeutische Hilfgemeinschaft erhalten: Wir sollen die Patienten loslassen, aber auffangen. Doch wie das das geht, sagt uns keiner.“ (Heim 2008, 13f.; Kursivsetzung im Original)

Dieses Zitat spiegelt eindrucksvoll die diversen zentralen Themen wider, mit denen die Angehörigen – und in dem Kontext insbesondere die Eltern – im Umgang und in der Beziehung zu der erkrankten Person konfrontiert sein können: die Mitbetroffenheit, ein eigener Unterstützungsbedarf, Verantwortungs- und Schuldzuschreibungen, gesellschaftliche Verurteilungen, das Erleben von Rat- und Hilflosigkeit sowie das Gefühl, allein gelassen zu werden. Diese Aspekte werden im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit vertiefend behandelt.

1.2 Fragestellung und Zielsetzung

Aus der thematischen Einführung und der darin dargestellten Problemdarstellung ergeben sich zwei zentrale Aspekte, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit bearbeitet werden sollen: Zum einen sollen die Auswirkungen von Stigmatisierung sowie Schuldzuschreibungen in den Mittelpunkt gerückt und konkret in Bezug auf die Eltern von Menschen mit Schizophrenie dargestellt und untersucht werden. Zum anderen soll lösungsorientiert analysiert werden, inwiefern geeignete Unterstützungsformen durch die Soziale Arbeit im Umgang mit diesen Herausforderungen geleistet werden können.

Es wurde bereits deutlich, dass trotz der vielfältigen Belastungen der Eltern in der Praxis ihre Einbindung nur unzureichend erfolgt und ihre Bedürfnisse somit ungenügend Berücksichtigung finden – an diesem Punkt setzt die vorliegende Arbeit an. Die zentrale Zielsetzung besteht daher darin, auf Grundlage der bisherigen inhaltlichen Ausführungen ein **Konzept für eine Angehörigengruppe** als ausgewählte Hilfsmaßnahme zu entwickeln, das sich spezifisch an die Eltern von Menschen mit Schizophrenie richtet und gezielt auf die Bedürfnisse sowie Belastungen dieser Zielgruppe eingeht. Im Mittelpunkt stehen dabei insbesondere die Themen der **Stigmatisierung** und der **Schuld**. Die Entwicklung des Konzepts soll dabei stets im Sinne des **Recovery-Ansatzes** erfolgen, der im weiteren Verlauf noch näher erläutert und als Orientierungsrahmen begründet wird.

Aus diesem Erkenntnisinteresse ergibt sich folgende Forschungsfrage und Titel der Arbeit: „Zwischen Stigma und Schuld: Wie kann eine Angehörigengruppe Eltern von Menschen mit Schizophrenie unterstützen? – Entwicklung eines recovery-orientierten Konzepts“.

1.3 Aufbau der Arbeit

Um die Forschungsfrage systematisch zu beantworten, gliedert sich die vorliegende Arbeit in insgesamt sieben Kapitel.

Das nachfolgende **zweite Kapitel** widmet sich der Frage: Was ist Schizophrenie? Dazu werden zunächst eine allgemeine Definition des Krankheitsbildes sowie die aktuelle diagnostische Einordnung anhand der neu erschienenen ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) dargestellt. Anschließend werden die Ätiologie und die Risikofaktoren der Erkrankung beschrieben, wobei das Vulnerabilitäts-Stress-Modell als zentrale theoretische Grundlage herangezogen wird. Danach folgen die Behandlungsmöglichkeiten der Schizophrenie, bevor abschließend auf die allgemeinen Auswirkungen der Erkrankung auf die Angehörigen eingegangen wird.

Das **dritte Kapitel** bildet den theoretischen Rahmen der Arbeit. Es beleuchtet konkret die zentralen Aspekte der Stigmatisierung und Schuldzuschreibung, wobei zuerst die Stigma-Theorie von Erving Goffman vorgestellt wird, gefolgt von der Attributionstheorie von Bernard Weiner mit besonderem Fokus auf den Schuldaspekt.

Im **vierten Kapitel** werden diese theoretischen Grundlagen auf die Eltern von Menschen mit Schizophrenie als spezifische Zielgruppe übertragen. Zuerst wird die besondere Rolle der Eltern als Hauptbezugspersonen begründet, bevor anschließend auf die historische Ursachenforschung der Schizophrenie mit ihren konkreten Auswirkungen auf die Eltern im Hinblick auf

Stigmatisierung und Schuldzuschreibung eingegangen wird. Dabei stehen insbesondere das Konzept der „schizophrenen Mutter“ und die Forschung zu den „Expressed Emotion“ mit ihrer kritischen Betrachtung im Mittelpunkt. Aus diesen Erkenntnissen werden dann die zentralen Bedürfnisse der Eltern identifiziert.

Das **fünfte Kapitel** befasst sich mit den konkreten Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige durch die Soziale Arbeit. Als erstes wird die Angehörigenarbeit als wichtiges Handlungsfeld der Sozialen Arbeit skizziert, bevor darauffolgend der Recovery-Ansatz als übergreifender Orientierungsrahmen vorgestellt wird. Danach wird ein Überblick über exemplarische recovery-orientierte Hilfsangebote aus der Praxis gegeben.

Das **sechste und damit vorletzte Kapitel** enthält die Entwicklung des literaturgestützten Konzepts einer Angehörigengruppe als ausgewählte recovery-orientierte Unterstützungsmaßnahme. Zu Beginn werden die Zielgruppe und die Grundausrichtung der Angehörigengruppe vorgestellt, bevor die einzelnen konzeptionellen Bausteine mit besonderem Fokus auf ihren Beitrag zur Entstigmatisierung und Schuldentlastung erläutert werden. Abschließend wird die konkrete praktische Ausgestaltung beschrieben.

Die vorliegende Arbeit schließt im **siebten und somit letzten Kapitel** mit einem Fazit ab, in dem die zentralen Erkenntnisse zusammengefasst und ein Ausblick gegeben wird.

2. Was ist Schizophrenie?

In der Gesellschaft hält sich hartnäckig das Vorurteil, dass es sich bei der Schizophrenie um eine Persönlichkeitsspaltung mit mehreren verschiedenen Persönlichkeiten handelt, die jedoch korrekterweise den dissoziativen Störungen zuzuordnen ist (vgl. Köhler 2017, 84) – genauer gesagt der dissoziativen Identitätsstörung, auch bekannt als multiple Persönlichkeitsstörung (vgl. Deister 2022, 222).

Das Ziel dieses Kapitels ist es daher, das Krankheitsbild der Schizophrenie in seiner Besonderheit sowie Komplexität differenziert darzustellen und damit aufzuzeigen, warum gerade Angehörige von Menschen mit Schizophrenie betrachtet werden. Als zentrale Grundlage wird das Diagnoseverständnis gemäß der neuen ICD-11 herangezogen.

2.1 Allgemeine Definition und Diagnose anhand der ICD-11

Das weitverbreitete Vorurteil der Persönlichkeitsspaltung kann auf die missverständliche Begriffsbezeichnung der Schizophrenie zurückgeführt werden (vgl. Köhler 2017, 84.). Der Begriff „Schizophrenie“ wurde erstmals 1908 durch Eugen Bleuler geprägt (Clamor/Frantz/Lincoln

2020, 950) und im Jahr 1911 offiziell als Krankheitsbezeichnung eingeführt (vgl. Falkai 2022b, 358). Übersetzt aus dem Griechischen bedeutet „schizein“ spalten und „phrén“ Geist, Gemüt oder ganz präzise Zwerchfell (vgl. Clamor et al. 2020, 950). Somit lässt sich die Wortzusammensetzung „Schizophrenie“ wörtlich als „gespaltener Geist“ oder – genau genommen – „gespaltenes Zwerchfell“ übersetzen (vgl. ebd.).

Die Annahme einer Spaltung ist somit per se nicht falsch, jedoch ist damit nicht die Spaltung der Persönlichkeit wie bei der dissoziativen Identitätsstörung gemeint. Bleuler wollte mit dem Begriff vielmehr das zentrale Krankheitsmerkmal der inneren Zerrissenheit („Spaltung“) im Fühlen und Denken akzentuieren (vgl. Hell/Schüpbach 2016, 8). Ebenfalls wird die Verschiedenartigkeit des Krankheitsbildes betont, weshalb Bleuler bewusst von der Gruppe der Schizophrenien spricht (vgl. Köhler 2017, 84). Darauf aufbauend soll nun das heutige Diagnoseverständnis für Schizophrenie anhand der ICD-11 näher betrachtet werden.

Im Folgenden wird bewusst ausschließlich auf das ICD-Klassifikationssystem zurückgegriffen, während auf eine Darstellung des DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) verzichtet wird. Dies begründet sich darin, dass in Deutschland seit dem Jahr 2000 die von der World Health Organization (WHO) erstmals 1991 eingeführte ICD-10 verbindlich zur Diagnostik verwendet wird, wohingegen das DSM-5 nur in den USA verpflichtend Anwendung findet (vgl. Falkai 2022a, 85f.). Weiterhin wird bereits auf die ICD-11 Bezug genommen, da diese langfristig als verbindliches diagnostisches System eingeführt und die derzeit noch geltende ICD-10 ablösen wird (vgl. ebd., 88).¹ Darüber hinaus weist die ICD-11 insbesondere im Hinblick auf das Krankheitsbild Schizophrenie zentrale diagnostische Veränderungen gegenüber der ICD-10 auf, die hier somit bereits berücksichtigt werden können.

Vorab ist es wichtig, die Begriffe „Psychose“ und „Schizophrenie“ klar voneinander zu differenzieren. Der Begriff Schizophrenie wird „[...] mehr für Krankheitsverläufe verwendet, in denen psychotische Episoden immer wieder auftreten oder die psychotische Störung chronisch besteht.“ (Wagner 2021, 64) Somit kann eine Person psychotisch sein, ohne zwingend eine Schizophrenie haben zu müssen (z.B. infolge von Drogenkonsum) (vgl. ebd.). Bei einer Psychose dominieren die sogenannten „Plus-Symptome“ und bei der Schizophrenie kommen die

¹ Das offizielle Inkrafttreten der ICD-11 erfolgte bereits am 1. Januar 2022 (vgl. Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte o.J.). In Deutschland wurde sie bislang jedoch noch nicht verbindlich eingeführt, da derzeit eine organisatorische Übergangszeit herrscht, in der die Vorbereitungen für die nationale Etablierung stattfinden (vgl. ebd.). Die verbindliche Einführung soll voraussichtlich bis 2027 erfolgen (vgl. ebd.).

„Negativ-Symptome“ hinzu (vgl. Wagner 2021, 64), worauf im Folgenden genauer eingegangen wird.

Die Lebenszeitprävalenz, also das Risiko über die Lebensspanne an einer Schizophrenie zu erkranken, liegt laut Fachliteratur bei etwa 0,5 bis 1% (vgl. Falkai 2022b, 358; Wagner 2021, 67; Caspar/Pjanic/Westermann 2018, 85). Hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit bestehen keine wesentlichen geschlechtsspezifischen Unterschiede (vgl. Falkai 2022b, 358; Caspar et al. 2018, 85). Die Erkrankung tritt überwiegend erstmals zwischen der Pubertät und dem 30. Lebensjahr auf, wobei Männer mit einem durchschnittlichen Erkrankungsalter von ungefähr 21 Jahren tendenziell früher erkranken als Frauen mit circa 26 Jahren (vgl. Falkai 2022b, 358).

In der ICD-11 wird die Schizophrenie (6A20) unter das Kapitel „Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen“ (6A2) gefasst (vgl. Lange-Asschenfeldt/Tebartz van Elst 2024, 80f.). Für die Diagnosestellung müssen die symptomatischen Kriterien eine Mindestdauer von einem Monat aufweisen (vgl. ebd., 83). Die Symptome lassen sich „[...] in *Positivsymptomatik* (=zum Erleben und Verhalten kommt etwas hinzu) und *Negativsymptomatik* (=Erleben und Verhalten wird eingeschränkt) [...]“ (Caspar et al. 2018, 83; Kursivsetzung im Original) unterscheiden, wobei Positivsymptome beispielsweise Wahn und Halluzinationen umfassen und Negativsymptome zum Beispiel Antriebsmangel und sozialer Rückzug (vgl. Falkai 2022b, 366).

Eine bedeutende Veränderung in der ICD-11 ist der Wegfall der klassischen Subtypen (vgl. Lange-Asschenfeldt/Tebartz van Elst 2024, 80) in die Kategorien paranoid, hebephren, katonisch und undifferenziert, da diese sich über längere Zeiträume hinweg als diagnostisch unzuverlässig erwiesen haben (vgl. Leucht/Hasan/Jäger/Vauth 2019, 310f.).

Darüber hinaus erfolgt in der ICD-11 eine Neugewichtung der relevanten Symptome, wobei konkret die zuvor vorrangige Bedeutung der sogenannten „Schneider’schen Erstrangsymptome“ entfällt (vgl. Lange-Asschenfeldt/Tebartz van Elst 2024, 80f.; 83). Zu diesen zählen beispielsweise „[...] Gedanken-laut-Werden, interpretierende Stimmen, Gedankenentzug, Wahnwahrnehmung [...].“ (Falkai 2022b, 365). Stattdessen müssen für die Diagnosestellung nach der ICD-11 allgemein zwei Symptome vorliegen, von denen mindestens eines aus den Kernmerkmalen Wahn, Halluzinationen, formale Denkstörungen oder Ich-Störungen stammen muss (vgl. Lange-Asschenfeldt/Tebartz van Elst 2024, 80; 83). Wichtig ist trotzdem, die

potenzielle Symptomvielfalt zu betonen, da die individuelle Erscheinungsform der Schizophrenie bei den betroffenen Personen stark variieren kann (vgl. Caspar et al. 2018, 83).

Wahn bezeichnet dabei „[...] objektiv falsche Überzeugungen, an denen trotz eindeutiger Beweise des Gegenteils festgehalten wird [...].“ (Kring/Johnson/Hautzinger 2019, 307) *Halluzinationen* sind Wahrnehmungsverzerrungen, wobei akustische Halluzinationen (z.B. das Stimmenhören) am häufigsten sind (vgl. ebd., 308f.). *Formale Denkstörungen* betreffen eine Veränderung des Denkens, die oftmals zu einer Kommunikationserschwerung führen – wie beispielsweise durch plötzliches Abreißen von Gedanken oder das Danebenreden (vgl. Clamor et al. 2020, 953). Bei der *Ich-Störung* empfinden „[...] die Betroffenen Grenzen des Ichs und Nicht-Ichs also der Umwelt – als durchlässig [...].“ (ebd., 954) Ein Beispiel hierfür ist die *Derealisation*, bei welcher die Betroffenen ihre Umwelt als fremdartig erleben (vgl. ebd.).

Hinsichtlich des Verlaufs wird in der ICD-11 zwischen einer ersten Episode, mehrfachen Episoden, einem kontinuierlichen Verlauf und einem nicht näher bezeichneten Verlauf differenziert (vgl. Lange-Asschenfeldt/Tebartz van Elst 2024, 88). In der ICD-11 erfolgt erstmalig die Berücksichtigung der Kategorie „erste Episode“ und es wurde eine Schweregradbestimmung eingeführt, die sich in folgende Kategorien gliedert: „[...] 0 = nicht vorhanden, 1 = leicht, 2 = moderat, 3 = schwer, 9 = aufgrund vorliegender Informationen nicht spezifizierbar.“ (ebd., 87f.)

2.2 Ätiologie und Risikofaktoren

So unterschiedlich die individuelle Symptomausprägung bei den betroffenen Personen sein kann, so vielfältig sind auch die potenziellen Ursachen der Schizophrenie. Die einschlägige Fachliteratur ist sich weitgehend einig über die multifaktorielle Entstehung und die wechselseitigen Wirkungen verschiedener Einflussfaktoren (vgl. Falkai 2022b, 359; Wagner 2021, 40).

Als Erklärungsmodell für die multifaktorielle Entstehung der Schizophrenie kann das **Vulnerabilitäts-Stress-Modell** herangezogen werden, das sich gegen Ende der 1970er-Jahre wissenschaftlich etabliert hat (vgl. Clamor et al. 2020, 964). Das ursprüngliche Vulnerabilitäts-Stress-Modell wurde 1977 von Joseph Zubin und Bonnie Spring entwickelt und geht davon aus, dass jeder Mensch eine individuelle Ausprägung an Verwundbarkeit („Vulnerabilität“) im Hinblick auf die Erkrankung mitbringt, die unter bestimmten Umständen in einer schizophrenen Episode münden kann (vgl. Zubin/Spring 1977, 109). Diese Anfälligkeit wird von mehreren Faktoren beeinflusst und lässt sich in eine angeborene (biologische und neurophysiologische Prozesse, also bezogen auf Gene und das Nervensystem) sowie eine erworbene Vulnerabilität

(z.B. traumatische Erlebnisse, familiäre Erfahrungen oder kritische Lebensereignisse) unterteilen (vgl. Zubin/Spring 1977, 109).

Zentral ist hierbei die angenommene Korrelation zwischen Vulnerabilität und Stressempfinden, die primär durch kritische Lebensereignisse beeinflusst wird (vgl. ebd., 110), wie ein Trauerfall oder eine Scheidung (vgl. Clamor et al. 2020, 965). Wird die individuelle Stressschwelle überschritten und gelingt es dem Individuum nicht, sich adäquat an die Belastung anzupassen, kann dies beispielsweise in einer schizophrenen Episode münden (vgl. Zubin/Spring 1977, 110). In der aktuellen Fachliteratur werden die Stressfaktoren in biologische, psychische sowie soziale Belastungen differenziert (vgl. Wagner 2021, 40; Caspar et al. 2018, 86). Je niedriger die individuelle Stressschwelle, desto wahrscheinlicher können Stressfaktoren zur Krankheitsentstehung oder Symptomaufrechterhaltung beitragen (vgl. Caspar et al. 2018, 86). Dies entspricht auch dem Ansatz des biopsychosozialen Modells, das in der Klinischen Sozialarbeit eine zentrale theoretische Grundlage bildet und ebenfalls von einer multifaktoriell beeinflussten Krankheitsentstehung und -aufrechterhaltung ausgeht (vgl. Walther/Deimel 2023, 44).

Im Folgenden werden exemplarisch zentrale Risikofaktoren auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene näher betrachtet. Vorab ist wichtig zu erwähnen, dass insbesondere psychosoziale Faktoren sowohl als ursächlich als auch als mitauslösend diskutiert werden (vgl. Falkai 2022b, 363). Die Forschungsergebnisse hierzu sind teilweise widersprüchlich – es wird jedoch davon ausgegangen, dass gerade psychosoziale Faktoren weniger zur Entstehung der Schizophrenie beitragen, sondern sich vor allem auf den Verlauf auswirken (vgl. ebd.).

Die **biologische Ebene** umfasst die genetische Komponente, deren Einfluss mehrfach empirisch durch Familien-, Zwillings- und Adoptivstudien belegt wurde (vgl. ebd., 359). Dabei konnte festgestellt werden: Die Erkrankungsrate der Schizophrenie ist „[...] in den betroffenen Familien deutlich höher als in der Durchschnittsbevölkerung und nimmt mit steigendem Verwandtschaftsgrad zu [...].“ (ebd.) Gleichzeitig treten aber über 80% der Schizophrenieerkrankungen ohne eine familiäre Krankheitsvorgeschichte auf (vgl. Leucht et al. 2019, 313). Die Gene sind somit nicht alleinig für die Krankheitsentstehung verantwortlich – jedoch können genetische Unterschiede beispielsweise bei gleichen Umweltbedingungen einen nicht zu unterschätzenden Einfluss haben (vgl. Clamor et al. 2020, 964).

Deshalb wird davon ausgegangen, dass nicht die Erkrankung selbst, sondern eine erhöhte Bereitschaft zur Krankheitsentwicklung vererbt werden kann (vgl. Köhler 2017, 104) – was mit

dem bereits vorgestellten Vulnerabilitäts-Stress-Modell in Einklang steht. Dies wird zusätzlich durch die Feststellung einer polygenen Ursache der Schizophrenie untermauert, bei der mehrere einzelne Genvariationen potenziell eine Rolle spielen können (vgl. Falkai 2022b, 359). Es müssen also noch weitere Faktoren neben der genetischen Komponente dazukommen, um einem Krankheitsausbruch zu begünstigen (vgl. ebd., 361).

Auf der **psychologischen Ebene** spielen die bereits erwähnten sogenannten „Life Events“ (vgl. Clamor et al. 2020, 965) sowie das Stressempfinden eine zentrale Rolle (vgl. Kring et al. 2019, 327). Als „Life Events“ gelten „[...] kritische Lebensereignisse, die wesentliche, aber nicht außergewöhnliche, Veränderungen beschreiben.“ (Clamor et al. 2020, 965) Dazu zählen beispielsweise auch ein Wohnortwechsel oder die Geburt eines Kindes, wobei hier weniger die Ereignisse an sich ausschlaggebend sind, sondern vielmehr deren individuelle Interpretation (vgl. ebd.). Dies hängt zentral mit dem Aspekt des Stressempfindens zusammen: Bei Menschen mit Schizophrenie wurde eine erhöhte Stressanfälligkeit festgestellt sowie ein stärkeres Belastungsempfinden hinsichtlich der Lebensanforderungen (vgl. Kring et al. 2019, 327).

Auf der **sozialen Ebene** sind insbesondere die Untersuchungen zu den Familien mit „High-Expressed-Emotions“ relevant, die eine Korrelation zur Rückfallrate der Betroffenen aufweist (vgl. Falkai 2022b, 363). Diese beziehen sich auf die Atmosphäre und Kommunikation innerhalb der Familie, die gekennzeichnet ist durch kritische Kommentare, Feindseligkeit und Überbehütung (vgl. Leucht et al. 2019, 321). Auf diese Forschung wird im vierten Kapitel erneut vertiefend Bezug genommen.

Darüber hinaus kommen Schizophrenien am häufigsten in den unteren Sozialschichten vor, was jedoch tendenziell auf den sozialen Abstieg der Betroffenen aufgrund der Erkrankung zurückgeführt wird („Drift-Hypothese“) (vgl. Falkai 2022b, 363) oder darauf, dass der soziale Abstieg bereits in der Vorphase des Krankheitsausbruches erfolgt (vgl. Finzen 2020, 125).

2.3 Überblick über die Behandlung

Im Folgenden wird nun die Behandlung der Schizophrenie dargestellt, wobei besonders die Bedeutung der Angehörigenarbeit herausgestellt werden soll.

Nach der S3-Leitlinie für Schizophrenie von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DPGGN) besteht die Behandlung aus drei zentralen Bausteinen: Pharmakotherapie, Psychotherapie und psychosozialen Maßnahmen (vgl. DPGGN 2019b, 140).

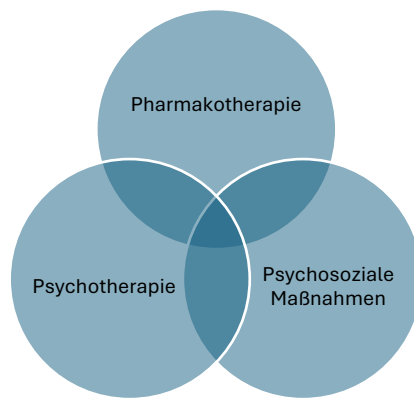


Abb. 1: Die drei zentralen Behandlungsbausteine. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an DPGGN 2019b, 140

Zentral bei der Behandlung ist, dass diese individuell auf die betroffene Person abgestimmt wird und stets in Zusammenarbeit mit ihr erfolgt (vgl. Falkai 2022b, 376). Insbesondere die Psychotherapie und die psychosozialen Maßnahmen sollen hierbei den Zweck verfolgen, den Recovery-Prozess zu unterstützen (vgl. DGPPN 2019b, 141). Bei Recovery-Konzepten liegen Ziele im Fokus wie „[...] Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus, Lebensqualität, Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit, Hoffnung oder soziale Teilhabe (Inklusion) [...].“ (ebd., 7) Eine genauere Betrachtung des Recovery-Ansatzes erfolgt im vierten Kapitel dieser Arbeit.

Die **Pharmakotherapie** umfasst die medikamentöse Behandlung mit sogenannten Antipsychotika, deren Entdeckung in den 1950er-Jahren erfolgte (vgl. Kring et al. 2019, 334). In der Fachliteratur werden Antipsychotika meist in die „typischen Antipsychotika“ der 1. Generation und die „atypischen“ der 2. Generation unterschieden (vgl. ebd., 334f.). Typische Antipsychotika lindern primär die positiven Symptome, während sie hinsichtlich der Negativsymptome kaum bis keine Wirkung zeigen (vgl. ebd., 334). Atypische Antipsychotika hingegen bewirken eine Reduzierung der Negativsymptome und weisen eine bessere Verträglichkeit auf (vgl. Falkai 2022b, 379). Insgesamt ist die Wirksamkeit der Antipsychotika empirisch gut belegt und besonders in akuten Krankheitsphasen zentral sowie zur Verhinderung von Rückfällen (vgl. ebd., 376).

Bei der **Psychotherapie** gilt insbesondere die *kognitive Verhaltenstherapie* als evidenzbasierte Behandlungsform (vgl. Caspar et al. 2018, 88). Im Fokus stehen beispielsweise die Reduktion der Positivsymptomatik, die Steigerung des Funktionsniveaus, die Förderung eines besseren Krankheitsverständnisses sowie die Korrektur dysfunktionaler Denk- und Bewertungsmuster (vgl. Clamor et al. 2020, 983). Im Rahmen dessen können etwa Techniken wie die kognitive Umstrukturierung eine Rolle spielen (z.B. um Bewertungen von Halluzinationen zu

hinterfragen), Interventionen zur Selbstwertverbesserung und Maßnahmen zur Prävention von Rückfällen (z.B. Erkennung von Frühwarnzeichen erster Symptome) (vgl. Clamor et al. 2020, 986; 989). Ein essenzieller Therapiebaustein bildet zudem die „Psychoedukation“, die die Informationsvermittlung über die Erkrankung umfasst und zumeist im Gruppensetting realisiert wird (vgl. Leucht et al. 2019, 342).

Zu den **psychosozialen Maßnahmen** zählen beispielsweise das Training sozialer Fertigkeiten, Ergotherapie oder Maßnahmen zur beruflichen Reintegration (vgl. Falkai 2022b, 383). Besonders hervorzuheben ist die Bedeutung der *Arbeit mit den Angehörigen*, die etwa im Rahmen von Familieninterventionen oder psychoedukativen Maßnahmen erfolgen kann (vgl. Clamor et al. 2020, 991). Psychoedukative Familieninterventionen sollen beispielsweise sowohl den Betroffenen als auch den Angehörigen Wissen über die Erkrankung (Entstehung, Verlauf, Behandlung) vermitteln, um für emotionale Entlastung zu sorgen, eine Austauschmöglichkeit zu schaffen und die Bereitschaft zur Medikamenteneinnahme zu erhöhen (vgl. ebd.). In der S3-Leitlinie wird betont, „[...] dass Familieninterventionen hilfreiche Effekte für die Angehörigen von Menschen mit einer Schizophrenie haben, und dass diese Effekte auch dazu führen, die Situation von Betroffenen zu verbessern.“ (DGPPN 2019b, 158)

Auch die häufig zitierte Metaanalyse von Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling und Engel (2001) belegt den wechselseitigen Einfluss der Angehörigen und Betroffenen. In den darin untersuchten Familieninterventionen waren überwiegend die Eltern von Menschen mit Schizophrenie vertreten und es zeigte sich, dass der Einbezug der Familie zu einer effektiven Senkung der Rückfall- sowie Rehospitalisierungsraten der Betroffenen beitragen konnte – bei der Rückfallrate sogar um ungefähr 20% (vgl. Pitschel-Walz et al. 2001, 79; 83). Besonders wirksam erwiesen sich langfristige Interventionen über drei Monate mit mehreren Familien gleichzeitig (vgl. ebd., 83f.). Die Aktualität und Relevanz der Ergebnisse dieser älteren Studie wird durch eine aktuelle Übersichtsarbeit und Metaanalyse von Rodolico et al. (2022) belegt, an der Pitschel-Walz ebenfalls beteiligt war. In dieser zeigte sich, dass verschiedene Formen von Familienintervention zu einer geringeren Rückfallrate beitrugen (vgl. Rodolico et al. 2022, 218). Besonders wirksam war die Familienpsychoedukation, mit einer Rückfallrate von nur 10% im Vergleich zu 37% bei ausschließlicher Behandlung mit Antipsychotika (vgl. Rodolico et al. 2022, 218).

Diese Erkenntnisse unterstreichen die zentrale Bedeutung der Angehörigen im Behandlungskontext und begründen ihre notwendige Einbeziehung.

2.4 Auswirkungen auf die Angehörigen

Bevor der Fokus auf die Aspekte der Schuld und der Stigmatisierung gelegt wird, ist es sinnvoll, zunächst einen allgemeinen Blick auf die Auswirkungen der Schizophrenie auf die Angehörigen und ihre Leben zu werfen – um die Komplexität ihrer Situation zu verdeutlichen. Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass die Erkrankung für die Angehörigen eine erhebliche Belastung darstellt (vgl. Wagner 2021, 76) und auch sie lernen müssen, mit dieser umzugehen sowie die damit verbundenen Herausforderungen zu bewältigen (vgl. Finzen 2020, 13). Bereits frühere Studien belegten zudem, dass sich insbesondere Angehörige von Menschen mit Schizophrenie subjektiv stark belastet fühlen (vgl. Jungbauer 2001, 34).

Gerade zu Beginn stellt das Akzeptieren der Schizophreniediagnose für die Familienangehörigen eine besondere Herausforderung dar, da sie diese meist nicht wahrhaben wollen und dazu neigen, sie zu verleugnen (vgl. Finzen 2020, 33). Zudem fällt es ihnen schwer, zu akzeptieren, dass sich der familiäre Alltag und die Beziehungen durch die Erkrankung nachhaltig verändern – insbesondere im Falle eines gemeinsamen Zusammenlebens (vgl. ebd., 38). Nicht selten führt dies dazu, dass die Erkrankung nach außen hin versteckt wird (vgl. ebd., 31). Finzen beschreibt hierzu: „Immer wieder bricht Angst über die Angehörigen herein. Ihnen wird zunehmend bewusst, dass die Welt der Familie nicht mehr in Ordnung ist, dass nichts mehr so sein wird, wie es einmal war.“ (ebd., 35). Gerade für die Eltern ist es häufig schwer zu akzeptieren, dass sich das Leben ihres Kindes anders als erhofft entwickelt (vgl. ebd., 32f.).

Es wird begonnen, nach Ursachen für die Erkrankung zu suchen, was wiederum eng mit dem Schuldaspekt verbunden ist (vgl. Koenning 2001b, 27). Somit spielen auch die emotionale und psychische Belastung eine große Rolle. Zum einen wird sie zentral durch **Stigmatisierung** geprägt, die nicht nur die erkrankte Person selbst, sondern auch die Angehörigen als Mitbetroffene tangiert (vgl. Finzen 2020, 31). Zum anderen ist auch die **Schuldzuweisung** wesentlich: Besonders die Eltern sind häufig mit Vorwürfen hinsichtlich ihrer Verantwortung für die Erkrankung konfrontiert – etwa aufgrund von angeblich falscher Erziehung oder ungünstigem familiären Klima (vgl. ebd.). Damit verbunden ist die Belastung mit **Schuldgefühlen**, da sich Angehörige oft fragen, ob und inwieweit sie die Schuld an der Erkrankung tragen und was sie falsch gemacht haben (vgl. Koenning 2001b, 27). Die damit einhergehende Angst vor Stigmatisierung und Schuldzuweisung führt nicht selten zur sozialen Isolation (vgl. Finzen 2020, 35; Bull 2015, 105). Auf diese Aspekte wird im dritten und vierten Kapitel ausführlich eingegangen.

Einhergehend mit den Veränderungen sehen sich Angehörige häufig mit Gefühlen von Ratlosigkeit konfrontiert, da oftmals ein mangelndes Wissen über die Erkrankung besteht (vgl. Bull 2015, 104). Sie fühlen sich hilflos, weil sie nicht verstehen, was passiert (vgl. Finzen 2020, 38). Dies wird durch die Tatsache verschärft, dass sich die Angehörigen im Kontakt mit dem professionellen Hilfesystem oftmals alleingelassen fühlen (vgl. Koenning 2001b, 29). Die Gefühle von Hilf- und Ratlosigkeit werden zusätzlich durch die Ungewissheit über den Verlauf und Ausgang der Schizophrenie verstärkt – wie zum Beispiel, ob es sich um eine einzelne Episode oder um einen chronischen Verlauf handelt (vgl. Finzen 2020, 39).

Der allgemeine Umgang mit der erkrankten Person ist häufig von Unsicherheit und Ängstlichkeit geprägt (vgl. Becker/Katzmann 2001, 44), da insbesondere die Wechselhaftigkeit ihres Befindens sowie Verhaltens für die Angehörigen eine große Herausforderung darstellt und sie nicht selten in eine verzweifelte Hilflosigkeit führt (vgl. Finzen 2020, 39).

Besonders die Eltern sind mit der Tatsache konfrontiert, dass ihr erkranktes Kind auch über die Volljährigkeit hinaus unterstützungsbedürftig bleibt und oftmals weiterhin ihren Lebensmittelpunkt bildet (vgl. ebd., 40f.). Denn nicht selten übernimmt die Familie beispielsweise nach einem Klinikaufenthalt die weitere Versorgung (vgl. Bull 2015, 105). Dies wiederum wirkt sich oft auch auf die finanzielle Situation der Familie aus, da viele Eltern ihr betroffenes Kind zusätzlich materiell unterstützen (vgl. Finzen 2020, 41). Diese Verantwortung verknüpft sich häufig eng mit der Angst, was mit dem erkrankten Kind passiert, wenn die Eltern altersbedingt pflegebedürftig werden oder versterben – eine Sorge, die durch ein mangelhaftes gesellschaftliches Fürsorgesystem besonders für chronisch erkrankte Personen zusätzlich verstärkt wird (vgl. ebd.). Daraus ergibt sich, „[...] dass die emotionale und materielle Fürsorgeverpflichtung der Eltern in eine ungewisse Zukunft hinein andauern wird.“ (ebd., 33)

In vielen Fällen wird also das gesamte Leben auf die erkrankte Person ausgerichtet, während eigene Bedürfnisse sowie Wünsche in den Hintergrund geraten (vgl. Koenning 2001b, 28). Angehörige leisten meist Beistand in schwierigen Situationen und übernehmen sowohl Verantwortung als auch Alltagspflichten, die von den Betroffenen nicht mehr selbstständig geleistet werden können (vgl. Hell/Schüpbach 2016, 120). Dies führt nicht selten zu einer Überlastung und Erschöpfung der Angehörigen, zumal sie oftmals mit ihrer Situation alleingelassen werden (vgl. ebd., 41; 120).

Diese Aspekte verdeutlichen, dass die Angehörigen zwar im Behandlungsprozess der erkrankten Personen eine wichtige Rolle spielen und eine zentrale Ressource darstellen, ihre eigenen Belastungen jedoch dabei nicht übersehen werden dürfen. Finzen bezeichnet die Belastungen der Familie eindrücklich als die „dritte Krankheit“ und meint damit „[...] das Leiden der Angehörigen unter der schizophrenen Psychose eines Familienmitglieds, zu dessen Bewältigung sie Anspruch auf Hilfe und Unterstützung haben.“ (Finzen 2020, 33) Die „erste Krankheit“ ist die Erkrankung selbst, während die „zweite Krankheit“ die damit einhergehenden Vorurteile, Schuldzuweisungen, Stigmata und Diskriminierungen meint (vgl. ebd., 28).

Deshalb ist es darüber hinaus notwendig, die Angehörigen als eigenständige Zielgruppe mit einem spezifischen und individuellen Unterstützungsbedarf wahrzunehmen.

3. Theoretischer Rahmen: Stigma und Schuld

Um Stigma und Schuld in Bezug auf die Eltern von Menschen mit Schizophrenie adäquat einordnen sowie analysieren zu können, bedarf es einer fundierten theoretischen Grundlage. Zur theoretischen Auseinandersetzung mit dem Begriff des Stigmas wird auf die Theorie des Soziologen Erving Goffman zurückgegriffen. Für die Analyse des Schuldaspekts wird die Attributionstheorie in der Weiterentwicklung durch den Psychologen Bernard Weiner herangezogen.

3.1 Die Stigma-Theorie von Erving Goffman

Anhand der Stigma-Theorie von Goffman wird zunächst definiert, was konkret unter einem Stigma zu verstehen ist, bevor die Auswirkungen auf die Identität der Betroffenen dargestellt werden. Anschließend wird erläutert, inwiefern die Angehörigen von Stigma betroffen sein können und welche spezifischen Folgen sich daraus ergeben.

3.1.1 Allgemeine Definition von Stigma

Zuerst muss geklärt werden, wie Goffman den Begriff des Stigmas definiert. Grundsätzlich handelt es sich bei einer stigmatisierten Person um jemanden, der „[...] in unerwünschter Weise anders [ist], als wir es antizipiert haben.“ (Goffman 2016, 13) Gemeint sind dabei die Eigenschaften, die nicht mit dem gesellschaftlichen Idealbild übereinstimmen, wie ein bestimmter Typ Mensch sein *sollte* (vgl. ebd., 11). Es besteht also eine Unstimmigkeit zwischen den vorab bestehenden Erwartungen und wie die Person in Wirklichkeit ist. Diese Erwartungen spiegeln somit die gesellschaftlichen normativen Vorstellungen wider und äußern sich in Form von sozialen Anforderungen (vgl. ebd., 10).

Die Bedeutung der gesellschaftlichen Dimension von Stigmatisierung und ihr daraus resultierender Einfluss werden durch folgendes Zitat von Goffman nochmals verdeutlicht:

„Der Terminus Stigma wird also in bezug auf eine Eigenschaft gebraucht werden, die zutiefst diskreditierend ist, aber es sollte gesehen werden, daß es einer Begriffssprache von Relationen, nicht von Eigenschaften bedarf. Ein und dieselbe Eigenschaft vermag den einen Typus stigmatisieren, während sie die Normalität eines anderen bestätigt, und ist daher als ein Ding an sich weder kreditierend noch diskreditierend.“ (Goffman 2016, 11)

Goffman beschreibt hier zum einen die fehlende Stabilität diskreditierender Eigenschaften – also Merkmale, die eine Person abwerten –, da diese sich mit der Zeit verändern können und somit nicht objektiv sind. Zum anderen hebt er hervor, dass hierbei die gesellschaftliche Beurteilung eine wesentliche Rolle spielt: Diese Eigenschaften sind immer in einen bestimmten gesellschaftlichen Kontext eingebettet und müssen deshalb im Verhältnis – also relational – zu diesem betrachtet werden, weshalb somit auch ihre Bewertung variieren kann.

Wenn dementsprechend eine Person eine Eigenschaft oder ein Merkmal aufweist, das gesellschaftlich als unerwünscht beurteilt wird, kann dies dazu führen, dass die betroffene Person in der Gesellschaft von einer „gewöhnlichen“, nicht stigmatisierten Person zu einer „beschmutzten“ und stigmatisierten herabgewürdigt wird (vgl. Goffman 2016, 10f.). Die „anderen“ Menschen, die nicht als negativ abweichend gelten, fasst Goffman unter dem Begriff der sogenannten „Normalen“ zusammen (vgl. ebd., 13). Im sozialen Miteinander mündet dies darin, dass sich die „normalen“ Menschen aufgrund dieses Merkmals von dem betroffenen Individuum abwenden, unabhängig davon, welche anderen – eventuell sogar positiven – Eigenschaften die Person noch aufzuweisen mag (vgl. ebd.).

3.1.2 Virtuale und aktuelle soziale Identität

Die zuvor beschriebene Unstimmigkeit zwischen Erwartung und Wirklichkeit ordnet Goffman unter den Begriffen der virtualen und aktuellen sozialen Identität ein (vgl. Goffman 2016, 10; 30). Die **virtuale soziale Identität** umfasst die im Vorfeld bestehenden, gesellschaftlich stark geprägten Zuschreibungen und Annahmen darüber, wie eine Person sein *könnte* oder sein *sollte* (vgl. ebd., 10.). Die **aktuelle soziale Identität** hingegen bezeichnet die Eigenschaften, die eine Person faktisch besitzt, also wie sie tatsächlich *ist* (vgl. ebd.). Mit Rückbezug auf den vorherigen Abschnitt lässt sich somit ableiten, dass der Zusatz „sozial“ nach den beiden Begriffen die gesellschaftliche Dimension im Identitätsbildungsprozess unterstreicht. Der erhebliche gesellschaftliche Einfluss wird nochmals durch Goffmans zentrale Feststellung untermauert, dass stigmatisierte Personen häufig eine ähnliche Auffassung von Identität übernehmen wie die „Normalen“ (vgl. Goffman 2016, 15f.). Stigmatisierung entsteht folglich bei einer bestehenden

Abweichung zwischen der virtualen und aktuellen sozialen Identität und „[w]enn diese Diskrepanz bekannt oder offensichtlich ist, beschädigt sie seine soziale Identität [...]“ (Goffman 2016, 30)

Ergänzend ist hier anzumerken, dass Goffman auf das von Erik H. Erikson zentral geprägte Konzept der „**Ich-Identität**“ zurückgreift (vgl. ebd., 132). Die Ich-Identität beschreibt die subjektive Perspektive der stigmatisierten Person – also, wie sie ihre Situation sowie Umgang mit der Stigmatisierung individuell empfindet sowie erlebt (vgl. ebd., 132f.). Hier betont Goffman erneut, dass diese subjektive Wahrnehmung stark durch die jeweiligen sozialen Erfahrungen geprägt wird und somit nicht losgelöst vom gesellschaftlichen Kontext und dessen Einfluss betrachtet werden kann (vgl. ebd., 132f.).

3.1.3 Die Typologie von Stigma

Goffman unterscheidet in seiner Typologie drei zentrale Stigma-Typen, um die Formen von Stigmatisierung zu systematisieren: physische Deformation (z.B. eine sichtbare Narbe), individuelle Charakterfehler (z.B. eine Suchterkrankung oder Arbeitslosigkeit) und sogenannte phylogenetische Stigmata (z.B. ethnische Herkunft oder Religion), die zumeist als angeboren oder unveränderbar angesehen werden (vgl. Goffman 2016, 12f.). Diese Unterteilung bezieht sich somit primär auf die direkt vom Stigma betroffenen Personen – wie etwa, passend zum Thema der vorliegenden Arbeit, auf eine Person mit Schizophrenie. Jedoch weist Goffman zudem bereits hier darauf hin, dass die Stigmata – insbesondere die phylogenetischen – nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch die Familienmitglieder betreffen können (vgl. ebd., 13).

3.1.4 Die „Weisen“ und das Ehrenstigma

Dies führt zu der wichtigen erweiterten Unterscheidung der sogenannten „Weisen“ von Goffman (vgl. Goffman 2016, 42f.), die besonders relevant sind, wenn der fokussierte Blickwinkel auf die Eltern als Angehörige gerichtet wird. Als **ersten Typus** beschreibt er die weise Person, die „[...] in einer Einrichtung arbeitet, die entweder den Bedürfnissen der Stigmatisierten einer bestimmten Art dient oder den Aktionen, die die Gesellschaft in Hinblick auf diese Person unternimmt.“ (ebd., 42) Dazu zählen somit auch Fachkräfte verschiedener Art (vgl. ebd.). Besonders bedeutsam für die Fragestellung ist jedoch der **zweite Typus** der weisen Person, die „[...] durch die Sozialstruktur mit einem stigmatisierten Individuum verbunden ist – eine Verbindung, die die größere Gesellschaft dazu führt, beide Individuen in gewisser Hinsicht als eins zu behandeln.“ (ebd.) Hierunter fallen Ehepartner:innen, Familienmitglieder und Freunde, die

aufgrund ihrer nahen Beziehung zum stigmatisierten Individuum mitstigmatisiert werden – dies fasst Goffman unter dem Begriff des „**Ehrenstigmas**“ (vgl. Goffman 2016, 42f.).

3.1.5 Diskreditierte und Diskreditierbare

Anschließend nimmt Goffman eine weitere signifikante Unterscheidung vor – nämlich in die Kategorien der Diskreditierten und der Diskreditierbaren (vgl. Goffman 2016, 12). Eine **diskreditierte Person** trägt nach außen hin ein offenkundiges Stigma und ist sich bewusst darüber, dass andere Personen dieses unmittelbar wahrnehmen können (vgl. ebd.).

Für die Betrachtung der Eltern von Menschen mit Schizophrenie ist jedoch vor allem die Rolle der **diskreditierbaren Personen** relevant, unter die sie einzuordnen sind. Bei den Diskreditierbaren handelt es sich um Personen, die ein Stigma tragen, das nicht offenkundig von Außenstehenden identifizierbar ist (vgl. Goffman 2016, 12). Darunter fällt auch beispielsweise die im vorherigen Abschnitt genannte Mitstigmatisierung aufgrund der Nähe zu einem stigmatisierten Familienmitglied. Somit gelten auch konkret Angehörige von Menschen mit Schizophrenie als diskreditierbar, da diese Verbindung für Außenstehende meist nicht direkt erkennbar ist.

3.1.6 Informationskontrolle und Konsequenzen der Stigmatisierung

Da der Fokus auf den Eltern als Angehörige liegt, wird im Folgenden ausschließlich die Informationskontrolle sowie die damit verbundenen Konsequenzen in Bezug auf die Diskreditierbaren dargestellt und es wird bewusst auf die Betrachtung der Diskreditierten verzichtet.

Bereits in Kapitel 3.1.2 wurde erwähnt, dass die Stigmatisierung durch die offenkundige Diskrepanz zwischen virtueller und aktueller sozialer Identität entsteht und demzufolge die soziale Identität negativ beeinflusst wird. Daraus ergibt sich, dass die diskreditierbaren Personen, deren Stigma nicht bekannt ist, versuchen können, dieses zu verstecken bzw. die stigmatisierenden Informationen über sich selbst gezielt zu steuern (vgl. Goffman 2016, 56).

Goffman beschreibt diesen Vorgang als **Informationskontrolle**, bei der die diskreditierbare Person ein sogenanntes „Stigma-Management“ betreibt (vgl. ebd., 57; 133). Damit ist konkret gemeint, dass sie bewusst steuert, ob, mit wem und in welchem Umfang sie über ihr Stigma spricht – wobei dieser Prozess selten konfliktlos verläuft (vgl. ebd., 56; 96). Hieraus resultiert häufig, dass die betroffene Person nur ausgewählten Menschen gegenüber ihr Stigma offenbart, während sie sich gleichzeitig in Bezug auf bestimmte andere bewusst zur Geheimhaltung entscheidet (vgl. ebd., 95). Diese Form der Geheimhaltung bezeichnet er als „**Täuschen**“ (vgl. ebd., 57; 94).

Als **Konsequenz** der Stigmatisierung entsteht häufig eine beidseitige Vermeidung zwischen den „Normalen“ und der jeweils stigmatisierten Person (vgl. Goffman 2016, 22f.). Insbesondere das stigmatisierte Individuum kann aufgrund negativer Erwartungen in Bezug auf soziale Situationen mit „Normalen“ die Tendenz aufweisen, sich vorsorglich zurückzuziehen (vgl. ebd., 27). Dies basiert darauf, dass es sich in der sozialen Interaktion „[...] unsicher fühlt, wie wir Normalen es identifizieren und aufnehmen werden.“ (ebd., 23)

Diese Unsicherheit kann nach Goffman wiederum die Tendenz zur Informationskontrolle in Form von Täuschen verstärken, um gesellschaftliche Ablehnung zu vermeiden (vgl. ebd., 125). Im Extremfall kann dies dazu führen, dass soziale Kontakte insgesamt gemieden werden, um nicht in die Gefahr zu laufen, dass die belastende Information bekannt wird und letztlich zur sozialen Isolation des stigmatisierten Individuums führen kann (vgl. ebd.). Dabei spielen auch Schamgefühle bei den betroffenen Personen eine wesentliche Rolle mit dem Erleben, dass „[...] er in der Tat hinter dem zurückfällt, was er realiter sein sollte. Scham wird eine zentrale Möglichkeit, sie entsteht daraus, daß das Individuum eines seiner eigenen Attribute begreift als etwas Schändliches und etwas, worauf es gern verzichten würde.“ (Goffman 2016, 16)

Anschließend an diesen Aspekt kann zur nächsten theoretischen Rahmung übergeleitet werden, da soziale Isolation und Scham eng mit dem Schuldgefühl verbunden sind, das im Rahmen der Attributionstheorie anschaulich betrachtet werden kann.

3.2 Die Attributionstheorie in der Weiterentwicklung von Bernard Weiner

Im Folgenden werden zunächst die Grundannahmen der Attributionstheorie mit Bezug auf den Begründer Fritz Heider dargelegt. Darauf aufbauend werden die drei zentralen Kausalitätsdimensionen der Ursachenzuschreibung nach Bernard Weiner beschrieben. Abschließend werden die daraus resultierenden emotionalen Reaktionen mit besonderem Fokus auf dem Schuldaspekt sowie deren Auswirkungen auf das Verhalten von anderen Personen dargestellt.

3.2.1 Die Grundannahmen der Attributionstheorie

Der Begründer der Attributionstheorie ist der bereits genannte Fritz Heider, auf dessen Erkenntnisse sich Bernard Weiner in seiner Weiterentwicklung zentral stützt (vgl. Weiner 1994, 218). Im Allgemeinen beschäftigt sich die Attributionstheorie mit der „[...] Wahrnehmung von Kausalität bzw. den wahrgenommenen Ursachen für das Eintreten eines bestimmten Ereignisses.“ (ebd., 220)

Im Zentrum der Kausalattribution steht weniger die Frage, warum jemand an sich etwas Bestimmtes tut, sondern vielmehr, wie eine beobachtende Person die Gründe für ein bestimmtes Verhalten oder Handeln einer anderen Person zu verstehen versucht (vgl. Parkinson 2014, 72). Um solche Ursachen nachvollziehbar zu machen, misst der Mensch Geschehnissen subjektive Bedeutung bei (vgl. Heider 1958, 81). Heider verdeutlicht im folgenden Zitat eindrücklich, warum der Mensch bestrebt ist, Verhalten auf bestimmte Ursachen zurückzuführen und es dadurch für sich verständlich zu machen:

„[...] sondern weil ich die Umwelt nur dann vorhersagen und kontrollieren kann, wenn ich dieses relativ unbedeutende Symptom mit einem zugrundeliegenden Kernereignis in Zusammenhang bringe. [...] Der Mensch gibt sich gewöhnlich nicht damit zufrieden, die ihn umgebenden Tatsachen einfach zu registrieren; er hat das Bedürfnis, sie so weit als möglich mit den Konstanten seiner Umwelt in Verbindung zu bringen. [...] Die zugrundeliegenden Ursachen von Ereignissen, insbesondere die Motive anderer Personen, stellen diese für uns relevanten Konstanten der Umwelt dar; sie sind es, die unseren Erfahrungen Bedeutung verleihen – Bedeutungen, die wir als die Wirklichkeiten unseres Lebensraumes registrieren und abspeichern, und gemäß denen wir dann handeln.“ (Heider 1958, 80f. – Übersetzung von Rainer Reisenzein in Weiner 1994, 218)

Aus diesem Zitat wird deutlich, dass es dem Menschen nicht ausreicht, Dinge einfach nur passiv wahrzunehmen, sondern er möchte sie sich aktiv erschließen und verstehen. Dahinter stecken die Bedürfnisse nach Vorhersehbarkeit und Kontrolle, die dem Menschen Orientierung und Stabilität bieten. Das Finden von Erklärungen und das Ableiten daraus enthaltener Muster ermöglichen es dem Menschen, sich auf die komplexen Umweltbedingungen einstellen zu können, um dieser nicht ausgeliefert zu sein und handlungsfähig zu bleiben. Heider fasst diese Muster hier unter dem Begriff der „Konstanten“ zusammen, die für die beständigen Aspekte der Umwelt stehen und aus denen der Mensch bedeutungsvolle Zusammenhänge ableitet. Die einzelnen Ereignisse werden dabei nicht isoliert betrachtet, sondern stets in Relation zur Gesamtumwelt gesetzt, um daraus ein stimmiges Bild entwickeln zu können, das kontinuierlich an neue Erkenntnisse angepasst werden muss.

Des Weiteren ist hervorzuheben, dass Ursachenzuschreibungen stets geprägt von der subjektiven Wahrnehmung konstruiert werden und somit immer in Abhängigkeit von der eingenommenen individuellen Perspektive zu betrachten sind (vgl. Weiner 1994, 221). Dementsprechend sind die Ursachen nicht objektiv beobachtbar (vgl. ebd.).

Ein weiterer zentraler Aspekt aus dem Zitat von Heider ist, dass der Mensch versucht, die Motive seiner Mitmenschen zu verstehen. Dies ist besonders im Hinblick auf die Stigmatisierung relevant und für die Fragestellung von Bedeutung, da im folgenden Kapitel vertiefend erläutert wird, wie gerade Ursachenzuschreibungen gegenüber Eltern von Menschen mit Schizophrenie deren gesellschaftliche Wahrnehmung und Bewertung beeinflussen.

Bereits Heider nahm eine erste Differenzierung zur Einordnung verschiedener Ursachen vor – und zwar zwischen Faktoren, die in der Person selbst verankert sind und solchen, die in der Umwelt liegen (vgl. Heider 1958, 82). Die jeweilige Zuordnung wird maßgeblich von den sozialen Normen beeinflusst (vgl. Weiner 1994, 226).

3.2.2 Die drei Kausaldimensionen

Anknüpfend an die zentralen theoretischen Vorarbeiten von den Psychologen Fritz Heider, Julian B. Rotter und Robert M. Rosenbaum zu den einzelnen Kausaldimensionen, entwickelte Weiner ein Modell der Ursachenzuschreibung, in dem er die Lokations-, Stabilitäts- und Kontrollierbarkeitsdimension miteinander kombinierte (vgl. Weiner 1994, 269ff.).

Bei der **Lokationsdimension** der Kausalität greift Weiner primär auf die Analysen von Rotter und Heider zurück (vgl. ebd., 269). Innerhalb dieser Dimension können die Ursachen „[...] als entweder innerhalb der Person (**internal**) oder außerhalb der Person (**external**) befindlich angesehen werden.“ (ebd.; Fettdruck durch d. Verf.) Beispiele für internale Ursachen sind Fähigkeit oder Anstrengung und für externale Ursachen Zufall oder Einfluss anderer Personen (vgl. ebd., 270).

Bezüglich der **Stabilitätsdimension** knüpft Weiner wieder an die Erkenntnisse von Heider an (vgl. ebd.). Hier wird unterschieden, ob ein Ursachenfaktor **stabil** und somit invariant ist (z.B. Fähigkeit, Aufgabenschwierigkeit) oder ob es sich um einen instabilen, also **variablen** Ursachenfaktor handelt (z.B. Anstrengung, Zufall) (vgl. Weiner 1994, 270). Ob eine Ursache in „stabil“ oder „variabel“ deklariert wird, ist abhängig von der subjektiven Perspektive (vgl. ebd.). Weiner führt hier beispielhaft an, dass „Glück“ sowohl als Persönlichkeitseigenschaft („Glückspilz“) als auch als situativer Faktor interpretiert werden kann (vgl. ebd.).

Hinsichtlich der **Kontrollierbarkeitsdimension** greift Weiner erneut auf Heider zurück (vgl. ebd.). Ursprünglich wurde diese Dimension von Rosenbaum unter dem Begriff der „Intentionalität“ eingeführt (vgl. ebd., 270). Weiner verwendet jedoch bewusst den Begriff „Kontrollierbarkeit“ für die Dimension und unterscheidet dabei zwischen **kontrollierbaren** Ursachenfaktoren, wie der aufgewendeten Anstrengung, und **unkontrollierbaren** Ursachen wie Aufgabenschwierigkeit oder aktuelle Stimmung (vgl. Weiner 1994, 271).

Schließlich betont Weiner explizit, dass die drei Kausaldimensionen in einem wechselseitigen Verhältnis zueinanderstehen (vgl. ebd.):

„Ist zum Beispiel eine Ursache sowohl internal als auch stabil (wie Fähigkeit), dann wird sie in der Regel auch als kontrollierbar angesehen. Es gibt jedoch einige Ursachenfaktoren (wie z.B. momentane Stimmung und Müdigkeit), welche internal und variabel sind, jedoch nicht unter willentlicher Kontrolle stehen, während Anstrengung ebenfalls internal und instabil, aber kontrollierbar ist.“

Daher scheint es vernünftig, Kontrollierbarkeit als dritte Dimension zu berücksichtigen.“ (Weiner 1994, 271)

3.2.3 Der Zusammenhang zwischen Attribution, Schuld und Verhalten Anderer

Zuerst wird kurz auf die allgemeinen emotionalen Auswirkungen von Kausalattributionen eingegangen, bevor der Fokus auf das Schuldgefühl gelegt wird – insbesondere im Zusammenhang mit moralischen Handlungen, der Kontrollierbarkeitsdimension sowie den Verhaltensreaktionen anderer Personen. Auch wenn ein Großteil der Forschungsergebnisse ursprünglich aus dem Leistungskontext stammt, betont Weiner, dass diese Erkenntnisse sich auch auf andere Kontexte übertragen lassen (vgl. Weiner 1994, 284).

Allgemein lässt sich festhalten, dass ein Zusammenhang zwischen bestimmten Emotionen und einzelnen Kausalattributionen besteht (vgl. ebd., 286) und „[...] die Kausaldimensionen für emotionale Reaktionen von wesentlicher Bedeutung sind.“ (ebd., 287) Weiner verweist dabei auf Untersuchungen wie die von Norman T. Feather und John W. Atkinson, die den Einfluss von Erfolgs- und Misserfolgssituationen auf Emotionen in Abhängigkeit von zugeschriebenen Ursachen analysierten (vgl. ebd., 283f.). Anhand dieser konkretisiert er, dass der größte Stolz typischerweise insbesondere bei Erfolgen in Bezug auf schwierige Aufgaben empfunden wird, während Scham am intensivsten bei einem Misserfolg im Zusammenhang mit einer als einfach beurteilten Aufgabe entsteht (vgl. ebd., 284).

Im Hinblick auf die Fragestellung dieser Arbeit ist insbesondere das **Schuldgefühl** von zentraler Bedeutung. Schuld tritt häufig gemeinsam mit Scham auf und wird vor allem als charakteristisches Gefühl mit der Kausalattribution der Anstrengung in Verbindung gebracht (vgl. Weiner 1994, 285). Nach Weiner gilt die Anstrengung als ein tendenziell **kontrollierbarer, internaler und** eher veränderlicher, also **variabler** Ursachenfaktor (vgl. ebd., 270f.).

In Bezug auf die Eltern von Menschen mit Schizophrenie ist es wenig sinnvoll, sich auf den „klassischen“ Leistungskontext zu beziehen. Stattdessen ergibt es mehr Sinn, moralische Handlungen in den Mittelpunkt zu stellen – Weiner bezieht sich hierbei auf seine gemeinsame Forschungsarbeit mit Nancy Peter (vgl. Weiner 1994, 291). Eine zentrale Erkenntnis dieser Studie ist, dass im moralischen Kontext die subjektive Absicht als Bewertungsfaktor stärker gewichtet wird als im Leistungskontext (vgl. Weiner/Peter 1973, 305). Während bei moralischen Bewertungen also die Absicht mehr im Vordergrund steht, zählt im Leistungskontext vor allem das Ergebnis (vgl. ebd., 306). Dies führt dazu, dass negativ bewertete moralische Handlungen stärker bestraft werden als negative Leistungssituationen – gleichzeitig werden positive

moralische Absichten stärker belohnt (vgl. Weiner/Peter 1973, 304; 306). So wird beispielsweise schon die Absicht, einem verlaufenen Kind helfen zu wollen, moralisch höher bewertet – selbst wenn das Ergebnis negativ ausfällt – als der tatsächliche, aber erfolglose Hilfsversuch (vgl. ebd., 306).

Um den Bogen zur Stigmatisierung zu schlagen, ist es sinnvoll die Auswirkungen von Attributionszuschreibung auf das Verhalten sowie die Bewertung durch andere Personen zu betrachten. Weiner betont, dass die subjektive Einschätzung über die Kontrollierbarkeit einen zentralen Einfluss auf die Beurteilung durch andere Menschen hat (vgl. Weiner 1994, 293). Als kontrollierbarer Faktor zählt hierbei beispielsweise Anstrengung (vgl. ebd., 295). Die Einschätzung der Kontrollierbarkeit hat wesentliche Auswirkungen auf die Hilfsbereitschaft gegenüber anderen und das Sympathieempfinden für die jeweils andere Person (vgl. ebd., 293f.).

Ob eine hilfeschende Person Unterstützung erhält, hängt also maßgeblich von der Vermutung ab, aus welchem Grund sie Hilfe benötigt (vgl. Weiner 1985, 569). Es wird eher Hilfe angeboten und Mitleid für die betroffene Person empfunden, wenn die zugrundeliegende Ursache als nicht kontrollierbar gilt (vgl. ebd.). Darüber hinaus fallen Hilfsbereitschaft und Mitgefühl noch stärker aus, wenn die Ursache nicht nur als unkontrollierbar, sondern zugleich als stabil beurteilt wird – da in solchen Fällen angenommen wird, dass die Hilfebedürftigkeit dauerhaft anhält (vgl. ebd.). Wird die Ursache hingegen als kontrollierbar eingeschätzt, wird tendenziell weniger Hilfe geleistet, der betroffenen Person wird Verantwortung für die eigene Lage zugeschrieben und bei Außenstehenden können sogar Wutgefühle entstehen (vgl. ebd.).

Somit kann zusammengefasst werden, dass Schuld dann attribuiert wird, wenn angenommen wird, dass eine Person Kontrolle über etwas Bestimmtes hatte – wie wenn jemand „sich einfach nicht genug angestrengt hat“. Wie dargestellt, kann sich dies wiederum fundamental auf die sozialen Beziehungen hinsichtlich Sympathieempfinden und Hilfsbereitschaft auswirken. In Bezug auf die Fragestellung kann angenommen werden, dass Schuldgefühle bei Eltern von Menschen mit Schizophrenie durch subjektive Ursachenzuschreibungen hinsichtlich der Erkrankung entstehen – insbesondere, wenn diese als kontrollierbar wahrgenommen werden.

4. Stigmatisierung und Schuld bei Eltern von Menschen mit Schizophrenie

Um nun die Themen Stigmatisierung und Schuld konkret auf die Eltern von Menschen mit Schizophrenie zu beziehen, wird zunächst begründet, warum sie die zentrale Zielgruppe der

vorliegenden Arbeit bilden. Anschließend wird die historische Ursachenforschung konkret anhand des Konzepts der schizophrenogenen Mutter und der Forschung zu Expressed Emotion rekonstruiert, um die Ursprünge von Stigmatisierung und Schuld in Bezug auf die Eltern nachzuvollziehen. Daraufhin erfolgt eine Einordnung in den bereits vorgestellten theoretischen Rahmen anhand der Theorien von Goffman und Weiner, bevor eine kritische Beurteilung der vorgestellten Konzepte vorgenommen wird. Abschließend werden die spezifischen Bedürfnisse der Eltern und somit auch der Handlungsbedarf für die Soziale Arbeit abgeleitet.

4.1 Die besondere Rolle der Eltern als Hauptbezugspersonen

Zunächst ist es wichtig, klarzustellen, dass zu den betroffenen Angehörigen nicht nur die Eltern gehören können, sondern auch beispielsweise Geschwister, Partner:innen oder eigene Kinder (vgl. Gühne/Fricke/Schliebener/Becker/Riedel-Heller 2019, 66). Diese müssen jeweils differenziert voneinander betrachtet werden, da sie „[...] auf jeweils unterschiedliche Weise beteiligt, verunsichert und zu unterstützen sind.“ (ebd.) Aus dem Grund wurde bewusst eine spezifische Zielgruppe gewählt, um ihren individuellen Belastungen, Bedürfnissen und Unterstützungsmöglichkeiten gerecht zu werden, da diese innerhalb der verschiedenen Beziehungskonstellationen zur erkrankten Person variieren können.

In der vorliegenden Arbeit fiel die Wahl auf die Zielgruppe der Eltern, da anzunehmen ist, dass sie allgemein bei Menschen mit psychischer Erkrankung häufig die Hauptbezugspersonen darstellen. Dies zeigt sich in der Praxis insofern, dass die Eltern bei Unterstützungsmaßnahmen für Angehörige oftmals überrepräsentiert sind.

So stellten Borbé, Pitschel-Walz und Bäuml etwa in Bezug auf generelle therapeutische Angehörigengruppen fest, dass es sich meistens bei den Teilnehmenden um mindestens einen Elternteil – insbesondere um die Mütter – handelte (vgl. Borbé et al. 2017, 1184). Dass es sich bei dieser Beobachtung nicht um einen Einzelfall handelt, sondern darüber hinaus Gültigkeit beanspruchen kann, zeigen ähnliche Feststellungen in der Pilotstudie von Heumann, Janßen, Ruppelt, Mahlke, Sielaff und Bock zu den Auswirkungen von Peer-Begleitungen² bei Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Auch hier bildeten die Eltern mit 55,2% die größte Gruppe unter allen Angehörigen, wobei unter allen Teilnehmenden 26,1% Angehörige von Menschen mit Schizophrenie bzw. Psychose waren (vgl. Heumann et al. 2016, 49).

² Mit „Peers“ sind Menschen gemeint, die einen ähnlichen Erfahrungshintergrund haben und sich in einer vergleichbaren Lebenssituation befinden oder befanden – wie etwa Menschen mit eigener Psychiatrieerfahrung (vgl. Clausen/Eichenbrenner 36, 2016). Übertragen auf den Kontext der Angehörigenarbeit können darunter auch Angehörige fallen (vgl. ebd.).

Die hohe Teilnahmequote der Eltern bei solchen Unterstützungsangeboten stützt die Annahme, dass sie häufig die Hauptangehörigengruppe darstellen und ein besonderer Unterstützungsbedarf bei ihnen besteht.

Diese Feststellung lässt sich auch konkret auf die Angehörigen von Menschen mit Schizophrenie übertragen. Dass auch hier die Eltern häufig die primär involvierten Bezugspersonen darstellen, wurde bereits vor über 20 Jahren festgestellt: So lag schon im fachlichen Klassiker „Freispruch der Familie“ von Dörner, Egetmeyer und Koenning der Fokus explizit auf den Eltern – wie die folgende Einführung in Koennings Kapitel verdeutlicht: „Der folgende Text befasst sich mit den Belastungen, Sorgen und Nöten der Angehörigen – meist der Eltern – von Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind.“ (Koenning 2001b, 24) Auch wenn an dieser Stelle der Begriff „Psychose“ verwendet wird – der in Kapitel 2.1 begrifflich von Schizophrenie differenziert wurde – ist eine Übertragbarkeit auf Eltern von Menschen mit Schizophrenie naheliegend, da im weiteren Kapitelverlauf von Patient:innen mit Schizophrenie die Rede ist und unter anderem das Konzept der schizophrenogenen Mutter aufgegriffen wird (vgl. ebd., 27).

Allgemein belegen verschiedene empirische Untersuchungen, dass der Herkunftsfamilie im sozialen Netzwerk von Menschen mit Schizophrenie eine zentrale Bedeutung zukommt (vgl. Jungbauer 2001, 24). In einem Überblicksartikel stellt Angermeyer fest, dass Menschen mit Schizophrenie sowohl generell als auch gerade im Vergleich zu anderen Personen mit psychischen Erkrankungen meist über kleinere soziale Netzwerke verfügen (Angermeyer 1995; ind. zit. n. Jungbauer 2001, 23). Diese Netzwerke bestehen häufig hauptsächlich aus den familiären Beziehungen, insbesondere zu den Eltern, während Kontakte außerhalb der Familie seltener vorkommen (Angermeyer 1995; ind. zit. n. Jungbauer 2001, 23).

Auch wenn diese Feststellungen bereits aus dem Jahr 1995 stammen, haben sie weiterhin Gültigkeit. Dies kann abermals durch eine empirische Studie für Angehörige bestätigt werden, in der sich konkret bei den Angehörigen von Menschen mit Schizophrenie ebenfalls eine Überrepräsentation der Eltern zeigt. In der Studie von Pitschel-Walz et al. zur Durchführung von psychoedukativen Gruppenprogrammen für Angehörige von Menschen mit Schizophrenie mit dem Ziel der Empowermentsteigerung – auf Empowerment wird im Verlauf der Arbeit noch eingegangen – zeigte sich folgende Verteilung bei den Teilnehmenden: 73% waren Eltern, 18% Partner:innen und 10% andere Vertrauenspersonen (vgl. Pitschel-Walz et al. 2012, 314).

Für ein umfassendes Verständnis ist es sinnvoll nachzuvollziehen, warum Eltern häufig die zentralen Angehörigen darstellen. Ein Erklärungsansatz ist, dass die Bewältigung der altersstypischen Entwicklungsaufgaben durch die Erkrankung beeinträchtigt wird – wie etwa die Lösung vom Elternhaus oder die Etablierung eines sozialen Netzes (vgl. Leucht et al. 2019, 352). Besonders die elterliche Ablösung ist hier relevant, dadurch, dass „[...] die Erkrankung in der Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter beginnt, gelingt meist keine altersadäquate Lösung. Die Eltern bleiben oft auf unbestimmte Zeit zuständig.“ (Wagner 2021, 75) Dies kann beispielsweise bedeuten, dass Jugendliche den Schritt in die Selbstständigkeit außerhalb des Elternhauses nicht realisieren können oder junge Erwachsenen ihre Selbstständigkeit wieder aufgeben und zu den Eltern zurückmüssen (vgl. Finzen 2020, 56).

Dieser Aspekt ist eng mit dem Verantwortungsgefühl verknüpft, welches stark durch gesellschaftliche Erwartungen geprägt wird und wodurch die Eltern sich zur Fürsorge ihres psychisch erkrankten Kindes verpflichtet fühlen (vgl. Koenning 2001b, 24; Katschnig/Konieczna 1984, 101). Gleichzeitig hängt dies auch mit der Eltern-Kind-Beziehung zusammen. Meistens ist es für die Eltern nämlich noch schlimmer, wenn ihre Kinder erkranken, als wenn sie selbst betroffen wären (vgl. Finzen 2020, 32). Eindrücklich zeigt sich dies anhand des folgenden Zitats:

„Kinder werden für Jahrzehnte zum Lebensmittelpunkt der Eltern. Sie stiften Sinn und können geradezu zu einer Begründung des Daseins werden. Die triviale Tatsache, dass Eltern die materiellen Belastungen und die Einschränkungen, die mit dem Aufziehen von Kindern zwangsläufig verbunden sind, bereitwillig auf sich nehmen, mag deren große Bedeutung für die Elternidentität unterstreichen.“ (Finzen 2020, 32)

Daraus kann gefolgert werden, dass die Eltern nicht nur aufgrund äußerer gesellschaftlicher Erwartungen, sondern auch meist unabhängig davon ein ausgeprägtes Verantwortungsbewusstsein für ihr Kind empfinden. Dies zeigt sich beispielsweise unter anderem darin, dass sie im institutionellen Kontext bei Menschen mit chronischer Schizophrenie die größte Gruppe der Besuchenden darstellen (vgl. Becker/Katzmann 2001, 33; 43)

4.2 Die Auswirkungen der historischen Ursachenforschung auf die Eltern

In der historischen Ursachenforschung finden sich mehrere stigmatisierende Erklärungsansätze, in denen die Familie als alleinige Ursache für die Entstehung der Schizophrenie angesehen wurde (vgl. Leucht et al. 2019, 349). Die Familie – vor allem die Eltern – wurde teilweise sogar sowohl für die Krankheitsentstehung als auch für ihren Verlauf verantwortlich gemacht, wobei besonders die Mütter in den Fokus gerieten (vgl. Finzen 31; 127). Bereits seit den 1940er-Jahren rückten die familiären Einflüsse in Bezug auf die Krankheitsentstehung in den

Mittelpunkt der Forschung, welche in den 1950er- und 1960er-Jahren ihren Höhepunkt erreichte (vgl. Jungbauer 2001, 20).

Im Folgenden werden exemplarisch das Konzept der „schizophrenogenen Mutter“ sowie die Forschung zu „Expressed Emotion“ dargestellt, da sie maßgebliche Einflüsse auf diese Entwicklung hatten. Die Auswirkungen dieser sind teilweise bis heute noch spürbar (vgl. Finzen 2020, 128).

4.2.1 Das Konzept der schizophrenogenen Mutter

Das Konzept der „schizophrenogenen Mutter“ wurde zentral von Frieda Fromm-Reichmann geprägt, worunter sie eine Frau verstand, „[...] die durch ihre kalte, abweisende Haltung dem Kind gegenüber, gepaart mit scheinbarer Überfürsorglichkeit, die spätere Ausbildung der Störung entscheidend begünstigen sollte.“ (Fromm-Reichmann 1948; zit. n. Köhler 2017, 107)

Problematisch an diesem Konzept ist, dass es eine scheinbar einfache Erklärung für die Krankheitsentstehung liefert und zugleich damals große öffentliche Aufmerksamkeit erfuhr (vgl. Köhler 2017, 107) – obwohl sie durch Kontrollstudien nicht belegt werden konnte (vgl. Kring et al. 2019, 328). Die Verbreitung des Konzepts hatte weitreichende negative Folgen für die betroffenen Familien, da insbesondere bei den Eltern Schuldgefühle im Hinblick auf die Schizophrenieerkrankung ihres Kindes ausgelöst wurden (vgl. ebd.). Diese Belastung wurde durch die Mitwirkung der Fachkräfte im psychiatrischen Kontext bis in die 1970er-Jahre verstärkt (vgl. ebd.). Dies legt nahe, dass besonders die Mütter in eine belastende Situation gerieten, da sie auch im fachlichen Diskurs kritische Betrachtung erfuhren. Das Konzept lenkte den wissenschaftlichen Fokus verstärkt auf die familiären Kommunikationsmuster – ein Aspekt, der später bei den sogenannten „Expressed Emotion“ aufgegriffen wurde (Köhler 2017, 107).

4.2.2 Die Forschung zu Expressed Emotion

Bei den Familien von Menschen mit Schizophrenie fiel auf, dass sie „[...] unbestimmte Kommunikationsmuster und mehr Konflikte aufweisen als Familien ohne krankes Mitglied.“ (Kring et al. 2019, 328). Durch verschiedene Studien konnte ein Zusammenhang zwischen den familiären Einflüssen und dem Genesungsverlauf der erkrankten Person nach stationärer Entlassung festgestellt werden (vgl. ebd.).

Die Grundlage für die Entstehung des Konzepts der „**Expressed-Emotion**“ basiert auf der **Forschung von Brown, Monck, Carstairs und Wing**³. Im Fokus der Studie stand das Zusammenleben mit dem sogenannten „key relative“, der insbesondere die engste weibliche Bezugsperson darstellte und meist die Ehefrau oder die Mutter des Patienten war (vgl. Brown et al. 1962, 56). Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen einer hohen emotionalen Beteiligung („high emotional involvement“) der Angehörigen – in Form von ausgedrückten Emotionen, Feindseligkeit und Dominanz – und einer Verschlechterung des Zustandes der erkrankten Person sowie einer häufigeren stationären Wiederaufnahme (vgl. ebd., 58f., 65f.). Bei Personen mit Schizophrenie, die in einem „high emotional involvement“ Umfeld lebten, kam es bei drei Vierteln zu einer Verschlechterung – im Gegensatz zu weniger als einem Drittel bei Betroffenen aus anderen Haushalten (vgl. ebd., 64). Bei Betroffenen mit mittelschwerer oder schwerer Krankheitsausprägung zum Entlassungszeitpunkt zeigte sich darüber hinaus ein positiver Einfluss auf den weiteren Verlauf, wenn der persönliche Kontakt zu der weiblichen Bezugsperson mit „high emotional involvement“ geringer ausfiel (vgl. ebd.)

Diese Erkenntnisse wurden durch die **Wiederholungsstudie** („Replikationsstudie“) von **Brown, Birley und Wing** gestützt, in der 101 Personen im Alter von 18 und 64 Jahren mit einer (potenziellen) Schizophreniediagnose untersucht wurden, die bei Angehörigen lebten (vgl. Brown et al. 1972, 242). Die **zentralen Komponenten** zur Bestimmung eines hohen Werts von „Expressed Emotion“ (EE) bei Angehörigen wurden hier erstmals konkret auf die **Anzahl der kritischen Kommentare, emotionale Überfürsorglichkeit und Feindseligkeit** zurückgeführt (vgl. ebd., 253). Die Befunde der vorherigen Studie von 1964 wurde damit erneut bestätigt: Ein hohes Maß an EE korrelierte mit einer erhöhten Rückfallrate innerhalb der neun Monate nach der stationären Entlassung (vgl. ebd.). Zudem zeigte sich, dass bei Betroffenen mit Angehörigen, die ein hohes Maß an EE aufwiesen, die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls zusätzlich anstieg, wenn der persönliche Kontakt über 35 Stunden pro Woche betrug (vgl. ebd., 254).

Die **Studie von Vaughn und Leff** bestätigte abermals diese Erkenntnisse: Auch sie stellten einen Zusammenhang zwischen einem hohen EE-Wert der Angehörigen und einer erhöhten Rückfallrate bei der erkrankten Person fest (Vaughn/Leff 1976; ind. zit. n. Leff 1989, 176).

³ Innerhalb der Studie wurden 128 Männer im Alter zwischen 20 und 49 Jahren mit einer Schizophreniediagnose über ein Jahr nach ihrer stationären Entlassung begleitet (vgl. Brown et al. 1962, 56; 65). Voraussetzung für die Teilnahme war ein mindestens einmonatiger Klinikaufenthalt im Vorfeld (vgl. ebd., 56). Die Interviews der Studie wurden ausschließlich mit den Patienten durchgeführt, die nach der Entlassung bei Angehörigen lebten (vgl. ebd.).

Insgesamt wurden 37 Personen⁴ mit Schizophrenie betrachtet und neun Monate nach Entlassung kam es bei 48% aus Familien mit hoher EE zu einem Rückfall, wohingegen es bei den Familien mit niedriger EE nur 6% waren (Vaughn/Leff 1976; ind. zit. n. Leff 1989, 176). Zudem deuteten ihre Ergebnisse darauf hin, dass der EE-Wert der Angehörigen einen stärkeren Einfluss auf die Rückfallwahrscheinlichkeit hat als eine fehlende Dauermedikation (Vaughn/Leff 1976; ind. zit. n. Leff 1989, 176f.). Auch hier trug eine Reduktion von direktem Gesichtskontakt deutlich zu einer verringerten Rückfallrate bei (Vaughn/Leff 1976; ind. zit. n. Leff 1989, 176).

Erwähnenswert ist, dass Brown et al. ebenfalls darauf hinwiesen, dass kritische Kommentare, Feindseligkeit und emotionale Überfürsorglichkeit auch eine Reaktion auf das Verhalten der erkrankten Person sein *können* (vgl. Brown et al. 1972, 247). Mittlerweile gilt als belegt, dass Expressed Emotion einerseits ursächlich für das Verhalten der Person mit Schizophrenie sein, andererseits aber auch die Reaktion darauf darstellen *kann* (vgl. Kring et al. 2019, 329). Somit spielt nicht nur allein das Verhalten der erkrankten Person eine Rolle, sondern auch beispielsweise die Überforderung sowie mangelhaften Bewältigungsressourcen der Angehörigen einen adäquaten Umgang mit dem problematischen Verhalten und der allgemeinen Situation zu finden (vgl. Leucht et al. 2019, 321). Daraus kann der folgende Teufelskreislauf entstehen:

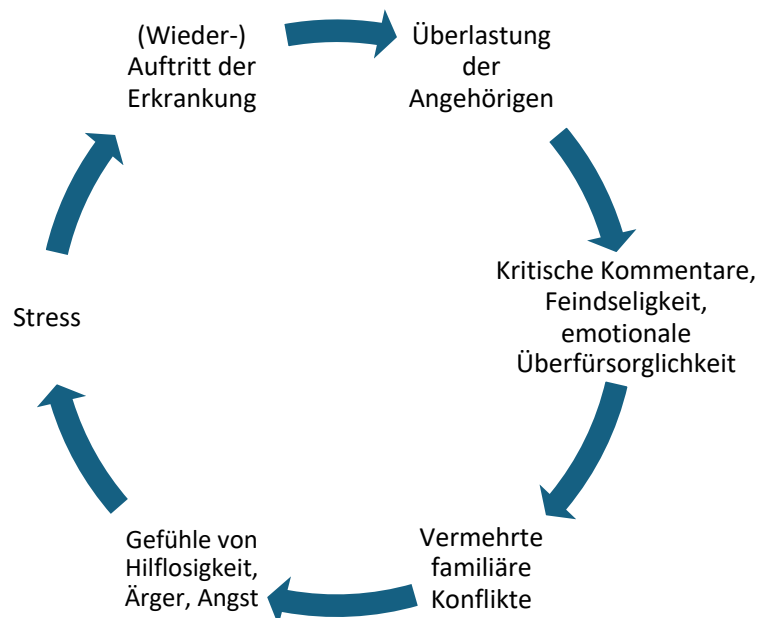


Abb. 2: Entwicklung von High-Expressed-Emotions im Verlauf der Erkrankung. Quelle: Bull 2015, 107 (sprachlich leicht angepasst an die bisherigen Ausführungen)

⁴ 21 von ihnen stammen jeweils aus einer Familie mit hohem EE-Wert und die übrigen 16 aus Familien mit niedrigem EE-Wert (Vaughn/Leff 1976; ind. zit. n. Leff 1989, 176).

Die Abbildung verdeutlicht, dass die wechselseitigen Zusammenhänge komplex sind und keine isolierte Betrachtung sowie klare Trennung in „Ursache“ und „Folge“ zulassen. Das Verhalten der erkrankten Person und die Reaktionen der Angehörigen beeinflussen sich demnach gegenseitig (vgl. Leucht et al. 2019, 321) – und zwar sowohl potenziell positiv als auch negativ.

Der familiäre Umgang untereinander hat zwar einen nachweislichen Einfluss auf die Krankheitsentwicklung und den Verlauf dieser (vgl. Finzen 2020, 127) und sollte daher keinesfalls vernachlässigt werden. Dennoch darf dieser Einfluss – auf Grundlage der bisherigen Ausführungen – nicht als alleinige Ursache missverstanden werden, die ausschließlich der Familie die Verantwortung für die Erkrankung zuschreibt. Dieser zu kurz greifenden Schlussfolgerung widerspricht auch die Forschung, da bislang beispielsweise weder Erziehungsfehler noch ein ungünstiges Familienumfeld als ursächliche Faktoren der Schizophrenie bestätigt werden konnten (vgl. Finzen 2020, 51). Dafür kommen – anknüpfend an das in Kapitel 2.2 vorgestellte Vulnerabilitäts-Stress-Modell – zu viele potenzielle Faktoren zusammen, die die individuelle Vulnerabilität und somit einen eventuellen Krankheitsausbruch beeinflussen können (vgl. ebd.). Entsprechend handelt es sich lediglich um Hinweise auf mögliche Zusammenhänge. Gerade im Hinblick auf die Einschätzung hoher EE-Werte ist daher klar zu differenzieren: Zwar *können* sie einen Risikofaktor für einen ungünstigen Verlauf der Schizophrenie darstellen, sind jedoch nicht die Ursache (vgl. Konieczna/Katschnig 1989, 262).

4.2.3 Theoretische Einordnung: Stigmatisierung der Eltern nach Goffman

Die zuvor dargestellten zwei theoretischen Konzepte dienen exemplarisch der Rekonstruktion des Ursprungs von Stigmatisierung und Schuldzuschreibung gegenüber den Eltern. Dies spiegelt sich jedoch nicht nur in diesen Konzepten wider, sondern hängt allgemein mit den gesellschaftlichen Zuschreibungs- und Beurteilungsprozessen zusammen. Deshalb wird im Folgenden zur theoretischen Einordnung der Stigmatisierung der Eltern die Verbindung zur bereits vorgestellten Theorie von Goffman hergestellt.

Im Hinblick auf die Stigmatisierungstheorie von Goffman spielt bei den Eltern von Menschen mit Schizophrenie besonders die **Stigmatisierung durch Nähe** („Ehrenstigma“) – als sogenannte „Weise“ – sowie die **„Mit“-Bezogenheit** eine maßgebliche Rolle (vgl. Goffman 2016, 42f.; 63). Da psychische Erkrankungen zu den von Goffman benannten Erscheinungsformen der Stigmatisierungen zählen (vgl. ebd., 13), werden auch die Eltern – aufgrund ihrer Beziehung zu ihrem erkrankten Kind – von der gesellschaftlichen Stigmatisierung mitbetroffen (vgl.

Finzen 2020, 31). Hierbei wird keine Unterscheidung zwischen den Eltern und dem erkrankten Kind gemacht, sondern das Stigma überträgt sich undifferenziert auch auf sie (vgl. Goffman 2016, 63).

Sie fallen daher auch in die Kategorie der von Goffman benannten „**Diskreditierbaren**“, da ihr Stigma nach außen hin nicht direkt erkennbar ist (vgl. ebd., 56). In diesem Fall entscheiden die Eltern selbst, mit wem sie diese Information teilen und mit wem nicht, was im Extremfall in der Vermeidung sozialer Kontakt münden kann (vgl. ebd., 56; 125). Dies bestätigt sich darin, dass generell bei den Eltern zentral das Problem der sozialen Isolation aufgrund der Angst vor Stigmatisierung (vgl. Bull 2015, 105) und Schuldzuschreibung anderer Menschen besteht (vgl. Finzen 2020, 35).

Darüber hinaus ist auch besonders die bereits thematisierte grundlegende Einordnung der Stigmatisierung von Bedeutung. Goffman beschreibt, dass eine Person ein Stigma trägt, wenn sie in unerwarteter sowie unerwünschter Weise von den „Normalen“ abweicht (vgl. Goffman 2016, 13). In Bezug auf die Eltern kann somit angenommen werden, dass sie auch dahingegen stigmatisiert werden, wenn sie von dem **gesellschaftlichen Idealbild der Eltern** und den damit verknüpften Erwartungen abweichen. Dies bestätigt sich darin, dass sie beispielsweise Angst haben, dass die Erkrankung ihres Kindes als das Versagen ihrer Erziehung angesehen wird (vgl. Bull 2015, 105) oder sie durch angeblich schlechtes Familienklima verantwortlich gemacht werden (vgl. Finzen 2020, 31). Es kann also angenommen werden, dass zum einen schon allein durch die Tatsache, dass sie ein Kind mit Schizophrenie haben, sie als negativ abweichend empfunden werden und zum anderen dadurch, wenn sie in ihrer Elternrolle nicht den gesellschaftlichen Vorstellungen entsprechen bzw. in Frage gestellt werden. Es kann gefolgert werden, dass Konzepte wie das der schizophrenen Mutter und die Forschung zu den Expressed Emotion solche Zuschreibungen zusätzlich verstärken.

4.2.4 Theoretische Einordnung: Schuldzuschreibung und -gefühle der Eltern nach Weiner

Die im vorherigen Abschnitt dargestellten Zuschreibungen stehen im engen Zusammenhang mit dem Thema der Schuld. Um insbesondere die Schuldzuschreibungen und die daraus resultierenden Schuldgefühle der Eltern von Menschen mit Schizophrenie theoretisch verknüpfen zu können, wird an dieser Stelle erneut die Attributionstheorie nach Weiner herangezogen.

Wie in Kapitel 3.2 erläutert, geht die Attributionstheorie davon aus, dass der Mensch das Bedürfnis hat, **bestimmte Ereignisse zu erklären** und die Ursache dafür zu identifizieren (vgl.

Weiner 1994, 218). Bezogen auf psychische Erkrankungen – insbesondere Schizophrenie – kann konkret Koenning zitiert werden:

„Die Suche nach einer Ursache ist eng verknüpft mit der Suche nach einem ‚Schuldigen‘: Gerade dann, wenn uns etwas sehr fremd ist und uns sehr viel Angst macht, neigen wir alle dazu, es verständlich und erträglich zu machen, indem wir mehr oder minder schlichte Erklärungen konstruieren. Schlagworte wie ‚Tatort Familie‘ oder ‚schizophrenogene Mutter‘ treffen auf Menschen, die sich schon selbst voller Schuld fühlen und haben fatale Folgen.“ (Koenning 2001b, 27)

Psychische Erkrankungen gelten in der Gesellschaft nach wie vor häufig als ein Thema, das vermeintlich nur die „anderen“ betrifft – ein Eindruck, der durch anhaltende gesellschaftliche Stigmatisierung zusätzlich verstärkt wird (vgl. Finzen 2020, 30f.). Vielen Menschen fehlt dadurch ein persönlicher Bezug, obwohl psychische Erkrankungen wie Schizophrenie keineswegs selten auftreten – auch im direkten Umfeld (vgl. ebd., 30). Entsprechend kann abgeleitet werden, dass Schizophrenie für viele ein fremdes und schwer verständliches Phänomen bleibt. Dies kann die in der Einleitung thematisierten Aspekte der Verunsicherung, des fehlenden Verständnisses (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016, 191) sowie der falschen Vorstellungen über die Erkrankung begünstigen – wie etwa die Gleichsetzung mit einer Persönlichkeitsspaltung (vgl. Köhler 2017, 84).

Da der Mensch laut Attributionstheorie bestrebt ist, sich bestimmte Dinge zu erklären, kann daraus gefolgert werden, dass einfache Erklärungen („Die Eltern sind schuld“) – wie im zuvor erwähnten Zitat – eher akzeptiert werden als gar keine Erklärung zu haben. In diesem Zusammenhang entstehen dann Ansätze, wie der der schizophrenogenen Mutter, die eine vermeintlich einfache Erklärung für die Krankheitsentstehung liefert (vgl. Köhler 2017, 107), obwohl sie gleichzeitig erhebliches Leid in die Familien bringen (vgl. Kring et al. 2019, 328). Dies geschieht trotz der damit verbundenen problematischen Reduktion der komplexen, multifaktoriellen Entstehung der Schizophrenie (vgl. Falkai 2022b, 359) und obwohl es bis heute in der Forschung noch viele Unklarheiten hinsichtlich der genauen Ursache gibt (vgl. Finzen 2020, 121). Deshalb gibt es diesbezüglich keine abschließende Erkenntnis.

Ein zentraler Aspekt der Attributionstheorie im Hinblick auf Schuldzuschreibungen – besonders auch im Zusammenhang mit Stigmatisierung – ist die bereits thematisierte **Einschätzung der Kontrollierbarkeit** einer Ursache, da diese wesentlich die Beurteilung anderer Menschen beeinflusst (vgl. Weiner 1994, 293).

In Bezug auf die Eltern von Menschen mit Schizophrenie kann demnach gefolgert werden: Wird etwa – wie schon aufgegriffen – ihr Erziehungsstil oder ihr Kommunikationsverhalten als

kontrollierbare Ursache der Erkrankung angesehen, erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, dass sie für diese als „schuldig“ angesehen werden. Bereits Weiner klassifizierte die Anstrengung als kontrollierbaren Ursachenfaktor (vgl. Weiner 1994, 271), wobei die Einschätzung der Kontrollierbarkeit einer Ursache wesentlich zur **Verantwortungszuschreibung** der Person für ihre eigene Lage beiträgt (vgl. Weiner 1985, 569). Dies deckt sich mit den bisherigen Ausführungen zur dargestellten Ursachenforschung in Bezug auf die Eltern hinsichtlich der Erkrankung ihres Kindes. In der Folge könnte den Eltern unterstellt werden, sie hätten sich „einfach nicht genug angestrengt“. Anders wäre dies beispielsweise, wenn die Ursache alleinig der Genetik zugeschrieben werden würde, da diese nicht aktiv beeinflussbar ist (vgl. Matakas 2020, 79).

Es wird deutlich, wie die gesellschaftlichen Ursachenzuschreibungen für die Erkrankung des Kindes die gesellschaftliche Bewertung und auch Stigmatisierung der Eltern prägen können. Besonders wenn sie als (mit-)verantwortlich für die Erkrankung gelten, ist eine stärkere gesellschaftliche Ablehnung naheliegend.

Wie in Kapitel 3.2.2 dargestellt, entstehen insbesondere aus der Attribution der Anstrengung potenziell **Schuldgefühle** (vgl. Weiner 1994, 285). Dies zeigt sich exemplarisch allgemein bei Eltern von psychisch erkrankten Menschen: Schon früh wurde darauf hingewiesen, dass sie sich häufig stark mit Schuldgefühlen bezüglich der Erkrankung ihres Kindes belasten (vgl. Koenig 2001b, 27). Diese Beobachtung ist bis heute gültig, da immer noch zentral die Schuldgefühle in der Literatur hervorgehoben werden (vgl. Kröger et al. 2023, 304) – insbesondere dann, wenn beispielsweise die Erziehung als (mit-)verantwortliche Ursache angesehen wird (vgl. Finzen 2020, 31). Eng verbunden mit dem Schuldgefühl ist das **Gefühl der Scham**, das vor allem bei internalen Ursachenzuschreibungen auftritt und die sich wesentlich auf den Selbstwert auswirken (vgl. Weiner 1994, 285; 287). Dass vor allem die Eltern von Menschen mit Schizophrenie sich dies meist selbst zuschreiben, zeigt sich darin, dass sie sich oft bezüglich der Erkrankung mit der Frage quälen, was sie falsch gemacht haben (vgl. Finzen 2020, 49).

Ausgehend von den beschriebenen Schuld- und Schamgefühlen in Verbindung mit dem Thema der Stigmatisierung kann es infolgedessen zur sogenannten „**Selbststigmatisierung**“ kommen: „Die gegen die eigene Person gerichtete Stigmatisierung [...]“ (Knuf 2020, 123) Diese entsteht, wenn gesellschaftliche Zuschreibungen von der betroffenen Person übernommen werden, wobei sie durch diese Fremdstigmatisierung aufrechterhalten und verstärkt wird (vgl. ebd., 126; 128). Bei den Eltern von Menschen mit Schizophrenie erscheint dies besonders

naheliegend – wie die zuvor thematisierten häufig vorhandenen Schuldgefühle und die Frage nach dem eigenen Anteil an der Erkrankung verdeutlichen.

Die beschriebenen Prozesse münden häufig – wie in Kapitel 4.2.3 dargestellt – in sozialem Rückzug und Isolation aus Angst vor Stigmatisierung (vgl. Bull 2015, 105) und Schuldzuschreibung durch andere Menschen (vgl. Finzen 2020, 35). Insbesondere zu Beginn der Erkrankung kommt es deshalb häufig zur Verleugnung dieser (vgl. ebd., 33) und aus Schamgründen wird selten offen über diese gesprochen (vgl. Koenning 2001b, 28).

Es kann somit ein Teufelskreis abgeleitet werden, der durch all diese Prozesse in Gang gesetzt wird: Die gesellschaftliche Stigmatisierung und die Ursachenzuschreibungen fördern sowohl die Selbststigmatisierung als auch die Schuld- und Schamgefühle bei den Eltern. Diese können wiederum zu sozialem Rückzug sowie Isolation führen, was potenziell bestehende gesellschaftliche Vorurteile weiter verstärken und somit auch die Stigmatisierung begünstigen kann.

4.2.5 Kritische Beurteilung der Konzepte und theoretischen Einordnungen

Auch wenn die Entwicklung solcher Konzepte zu einem besseren Krankheitsverständnis der Schizophrenie geführt hat, haben sie zugleich viel Leid für die betroffenen Familien verursacht (vgl. Finzen 2020, 128). Deshalb ist es wichtig, dass diese Konzepte und die Ableitungen sowie Erklärungen aus den Theorien nicht einfach unhinterfragt übernommen werden. Koenning kritisiert im Rahmen dessen insbesondere die Rolle der Psychiatrie, die ihrer Ansicht nach eine Mitverantwortung für die Schuldgefühle der Eltern trägt, indem sie – unter anderem auch durch die bereits angeführten früheren Konzepte – die Eltern als Übertragende oder Verursachende der Erkrankung darstellte (vgl. Koenning 2001b, 28).

Dabei wird beispielsweise insbesondere die Annahme der „Kontrollierbarkeit“ hinsichtlich der familiären Dynamiken und Beziehungsmuster von Matakas kritisch in Frage gestellt:

„Aber wenn die Familiendynamik auch bestimmend für die psychische Entwicklung eines Kindes ist, sie entzieht sich weitgehend dem Zugriff der Beteiligten. Insofern ist es faktisch kaum ein Unterschied, ob Gene oder das familiäre Beziehungsmuster als bestimmend für die Entwicklung der Kinder angesehen wird. Etwa die Zuversicht einer Mutter, die Lebensangst eines Vaters, die vielen unbewussten Projektionen, all das ist von Eltern nicht kontrollierbar, weil es überwiegend unbewusst ist.“ (Matakas 2020, 79)

Diese Sichtweise verdeutlicht, dass viele familiäre Einflussfaktoren unbewusst ablaufen und sich meist der Kontrolle der Eltern entziehen. Dennoch sollte auch nicht daraus geschlossen werden, dass die Eltern keinerlei Verantwortung tragen, nur weil Beziehungsmuster überwiegend unbewusst sind. Vielmehr soll diese Perspektive dazu beitragen, den Eltern mit mehr

Nachsicht zu begegnen – zumal viele von ihnen ohnehin bereits Schuldgefühle hinsichtlich ihres vermeintlichen Anteils an der Erkrankung ihres Kindes empfinden (vgl. Matakas 2020, 79).

Finzen betont, wie herausfordernd ein gelassener Umgang für Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist – besonders bei einem gemeinsamen Zusammenleben (vgl. Finzen 2020, 192f.). In diesem Zusammenhang hebt er hervor, dass die Schuldsuche sinnlos ist, da niemand die Schuld an der Schizophrenieerkrankung trägt und dies lediglich einem konstruktiven Umgang der Familien mit der belastenden Situation nur im Weg steht (vgl. ebd., 53f.). Es kann gefolgert werden, dass die Schuldzuschreibungen vielmehr die Belastung verschärfen und nicht zur Bewältigung der Situation beitragen.

Gerade Themen wie beispielsweise die Erziehung unterliegen einem ständigen Zeitwandel, weshalb die Vorstellungen darüber, was als „richtige“ Erziehung gilt, keinesfalls allgemeingültig sind, sondern in einigen Jahren wieder als überholt gelten können (vgl. Finzen 2020, 50). Dabei hebt Finzen in diesem Zusammenhang nochmal einen wichtigen Punkt hervor, der häufig bei der Thematik in Vergessenheit gerät:

„Wenn man erst einmal anfängt, darüber nachzudenken, was man alles falsch gemacht hat in der Erziehung seiner Kinder, kann man sich nur die Haare raufen. Eltern sind Menschen; und Menschen machen Fehler. Eltern sind Anfänger, wenn sie ihr erstes Kind bekommen; und Anfänger machen Fehler.“ (Finzen 2020, 50)

Die Suche nach einer schuldigen Person ist somit weder hilfreich noch gerechtfertigt. Sie lenkt den Fokus von den notwendigen Hilfeleistungen weg: Belastungen in der Beziehung zu erkennen, um diese zu entlasten sowie lösungsorientiert zu schauen, was getan werden kann und wie man lernt, mit der Erkrankung zu leben (vgl. Finzen 2020, 49; 193). Gerade im Kontext der Sozialen Arbeit liegt genau hier ein zentraler Schwerpunkt: den Menschen bei der Bewältigung schwieriger Lebenslagen zu unterstützen (vgl. Böhnisch 2023, 18).

4.3 Die Bedürfnisse der Eltern

Aufbauend auf den vorherigen Ausführungen lassen sich nun die zentralen Bedürfnisse der Eltern identifizieren, die die Grundlage für entsprechende Handlungsansätze in der Sozialen Arbeit bilden. Im Fokus stehen vier Bedürfnisse, die im Folgenden näher betrachtet werden sollen: das Bedürfnis nach Informationen über die Schizophrenie, nach emotionaler Entlastung, nach sozialem Austausch und Unterstützung.

Ein zentrales Anliegen vieler Angehörigen ist das **Bedürfnis nach Informationen** über die Schizophrenieerkrankung (Entstehung, Behandlung, Verlauf), da besonders der Mangel an

relevanten Informationen mit einer großen Verunsicherung einhergeht (vgl. Hell/Schüpbach 2016, 2). Dieses Bedürfnis wird zusätzlich dadurch verstärkt, dass viele Angehörige nur über geringes oder sogar gar kein Wissen verfügen (vgl. Conrad/Klingberg 2008, 91). Hinzu kommt, dass sich viele hinsichtlich ihrer Situation alleingelassen, orientierungslos und hilflos fühlen (vgl. Hell/Schüpbach 2016, 120). Daher ist es wichtig, dass ihnen im Rahmen der Angehörigenarbeit die Erkrankung zugänglich sowie gut verständlich gemacht wird (vgl. Finzen 2020, 174). Dabei geht es nicht nur um Informationen zur Erkrankung selbst, sondern auch darum, einen besseren Umgang mit der erkrankten Person zu finden und über vorhandene Hilfsangebote informiert zu werden – all dies ist unter anderem eng mit der emotionalen Belastung und Unsicherheit der Angehörigen verknüpft (vgl. Koenning 2001a, 126).

Neben der Wissensvermittlung ist für die Eltern von Menschen mit Schizophrenie das **Bedürfnis nach emotionaler Entlastung** besonders bedeutsam, da bei dieser Zielgruppe – wie in Kapitel 2.4 dargestellt – durch frühere Studien eine starke subjektive Belastung belegt wurde (vgl. Jungbauer 2001, 34). Zentrale Themen sind für sie unter anderem der Umgang mit Stigmatisierung und belastenden Gefühlen wie Ängste oder Schuldgefühle (vgl. Bull 2015, 108f.). Neben Schuldgefühlen stellen auch Vorwürfe sich selbst gegenüber bei ihnen eine zentrale Belastung dar (vgl. Koenning 2001a, 125) – Stichwort Selbststigmatisierung. Insbesondere die Informationsvermittlung durch die Fachkräfte ist eng mit der Schuldentlastung verwoben (vgl. ebd.). Dadurch können die Eltern emotional davon entlastet werden, dass sie als (Mit-)Verursachende der Erkrankung betrachtet werden und im Umgang mit dieser falsch gehandelt hätten (vgl. ebd.). Nach Finzen sind für Angehörige wichtige Bedürfnisse auf der emotionalen Ebene: „[...] Verständnis, Geduld und Rat – in dieser Reihenfolge.“ (Finzen 2020, 172)

Wie bereits oben erwähnt, fühlen sich viele Angehörige mit ihren Sorgen sowie Belastungen allein gelassen und es fehlt ihnen häufig eine Bezugsperson, mit der sie sprechen können (vgl. Becker/Katzmann 2001, 43). Viele erhalten somit keine ausreichende Unterstützung (vgl. Hell/Schüpbach 2016, 120). Dies steht im Zusammenhang mit dem in Kapitel 4.2.3 und 4.2.4 beschriebenen sozialen Rückzug, der zugleich dazu führt, dass sich die Angehörigen auch von potenzieller Unterstützung abschotten (vgl. Bull 2015, 105). Daraus lässt sich ein deutlicher **Bedarf nach sozialem Austausch** ableiten. Eine wirkungsvolle Austauschmöglichkeit bietet sich etwa in Angehörigengruppen oder im Rahmen von Selbsthilfeangeboten an, in denen betroffene Angehörige mit anderen in ähnlichen Situationen zusammenkommen können (vgl.

Bull 2015, 109). Der Erfahrungsaustausch fördert dabei die emotionale Verbundenheit untereinander und allgemein tragen solche Räume gleichzeitig zur Adressierung des Bedürfnisses nach emotionaler Entlastung bei (vgl. ebd.) – da etwa Schuldgefühle durch das Erleben von Gemeinschaft gemindert werden können (vgl. Koenning 2001a, 125). Die Selbsthilfe verknüpft hierbei zwei zentrale Aspekte: Hilfe und moralische Unterstützung (vgl. Finzen 2020, 55).

Nach der Darstellung der drei vorherigen Bedürfnisse lässt sich ein viertes, übergeordnetes Bedürfnis ableiten: das **Bedürfnis nach Unterstützung**. Es kann gefolgert werden, dass es sich aus den zuvor beschriebenen Bedürfnissen zusammensetzt und hier als grundlegendes Bedürfnis der Eltern verstanden wird, das bei allen Bedürfnissen eine Rolle spielt. Sowohl die Informationsvermittlung, die emotionale Entlastung als auch der Austausch mit anderen Betroffenen tragen jeweils dazu bei, das Unterstützungsbedürfnis der Eltern zu erfüllen.

Um die Bedeutung der identifizierten Bedürfnisse in der konkreten Praxis zu verdeutlichen, kann exemplarisch erneut die bereits in Kapitel 2.3 erwähnte psychoedukative Familienintervention für Menschen mit Schizophrenie und ihren Angehörigen herangezogen werden (vgl. Clamor et al. 2020, 991). Die Zielausrichtung dieses Unterstützungsangebotes spiegelt die Bedürfnisse wider: Wissensvermittlung über die Erkrankung (Entstehung, Verlauf, Behandlung), emotionale Entlastung und Austausch (vgl. ebd.).

5. Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige durch die Soziale Arbeit

In diesem Kapitel wird aufbauend auf den vorangegangenen Erkenntnissen zu den konkreten Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige durch die Soziale Arbeit übergeleitet. Zuerst ist es wichtig, dass die Angehörigenarbeit als relevantes Handlungsfeld für die Soziale Arbeit begründet wird. Daran anschließend wird der Recovery-Ansatz als übergeordneter Orientierungsrahmen für die konkreten Hilfsangebote vorgestellt. Abschließend folgt ein Kurzüberblick über zentrale recovery-orientierte Unterstützungsangebote.

5.1 Die Angehörigenarbeit als wichtiges Handlungsfeld der Sozialen Arbeit

Im Rahmen der psychologisch-therapeutischen Arbeit werden Angehörige häufig als wichtiger Bestandteil in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie betrachtet sowie eingebunden – insbesondere, wenn ein enger Kontakt zur erkrankten Person besteht, wie etwa durch gemeinsames Wohnen (vgl. Clamor et al. 2020, 991). Zudem ist ihre frühe Einbindung wichtig, um einem potenziellen Rückfall entgegenzuwirken (vgl. Nickl-Jockschat/Schneider 2017, 319).

Dies steht in engem Zusammenhang mit der in Kapitel 4.2.2 vorgestellten Forschung zu Expressed Emotion, die bei Angehörigeninterventionen eine zentrale Rolle spielt (vgl. Clamor et al. 2020, 991). Doch wie gestaltet sich die Angehörigenarbeit im Kontext der Sozialen Arbeit?

Der Einbezug der Angehörigen in der Sozialen Arbeit basiert auf dem in Kapitel 2.2 erwähnten biopsychosozialen Verständnis. Dieses Modell erkennt die Bedeutsamkeit der sozialen Komponente in der Zusammenarbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen an und liefert dafür eine zentrale Begründung (vgl. Kröger/Hahn/Große 2022, 225). Daran anschließend lässt sich festhalten, dass ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis – also auch unter Einbezug der sozialen Beziehungen – eine wichtige Grundlage für Soziale Arbeit darstellt:

„Arbeit mit Angehörigen ist auf Basis eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses und mit Blick auf die Gestaltung und Aufrechterhaltung wichtiger sozialer Beziehungen zu Freund*innen, Bekannten sowie Familienmitgliedern eine zentrale sozialarbeiterische Aufgabe.“ (Kröger et al. 2023, 303)

In der Sozialen Arbeit wird grundlegend anerkannt, dass alle Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen mit ähnlich emotionalen Belastungen zu kämpfen haben – zum Beispiel Ohnmachtsgefühle, Überforderung, Schuld- und Schamgefühle (vgl. Kröger et al. 2022, 226). Zudem wird hervorgehoben, dass insbesondere psychotische Störungen – zu denen auch die Schizophrenie zählt – zwischenmenschliche Beziehungen belasten und damit eine besondere Herausforderung für die jeweiligen Angehörigen darstellen (vgl. ebd.).

Besonders bei der Zielgruppe der Eltern wird explizit hervorgehoben, dass Schuldgefühle sowie das Empfinden, versagt zu haben, häufig im Vordergrund stehen (vgl. ebd.). Wie in Kapitel 4.2.4 ausführlich erläutert, sind diese Emotionen vor allem auch bei den Eltern von Menschen mit Schizophrenie von zentraler Bedeutung. Darüber hinaus stellt es für sie häufig eine Herausforderung dar, ein Gleichgewicht zwischen der Verantwortungsübernahme für das erkrankte Kind und einer notwendigen Abgrenzung zu finden (vgl. Kröger et al. 2022, 226). Einerseits ist es ihnen wichtig, sich um ihr Kind zu kümmern und besonders potenziell negative Entwicklungen zu verhindern, andererseits dürfen sie dabei nicht vernachlässigen, auch auf sich selbst und ihr eigenes Wohlbefinden zu achten (vgl. ebd.).

Dass der Einbezug der Angehörigen herausfordernd sein kann, liegt unter anderem an der emotionalen Aufladung, „[...] weil Konflikte und Interaktionsmuster in der Familie psychische Erkrankungen mitbedingen können.“ (ebd., 228) Gerade dieser Umstand begründet jedoch umso mehr die Notwendigkeit einer professionellen Angehörigenarbeit (vgl. ebd.).

Der zentrale Grundgedanke aus Sicht der Sozialen Arbeit ist insbesondere der, die Familie – und damit auch konkret die Eltern – nicht aus der defizitorientierten Perspektive zu betrachten, sondern vielmehr die Potenziale zu mobilisieren, wie etwa durch die Förderung von Schutzfaktoren und die Stärkung ihrer Resilienz (vgl. Kröger et al. 2023, 305). Diese ressourcenorientierte Ansicht steht somit im Gegensatz zur Defizitorientierung, wie sie in der psychiatrischen Praxis häufig vorzufinden ist (vgl. Knuf 2020, 29).

Die Angehörigenarbeit orientiert sich dabei wesentlich „[...] am Alltag und der Lebenswelt der Menschen, deren Bedingungen, Abläufen, wahrgenommenen Problematiken und Bewältigungsansätzen.“ (Kröger et al. 2022, 228) Diese Perspektive greift die Grundgedanken zentraler sozialarbeiterischer Theorien auf, wie die in Kapitel 4.2.5 erwähnte Theorie der Lebensbewältigung nach Lothar Böhnisch (vgl. Böhnisch 2023) und die der Lebensweltorientierung nach Hans Thiersch (vgl. Thiersch 2020). Kröger et al. betonen explizit die Bedeutung von Böhnischs Theorie als potenziellem Rahmen der Angehörigenarbeit, der auf Thierschs Lebensweltorientierung basiert (vgl. Kröger et al. 2022, 228). Eine ausführliche Darstellung findet sich bei Böhnisch und Thiersch; auf eine Vertiefung wird an dieser Stelle zugunsten des Fokus der Arbeit verzichtet.

Ein übergeordnetes Ziel der Angehörigenarbeit stellt die Belastungsverringerung dar (vgl. Kröger et al. 2022, 229). Zentrale Komponenten der sozialarbeiterischen Angehörigenarbeit bilden beispielsweise die Psychoedukation, soziale Unterstützung und Selbstfürsorge (vgl. ebd., 232f.; 239). In der vorliegenden Arbeit steht in Bezug auf die sozialarbeiterische Praxis und die Angehörigenarbeit der Recovery-Ansatz im Mittelpunkt. In dem Recovery-Ansatz ist unter anderem zentral der Empowerment-Gedanke sowie die Ressourcenorientierung vertreten, die jedoch nicht Defizite außer Acht lässt (vgl. Knuf 2020, 11; 26). Hierauf wird im folgenden Unterkapitel detaillierter eingegangen.

5.2 Der Recovery-Ansatz als Orientierungsrahmen

Die Orientierung am Recovery-Ansatz als grundlegender Rahmen für das im sechsten Kapitel dieser Arbeit entwickelte Konzept begründet sich darin, dass dieser – wie in Kapitel 2.3 angeschnitten – in der S3-Leitlinie für Schizophrenie als zentrales Ziel sowohl für die psychotherapeutische Praxis als auch für psychosoziale Maßnahmen hervorgehoben wird (vgl. DGPPN 2019b, 141). Darüber hinaus bildet der Recovery-Ansatz besonders in der Sozialpsychiatrie

eine wichtige Grundlage, vor allem in Verbindung mit dem Empowerment-Konzept (vgl. Knuf 2020, 9).

Hinsichtlich des Begriffs „Recovery“ existiert keine einheitlich etablierte deutsche Übersetzung (vgl. ebd., 12). Es können jedoch beispielsweise Begriffe wie „Genesung“ oder auch „Wiedererlangung von Gesundheit“ verwendet werden, um die zentrale Bedeutung des Konzepts annähernd zu erfassen (vgl. ebd.). Der Ursprung der Recovery-Bewegung liegt in der Betroffenenbewegung der 1980er-Jahre (vgl. Amering/Schmolke 2012, 23). Der Recovery-Ansatz wurde maßgeblich von Menschen mit psychischen Erkrankungen geprägt, die ihre pessimistischen Krankheitsprognosen nicht akzeptierten und unerwartet genesen (vgl. Knuf 2020, 12f.). Damit begann die Hinterfragung der Unheilbarkeit psychischer Erkrankungen (vgl. Utschakowski 2023, 386).

Hierbei ist es wichtig, zwischen zwei zentralen Definitionsformen von Recovery zu unterscheiden, wie sie Amering beschreibt: Zum einen die sogenannte **„klinische“ Recovery**, die den Fokus vorrangig auf die Reduktion von Symptomen sowie die Förderung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität im Rahmen der Zielsetzungen der Behandlung legt (vgl. Amering 2013, 343). Zum anderen steht bei der **„sozialen“ Recovery** die ökonomische und soziale Unabhängigkeit im Vordergrund (vgl. ebd.). Im Folgenden ist bei der Verwendung des Recovery-Begriffes primär die Auffassung der „sozialen“ Recovery gemeint.

Als häufig rezipierte Definition kann die des amerikanischen Psychologen William Anthony herangezogen werden (vgl. Amering 2013, 343). Diese Definition wird auch von Amering und Schmolke in ihrem zentralen Werk zum Recovery-Ansatz zitiert (vgl. Amering/Schmolke 2012, 25), die als wichtige Wegbereiterinnen gelten (vgl. Röh/Schreieder 2022, 44). Anthony definiert Recovery als einen höchst individuellen und persönlichen Prozess, der es Menschen ermöglichen soll, trotz beispielsweise psychischer Erkrankung ein Leben voller Hoffnung, Selbstbestimmung und Bedeutsamkeit zu führen (vgl. Anthony 2011, 527)⁵:

„[Recovery ist] ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der eigenen Überzeugungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. So eröffnen sich Möglichkeiten, um ein befriedigendes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen, und zwar auch mit den von der Erkrankung verursachten Einschränkungen. Während man über die katastrophalen Auswirkungen der psychischen Erkrankung hinauswächst, gewinnt das Leben eine neue Bedeutung, kann man einen neuen Sinn entwickeln.“ (Anthony 2011, 527– Übersetzung von Michaela Amering und Margit Schmolke 2012, 25)

⁵ Die hier zitierten Passagen stammen nicht aus dem Originalartikel von 1993, sondern aus einem Reprint von 2011, bei dem die Seitenzahlen von denen des Originals abweichen.

Auch in der aktuellen deutschsprachigen Fachliteratur finden sich ähnliche Beschreibungen: Knuf betont ebenfalls, dass Recovery ein aktiver, fortlaufender Anpassungsprozess ist, in dem sich die betroffenen Personen auf die veränderten Lebensbedingungen durch ihre Erkrankung einstellen (vgl. Knuf 2020, 13). Dabei steht nicht die Symptomreduktion oder vollständige Symptommfreiheit im Vordergrund, sondern ein selbstbestimmtes Leben mit Hoffnung und Zufriedenheit trotz bestehender Erkrankung und deren Auswirkungen (vgl. ebd.). Es geht also nicht um die Rückkehr zum prämorbidem Zustand (vgl. ebd.).

Beim Recovery-Ansatz „[...] handelt es sich nicht um ein einheitliches Konzept, sondern eher um eine Sammlung zentraler Haltungs- und Handlungselemente für eine sozialpsychiatrische Praxis.“ (ebd.) Darauf aufbauend und auf Grundlage der zuvor angeführten Definitionen lassen sich vier zentrale Komponenten von Recovery identifizieren, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit im Fokus stehen sollen: **Empowerment, Selbstbestimmung, Ressourcenorientierung und Hoffnung**. Es ist wichtig zu erwähnen, dass diese Komponenten inhaltlich eng miteinander verbunden sind und somit Überschneidungen aufweisen, weshalb eine klare Trennung lediglich im Rahmen der theoretischen Betrachtung möglich ist.

Das Konzept des **Empowerments** wird vielfach in der Fachliteratur als eng mit Recovery verknüpft angesehen (vgl. Röh/Schreieder 2022, 44; Knuf 2020, 9; Bock/Heinz 2016, 96). Der Ursprung der Empowerment-Bewegung liegt ebenfalls in der Selbsthilfebewegung aus den 1970er- und 1980er-Jahren (vgl. Rössler/Lauber 2013, 353). Empowerment stellt ein zentrales Leitbild in der Sozialen Arbeit und besonders in der Sozialpsychiatrie dar (vgl. Röh/Schreieder 2022, 26). Mit Empowerment ist insbesondere „Selbstbefähigung“ und „Selbstbemächtigung“ gemeint (vgl. Herriger 2024, 20; Knuf 2020, 11). Es handelt sich um einen Prozess, in dem Menschen in schwierigen Lebenssituationen – wie etwa gesellschaftlicher Ausgrenzung – beginnen ihr Leben „[...] selbst in die Hand zu nehmen, in denen sie sich ihrer Fähigkeiten bewusst werden, eigene Kräfte entwickeln und ihre individuellen und kollektiven Ressourcen zu einer selbstbestimmten Lebensführung nutzen lernen.“ (Herriger 2024, 20)

In diesem Zusammenhang werden die Aspekte der Selbstbestimmung, Selbsthilfe und gesellschaftliche Teilhabe betont, die verdeutlichen, dass Empowerment nur durch das aktive Mitwirken der Betroffenen selbst realisiert werden kann (vgl. Knuf 2020, 11). Die Fachkräfte übernehmen lediglich die Rolle, diesen Prozess strukturell zu ermöglichen sowie professionell zu begleiten (vgl. ebd.). Somit ist die im Sinne des Empowerments praktizierte Selbsthilfe eine

wesentliche Voraussetzung für das Gelingen des Recovery-Prozesses (vgl. Knuf 2020, 15). Da Empowerment den größten Einfluss auf diesen Prozess hat, kommt der gezielten Empowermentförderung in der Praxis eine zentrale Rolle zu (vgl. Amering/Schmolke 2012, 97).

Aufbauend auf den vorangegangenen Ausführungen rückt nun der Aspekt der Selbstbestimmung als nächste Komponente in den Fokus, der laut Knuf ein zentrales Empowerment-Element (vgl. Knuf 2020, 11) sowie nach Amering und Schmolke eine wesentliche Recoverybedingung darstellt (vgl. Amering/Schmolke 2012, 34). In diesem Zusammenhang beschreiben die beiden einen wesentlichen Punkt, der sich sinngemäß diesem Aspekt zuordnen lässt: Demnach besteht das Ziel für Betroffene darin, bei einer einschneidenden Veränderung im Leben einen Umgang zu finden, der nicht davon geprägt ist, sich als Opfer der Umstände zu erleben oder die eigene Situation zu verleugnen (vgl. ebd., 27). Es handelt sich also um einen aktiv gestaltbaren Prozess, der stets mit Rückgriff auf die persönlich bedeutsamen Werte und Ziele der betroffenen Person erfolgt (vgl. ebd., 27; 34). Der Prozess ist eine „[...] individuelle Reise, und die Definition dessen, was ein bedeutungsvolles Leben ist, kann allein von der betroffenen Person selbst entwickelt werden.“ (Farkas 2019, 140) Für Fachkräfte bedeutet dies, dass sie nur eine beratende Rolle einnehmen und konkrete Eingriffe möglichst gering halten sollen (vgl. Prestin 2019, 11), da sie nicht für die betroffene Person entscheiden können, was der „richtige“ Weg ist, sondern die Wahlfreiheit bei dieser selbst liegt (vgl. Farkas 2019, 140; 143). Grundlegend für die Praxis ist eine partnerschaftliche Haltung, die eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe ermöglicht und darauf ausgerichtet ist, zusammen mit der betroffenen Person zu eruieren, wie am besten Unterstützung für diese geleistet werden kann (vgl. ebd., 143).

Ein weiterer relevanter Aspekt ist die **Ressourcenorientierung**. Diese wird besonders von Knuf in Abgrenzung zur defizitorientierten psychiatrischen Arbeit betont (vgl. Knuf 2020, 29). Bei der Ressourcenorientierung ist es wichtig klarzustellen, dass damit nicht gemeint ist, Defizite vollständig auszublenden, sondern lediglich, dass der Fokus nicht vorrangig auf diesen liegt (vgl. ebd., 26). Im Mittelpunkt der ressourcenorientierten Arbeit steht das Feststellen und die Stärkung der individuellen Fähigkeiten bei den betroffenen Personen (vgl. ebd., 26f.). Im Sinne des zuvor dargestellten Empowerments soll somit unterstützt werden, dass die eigenen Fähigkeiten erkannt und zur Problemlösung aktiv eingesetzt werden können (vgl. ebd.). Es gilt also den Blickwinkel zentral auf die Chancen zu richten und weniger auf die Risiken (vgl. Prestin 2019, 12). Dementsprechend ist es für die Praxis essenziell, dass Fachkräfte die

Ressourcenorientierung in ihrer Haltung verkörpern, um eine Atmosphäre zu schaffen, die wachstumsorientiert und auf die Potenziale der Adressat:innen ausgerichtet ist (vgl. Knuf 2020, 39).

All dem liegt die Komponente der **Hoffnung** zugrunde, ohne die ein Recovery-Prozess undenkbar wäre (vgl. Amering/Schmolke 2012, 38). Denn „[e]s gibt keine Veränderung ohne den Glauben, dass ein besseres Leben sowohl möglich als auch erreichbar ist.“ (ebd.) Wesentlich ist dabei, dass nicht nur von den Betroffenen selbst Hoffnung empfunden wird, sondern dies auch seitens der Fachkräfte verkörpert wird, um die individuellen Wachstumspotenziale zu fördern (vgl. Farkas/Gagne/Anthony/Chamberlin 2005, 147). Knuf regt in diesem Zusammenhang an, in der Praxis die Bezeichnung „Zuversicht“ vorzuziehen, da der Begriff „Hoffnung“ von den Betroffenen auch als demotivierend aufgefasst werden kann (vgl. Knuf 2020, 22f.).

Im Sinne eines ganzheitlichen Blicks ist insbesondere auch die **Einbindung des sozialen Umfeldes** in den Recovery-Prozess der betroffenen Person zentral, um sie in ihrem individuellen Lebensraum unterstützend zu begleiten (vgl. Prestin 2019, 11f.). Neben den Betroffenen selbst kommt somit besonders ihren Familien eine gewichtige Bedeutung im Recovery-Prozess zu (vgl. Amering/Schmolke 2012, 36). Daher sollen sie mit ihren jeweiligen Anliegen und Wünschen aktiv in den Prozess einbezogen werden (vgl. ebd.).

Die zentrale Rolle der Familie wurde damit bereits hervorgehoben, soll in der vorliegenden Arbeit jedoch noch weitergedacht werden. Denn auch wenn der Recovery-Ansatz primär auf die Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgerichtet ist, lässt er sich in sinnvoller sowie begründeter Weise auch explizit auf die Angehörigen selbst übertragen, sodass auch die Arbeit mit ihnen unter der Berücksichtigung des Recovery-Gedankens erfolgen kann. So betont Knuf, dass im Rahmen des Recovery-Ansatzes grundsätzlich für *alle* Betroffenen die Möglichkeit besteht, ein zufriedenes Leben zu führen (vgl. Knuf 2020, 15). Daraus lässt sich ableiten, dass dies auch die Angehörigen einschließt, zumal sie in der Fachliteratur wie auch in der S3-Leitlinie für Schizophrenie ausdrücklich als mitbetroffen gelten (vgl. Kröger et al. 2023, 303; DGPPN 2019b, 158). In diesem Zusammenhang weist Finzen darauf hin, dass nicht nur die direkt von der Schizophrenie betroffenen Personen, sondern ebenso ihre Angehörigen lernen müssen, sowohl mit der Erkrankung als auch mit deren Auswirkungen umzugehen (vgl. Finzen 2020, 13) – ein wesentlicher Aspekt des Recovery-Ansatzes.

Angesichts der zuvor dargestellten vielfältigen Herausforderungen und den daraus resultierenden individuellen Bedürfnissen der Eltern lässt sich hier begründend folgern, dass sie von recovery-orientierten Angeboten in der Angehörigenarbeit ebenfalls besonders profitieren können. Dies wird im folgenden Kapitel anhand ausgewählter Hilfsangebote konkretisiert.

5.3 Überblick über bestehende recovery-orientierte Hilfsangebote

Im Folgenden wird nun ein Überblick über bestehende recovery-orientierte Hilfsangebote gegeben, um aufzuzeigen, wie der Recovery-Ansatz konkret in der Praxis umgesetzt werden kann. Für die vorliegende Arbeit wurden folgende zentrale Angebotsformen ausgewählt: die Psychoedukation, der Trialog, die Selbsthilfe und die Angehörigengruppe. Dabei ist zu beachten, dass es zwischen den Angeboten inhaltliche Überschneidungen gibt und diese auch oft in der Praxis miteinander kombiniert werden.

Das erste Angebot ist die **Psychoedukation**. Die Psychoedukation spielt besonders bei schizophrenen Erkrankungen eine große Rolle (vgl. Pitschel-Walz/Bäuml 2013, 329). Vor allem in der Angehörigenarbeit ist sie ein etabliertes Hilfsangebot (vgl. Kröger et al. 2022, 232) und findet sowohl für Betroffene als auch für Angehörige in der S3-Leitlinie für Schizophrenie als fundamentaler Bestandteil Berücksichtigung (vgl. DGPPN 2019b, 46). Die Psychoedukation ist eine Intervention, „[...] um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.“ (Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ 2008, 3) Im Mittelpunkt stehen somit die Vermittlung des krankheitsspezifischen Hintergrundwissens, die Erarbeitung von praktischem Handlungswissen und die emotionale Entlastung, die durch den Erfahrungsaustausch unter Betroffenen erreicht werden kann (vgl. Gühne et al. 2019, 19). Deshalb bietet sich die Durchführung im Gruppensetting an, um einen Erfahrungsaustausch zu ermöglichen (vgl. Pitschel-Walz/Bäuml 2016, 3). Für die Angehörigen ist vor allem die emotionale Entlastung wichtig, die insbesondere etwa innerhalb einer psychoedukativen Angehörigengruppen wirksam realisiert werden kann, um beispielsweise Schuld- und Schamgefühle, Erfahrungen mit Stigmatisierung oder erlebte Hilflosigkeit zu thematisieren (vgl. Pitschel-Walz/Bäuml 2013, 335f.).

Ziel ist unter anderem, durch krankheitsbezogene Wissensvermittlung und Kompetenzstärkung im Umgang mit der erkrankten Person den Empowerment-Prozess zu fördern, das

subjektive Befinden zu verbessern und Hoffnung zu vermitteln (vgl. Pitschel-Walz/Bäumli 2013, 329f.). So werden die in Kapitel 5.2 dargestellten Recovery-Komponenten aufgegriffen.

Ein weiteres Angebot stellt der **Trialog** dar, der ebenfalls als Empfehlung in der S3-Leitlinie für Schizophrenie aufgeführt wird (vgl. DGPPN 2019b, 39; 158). Der Trialog entwickelte sich 1989 aus dem sogenannten „**Psychoseminar**“ in Hamburg (vgl. Bock/Meyer/Rouhiainen 2013, 244). Der Begriff „Trialog“ bezeichnet einen Austausch zwischen den drei Parteien Betroffene, Angehörige und psychiatrische Fachkräfte (vgl. Utschakowski 2023, 383). Im Zentrum steht die gleichberechtigte Begegnung zwischen ihnen, die ihre subjektiven Sichtweisen berücksichtigt (vgl. Bock et al. 2013, 243). Das wesentliche Ziel ist, einen Austausch ohne Hierarchie zu ermöglichen, bei dem alle Beteiligten versuchen, sich in die Perspektiven der jeweils anderen hineinzusetzen (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016, 46). Dabei steht im Vordergrund „[...] gemeinsam in einem offenen Gespräch nach Erklärungsmodellen sowie Lösungs- und Bearbeitungsmöglichkeiten zu suchen.“ (Utschakowski 2023, 384) Ein weiteres Ziel besteht darin, gegenseitige Vorurteile abzubauen, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln und ein vertieftes Verständnis für die Komplexität der Erkrankung zu fördern (Bock et al. 2007; ind. zit. n. Bock et al. 2013, 245). Der Trialog greift dabei zentrale Aspekte des Recovery-Ansatzes auf, wie Perspektiv- und Kenntniserweiterung, Abbau von Vorurteilen sowie gleichberechtigten und gemeinsamen Austausch (vgl. Amering/Schmolke 2012, 316). Eine zentrale Rolle spielt hier der Empowerment-Gedanke (vgl. Bock/Sielaß/Ruppelt/Nordmeyer/Klapheck 2012, 514), der – wie in Kapitel 5.2 dargestellt – eine Kernkomponente des Recovery-Ansatzes darstellt.

Das nächste ausgewählte Hilfsangebot ist die **Selbsthilfe**. Die Selbsthilfe gilt „[...] als kollektiver Prozess zur Thematisierung und Bearbeitung persönlicher Anliegen und Probleme.“ (Röh/Schreieder 2022, 134) Die häufigste Form ist die Selbsthilfegruppe (vgl. Rudolf/Rüst 2013, 239). Wichtige Merkmale sind, dass Personen mit ähnlichen Erfahrungen auf freiwilliger Basis zusammenkommen, um sich gegenseitig zu helfen (vgl. Humphreys/Rappaport 1994, 218). Dies erfolgt jenseits professioneller Hilfe, weshalb die Leitung der Gruppe auch durch die Mitglieder selbst und nicht etwa durch eine Fachkraft erfolgt (vgl. ebd., 217; 219).

Hiervon zu differenzieren ist der „**Peer-to-Peer-Ansatz**“, der sich besonders im psychiatrischen Kontext immer mehr etabliert hat (vgl. Röh/Schreieder 2022, 140). Bei „Peers“ handelt es sich um sogenannte „Gleiche“, die aufgrund ihres ähnlichen Hintergrundes als Expert:innen aus Erfahrung eingesetzt werden (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016, 36). Somit erfolgen die

Beratung sowie Unterstützung von Angehörigen beispielsweise durch erfahrene Angehörige (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016, 36). Diese Arbeit kann als Ehrenamt oder als Berufstätigkeit realisiert werden, wobei Letzteres meist mit einer Ausbildung verknüpft ist, wie sie zum Beispiel im Rahmen des EX-IN-Programms angeboten wird, um die Peers offiziell in die psychiatrische Versorgung einzubinden (vgl. ebd., 37). Damit lässt sich der Peer-to-Peer-Ansatz von der klassischen Selbsthilfe unterscheiden, da es sich dabei um eine professionalisierte Form der Hilfe handelt, bei der Peers in psychiatrischen Einrichtungen als Angestellte tätig sein können (vgl. Röh/Schreieder 2022, 140). Dadurch wird ein besonderer Zugang zu den betroffenen Personen ermöglicht, da die Peers durch ihren eigenen Erfahrungshintergrund und ihre bewährten Lösungswege ein authentisches Verständnis, ein Gefühl von Zugehörigkeit und Hoffnung auf persönliche Weiterentwicklung vermitteln (vgl. Utschakowski 2015, 11) – alles relevante Aspekte des bereits dargestellten Recovery-Ansatzes. In der Hinsicht können sie die Betroffenen auf einer anderen Ebene erreichen als die Fachkräfte (vgl. ebd.).

In der allgemeinen S3-Leitlinie zu psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen wird insbesondere die Kombination des Peer-to-Peer-Ansatzes mit der Psychoedukation für Angehörige und Betroffene hervorgehoben, um „[...] alternative Wege zu ermöglichen, Wissenszuwachs und Krankheitskonzept positiv zu beeinflussen und das Belastungserleben zu reduzieren.“ (DGPPN 2013, 20) Diese Empfehlung wird auch in der S3-Leitlinie für Schizophrenie explizit aufgegriffen (vgl. DGPPN 2019b, 297). Somit kann er als sinnvolle Ergänzung zu bestehenden Hilfsangeboten betrachtet werden (vgl. Utschakowski 2015, 12).

Besonders relevant im Hinblick auf die Fragestellung ist das letzte Hilfsangebot: die **Angehörigengruppe**. Die S3-Leitlinie für Schizophrenie betont, dass auch dann, wenn die erkrankte Person die Einbeziehung der Angehörigen ablehnt, diesen dennoch eine Unterstützungsmöglichkeit geboten werden soll, wobei explizit die Angehörigengruppe als eine Form benannt wird (vgl. DGPPN 2019b, 158). Dies entspricht dann der angehörigenzentrierten Ausrichtung, wie sie beispielsweise von Borbé et al. als Subtyp der Angehörigenarbeit in Form von psychoedukativen, therapeutischen Angehörigengruppen mit Angehörigenzentrierung angeführt wird (vgl. Borbé et al. 2017, 1184f.). Bei diesen geht es vorrangig um die Probleme der Angehörigen, während die psychisch erkrankte Person zwar den Grund für die Teilnahme bildet, jedoch nur eine nachgeordnete Rolle einnimmt (vgl. ebd., 1185).

Generell können die Schwerpunktsetzungen und Ausrichtungen solcher Gruppen variieren. Zentral geprägt wurde die Angehörigengruppe durch Dörner et al. im bereits aufgegriffenen

„Freispruch der Familie“. Dörner beschreibt die Zielsetzung darin, „[...] alle Beteiligten wieder zu sich selbst zu bringen, den Clinch zu lösen, Abstand herzustellen, Positionen wieder eindeutig zu machen, damit eine Begegnung auf einer neuen Ebene möglich wird [...].“ (Dörner 2001, 84) Im Fokus stehen die Aspekte, die besonders für Eltern von Menschen mit Schizophrenie in der vorliegenden Arbeit als zentral identifiziert wurden: Abbau von Isolation, Schuldentlastung, Informationsvermittlung und daraus resultierende Veränderungen in der Wahrnehmung der eigenen Situation (vgl. Koenning 2001a, 123; 125f.; 128).

Damit können die in Kapitel 4.3 dargestellten Bedürfnisse nach Austausch und Unterstützung direkt aufgegriffen werden. Angehörigengruppen ermöglichen es, soziale Unterstützung erlebbar zu machen und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Reduktion der empfundenen Belastung (vgl. Kröger et al. 2022, 234). Die Angehörigen spüren Zugehörigkeit sowie Akzeptanz, da sie innerhalb der Gruppe merken, dass sie mit ihren Herausforderungen nicht allein sind (vgl. ebd., 235). Zudem erfahren sie konkret Unterstützung, indem sie sich untereinander über ihre Bewältigungsversuche austauschen (vgl. Kröger et al. 2022, 235) und durch die Erfahrungsberichte der anderen eine veränderte Perspektive auf die eigene Situation erhalten können (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016, 152).

Ausgehend von den bisherigen Ausführungen lässt sich schließen, dass Angehörigengruppen Parallelen in ihrer Struktur und Zielsetzung zur zuvor beschriebenen Selbsthilfe aufweisen. Bei Angehörigengruppen werden jedoch darüber hinaus zumeist aktiv Fachkräfte eingebunden, um beispielsweise die Moderation der Gruppe zu übernehmen (vgl. Dörner 2001, 85) oder um als Referierende fachgerechte Informationen über die Erkrankung zu geben (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016, 152). Hier wird die begleitende Rolle der Fachkräfte bei der Moderation betont, um zum Beispiel Anregungen einzubringen (vgl. Dörner 2001, 95). Das Fachwissen der Fachkräfte dient der „[...] Erhellung des eigenen Leidens, der Freisetzung des eigenen Selbsthilfepotenzials, der subjektiven Wahrheitsfindung [...].“ (ebd., 96) Langfristig kann das Ziel der Übergang der Angehörigengruppe in eine Selbsthilfegruppe sein (vgl. ebd., 93).

Die Angehörigengruppe kann somit sowohl Elemente der Psychoedukation als auch der Selbsthilfe enthalten.

6. Literaturgestütztes Konzept einer Angehörigengruppe als ausgewählte Unterstützungsmaßnahme

Im Folgenden wird nun auf Basis der Fachliteratur ein Konzept für eine Angehörigengruppe als ausgewählte Unterstützungsmaßnahme für die Eltern von Menschen mit Schizophrenie

entwickelt. Zunächst erfolgt die Darstellung der Zielgruppe und der Gruppenausrichtung, bevor die einzelnen konzeptionellen Bausteine erläutert werden. Darauffolgend wird die praktische Ausgestaltung konkret thematisiert und eine kritische Reflexion der Konzeptgrenzen vorgenommen.

6.1 Zielgruppe und Ausrichtung

Die **Zielgruppe** der hier konzipierten Angehörigengruppe sind die **Eltern von Menschen mit Schizophrenie**, die in Kapitel 4.1 als zentrale Hauptbezugspersonen identifiziert wurden. Die **Ausrichtung der Gruppe** erfolgt hierbei bewusst **diagnosespezifisch** - ein Vorgehen, das sich auch in psychoedukativen Angehörigengruppen laut Pitschel-Walz bewährt hat (vgl. Pitschel-Walz 2008, 103). Ausschlaggebend für die Zielgruppenauswahl sind unter anderem die in Kapitel 2.4 dargestellten vielfältigen Belastungen, denen Angehörige infolge der Erkrankung begegnen. Gerade die Eltern sind besonders von gesellschaftlicher Stigmatisierung, Schuldzuschreibungen und Schuldgefühlen betroffen – wie in Kapitel 4.2 anhand der historischen Ursachenforschung sowie der Theorien von Goffman und Weiner erläutert wurde.

Wie in Kapitel 4.3 thematisiert, zeigt sich die Notwendigkeit eines solchen Angebots auch in der Erfahrung vieler Angehöriger, sich alleingelassen und orientierungslos zu fühlen (vgl. Hell/Schüpbach 2016, 120) – auch im Kontakt mit dem Hilfesystem (vgl. Koenning 2001b, 29). Im Rahmen der Angehörigengruppe soll daher gezielt auf den spezifischen Unterstützungsbedarf der Eltern eingegangen werden.

Bei der **Ausrichtung** der Angehörigengruppe hätte die Wahl auch auf die Patientenzentrierung fallen können, bei der die Angehörigen primär als Baustein in der Behandlung der Person mit Schizophrenie betrachtet werden (vgl. Borbé et al. 2017, 1185). Bei dieser Ausrichtung werden die Angehörigen nur mit Einverständnis der Betroffenen einbezogen (vgl. Berthold-Losleben/Wohlhüter/Schneider 2017, 222f.). Im Zentrum steht somit die Erkrankung, die Behandlung und konkret der Umgang mit der erkrankten Person (vgl. Borbé et al. 2017, 1185). Ein anschauliches Beispiel hierfür ist die psychoedukative Familienintervention, die beabsichtigt, ein erhöhtes Maß an Expressed Emotion innerhalb der Familie gezielt zu verringern, um dadurch sowohl das Stressniveau als auch das Rückfallrisiko der Person mit Schizophrenie zu reduzieren (vgl. Nickl-Jockschat/Schneider 2017, 320).

Obwohl solche Angebote sinnvoll und notwendig sind, orientiert sich dieses Konzept an der in Kapitel 5.3 thematisierten **Angehörigenzentrierung**, bei der die Eltern mit ihren Belastungen

gezielt in den Mittelpunkt der Gruppe gestellt werden (vgl. Borbé et al. 2017, 1185). Dies entspricht auch der in Kapitel 5.2 angeführten Empfehlung der S3-Leitlinie für Schizophrenie, die eine Unterstützung der Angehörigen auch unabhängig von der erkrankten Person vorsieht (vgl. DGPPN 2019b, 158).

Schon früh wurde im gruppentherapeutischen Kontext erkannt, dass insbesondere in belasteten Beziehungen eine bewusste Trennung der Unterstützung von Angehörigen und Betroffenen Vorteile bietet (vgl. Dörner/Groth 1989, 202). So eröffnet sich den Eltern die Möglichkeit, sich auf ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu konzentrieren (vgl. ebd.). Dörner greift diese Überlegung im Rahmen von Angehörigengruppen auf und betont, dass eine solche Trennung zur Entlastung der Beziehung beitragen sowie den Beteiligten jeweils einen eigenen Raum zur Reflexion und Selbstbesinnung bieten kann (vgl. Dörner 2001, 77). Außerdem ermöglicht sie eine adäquatere Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Angehörigen (vgl. Pitschel-Walz 2008, 100). Darüber hinaus kann dadurch ein Raum geschaffen werden, in dem sie ihre Gefühle, Belastungen und Gedanken frei aussprechen können, ohne Rücksicht auf die von Schizophrenie betroffene Person nehmen zu müssen (vgl. ebd.).

Für Eltern von Menschen mit Schizophrenie erscheint eine solche Trennung besonders sinnvoll. Die in Kapitel 2.4 dargestellten Auswirkungen der Erkrankung auf die Angehörigen haben verdeutlicht, dass die an Schizophrenie erkrankten Kinder oft auch über die Volljährigkeit hinaus auf die Unterstützung ihrer Eltern angewiesen sind und weiterhin deren zentraler Lebensmittelpunkt bleiben (vgl. Finzen 2020, 40f.). Dies führt oft dazu, dass die Eltern ihre eigenen Bedürfnisse und Wünsche vernachlässigen (vgl. Koenning 2001b, 28). Ein geschützter Raum, der ausschließlich ihnen gewidmet ist, erscheint daher als besonders bedeutsam.

6.2 Zentrale konzeptionelle Bausteine

In dem Konzept der Angehörigengruppe werden Elemente der **Psychoedukation**, der **sozialen Gruppenarbeit mit Orientierung an der Selbsthilfe** und dem **Peer-to-Peer-Ansatz** gezielt miteinander kombiniert. Dabei werden stets die in Kapitel 4.3 herausgearbeiteten Bedürfnisse der Eltern nach Information, emotionaler Entlastung, sozialem Austausch und Unterstützung berücksichtigt. Darüber hinaus liegt ein besonderer Fokus auf dem konkreten Beitrag der Angehörigengruppe zur Entstigmatisierung sowie zum Schuldabbau. Der in Kapitel 5.2 beschriebene Recovery-Ansatz dient hierbei als durchgängiger Orientierungsrahmen, wobei kontinuierlich eine Verbindung mit dessen bereits dargelegten zentralen Komponenten erfolgt. Im Folgenden werden die einzelnen konzeptionellen Bausteine näher betrachtet.

6.2.1 Psychoedukation

Die Konzeption der Angehörigengruppe umfasst **psychoedukative Elemente**, da die Psychoedukation – wie in Kapitel 5.3 gezeigt – besonders in der Angehörigenarbeit seit Längerem eine zentrale Rolle spielt (vgl. Kröger et al. 2022, 232). Im vorliegenden Konzept wird das Verständnis der Psychoedukation im „klassischen“ Sinne verwendet, also mit Fokus auf die Informationsvermittlung. Entscheidend ist dabei, dass das in Kapitel 4.3 identifizierte **Informationsbedürfnis** der Eltern gezielt aufgegriffen wird, da es laut Pitschel-Walz ein vorrangiges Bedürfnis darstellt und entsprechend früh adressiert werden sollte (vgl. Pitschel-Walz 2008, 99). Deshalb soll im Mittelpunkt der Inhalte der Angehörigengruppe unter anderem die Vermittlung von Wissen über die Schizophrenieerkrankung, ihre Behandlung und der Krankheitsumgang stehen (vgl. Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ 2008, 3). Die Notwendigkeit der Wissensvermittlung resultiert zudem in der Feststellung, dass gerade bei Ersterkrankungen die Angehörigen häufig über kaum oder kein Wissen über Schizophrenie verfügen (vgl. Conradt/Klingberg, 91) und oft nicht verstehen, was bei der erkrankten Person geschieht, was sich wiederum nachhaltig auf die Beziehung auswirken kann (vgl. Finzen 2020, 38). Daran anknüpfend äußert Finzen, dass es somit eine wesentliche Aufgabe der Fachkräfte ist, den Angehörigen „[...] begreiflich [zu] machen, was die Krankheitssymptome sind, worin sie bestehen, wie sie einzuordnen sind, wie man lernen kann, sie zu verstehen.“ (ebd., 174)

Zugleich bietet die Psychoedukation die Chance, das in Kapitel 4.3 konstatierte **Bedürfnis nach emotionaler Entlastung** zu decken – ein Aspekt, den auch Pitschel-Walz und Bäuml ausdrücklich hervorheben (vgl. Pitschel-Walz/Bäuml 2013, 336). Wie in Kapitel 2.4 dargelegt, kann ein fehlendes Krankheitsverständnis bei Angehörigen häufig zu **Gefühlen von Verzweiflung** (vgl. Finzen 2020, 38) **und Ratlosigkeit** führen (vgl. Bull 2015, 104). Daraus lässt sich ableiten, dass die Wissensvermittlung auch dazu beitragen kann, diese Gefühle abzubauen.

Ein zentraler Fokus der vorliegenden Arbeit liegt unter anderem auf der Frage, wie die Angehörigengruppe konkret zur **Schuldentlastung** beitragen kann. Dabei kann im Rahmen der **emotionalen Entlastung** insbesondere an den internalisierten Schuldgefühlen der Eltern angesetzt werden – ein Belastungsfaktor, der in dieser Arbeit bereits ausführlich thematisiert wurde. Auch Dörner erkannte schon bei der praktischen Durchführung seiner Angehörigengruppen, dass die Schuldgefühle meist viel Raum einnahmen (vgl. Dörner 2001, 63) – was die notwendige Adressierung dieser nochmals unterstreicht. Diese Beobachtungen decken sich

mit der Darstellung von Bäuml und Pitschel-Walz, die die Entlastung von Schuld- und Versagensgefühlen, Stigmatisierung sowie auch Selbststigmatisierung als zentrale Elemente der emotionalen Entlastung durch die Psychoedukation betrachten (vgl. Bäuml/Pitschel-Walz 2020, 117).

An dieser Stelle ist es sinnvoll, noch einmal auf den Ursprung der elterlichen Schuldgefühle zu verweisen, um besser nachvollziehen zu können, wie die Psychoedukation gezielt zur Reduktion dieser beitragen kann. In Kapitel 4.2 wurden die Erklärungsansätze der historischen Ursachenforschung der Schizophrenie rekonstruiert, wobei exemplarisch in Kapitel 4.2.1 und 4.2.2 das Konzept der schizophrenogenen Mutter und die Forschung zu den Expressed Emotion dargestellt wurde. Dabei wurde gezeigt, wie diese wesentlich zur Schuldzuweisung der Eltern in Bezug auf die Schizophrenieentstehung und den Erkrankungserlauf beigetragen haben. Diese Schuldzuschreibungen wirken teilweise noch bis heute nach (vgl. Finzen 2020, 128), weshalb es wichtig ist, hier gezielt anzusetzen.

Für die Eltern verschärft sich dies zusätzlich, da sie häufig ohnehin mit Schuldgefühlen bezüglich der Schizophrenieerkrankung ihres Kindes konfrontiert sind – ein zentrales Thema, das bereits eingehend in der vorliegenden Arbeit behandelt wurde. Dies steht gleichzeitig in engem Zusammenhang mit der in Kapitel 4.2.3 aufgegriffenen Selbststigmatisierung, die dann entsteht, wenn diese gesellschaftlichen Vorurteile von den Eltern als begründet wahrgenommen werden (vgl. Knuf 2020, 126). Dies ist ein häufiges Phänomen bei Angehörigen von psychisch erkrankten Personen, die sich „[...] von Schuldgefühlen und Schuldvorwürfen Dritter zerfressen lassen [...]“ (Finzen 2013, 155) Daraus kann eine doppelte Belastung für die Eltern gefolgert werden: Sie tragen nicht nur die Schuldzuweisung von außen, sondern auch die von ihnen selbst.

Vor dem Hintergrund dieser doppelten Belastung erscheint es besonders wichtig, durch die Psychoedukation bestehende Wissenslücken zu schließen. Denn gerade Unklarheiten und Unwissenheit begünstigen die Entstehung von stigmatisierenden Vorurteilen (vgl. Finzen 2020, 11). Die Vermittlung von Fachwissen ist daher notwendig, um zu verdeutlichen, dass niemand die alleinige Schuld an der Erkrankung trägt (vgl. ebd., 122). Dies wird besonders durch die in Kapitel 2.2 beschriebene Tatsache untermauert, dass die heutige Wissenschaft bei der Entstehung der Schizophrenie von multiplen, sich wechselseitig beeinflussenden Faktoren ausgeht (vgl. Falkai 2022b, 359).

In diesem Zusammenhang sind auch die Ausführungen von Bäuml und Pitschel-Walz relevant, die für die inhaltlichen Gestaltung der Psychoedukation für Betroffene explizit das **Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell** zur Erklärung der Krankheitsentstehung heranziehen (vgl. Bäuml/Pitschel-Walz 2020, 117; Pitschel-Walz/Bäuml 2016, 6). Da die vermittelten Inhalte bei Angehörigen und erkrankten Personen möglichst deckungsgleich sein sollen, lässt sich dieser Ansatz auch auf die Eltern übertragen (vgl. ebd.). Somit kann das in Kapitel 2.2 dargestellte Vulnerabilitäts-Stress-Modell genutzt werden, um ihnen die multifaktorielle Krankheitsentstehung anschaulich zu vermitteln. So lässt sich verständlich machen, dass jeder Mensch eine individuell ausgeprägte Vulnerabilität mitbringt, die jedoch von *mehreren* Faktoren beeinflusst wird und unter gewissen Umständen in einer Schizophrenieerkrankung münden *kann* (vgl. Zubin/Spring 1977, 109).

Bereits Koenning stellte fest, dass eine qualitative Informationsvermittlung durch Fachkräfte dazu beitragen kann, Angehörige von Schuldgefühlen hinsichtlich der Verursachung der Erkrankung sowie dem Gefühl „alles falsch gemacht zu haben“, zu entlasten (vgl. Koenning 2001a, 125). Daraus lässt sich ableiten, dass die Entlastung der Eltern von der Schuld gefördert werden kann, wenn sie verstehen, wie die Erkrankung entsteht und wie begrenzt ihr tatsächlicher Einfluss ist. Dies legt nahe, dass ihnen zugleich die Möglichkeit eröffnet wird, bestehende Zuschreibungen und Vorurteile zu hinterfragen und zu entkräften – wie beispielsweise die in Kapitel 4.2.2 thematisierten Expressed Emotion. Das Verstehen der Erkrankung stellt somit einen zentralen ersten Schritt in der Bewältigung dar, bei dem die Eltern gezielt unterstützt werden müssen (vgl. Finzen 2013, 148). Generell kann die Aufklärung dazu beitragen, die psychische Krankheit zu **entstigmatisieren** (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016, 158). Insgesamt lässt sich folgern, dass psychoedukative Aufklärung sowohl gezielt an der oben genannten Selbststigmatisierung als auch an den Schuldgefühlen ansetzen kann. Zudem wird hier darin die Chance gesehen, dass so potenziell ein Krankheitsverständnis gefördert wird, das weniger von gesellschaftlichen Vorurteilen sowie Stigmatisierungen und mehr durch differenzierte Informationen geprägt wird.

Durch die Integration psychoedukativer Elemente wird gezielt ein Beitrag zur angestrebten **Recovery-Orientierung** geleistet – insbesondere zur in Kapitel 5.2 dargestellten Komponente des **Empowerments**. Die Wissensvermittlung stellt dabei eine zentrale Voraussetzung für Selbstermächtigung dar, verstanden als: „Die Fähigkeit, sich aktiv Zugang zu Informationen, Dienstleistungen und Unterstützungsressourcen zu eröffnen und diese zum eigenen Nutzen

einzusetzen.“ (Herriger 2024, 20). Auch Knuf betont, dass Empowerment nur dann entstehen kann, wenn eine Person genügend über ihre Lebenssituation informiert und in der Lage ist, diese zu begreifen (vgl. Knuf 2020, 112). Untermuert wird dies durch die Studie von Pitschel-Walz et al., die belegte, dass psychoedukative Gruppenprogramme bei Angehörigen von Menschen mit Schizophrenie nicht nur zu einem Wissenszuwachs, sondern auch zu einer Steigerung des Empowerments führten (vgl. Pitschel-Walz et al. 2012, 316). Da ein Mangel an Informationen zu großer Verunsicherung führen kann (vgl. Knuf 2020, 112), die hier als hemmender Faktor für Empowerment betrachtet wird, lässt sich schließen, dass psychoedukative Inhalte zur Reduktion dieser Verunsicherung beitragen können. Es kann gefolgert werden: Eltern, die über die Erkrankung ausreichend informiert sind – wie zuvor dargelegt –, können gesellschaftliche Zuschreibungen und Vorurteile aktiv hinterfragen und sind diesen nicht länger passiv ausgeliefert.

In diesem Sinne wird auch die in Kapitel 5.2 dargestellte Komponente der **Selbstbestimmung** gestärkt. Wie dort bereits ausgeführt, beschreiben Amering und Schmolke einen Umgang mit einschneidenden Lebensveränderungen, der sich auch auf die Eltern übertragen lässt: Sie sollen einen aktiveren und besseren Umgang mit ihrer Belastungssituation finden und sich nicht (mehr) als Opfer der Umstände erleben (vgl. Amering/Schmolke 2012, 27). Wesentlich ist dabei, „[...] das Erlebte zu verstehen und die Kontrolle über die eigene Sicherheit und das eigene Leben wiederzugewinnen.“ (ebd., 27f.) Daraus lässt sich ableiten, dass die Eltern durch die Vermittlung von Wissen eine größere Handlungsfähigkeit entwickeln und somit eine aktivere Rolle im Umgang mit ihren Belastungen einnehmen.

6.2.2 Soziale Gruppenarbeit

Eine zentrale Frage besteht darin, in welchem Setting sich das konzipierte Hilfsangebot am wirkungsvollsten umsetzen lässt. Psychoedukative Maßnahmen werden im Klinikalltag oft in Form von Einzelgesprächen durchgeführt (vgl. Berthold-Losleben et al. 2017, 222). Für das hier vorgestellte Hilfsangebot für Eltern von Menschen mit Schizophrenie wurde jedoch bewusst das **Gruppensetting** gewählt. Diese Entscheidung folgt der Empfehlung von Pitschel-Walz und Bäuml, die die Gruppenarbeit insbesondere im Kontext psychoedukativer Maßnahmen bevorzugen (vgl. Pitschel-Walz/Bäuml 2013, 329). Besonders auf emotionaler Ebene erweist sich der Austausch in der Gruppe als effektiver, um die eigene Perspektive zu reflektieren und zugleich Gefühle von Sicherheit und Kompetenz bei den Teilnehmenden zu fördern (vgl. Pitschel-Walz/Bäuml 2017, 196). Bereits die in Kapitel 2.3 dargestellte Metaanalyse von Pitschel-Walz

et al. zeigt, dass Familieninterventionen im Gruppensetting langfristige wirksamer sind als Angebote im Einzelsetting (vgl. Pitschel-Walz et al. 2001, 83).

Die **Soziale Gruppenarbeit** stellt in der Sozialen Arbeit eine der klassischen und zugleich bewährten Methoden dar (vgl. Simon/Wendt 2022, 11f.). Besonders in der sozialpsychiatrischen Praxis ist sie zentral verankert und integriert auch psychoedukative Inhalte (vgl. Röh/Schreieder 2022, 152). Wesentliche Aspekte der sozialen Gruppenarbeit sind die Entwicklung eines Gemeinschaftsgefühls, der Abbau von Isolation und das Erleben von aufrichtigem Verstandenwerden – wie eine Fachkraft der Sozialen Arbeit eindrücklich im folgenden Zitat beschreibt:

„[...] Alleine schon dieses sich gegenseitig Zunicken: dem geht es ja genauso. Vor allem eben dieses Gefühl zu haben, raus aus der Isolation, auch das Miteinander. (...) Ja, einfach auch den Menschen das Gefühl zu geben, das betrifft mich ja in gleicher Weise, weil wir sind als Menschen zusammen, und das ergibt dann halt eine Gruppe oder eine Gemeinschaft.“ (Simon/Wendt 2022, 106)

Dieses Zitat veranschaulicht das Potenzial der Sozialen Gruppenarbeit, insbesondere im Hinblick auf das **Bedürfnis nach emotionaler Entlastung**. Bereits in psychoedukativen Gruppenangeboten kommt dem Erfahrungsaustausch unter Gleichbetroffenen eine tragende Rolle zu, da er maßgeblich dazu beiträgt, dass „[...] die vermeintliche Einmaligkeit des eigenen Schicksals relativiert werden [kann].“ (Pitschel-Walz/Bäumel 2013, 332f.) Insbesondere in Angehörigengruppen steht der Erfahrungs- und Perspektiv austausch untereinander im Vordergrund (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016, 152). Somit trägt neben den psychoedukativen Inhalten auch das Gruppensetting selbst wesentlich zur emotionalen Entlastung bei.

Daran anschließend lassen sich ergänzend die Ausführungen von Goffman im Zusammenhang mit **Stigmatisierung** aufgreifen. Nach Goffman gehören stigmatisierte Menschen zunächst nur einer „Kategorie“ an – sie bilden jedoch nicht automatisch eine „Gruppe“ im sozialen Sinne (vgl. Goffman 2016, 34f.). Erst durch direkten Kontakt, zwischenmenschliche Beziehungen und das Entstehen eines „Wir“-Gefühls können sie zu einer „Gruppe“ im eigentlichen Sinne werden (vgl. ebd., 35). Goffman betont außerdem, dass Stigmatisierung oft zu sozialem Rückzug führt (vgl. ebd., 27), sodass die Betroffenen häufig „[...] weder die Kapazität für kollektive Aktion noch ein stabiles und umfassendes Muster gegenseitiger Interaktion haben.“ (ebd., 35) Genau an diesem Punkt kann die Soziale Arbeit gezielt mit Hilfsangeboten wie der hier konzipierten Angehörigengruppe ansetzen: Sie ermöglicht den Übergang – im Sinne Goffmans – von einer losen stigmatisierten Kategorie zu einer unterstützenden, verbundenen Gruppe.

Dies stellt eine zentrale Grundvoraussetzung für die **Entstigmatisierung** dar – ein Aspekt, der im folgenden Abschnitt zur Selbsthilfeorientierung vertiefend behandelt wird.

6.2.3 Selbsthilfeorientierung

Zahlreiche Aspekte der allgemeinen Sozialen Gruppenarbeit überschneiden sich mit dem Ansatz der **Selbsthilfe sowie den Konzepten „klassischer“ Selbsthilfegruppen**. Diese positiven Effekte sollen daher auch gezielt in das Konzept der Angehörigengruppe einfließen. Wie in Kapitel 5.3 erläutert, zeichnen sich Selbsthilfegruppen dadurch aus, dass Menschen in ähnlichen Lebenssituationen freiwillig zusammenkommen, um sich gegenseitig zu unterstützen (vgl. Humphreys/Rappaport 1994, 218). Diese Grundidee wird auch in diesem Konzept aufgegriffen: Durch die ausschließliche Einbindung der Eltern von Menschen mit Schizophrenie wird bewusst eine Nähe zur Struktur und Funktion klassischer Selbsthilfegruppen geschaffen.

In diesem Zusammenhang lässt sich ableiten, dass durch die Selbsthilfeorientierung insbesondere die in Kapitel 4.3 benannten **Bedürfnisse der Eltern nach sozialem Austausch und emotionaler Entlastung** aufgegriffen werden. Dabei wird explizit die Realisierung des gegenseitigen Erfahrungsaustausches innerhalb von Angehörigengruppen hervorgehoben, der zum einen die gezielte gegenseitige Hilfe der Betroffenen untereinander ermöglicht und zum anderen wesentlich zur emotionalen Entlastung beiträgt (vgl. Leucht et al. 2019, 350). So kann beispielsweise den zentralen Gefühlen von Schuld und Scham wirksam begegnet werden (vgl. ebd.).

In der Angehörigengruppe soll deshalb gezielt ein Raum geschaffen werden, der den Eltern einen gegenseitigen Austausch über ihre jeweiligen Bewältigungsstrategien und -versuche ermöglicht (vgl. Kröger et al. 2022, 235). Der Erfahrungsaustausch wird von vielen Angehörigen gezielt gesucht und trägt potenziell zur Erweiterung ihrer individuellen Perspektive hinsichtlich ihrer eigenen Situationen bei (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016, 152). Gleichzeitig verdeutlicht er den Eltern, dass sie mit ihren Belastungen nicht allein sind (vgl. Kröger et al. 2022, 235). Damit wird das zentrale Prinzip der Selbsthilfe – die gegenseitige Hilfe – im Konzept berücksichtigt und trägt insbesondere dem in Kapitel 4.3 identifizierten **Bedarf nach Unterstützung** Rechnung – ergänzend neben der professionellen Unterstützung der Fachkräfte durch die Wissensvermittlung.

Hieran lässt sich der Beitrag zur **Entstigmatisierung** anknüpfen, der neben dem Abbau von Schuldgefühlen im Zentrum dieses Konzepts steht. Um die Bedeutung dieses Punktes zu

unterstreichen, werden die in Kapitel 4.2.3 herausgearbeiteten Formen von Stigmatisierung rekapituliert, mit denen die Eltern konfrontiert sind: Erstens erfahren sie aufgrund der Beziehung zu ihrem erkrankten Kind eine Mitstigmatisierung (vgl. Goffman 2016, 42). Zweitens werden sie aufgrund der fehlenden Sichtbarkeit ihres Stigmas den „Diskreditierbaren“ zugeordnet (vgl. ebd., 56). Drittens – wie in Kapitel 4.2.3 ausgeführt – sind sie auch unabhängig davon gesellschaftlicher Stigmatisierung ausgesetzt, da ihre Elternrolle in Frage gestellt wird. Letzterer Aspekt wird besonders durch die in Kapitel 4.2 dargestellte historische Ursachenforschung zusätzlich verstärkt.

In der Theorie von Goffman finden sich bereits Ausführungen zu zentralen Aspekten der Selbsthilfegruppe, die er konkret im Hinblick auf den Abbau von Stigmatisierung thematisiert. Die Menschen mit gleichem Stigma fasst er unter die „sympathisierenden Anderen“ zusammen (vgl. Goffman 2016, 31) – im Kontext dieses Konzepts sind dies die Eltern von Menschen mit Schizophrenie. Er hebt eindrücklich die wichtigen Vorteile des Austausches unter Gleichbetroffenen hervor, die auch in der heutigen Selbsthilfe eine zentrale Rolle spielen und zugleich konkret zum Abbau von sowie zum Umgang mit Stigmatisierung beitragen:

„Da sie aus eigener Erfahrung wissen, was es bedeutet, dieses bestimmte Stigma zu haben, können einige von ihnen das Individuum mit den besonderen Berufstricks und einem Lamentierkreis versorgen, in den es sich zurückziehen kann zur moralischen Unterstützung und wegen des Behagens, sich zu Hause, entspannt, akzeptiert zu fühlen, als eine Person, die wirklich wie jede andere normale Person ist.“ (Goffman 2016, 31)

Goffman thematisiert damit den zuvor behandelten Aspekt der gegenseitigen Unterstützung. Er führt aus, dass das Teilen eines Stigmas dazu beitragen kann, Erfahrungen sowie Strategien („Berufstricks“) weiterzugeben, was darauf hinweist, dass Außenstehende ohne Eigenerfahrung nicht über diese verfügen. Hinsichtlich des „Lamentierkreises“ lässt sich ableiten, dass damit ein geschützter Rückzugsraum gemeint ist, in dem Zugehörigkeit sowie Akzeptanz erfahren werden können und der hier im Rahmen der Angehörigengruppe geschaffen werden kann. Dies ist von besonderer Bedeutung, da die Stigmatisierung bei den Eltern das Gefühl erzeugen kann, negativ von den „normalen“ Menschen abzuweichen und nicht als dazugehörig akzeptiert zu werden (vgl. Goffman 2016, 13; 16). Zudem kann die Sorge vor Stigmatisierung durch andere Personen dazu führen, soziale Kontakte zu vermeiden (vgl. ebd., 27). Insbesondere bei den Diskreditierbaren verschärft sich dies, da sie für sich immer wieder abwägen müssen, ob und wem sie von ihrem Stigma erzählen (vgl. ebd., 56). Die Angehörigengruppe kann im Sinne des Zitats hier einen sicheren Ort bieten, um sozialer Isolation

entgegenzuwirken und das Bedürfnis nach Austausch sowie Unterstützung unter Gleichbetroffenen zu befriedigen und damit ein Gefühl von Normalität zu fördern.

Das Gruppensetting in Verbindung mit Selbsthilfe greift die in Kapitel 5.3 zentralen Komponenten des **Empowerments** sowie der **Selbstbestimmung** im **Recovery-Ansatz** auf. Übertragen auf diesen Zusammenhang betont Herriger: „Die Bereitschaft und die Fähigkeit, sich belastenden Lebensproblemen aktiv zu stellen [...], wünschenswerte Veränderungen zu buchstabieren und hilfreiche Ressourcen der Veränderung zu mobilisieren.“ (Herriger 2024, 20)

Durch die Teilnahme an der Angehörigengruppe können die Eltern somit einen wichtigen Schritt aus der häufig erlebten Isolation machen und Teil einer unterstützenden Gemeinschaft werden (vgl. ebd., 21). Im Vordergrund steht dabei die Möglichkeit der Eltern, ihre eigene Situation aktiv zu beeinflussen sowie im Rahmen der Gruppe soziale Anerkennung und Selbstwerterfahrungen erleben zu können (vgl. ebd.). Das Gruppensetting kann somit neue Wege eröffnen, um selbstbestimmt einen konstruktiveren Umgang mit der belastenden Situation zu finden (vgl. Amering/Schmolke 2012, 27f.).

Dies geschieht stets im Sinne der **Ressourcenorientierung** als weitere zentrale Komponente des Recovery-Ansatzes – wie in Kapitel 5.2 dargestellt. Bei der ressourcenorientierten Arbeit ist das Ziel, den Fokus von den bestehenden Defiziten hin zu den vorhandenen Fähigkeiten – also Ressourcen – zu lenken und die Eltern dabei zu unterstützen, diese in ihrer Situation auch selbst bewusst wahrzunehmen und gezielt zur Problembewältigung einsetzen zu können (vgl. Knuf 2020, 26f.). Dadurch können Selbsthilfepotenziale entfaltet sowie Selbsthilfestrategien entwickelt werden (vgl. ebd., 28). Dies soll in der Angehörigengruppe besonders durch den unterstützenden Austausch realisiert werden, indem gemeinsam Bewältigungsstrategien im Umgang mit den Belastungen entdeckt, miteinander geteilt und mobilisiert werden können.

6.2.4 Gruppenleitung mit integriertem Peer-to-Peer-Ansatz

Eine weitere zentrale konzeptionelle Frage im Rahmen der Angehörigengruppe betrifft die Besetzung der **Gruppenleitung**. Die „klassischen“ Selbsthilfegruppen, wie in Kapitel 5.3 beschrieben, arbeiten dabei häufig ohne professionelle Unterstützung (vgl. Humphreys/Rappaport 1994, 219). Auch wenn diese Handhabung gewisse Vorteile mit sich bringen kann, orientiert sich das hier entwickelte Konzept an dem Vorschlag von Dörner, der konkret für Angehörigengruppen zwei Fachkräfte unterschiedlichen Alters für die Moderation empfiehlt (vgl. Dörner 2001, 85). Aus seiner Sicht sollten diese idealerweise aus dem Stammpersonal kommen,

um für Beständigkeit zu sorgen und somit zu einer besseren Wirksamkeit beizutragen (vgl. Dörner 2001, 85).

Für das hier entwickelte Konzept wurde der Ansatz von Dörner leicht modifiziert: Es wird auf eine Leitungsübernahme durch eine Fachkraft aus dem Stammpersonal verzichtet, da die Angehörigengruppe bewusst unabhängig von der Person mit Schizophrenie stattfinden soll. Diese Entscheidung fußt auf der bereits in Kapitel 5.3 erwähnten Empfehlung der S3-Leitlinie für Schizophrenie, die Angehörigen auch dann zu unterstützen, wenn die erkrankte Person den Einbezug dieser ablehnt (vgl. DGPPN 2019b, 158). Diese Unterstützung soll durch eine Fachkraft erfolgen, die nicht im Behandlungsprozess eingebunden ist (vgl. ebd.).

Die **feste Leitung** soll hierbei durch **eine sozialarbeiterische oder sozialpädagogische Fachkraft** übernommen werden. Die Wahl fiel auf eine Fachkraft der Sozialen Arbeit, da diese nicht nur als eine geeignete Leitung psychoedukativer Gruppen angeführt wird (vgl. Bäuml/Pitschel-Walz 2020, 116; Clausen/Eichenbrenner 2016, 158), sondern auch mit der Sozialen Gruppenarbeit über eine zentrale Methode ihres Berufsfelds verfügt (vgl. Simon/Wendt 2022, 11). Daraus lässt sich eine besondere Qualifikation für die Übernahme der Leitung eines solchen Gruppenangebots ableiten.

Zudem zeigte sich, dass psychoedukative Gruppen mit ärztlicher oder psychologischer Leitung häufig aus Zeit- und Ressourcengründen nicht zustande kommen, weshalb in der Fachliteratur eine anderweitige Besetzung empfohlen wird (vgl. Rummel-Kluge/Pitschel-Walz/Hansen/Helbig/Popp/Kissling 2008, 308). Die Einbindung von Sozialarbeitenden kann hier potenziell Abhilfe schaffen. Um dennoch eine fundierte Informationsvermittlung zur Erkrankung zu gewährleisten, sollen andere Professionelle als Referierende im Angebot punktuell eingebunden werden (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016, 152). Deshalb sollen gezielt medizinische, psychologische oder therapeutische Fachkräfte einbezogen werden, insbesondere zur Vermittlung von Krankheitswissen oder bei konkreten themenspezifischen Bedarfen der Teilnehmenden. Da sich ihre Einbindung auf einen geringeren Umfang beschränkt, scheint die Umsetzung mit Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen realistischer.

Wie in Kapitel 5.3 im Zusammenhang mit der Angehörigengruppe dargelegt, übernimmt auch hier die Fachkraft der Sozialen Arbeit primär eine **begleitende Leitungsrolle** (vgl. Dörner 2001, 95). Dies entspricht einer recovery-orientierten Grundhaltung, die verkörpert wird, indem die Fachkraft die Eltern ermutigend und moderierend unterstützt (vgl. Clausen/Eichenbrenner

2016, 43). Die aktive Steuerung der inhaltlichen Gestaltung der Gruppentreffen obliegt dabei stets den Teilnehmenden selbst, wobei das Hauptanliegen verfolgt wird, die gezielte Förderung ihrer Selbsthilfepotenziale zu erreichen (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016, 43). Diese Vorgehensweise entspricht dem in Kapitel 4.3 identifizierten **Bedürfnis nach Unterstützung** im Sinne des **Recovery-Ansatzes**. Indem die Fachkraft die Teilnehmenden dabei unterstützt, ihre Selbsthilfemöglichkeiten aktiv zu nutzen und ihnen dabei größtmögliches selbstbestimmtes Handeln ermöglicht (vgl. Knuf 2020, 12), wird das Prinzip von Selbstermächtigung als zentraler Bestandteil von **Empowerment** und **Selbstbestimmung** gezielt umgesetzt.

Ergänzt wird die **zweite Leitungsposition** stattdessen durch eine **geschulte Peer-Person** – also einen Elternteil eines Menschen mit Schizophrenie. Die Peer-Unterstützung gilt als wertvolle Ergänzung bestehender Angebote (vgl. Utschakowski 2015, 12). Damit wird der in Kapitel 5.3 beschriebene Peer-to-Peer-Ansatz durch die Einbindung einer Peer-Person in der Gruppenleitung praktisch umgesetzt. Die positiven Effekte solcher Peer-Begleitungen sind empirisch belegt: Die in Kapitel 4.1 aufgegriffene Pilotstudie von Heumann et al. zeigt, dass allgemein die Angehörigen von Menschen mit psychischer Erkrankung mit der Begleitung durch eine Peer-Person anhaltend zufrieden waren und diese sowohl mit einer Reduzierung ihrer subjektiven Belastung als auch mit einer Verbesserung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität einherging (vgl. Heumann et al. 2016, 51). Daher liegt nahe, dass die Beteiligung einer geschulten Peer-Person in der Gruppenleitung ähnliche positive Effekte für die Eltern entfalten kann.

Die **Kombination von Fachkraft und Peer-Person** bietet die Möglichkeit, dass professionelles Wissen mit erfahrungsbasiertem Wissen produktiv komplementiert und verknüpft werden kann (vgl. Hancken 2023, 358). Wie in Kapitel 5.3 erwähnt, gelten Peers als Expert:innen aus eigener Erfahrung (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016, 36). Sie vermitteln den Betroffenen „[...] das Gefühl, den Peerspezialisten vertrauen zu können, verstanden zu werden und die richtige Hilfe zu bekommen.“ (Utschakowski 2015, 11) Utschakowski sieht in der Peerarbeit eine neue qualitative Unterstützungsform, die an der Lebenswelt der Betroffenen ansetzt und nicht stigmatisierend wirkt (vgl. ebd.). Dieser Effekt kann man auch auf die Angehörigengruppe übertragen.

Wichtig ist, dass sie auf eigene bewährte Problemlösestrategien zurückgreifen können, die ihnen bereits geholfen haben (vgl. Utschakowski 2015, 11). In dieser Hinsicht können sie Fachkräften teilweise überlegen sein, da diese zumeist keine persönlichen Erfahrungen mitbringen

(vgl. Utschakowski 2015, 11). In Kapitel 5.3 wurde schon angeführt, dass Peer-Personen somit durch ihre Perspektive potenziell einen besonderen Zugang zu den Eltern ermöglichen und ein Gefühl von echtem Verstandenwerden, Akzeptanz sowie Zugehörigkeit vermitteln können (vgl. ebd.). Daraus kann gefolgert werden, dass sie durch ihr Erfahrungswissen eine besondere Authentizität mitbringen und den **Bedürfnissen der Eltern nach emotionaler Entlastung, Austausch und Unterstützung** auf einer anderen Ebene entsprechen können als allein die Fachkraft oder die anderen Eltern, die noch unmittelbar in der gleichen Situation stecken.

Der Peer-to-Peer-Ansatz bietet zudem Potenzial zur **Entstigmatisierung** – nach dem gleichen Prinzip wie im Kontext der Selbsthilfe. Um dies nochmal kurz aus Kapitel 6.2.3 zu rekapitulieren: Goffman beschreibt die „sympathisierenden Anderen“ als Personen, die aufgrund ähnlicher Erfahrungen einen geschützten Raum für Verständnis, gegenseitige Unterstützung und Akzeptanz schaffen können (vgl. Goffman 2016, 31). Da die ausgebildete Peer-Person eigenes Erfahrungswissen mitbringt, wird hier angenommen, dass sie ebenfalls in diesem Sinne als „sympathisierende Andere“ gelten kann.

Im Unterschied zu den anderen Eltern nimmt die Peer-Person eine besondere Rolle ein: Wie soeben erläutert, bringt sie nicht nur eigene Erfahrung mit, sondern kann auch gezielt bewährte Problemlösungsstrategien weitergeben (vgl. Utschakowski 2015, 11). Dies entspricht auch Goffmans Feststellung, dass erfahrene Gleichbetroffene, die im Umgang mit der Belastung fortgeschrittener sind, besonders gezielt bei der Stigmatisierungsbewältigung helfen können (vgl. Goffman 2016, 50). Da angenommen wird, dass viele Gruppenteilnehmende sich noch auf der Suche nach geeigneten Bewältigungswegen befinden, lässt sich folgern, dass die Peer-Person als „Vorbild“ für einen konstruktiven Umgang fungieren kann.

Die Peer-Person in der Leitung kann neben der Fachkraft die Funktion des geschützten Rahmens – des „Lamentierkreises“ nach Goffman – besonders stärken, was wesentlich dazu beiträgt, das Gefühl von Normalität zu fördern (vgl. Goffman 2016, 31). Wie in Kapitel 5.3 bereits thematisiert, tragen Angehörigengruppen wesentlich dazu bei, dass die Angehörigen sich nicht mit ihren Herausforderungen allein fühlen (vgl. Kröger et al. 2022, 235). Es lässt sich annehmen, dass die Peer-Person – als jemand, der die Probleme selbst kennt und bewältigt hat – dieses Gefühl auf einer anderen Ebene transportieren und gleichzeitig die Bewältigbarkeit der Situation aufzeigen kann. Denn zugleich vermitteln sie so die Perspektive auf eine Verbesserung der Situation (vgl. Utschakowski 2015, 11). In stigmatisierenden Kontexten

gewinnen Zugehörigkeit und Solidarität an Bedeutung, die als zentrale Elemente der Peearbeit eine wesentliche Rolle spielen (vgl. Utschakowski 2015, 11).

Im Kontext des **Recovery-Ansatzes** zeigen Peer-Personen Parallelen zum „klassischen“ Kontext von Menschen mit psychischer Erkrankung: Sie verdeutlichen, dass es möglich ist, die eigene Erkrankung zu bewältigen oder mit dieser ein sinnerfülltes Leben zu führen (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016, 36). Für Angehörige lässt sich daraus ableiten, dass Peer-Personen exemplarisch vorleben, wie man mit den Belastungen durch die Schizophrenie des Kindes leben und die Auswirkungen produktiv bewältigen kann. Dies entspricht dem in Kapitel 5.2 dargestellten zentralen Recovery-Gedanken, trotz Erkrankung und ihrer Folgen mit ihr leben zu lernen (vgl. Knuf 2020, 13), wobei Finzen betont, dass dieser Lernprozess ausdrücklich auch Angehörige einschließt (Finzen 2020, 13).

Daran anschließend wird die Bedeutung der in Kapitel 5.2 dargestellten **Hoffnungskomponente** im Peer-to-Peer-Ansatz deutlich. Ein Beispiel aus der Praxis hinsichtlich der Wirksamkeit des Ansatzes ist das „Experienced Involvement“-Projekt (EX-IN) von Jörg Utschakowski, in dem Menschen mit Psychiatrieerfahrungen als Genesungsbegleitende in der psychiatrischen Praxis als Ehrenamt oder Berufstätigkeit aktiv sind (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016, 37). Utschakowski empfiehlt ausdrücklich ein Tandem aus Peer-Person und Fachkraft (vgl. Utschakowski 2015, 69) und hebt den bereits thematisierten wichtigen Beitrag der Peer-Person – etwa beim Vermitteln von Hoffnung und beim Stärken der Überzeugung, dass Fortschritte möglich sind – hervor (vgl. ebd., 11). Dabei können sie für die betroffenen Eltern als „Inspiration“ fungieren: „Allein die Tatsache, dass sie als Beraterinnen, Begleiter oder Fürsprecher arbeiten, gibt den Hilfesuchenden das Gefühl, dass man es schaffen kann, dass es Licht am Ende des Tunnels gibt.“ (ebd., 11f.) Obwohl EX-IN sich in erster Linie auf Menschen mit eigener Psychiatrieerfahrung fokussiert, betonen Clausen und Eichenbrenner, dass auch erfahrene Angehörige als Peer-Personen agieren und andere Angehörige beraten können (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016, 36). Diese Erkenntnisse lassen sich übertragen.

Daraus lässt sich folgern, dass die Peer-Person den Blickwinkel der Eltern verstärkt auf ihre eigenen Ressourcen und Handlungsspielräume lenken kann – ein zentrales Ziel der in Kapitel 5.2 dargestellten **ressourcenorientierten Arbeit** im Sinne des Recovery-Ansatzes.

6.3 Praktische Ausgestaltung der Angehörigengruppe

Dieses Kapitel widmet sich der Skizzierung der praktischen Ausgestaltung der Angehörigengruppe. Zunächst werden die organisatorischen Rahmenbedingungen abgesteckt, bevor anschließend exemplarisch auf die konkrete inhaltliche Umsetzung eingegangen wird.

6.3.1 Organisatorische Rahmenbedingungen

Die organisatorischen Rahmenbedingungen orientieren sich zum einen überwiegend an den von Pitschel-Walz und Bäuml in einem gemeinsamen Beitrag beschriebenen Rahmenbedingungen für psychoedukative Gruppen, die sie als organisatorische Qualitätskriterien bezeichnen (vgl. Pitschel-Walz/Bäuml 2016, 5). Zum anderen werden vermehrt die Ausführungen von Pitschel-Walz allein herangezogen, die konkret aufzeigen, wie insbesondere die Gruppenstrukturen psychoedukativer Angehörigengruppen gestaltet werden können, um die Teilnahmewahrscheinlichkeit zu erhöhen (vgl. Pitschel-Walz 2008, 93ff.).

Da sich hier für die konzipierte Angehörigengruppe vor allem auf die allgemeinen strukturellen Gestaltungsaspekte des Gruppenangebots (z.B. Gruppengröße, Gruppenform, zeitlicher Rahmen etc.) bezogen wird, die noch nicht die inhaltliche Ebene der Gruppensitzungen tangieren, werden die Erkenntnisse als anschlussfähig beurteilt – auch wenn der Fokus in diesem Konzept nicht alleinig auf der Psychoedukation liegt. Daher lassen sie sich sinnvoll auf die praktische Umsetzung im Gruppenkontext übertragen.

Wie in Kapitel 6.1 ausführlich begründet, handelt es sich bei der vorliegenden Angehörigengruppe um eine **separate Gruppe für die Eltern**, also getrennt von der erkrankten Person, um innerhalb dieser gezielter auf ihre individuellen Bedürfnisse eingehen zu können (vgl. Pitschel-Walz 2008, 100) und ihnen Raum zu geben, sich auf sich selbst zu fokussieren (vgl. Dörner 2001, 77). Die Fokussierung auf die **Zielgruppe der Eltern von Menschen mit Schizophrenie** folgt der in Kapitel 6.1 thematisierten Empfehlung einer **diagnosespezifischen Angehörigengruppe**, da somit krankheitsspezifische Besonderheiten und die besondere Belastungssituation der hier fokussierten Eltern besser berücksichtigt werden können (vgl. Pitschel-Walz 2008, 103). Untermauert wird diese Entscheidung durch die in Kapitel 2.3 und 6.2.2 bereits zitierte Metaanalyse von Pitschel-Walz et al., die ergab, dass allgemein Familieninterventionen eine höhere Effektivität aufwiesen, wenn diese ausschließlich auf das Krankheitsbild der Schizophrenie ausgerichtet waren, als bei den Interventionen, die verschiedene psychische Erkrankungen adressierten (vgl. Pitschel-Walz et al. 2001, 85). Ansonsten erfolgt **keine**

weitere Differenzierung (z.B. nach Geschlecht, Alter, Krankheitsdauer des Kindes), da somit eine erwünschte Mischung entsteht, um produktiv zu einem vielfältigeren Perspektiv- sowie Erfahrungsaustausch beizutragen (vgl. Pitschel-Walz 2008, 103).

Es wird vorgeschlagen, dass bei Angehörigen die Gruppe in einem einwöchigen bis dreiwöchigen Rhythmus stattfindet (vgl. Borbé et al. 2017, 1179; Pitschel-Walz/Bäuml 2016, 5). Für die hier konzipierte Angehörigengruppe wurde ein **zweiwöchiger Rhythmus** gewählt. Es wird ein fester Termin festgelegt (vgl. Pitschel-Walz 2008, 102), der hier konkret auf **mittwochs von 18:00 bis 20:00 Uhr** angesetzt wurde. Damit wird zugleich berücksichtigt, dass auch berufstätige Eltern das Gruppenangebot wahrnehmen können (vgl. ebd.). Die **Sitzungsdauer von 120 Minuten** (inklusive Pause) liegt in dem für Angehörigengruppen empfohlenen Rahmen von 100 bis 150 Minuten (vgl. Borbé et al. 2017, 1179; Pitschel-Walz/Bäuml 2016, 5). Die als angemessen angesehene Zahl der Teilnehmenden bei Angehörigengruppen liegt zwischen 8 und 20 Personen (vgl. Bäuml/Pitschel-Walz 2020, 116). Bei der hier entwickelten Angehörigengruppe beträgt die **maximale Teilnehmendenanzahl 14 Personen**.

Es wird zudem empfohlen, die Anzahl der Sitzungen insbesondere für von Fachkräften geleiteten Angehörigengruppen festzulegen (vgl. Pitschel-Walz 2008, 100), wobei meist 8 bis 16 Treffen als sinnvoll erachtet werden (vgl. Pitschel-Walz/Bäuml 2016, 5). Jedoch wird in dieser Angehörigengruppe die genaue **Anzahl der Treffen im Vorfeld bewusst nicht festgelegt**, sondern soll flexibel am Bedarf der Teilnehmenden ausgerichtet werden. Außerdem soll langfristig die Angehörigengruppe in eine **Selbsthilfegruppe** ohne die Fachkraft übergehen, wobei der Übergang von dieser begleitet werden soll (vgl. Dörner 2001, 93). Auch die Dauer dieser Übergangszeit wird nicht festgelegt, sondern am Bedarf der Teilnehmenden angepasst. So können die Teilnehmenden „[...] sich die durch die Gruppe ermöglichte Hilfe in ihrem Lebensbereich selbst schaffen [...]“ (Dörner 2001, 94) und dabei „[...] in einen ähnlichen, aber dauerhaften, vielleicht lebensbegleitenden Gesprächsaustausch treten.“ (ebd.) Damit wird dem zentralen Prinzip der Sozialen Arbeit – der „Hilfe zur Selbsthilfe“ – Rechnung getragen (vgl. Walther 2023, 22).

Die Teilnahme an der Angehörigengruppe ist **freiwillig** (vgl. Pitschel-Walz/Bäuml 2016, 5). Aufgrund ihrer bevorzugten Eignung für psychoedukative Angehörigengruppen wird die hier konzipierte Gruppe in **geschlossener Form mit einem festen Teilnehmendenkreis** durchgeführt (vgl. Pitschel-Walz 2008, 104). Somit wird ein stabiler Rahmen geschaffen, der die grundlegende

Voraussetzung für die Entwicklung eines Gruppenzusammenhalts bildet und den Aufbau von beispielsweise Vertrauen, Solidarität, gegenseitiger Unterstützung sowie tragfähigen Beziehungen zwischen den teilnehmenden Eltern fördern kann (vgl. Pitschel-Walz 2008, 104). Dies erscheint gerade bei den sensiblen und persönlich belastenden Themen sinnvoll zu sein, mit denen Eltern von Menschen mit Schizophrenie konfrontiert sind – wie etwa die in Kapitel 4.2 dargestellten Stigmatisierungserfahrungen sowie Schuldzuweisungen und -gefühle. Zudem wurde bereits in Kapitel 6.2.3 und 6.2.4 aufgezeigt, dass ein geschützter Raum unter Gleichbetroffenen wichtig ist. Die Gruppenform trägt diesen Aspekten Rechnung. Diese Handhabung legt auch die Notwendigkeit einer **verbindlichen Anmeldung** zur Gruppenteilnahme nahe.

Da aber gerade durch eine offene Gruppenform die Aufnahme neuer Teilnehmenden ermöglicht wird (vgl. Pitschel-Walz 2008, 104), soll es hier eine **Ausnahmeregelung** geben, wenn beispielsweise Teilnehmende die Gruppe verlassen sollten und potenzielles Interesse von anderen Eltern besteht. Damit soll ermöglicht werden, dass die Plätze gerade bei größerem Schwund nicht ungenutzt bleiben. Eine eventuelle Nachbesetzung soll jedoch eine seltene Ausnahme bleiben und stets in Absprache mit den Gruppenmitgliedern sowie unter sorgfältiger Abwägung der Gruppendynamik erfolgen, um diese nicht zu stören.

Ausgehend von der in Kapitel 6.1 begründeten **Angehörigenzentrierung**, erscheint es wenig sinnvoll, die Gruppe an dem Ort anzusiedeln, an dem das erkrankte Kind institutionell angebunden ist. Bereits Katschnig und Konieczna führten aus, dass der Angehörigenarbeit Grenzen gesetzt werden, wenn beispielsweise die Leitung durch die therapeutische Fachkraft des Kindes übernommen wird oder diese derselben institutionellen Einbettung entstammt (vgl. Katschnig/Konieczna 1989, 215). Denn dies kann die Offenheit der Eltern einschränken und sie hemmen, weil sie zum Beispiel vor der zuständigen Fachkraft einen guten Eindruck machen möchten (vgl. ebd.). Zudem kann dies auch seitens der Fachkraft zu einem kontraproduktiven Loyalitätskonflikt führen (vgl. ebd.).

Eine neutrale Leitung ohne Vorwissen oder institutionelle Verbindung zum erkrankten Kind fördert dagegen eine größere Offenheit, um „[...] emotionale Probleme viel eher und leichter anzusprechen und zu bearbeiten, vor allem auch die oft vorhandene Unzufriedenheit mit der psychiatrischen Betreuung.“ (ebd., 217) Außerdem müssen sie so keine Parteilichkeit der Fachkraft gegenüber ihrem Kind befürchten (vgl. ebd.). Daraus lässt sich folgern, dass im Gruppensetting auf diese Weise ein neutraler, unabhängiger Rahmen gewährleistet werden kann.

Übertragen auf die hier konzipierte Angehörigengruppe würde dies sowohl die leitende Fachkraft der Sozialen Arbeit und die Peer-Person als auch die eingeladenen Fachkräfte betreffen. Deshalb wurde entschieden, die Angehörigengruppe im **ambulanten Setting in einer Einrichtung der Sozialen Arbeit** stattfinden zu lassen, um dies bestmöglich realisieren zu können.

Wichtig ist, dass die Einrichtung **zentral am jeweiligen Ort gelegen** ist, mit einer guten Erreichbarkeit sowohl über öffentliche Verkehrsmittel als auch mit dem Auto, um keine Teilnahmehürde darzustellen (vgl. Pitschel-Walz 2008, 102). Die Räumlichkeiten sollten **ausreichend Ruhe und genügend Platz** bieten (vgl. ebd.). Durch das Bereitstellen von Getränken und einer Kleinigkeit zum Essen kann zusätzlich eine freundliche Atmosphäre geschaffen werden (vgl. ebd., 105). Zudem bietet sich eine Anordnung der Stühle in einem Kreis mit Tischen an, um zum einen direkt möglichen Ängsten hinsichtlich der Teilnahme entgegenzuwirken und zum anderen den Kontakt unter den Teilnehmenden zu erleichtern (vgl. ebd.). Die Angehörigengruppe könnte beispielsweise in einer niedrigschwelligen Kontakt- und Beratungsstelle stattfinden, in der häufig Gruppenangebote etabliert sind und die in ihrer gemeindepsychiatrischen Ausrichtung direkt in ihrem Lebensumfeld ansetzen kann (vgl. Eichenbrenner/Ruhl 2023, 150). Auch andere soziale Einrichtungen kommen in Frage, sofern sie die genannten Rahmenbedingungen erfüllen.

6.3.2 Inhaltliche Gestaltung

Die inhaltliche Gestaltung der Angehörigengruppe orientiert sich an dem im Recoveryseminar enthaltenen zentralen **Prinzip der Koproduktion und der dortigen seminaristischen Ausrichtung** (vgl. Zuaboni/Schneider 2019, 202f.). Das Recoveryseminar wurde zwar für psychiatrische Akutstationen entwickelt, aber da es sich explizit um ein recovery-orientiertes Gruppenangebot handelt (vgl. ebd., 200) und die vorliegende Angehörigengruppe ebenfalls eine Recovery-Orientierung anstrebt, erscheint der Rückgriff sinnvoll. Zudem basiert das Recoveryseminar sowohl auf Erfahrungen aus der Praxis als auch auf literaturgestützten Kenntnissen (vgl. ebd.), weshalb es fachlich fundiert ist und bewährte praktische Aspekte aufgreift, was eine begründete Übertragbarkeit ermöglicht. Da außerdem davon auszugehen ist, dass es sich bei der Koproduktion sowie der seminaristischen Ausrichtung um übergeordnete Prinzipien der inhaltlichen Gestaltung handelt und weniger um spezifische inhaltliche Vorgaben, lassen sich diese Aspekte in geeigneter Weise auf die Angehörigengruppe übertragen.

Beim **Prinzip der Koproduktion** steht im Vordergrund, dass die Teilnehmenden des Gruppenangebots – hier also die Eltern – aktiv an der thematischen Ausgestaltung und Durchführung im Sinne einer partizipativen Mitgestaltung eingebunden werden (vgl. Zuaboni/Schneider 2019, 202). Die nachfolgend entwickelten Ideen zur inhaltlichen Gestaltung sind daher exemplarischen Charakters und sollen in der Praxis flexibel sowie bedarfsorientiert an die individuellen Anliegen der Eltern angepasst werden.

Gleichzeitig soll die Angehörigengruppe eine **seminaristische Ausrichtung** verfolgen, die „[...] den Fokus auf den Erwerb und die Vertiefung von Wissen setzt, das interaktiv in kleineren Gruppen erworben wird.“ (Zuaboni/Schneider 2019, 203) Zentral sind dabei der Austausch von Informationen, Erfahrungen und Perspektiven sowie die Förderung der Selbstreflexion der Teilnehmenden (vgl. ebd.). Dies entspricht auch Dörners Ansicht, der die Angehörigengruppe als einen Ort des lebensnahen, proaktiven und individuellen, aber auch gemeinsamen Lernens beschreibt (vgl. Dörner 2001, 95).

Der in Kapitel 6.2.4 begründeten **begleitenden Rolle der leitenden Fachkraft der Sozialen Arbeit** kommt besondere Bedeutung zu. Ihre konkrete Aufgabe in der hier konzipierten Angehörigengruppe ist beispielsweise die Anregung dieser Reflexionsprozesse, das Stellen von kritischen Nachfragen und die stetige Ermutigung der Teilnehmenden zur Selbstfokussierung (vgl. Dörner 2001, 95). Außerdem soll gerade die Vermittlung des theoretischen Wissens zum Krankheitsbild und beispielsweise zu Unterstützungsangeboten von ihr übernommen werden. Beides entspricht den zentralen Aufgaben der Vermittlung von Informationen und Steuerung von Gruppenprozessen, wie sie auch etwa die therapeutische Leitung in psychoedukativen Gruppen übernimmt (vgl. Pitschel-Walz/Bäumel 2013, 333).

Die Hauptaufgabe der **leitenden Peer-Person** soll hingegen vor allem sein, dass sie – wie ebenfalls in Kapitel 6.2.4 thematisiert – ihr Erfahrungswissen und bewährte Bewältigungsstrategien für den gemeinsamen Austausch mit den teilnehmenden Eltern einbringt, um einen besonderen Zugang zu ihrer Erfahrungswelt zu ermöglichen (vgl. Utschakowski 2015, 11). Diese Funktion kann nur von der Peer-Person erfüllt werden, da die Fachkraft, wie bereits dargestellt, solche Erfahrungen meist nicht in gleicher Weise mitbringt (vgl. ebd.).

Gemäß dem Prinzip des Recovery-Seminars übernehmen die Fachkraft und die Peer-Person auch in dieser Angehörigengruppe **abwechselnd die Moderation** und bringen sich je nach Thema und Kompetenz in das Gruppengespräch ein (vgl. Zuaboni/Schneider 2019, 203).

Auch diese inhaltliche Struktur soll dem in Kapitel 6.3.1 angeführten Prinzip der „Hilfe zur Selbsthilfe“ Rechnung tragen, indem die Teilnehmenden durch diese Handhabung nicht bevormundet werden. Gleichzeitig knüpft dies an den in Kapitel 5.2 dargestellten Gedanken des Empowerments an, der insbesondere auf die Selbstbefähigung sowie Selbstbemächtigung abzielt und beispielsweise durch Erfahrungen eigeninitiiertter Gestaltung aktiv gefördert werden kann (vgl. Herriger 2024, 20f.). Die hier angestrebte aktive Mitgestaltung und Gestaltungsfreiheit innerhalb der Gruppe sollen dies gezielt unterstützen und zugleich bewusst Erfahrungen von Selbstwirksamkeit⁶ im Sinne dieses Ansatzes ermöglichen (vgl. ebd., 21).

Wie in Kapitel 6.2.1 beschrieben, ist das **Bedürfnis nach Informationen** bei den Angehörigen besonders hoch (vgl. Pitschel-Walz 2008, 99). Um diesem Bedürfnis angemessen zu begegnen, soll in dieser Angehörigengruppe zu Beginn die Wissensvermittlung zur Schizophrenie im Fokus stehen. Dieses Vorgehen kann auch gleichzeitig dazu beitragen, frühzeitig Schuldgefühle abzubauen, da ebenfalls in Kapitel 6.2.1 schon der Zusammenhang zwischen der Informationsvermittlung und der Schuldentlastung herausgearbeitet wurde. Daraus lässt sich ableiten, dass fachliches Wissen ein realistisches Selbstbild der Eltern fördern kann. Dies entspricht zudem auch der in Kapitel 6.2.1 aufgegriffenen Beobachtung von Dörner, der Schuldgefühle als wiederkehrenden thematischen Baustein in seinen Angehörigengruppen identifizierte (vgl. Dörner 2001, 63). All dies unterstreicht die Notwendigkeit einer direkt **zu Beginn stattfindenden Erkrankungsaufklärung** als grundlegenden Bestandteil der Angehörigengruppe.

Finzen hebt in diesem Zusammenhang ebenfalls die fachliche Aufklärung als ersten Schritt in der Angehörigenarbeit hervor und weist darauf hin, dass durch diese auch gezielt Gefühle von Angst und Überforderung abgebaut werden können (vgl. Finzen 2020, 148). Dass diese Angehörigengruppe hierfür einen sinnvollen Rahmen bieten kann, wird dadurch untermauert, dass die alleinige ärztliche Aufklärung häufig unzureichend ist (vgl. ebd.). Er benennt folgende zentrale thematische Aspekte für die Angehörigen: „[...] [E]ine umfassende Aufklärung über die Art der Krankheit, über den Verlauf, die Möglichkeiten der Behandlung, den Stand des medizinischen Wissens und über die Auswirkungen der Stigmatisierung psychischer Störungen auf sie selbst [...]“ (ebd.) Wie in Kapitel 6.2.1 thematisiert, eignet sich insbesondere das Vulnerabilitäts-Stress-Modell zur Erklärung der Entstehung der Schizophrenie und zur gleichzeitigen

⁶ Der Selbstwirksamkeitsbegriff wurde von Bandura geprägt und bezeichnet die subjektive Überzeugung einer Person, durch eigenes Handeln oder Verhalten wirksam Einfluss zu nehmen und ein gewünschtes Ergebnis erzielen zu können (vgl. Bandura 1977, 193). Personen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung rechnen meist mit positiven Ergebnissen, während Personen mit niedriger Selbstwirksamkeitserwartung tendenziell von negativen Resultaten ausgehen (vgl. Bandura 2004, 145).

Schuldentlastung. Zudem soll durch die in Kapitel 6.2.4 ausgeführte Inanspruchnahme externer Referierender eine qualitativ hochwertige Informationsvermittlung sichergestellt werden.

Diese Handhabung bietet sich didaktisch insbesondere zum Start des Gruppenangebots an, da laut Geramanis in der Anfangsphase einer Gruppe das Kennenlernen sowie Ankommen im Vordergrund stehen und die Beteiligung der Teilnehmenden meistens noch zögerlich und abwartend ist (vgl. Geramanis 2017, 235). In dieser Phase sind sie noch verstärkt auf die Gruppenleitung(en) angewiesen (vgl. ebd.). Daher erscheint es sinnvoll, zu Beginn der Angehörigengruppe einen stärkeren strukturierenden Input durch die bereits erwähnten professionellen Referierenden sowie die Gruppenleitungen zu geben. Das Erkrankungswissen soll jedoch nicht frontal vermittelt werden, sondern – wie bereits oben ausgeführt – von den Eltern interaktiv miterarbeitet werden (vgl. Zuaboni/Schneider 2019, 203). Dies ist auch eine übliche Handhabung in psychoedukativen Gruppen (vgl. Pitschel-Walz/Bäumli 2016, 6). Es kann gefolgert werden, dass so in der Anfangsphase neben der Wissensvermittlung zugleich auch ein behutsames Ankommen in der Gruppe und ein erstes Kennenlernen ermöglicht werden.

Wie in Kapitel 4.3 hervorgehoben, ist das Bedürfnis nach emotionaler Entlastung bei den Eltern von Menschen mit Schizophrenie besonders ausgeprägt. In diesem Zusammenhang soll zunächst der Aspekt der **Selbstfürsorge** in den Fokus gerückt werden. Denn gerade, wenn es dem erkrankten Kind schlecht geht, fällt es den Eltern meist schwer, sich um sich selbst zu kümmern: „Ich lasse es mir gut gehen, während er oder sie leidet.“ (Kröger et al. 2022, 239) Dies geht so weit, dass das eigene Leben zurückgestellt wird und beispielsweise auf Urlaube verzichtet wird, wie in Kapitel 2.4 zu den Krankheitsauswirkungen auf die Angehörigen dargestellt (vgl. Koenning 2001b, 28).

Bereits oben wurde angedeutet, dass eine Aufgabe der leitenden Fachkraft der Sozialen Arbeit deshalb unter anderem darin besteht, die Teilnehmenden immer wieder auf sich selbst zurückzuverweisen (vgl. Dörner 2001, 95). Im Mittelpunkt steht die Erkenntnis, dass – übertragen auf die Eltern – diese sich auf sich selbst konzentrieren müssen, damit sie langfristig überhaupt eine tragfähige Unterstützung für ihr Kind sein können (vgl. ebd., 80). Dörner bringt dies prägnant auf den Punkt: „Nur wer für sich selbst verantwortlich ist, kann für andere Verantwortung tragen – eine Regel, die kaum umkehrbar ist.“ (ebd.)

Dauerhafte Belastungen und die Selbstvernachlässigung können sich langfristig negativ auf die Gesundheit der Eltern auswirken (vgl. Kröger et al. 2022, 239). Die Gruppe soll deshalb gezielt

zur Selbstfürsorge ermutigen, indem die Gruppenleitungen die Eltern dabei unterstützen, etwa Belastungen wahrzunehmen, Grenzen in der Verantwortungsübernahme zu setzen und den Blickwinkel auf die eigenen Ressourcen zu lenken (vgl. Kröger et al. 2022, 239) – dies entspricht dem Grundsatz der in Kapitel 5.2 dargelegten ressourcenorientierten Arbeitsweise. Ziel der Angehörigengruppe ist es deshalb zudem, die Eltern darin zu bestärken, wieder mehr Aktivitäten für sich wahrzunehmen, wie beispielsweise wieder in den Urlaub zu fahren (vgl. Dörner 2001, 80).

Im Rahmen der **emotionalen Entlastung** können vielfältige Themen aufkommen. Wie bereits zu Kapitelbeginn angedeutet, ist es wichtig, die Themenbedarfe der Eltern aufzugreifen, um flexibel auf ihre Bedürfnisse eingehen zu können. Deshalb ist beim ersten Termin notwendig, die Erwartungen der teilnehmenden Eltern an die Angehörigengruppe zu erfragen, um unmittelbar auf diese eingehen zu können und den Ablaufplan anhand ihrer Vorstellungen sowie Bedürfnisse zu gestalten (vgl. Pitschel-Walz 2008, 104). Dies soll in Form einer **Eröffnungsrunde** zu Beginn jedes Treffens fortlaufend umgesetzt werden, in der die Teilnehmenden durchgängig eigene Themen miteinbringen können (vgl. ebd.). An dieser Stelle ist es Aufgabe der Gruppenleitungen, die Anliegen zu sammeln und für die Bearbeitung in der Gruppe zu strukturieren (vgl. ebd., 105). Darüber hinaus sollen regelmäßige Rückmeldungen am Ende des Treffens eingeholt werden, die hier in Form von kurzen Feedbackrunden umgesetzt werden sollen (vgl. ebd., 104). Damit soll eine stetige Zufriedenheit der teilnehmenden Eltern sowie ihre kontinuierliche aktive Einbindung gewährleistet werden.

In der vorliegenden Arbeit wurde bereits in Kapitel 4.2 umfassend ausgearbeitet, dass bei Eltern von Menschen mit Schizophrenie häufig **Stigmatisierung, Schuldzuweisung und Schuldgefühle** relevante Themen darstellen. Wie relevant diese in der Praxis sind, zeigt sich darin, dass in der Auflistung der emotionalen Themen, die in psychoedukativen Angehörigengruppen aufkommen könnten, Schuld- sowie Schamgefühle und Stigmatisierung explizit aufgeführt werden (vgl. Pitschel-Walz/Bäumel 2016, 8; Pitschel-Walz/Bäumel 2013, 336). Generell orientiert an den Themen, die in psychoedukativen Angehörigengruppen häufig auftreten, können hier **exemplarisch emotionale Themen** aufgegriffen werden, die naheliegend in der vorliegenden Angehörigengruppe aufgrund der inhaltlichen Überschneidungen und den bisherigen Ausführungen ebenfalls aufkommen können: Hadern mit dem eigenen Schicksal, Isolierung, dem Hinterhertrauern des Lebens vor der Erkrankung, eigene Abgrenzung oder negative

Gefühle gegenüber dem erkrankten Kind (vgl. Pitschel-Walz/Bäuml 2016, 8; Pitschel-Walz/Bäuml 2013, 336). Diese Aufzählung ist nicht abschließend.

6.4 Kritische Reflexion der Konzeptgrenzen

Das vorliegende Konzept der Angehörigengruppe fokussiert sich bewusst auf die **individuelle Ebene**, um die Eltern in ihrer akuten Bedarfslage gezielt zu unterstützen. Dies stellt jedoch nur einen Teil der erforderlichen Veränderung dar, da der ausschließliche Ansatz auf der individuellen Ebene als zu kurz greifend betrachtet wird.

In der S3-Leitlinie zu psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen wird von der DGPPN gerade hinsichtlich der Stigmatisierung allgemein betont, dass es sich vor allem um ein **gesellschaftliches Problem** handelt (vgl. DGPPN 2019a, 61) – und dies lässt sich hier zugleich naheliegend auf den Schuldaspekt übertragen, da in Kapitel 4.2 der enge Zusammenhang zwischen Stigmatisierung, gesellschaftlichen Zuschreibungen und Schuldgefühlen der Eltern von Menschen mit Schizophrenie ausführlich dargestellt wurde.

Zudem kann mit folgendem Zitat der DGPPN die **Notwendigkeit von Interventionen auf der strukturellen Ebene** begründet werden: „Die Ursache von Stigma liegt nicht in den Wahrnehmungen oder Bewertungen von Situationen durch die von Stigma Betroffenen, sondern in einem ungerechten gesellschaftlichen Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen.“ (DGPPN 2019a, 62) Aufgrund der in Kapitel 4.2.3 beschriebenen Mitstigmatisierung der Eltern durch die Schizophrenieerkrankung ihres Kindes lässt sich diese Feststellung auch auf ihre Situation übertragen.

Dies entspricht auch dem praktischen Ansatz der Sozialen Arbeit, die einen Handlungsbedarf auf zwei Interventionsebenen für notwendig erachtet: Neben der individuellen Ebene und der gezielten Unterstützung einzelner Personen – wie hier im Rahmen der Angehörigengruppe – rückt auch die Verbesserung der sozialen Umwelt in den sozialarbeiterischen Fokus (vgl. Walther 2023, 21f.). Dies umfasst somit auch konkret die strukturelle sowie politische Ebene und die darin enthaltenen strukturellen Bedingungen, die beispielsweise maßgeblichen Einfluss auf die gesellschaftliche Teilhabe haben (vgl. ebd., 24).

Hierbei kann die **Edukation** nicht nur bei den betroffenen Eltern selbst innerhalb der Angehörigengruppe, sondern auch als Ansatzpunkt auf der gesellschaftlichen Ebene wirken, um bestehende Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen – und somit auch gegenüber Angehörigen – durch faktische Aufklärung zu relativieren (vgl. Rüscher/Dubi/Ranft 2013, 486). Auch

Finzen vertritt die Ansicht, dass es sich gerade bei der Antistigma-Arbeit um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt und betont, dass außerdem der Öffentlichkeitsarbeit bei der Aufklärung eine wesentliche Rolle zukommt, die als politische Aufgabe in diesem Kontext den Verbänden und Interessenvertretungen der Angehörigen obliegt (vgl. Finzen 2013, 148).

Solche gesellschaftlichen Veränderungen benötigen jedoch viel Zeit und Geduld (vgl. ebd.), Daher betonte Finzen bereits eindringlich: „Die Kranken und ihre Angehörigen brauchen jedoch *heute* Hilfe und Rat.“ (ebd.; Kursivsetzung im Original)

Vor diesem Hintergrund und angesichts der identifizierten Belastungen und Herausforderungen, denen die Eltern ausgesetzt sind, wurde in der vorliegenden Arbeit die individuelle Ebene als erster notwendiger Interventionsschritt in den Fokus gerückt.

7. Fazit

Die vorliegende Arbeit widmete sich umfassend der Fragestellung, wie die Soziale Arbeit mithilfe einer recovery-orientierten Angehörigengruppe Eltern von Menschen mit Schizophrenie in ihren zentralen Herausforderungen zwischen Stigma und Schuld unterstützen kann. Es wurde herausgearbeitet, dass die Eltern als häufige Hauptbezugspersonen eine zentrale Rolle bei Menschen mit Schizophrenie spielen, in der Praxis jedoch oft vernachlässigt werden und dies ihren besonderen Unterstützungsbedarf im Umgang mit ihren Belastungen durch die Erkrankung ihres Kindes begründet.

Die Analyse der Arbeit zeigte, dass die Eltern häufig von gesellschaftlichen Stigmatisierungsprozessen betroffen sind und sie eine **doppelte Stigmatisierung** erfahren: Einerseits eine Mitstigmatisierung aufgrund allgemeiner gesellschaftlicher Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen – insbesondere Schizophrenie – und andererseits gegen die Eltern selbst, indem sie in ihrer Elternrolle in Frage gestellt werden. Dies führt oftmals zusätzlich zu einer Selbststigmatisierung und besonders zu ausgeprägten Schuldgefühlen. Zudem wurde deutlich, dass die Eltern in **zweifacher Weise mit Schuld** konfrontiert sind: Zum einen durch die bis heute spürbaren Auswirkungen der historischen Ursachenforschung der Schizophrenie mit ihren Erklärungsansätzen, die ihnen eine Mitverantwortung an der Krankheitsentstehung und dem Verlauf zugeschrieben haben. Zum anderen durch daraus resultierende Schuldgefühle, wenn diese Zuschreibungen von ihnen als berechtigt internalisiert werden und somit eng mit der Selbststigmatisierung verknüpft sind.

In der Folge fällt es vielen Eltern schwer, einen konstruktiven Umgang mit der Erkrankung ihres Kindes zu finden. Dies resultiert in sozialer Isolation, Überforderung und dem Gefühl allein gelassen zu werden – sowohl vom Hilfesystem als auch vom sozialen Umfeld.

Vor diesem Hintergrund wurde ein recovery-orientiertes Konzept für eine Angehörigengruppe entwickelt, das exemplarisch zeigt, wie gezielte Unterstützung aussehen kann. Die Gruppe kombiniert verschiedene aufeinander abgestimmte Bausteine, um die zentralen Bedürfnisse der Eltern zu adressieren: Die **Psychoedukation** vermittelt zentrales Erkrankungswissen, schafft Sicherheit im Umgang mit dieser und entlastet von Schuld durch Aufklärung. Die **Soziale Gruppenarbeit mit Selbsthilfeorientierung** fördert den Austausch unter Gleichbetroffenen und wirkt durch die Gruppenzugehörigkeit der Isolation entgegen. Zudem ermöglichen der Erfahrungsaustausch und die gegenseitige Unterstützung eine emotionale Entlastung durch authentisches Verständnis und dem Gefühl, in ihrer Situation nicht allein zu sein. Zugleich bietet sie einen Raum zur Reflexion gesellschaftlich verinnerlichter Stigmata sowie Schuldzuweisungen und trägt zur Entwicklung neuer Perspektiven bezüglich ihrer Situation bei. Die Einbindung einer **Peer-Person in der Gruppenleitung** schafft durch ihre eigenen Erfahrungen eine besondere Nähe zu den teilnehmenden Eltern und vermittelt insbesondere Hoffnung, indem sie als Vorbild für eine gelingende Bewältigung dient. Durch die **Kombination aus Fachkraft und Peer-Person in der Gruppenleitung** werden vorteilhaft Fachwissen und Erfahrungswissen in der Angehörigengruppe bewusst miteinander verbunden.

Der interaktive, seminaristische Charakter der Gruppe und die kontinuierliche Koproduktion innerhalb dieser orientierten sich stets an den **zentralen Prinzipien des Recovery-Ansatzes**: Empowerment hinsichtlich Selbstbemächtigung und Selbstwirksamkeit, Selbstbestimmung der Eltern, Ressourcenorientierung anstatt Defizitorientierung und Hoffnung auf eine Besserung ihrer Situation. Auch der angestrebte Übergang zu einer selbstorganisierten Selbsthilfegruppe trägt diesen Prinzipien Rechnung – ganz im Sinne von „Hilfe zur Selbsthilfe“.

Wie wirkungsvoll der **Recovery-Prozess in der Praxis** konkret auch für die Angehörigen sein kann und welche zentralen Chancen er eröffnet – und somit nicht nur ein theoretisches Konstrukt bleibt – zeigt eindrucksvoll das folgende Zitat von Janine Berg-Peer, einer selbst betroffenen Mutter von einer Tochter mit Schizophrenie, die bereits in der Einleitung der vorliegenden Arbeit vor ihrer individuellen Recovery-Reise zitiert wurde:

„Ich habe mich als Opfer deiner [ihrer, L.A.] Krankheit und der Psychiatrie gesehen. Auch von anderen Angehörigen hörte ich damals immer nur Klagen über die Schwierigkeiten mit dem eigenen Kind oder mit der Psychiatrie. Es gab niemanden, der mir Hoffnung machte und der mir sagte, dass man auch mit so einer Krankheit ein gutes Leben führen kann. Recovery ist für mich deshalb ein Prozess, in dem ich gelernt habe, nicht mehr Opfer der Krankheit meiner Tochter zu sein, sondern mein Leben so zu führen, wie ich es führen möchte, und dennoch auch eine Unterstützung für meine Tochter zu sein.“ (Peer/Berg-Peer 2019, 114)

Dieses Zitat verdeutlicht welches Potenzial der Recovery-Prozess insbesondere für die Eltern bietet: von der Opferhaltung hin zu mehr Selbstbestimmung, entstehende Hoffnung auf einen besseren Umgang mit ihrer Situation und um eine tragende Stütze für das erkrankte Kind sein zu können. Ein Potenzial, das durch die hier entwickelte Angehörigengruppe gezielt genutzt und gefördert werden soll.

Insgesamt zeigte sich, dass eine solche recovery-orientierte Angehörigengruppe einen wertvollen Bestandteil innerhalb der psychosozialen Versorgung darstellen kann. Sie trägt wesentlich zur Stärkung der individuellen Bewältigungskompetenzen sowie der Handlungsfähigkeit der Eltern bei – insbesondere im Umgang mit Stigmatisierung und Schuld. Die Soziale Arbeit nimmt hier eine Schlüsselrolle ein, indem sie gezielt einen geschützten Raum für Begegnung unter Gleichbetroffenen, Austausch mit gegenseitigem Verständnis sowie Unterstützung und einem gemeinsamen Lernprozess hinsichtlich der Bewältigung ihrer Lebenssituation schafft.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die hier entwickelte recovery-orientierte Angehörigengruppe einen praxisnahen Ansatz mit hohem Potenzial bietet, der jedoch lediglich eine Ergänzung darstellt und keine alleinige Lösung für die Unterstützung der Eltern sein kann. Nachhaltige Verbesserungen – insbesondere in Bezug auf Entstigmatisierung und Schuldentlastung – erfordern neben individuellen Unterstützungsangeboten zusätzlich auch strukturelle Ansätze sowie ein gesamtgesellschaftliches Umdenken. Erst dann kann eine langfristig wirksame Verbesserung der Lebenssituation der Eltern von Menschen mit Schizophrenie erreicht werden.

Literaturverzeichnis

- Amering, Michaela (2013): Recovery. In: Rössler, Wulf/Kawohl, Wolfram (Hrsg.): Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 2: Anwendung. Stuttgart: Kohlhammer, 342-351.
- Amering, Michaela/Schmolke, Margit (2012): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 5., überarbeitete Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Angermeyer, Matthias C. (1995): Ergebnisse der Forschung zum sozialen Netzwerk schizophrener Kranker. In: Häfner, Heinz (Hrsg.): Was ist Schizophrenie? Stuttgart: Gustav-Fischer-Verlag, 171-188.
- Anthony, William A. (2011): Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. Reprint des Originals von 1993, 521-538. Ursprünglich 1993 erschienen in: Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4), 11-23. Reprint online abgerufen unter: <https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/anthony1993c.pdf> (Zugriff: 06.05.2025).
- Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ in der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation (DGPE) (2008): Konsensuspapier zu psychoedukativen Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen. In: Bäuml, Josef/Pitschel-Walz, Gabriele (Hrsg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart: Schattauer, 1-34.
- Bandura, Albert (1977): Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. In: Psychological Review, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>.
- Bandura, Albert (2004): Health Promotion by Social Cognitive Means. In: Health Education & Behavior, 31(2), 143-164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>.
- Bäuml, Josef/Pitschel-Walz (2020): Psychoedukation und Angehörigenarbeit bei Schizophrenie. In: PSYCH up2date, 14(2), 111-127. <https://doi.org/10.1055/a-0748-8998>.
- Becker, Hansjörg/Katzmann, Karl J. (2001): Missachtung durch die Institution. Eine Untersuchung über „Schwierigkeiten und Probleme von Angehörigen chronisch schizophrener Dauerpatienten“. In: Dörner, Klaus/Egetmeyer, Albrecht/Koenning, Konstanze (Hrsg.): Freispruch der Familie. Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last frei – sprechen. 3., korrigierte Auflage der Neuauflage von 1995. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 33-45.
- Bock, Thomas/Buck, Dorothea/Esterer, Ingeborg (2007): Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. Köln: BALANCE buch + medien verlag.
- Bock, Thomas/Heinz, Andreas (2016): Psychosen. Ringen um Selbstverständlichkeit. Köln: Psychiatrie-Verlag.

- Bock, Thomas/Meyer, Hans-Jochim/Rouhiainen, Tuula (2013): Trialog – eine Herausforderung mit Zukunft. In: Rössler, Wulf/Kawohl, Wolfram (Hrsg.): Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 2: Anwendung. Stuttgart: Kohlhammer, 243-254.
- Bock, Thomas/Sielaff, Gyöngyver/Ruppelt, Friederike/Nordmeyer, Simone/Klapheck, Kristin (2012): Trialog und Psychosenpsychotherapie. In: Psychotherapeut, 57(6), 514-521. <http://dx.doi.org/10.1007/s00278-012-0950-8>.
- Böhnisch, Lothar (2023): Lebensbewältigung. Ein Konzept für die Soziale Arbeit. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.
- Borbé, Raoul/Pitschel-Walz, Gabriele/Bäumel, Josef (2017): Psychoedukation und Angehörigenarbeit. In: Möller, Hans-Jürgen/Laux, Gerd/Kapfhammer, Hans-Peter (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. 5. Auflage. Berlin: Springer.
- Brown, George W./Birley, John L. T./Wing, John K. (1972): Influence of Family Life and on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. In: The British Journal of Psychiatry, 121(562), 241-258. <https://doi.org/10.1192/bjp.121.3.241>.
- Brown, George W./Monck, Elizabeth M./Carstairs, George M./Wing, John K. (1962): Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Illness. In: British Journal of Preventive and Social Medicine, 16(2), 55-68. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.16.2.55>.
- Bull, Nadine (2015): Schizophrenie. In: Bull, Nadine/Poppe, Christine (Hrsg.): Zuhören, informieren, einbeziehen. Leitfaden für die Arbeit mit Angehörigen in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie-Verlag, 101-111.
- Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (o.J.): ICD-11. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 11. Revision. Online unter: <https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/node.html#:~:text=Die%20ICD%202D11%20wurde%20im,Januar%202022%20in%20Kraft>. (Zugriff: 19.04.2025).
- Caspar, Franz/Pjanic, Irena/Westermann, Stefan (2018): Klinische Psychologie. Wiesbaden: Springer VS.
- Clamor, Annika/Frantz, Inga/Lincoln, Tania M. (2020): Psychotische Störungen und Schizophrenie. In: Hoyer, Jürgen/Knappe, Susanne (Hrsg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Springer, 947-1003.
- Claußen, Jens/Eichenbrenner, Ilse (2016): Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfenformen. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Conradt, Birgit/Klingberg, Stefan (2008): Psychoedukation bei ersterkrankten Patienten mit schizophrenen Störungen. Vertiefungskapitel zu Kapitel 3 „Indikation/Voraussetzungen bzw. Kontraindikation“. In: Bäumel, Josef/Pitschel-Walz, Gabriele (Hrsg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart: Schattauer, 86-92.

Deister, Arno (2022): Dissoziative Störungen. In: Falkai, Peter/Laux, Gerd/Deister, Arno/Möller, Hans-Jürgen (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 7., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme, 216-227.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.) (2013): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie & Psychotherapie. Berlin: Springer.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.) (2019a): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Auflage. Berlin: Springer.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.) (2019b): S3-Leitlinie Schizophrenie. Berlin: Springer.

Dörner, Klaus (2001): Handwerksregeln für Angehörigengruppen. In: Dörner, Klaus/Egetmeyer, Albrecht/Koenning, Konstanze (Hrsg.): Freispruch der Familie. Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last frei – sprechen. 3., korrigierte Auflage der Neuausgabe von 1995. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 60-96.

Dörner, Klaus/Groth, Renate (1989): Gruppentherapie für Angehörige. In: Katschnig, Heinz (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zu Hause. 3., erweiterte Auflage. München: Psychologie Verlags Union, 197-205.

Eichenbrenner, Ilse/Ruhl, Ilja (2023): Das psychiatrische Hilfesystem. In: Bischof, Jeanette/Deimel, Daniel/Walther, Christoph/Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln: Psychiatrie-Verlag, 134-160.

Falkai, Peter (2022a): Psychiatrische Krankheitslehre – Klassifikation. In: Falkai, Peter/Laux, Gerd/Deister, Arno/Möller, Hans-Jürgen (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 7., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme, 78-92.

Falkai, Peter (2022b): Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen. In: Falkai, Peter/Laux, Gerd/Deister, Arno/Möller, Hans-Jürgen (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 7., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme, 358-396.

Farkas, Marianne (2019): Recovery-Orientierung in Institutionen verankern. In: Zuaboni, Gianfranco/Burr, Christian/Winter, Andréa/Schulz, Michael (Hrsg.): Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte. Köln: Psychiatrie-Verlag, 138-147.

Farkas, Marianne/Gagne, Cheryl/Anthony, William/Chamberlin, Judi (2005): Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. In: Community Mental Health Journal, 41(2), 141-158. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-2649-6>.

- Finzen, Asmus (2013): Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Finzen, Asmus (2020): Schizophrenie. Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen. 3., korrigierte Auflage. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Fromm-Reichmann, Frieda (1948): Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psychoanalytic Psychotherapy. In: Psychiatry, 11(3), 263-273. <https://doi.org/10.1080/00332747.1948.11022688>.
- Geramanis, Olaf (2017): Mini-Handbuch Gruppendynamik. 1. Auflage. Weinheim: Beltz.
- Goffman, Erving (2016): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. 23. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gühne, Uta/Fricke, Ruth/Schliebener, Gudrun/Becker, Thomas/Riedel-Heller, Steffi G. (2019): Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Patientenleitlinie für Betroffene und Angehörige. 2. Auflage. Berlin: Springer.
- Hancken, Sabrina (2023): Gruppenarbeit. In: Bischoff, Jeannette/Deimel, Daniel/Walther, Christoph/Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln: Psychiatrie-Verlag, 345-363.
- Heider, Fritz (1958): The Psychology of Interpersonal Relations. New York: John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1037/10628-000>. Online unter: <https://cipra.cl/biblioteca/heider/1958-FritzHeider-ThePsychologyofInterpersonalRelations.pdf> (Zugriff: 09.06.2025).
- Heim, Susanne (2009): Unermüdlich und allzeit bereit – Wie hilfreich sind selbstlose Angehörige? In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BApK e.V.) (Hrsg.): Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige. Bonn: BALANCE buch + medien verlag, 12-24.
- Hell, Daniel/Schüpbach, Daniel (2016): Schizophrenien. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige. Berlin: Springer.
- Herriger, Norbert (2024): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 7., erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heumann, Kolja/Janßen, Lisa/Ruppelt, Friederike/Mahlke, Candelaria/Sielaß, Gyöngyver/Bock, Thomas (2016): Auswirkungen von Peer-Begleitung für Angehörige auf Belastung und Lebensqualität. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 64(1), 45-53. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000259>.
- Humphreys, Keith/Rappaport, Julian (1994): Researching self-help/mutual aid groups and organizations: Many roads, one journey. In: Applied & Preventive Psychology, 3(4), 217-231. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80096-4](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80096-4).

- Jungbauer, Johannes (2001): Partner schizophrener Patienten. Belastungslagen, Bewältigungsstrategien, Lebensentwürfe. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
<http://dx.doi.org/10.1486/9783884143179>.
- Katschnig, Heinz/Konieczna, Teresa (1984): Angehörigenprobleme im Spiegel von Selbsterfahrungsgruppen. In: Angermeyer, Matthias C./Finzen, Asmus (Hrsg.): Die Angehörigengruppe. Familien mit psychisch Kranken auf dem Weg zur Selbsthilfe. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 100-109.
- Katschnig, Heinz/Konieczna, Teresa (1989): Neue Formen der Angehörigenarbeit in der Psychiatrie. In: Katschnig, Heinz (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zu Hause. 3., erweiterte Auflage. München: Psychologie Verlags Union, 207-228.
- Knuf, Andreas (2020): Recovery und Empowerment. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Koenning, Konstanze (2001a): „Neue Praxis braucht neue Theorie“. Ökologische Überlegungen zur Arbeit mit Angehörigengruppen. In: Dörner, Klaus/Egetmeyer, Albrecht/Koenning, Konstanze (Hrsg.): Freispruch der Familie. Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last frei – sprechen. 3., korrigierte Auflage der Neuausgabe von 1995. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 117-130.
- Koenning, Konstanze (2001b): Zur Lebenssituation der Familien psychisch Kranker. In: Dörner, Klaus/Egetmeyer, Albrecht/Koenning, Konstanze (Hrsg.): Freispruch der Familie. Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last frei – sprechen. 3., korrigierte Auflage der Neuausgabe von 1995. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 24-33.
- Köhler, Thomas (2017): Psychische Störungen. Symptomatologie, Erklärungsansätze, Therapie. 3., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Konieczna, Teresa/Katschnig, Heinz (1989): Schizophrenie und Familie – Entwicklungen 1984-1989. In: Katschnig, Heinz (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zu Hause. 3., erweiterte Auflage. München: Psychologie Verlags Union, 242-264.
- Kring, Ann M./Johnson, Sheri L./Hautzinger, Martin (2019): Klinische Psychologie. 9., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz.
- Kröger, Christine/Hahn, Gernot/Große, Lisa (2022): Arbeit mit Angehörigen. In: Giertz, Karsten/Große, Lisa/Röh, Dieter (Hrsg.): Soziale Teilhabe professionell fördern. Grundlagen und Methoden der qualifizierten Assistenz. Köln: Psychiatrie-Verlag, 225-248.
- Kröger, Christine/Hahn, Gernot/Große, Lisa (2023): Soziale Arbeit mit Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen. In: Bischof, Jeannette/Deimel, Daniel/Walther, Christoph/Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln: Psychiatrie-Verlag, 303-325.
- Lange-Asschenfeldt, Christian/Tebartz van Elst, Ludger (2024): Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen. In: Hölzel, Lars/Berger, Mathias (Hrsg.): ICD-11 Psychische Störungen. Innovationen und ihre Bewertung. Berlin: Springer, 79-98.

- Leff, Julian P. (1989): Die Angehörigen und die Verhütung eines Rückfalls. In: Katschnig, Heinz (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zu Hause. 3., erweiterte Auflage. München: Psychologie Verlags Union, 167-180.
- Leucht, Stefan/Hasan, Alkomiet/Jäger, Markus/Vauth, Roland (2019): Schizophrenien und andere psychotische Störungen. In: Berger, Mathias (Hrsg.): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 6., vollständig neu bearbeitete Auflage. München: Elsevier, 301-362.e7.
- Matakas, Frank (2020): Psychodynamik der Schizophrenie. Symptomatik, Entwicklung, Therapie, Bedeutung. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Nickl-Jockschat, Thomas/Schneider, Frank (2017): Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F2). In: Schneider, Frank (Hrsg.): Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 2. Auflage. Berlin: Springer, 301-336.
- Parkinson, Brian (2014): Soziale Wahrnehmung und Attribution. In: Jonas, Klaus/Stroebe, Wolfgang/Hewstone, Miles (Hrsg.): Sozialpsychologie. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Berlin: Springer, 65-106.
- Peer, Henriette/Berg-Peer, Janine (2019): „Mach dir nicht ständig Sorgen um mich, Mami!“ Tochter und Mutter als Recoveryteam. In: Zuaboni, Gianfranco/Burr, Christian/Winter, Andréa/Schulz, Michael (Hrsg.): Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte. Köln: Psychiatrie-Verlag, 112-123.
- Pitschel-Walz, Gabriele (2008): Motivierung zur Teilnahme an psychoedukativen Angehörigengruppen. Vertiefungskapitel zu Kapitel 4 „Organisatorischer Rahmen“. In: Bäuml, Josef/Pitschel-Walz, Gabriele (Hrsg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart: Schattauer, 93-106.
- Pitschel-Walz, Gabriele/Bäuml, Josef (2013): Psychoedukation. In: Rössler, Wulf/Kawohl, Wolfram (Hrsg.): Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 2: Anwendung. Stuttgart: Kohlhammer, 328-341.
- Pitschel-Walz, Gabriele/Bäuml, Josef (2016): Grundlagen des Konsensuspapiers zur Psychoedukation (2003/2008). In: Bäuml, Josef/Behrendt, Bernd/Henningsen, Peter/Pitschel-Walz, Gabriele (Hrsg.): Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer, 2-11.
- Pitschel-Walz, Gabriele/Bäuml, Josef (2017): Psychoedukation für Patienten und Angehörige: Eine psychotherapeutische Basisbehandlung bei schizophrenen Psychosen. In: Verhaltenstherapie, 27(3), 190-197. <https://doi.org/10.1159/000478912>.

- Pitschel-Walz, Gabriele/Leucht, Stefan/Bäumel, Josef/Kissling, Werner/Engel, Rolf R. (2001): The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia – A Meta-analysis. In: Schizophrenia Bulletin, 27(1), 73-92. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006861>.
- Pitschel-Walz, Gabriele/Rummel-Kluge, Christine/Froböse, Teresa/Beitinger, Romain/Stiegler, Michaela/Bäumel, Josef/Kissling, Werner (2012): Steigerung des „empowerment“ bei Angehörigen von schizophren Erkrankten. Ergebnisse eines psychoedukativen Gruppenprogramms unter naturalistischen Bedingungen. In: Psychotherapeut, 57(4), 313-318. <http://dx.doi.org/10.1007/s00278-012-0924-x>.
- Prestin, Elke (2019): Recoveryorientierung als Prüfstein für die psychiatrische Versorgung. In: Zuaboni, Gianfranco/Burr, Christian/Winter, Andréa/Schulz, Michael (Hrsg.): Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte. Köln: Psychiatrie-Verlag, 10-12.
- Rodolico, Alessandro/Bighelli, Irene/Avanzato, Chiara/Concerto, Carmen/Cutrufelli, Pierfelice/Mineo, Ludovico/Schneider-Thoma, Johannes/Siafis, Spyridon/Signorelli, Maria S./Wu, Hui/Wang, Dongfang/Furukawa, Toshi A./Pitschel-Walz, Gabriele/Aguglia, Eugenio/Leucht, Stefan (2022): Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. In: Lancet Psychiatry, 9(3), 211-221. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00437-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00437-5).
- Röh, Dieter/Schreieder, Elisabeth (2022): Sozialpsychiatrie als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rössler, Wulf/Lauber, Christoph (2013): Empowerment. In: Rössler, Wulf/Kawohl, Wolfram (Hrsg.): Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 2: Anwendung. Stuttgart: Kohlhammer, 352-363.
- Rudolf, Gaby/Rüst, Thomas (2013): Selbsthilfe. In: Rössler, Wulf/Kawohl, Wolfram (Hrsg.): Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 2: Anwendung. Stuttgart: Kohlhammer, 233-242.
- Rummel-Kluge, Christine/Pitschel-Walz, Gabriele/Hansen, Wulf-Peter/Helbig, Alexandra/Popp, H.⁷/Kissling, Werner (2008): „Peer-to-Peer“-Psychoedukation. Vertiefungskapitel zu Kapitel 11 „Selbsthilfebewegungen“. In: Bäumel, Josef/Pitschel-Walz, Gabriele (Hrsg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart: Schattauer, 308-314.
- Rüsch, Nicolas/Dubi, Margrit/Ranft, Karla (2013): Antistigma-Interventionen in Zusammenarbeit Psychiatrie-Erfahrener, Angehöriger und in der Psychiatrie Arbeitender. In: Rössler, Wulf/Kawohl, Wolfram (Hrsg.): Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 2: Anwendung. Stuttgart: Kohlhammer, 484-493.

⁷ Der Vorname von „H. Popp“ konnte trotz Recherche nicht sicher festgestellt werden und ist auch in der Literaturquelle nur so angegeben.

- Simon, Titus/Wendt, Peter-Ulrich (2022): Lehrbuch Soziale Gruppenarbeit. Eine Einführung. 2., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.
- Thiersch, Hans (2020): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit revisited. Grundlagen und Perspektiven. Weinheim: Beltz Juventa.
- Utschakowski, Jörg (2015): Mit Peers arbeiten. Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Utschakowski, Jörg (2023): Recoveryorientierung und Einbezug von Psychiatrie-Erfahrenen. In: Bischof, Jeannette/Deimel, Daniel/Walther, Christoph/Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln: Psychiatrie-Verlag, 381-401.
- Vaughn, Christine E./Leff, Julian P. (1976): The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness. A Comparison of Schizophrenic and Depressed Neurotic Patients. In: The British Journal of Psychiatry, 129(2), 125-137. <https://doi.org/10.1192/bjp.129.2.125>.
- Wagner, Elisabeth (2021): Psychische Störungen verstehen. Orientierungshilfe für Angehörige. Berlin: Springer.
- Walther, Christoph (2023): Soziale Arbeit und Psychiatrie. In: Bischof, Jeannette/Deimel, Daniel/Walther, Christoph/Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln: Psychiatrie-Verlag, 16-39.
- Walther, Christoph/Deimel, Daniel (2023): Theorien und Konzepte Klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie. In: Bischof, Jeannette/Deimel, Daniel/Walther, Christoph/Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln: Psychiatrie-Verlag, 40-70.
- Weiner, Bernard (1985): An Attributional Theory of Achievement Motivation and Emotion. In: Psychological Review, 92(4), 548-573. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.92.4.548>.
- Weiner, Bernard (1994): Motivationspsychologie. 3. Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Weiner, Bernard/Peter, Nancy (1973): A Cognitive-Developmental Analysis of Achievement and Moral Judgments. In: Developmental Psychology, 9(3), 290-309. <https://doi.org/10.1037/h0034924>.
- Zuaboni, Gianfranco/Schneider, Helen (2019): Das Recoveryseminar: Ein Gruppenangebot einer psychiatrischen Akutstation. In: Zuaboni, Gianfranco/Burr, Christian/Winter, Andréa/Schulz, Michael (Hrsg.): Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte. Köln: Psychiatrie-Verlag, 200-209.
- Zubin, Joseph/Spring, Bonnie (1977): Vulnerability – A New View of Schizophrenia. In: Journal of Abnormal Psychology, 86(2), 103-126. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.



Hamburg, den 03.07.2025