

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Soziale Arbeit

**Modellvorstellungen, professionelle
Arbeitshaltungen und spezielle
Interventionsansätze bei Schizophrenie unter
besonderer Beachtung interpersoneller
Gesichtspunkte**

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 15. Febr. 2010

Vorgelegt von: Volker Dreyer

Name, Vorname: Dreyer, Volker

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Röh

Zweite Prüfende: Prof. Dr. Schwarting

Vorwort.....	1
Einleitung.....	2
1. Ein ganzheitliches Modell psychischer Strukturen.....	4
1.1 Affektlogische Bezugssysteme nach Ciompi.....	4
1.2 Selbst- und Objektrepräsentanzen.....	5
2. Modellvorstellungen zum Verständnis von Schizophrenie.....	6
2.1 „Verrückung“ von affektlogischen Bezugssystemen.....	6
2.2 Das 3-Phasen-Modell der Schizophrenie von Ciompi.....	8
2.3 Plus- und Minussymptome.....	11
2.4 Störungen der Informationsverarbeitung als das Eigentliche der Schizophrenie.....	12
3. Professionelle Arbeitshaltungen und spezielle Interventionsansätze bei Schizophrenie auf interpersoneller Ebene.....	14
3.1 Allgemeine Richtlinien für den Umgang mit Schizophrenen.....	14
3.2 Phasenspezifische Besonderheiten im Umgang mit Schizophrenen.....	17
3.3 Der Begegnungsansatz nach Dörner/Plog.....	20
3.3.1 <u>1. Dimension</u> : Selbstwahrnehmung und Suchhaltung bei sich selbst.....	21
3.3.2 <u>2. Dimension</u> : Vervollständigung der Wahrnehmung und Reflexion.....	22
3.3.3 <u>3. Dimension</u> : Normalisierung der Beziehung.....	23
3.4 Besonderheiten einer subjektorientierten Vorgehensweise im Zusammenhang mit Schizophrenie.....	24

3.5 Besonderheiten eines systemischen Ansatzes im Zusammenhang mit Schizophrenie.....	26
3.5.1 Die Denkweise des systemischen Ansatzes.....	26
3.5.2 Praktische Besonderheiten des systemischen Ansatzes.....	28
3.6 Vor- und Nachteile des subjektorientierten und des systemischen Ansatzes..	29
3.6.1 Vor- und Nachteile des subjektorientierten Ansatzes.....	30
3.6.2 Vor- und Nachteile des systemischen Ansatzes.....	32
4. Kritik an der Versorgungssituation schizophrener Erkrankter in Deutschland.....	34
4.1 Kritik an der Versorgung schizophrener Erkrankter auf interpersoneller Ebene.....	34
4.1.1 Der Kontext psychotherapeutischer Basiskompetenzen.....	34
4.1.2 Der Kontext von Psychotherapie für Schizophrenie.....	37
4.2 Kritik an der Versorgung schizophrener Erkrankter auf struktureller Ebene.....	38
4.2.1 Die Ebene der Institutionen.....	38
4.2.2 Die Ebene der Kostenträger.....	41
Schlussbetrachtung.....	43
Literaturverzeichnis.....	47
Quellenverzeichnis.....	50

Vorwort

In meiner beruflichen Praxis in psychiatrisch-psychosozialen Arbeitsfeldern komme ich viel mit Schizophrenen in Berührung. Diese Erkrankung, so Finzen, sei die schillerndste aller psychischen Erkrankungen. Weil sie so vielfältig in ihren Erscheinungsformen ist, ist sie auch für Professionelle schwer greifbar. (Finzen 2004, 20) Diese Aussage kann ich nachvollziehen. Mich interessiert diese psychische Erkrankung, aber ich reagiere teilweise auch verwirrt auf Schizophrene, zum Beispiel in Situationen, in denen ein Betroffener vor mir steht und offensichtlich etwas von mir möchte, nur überhaupt nicht sagen kann, worum es geht. Vielleicht hat er ja Gedankensperren. (Dilling / Reimer 1990, 34)

Unter anderem wegen Situationen wie dieser bin ich motiviert, mir ein vertieftes Verständnis der Schizophrenie zu erarbeiten. Durch klare Modellvorstellungen kann man wahrgenommene Phänomene verstehen. Die Auseinandersetzung mit Schizophrenie ist für mich eine Bewusstmachung, und somit auch eine Vorbereitung für mein weiteres Berufsleben. Ich möchte mir ein Handwerkszeug bezüglich dieser Erkrankung erarbeiten. Je besser ich mich theoretisch mit Schizophrenie auskenne, umso besser kann ich auf die Klienten eingehen und sie fördern.

Der Einfachheit halber und um ein flüssigeres Lesen zu ermöglichen verwende ich in der Arbeit die männliche Form, spreche etwa von dem Schizophrenen. Im Allgemeinen sind beide Geschlechter gemeint, es sei denn, ich weise darauf hin, dass sich die Aussage nur auf ein Geschlecht bezieht. Ebenso ist mir bewusst, dass genau genommen die korrekte Bezeichnung von Schizophrenie Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis ist. (Finzen 2004, 20). Dieser Ausdruck kommt wegen seiner Länge im Text nicht vor, wahlweise spreche ich von Schizophrenie oder Psychose, was ein Oberbegriff für eng verwandte psychische Erkrankungen ist, von denen Schizophrenie eine ist.

Einleitung

Aus den Diagnosedaten der Krankenhäuser in Deutschland, einer Statistik der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, geht hervor, dass 2007 137.092 Patienten wegen einer Psychose vollstationär in Behandlung waren. Diese Anzahl bezieht sich auf Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, die im internationalen Klassifikationssystem der Krankheiten, dem ICD – 10, in den Untergruppen F 20 – F 29 aufgeführt sind. (Internetquelle 1)

Von der eben genannten Gesamtzahl an Patienten waren 2007 94.567 an Schizophrenie (F 20) erkrankt. Unter den Psychosen ist die schizophrene Psychose somit die häufigste Diagnose. Kulturunabhängig liegt die Wahrscheinlichkeit bei 1-2%, an einer schizophrenen Psychose zu erkranken. (Dilling / Reimer 1990, 96f.) In psychiatrischen Kliniken sind 20-25% der Erstaufnahmen Schizophrene, mehr als die Hälfte der langfristig psychisch Kranken sind Psychotiker. (Dörner u.a. 2007, 152) Diese Zahlen verdeutlichen den großen Hilfebedarf und die Wichtigkeit, Psychotikern bei ihrer schwierigen Erkrankung zu helfen.

Diese Arbeit ist eine Konzeptualisierung für mich selber. Zielführend ist die Frage, was Schizophrene im Kontakt brauchen. Wie kann man zu den Klienten in Kontakt kommen, wie wird man ihnen gerecht, auf welche Weise kann man bei Ihnen eine Entwicklung ermöglichen? Diese Fragen sind voraussetzungsvoll. Es sind auch Fragen nach dem Menschenbild des Betreuers, letztlich nach seiner geistigen Einstellung. Das Menschenbild, das Krankheitsverständnis des in der Psychiatrie Tätigen beeinflusst die Art und Weise, in der die Beziehung zum Klienten geschieht. Daher gibt es in dieser Arbeit eine Art Hinführung zur Schizophrenie. Ausgehend von allgemeinspsychologischen Modellen, der affektlogischen Bezugssysteme nach Ciompi und dem aus der Psychoanalyse stammenden Modell der Selbst- und Objektrepräsentanzen, wird dann weitergegangen zur Schizophrenie.

In beiden Ansätzen ist die Erziehung und die Beziehung bedeutsam dafür, wie sich ein Individuum, ein einmaliger Mensch, entwickelt. Ciompis Modell ist biopsychosozial, die affektlogischen Bezugssysteme bilden sich auch durch Beeinflussung des jeweiligen sozialen Umfeldes aus. Die Ganzheitlichkeit und die Interpersonalität der erwähnten Modellvorstellungen sind sehr plastisch, sie sind ein mögliches Menschenbild als Hintergrund für die psychiatrisch-psychoziale Arbeit. Sie sind allgemeine Erklärungsmodelle der menschlichen Psyche. Somit ist eine Ausgangsbasis da, zur „verrückten“ menschlichen Psyche weiter zu gehen. Ab 2.1 wird weiter auf Ciompis Modell rekurriert, in der Schizophrenie nämlich „verrücken“ die affektlogischen Bezugssysteme. Ein Verständnis der Erkrankung ist nötig, um das einordnen zu können, was an Schizophrenen wahrnehmbar ist. Die Arbeit hat eine Verständnis- und eine Interventionsebene, bekommt dadurch den oben erwähnten Konzeptcharakter.

Auf der Interventionsebene werden Haltungen und spezielle Interventionsansätze gegenüber Schizophrenen auf interpersoneller Ebene beschrieben. Zu unterscheiden ist allgemein eine Arbeitshaltung der Professionellen, eine Grundhaltung, und im Weiteren die Interventionsansätze. Die beiden einschlägigen Perspektiven einer psychiatrisch-psychozialen Arbeit sind der subjektorientierte und der systemische Ansatz, die hier umfassend diskutiert werden. (Haselmann 2008, 349)

Zum Abschluss der Arbeit, nach der Bearbeitung des Themas Schizophrenie mit dem Schwerpunkt auf der interpersonellen Ebene ist noch die gängige Versorgungssituation von Schizophrenen in Deutschland Gegenstand der Ausführungen. Wie steht es um die Qualität der Versorgung, auch in Bezug auf die obige Fragestellung, was Schizophrenie im Kontakt brauchen. Bei der Beschäftigung mit dem Thema hat sich gezeigt, dass die interpersonelle Ebene nicht allein gedacht werden kann, sondern dass Betreuer sich natürlich auch entsprechend den politischen, rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen

verhalten. Daher wird auch die strukturelle Ebene mitdiskutiert, bevor eine Schlussbetrachtung die Arbeit abschließt.

1. Ein ganzheitliches Modell psychischer Strukturen

1.1 Affektlogische Bezugssysteme nach Ciompi

Der Schweizer Psychiater Luc Ciompi entwickelte 1982 ein Modell des Menschen, in dem Fühlen und Denken als untrennbare Einheit beschrieben sind, affektive und kognitive Prozesse nicht unabhängig voneinander existieren. (Wienberg 2003, 49) Fühlen und Denken sind Verarbeitung von Umweltreizen. Das Gefühl erfasst in unserer Wahrnehmung Ganzheiten und Gemeinsamkeiten, aber erst mit dem Intellekt zusammen hat unsere Wahrnehmung Schärfe und Tiefe. (Ciompi 1998, 399)

Je öfter bestimmte Impulse den Kortex durchlaufen, umso mehr verfestigen sich die entsprechenden Synapsen. Persönlichkeit ist ein stabil gewordenes Muster affektlogischer Bezugssysteme. Keine psychische Struktur kann unabhängig vom sozialen Kontext verstanden werden, die Hirnstruktur ist der Niederschlag der gesamten, prägenden Erfahrungen der Kindheit, die individuelle Lernerfahrung, die sich in Form von persönlichen Denk-, Fühl- und Verhaltensprogrammen ausbildet. (Ciompi 1998, 366)

Ciompis Modell des Menschen ist hochgradig integrativ, der Mensch ist Körper und Geist, zugleich Einzelwesen und Sozialwesen. (Ciompi 1998, 333f.) Strukturelle und dynamische Aspekte, intrapsychisch und mitmenschlich, werden in seinem Modell berücksichtigt. Wenn der verbale mit dem nonverbalen Ausdruck bei den Erziehenden übereinstimmt, entwickeln die Kinder affektlogische Einheiten. Ihre Gehirnschemata sind prägnant und eindeutig. (Ciompi 1998, 218)

Psychische Gesundheit kann gleichgesetzt werden mit optimalspannungsarm-ökonomischer Informationsverarbeitung. Eine gesunde Psyche ist in sich stimmig und selbstregulativ, der Geist, das Mentale, ist eine Ergänzung und Balance für die Gefühlswelt, und umgekehrt ebenso. (Ciompi 1998, 248)

1.2 Selbst- und Objektrepräsentanzen

Ein anderes plastisches Modell zur Entwicklung der menschlichen Psyche in Abhängigkeit zu den Bezugspersonen ist die aus der modernen Psychoanalyse (u.a. Kohut, Mahler) stammende Vorstellung der Selbst- und Objektrepräsentanzen. Die Selbst- und Objektrepräsentanzen sind unsere Vorstellungen von uns, von den Eltern, von weiteren wichtigen Personen wie Geschwistern, vor allem von den Kräfteverhältnissen zwischen diesen Teilen. Sie sind Bestandteil verinnerlichter Beziehungskonfigurationen und Beziehungserfahrungen. (Ciompi 1998, 223)

Zu Beginn der Repräsentanzenbildung haben Kinder eine undifferenzierte Phase, das Kind kann nicht unterscheiden zwischen sich und seinen primären Bezugspersonen, insbesondere der Mutter. Das Selbstgefühl entwickelt sich in einem typischen, affektiv-kognitiven Spiegelprozess mit den nächsten Bezugspersonen. Das Kind lernt in der Lust, probiert ständig Verhaltens-, Denk- und Fühlmöglichkeiten und orientiert sich dabei an den emotionalen Reaktionen seiner Umgebung, die dieses Ausprobieren entweder bestätigen und fördern oder unterbinden und hemmen. (Ciompi 1998, 226)

Mit dem 15. Lebensmonat tritt ein deutlicher Zuwachs an Selbst- Objekt-differenzierung ein. (Mertens 1992, 198) Bei einer gesunden Entwicklung sind Innen- und Außenwelt klar getrennt, diese Differenzierung ermöglicht erst eine wirkliche, wechselseitige Beziehung. Der Austauschprozess hat eine charakteristische Asymmetrie: Die Eltern haben weit mehr Macht.

Das Kind kann sich nicht wehren, hat zum Beispiel keine Möglichkeiten zur Metakommunikation. (Ciompi 1998, 227) Einflussreich bei der Entwicklung psychischer Strukturen sind die Erwartungshaltungen des Umfelds und sich selbst erfüllende Prophezeiungen.

Bedeutsam im Kontakt sind auch die Fundamentalbotschaften, die verbal und noch mehr nonverbal vermittelt werden. Eine positive Botschaft wäre zum Beispiel „Du bist so in Ordnung, wie Du bist“, eine schwierige Haltung wäre „Du darfst nicht selbständig werden“. (Ciompi 1998, 229) Solche Muster, weitgehend unbewusste Einstellungen, werden über Generationen hinweg weitergegeben. (Ciompi 1998, 233)

2. Modellvorstellungen zum Verständnis von Schizophrenie

2.1 „Verrückung“ von affektlogischen Bezugssystemen

In der akuten Psychose kommt es zu einem Überschnappen von normalen Verhaltensweisen in ungewöhnliche, „verrückte“ Verhaltensweisen. Die Verrückung ist wie ein Traum, ein „Trip“ (Ciompi 1998, 283), in dem der Psychotiker ein völlig anderes Weltbild hat. Die Verrückung ist ein Überstieg in ein anderes System der Affektlogik. (Ciompi 1998, 289) „Verrückter“ können psychosozial, somatisch (z.B. eine organische Psychose) oder chemisch bedingt sein, zum Beispiel durch Konsum von LSD.

Psychosoziale Verrückung passiert durch unklare Kommunikation durch die Eltern, zum Beispiel eine fehlende Kongruenz zwischen der verbalen und nonverbalen Botschaft, was beim Empfänger zu Verwirrung führt. Ein Kind etwa, dem die Eltern sagen, dass sie es lieben, das aber Ablehnung spürt, kann kein klares Selbstgefühl entwickeln. Ambivalenz und

Zerrissenheit sind die Kardinalsymptome bei Menschen, die eine unklare Familienkommunikation hatten. (Ciompi 1998, 309)

Statt Akzeptanz haben sie verwirrende, zweideutige und widersprüchliche Kommunikation erleben müssen. Durch diese Uneindeutigkeit muss der Empfänger die doppelte Informationsmenge verarbeiten als bei einer klaren Kommunikation, aber diese Art von Botschaften sind nicht in eindeutiger Weise integrierbar. (Ciompi 1998, 243)

Unweigerlich empfindet der Empfänger solcher Botschaften Stress und wird darüber hinaus eine Ich-Schwäche entwickeln, die sich zeigen kann als geringe Stresstoleranz, Entscheidungsschwäche, Unsicherheit, mangelndes Selbstvertrauen und wenig Kontinuität im Leben. (Ciompi 1998, 213) In solchen Familien kann kein wirklicher Kontakt entstehen, die Kommunikation hat starken Vermeidungscharakter. Konflikte werden unter allen Umständen vermieden, solche Familien sind Pseudo-Gemeinschaften.

Schefflen betont die bei Schizophrenie typisch enge Beziehung zur Mutter. (Ciompi 1998, 229f.) Die Beziehung hat narzisstischen Charakter, die Mutter klammert das Kind und kann es nicht loslassen. Das Kind wird zum Sinn des eigenen Lebens, es wird instrumentalisiert, um die eigene Leere aufzufüllen. Das wird aber nie gelingen. Das Kind wird nicht als eigenständiger Mensch zugelassen, sondern ist ein Teil des eigenen Selbst. Die Generationengrenzen verwischen, in Familien mit einem Schizophrenen liegt oft ein emotionales Überengagement der Mutter vor. Die Fundamentalbotschaft lautet: Du darfst nicht erwachsen werden. Die Fassade einer Familie kann aufrechterhalten werden, aber hinter der Fassade „tobt ein Orkan“, in der narzisstische Familienmitglieder von anderen verlangen, was sie gar nicht geben können. (Ciompi 1998, 233)

Beim Kind entstehen auf diese Weise massive Schuldgefühle und Trennungsängste. Dieser pathologische Narzissmus ist das Gegenteil von Fürsorge nach dem Gesetz des Kindes. (Ciompi 1998, 233) Überhaupt

nicht klar abgegrenzt sind bei so einer Mutterbeziehung Innen- und Außenwelt, die Selbst- und Objektrepräsentanzen sind sehr vermischt. Fatal ist in so einer Familienkonstellation noch eine schwache Vaterfigur, der kein Gegengewicht gegenüber der narzisstischen Mutter bilden kann.

2.2 Das 3-Phasen-Modell der Schizophrenie von Ciompi

Über lange Zeit wurde in der Wissenschaft diskutiert, ob die Schizophrenie somatisch oder psychosozial verursacht sei. Erschöpfend ist dies nicht beantwortet. Es ist eine „verwirrende Erkrankung“ (Ciompi 1998, 252), und über viele Jahrzehnte wurde vergeblich intensivst geforscht, um die Ursache der Schizophrenie zu ermitteln.

In dieser Vielzahl von Forschungsergebnissen entwickelten Wissenschaftler integrative Modelle, in denen Erklärungssätze dieser Krankheit, ob nun mehr somatisch oder psychosozial, nicht mehr verabsolutiert werden. Der amerikanische Psychiater Zubin veröffentlichte schon 1963 die Vulnerabilitätshypothese, aber sein Ansatz wurde noch nicht angemessen rezipiert. 15 Jahre später, 1977, fand die erneute Publikation seiner These durch Zubin und Spring entsprechende Resonanz. (Wienberg 2003, 31)

Das Stress-Vulnerabilitätsmodell ist wie das 3-Phasen-Modell ganzheitlich, durch das Zusammenwirken von Stress und einer besonderen Empfindlichkeit des Betroffenen, der Vulnerabilität, kommt es zur psychotischen Dekompensation. (Wienberg 2003, 31) Die Vulnerabilitätshypothese von Zubin steht im Zentrum von Ciompis 3-Phasen-Modell. Ciompi hat sein Modell erstmalig 1982 veröffentlicht, er bezeichnet es als „integratives psycho-biologisches Modell der Schizophrenie“ (Wienberg 2003, 33) Ciompi versteht es als eine Art Metatheorie, in der die Vielfalt der wissenschaftlichen Fakten über Schizophrenie integriert sind.

Phase 1: es entsteht die prämorbid Verletzlichkeit, die später in der akuten Psychose mündet. Die Phase kann Monate bis Jahre dauern.

Einerseits kann das Auftreten einer Psychose durch vererbte biologische Faktoren bedingt sein, die Wahrscheinlichkeit einer Psychose ist umso höher, je häufiger die Erkrankung in der Familiengeschichte aufgetreten ist. Erworbene biologische Faktoren erhöhen auch die Wahrscheinlichkeit, an Schizophrenie zu erkranken, dabei handelt es sich um Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, die sich störend oder schädigend auf das sich entwickelnde kindliche Gehirn auswirken. Den gleichen Stellenwert haben in Ciompis Modell psychosoziale Faktoren. Die Faktoren verursachen die Psychose nicht, sondern es sind Bedingungsfaktoren, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Psychose erhöhen. (Wienberg 2003, 34)

Je nach Art und Schwere der Bedingungsfaktoren ist die prämorbid Verletzlichkeit individuell verschieden stark ausgeprägt, und günstige Lebensbedingungen können biologische Risikofaktoren ausgleichen, ebenso umgekehrt. Die Vulnerabilität kann, muss aber nicht zu einer Psychose führen. (Ciompi 1998, 34) Schwer ist in dieser frühen Phase, die Symptome überhaupt zu erkennen, sie haben eher den Charakter von Befindlichkeitsstörungen. Kennzeichnend für die Vorphase sind etwa Gedankendrängen, Überwachheit, emotionale Überempfindlichkeit und Anspannung. (Finzen 2004, 99)

„Etwas ist mit mir los, ich weiß aber nicht was; sagt mir doch, was los ist...“ (Jaspers, zitiert nach Finzen 2004, 99)

Häufig fühlen sich die Menschen zu offen gegenüber Außenreizen, durchlässig und grenzenlos. Auf Seiten der Angehörigen besteht häufig eine Normalitätshoffnung, nicht selten verbunden mit dem Ansinnen, der Prämorbid möge sich doch zusammenreißen.

Phase 2: Das ist die Phase der akuten psychotischen Dekompensation, produktive Symptome liegen vor. Auch werden die Begriffe Schub oder Episode verwendet. In einer weltweit an mehr als 800 Erkrankten durchgeführten Studie war mit 97% mangelnde Krankheitseinsicht das

häufigste Symptom, gefolgt von akustischen Halluzinationen (74%) und Beziehungswahn mit 70%. (Wienberg 2003, 22) Auslösend sind plötzliche oder längerfristige Belastungen, die von der Person subjektiv als Stress erlebt werden, häufig in Lebensphasen, die eine Umstellung und Neuanpassung erfordern, wie zum Beispiel die Pubertät oder der Eintritt in das Berufsleben. Häufig sind die auslösenden Erlebnisse also zwischenmenschlicher Natur. (Wienberg 2003, 34)

Angehörige und Nahestehende können jetzt nicht mehr die Augen verschließen vor der Verrückung, die Erkrankung ist da. Denkbzusammenhänge lockern sich oder lösen sich auf, die Kranken sind verworren, das, was sie sagen, ist nicht zu verstehen. Starke Gefühle treten auf, Angst, Anspannung, Aggressionen. (Finzen 2004, 105) Die 2. Phase muss vorliegen, um eine Schizophrenie zu diagnostizieren, die 1. und 3. Phase dagegen sind unspezifisch. (Ciompi 1998, 259f.)

Phase 3: Nun klingt der Schub ab. Stimmen mögen noch zu hören sein, sie verlieren aber an Wichtigkeit. Die Angst ist nicht mehr so groß, die Patienten distanzieren sich von Wahneideen und Verfolgungsgedanken. Der „Überstieg“ (Lempp, zitiert nach Finzen 2004, 106) in die Welt der anderen gelingt wieder, zunächst teilweise, schließlich auf Dauer. Conrad spricht von einer kopernikanischen Wende, der Kranke steht nicht mehr im Mittelpunkt der Welt, sondern die Welt läuft weiter und der wieder Genesene ist nur ein Teil der Welt. (Finzen 2004, 106f.)

Langfristig ist der Verlauf äußerst vielgestaltig, vor allem abhängig vom sozialen Umfeld und daher als offener Lebensprozess anzusehen. (Wienberg 2003, 34) Manchmal verschwindet die Symptomatik nicht vollständig, dann liegt ein Residualzustand vor. Fast 1/3 der Psychosen heilen vollständig aus, in 2/3 der Fälle treten erneut Episoden auf (Finzen 2000, 108), sehr selten (8%) sind schwere, chronische Verläufe, wie eine Untersuchung von M.Bleuler 1972 ergab. (Finzen 2004, 109)

2.3 Plus-und Minussymptome

Die Arbeitsgruppen Wing und Brown (1970) und Strauss et al. (1972) führten die Terminologie Positiv-und Negativsymptomatik der Schizophrenie ein. Positiv verweist auf Erlebens-, Verhaltens- und Ausdrucksweisen, die unter gesunden Umständen bei Menschen nicht auftreten, negativ verweist auf psychische Funktionen, die auch bei nicht Erkrankten vorliegen, die in der Psychose aber deutlich ausgeprägter sind. (Wienberg 2003, 23)

Positivsymptome: Wahnsymptome, Halluzinationen

Negativsymptome: Affektverflachung, Interessen- und Initiativverlust, Inaktivität, sozialer Rückzug

Empirische Faktorenanalysen zeigen, dass Wahnsymptome und Halluzinationen immer zusammen auftreten, ebenso die Negativsymptome. In neueren Untersuchungen (u.a. Klimdis et al. 1993) wird noch ein dritter, relativ unabhängiger Faktor gefunden. Es handelt sich um „Desorganisation“, die Ursache wird in formalen Denkstörungen, außergewöhnlichen Verhaltensweisen und unangemessenen Affekten gesehen. (Wienberg 2003, 24) Schizophrene Symptome gruppieren sich also in drei Syndromen.

Unter therapeutisch-rehabilitativen Gesichtspunkten ist der Verlauf von besonderer Bedeutung, je nachdem, in welcher Phase sich der Klient befindet und welche individuelle Kombination an Plus-und Minussymptomen vorliegt. Eine Schizophrenie beginnt normalerweise mit Minussymptomen, in einer Untersuchung von Häfner hatten 70% der erkrankten Patienten zu Beginn ausschließlich Negativsymptome, 20% Positiv-und Negativsymptome und 10% ausschließlich Positivsymptome. (Wienberg 2003, 25f.)

Im weiteren Verlauf stehen die Positivsymptome im Vordergrund, wohl auch deshalb, weil sie die weniger spektakulären Minussymptome über-

decken. In der postakuten Phase, nach dem Ciompi Modell Phase 3, liegen meist weiter positive und negative Symptome vor, wobei die Minussymptome stabiler sind. Die Remission nach einer Psychose braucht sehr viel Zeit, in einer Untersuchung von Liebermann et al. 1993 (Wienberg 2004, 26) lag die durchschnittliche Dauer für die Remission bei 36 Wochen, wobei die Zeit der Remission bei Männern wesentlich höher war (48 Wochen) als bei Frauen. (17 Wochen) Auch nach der Remission liegt bei vielen Betroffenen noch eine herabgesetzte Belastbarkeit und eingeschränkte Befindlichkeit vor. (Wienberg 2003, 26)

Die Vielfalt der Kombinationen des Auftretens von positiven und negativen Symptomen deutet darauf hin, dass eine Schizophrenie kein eigengesetzlicher Krankheitsverlauf ist, sondern dass psychische und soziale Faktoren bedeutsam sind in jeder Phase der Erkrankung. Wichtig ist noch die Unterscheidung zwischen primären und sekundären negativen Symptomen, wozu zum Beispiel Carpenter et al. 1985 geforscht haben. (Wienberg 2003, 27) Die Hypothese ist, dass nur die primären Negativsymptome morbogen sind. Bei sekundären Negativsymptomen werden verschiedene Ursachen diskutiert. Es könnten Nebenwirkungen der Neuroleptika sein oder die Folgen eines unterstimulierenden Milieus.

Weitere Erklärungsmöglichkeiten sind Depression oder eine Reaktion des Betroffenen auf die Positivsymptomatik. (Wienberg 2003, 27) Auch in Betracht gezogen werden muss, dass Apathie und Rückzug Copingmaßnahmen des Betroffenen sein könnten. (Wienberg 2003, 78)

2.4 Störungen der Informationsverarbeitung als das Eigentliche der Schizophrenie

Das Wesentliche der Schizophrenie sind nicht die Positivsymptome in der Akutphase, sondern grundlegendere Störungen, die vor und unabhängig von der psychotischen Symptomatik auftreten. Das sind die Störungen der Informationsverarbeitung. Informationsverarbeitung ist die Aufnahme,

Zuordnung, Verknüpfung und Bewertung von inneren und äußeren Reizen, die dem Leben und Verhalten zugrunde liegen. (Wienberg 2003, 36) Schon den Psychiatern Kraepelin und Eugen Bleuler, der den Begriff Schizophrenie 1911 (Amering / Schmolke 2007, 14) prägte, fielen Aufmerksamkeitsstörungen dieser Kranken auf.

„[E]ine gewisse Unstetigkeit der Aufmerksamkeit; die Kranken schweifen ab, bleiben nicht bei der Stange, lassen ihre Gedanken wahllos nach den verschiedensten Richtungen wandern. Andererseits bildet sich öfters längere Zeit hindurch eine starre Bindung der Aufmerksamkeit heraus, [...]“ (Kraepelin 1913, 671f.)

Bleulers Begriff der „gelockerten Assoziationen“ hat viel Ähnlichkeit mit modernen Forschungsergebnissen. (Wienberg 2003, 42) Die Verarbeitung von Informationen lässt sich sehr genau unterteilen, von der Aufnahme einer Information (input) bis zu einer Handlung (output), und in all diesen Teilabschnitten zeigen Betroffene Störungen. Diese Störungen sind hochspezifisch für die Erkrankung. Sie sind zeitlich stabil, unabhängig von Krankheitsdauer oder Lebensalter, und liegen auch bei Ersterkrankten vor. (Wienberg 2003, 39)

Schizophreniegefährdete haben Schwierigkeiten, schon einmal Wahrgenommenes wieder abzurufen und zu erinnern, und zwar besonders in komplexen Reizsituationen, wenn gleichzeitig verschiedene Sinnesmodalitäten beansprucht werden, je stärker sie abgelenkt werden und je mehr Stress sie erleben. (Wienberg 2003, 41)

Irritierend und anstrengend sind für Schizophreniegefährdete soziale Situationen, die selten eindimensional sind. Wissenschaftliche Untersuchungen ergaben, dass Schizophreniegefährdete Schwierigkeiten haben, Gefühle anderer Menschen wahrzunehmen. Die alltäglichen Auswirkungen im sozialen Leben sind als erheblich einzuschätzen. (Wienberg 2003, 43)

3. Professionelle Arbeitshaltungen und spezielle Interventionsansätze bei Schizophrenie auf interpersoneller Ebene

3.1 Allgemeine Richtlinien für den Umgang mit Schizophrenen

M. Bleuler betont, dass es einen speziellen Umgang mit Schizophrenen gar nicht gebe. Was dem psychischen Reifen und Wachsen des Menschen allgemein gut tut, helfe auch dem Schizophrenen. Psychotiker seien nicht grundverschieden von Gesunden. (Ciompi 1998, 336) Ciompi formuliert allerdings die Problematik der verwirrten affektlogischen Bezugssysteme, die sich unter anderem in Symptomen wie Verwirrenheit und Ambivalenz äußert. Wichtig ist daher eine klare Struktur in der Beziehungsgestaltung, wodurch ein Gegenpol zu den Symptomen gesetzt wird. Schizophrene sollen immer merken, woran sie sind. (Ciompi 1998, 360)

Ruhe und Gelassenheit ist hilfreich für Schizophrene, Einfachheit und Eindeutigkeit, Verlässlichkeit und Kontinuität, Vertrauen, Toleranz, Gradheit, Authentizität, eine gesunde Abgrenzung zwischen den Professionellen und den Klienten. (Ciompi 1998, 364) Die genannten Kriterien beziehen sich dabei nicht nur auf die Beziehung, sondern auch auf Einrichtungen, auf das Setting. Die Klarheit des Behandlungssettings gibt auch den Professionellen im Team die nötige Klarheit, die dann positiv auf den Klienten zurückwirkt.

Zu vermeiden sind Unklarheit, Widersprüchlichkeit und Zweideutigkeit. Betreuer für Psychotiker brauchen Stabilität, Ich-Stärke und Feinfühligkeit. Wesentlich für die Qualität der Beziehung ist auch, ob sich der Betreuer gefühlsmäßig auf den Klienten einlassen kann. (Bock 2003, 88) Damit wird ein Professioneller auch als Mensch erfahrbar, so entsteht Nähe in

der Beziehung. Haselmann bezeichnet die Authentizität des Betreuers als wichtigstes Merkmal der Beziehungsqualität mit Psychoseerfahrenen, ein Professioneller dürfe sich nicht hinter formalen Rollen und therapeutischen Techniken verstecken. (Haselmann 2008, 144)

Gut ist auch ein autoritativer Stil, der gleichzeitig gelassen ist, aber auch Struktur hat. So ein Stil ist gleichzeitig akzeptierend und wertschätzend, aber der Professionelle positioniert sich auch und akzeptiert keinesfalls jede Verhaltensweise. Der Klient bekommt Rückmeldungen, wie er wahrgenommen wird. Dadurch kann er sich besser kennen lernen, er hat die Möglichkeit, sich zu entwickeln.

Ein wichtiges therapeutisches Prinzip müssen konkrete Ziele sein, z.B. der Beginn einer Ausbildung oder das Beziehen einer eigenen Wohnung. (Ciompi 1998, 339) In der Kommunikation soll der Akzent auf die gesunden Anteile gelegt werden. Positives und Normales in seinem Leben, seien es auch Kleinigkeiten, sind dem Klienten bewusst zu machen. Das können Kontakte zu Angehörigen sein, die nicht abgerissen sind, das kann sein, dass er in einer psychiatrischen Einrichtung den Tisch schön gedeckt hat. Zu stärken sind Schizophrene, die häufig ichschwach sind, da tut auch öfter mal ein Lob gut. Denn nicht selten werfen sich Schizophrene selber ab, machen sich selber Vorwürfe.

Aufrichtigkeit, Interesse und Wertschätzung werden auch feinfühlig registriert und gehören unbedingt zu einer förderlichen Beziehungsgestaltung. Wichtig ist auch, dass Schizophrene Raum haben, daher ist eine gute Eigenschaft, schweigen und zuhören zu können, dem Gespräch zu folgen. (Ciompi 1998, 362) Wenn man warten kann, auch Gesprächspausen aushält, kann sich die Beziehung vertiefen, öffnen sich die Betroffenen stärker und erzählen mehr von sich.

Zur Haltung gehört auch sehr das Nonverbale, welches ein sehr wichtiger Bestandteil von Kommunikation ist. (Ciompi 1998, 362) Bin ich dem Klienten zugewandt, wenn ich mit ihm spreche? Ist meine Körperhaltung

offen? Wenn das der Fall ist, fühlt sich der Klient akzeptiert und persönlich angesprochen, so macht er bessere Beziehungserfahrungen als in seiner Vergangenheit mit anderen Menschen. Für die Qualität der Beziehung ist die nonverbale Ebene wichtiger als die verbale Ebene. In bestimmten Situationen dagegen ist das Sprechen mit dem Klienten vorrangig, etwa als Ansprache. Weitere Beispiele sind, wenn es gilt, dem Klienten gegenüber die richtigen Worte zu finden, um ihn überhaupt zu erreichen, und besonders auch, um Informationen mitzuteilen. Dann ist Sprache dichter und schärfer als der nonverbale Ausdruck. Dennoch ist eine Zugewandtheit zum Klienten auch bedeutsam in Situationen, wenn die verbale Ebene der Beziehung im Vordergrund steht.

Auch sind mal Konflikte auszutragen, natürlich tut es dem Kontakt nicht gut, empathisch zu sein, wenn ein unausgesprochener Konflikt da ist. (Ciompi 1998, 361) Der Professionelle kann einem Psychotiker aber auch mitteilen, wenn er Angst hat oder unsicher ist, wenn er nervös und ungeduldig ist. (Ciompi 1998, 361) Das ist ein authentischer Umgang, der Schizophrene hat die Möglichkeit zu verstehen, warum der Professionelle in einer bestimmten Art handelt. Professionelle sind idealerweise affektlogische Einheiten, wodurch Betroffene dann wissen, woran sie sind.

Ciompis Beschreibung einer Grundhaltung gegenüber Psychotikern besticht durch seine Einfachheit. Keine tiefschürfende psychologische Theorie ist zu lernen, die Haltung entspricht einfach dem gesunden Menschenverstand, ist sinnvoll, konstruktiv und nachvollziehbar. Dieser Ansatz hat daher praktischen Wert sowohl für Professionelle, die mit Psychotikern arbeiten, als auch für die Angehörigen. (Ciompi 1998, 394) Wenn man diese Haltung beherzigt und anwendet, ist immer eine Basis für eine Beziehung vorhanden.

3.2 Phasenspezifische Besonderheiten im Umgang mit Schizophrenen

Ein plastisches Prinzip für den Umgang mit Schizophrenen ist die von Ciompi formulierte optimale Stimulation (Ciompi 1998, 330) Je nach individueller Symptomatik des Betroffenen, das heißt seinen phasenspezifischen, aber doch einmaligen Symptomen, hat sich der Professionelle in passender Weise auf ihn einzustellen.

Phase 1: Viele Patienten, bei denen es zu einer Erstepisode kommt, haben eine lange Phase sozialer Probleme hinter sich, ob im Studium, im Beruf oder privat. (Cullberg 2008, 235) Das soziale Umfeld tendiert aber dazu, den Angehörigen als normal anzusehen, selbst wenn Verhaltensauffälligkeiten vorliegen. (Finzen 2004, 76) Ideal wäre es natürlich, in der prämorbid Phase die Risikofaktoren für eine Psychose zu erkennen und Primärprävention durchzuführen. Das ist aber nur schwer möglich. (Dörner u.a. 2007, 173) Anders ist die Situation bei Klienten, die schon mal eine Psychose gehabt haben. Der Klient erkennt im besten Fall seine Frühwarnzeichen, durch die sich eine erneute Psychose ankündigt. Er kann sich dann frühzeitig Hilfe suchen. Anders als bei Ersterkrankten ist daher bei Psychoseerfahrenen die Wahrscheinlichkeit grösser, dass es nicht zu einer psychotischen Dekompensation kommt. Das kann erreicht werden durch eine Änderung des Medikaments oder der jeweiligen Dosis.

Phase 2: Psychotiker sind sehr mit sich selbst beschäftigt und gleichzeitig hochsensibel dafür, wie ihnen der Betreuer entgegentritt. (Bock 2003, 14) Die Patienten sind extrem instabil; wenn man ihnen gegenüber etwas Kritisches äußert, kann sich das leicht verfestigen und ist später wieder schwer rückgängig zu machen. Die Menschen scheinen bindungsunfähig und zwiespältig im Kontakt, gleichzeitig übergebunden und interesselos. Rückzug (Autismus) ist nicht selten. Die Gleichzeitigkeit von Wollen und Nicht-Wollen führt nicht selten zu Handlungsunfähigkeit. (Dörner u.a. 2007, 152) Wenn Spannung, Angst, Erregung, Verwirrung, Depersonalisation und Derealisation, Denkstörungen, Wahn und Halluzinationen auftreten, ist es im Sinne der optimalen Stimulation notwendig, den

Patienten zu beruhigen, auf ihn einzugehen, zu versuchen, eine gewisse Entspannung zu erreichen. Die gesamte Umgebung sollte ausgleichend gestaltet sein. (Ciompi 1998, 339)

Sensibel muss mit den geäußerten Wahnhaltungen umgegangen werden, die auch eine stabilisierende Funktion für den Patienten haben. Wahnvorstellungen, die eine Art unfreiwillige Ideologie sind, sind trotz ihres Krankheitswertes die beste Lösung, die für den Patienten möglich ist. Haselmann sagt, dass der Patient durch das Kreieren von Wahnvorstellungen Angst kanalisieren kann (Bock, zitiert nach Haselmann 2008, 145), die Angst wird dadurch nicht übermächtig. Falsch ist daher, die Wahnvorstellungen zu sehr in Frage zu stellen, dann kann der Betroffene seinen letzten Halt verlieren und massive Angst erleben. Stattdessen ist erst mal zu akzeptieren, dass der Patient in einer anderen Welt lebt, dass die Vorstellungen sein momentanes Denken sind. (Cullberg 2008, 233) Auch Halluzinationen sind als ein persönliches Erleben anzunehmen, im Kontakt kann man aber dem Patienten gegenüber äußern, dass er diese Erlebnisse habe, man selber aber eine andere Wahrnehmung habe.

Selbst in der Akutphase der Psychose sind Patienten also im Kontakt erreichbar, Bock nennt das „Inseln der Klarheit“. (Bock 2003, 88) Besser als durch Gespräche ist die akute Symptomatik allerdings medikamentös zu behandeln, durch die Gabe von Neuroleptika. (Finzen 2004, 143) Sie führen zu einer Reizabschirmung, der durchlässige Patient, der überhaupt gar keine Grenzen mehr hatte, bekommt eine dickere Haut. Die zweite Wirkung von Neuroleptika ist die Sedierung.

Phase 3: Wahnvorstellungen und Halluzinationen sind nicht mehr so im Vordergrund. Wenn doch noch Plussymptome vorliegen, kann die Dosis des Neuroleptikums erhöht werden oder ein anderes Medikament gegeben werden. Es ist wichtig, dass auch der betreuende Sozialpädagoge aufmerksam ist bezüglich der somatischen Therapie, und wichtig ist, dass er ein fundiertes Wissen über Medikamente hat. Wenn in der postakuten Phase chronisch-unproduktive Symptome wie sozialer

Rückzug, Affektverflachung, Initiativ- und Interesselosigkeit auftreten, sind im Sinne der optimalen Stimulation Motivierung, Aktivierung und Anforderungserhöhung sinnvoll. (Ciompi 1998, 339f.)

Teilnahme an Gruppenangeboten und Anregung von Kontakten können dann ein Gegengewicht bilden zur Minussymptomatik. Zu unterstützen ist der Klient bei der Reflektion der durchgemachten Erkrankung. (Cullberg 2008, 233) Sehr sinnvoll sind Gruppen in Psychoedukation, in denen sich die Betroffenen unter sozialpädagogischer oder psychologischer Leitung ein Krankheitsverständnis erarbeiten können.

Teilweise haben Klienten ein einseitig medizinisches Verständnis ihrer Erkrankung, zum Beispiel, dass die Ursache ihrer Schizophrenie eine zu geringe Konzentration des Neurotransmitters Dopamin sei. Das ist jedoch viel zu einseitig und außerdem fatalistisch, weil Klienten, die so denken, nicht das Gefühl haben, einen Einfluss auf ihre Erkrankung zu haben. Die Vermittlung eines ganzheitlichen Krankheitsmodells der Schizophrenie, üblicherweise das Stress-Vulnerabilitätsmodell von Zubin ist Bestandteil von psychoedukativen Programmen. Dieses biopsychosoziale Modell wirkt einem biologischen Reduktionismus entgegen, die Klienten können überlegen, welche Bedingungsfaktoren bei Ihnen zur Erkrankung geführt haben und welche Beeinflussungschancen sie haben. Die Vulnerabilität reduzieren können ein effektiver Einsatz von Medikamenten, psychotherapeutische Hilfe, angepasste Lebensumstände und die Fähigkeit, Frühwarnzeichen zu erkennen. (Cullberg 2008, 234) Ob ein Klient sich einen Einfluss auf seine Beeinträchtigung zutraut, ist ein wesentlicher Faktor, dass er ihn auch tatsächlich hat. (Bock 2003, 14) Wissenschaftler sehen die langsame Rekonstruktion eines gesunden Selbstbildes nach einer Psychose als entscheidend für die Genesung an. (Bock 2003, 18)

Professionelle brauchen viel Geduld in der postakuten Phase, die Heilung erfolgt ganz im Tempo des Erkrankten. Depressionen sind häufig, ganz langsam, Schritt für Schritt, erholt sich die Psyche nach einer Psychose. Besonders wichtig ist die Vermittlung von Hoffnung durch die Betreuer.

Das ist realistisch, denn oft ist die Situation nicht so aussichtslos, wie die Betroffenen denken. Nach der psychotischen Episode tendiert die Familie dazu, auch in alltäglichen Verhaltensweisen des Betroffenen Symptome der Krankheit zu sehen, genau umgekehrt wie vor der Diagnosestellung. Die Klienten und die Familie denken oft, dass die Schizophrenie eine chronisch psychische Erkrankung ist. (Cullberg 2008, 233) Dann ist es wichtig, genau über die Verlaufsmöglichkeiten nach einer Psychose zu informieren, denn zu einer Chronifizierung der Erkrankung kommt es ja längst nicht bei allen Erkrankten.

Es muss gesehen werden, wie viel Kontakt zur Familie dem Klienten gut tut. Unstrittig ist, dass ein gutes soziales Umfeld ein positiver verlaufsbeeinflussender Faktor bei Psychose ist. Ein tragfähiges Umfeld kontinuierlicher Langzeitbetreuung ist wesentlich wegen des hohen Rückfallrisikos. Wichtig ist auch, darauf zu achten, dass die Klienten ihre Ausbildung oder Studium wiederaufnehmen können, damit sie nicht vorzeitig berentet werden und ihr Selbstvertrauen verlieren. (Cullberg 2008, 235)

3.3 Der Begegnungsansatz nach Dörner/Plog

Dörner und Plog beschreiben eine Arbeits- und Grundhaltung für die Psychiatrie, die bei allen beteiligten Berufsgruppen, ob Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter oder Krankenschwester, präsent sein sollte. Die Grundhaltung soll da sein, bevor spezifische Arbeitskonzepte und Therapien angewendet werden. (Haselmann 2008, 120) Der Begegnungsansatz gründet auf der Überzeugung, dass die Professionellen als Personen das wichtigste Mittel sind, auf das es beim psychiatrischen Arbeiten ankommt. Deshalb lernt man in jeder Begegnung als Professioneller etwas über sich – oder es ist keine Begegnung. (Dörner u.a., zitiert nach Haselmann 2008, 120) Der Begegnungsansatz besteht aus drei verschiedenen Dimensionen.

3.3.1 1.Dimension: Selbstwahrnehmung und Suchhaltung bei sich selbst

Um einen Zugang zum Klienten zu finden, sollte es auf Seiten des psychiatrisch Tätigen darum gehen, das nicht immer mögliche Verstehen des Anderen durch eine Suchhaltung bei sich selbst zu ersetzen. Bei sich selbst solle nach ähnlichen Gefühlsmustern gesucht werden, die der Klient zeigt. (Haselmann 2008, 123)

„Vielmehr ist die Frage zu stellen: Kenne ich und kennen die Kollegen auch solche Gefühle, wie erleben die sie, wie bewerten die sie, was machen die damit, was hindert uns, diese Gefühle zu haben.“ (Dörner u.a. 2007, 42)

Man solle sich bei dem psychiatrischen Arbeiten zum Beispiel fragen, ob man auch ähnliche Abspaltungen, Erregung oder Ambivalenzen kennt, die beim Klienten wahrnehmbar sind. Der Patient kann so erfahren, dass die Professionellen sich um ihn bemühen, ein gefühlsmäßiger Kontakt und eine persönliche Art von Verständnis kann entstehen. Idealerweise kann der Patient selber anfangen, auch bei sich zu suchen.

Neben der Suchhaltung gilt es für den Betreuer genauso, seine Gefühle wahr zu nehmen. Jedes Gefühl, das im Patienten auftaucht, ist auch in jedem Teammitglied möglich, eine Sensibilisierung für sich selbst ist auch eine Sensibilisierung für den Patienten. (Dörner u.a. 2007, 42) Was löst der Patient in mir aus, was ist meine gefühlsmäßige Reaktion auf ihn? Werde ich ungeduldig, gereizt, spüre ich Mitgefühl? Mit meiner Reaktion kann ich arbeiten und sie dem Patienten mitteilen.

„Selbstwahrnehmung wird nicht durch eine Haltung erreicht, in der ich Erlebnisweisen beobachtend kategorisiere, also aus mir heraushalte, von mir weg, als Sache behandle.“ (Dörner u.a. 2007, 42)

Im Kontakt mit dem Klienten sollte man daher keine Du-Botschaften äußern, indem man ihm sagt, er sei misstrauisch oder angespannt. Das ist eine Zuschreibung. Besser ist es wahrzunehmen, was der Klient bei dem Betreuer selbst auslöst. Das kann man ihm dann in Form von Ich-Botschaften mitteilen. So ist der Psychotiker nicht mehr ein Objekt der Wahrnehmung des auf der Psychiatrie Tätigen, kein Wesen, das bevormundend kategorisiert wird, sondern ein anderer Mensch, zu dem eine Beziehung passieren kann. (Dörner u.a. 2007, 44)

Selbstwahrnehmung wird auch durch Abgrenzung möglich. Wichtig ist, sich als Betreuer nicht erdrücken oder belästigen zu lassen. (Haselmann 2008, 126) Durch die Abgrenzung bleibt der Professionelle mit sich selbst in Kontakt und hat dadurch Distanz zum Klienten, die für eine professionelle Beziehung wichtig ist, die aber idealerweise damit einhergeht, dass der Betreuer gefühlsmäßig offen ist, für sich selbst und für den Betroffenen.

3.3.2 2. Dimension: Vervollständigung der Wahrnehmung und Reflexion

In dieser Dimension geht es darum, dass der Psychotiker herausfinden kann, was er selber zu seinen schwierigen Erfahrungen und Symptomen beiträgt. Zum Beispiel produzieren Schizophrene manchmal Krankheits-symptome, wenn Anforderungen im Leben da sind, etwa eine eigene Wohnung zu beziehen oder eine Arbeit zu beginnen. Der Betroffene ist nie nur Opfer, sondern auch Täter. (Haselmann 2008, 124) Dass er weiterhin auch handelt und auch Selbstverantwortung im Leben hat, auch wenn seine Handlungsfähigkeit extrem beschränkt sein mag, ist mit dem Betroffenen herauszuarbeiten.

Ein weiterer Punkt ist, zu erkennen, welches die von außen und von innen gesetzten Krankheitsbedingungen sind, um zu verstehen, was veränderbar ist und was nicht. Drittens geht es um den Sinnzusammenhang der Symptome, die in einer bestimmten Situation im Leben des

Betroffenen auftauchen. Was steht hinter den Symptomen, die der Patient ausdrückt? Das kann Abwehr sein oder Vermeidung. (Haselmann 2008, 124) Vielleicht können die Symptome in einen Bezug gebracht werden zu der Lebensgeschichte oder den sozialemotionalen Bedingungen des Klienten. In Gesprächen mit dem Klienten soll der Versuch so einer Kontextualisierung unternommen werden. Viertens geht es um die Wahrnehmung der gesunden Anteile und Kräfte des Klienten, die auch da sind. Das sind seine Bewältigungsfähigkeiten und Stärken, seine Selbsthilfepotentiale und Ressourcen. (Haselmann 2008, 124)

3.3.3 3. Dimension: Normalisierung der Beziehung

Im Begegnungsansatz wird versucht, eine möglichst normale Beziehung zum Klienten herzustellen. Mit Rückmeldungen des Professionellen, was der Klient in ihm auslöst, beginnt dessen Aufhebung seiner inneren Isolation, Offenheit und ein wechselseitiger Austausch können sich entwickeln. Dabei ist zu berücksichtigen, dass man einen anderen Menschen nie vollständig verstehen kann. Normalität in der Begegnung heißt auch, dass sich zwei Subjekte begegnen, die verschieden und andersartig sind. (Haselmann 2008, 125)

Gemeinsam arbeitet man daran, dass sich Auffälligkeiten möglichst erübrigen. Auf krankhafte Beziehungsaspekte sollte der Helfer nicht hereinfallen, ebenso wenig sollte er sie ausblenden oder gar aggressiv reagieren. In einer normalisierten Beziehung kann der Betreuer sich selbst und den Klienten ernst nehmen. (Haselmann 2008, 125) Ausgehend von dem bisherigen Problemlösungsverhalten können neue Lösungswege gesucht werden, bei Bewahrung der gesunden Anteile des Schizophrenen. (Dörner, zitiert nach Haselmann 2008, 125)

3.4 Besonderheiten einer subjektorientierten Vorgehensweise im Zusammenhang mit Schizophrenie

Krisor formuliert 2005 einen Orientierungsrahmen für eine möglichst gewaltfreie und subjektorientierte Psychiatrie. (Haselmann 2008, 88) Der Autor erörtert verschiedene Ebenen eines Menschenbildes und kommt dabei auf sechs verschiedene Orientierungen. Im Zentrum steht das Subjekt. Krisor wendet sich gegen Bevormundung und Fremdbestimmung im Kontakt mit psychiatrischen Klienten, mit ihnen solle nicht als Objekt umgegangen werden.

Die vorgeschlagenen Orientierungen sind folgende: Interaktionsorientierung, Gesellschaftsorientierung, Subjektorientierung, Orientierung an Alltag und Lebenswelt, Autonomie- und Bedürfnisorientierung, Kompetenz- und Ressourcenorientierung. (Haselmann 2008, 89) Auf drei Orientierungen seines Menschenbildes, die für mich subjektbezogen im engeren Sinne sind, möchte ich näher eingehen.

Subjektorientierung ist ein Kernelement reformpsychiatrischen Denkens. Mit dieser Orientierung ergeben sich drei Konsequenzen. Die medizinische Diagnoseorientierung wird abgelehnt, ein anderes, biopsychosoziales Krankheitsverständnis wird vertreten. (Haselmann 2008, 92) Die therapeutische Beziehung wird anders gestaltet, Verhaltensauffälligkeiten werden nicht als Normabweichungen angesehen, die es zu beseitigen gilt. Stattdessen wird die Symptomatik des Schizophrenen anerkannt, als bestmögliche Lösung in schwierigen Lebensumständen gesehen. Drittens liegt ein anderes Kontextverständnis vor, Verschiedenheit wird akzeptiert, Gewalt ist zu reduzieren. (Haselmann 2008, 90)

Es liegt also ein anderes, reformpsychiatrisches Professionsverständnis vor, das sich unterscheidet von dem verbreiteteren Professionsverständnis, in dem Schizophrenie genetisch-organisch-biochemisch verstanden wird, psychische und soziale Kontexte weniger berücksichtigt werden. Diese Art Psychiatrie wird auch als Schulpsychiatrie oder

biologische Psychiatrie bezeichnet. Das reformpsychiatrische Professionsverständnis ist gekennzeichnet durch Rücknahme von Expertenmacht und Begegnung mit dem Klienten auf gleicher Augenhöhe. Die Würde des Klienten als einmalige Person wird gesehen und ist ein Qualitätsmerkmal dieser Perspektive. Ein zentrales Wirkprinzip subjektorientierter Psychiatrie ist die von Krisor beschriebene Kompetenz und-Ressourcenorientierung. Statt an Defiziten orientiert zu sein, soll die Aufmerksamkeit auf den Stärken, Eigenarten, besonderen Fähigkeiten und Interessen des Klienten liegen. (Haselmann 2008, 91)

Der Klient erfährt so Respekt vor seiner Person und Leistung, eine partnerschaftliche Begegnung wird gefördert, ein kooperationsfreudiges Klima entsteht. Die dritte Orientierung, die ich erwähnen möchte, ist die Autonomie und-Bedürfnisorientierung. Ein eigenbestimmtes Leben wird als ein zentrales Bedürfnis angesehen, die Fähigkeit des Klienten, Verantwortung zu übernehmen, ist daher einzuschätzen und zu fördern. (Haselmann 2008, 92)

Die Grundsätze sozialpsychiatrisch-psychosozialen Arbeitens nach Ciompi sowie der Begegnungsansatz nach Dörner / Plog sind Beispiele für Subjektorientierung in der Psychiatrie. Verstehensbegleitung ist dabei wesentlich, es wird durch Kontextualisierung versucht, den Sinn von Symptomen zu verstehen. Die Inhalte des Wahns und der Halluzinationen sind somit von Interesse und werden nicht nur als Normabweichungen mit Krankheitswert gesehen. Nicht „nur, ob jemand Stimmen hört, ist interessant, sondern auch wie, wann, welche, in welchem Zusammenhang und mit welchem Verständnis.“ (Bock, zitiert nach Haselmann 2008, 144)

Ein Untertitel eines Artikels von Buck heißt, die Suche nach dem Sinn im Wahnsinn müsse Teil der Therapie werden (Haselmann 2008, 148), und nach dem Landesverband der Psychiatriebetroffenen von Niedersachsen kann ein Verarbeiten der Psychose nur dann gelingen, wenn die Wahninhalte aufgearbeitet werden. (Haselmann 2008, 148) Beim subjektorientierten Ansatz wird über die Erfahrungen, Gefühle, Symptome

und Beziehungen des Klienten gesprochen. Die Verstehensseite wird akzentuiert, es entsteht Nähe zum Klienten, es „menschelt“ (Haselmann 2008, 361) sehr.

Dadurch wird erreicht, dass Klienten sich und ihre Situation besser verstehen, oft wird auch eine psychische Stabilisierung erreicht, die Menschen fühlen sich angenommen und geborgen. (Haselmann 2008, 361) Es besteht die Möglichkeit, Symptome zu integrieren, als persönlichen Ausdruck zu akzeptieren und nicht mehr dagegen anzukämpfen. Der subjektorientierte Ansatz kommt einer häufigen Forderung von Betroffenen nach, die sich eine menschlichere Psychiatrie wünschen, in der sie verstanden werden und auf sie eingegangen wird.

3.5 Besonderheiten eines systemischen Ansatzes im Zusammenhang mit Schizophrenie

3.5.1 Die Denkweise des systemischen Ansatzes

Anders als bei individualisierenden Ansätzen werden in der systemischen Perspektive Problemstellungen und Verhaltensweisen im Kontext mit dem kommunikativen und interaktiven, dem kulturellen und sozialen Kontext gesehen. Kennzeichnend für die systemische Perspektive ist, dass bei Problemen eines Individuums der Fokus der Aufmerksamkeit nicht auf den Eigenheiten der jeweiligen Person liegt, sondern dass Menschen in Wechselwirkung mit den kommunizierenden und interagierenden Personen des jeweiligen Umfelds verstanden werden. (Haselmann 2008, 204)

Der Blick richtet sich auf Systeme. Ein System ist eine aus verschiedenen Elementen zusammengesetzte Ganzheit, wobei jedes Teilsystem wiederum Teil eines übergeordneten Systems sein kann. Systeme sind zu ihrer Selbsterhaltung auf den Austausch mit der Umwelt angewiesen. Systeme sind zu unterscheiden vom Nicht-System, von ihrer Umwelt.

Nach Luhmann ist die System-Umwelt-Differenz zur Charakterisierung eines Systems wichtiger als seine Eigenart, sein Wesen. (Haselmann 2008, 204) Systeme sind zu ihrer Selbsterhaltung auf den Austausch mit der Umwelt angewiesen. Ein System in seiner Ganzheit ist und verhält sich anders als die Summe seiner isoliert betrachteten Teile. Das Verständnis von Systemen für die Praxis von Therapie und Beratung lässt sich an drei Begriffen festmachen:

1. Zirkularität: Dieser Begriff beschreibt die Wechselwirkungen zwischen den Teilen eines Systems. Mein Verhalten ist gleichzeitig Ursache und Wirkung des Verhaltens einer anderen Person. Eine Person ist also zirkulär mit anderen Personen verbunden, das ist eine andere Sichtweise als in einer linearen Bezogenheit. (Haselmann 2008, 205)

2. Kommunikation: Betrachtet wird zum einen der inhaltliche Aspekt, das, was gesagt wird. Außerdem ist die Vernetztheit wichtig. Was denkt A darüber, dass B jetzt gerade das zu C sagt? Wiederholt auftretende Kommunikationsabläufe, Regeln und Muster werden analysiert.

3. System-Umwelt Grenzen: Vom Behandler ist das problemrelevante Interaktionssystem zu definieren. Das braucht nicht die Familie oder die Personen des Haushalts des Klienten sein, auch die Beziehungen am Arbeitsplatz oder aus der Freizeit können die Systeme sein, in denen Probleme auftreten und die zu untersuchen sind.

Störungen, psychische Probleme werden als interaktionelle Probleme und unglückliche Kommunikation gesehen, statt als Zustand des betreffenden Menschen. (Haselmann 2008, 205f.) Die Beschreibung der speziellen Interaktion kann nicht objektiv sein, sondern ist relativ, aus der Perspektive des Betrachters.

3.5.2 Praktische Besonderheiten des systemischen Ansatzes

Die systemische Haltung des Professionellen ist eher neutral, aber auch neugierig. Sein Umgang mit dem Klienten ist mehr von Respekt vor seinen Lösungsversuchen geprägt als von Empathie. Der Behandler orientiert sich an dem, was die Klienten wollen, statt ihnen ein therapeutisches Programm aufzuerlegen. Normative Vorgaben des Professionellen gibt es nicht, die Autonomie und Selbstbestimmung des Klienten wird grundsätzlich geachtet, sie kennen sich in ihrem eigenen Leben am besten aus. (Haselmann 2008, 203)

Der systemische Ansatz ist vor allem auf das Anstoßen von Entscheidungen im Hier und Jetzt ausgerichtet, auf das Finden von Lösungen. Probleme sollen dekonstruiert werden, vor allem durch Veränderung der kognitiven Wirklichkeitskonstruktionen des Klienten. (Haselmann 2008, 356) Es gibt klare Kriterien für lösungs- und ressourcenorientiertes Vorgehen. Die Selbstverantwortung des Klienten wird gestärkt. Das entscheidende Potential ist das Vermögen, selbstorganisierte Veränderungen anzustoßen. Gemäß dem Neutralitätsgebot des Helfers sind in Entscheidungssituationen beide Optionen offen zu halten.

Der Helfer soll neutral bleiben, ob der Klient nun etwas ändert oder nicht. Auch die Vorteile von Nichtveränderung sollen im Gespräch herausgearbeitet werden, der Klient ist in keine Richtung zu beeinflussen. (Haselmann 2008, 355) Alternative Wirklichkeitssichten sind anzubieten, eingefahrene Muster zu verstören. (Perturbation). Das Vorgehen ist ressourcenorientiert, mit Hilfe einer dialogischen Milieugestaltung werden Klienten zu eigenen, eventuell neuen Entscheidungen angeregt. Bei einer psychotischen Problematik können Krisen auch provoziert werden, um blockierte Autonomie zu erschließen. Oberstes Gebot solle dabei immer der Respekt vor der Person bleiben. (Haselmann 2008, 355)

Wenn es um Lösungen geht, wird im systemischen Ansatz nicht ausführlich über Probleme gesprochen. Die emotionalen Probleme der Biografie werden nicht thematisiert. Der Fokus liegt auf der Gegenwart, mehr noch auf der Zukunft. Eine Technik ist zum Beispiel, sich positive Bilder des eigenen Lebens in der Zukunft vorzustellen. Nach Ansicht systemisch arbeitender Behandler führen Versuche, den Klienten zu verstehen, eher tiefer in die Problematik hinein, als dass eine Lösung gefunden wird. (Haselmann 2008, 356) Systemiker sind abstinente von Subjektivität, Persönlichkeitsentwicklung, auch vom verstehenden sich Einlassen auf den Klienten.

Die Wirksamkeit erhöht sich, wenn die systemische Beratung mit mehreren Beteiligten eines Problemsystems durchgeführt wird. Im systemischen Ansatz orientiert man sich nicht an Heilung, Überwindung oder Bewältigung einer Krankheit, sondern an den Anliegen der Hilfesuchenden, etwa der Psychoseerfahrenen und ihren Familienangehörigen. (Haselmann 2008, 16) Systemiker kommen fast ganz ohne Krankheitsmodell aus. Systemisches Denken und Ansätze sind heute weit verbreitet, Haselmann schreibt, dass die systemisch-therapeutische Perspektive gut zum Feld der Sozialen Arbeit passt.

3.6 Vor- und Nachteile des subjektorientierten und des systemischen Ansatzes

Eine Gemeinsamkeit der beiden Ansätze liegt in der Ablehnung des medizinischen Krankheits- und Behandlungsmodells. Dieses wird als nicht nützlich für Beratung, Therapie und psychosoziale Arbeit gesehen. (Haselmann 2008, 352) Das medizinische Krankheitsmodell betone die somatische Seite des Menschen zu sehr, sei einseitig und reduktionistisch. Psychische Probleme können nicht vorrangig als genetisch-biochemisch-organisch definiert werden, etwa im Sinne gestörter Konzentrationen von Neurotransmittern im Gehirn, die dann medikamentös wieder zu beseitigen seien.

In der Sozialpsychiatrie gibt es stattdessen ein biopsychosoziales Menschenbild, psychische, auch psychotische Krisen werden als Lebens- und Sinnkrisen vor dem Hintergrund der individuellen biografischen Erfahrungen gesehen. Medikamentöse Therapie wird nicht abgelehnt, hat aber nicht einen so zentralen Stellenwert wie in der herkömmlichen, biologischen Psychiatrie.

3.6.1 Vor- und Nachteile des subjektorientierten Ansatzes

Vorteile: Nach Mosher und Burti liegt bei dem subjektorientierten Ansatz eine humanistische Grundhaltung vor. (Haselmann 2008, 132) Human am subjektorientierten Ansatz ist der Wunsch, sich am Erleben des Klienten zu orientieren, auch an seinem Leiden. Nähe und emotionale Wärme entstehen im Kontakt, der Professionelle ist auch gefühlsmäßig beteiligt und lässt sich ein. So kann sich der Klient geborgen fühlen, sich sogar fallen lassen.

Intensive Begegnungen sind möglich, dem Klienten wird nötigenfalls Halt gegeben. Dem Klienten wird geholfen, sich selbst, seine besondere Lebenssituation und Erkrankung besser verstehen-und kennen zu lernen. (Haselmann 2008, 21) Eine subjektorientierte Vorgehensweise ist sinnvoll, wenn der Klient mehr Selbsterkenntnis anstrebt, aber auch, wenn er reden und erzählen möchte.

Arbeiten nach dem subjektorientierten Ansatz führt „zu Verbesserungen im sozial-kommunikativen Bereich, erweitert die Fähigkeit, mit den eigenen Krankheitssymptomen umzugehen, Beziehungen innerhalb und außerhalb der Familie einzugehen, Freizeit zu gestalten, erhöht allgemein die Lebensqualität und Lebenszufriedenheit der Betroffenen und entlastet auch die Angehörigen.“ (Haselmann 2008, 188) Allgemein ist als Verdienst eines subjektorientierten Ansatzes zu sehen, dass diese

Vorgehensweise zu einem menschlicheren Umgang mit den Betroffenen in der Psychiatrie geführt hat.

Nachteile: Allerdings, so Haselmann, muss gesehen werden, dass das ursprüngliche Ziel einer reformierten Psychiatrie, die Betroffenen wieder mehr in die Gesellschaft zu integrieren, kaum erreicht worden ist. Das liegt auch daran, weil der subjektorientierte Ansatz wenig zur Entchronifizierung der psychisch Kranken beiträgt. (Haselmann 2008, 187) Die Bemühungen, bei Klienten mehr Selbstbestimmung und Unabhängigkeit zu erreichen, sind oft langwierig und mühsam. Für die Autonomieentwicklung sei der sozialpsychiatrische Weg der kleinen Schritte wenig effizient. (Haselmann 2008, 358)

Nicht einfach bei diesem Ansatz ist für den Helfer, auf der einen Seite offen, warmherzig und akzeptierend zu sein, auf der anderen Seite eine Entwicklung bei dem Klienten zu erreichen. Zweiseitig, beinahe widersprüchlich ist eine häufige Arbeitshaltung in sozialpsychiatrischen Einrichtungen, Bergold und Filsinger nennen das eine „Autonomie gewährende Fürsorge.“ (Bergold und Filsinger, zitiert nach Haselmann 2008, 81) Fraglich ist, ob man durch die emotionale Nähe in der Beziehung zum Betroffenen nicht in die Gefahr kommt, sich gefühlsmäßig zu verstricken, die professionelle Distanz zu verlieren. Benötigt ein Klient nicht mehr Distanz, um sich zu entwickeln, und gerät man bei dieser intensiven Beziehung nicht schnell in die Situation, quasi die Rolle eines Ersatzelternteils oder Ersatzpartners zu übernehmen?

Nicht immer ist die Beziehungsarbeit bei dem subjektorientierten Ansatz klar konturiert. Für den Einbezug des Umfeldes in den Behandlungsprozess gibt es wenig klare Konzepte. Es gebe wenige Kriterien zur Bewertung der eigenen Arbeit, und Simon sagt, dass es dadurch leicht zu einer Beliebigkeit des Handelns komme. (Haselmann 2008, 192) Effizient sei der subjektorientierte Ansatz nicht in Konfliktsituationen, bei Ambivalenzen oder in widersprüchlichen Auftragslagen. Der Schwerpunkt des Ansatzes ist die Verstehensseite, aber die Veränderungsseite komme

zu kurz. (Haselmann 2008, 357) Wenn Entscheidungen zu treffen sind oder Probleme da sind, kann eine empathische Vorgehensweise dazu führen, dass man längere Zeit um das Problem kreist oder noch tiefer hineingerät, statt es zu lösen.

Wenn akut Lösungen zu finden sind, sind Fragen, wie es zu dem Problem kam, hinderlich für die Bearbeitung des Problems. Der Helfer kann in eine Situation kommen, in der er sich die Frage stellt, wie er aus den problemvertiefenden Kreisläufen heraus- und von einer drohenden Chronifizierung des psychisch Kranken wegkommt. (Haselmann 2008, 358) Ein weiterer Kritikpunkt von Haselmann ist die hohe Burnout-Gefahr bei diesem Ansatz. Das emotionale Engagement des Helfers ist groß, hoch ist der moralische Anspruch, Gutes zu tun. Auf der anderen Seite gibt es wenig klares Handwerkszeug und wenig klare Konzepte. Aus all den genannten kritischen Aspekten ergeben sich Gefahren der Frustration und des Burnouts, die als nicht gering einzuschätzen sind.

3.6.2 Vor- und Nachteile des systemischen Ansatzes

Vorteile: Durch die distanziertere Beziehungsform der systemisch orientierten Arbeitshaltung „menschelt“ es nicht so sehr wie bei dem subjektorientierten Ansatz, die Gefahr der Verstrickung ist dadurch deutlich geringer. Vor Beginn der systemischen Arbeit ist der Auftrag an den Professionellen genau zu klären, somit wird dem Klienten und dem dazugehörigen Problemsystem vom ersten Moment an Verantwortung übertragen. (Haselmann 2008, 360) Der Professionelle hat dadurch eine andere Art von Verantwortung als bei dem unter 3.4 beschriebenen Ansatz. Dieses klare Setting ermöglicht ein effektives Arbeiten, die Selbsthilfefähigkeiten und Lösungskompetenzen des Klienten werden zielgerichtet gefördert, und ein Ausbrennen des Professionellen ist unwahrscheinlicher als bei dem subjektorientierten Ansatz.

Stärken des systemischen Ansatzes sind effektive Konzepte, wenn Betroffene Unterstützung in Entscheidungssituationen benötigen oder wenn eine Lösung für ein Problem zu finden ist. (siehe auch 3.5.2) Medizinische Diagnosen und Krankheitsmodelle werden relativiert, Symptome werden als kommunikative Botschaften angesehen. (Haselmann 2008, 360) Spielerisch und unkonventionell ist der Umgang mit den Wirklichkeitskonstruktionen des Betroffenen, deren Nützlichkeit erfragt wird. Zum Beispiel gibt es kommunikative Techniken, um Entchronifizierung zu erreichen, etwa durch Fragen, wie der Klient es schafft, so lange seine Symptomatik aufrecht zu erhalten.

Diese Kreativität ist eine Stärke des systemischen Ansatzes, Klienten können bei diesem veränderungswirksamen Ansatz ihre eingeschliffenen psychischen Muster effektiv in Frage stellen. Sie können über ihre Wirklichkeitskonstruktionen und ihre Symptome noch mal in einer ganz neuen Weise nachdenken und eventuell neue Verhaltensweisen lernen. Der Krankheitsmythos wird aufgegeben zugunsten der Handhabbarkeit von Psychose, zur Nutzung statt zur Bekämpfung der psychiatrischen Symptome. (Haselmann 2008, 360)

Nachteile: Bei der Arbeitshaltung nach dem systemischen Paradigma gibt es wenig emotionale Nähe, die Beziehungsgestaltung kann sogar unterkühlt wirken. Die Arbeitsweise ist eher strategisch, es geht mehr um Problemlösung als um einen persönlichen Kontakt. (Haselmann 2008, 360) Das kann beim Klienten als Mangel erlebt werden und ein Bedürfnis nach einem emotionaleren Kontakt auslösen. Daher lässt sich schlussfolgern, dass der systemische Ansatz wenig geeignet ist für die alltägliche, ständige Beziehungsgestaltung, etwa in einer Tagesstätte für psychisch kranke Erwachsene. Seine Stärke ist eher in kurzfristigen Interventionen zu sehen.

Weitere Defizite dieser Arbeitsweise sind eine geringe Kontakthäufigkeit, auch ist das Verstehen der Subjektivität des Betroffenen nicht von besonderer Bedeutung bei dieser Sichtweise. An der Biografie des

Psychoseerfahrenen wird wenig Interesse gezeigt. Die Klienten werden relativ allein gelassen, es wird ihnen kaum geholfen, sich besser zu verstehen, und ein Austausch über ihre Symptome wird nicht angeboten. (Haselmann 2008, 360f.) Zum Beispiel finden keine Gespräche über Zusammenhänge zwischen Wahnhaltungen und lebensgeschichtlichen Ereignissen statt.

Offensichtlich ist, „dass die als Nachteile der systemischen Arbeitsweise eingeschätzten Aspekte andererseits gerade als die Vorzüge eines subjektorientierten sozialpsychiatrischen Vorgehens [...] angesehen werden können. Umgekehrt könnten die Nachteile des subjektorientierten Ansatzes der Sozialpsychiatrie [...] durch ein Vorgehen nach dem systemischen Ansatz von vornherein vermieden werden.“ (Haselmann 2008, 361)

4. Kritik an der Versorgungssituation schizophrener Erkrankter in Deutschland

Nach der Beschreibung der Schizophrenie auf einer Verständnisebene, dann auf Handlungs- und Interventionsebene durch Beschreibung der professionellen Arbeitshaltungen und den zwei speziellen Interventionsansätzen ist nun zu diskutieren, wie effektiv die Versorgung von Schizophrenen ist, ob und inwieweit die beschriebenen und sinnvollen Ansätze in der Berufswirklichkeit realisiert sind.

4.1 Kritik an der Versorgung schizophrener Erkrankter auf interpersoneller Ebene

4.1.1 Der Kontext psychotherapeutischer Basiskompetenzen

Als psychotherapeutische Basiskompetenz kann man, wie es die von der Bundesregierung eingesetzte Expertenkommission zur Reform der

Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Bereichs 1988 formuliert, eine prinzipielle psychotherapeutische Sensibilität, Wahrnehmungs- und Handlungsfähigkeit ansehen. (Bundesregierung 1990, 47)

Diese Grundkompetenz ist als Voraussetzung für das angemessene psychiatrische Arbeiten mit Menschen in psychiatrischen Kontexten zu sehen. Eine gemeinsame Arbeitshaltung zu haben ist wichtig bei dem sensiblen Klientel der psychiatrischen Einrichtungen, aber in der Praxis ist das nicht realisiert. Viele verschiedene Berufsgruppen arbeiten in psychiatrischen Institutionen mit den Klienten, zum Beispiel Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Krankenschwestern, Erzieher und Ergotherapeuten, und auch diese Aufzählung ist noch nicht vollständig.

Eine gemeinsame Grundkompetenz der beteiligten Berufsgruppen gibt es nicht. Mehr Einheitlichkeit ist nötig, sowohl in Bezug auf das Krankheitsverständnis als auch auf der Handlungsebene. Für die Klienten wäre mehr Gleichsinnigkeit im Umgang mit ihnen sehr wichtig. Die Beziehungsgestaltung der Institutionen hätte dann einen klareren Stil, die Psychotiker hätten mehr Eindeutigkeit und Orientierung. Es ist zu kritisieren, dass es keine verpflichtenden Ausbildungen in psychotherapeutischen Basiskompetenzen für die unterschiedlichen beteiligten Berufsgruppen gibt.

Eine häufige Einstellung in Institutionen der Psychiatrie ist Menschenfreundlichkeit, ansonsten begründen Professionelle die Art ihrer Beziehungsgestaltung mit Intuition. Nichts gegen eine menschenfreundliche Einstellung, aber Gutmenschentum und Intuition alleine sind für eine effektive Arbeit mit schwierigen Klienten noch nicht ausreichend. Das Gutmenschentum ist oft unreflektiert, und gut gemeint ist eben noch lange nicht gut.

Psychotherapeutisch, in Gesprächen und durch bewusste Anwendung von Techniken, ließe sich für die Entwicklung des Klienten weit mehr

erreichen. Zu kritisieren ist auch, dass es rein dem Idealismus der Betreuer überlassen bleibt, ob sie eine therapeutische Ausbildung haben oder nicht. Mindestens eine gemeinsame Basiskompetenz sollte ein allgemeiner Standard sein, eine höhere Qualifikation sollte auch finanziell honoriert werden. In der beruflichen Praxis sind diese Ideen aber nicht umgesetzt.

1975 kam es in Deutschland zur sogenannten Psychiatrieenquete, die eine Bestandsaufnahme der damaligen Versorgung psychisch Kranker in Deutschland war. Bereits 1973 wurde in einem Zwischenbericht der Sachverständigenkommission zur Erarbeitung der Enquete kritisiert, dass sehr viele psychisch Kranker in den stationären Einrichtungen unter elenden, teilweise menschenunwürdigen Umständen leben müssen. (Internetquelle 2) Der offizielle Titel der Enquete lautete dann „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“. (Siemen 2001, 35) In der Enquete sind 4 Prinzipien formuliert, die zu erreichenden Ziele der Psychiatriereform. Das 2. Prinzip ist eine bedarfsgerechte und umfassende Versorgung von psychisch Kranken und Behinderten.

Bedarfe schizophrener Erkrankter sind Kontinuität, Klarheit, Eindeutigkeit, wie unter 3.1 ausgeführt. Bei der beschriebenen Vielfalt der zusammenarbeitenden Berufsgruppen bei fehlender gemeinsamer psychotherapeutischer Basiskompetenz kann man nicht davon sprechen, dass die gängige interpersonelle Versorgung dem Bedarf der Psychotiker gerecht wird.

Der persönliche Bezug ist ein zentraler Wirkfaktor. (Pirschel u.a. 2001, 111) Tragfähige persönliche Beziehungen zu chronisch psychisch Kranken aufzubauen gelingt nur langsam und ist ständig gefährdet. Kontinuität ist daher ein sehr wichtiges Kriterium für eine gute Beziehung. Das ist umso wichtiger in der Beziehungsarbeit mit Psychotikern, bei denen häufig eine Ich-Schwäche und wenig Selbstbestimmtheit vorliegt. Theorie und Praxis liegen allerdings auch hier weit auseinander, gerade bei chronisch kranken Schizophrenen, für die eine Beziehungskontinuität besonders wichtig wäre, sind Beziehungsabbrüche durch den Wechsel

von therapeutischen Einrichtungen häufig. (Pirschel u.a. 2001, 112) Das führt zu Verwirrung, zu Lebensuntüchtigkeit, zu einer weiteren Verfestigung der gesundheitlichen Problematik.

4.1.2 Der Kontext von Psychotherapie für Schizophrene

Die Aussage Freuds, dass Psychotiker nicht therapiefähig sind, da es ihnen an Übertragungsfähigkeit fehle, kann heute nicht mehr aufrecht erhalten werden. (Wienberg 2003, 189) Unterschiedliche Therapieformen zur Behandlung Psychosekranker wurden entwickelt, von verschiedenen therapeutischen Schulen. Auch analytisch wurde nach Freud mit Psychotikern gearbeitet (z.B. Benedetti), andere Beispiele für Psychosen-Psychotherapie sind die kognitiv-behaviorale Therapie und die personale Therapie. (Cullberg 2008, 269ff.) Häufig wird von Betroffenen der Wunsch geäußert, im Rahmen der Behandlung auch Psychotherapie zu bekommen. Der Bedarf ist groß, und Finzen stellt fest, dass niemand Psychotherapie so nötig habe wie Psychotiker. (Finzen 2004, 134)

„Gerade junge Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, bedürfen der Entwicklung von Einsicht in ihr seelisches Dasein. Sie benötigen Unterstützung bei der Selbstprüfung, bei der täglichen Konfrontation zwischen erlebter und äußerer Realität. Die Erfahrung der Psychose hat die Selbstverständlichkeit erschüttert, mit der wir andere dies tun, es tun können. Psychotherapie ist für sie Hilfe zur Ich-Findung, Hilfe zur Ausgrenzung von anderen Menschen und deren persönlichen Wertsystemen.“ (Finzen 2004, 134)

Dieses Zitat verdeutlicht die Notwendigkeit von Psychotherapie für Klienten, die sich durch das Erleben der Schizophrenie in einer existenziellen Krise befinden. Unter den psychiatrischen Erkrankungen ist die Schizophrenie eine Störung mit sehr hoher Mortalität, 8-12% der Schizophrenen begehen Selbstmord. (Cullberg 2008, 236) Auch diese Zahl zeigt ohne Frage, dass Psychotherapie für Psychotiker ein Element

der Versorgung sein sollte, damit Schizophrene lernen können, die Krankheit zu verarbeiten und mit ihr leben zu lernen. Einschneidend sind die Auswirkungen einer Psychose im zwischenmenschlichen und beruflichen Bereich, auch aus dieser Dynamik entsteht Bedarf für Psychosen-Psychotherapie, wie folgendes Zitat noch mal herausstreicht.

„Nicht zuletzt fühlen sie sich auf psychotherapeutischen Beistand angewiesen, um die Verluste zu bewältigen, die sie im Hinblick auf ihr Leistungsvermögen und auf ihre soziale Stellung hinnehmen müssen.“

(Plog, zitiert nach Wienberg 2003, 193)

Ein eklatantes Missverhältnis besteht aber zwischen dem Bedarf der Erkrankten und den tatsächlichen Möglichkeiten. Psychotherapeutische Praxen sind sehr ungleichmäßig verteilt, große Unterschiede bestehen nach wie vor zwischen Stadt und Land, und auch in Städten sind Praxen in wohlhabenden Stadtteilen viel häufiger. Viel zu schwierig ist es für Psychotiker, einen Therapeuten zu finden. Psychotherapie in Deutschland ist sehr mittelschichtorientiert, vor allem werden Neurosen und psychosomatische Beschwerden behandelt. (Wienberg 2003, 194)

Die Klientel ist üblicherweise in der Lage, sich gut ausdrücken zu können, differenziert und genau über seine Probleme sprechen zu können. So entsteht gewissermaßen eine geschlossene Psychotherapie-Gesellschaft, Schizophrene sind da bestenfalls eine Randgruppe. Letztlich behandeln Therapeuten ihresgleichen. (Wienberg 2003, 194) Dieses Defizit ist erschreckend, empörend ist, dass die Gruppen der Bevölkerung, die psychisch am schwersten belastet sind, die schlechtesten Chancen auf adäquate Behandlung haben. (Keupp 2001, 73)

4.2 Kritik an der Versorgung schizophrener Erkrankter auf struktureller Ebene

4.2.1 Die Ebene der Institutionen

Das 3. Prinzip der Psychiatrie-Enquete ist die bedarfsgerechte Koordination aller Versorgungsdienste. Das ist auch als strukturelle Voraussetzung zu sehen, damit das 2. Prinzip (siehe 4.1.1) erreicht werden kann. (Siemen 2001, 44) Auf dieser Ebene gibt es nicht wenig zu kritisieren. Noch immer, lange nach der Psychiatrie-Enquete von 1975, ist die Versorgung der Klienten auf die Institutionen bezogen, die dafür sorgen, dass ihre Einrichtung nach Möglichkeit zu 100% ausgelastet ist. Außerdem wird von Seiten der Einrichtungen darauf geachtet, Klienten zu bekommen, die in das Betreuungskonzept der Einrichtung passen. Ob damit aber auch wirklich der Hilfebedarf einer Region gedeckt wird, ist eine andere Frage.

Es muss davon ausgegangen werden, dass durch die Auffächerung der sozialpsychiatrischen Angebote ein Teil der Hilfebedürftigen nicht erreicht werden, laut Deger-Erlenmaier gab es noch nie so viele chronisch psychisch Kranke, die obdachlos sind. (Deger-Erlenmaier 2001, 180) Heimunterbringungen weit weg von dem angestammten Umfeld sind auch keine Seltenheit. (Wodarg 2001, 32) Das 2. Prinzip der Psychiatrie-Enquete wird daher nicht erreicht. Die institutionelle Organisation von Hilfe für psychisch Kranke ist daher aus verschiedenen Gründen kritisch zu sehen. Ob, als Beispiel, eine Einrichtung vollständig belegt ist, sollte kein gewichtiges Argument bei der Organisation von Hilfe für psychisch Kranke sein.

Die Institutionen sollten für den Menschen da sein und nicht umgekehrt. Die persönlichen Interessen und Bedarfe der psychisch kranken Menschen sollten im Vordergrund stehen, Erfolgskriterium sollte das Erreichen individueller Hilfeziele sein. Sehr verwirrend ist für die Betroffenen, einem ständigen Wechsel von therapeutischen und sozialen

Beziehungen ausgesetzt zu sein, zum Beispiel durch Weiterverweisungen und Wechsel der Einrichtungen bei Auftreten von psychotischen Episoden.

Unklarheit, Verwirrung und Ambivalenzen gehören sowieso zur Symptomatik von Schizophrenie, daher sind häufige Betreuerwechsel für die Betroffenen fatal. Aus diesem Grund ist es nötig, möglichst viel personale Kontinuität in der therapeutischen Arbeit zu organisieren, wenn es realisierbar ist, über die Grenzen ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung hinweg. Dafür ist es unabdingbar, dass über die Grenzen von Einrichtungen hinweg zusammengearbeitet wird, die psychiatrischen Subsysteme sind zu abgeschottet.

Stärker zu verzahnen sind auf jeden Fall der stationäre und der ambulante Bereich, in diesem Feld gibt es etliche Probleme. (Pirschel u.a. 2001, 111) Beispielsweise bleiben Patienten länger als nötig im Krankenhaus, weil kein Platz in einer nachfolgenden Einrichtung frei ist. Wenn ein Patient entlassen werden könnte, passiert das daher manchmal nicht. Das kann zu absurden Situationen der Art führen, dass Ärzte schon gesunde Patienten weiterhin als krank diagnostizieren. Das müssen sie tun, um einen weiteren Aufenthalt im Krankenhaus gegenüber der Kontrollinstanz der Krankenkassen, dem MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen), zu legitimieren. In anders gelagerten Fällen werden Patienten entlassen ohne eine passende nachfolgende Betreuung, ihre gesundheitliche Lage kann sich dann wieder rapide verschlechtern und die Patienten müssen erneut ins Krankenhaus. Das ist der sogenannte „Drehtüreffekt“.

Bei der Versorgung psychisch Kranker ist das Krankenhaus immer noch dominant. Es ist ein Unding, dass es einfacher ist, einen Patienten in das viel teurere Krankenhaus einzuweisen, als der Person Soziotherapie nach § 37a SGB 5 zu verschreiben, die ein Ansatz ist, durch den eine Krankenhauseinweisung bestenfalls unnötig wird. (Internetquelle 4) Als nicht patientenorientiert sind auf der anderen Seite harte Sparanstrengungen im stationären Bereich anzusehen. Betten werden abgebaut und

es wird eine durchschnittliche Verweildauer von 21 Tagen auf der Psychiatrie angestrebt. (Pirschel u.a. 2001, 163)

Reformanstrengungen, die eine kürzere Verweildauer in der Psychiatrie zu erreichen versuchen, sind nur sinnvoll im Rahmen eines Gesamtkonzeptes. Der ambulante Bereich muss im gleichen Zug der stationären Einsparungen ausgebaut werden, um eine gute Betreuungsqualität der Klienten nach dem Krankenhaus zu gewährleisten. (Bremer 2001, 170)
Die organisatorischen Missstände in der psychiatrischen Versorgung werden in folgendem Zitat von Wodarg differenziert benannt.

„Für die Neuorganisation der Krankenhausstrukturen im Bereich der Psychiatrie bedeutet das, dass das Krankenhaus nicht mehr ein isolierter Fachbetrieb zur Krankenbehandlung ist, sondern ein spezialisierter und allseitig durchlässiger Teil einer auf eine bestimmte Region bezogenen Versorgungsstruktur wird, in der stationäre, teilstationäre und ambulante Fachdienste eng vernetzt sind mit nichtpsychiatrischen Fachdiensten, Diensten der allgemeinen Lebenshilfe, mit der Administration und mit Bürger- und Selbsthilfeinitiativen. Das Ergebnis dieser sicherlich schwierigen Reformen müsste sein, dass der Patient nicht von Instanz zu Instanz weitergereicht oder im Drehtürmodus herein- und herausbefördert wird, sondern in Form einer fachlichen, wohldosierten Einzelfallbetreuung über die Institutionen hinweg begleitet wird.“ (Wodarg 2001, 33f.)

4.2.2 Die Ebene der Kostenträger

Eine Schwäche des jetzigen psychiatrischen Versorgungssystems liegt darin, dass die Angebote entlang der durch die Leistungsträger festgelegten Grenzen konzipiert sind und daher wenig miteinander verbunden sind. (Internetquelle 3) Zum Beispiel sind die medizinischen und psychosozialen Angebote wenig miteinander verzahnt. Soziotherapie beispielsweise ist eine Leistung, die im Sozialgesetzbuch der Krankenkassen normiert ist. Psychiatrische Einrichtungen erbringen Leistungen der Soziotherapie,

finanziert werden sie aber über die Wiedereingliederungshilfe (§ 54 SGB 12), nicht über die Krankenkassen, wie es sein müsste bei dieser Leistung. Eine bessere Koordination bei der Finanzierung der Angebote ist daher erforderlich, die unterschiedlichen Kostenträger Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und Sozialämter müssen mehr kooperieren. (Wodarg 2001, 32)

Wenig Flexibilität und Kooperation auf der Kostenträgerseite führt bei den Betroffenen zur Chronifizierung ihres Leidens. Chronisch psychisch krank zu sein ist eine Anspruchsgrundlage, um Maßnahmen wie betreutes Wohnen oder soziale Absicherung durch Frührente bewilligt zu bekommen. Die Betroffenen wissen, dass die Betreuer die Hilfsmassnahmen begründen müssen gegenüber der jeweiligen Behörde. Der Fortbestand der Krankheit macht daher Sinn für die psychisch Kranken, da es die Voraussetzung für die weitere Bewilligung der jeweiligen Maßnahme ist. (Haselmann 2008, 299) Besser wären Modelle, in denen der Fokus mehr auf der Gesundheit, auf Genesung und Selbstbestimmung des Betroffenen liegen würde, in denen mehr Flexibilität auf Kostenträgerseite vorliegen würde. In jedem Fall ist es kein Anreiz, die Erkrankung zu überwinden, wenn Kranksein belohnt wird.

Zielführend sind Budgetmodelle für psychisch Kranke, bei denen mit einem festgelegten Budget das Geld flexibel für die Bedarfe des Betroffenen eingesetzt werden kann. Unflexibilität in der Finanzierung darf einem individuellen Heilungsprozess nicht im Wege stehen. Es gibt etliche Modellprojekte in Deutschland, in denen andere Organisationsformen und Finanzierungsmodi erprobt werden. In Rostock zum Beispiel werden in dem Modellprojekt „Psychiatrie ohne Schubladen“ Leistungen der Teilhabe als Komplexleistung unabhängig von Institution und Immobilien erbracht.

Dieses Modell wurde in Zusammenarbeit zwischen sozialpsychiatrischen Leistungserbringern und Kostenträgern entwickelt und wird seit 2005 für die Eingliederungshilfe genutzt. (Internetquelle 3) Das 2. und 3. Prinzip der

Psychiatrie-Enquete wird hier viel mehr als bei herkömmlichen Modellen verwirklicht, die personenbezogenen Dienstleistungen werden durch ein regionales Budget finanziert. „Psychiatrie ohne Schubladen“ sei laut Aussage des Dachverbands Gemeindepsychiatrie e.V. ein Erfolg, beobachtet werden deutliche Qualitäts- und Effizienzgewinne. Der Aufwand pro Fall reduziere sich, größere Integrationserfolge werden erreicht. Die Angebote verändern sich, es gebe weniger Plätze im Wohnheim, der ambulante Bereich werde ausgebaut. (Internetquelle 3)

Zu kritisieren ist also auf struktureller Ebene die institutions- und kostenträgerechte Organisation der Hilfe, die zu wenig flexibel ist und bei der mehr Kooperation und Durchlässigkeit erreicht werden muss. Nicht nur auf interpersoneller Ebene ist zu beachten, welche Art von Kontakt Schizophrene benötigen, wie ihr Bedarf gedeckt wird. Genauso wie auf der Mikroebene der Beziehung sind auf der institutionellen Mesoebene und auf politischer Makroebene Wege zu finden und Organisationsformen zu schaffen, die dem an Schizophrenie leidenden Menschen gerecht werden, um ihm, soweit es geht, zu einem „gelingenderen Alltag“ (Thiersch u.a. 2005, 168) zu verhelfen. Zuzustimmen ist daher voll und ganz den Forderungen der Aktion Psychisch Kranke e.V. bezüglich zukünftiger Aufgaben der Psychiatriereform, die unter anderem eine Entwicklung „von der Institutionszentrierung zur Personenzentrierung, von der Angebots- zur Bedarfsorientierung“ als wichtige Zielvorstellungen formulieren. (Internetquelle 4)

Schlussbetrachtung

34 Jahre nach der Psychiatrieenquete ist festzustellen, dass die 4 Prinzipien der Enquete, die die „Rahmenbedingungen einer Neuordnung der Versorgung“ (Psychiatrieenquete, zitiert nach Siemen 2001, 44) psychisch Kranker als Zielvorstellungen formulierten, immer noch nicht erreicht sind.

Von den damals formulierten Prinzipien wurden im Rahmen dieser Arbeit das 2. und 3. Prinzip aufgegriffen:

2. Prinzip: Das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten.

3. Prinzip: das Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste.

(1. und 4. Prinzip: das Prinzip der gemeindenahen Versorgung; das Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken) (Siemen 2001, 44)

Das 3. Prinzip, das auf der strukturellen Ebene der Versorgung liegt, ist auch wichtig für das 2. Prinzip, in dem Sinne, dass die Strukturen den Rahmen vorgeben, in dem dann die Beziehung passiert. In der Arbeit wird das unter 4.2 diskutiert, bei der Kritik der Versorgungssituation auf struktureller Ebene. Von zentralem Interesse für diese Arbeit war aber das 2. Prinzip, der Blick darauf, was ein Schizophrener braucht, was sein Bedarf ist mit dem Schwerpunkt auf der interpersonellen Ebene.

Zu diesem Zweck musste erst ein Verständnis von Schizophrenie erarbeitet werden (Verständnisebene der Arbeit), bevor dann zur Interventionsebene weitergegangen werden konnte. Haselmann kritisiert, dass die Reform der Psychiatrie vor allem strukturbezogen gewesen sei. (Haselmann 2008, 75) Die Art aber, wie der Kontakt zwischen Betreuer und Klient vor sich geht, ist mindestens genauso wichtig. Denn wichtiger ist eigentlich, welche Qualität eine Beziehung hat, als in welcher Art von Institution diese Beziehung stattfindet.

Konsequenterweise argumentiert Haselmann daher auch, dass eine therapeutische Orientierung von allen im Psychiatriebereich Tätigen zu fordern sei. Denn eine Voraussetzung für die Umsetzung der beiden in der Arbeit beschriebenen Interventionsansätze sei eine therapeutische

Haltung. (Haselmann 2008, 368) Sehr ähnlich wird auch in dieser Arbeit argumentiert; ich bin auch der Meinung, dass die Qualität der Kommunikation und des Umgangs mit psychisch Kranken durch den Erwerb psychotherapeutischer Kompetenzen erhöht werden könnte und sollte.

Ich denke, da kann mehr erreicht werden in der praktischen Arbeit, wenigstens durch den Erwerb der beschriebenen Basiskompetenzen. Wenn die auf der Psychiatrie Tätigen auch noch kompetent wären in den beiden beschriebenen speziellen Interventionsansätzen, wäre die Qualität der Versorgung noch höher. Nicht zuletzt wäre durch die beschriebene Qualitätssteigerung der interpersonellen Versorgung mehr Berufszufriedenheit bei den beteiligten Berufsgruppen zu erreichen, denn das Arbeiten mit dem Klientel wäre dann effektiver und erfolgreicher. Nur ein bewusstes und professionelles Arbeiten ist ein befriedigendes Arbeiten.

Für mich selber war die Beschäftigung mit dem subjektorientierten und dem systemischen Ansatz sehr interessant. Beide Ansätze, denke ich, sind effizient für das psychiatrisch-psychosoziale Arbeiten. Die unterschiedlichen Beziehungsformen sollten aber sensibel und bewusst eingesetzt werden, der gewählte Ansatz sollte für das Setting und die Situation des Klienten passen. (Verständnis vs. Lösungsorientierung) Zu bedenken ist unter anderem, dass es vermutlich verwirrend ist für den Klienten, wenn sein Betreuer normalerweise empathisch-anteilnehmend mit ihm arbeitet und dann systemische Interventionen anwendet, deren Beziehungsart ja recht unterschiedlich ist im Vergleich zu dem subjektorientierten Ansatz.

In Situationen, in denen eine systemische Intervention sinnvoll ist, wäre es daher ideal, wenn sie von einem anderen, in der selben psychiatrischen Einrichtung arbeitenden Kollegen vorgenommen wird, damit die Beziehungsqualität des Bezugsbetreuers zu seinem Klienten nicht beeinträchtigt wird. (Haselmann 2008, 362f.) Wenn das nicht möglich ist, kann der Bezugsbetreuer trotzdem mit seinem Klienten in bestimmten

Situationen auch systemisch arbeiten, dann muss die andere Umgangsform in der Beziehung allerdings zeitlich begrenzt werden und dem Klienten gegenüber deutlich markiert werden. (Haselmann 2008, 364) Das ist deshalb nötig, um die oben genannte Verwirrung des Klienten durch die andere Beziehungsform so weit es geht zu minimieren.

Mein Wissen und meine Sensibilität für Betreuungsprozesse von Schizophrenen haben durch die Auseinandersetzung mit dem Thema in dieser Arbeit jedenfalls sehr zugenommen. Ein lohnender Ausblick für mich persönlich ist, die beschriebenen methodischen Ansätze noch tiefer kennen zu lernen, auch über Selbsterfahrung, um sie dann gewinnbringend für ein psychiatrisches Klientel anwenden zu können.

Literaturverzeichnis

- Amering, M./Schmolke, M. 2007: Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit.
Bonn: Psychiatrieverlag
- Bock, Th. 2003: Basiswissen: Umgang mit psychotischen Patienten. Bonn:
Psychiatrieverlag
- Bremer, F. 2001: Erosion oder Reform ? In: Bremer, F./Hansen, H./Blume,
J. (Hg.): Wie geht's uns denn heute? Sozialpsychiatrie zwischen
alten Idealen und neuen Herausforderungen. Neumünster: Paranus
Verlag, 166-177
- Buck, D. 2001: SELBSTHILFE – groß geschrieben. In: Bremer,
F./Hansen, H./Blume, J. (Hg.): Wie geht's uns denn heute?
Sozialpsychiatrie zwischen alten Idealen und neuen
Herausforderungen. Neumünster: Paranus Verlag, 205-214
- Bundesregierung 1990: Unterrichtung durch die Bundesregierung.
Drucksache 11/8494.
- Ciampi, L. 1998: Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Ent-
wicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart: Klett-
Cotta
- Cullberg, J. 2008: Therapie der Psychosen. Ein interdisziplinärer Ansatz.
Bonn: Psychiatrieverlag
- Deger-Erlenmaier, H. 2001: 25 Jahre Psychiatrie-Reform – 15 Jahre
Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker. (K) Ein
Grund zum Feiern ? – Eine Polemik. In: Bremer, F./Hansen,
H./Blume, J. (Hg.): Wie geht's uns denn heute? Sozialpsychiatrie
zwischen alten Idealen und neuen Herausforderungen.
Neumünster, Paranus Verlag, 178-189
- Dilling, H./Reimer, Chr. 1990: Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York:
Springer-Verlag

- Dörner, K./Plog,U./Teller, Chr./Wendt, F. 2007: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn: Psychiatrieverlag.
- Finzen, A. 2004: Schizophrenie. Die Krankheit verstehen. Bonn: Psychiatrieverlag
- Haselmann, S. 2008: Psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie – systemisch oder subjektorientiert ? Ein Lehrbuch. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Keupp, H. 2001: Lernschritte in der Psychiatriereform. Von der „Fürsorglichen Belagerung“ zu einer Empowerment-Perspektive. In: Bremer, F./Hansen, H./Blume, J. (Hg.): Wie geht's uns denn heute? Sozialpsychiatrie zwischen alten Idealen und neuen Herausforderungen. Neumünster: Paranus Verlag, 64-82
- Kraepelin, E. 1913: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth
- Mertens, W./Waldvogel, B. (Hg.) 2000: Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer Verlag
- Pirschel, F-O./Schmidt, H./Bührig, M./Kruckenberger, P./Stock, M. 2001: Regionalisierung – zurück in die Gesellschaft. In: Bremer, F./Hansen, H./Blume, J. (Hg.): Wie geht's uns denn heute? Sozialpsychiatrie zwischen alten Idealen und neuen Herausforderungen. Neumünster: Paranus Verlag, 106-114
- Pörksen, N. 2001: Die Solidarität der Schwachen kann mehr bewirken als der gesammelte Fachverstand der Experten. In: Bremer, F./Hansen, H./Blume, J. (Hg.): Wie geht's uns denn heute? Sozialpsychiatrie zwischen alten Idealen und neuen Herausforderungen. Neumünster: Paranus Verlag, 51-63
- Siemen, H-L. 2001: Vom Mythos der Enquete – Versuch einer kritischen Annäherung. In: Bremer, F./Hansen, H./Blume, J. (Hg.): Wie geht's uns denn heute? Sozialpsychiatrie zwischen alten Idealen und neuen Herausforderungen. Neumünster: Paranus Verlag, 35-50

- Thiersch, H./Grunwald, K./Königter, S. 2005: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Thole, W. (Hg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, 161-178
- Walter, K-H. 2001: Die Reform wieder flott machen. In: Bremer, F./Hansen, H./Blume, J. (Hg.): Wie geht's uns denn heute? Sozialpsychiatrie zwischen alten Idealen und neuen Herausforderungen. Neumünster: Paranus Verlag, 197-204
- Wienberg, G. (Hg.) 2003: Schizophrenie zum Thema machen: psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Bonn: Psychiatrieverlag
- Wodarg, W. 2001: Das Verständnis von Krankheit und Menschenwürde in der Psychiatrie. Nationale und internationale Herausforderungen. In: Bremer, F./Hansen, H./Blume, J. (Hg.): Wie geht's uns denn heute? Sozialpsychiatrie zwischen alten Idealen und neuen Herausforderungen. Neumünster: Paranus Verlag, 27-34

Quellenverzeichnis

Internetquelle 1: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, ICD 10. In: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbc.isgbetol/xs_start_neu/3 (Zugriff: 28.10.2009)

Internetquelle 2: Zwischenbericht der Sachverständigenkommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie Deutschland. In: <http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/enquete/zwischenbericht1973bundestagsdrucksache7-1124.pdf> (Zugriff am 12.11.2009)

Internetquelle 3: Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.: Regionales Psychriatriebudget: Grundlage für die Psychiatrie der Zukunft ? In: http://psychiatrie.de/data/pdf/36/04/00/Vortrag_DGPPNKongress_112006_Kurzversion.pdf (Zugriff: 6.11.2009)

Internetquelle 4: Aktion Psychisch Kranke e.V.: Zukünftige Aufgaben der Psychiatriereform. In: <http://www.apk-ev.de/public/apk.asp?id=4&mod=user> (Zugriff: 26.11.2009)

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Volker Dreyer, dass ich die Bachelor-Thesis selbständig, das heißt ohne fremde Hilfe verfasst habe. Dabei habe ich nur die angegebenen Hilfsmittel und Quellen verwendet.

Unterschrift des Studenten

Hamburg,