



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Bachelorstudiengang Soziale Arbeit

Angehörigenarbeit in der Psychiatrie

*Schizophren Erkrankte - Umfeld und Familie innerhalb der
Gesellschaft und die Alternative des Soteriamodells*

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Social Work / Sozialarbeiterin

vorgelegt von: Anja Hoffmann

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2010-0283-4

Betreuer: Prof. Dr. Sigrid Haselmann

Prof. Dr. Peter Schwab

Datum: 10.06.2010

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
1. Edda Hattebier - „Reifeprüfung“	5
1.1 Ein kurzer inhaltlicher Überblick	5
1.2 Die Geschichte einer Mutter	7
2. Krankheitsbild	8
2.1 Schizophrenie	8
2.1.1 Therapie / Behandlungsformen	10
2.1.1.1 Psychotherapeutische Behandlung	11
2.1.1.2 Medikamentöse Therapie	11
2.1.1.3 Soziotherapeutische Behandlung.....	12
2.1.1.4 Angehörigenhilfe	12
3. Angehörigenarbeit	13
3.1 Familien und Angehörige von psychisch kranken Menschen	13
3.1.1 Entwicklung der Angehörigenarbeit.....	13
3.1.2 Allgemeine Aufgaben und Ziele.....	14
3.1.2.1 Umsetzung	15
3.2 Schizophrenie und Familie – Wie geht das?	17
3.2.1 Sorgen, Belastungen und Ängste der Angehörigen.....	17
3.2.2 Der Effekt des „double-bind“ und die Auswirkungen.....	20
3.2.3 Verursacher vs. Sündenbock : Die Frage nach der Schuld.....	20
3.3 Schizophrenie und Gesellschaft – eine Bewährungsprobe	22
3.3.1 Angehörige von schizophren erkrankten Menschen in der Gesellschaft	22

3.3.2 Versorgung und Nachsorge Betroffener und deren Familien.....	24
3.3.3 Rechtliche Aspekte – Möglichkeiten und Hindernisse.....	25
3.4 Bezüge zur Sozialen Arbeit	26
3.4.1 Prävention – die Psychose verhindern.....	26
4. Soteria – eine alternative Schizophreniebehandlung	28
4.1 Konzept und Methoden	28
4.1.1 Aufbau einer speziellen Einrichtung	29
4.1.2 Verschiedene Phasen der Genesung	29
4.1.3 Medikamentengabe.....	31
4.1.4 Angehörige und das Soteriakonzept	31
4.2 Was Angehörige darüber denken	31
4.3 Vorteile und Nachteile	33
4.4 Beispiel: Das „Weglaufhaus“	34
5. Zusammenfassung	35
6. Literaturverzeichnis	37
7. Eidesstattliche Erklärung	39

Einleitung

Soziale Arbeit – ein weites Feld, bei dem man in verschiedenen Richtungen schauen kann und muss. An der Hochschule Neubrandenburg wird neben der Vermittlung von theoretischen Grundlagen auch praxisbezogen gearbeitet. Mithilfe eines Praxissemesters, welches ich in der Psychiatrie in Neubrandenburg absolvierte, war es mir möglich einen Einblick in dieses Feld zu bekommen. Zwar hatte ich weniger mit den Angehörigen der psychisch Erkrankten zutun, doch dies weckte mein Interesse, mehr darüber zu erfahren und mich mit diesem Thema zu beschäftigen. Denn um eine gute Versorgung zu gewährleisten, sind die Familie und das soziale „Drum-Herum“ sehr entscheidend.

Deshalb habe ich mich dazu entschlossen, in das Thema der Angehörigenarbeit einzutauchen und darüber meine Bachelorthesen zu verfassen. Es soll überwiegend mit theoretischem Fachwissen gearbeitet werden, wobei verwendete Fachliteratur und themenbezogene Beispiele den Ausgangspunkt geben sollen und die Arbeit unterstützen werden.

Die Fragestellung meiner Thesis lautet: *„Ist es für schizophrene Erkrankte hilfreich, wenn sie während der (akuten) Behandlungsphase Unterstützung durch Angehörige erhalten?“*

Das Hauptthema der vorliegenden Bachelorarbeit ist „Angehörigenarbeit in der Psychiatrie“. Es soll ein Blick auf das Umfeld und auf die Familien von schizophren Erkrankten geworfen werden und wie ihre Stellung – die, der Betroffenen und der Angehörigen, innerhalb der Gesellschaft ist. Außerdem soll mithilfe des Soteriamodells eine neue Alternative vorgestellt und analysiert werden.

Anhand eines Buches von Edda Hattebier, mit dem Titel „Reifeprüfung – Eine Familie lebt mit psychischer Erkrankung“, möchte ich einen Einstieg geben und allgemein zum Thema Schizophrenie und Angehörige etwas darlegen. Weiterführend soll ein Überblick zum Krankheitsbild „Schizophrenie“ gegeben werden. Darauf aufbauend möchte ich kurz die einzelnen Therapieformen erläutern.

Desweiteren möchte ich auf das Feld der Angehörigenarbeit kommen und hier etwas genauer betrachtet einige Beispiele, die Arbeitsweisen und den Faktor der Nachsorge betrachten. Auch der Bezug zur Familie, Gesellschaft und zur Sozialen Arbeit sollen thematisiert werden. Fortlaufend werde ich speziell zum Thema „Soteria“ einen Einblick geben und anhand von Fachliteratur und Expertenmeinungen die Vor- und Nachteile dieser Alternativbehandlung erläutern. Außerdem möchte ich ein Beispiel vorstellen.

Abschließend möchte ich mithilfe einer Zusammenfassung versuchen, die oben genannte Fragestellung, zu beantworten.

1. Edda Hattebier - „Reifeprüfung“

„Es war ein wunderbarer Tag. So viele Freunde und Verwandte waren gekommen, um mit uns zu feiern. Und es gab wirklich was zu feiern: Die Taufe unseres Sohnes! Er war lebhaft und gesund.“¹

„Mein Gott, warum musste das passieren? Warum muss uns das passieren? Und wenn er nun nicht wieder gesund wird, Ludwig? Was machen wird dann?“²

„Doch schon nach drei Tagen bat uns der Chefarzt, [...] in sein Behandlungszimmer und teilte uns die Diagnose mit: Ihr Sohn ist schizophran. Ein einziger Satz, der mein Leben, unser Leben von Grund auf veränderte.“³

„Mein Verhältnis zum Leben hatte sich durch Konrads Krankheit verändert. Ich sah nicht mehr das große Ganze [...] – ich lernte mich an kleinen Dingen zu erfreuen, [...]. Mein Leben war dadurch intensiver und reicher geworden; ich hatte Erfahrungen gesammelt, die ich unter normalen Umständen nicht gemacht hätte, war interessanten Menschen begegnet, die mir sonst nicht begegnet wären.“⁴

Diese vier Ausschnitte aus dem Buch von Hattebier sollen einen groben Überblick darüber geben, in was für Dimensionen die Mutter des Erkrankten gelebt hat. Am Anfang steht die totale Freude über Geburt und Leben des Kindes. Danach der vollkommene Absturz in eine Welt, die für eine Mutter kaum greifbar und vorstellbar ist. Und letztlich die Einsicht und der Rückblick, was man durch die Krankheit gelernt und erlebt hat.

1.1 Ein kurzer inhaltlicher Überblick

Konrad Arnold wird 1952 geboren und ist in späteren Jahren ein sehr aufgeweckter und neugieriger Junge. Er ist sehr intelligent und wissbegierig, geht später sogar aufs Gymnasium. Im Alter von 16 Jahren werden erste Auffälligkeiten deutlich. Er legt ein patziges und aggressives Verhalten an den Tag und schwänzt immer öfter die Schule.

Eines Nachts, versucht Konrad sich mit einer Rasierklinge die Pulsadern aufzuschneiden – der Suizid missglückt und er wird zu einer Psychologin überwiesen. Aber auch sie ist ratlos und übergibt den Fall an ein neurologisches Krankenhaus. Nach der Diagnose Schizo-

¹ (Hattebier, 1999, S. 5)

² (ebenda, S. 34)

³ (ebenda, S. 39)

⁴ (ebenda, S. 188)

phrenie und der Behandlung, kann Konrad sein Abitur nachholen und alle glauben, dass sich die Situation gebessert hat.

Doch nach dem plötzlichen Tod seines Opas versinkt Konrad wieder in ein tiefes Loch und erleidet einen Rückschlag. Eine Auszeit auf dem Lande soll den gewünschten Abstand bringen, doch auch hier kann er sich seiner Krankheit nicht wirklich entziehen. Die einzige Lösung ist eine Langzeittherapie.

Im Februar 1971 wird Konrad dann in eine Klinik eingewiesen und verbringt dort fast 5 Monate. Es treten vermehrt Paranoia und Wahnvorstellungen auf und es kommt soweit, dass er seine Eltern nicht mehr erkennt. Auf Rat des Arztes wird Hannas Sohn im Sommer dann in eine andere Klinik überwiesen, die jedoch überwiegend medikamentös arbeitet. Konrad hält es dort nicht aus und flüchtet letztlich nach Hause. Hanna steht nun in einem Dilemma – ihren Sohn verraten, damit er gesund wird oder ihn schützen, aber damit die Verschlechterung der Krankheit fördern? Es folgen weitere Klinikaufenthalte in verschiedenen Anstalten und überall sind nur Medikamente und nicht das Individuum im Vordergrund. Auch die Meinung der Eltern zählt nicht und nur mit Hilfe von Bestechung, kümmern sich Ärzte und Pflegepersonal besser um den Patienten. Ebenso werden autoritäre Methoden wie Einsperren oder Verbote umgesetzt, um Patienten „ruhig zu stellen“.

Da nach einem viermonatigen Aufenthalt zu Hause keine „normalen“ Zustände herrschen, beschließen die Arnolds, Konrad nach Freiburg zu schicken – zu Ludwigs Neffen. Die Idee gefällt Konrad und er hat den Wunsch zu studieren. Aber dies misslingt aufgrund seiner psychotischen Erkrankung und somit kommt es zur erneuten Einweisung. Im Anschluss an die klinische Behandlung kann, nach langem hin und her, eine Langzeittherapieeinrichtung für ihn gefunden werden. Es sieht so aus, als hätte Konrad die Krankheit besiegt und könnte wieder ein normales Leben führen. Doch ein weiterer Rückschlag, bringt ihn erneut in eine akute Phase und somit war die Arbeit des halben Jahres wieder auf null gesetzt.

Ohne die Zustimmung der Eltern wird Konrad dann in das zuständige Krankenhaus verlegt, da er erneut einen Suizidversuch begangen hat. Die Zustände sind dort grauenhaft und nur knapp entgeht Konrad dort dem Tod.

1978 gründet Hanna mit weiteren Angehörigen dann den HPE (Verein für Angehörige von psychisch Erkrankten) und geht in der Arbeit voll auf. Der Verein rückt immer mehr ins Licht und bekommt redliche Aufmerksamkeit von außen. Die Arbeit im HPE gibt Hanna Kraft und ermutigt sie, weiter zu machen.

Bis 1984 hat Konrad noch mehrere Aufenthalte in verschiedenen Krankenhäusern und hat teils akute Phasen und Schübe. Bald auch merken Hanna und Ludwig, dass der Zustand zu

Hause so nicht mehr erträglich ist und schlagen Konrad vor, in eine eigene Wohnung zu ziehen. Dieser ist anfänglich irritiert, freundet sich jedoch recht bald mit dem Gedanken an und der Vorschlag wird umgesetzt. Ein Bekannter, der Betreuung für psychisch Erkrankte übernimmt, kümmert sich um Konrad und versucht ihm so weitestgehend seine Freiräume zu lassen.

Es kommt in den nächsten Jahren zwar noch zu psychotischen Schüben, aber nur noch zu vereinzelt Klinikaufhalten. Hanna macht sich Gedanken, wie es nach dem Tod für Konrad weitergeht und wünscht sich eine Art „Lebensbegleitung“. Sie will mit Hilfe des HPE diese Ziele umsetzen. Hanna erkennt, dass sich ihr Verhältnis zum Leben vollkommen durch die Erkrankung ihres Sohnes geändert hat – sie sieht die Dinge ganz anders. Das Leben der Familie Arnold hat sich eingependelt, wenn auch manchmal noch unvorhersehbare und schwierige Situationen bevorstehen.

1.2 Die Geschichte einer Mutter

Hanna Arnold – sie erzählt die Geschichte einer Familie und über das Leben mit ihrem Mann Ludwig und dem gemeinsamen Sohn Konrad, der an Schizophrenie erkrankt ist. Sie erzählt von der Taufe ihres Sohnes bis hin zum Auszug – und darüber, welche Höhen und Tiefen sie in den fast vierzig Jahren durch die psychische Erkrankung ihres Kindes mitgemacht hat. Es geht um die Entstehung und Entwicklung der Krankheit Schizophrenie, die zahlreichen Behandlungen und Klinikaufhalte des Sohnes und um die Einsicht und das Verstehen durch die Angehörigen, speziell durch die Eltern. Und darum, mit dieser Krankheit leben zu lernen. Die verschiedenen Stufen der Erkrankung sowie die zum Teil schlechte Behandlung und der Ausschluss der Eltern wird durch die Sicht der Mutter geschildert.

Der Blick eines Angehörigen auf die Krankheit ist nicht immer einfach. Man denkt und fühlt nicht, wie der Betroffene und kann sich nur schwer in extreme Situationen hinein versetzen. Oft sind Handlungen und Denkweisen nicht nachvollziehbar und wirken befremdlich. Wie macht man es richtig? Wenn man sein Kind unterstützt, ihm möglicherweise zu viel Unterstützung entgegenbringt – manche Fachkräfte sprechen von Einengung – ist man schuld an alledem. Lässt man sein Kind aber machen, heißt es, man kümmere sich nicht, Rabenmutter ist in diesem Zusammenhang das Wort, was gerne verwendet wird. Ein Zwiespalt den auch Konrads Mutter erleben musste, besonders in Gegenwart von Fachkräften. Im Laufe der Erkrankung ihres Sohnes hat Hanna Arnold vieles erlebt und konnte

nur daraus gewinnen – sie hat nie aufgegeben und immer fest daran geglaubt, dass alles gut wird. [...“und war es nicht, trotz allem, gut geworden?“]⁵

2. Krankheitsbild

Im Folgenden werde ich genauer auf das Krankheitsbild der Schizophrenie eingehen. In einem kurzen Überblick wird genauer auf die Aspekte Ursache, Entstehung, Formen und Symptome eingegangen. Ebenso sollen die Folgen, der Verlauf und eine mögliche Behandlung/Therapie geschildert werden.

2.1 Schizophrenie

Die Schizophrenie (griech.: gespaltener/s Geist/Gemüt) zählt zu den häufigsten und zum Teil schwersten psychischen Erkrankungen, die in Gesellschaft vorkommen. Sie gehört zu den endogenen Psychosen (endogen = von innen heraus, aus dem Inneren kommend) und ist eine psychische Erkrankung mit einem vielseitigen Erscheinungsbild. Es gibt keine erkennbaren körperlichen Faktoren, die zu dazu beitragen oder die zum Ausbruch der Krankheit führen können.⁶

Man darf die Schizophrenie nicht fälschlicherweise mit der einer Persönlichkeitsspaltung verwechseln. Der Betroffene hat also nicht mehrere Persönlichkeiten und ist auch nicht weniger intelligent als andere.⁷ Ganz im Gegenteil – oft sind schizophrene Erkrankte hochintelligent und begabt. Doch auch dieser Fakt kann sie nicht davor schützen, zu erkranken. Nachdem die Krankheit erkannt und diagnostiziert wurde, bleibt für die Betroffenen immer noch die Frage nach der Herkunft und oft auch die Frage nach der Schuld – hätte eine andere Lebensweise die Erkrankung verhindern können? Und wer trägt zum Ausbruch bei? Solche Schuldzuweisungen machen oft das Familienleben kaputt und führen nur noch mehr zu einem schlechteren Verlauf.⁸

Es gibt mehrere Faktoren, die zusammenspielen und zu einer Erkrankung beitragen können. Dazu können gehören genetische Faktoren, biochemische Aspekte (veränderte Gehirnstruktur) oder auch soziale Faktoren und der Einfluss belastender Ereignisse.

⁵ (Hattebier, 1999, S. 188)

⁶ (Krause & Haufe, 2000, S. 235 ff.)

⁷ URL 3

⁸ (Hoffmann-Richter & Finzen, 2001, S. 25)

Bei einer genetischen Disposition ist durch Studien belegt, dass bis zu 50% durch die Elternteile vererbt werden kann. Im günstigsten Fall liegt die Wahrscheinlichkeit immer noch bei 10%. Aber auch Fehlfunktionen im Gehirn und eine veränderte Hirnstruktur führen zu schizophrenen Erkrankungen, die sich aber zum Teil medikamentös behandeln lassen. Trotz alledem kann eine erblich bedingte Erkrankung nicht nachgewiesen werden. Zu viele Aspekte widerlegen die Theorie, dass genetische Faktoren ein Grund dafür sind.^{9 10}

Auch die biochemischen Aspekte können ein Auslöser für die Krankheit sein. Wenn bestimmte Stoffwechselprozesse im Gehirn nicht korrekt ablaufen und die damit verbundenen Botenstoffe ins Ungleichgewicht geraten, kann dies eine solche psychische Störung hervorrufen. Die wohl häufigste chemische Substanz ist in diesem Fall das Dopamin. Eigentlich als sogenanntes „Glückshormon“ bekannt, ist es bei vermehrter Produktion im Gehirn ein Faktor Grund für Halluzinationen und Wahnvorstellungen.¹¹

Ein weiterer wichtiger Aspekt sind die (psycho)-sozialen Faktoren und prägende Erlebnisse, die meist nicht ganz unbedeutend sind. Schizophrenie kommen in den meisten Fällen aus sozial schwächeren Schichten und leben vorwiegend alleine. Zwar werden Ereignisse wie Jobverlust, Trennung oder Ortswechsel nicht als Entstehungsfaktoren benannt, jedoch können sie die Krankheit verstärken oder einen Rückfall hervorrufen. Meist spielen prägende Ereignisse in der Kindheit oft eine entscheidende Rolle und werden erst im Nachhinein darauf bezogen. Auch der Begriff Vulnerabilität (zu Deutsch – Verletzlichkeit) spielt eine immer größere Rolle im Zusammenhang mit der Schizophrenieerkrankung und wird immer häufiger als Ursache in Betracht gezogen.^{12 13} Bis heute sind aber die konkreten Ursachen für die Entstehung einer Schizophrenie nicht genau ergründet.

Schizophrenie ist nicht gleich Schizophrenie. Sie kann in 5 Subtypen unterschieden werden. Das ist zum einen die paranoide Schizophrenie (häufigste Form; gekennzeichnet durch Wahnvorstellungen und akustischen Halluzinationen, aber auch durch Wahrnehmungsstörungen), die hebephrene Schizophrenie (meist psychotische Zustände von Jugendlichen; Stimmung ist unangemessen und das Denken ist ungeordnet), die katatone Schizophrenie (vorwiegend psychomotorische Störungen; länger anhaltende Zwangshandlungen, die sich bis zum lebensbedrohenden Zustand steigern können), das schizophrene Residuum (chronisches Stadium; durch anhaltende „negative“ Symptome gekennzeichnet, es herrschen Passivität, kein Ausdruck und verminderte Aktivität vor) und die

⁹ (Arieti, 1995, S. 99 ff.)

¹⁰ URL 3

¹¹ (Hoffmann-Richter & Finzen, 2001, S. 25 ff.)

¹² (Finzen, 1995, S. 85 ff.)

¹³ (Arieti, 1995, S. 105)

Schizophrenia simplex (seltene und schwer erfassbare Erkrankungsform; unmögliches Verhalten, schlechte soziale Anpassung, Anforderungsminderungen). Bei jedem Menschen wirken sich die Symptome anders aus und sind somit nicht klar zu differenzieren.

Es treten aber niemals alle Symptome gleichzeitig bei einem Betroffenen auf.^{14 15}

Die allgemeinen Folgen der schizophrenen Erkrankung sind totaler sozialer Rückzug und Abgrenzung. Ein „normales“ Leben in der Gesellschaft ist, durch die Erkrankung bedingt, kaum noch möglich. Verhaltensweisen, welche die Betroffenen haben wirken fremd und anormal und werden somit von Mitmenschen als merkwürdig betrachtet. Damit fällt es den Patienten schwer, sich zu integrieren und es folgt soziale und psychische Regression.

Der Verlauf einer Schizophrenie ist bei jedem Patienten vollkommen anders. Der eine erlebt beängstigende Stimmen, der andere wiederum sieht Dinge, die nicht existieren. Halluzinationen, Wahnvorstellungen und Stimmen hören treten bei den meisten im Verlauf einer Erkrankung auf. Trotzdem können diese Faktoren in völlig unterschiedlichem Niveau sein. Nach einer akuten Phase tritt Entspannung ein und die geglaubten Stimmen und Bilder gehen zurück. Meist werden die Betroffenen sie aber nie ganz los – sie bleiben immer ein Bestandteil ihres Lebens und sie müssen lernen, damit zu leben.¹⁶

Die Heilungschancen in einer Psychose sind - je nach der Art der Betrachtung – recht gut. Circa ein Drittel der Patienten können als geheilt aus einer Schizophrenie hervorgehen. Ein weiteres Drittel hat gute Heilungschancen und nur seltene Rückfälle zeichnen diesen Verlauf. Nur bei einem Drittel bleibt die Erkrankung und kann auch chronisch werden.¹⁷

2.1.1 Therapie / Behandlungsformen

Die Behandlung von Schizophrenie ist keine einfache Sache und ist von Wissen über die Krankheit und Erfahrung, sowie Geduld und Engagement gezeichnet – Schizophrenie ist durch eine Therapie nicht heilbar, aber ihre Symptome und akuten Phasen sind besser zu beeinflussen. Ein wichtiger Aspekt bei der Behandlung ist die Komplexität, das heißt, verschiedenen Bereiche wirken zusammen. Das ist zum einen der psychotherapeutische Ansatz, die pharmakotherapeutische Methode als auch das soziotherapeutische Konzept. Diese kooperieren miteinander und sind sehr entscheidend für die Genesung des Patienten. Entscheidend ist aber die Einbeziehung der Angehörigen. Sie stellt einen wichtigen Punkt

¹⁴ (Krause & Haufe, 2000, S. 237 ff.)

¹⁵ (Finzen, 1995, S. 68)

¹⁶ (Hoffmann-Richter & Finzen, 2001, S. 26)

¹⁷ (Finzen, 1995, S. 124)

dar. Aber nur wenn auch die richtige Diagnose gestellt wurde, ist eine optimale Behandlung möglich. Schon bei kleinsten Abweichungen kann es zu folgeschweren Konsequenzen kommen.^{18 19}

2.1.1.1 Psychotherapeutische Behandlung

In der Psychotherapie geht es darum, den Betroffenen zu unterstützen, ihn zu führen, ihm zuzuhören und ihn zu beraten, aber auch mit ihm zu üben und zu lernen. Das ist nicht vergleichbar mit der Psychoanalyse, in der ein stabiles Individuum benötigt wird, um konfliktorientiert und aufdeckend zu arbeiten. Zwar kann in einer stabilen Phase auch dahin betrachtet gearbeitet werden, dies sollte jedoch nicht zu weit ausgedehnt werden.²⁰

Die Arbeit *mit* dem Erkrankten ist wichtig und das man sie flexibel, auf den Erkrankten abgestimmt, gestaltet. Das hilft den meisten, innere Konflikte und äußere Einflüsse zu bezwingen. Die Psychotherapie fördert die Findung des eigenen Ichs, dient als Hilfe zur Abgrenzung und eignet sich bei der Bewältigung der Wirklichkeit. Es geht darum, die Einsicht in das Selbst zu vertiefen. Anfängliche Schwierigkeiten bestehen darin, dass Betroffene sich oft nicht klar abgrenzen können – und somit kommt es entweder zur Unfähigkeit, Abstand zu halten oder Rückzug in die Isolation.^{21 22}

2.1.1.2 Medikamentöse Therapie

Bei der medikamentösen Behandlung stehen Neuroleptika im Vordergrund. Zwar müssen Medikamente nicht immer verabreicht werden, da manche Symptome von alleine abklingen, jedoch kann bei Verzicht der Verlust von sozialen Rollen (in Familie, Beruf oder Freundeskreis) auftreten und außerdem leidet der Patient unverhältnismäßig stark.²³

Die Wirkung der Neuroleptika kann unterschiedlich sein. Sie bewirken nicht nur eine Verbesserung in Bezug auf die psychotischen Symptome (z.B. Verfolgungsangst oder Halluzinationen), sie bessern ebenso die Minussymptomatik (Apathie oder Antriebslosigkeit). Es kann aber auch in die entgegengesetzte Richtung schlagen und diese Minussymptomatik noch verstärken. Es hängt immer davon ab, wie viel gegeben wird und in welcher Form

¹⁸ (Finzen, 1995, S. 141 ff.)

¹⁹ (Hoffmann-Richter & Finzen, 2001, S. 27)

²⁰ (Arieti, 1995, S. 122)

²¹ (Cullberg, 2008, S. 268)

²² (Finzen, 1995, S. 150 ff.)

²³ (ebenda, S. 144)

(Tabletten, Spritzen oder Tropfen) die Medikamente verabreicht werden.²⁴ Nicht nur Neuroleptika (Haloperidol) sind wichtig zur psychotischen Behandlung, auch Benzodiazepine (Diazepam) sind ausschlaggebend für die anfängliche Therapie. Denn sie helfen dem Patienten Ruhe zu finden und die Schlaflosigkeit zu besiegen.²⁵

Das Ziel ist, auf längerfristige Sicht, Symptome zu unterbinden und den Betroffenen in sein soziales Umfeld wieder einzugliedern, ohne ihn handlungsunfähig zu machen – in vielerlei Hinsicht. Allerdings sollte man sich zu Anfang der Behandlung nicht gleich allzu große Hoffnungen machen, da auch Tabletten oder Tropfen keine Wundermittel sind.²⁶

2.1.1.3 Soziotherapeutische Behandlung

Im Falle einer nicht vollständigen Genesung muss für die Zeit, außerhalb der Klinik eine Möglichkeit geschaffen werden, um den Betroffenen „aufzufangen“. Dazu gehören zahlreiche Betreuungsangebote wie: Rehabilitation/Pflege, betreutes Wohnen, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und berufliche Wiedereingliederung.²⁷

Die Nachsorge wird durch verschiedene Institutionen angeboten und umfasst ein breites Spektrum. Es sind aufsuchende Hilfen, die dem Patienten geboten werden - sie sind jederzeit und für jedermann erreichbar. Dazu gehören z.B. Tagesstätten, Vereine und Gesprächsgruppen. Unabdingbar aber ist die Koordination der einzelnen Hilfen. Nur so kann gemeinschaftlich, und auf das Individuum abgestimmt, gearbeitet werden. Eine Vernetzung innerhalb des Hilfesystems ist Voraussetzung für die Lebensqualität des Patienten.²⁸

2.1.1.4 Angehörigenhilfe

Meist sind es die Familienmitglieder, besonders die Eltern, die in gravierendem Maße mit betroffen sind. Auch ihr Leben wird durch die Krankheit verändert. Besonders dann, wenn die Erkrankung im Jugendalter ausbricht und droht, chronisch zu werden.

Oft werden Angehörige sogar als eine Art Störfaktor gesehen, der dazu geführt hat, dass ihr Kind schizophren geworden ist – ein Mitverursacher der Krankheit aus Sicht der Ärzte. Doch nach und nach wurde auf Beteiligte eingegangen und somit ist die Mithilfe in der Therapie unabdingbar geworden. Die therapeutische Arbeit mit den Angehörigen ist für

²⁴ (Hoffmann-Richter & Finzen, 2001, S. 28, S.137)

²⁵ (Cullberg, 2008, S. 263)

²⁶ (Finzen, 1995, S. 147)

²⁷ (Hoffmann-Richter & Finzen, 2001, S. 29)

²⁸ (Finzen, 1995, S. 157)

viele Patienten ein großes Plus. Der Verlauf wird begünstigt und fördert nachweislich die Verringerung der Medikamentengabe.²⁹

Überleitend dazu möchte ich auf den dritten großen Punkt meiner Arbeit eingehen und das Thema der Angehörigenarbeit genauer betrachten.

3. Angehörigenarbeit

Die Hilfe und der Beistand sind für psychisch Erkrankte oft das wichtigste. Eine Familie, die einem Rückhalt gibt und zu einem steht – jemanden, auf den man sich verlassen kann. Ein treffendes Beispiel dafür ist die Geschichte der Familie Arnold, auf die ich auch im weiteren Verlauf meiner Arbeit Bezug nehmen möchte. Die Eltern haben ihrem Sohn beigestanden und immer für ihn und seine Genesung gekämpft. Auch wenn einige Zeiten durch Rückschläge und Misserfolge gekennzeichnet waren, haben sie nie aufgegeben, um den Willen ihres Sohnes wegen.

Die Angehörigenarbeit hat im Laufe der Geschichte an immer größerer Bedeutung gewonnen und ist heute ein Faktor, welcher in der Arbeit mit kranken Menschen, besonders psychisch kranken Frauen und Männern, nicht mehr wegzudenken ist.

3.1 Familien und Angehörige von psychisch kranken Menschen

Im Folgenden möchte ich auf die Entwicklung der Angehörigenarbeit innerhalb der letzten 50 Jahre eingehen und ihre Aufgaben und Ziele erläutern. Außerdem soll auf die Umsetzung geschaut werden und Vor- und Nachteile herausgearbeitet werden.

3.1.1 Entwicklung der Angehörigenarbeit

Die Idee der Miteinbeziehung der Angehörigen in die Behandlung schizophrener Patienten geht auf Raoul Schindler zurück. Er brachte den Ansatz der bifokalen Gruppentherapie 1957 ans Licht. Diese Art der Therapie basiert zum einen auf der entwicklungsbedingten Form der Schizophrenie und zum anderen auf der Notwendigkeit der Einbeziehung von Eltern bzw. Elterngruppen, um „dort den Hebel anzusetzen, wo die stärksten komplexhaften Bindungen des Patienten zu finden sind.“³⁰

²⁹ (Finzen, 1995, S. 166 ff.)

³⁰ (Fiedler, Niedermeier, & Mundt, 1986, S. 29)

Dabei steht der Therapeut im Mittelpunkt und überträgt Erwartungen, Ängste und Forderungen von Patient auf Angehörige und andersrum. Dies führt somit zu verminderten familiären Spannungen und zur Auflösung einer gegenseitigen Rollenfixierung. Verstärkt wird dies durch eine strikte Trennung der beiden Behandlungsgruppen.³¹

Anfängliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieser Methode durch andere Therapeuten entwickelten sich später zu der Erkenntnis, dass familiäre Einflüsse auf Entwicklung und Verlauf einer Schizophrenie enorm wichtig sind. Es ging sogar soweit, dass Angehörige als Experten im Umgang mit der Krankheit betitelt wurden.³²

Vorher, in den vierziger und fünfziger Jahren, waren Angehörige psychisch Kranker nur interessant, um diagnostische Kriterien an ihnen zu messen und zu veröffentlichen. Die Angehörigen, viel mehr die Eltern, wurden unter Einbeziehung der Psychoanalyse in die Behandlung zum Verursacher der Krankheit gemacht und eigentlich nur als Störfaktor im Behandlungsprozess gesehen. Auch die „schizophrenogene“ Mutter wurde oft als eine Ursache der Erkrankung genannt. Auf diese beiden Themen werde ich später in Punkt 3.2.3 noch genauer zusprechen kommen. Mit der Verbreitung der Verhaltenstherapie waren die Eltern als unabdingbare Co-Therapeuten erwünscht und wurden häufig in die Behandlung mit einbezogen. Und auch im weiteren Verlauf erkannte man, dass Eltern immer öfter zur Genesung und zur erfolgreichen Behandlung ihrer Kinder beitragen konnten.³³

3.1.2 Allgemeine Aufgaben und Ziele

Die wesentliche Aufgabe eines Familienmitgliedes soll es sein, den psychisch Kranken und seine Heilung zu unterstützen. Aber auch für die Familie bedeutet die Diagnose Schizophrenie eine Belastung. Darum sind Angehörige oftmals ratlos und suchen Anschluss bei anderen Betroffenen. Innerhalb von vielen Vereinen und Institutionen haben sich Angehörige zusammengeschlossen, um für ihre Kinder oder Familienmitglieder zu kämpfen.

Die Aufgaben gestalten sich zum Teil unterschiedlich, sind aber meist auf das gleiche Ziel spezialisiert – Patienten, deren Angehörige und die Behandelnden sollten eine Gemeinschaft bilden, deren Ziel es ist, eine vertrauensvolle Atmosphäre und Kommunikation zu fördern und den Kranken wieder zu integrieren. Bestimmte Aufgaben können sein: Vermeidung von Vorurteilen und Diskriminierung durch Aufklärung, Rehabilitation durch staatliche Förderung sowie Früherkennung und Behandlung der Krankheit durch Aufklä-

³¹ Vgl. (Fiedler, Niedermeier, & Mundt, 1986, S. 29)

³² (ebenda, S.30)

³³ (Bosshard, Ebert, & Larazus, 1999, S. 378)

zung. Ebenso ist rechtliche und soziale Gleichstellung ein wichtiger Aspekt, für den sich Angehörige einsetzen.³⁴

Diese Aufgaben sind gleichzeitig auch Ziele, welche im Allgemeinen so zusammengefasst werden können: Stärkung der Selbsthilfe innerhalb der Familien durch Bildung von Angehörigengruppen, rechtliche und finanzielle Gleichstellung mit anderen Kranken und Behinderten sowie der Aufbau einer gemeindenahen Psychiatrie, um Betroffenen wieder in die Gesellschaft zu integrieren und die Angehörigen zu unterstützen. Es sollen Erfahrungen und Ergebnisse weitergegeben werden, um anderen Betroffenen ebenfalls helfen zu können.³⁵

3.1.2.1 Umsetzung

Um Familien und Angehörige zu stärken, Vorurteile abzubauen und den Umgang mit Schizophrenen zu erleichtern, erfolgt die Umsetzung der Arbeit von Angehörigen unter anderem mit Hilfe von verschiedenen Formen der Therapie. Im Folgenden möchte ich fünf verschiedene Arten darstellen.³⁶

Die erste Methode ist die Einzelberatung. Sie geht von den Institutionen aus, in denen sich der psychisch Kranke aufhält, aber immer mit dem Wissen und dem Einverständnis des Betroffenen. Zentraler Faktor der Gespräche ist es, die Bedürfnisse des Patienten herauszuarbeiten und über Hilfen und Unterstützung zu informieren. Außerdem bietet diese Form der Therapie den Angehörigen die Möglichkeit, den Umgang mit den Betroffenen zu erleichtern und ihre Situation zu verbessern. Der Vorteil dieser Behandlung ist das individuelle Eingehen auf den Erkrankten und seine Wünsche.

Bei der zweiten Methode, der Familienberatung (oder auch Familientherapie), soll eine längerfristige Begleitung und Betreuung der Familien angestrebt werden. Sie erfolgt über ein bis zwei geschulte Mitarbeiter. Es wird im Vorherin davon ausgegangen, dass soziale Bindungen und das Milieu wohltuend für den Erkrankten sind. Entscheidend aber sind, ob innerhalb der Familie Kommunikationsbrücken oder –abbrüche vorherrschen, ob Schuldzuweisungen gemacht werden oder ob sich die Lebenssituation normalisieren kann. Das Ziel ist es, den Patienten psychosozial zu stabilisieren und die Flexibilität der Funktionsweisen der Familie zu erweitern.

³⁴ URL 1

³⁵ (Bosshard, Ebert, & Larazus, 1999, S. 379-380)

³⁶ (ebenda, S. 381 ff.)

Hierbei wird nochmals in vier unterschiedliche Ansätze unterteilt. Zum einen der strukturell-systemische Ansatz, bei dem Heilung durch Strukturänderung erzielt werden soll (die Familienstruktur wird untersucht und gegeben falls verändert).

Außerdem der psychodynamisch orientierte Ansatz, in dem Heilung durch Einsicht geschafft werden soll (Probleme werden erkannt und bearbeitet). Im Weiteren der systemisch-lösungsorientierte Ansatz, welcher durch Optionserweiterung zu einer Heilung führen soll (eingefahrene Meinungen und Ansichten werden neu überdacht und erweitert). Und letztlich der psychoedukative orientierte Ansatz, bei dem Heilung durch Schulung und Training erreicht werden soll (gezielte Problemlösung und Bewältigung solcher). Wenn man diese vier verschiedenen Optionen betrachtet, muss man immer bedenken, dass immer unter Einbeziehung der Familie gearbeitet wird. Die Vorteile der Familienberatung liegen darin, dass gemeinsam mit den Angehörigen Probleme gelöst werden können und dass der Klient nicht alleine dasteht. Außerdem hat er in Sitzungen immer Rückhalt und Sicherheit durch ein oder mehrere Angehörige. Ein möglicher Nachteil wäre aber der vielleicht zu enge Bezug zu der Familie, welchem der Patient nicht gewachsen sein könnte. In diesem Fall muss man abwägen und schauen, wie viel Nähe und Distanz der Mensch benötigt. Die Einzel- und die Familienberatung stehen im kompletten Gegensatz zueinander und bedürfen einer individuellen Zuordnung für jeden Einzelnen – abgestimmt auf Bedürfnisse und Wünsche des Klienten.

Die dritte Methode ist die fachlich geleitete Angehörigengruppe. Es gibt verschiedenen Varianten davon und meist werden sie durch einen fachlicher Betreuer oder einen Behandelnden der psychisch Kranken abgehalten. Die Gruppen finden im Rahmen der Klinik statt und sind regelmäßig. Ziele innerhalb der Therapie sind Entlastung von Schuldgefühlen und der Austausch von Erfahrungen. Es werden akute Probleme in den Vordergrund gestellt, aber auch Expertenmeinungen finden hier Anschluss. Ein Pluspunkt ist die fachspezifische Betreuung. Somit können sich die Angehörigen sicher und verstanden bezüglich ihrer Problematik fühlen.

Die vierte Methode ist die nicht-fachliche geleitete Angehörigengruppe. Dies sind die klassischen Selbsthilfegruppen, in denen Betroffenen sich zusammenfinden und ihre Probleme und Gedanken austauschen. Meist haben sie sich aus fach-geleiteten Gruppen gelöst und arbeiten nunmehr in Bezug auf die medizinische und psychosoziale Versorgungssituation. Sie versuchen Einfluss zu nehmen und im Interesse der Erkrankte etwas zu verändern. Außerdem können Ziele wie z.B. rechtliche Gleichstellung oder Umsetzung von personenorientierten Hilfen durch Demonstrationen und Herantreten an die Öffentlichkeit erreicht

werden. In diesem Falle ist die Eigeninitiative ein klarer Vorzug. Dadurch, dass man selbst an den Problemen arbeitet, gewinnt es an größerer Bedeutung und die Ausmaße sind enorm. Ein Nachteil könnten jedoch fehlende Fachkenntnisse und zu wenig Kontakte sein. Die fünfte und letzte Methode bzw. Art der Angehörigenarbeit beinhaltet die Angehörigentage und Briefe. Solche Angehörigentage sind vergleichbar mit einem „Tag der offenen Tür“. Es gibt Informationen zu entsprechenden Fachkliniken und Inhalte zur Behandlungsformen. Außerdem erfolgen Gesprächs- und Diskussionsrunden mit Patient und Familie. Dies soll zum besseren Verständnis untereinander führen und den Horizont der jeweiligen Parteien erweitern. Briefe dienen denjenigen, die sonst den Kontakt nicht so nutzen können, aber trotzdem Erfahrungen sammeln möchten. Wichtig ist hierbei aber immer die Kenntnis des Patienten über diesen Kontakt und dass ohne eine Zustimmung ein solcher nicht zustande kommen kann. Denn die Intimsphäre des Patienten soll geschützt werden. Ich denke diese Form der Angehörigenarbeit bringt nur Vorteile, da hierbei aufgeklärt wird, Hilfestellungen gegeben werden und man sich in einem geschützten Rahmen bewegt. Die Kontakte bringen die Menschen auf neue Ideen und erweitern somit von Tag zu Tag die Perspektiven und Opportunitäten für psychisch Kranke.

3.2 Schizophrenie und Familie – Wie geht das?

Anknüpfend an die verschiedenen Therapie- und Unterstützungsmöglichkeiten möchte ich die Situation innerhalb der Familie darstellen – welche Ängste und Sorgen herrschen bei den Angehörigen vor? Was bedeutet double-bind? Und wie ist die Frage nach der Schuld zu klären?

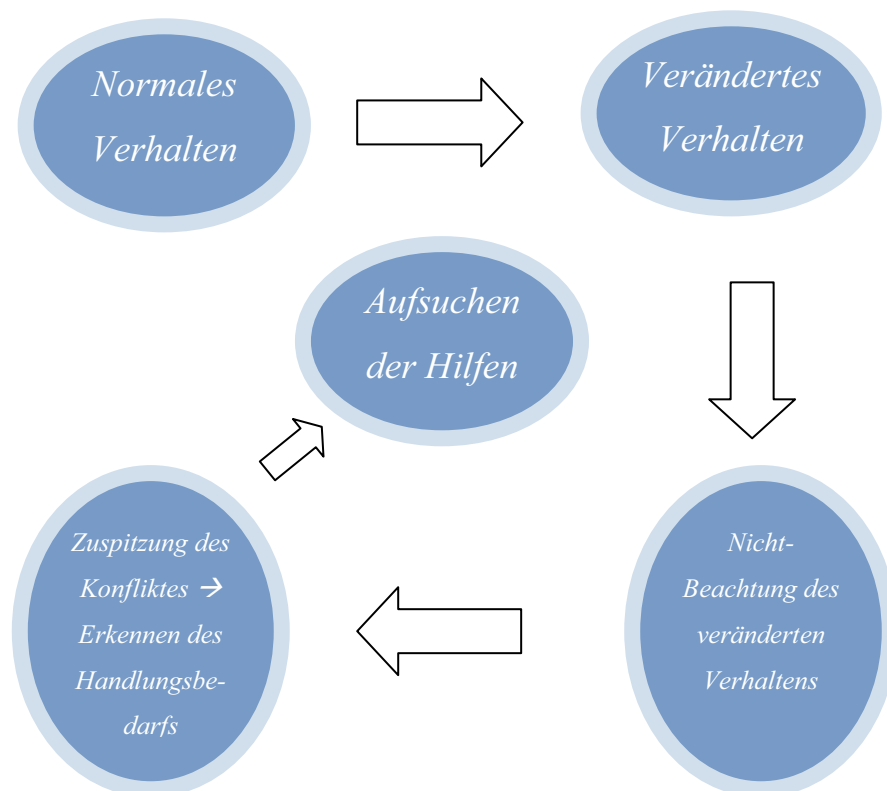
3.2.1 Sorgen, Belastungen und Ängste der Angehörigen

Diagnose Schizophrenie – für die meisten Eltern im ersten Moment ein Alptraum. Für sie bricht eine Welt zusammen. Aber das Leiden beginnt nicht erst mit dem Aufsuchen eines Neurologen oder mit dem ersten Klinikaufenthalt, es beginnt schon viel früher. Das Verhalten des Schizophrenen ist stark verändert und für die Familie kaum nachvollziehbar. Ein neuer, ungewohnter Schlafrhythmus (entweder schläft der Betroffene viel oder fast gar nicht), aggressives und zurückgezogenes Verhalten als auch Vernachlässigung der schulischen oder beruflichen Pflichten. Außerdem erzählt der psychisch Kranke von merkwürdigen Ereignissen und sieht und hört Dinge, die gar nicht sind.

Viele Eltern denken sich zunächst nicht schlimmes dabei und schieben es auf die Pubertät oder auf Überarbeitung. Dies kann sich Monate bis Jahre hinziehen und es wird nicht an eine Krankheit gedacht. Jedoch spitzen sich die Konflikte irgendwann zu und es wird nach Hilfe von außen gesucht. Dann die Diagnose und der große Schock für die Eltern – mein Kind ist psychisch krank.³⁷

Bezogen auf diese Fakten möchte ich das Beispiel von Familie Arnold anbringen. Am Anfang war Konrad ein aufgeweckter und neugieriger Junge. Im späten Jugendalter, mit 16 Jahren, fing er an, sich merkwürdig zu verhalten. Er schwänzte die Schule, war aggressiv gegenüber anderen und zog sich immer mehr zurück. Zuerst dachten die Eltern, es läge an der Pubertät. Doch nach einem gravierenden Ereignis und dem Einbezug von Fachkräften, wurde die Diagnose Schizophrenie gestellt. Ein Tiefpunkt in dem Leben der Arnolds.

Wenn ich das Beispiel betrachte, erkenne ich klare Gemeinsamkeiten. Auch andere Beispiele, die in Lehrbüchern dargelegt sind, weisen die gleichen Abläufe auf und es scheint immer dasselbe Muster zu sein:



So könnte ein „klassischer Ablauf“ der Entwicklung einer Schizophrenie innerhalb der Familie aussehen. Natürlich kann es zu Abweichungen kommen. Im Großen und Ganzen aber stellt dieses Modell die wesentlichen Merkmale dar.

³⁷ (Dörner, Egetmeyer, & Koenning, 1987, S. 25)

Viele veränderte Verhaltensweisen lassen die Eltern ratlos dastehen. Somit sind Apathie, Rückzug, Vernachlässigung der Hygiene und der Wohnung bzw. des Zimmers, gestörte Tages- und Nachtryhtmen sowie ungewöhnliche Ernährung und unsinniges und aggressives Verhalten für Angehörige nicht wirklich zu verstehen. Sie stellen sich die Frage: Kann er nicht oder will er nicht? Ein Zwiespalt und auch eine enorme Belastung, mit der die Eltern und der Betroffene sich arrangieren müssen. Denken die Eltern „er kann nicht“, stellt dies eine besondere Rücksichtsmaßnahme in den Vordergrund und Bedürfnisse können nicht mehr ausgelebt werden. Glauben die Eltern wiederum „er will nicht“, kann es zu Konflikten kommen und die familiäre Ordnung wird gestört. Oftmals verhalten sich Schizophrene in anderer Umgebung z.B. bei Verwandten oder Freunden anders als zu Hause. Damit bringt sich die Frage für die Eltern auf: Was machen wir falsch? Liegt es an uns? Häufig sind Betroffene in neuer oder anderer Umgebung verändert, weil die Befindlichkeit sehr wechselhaft ist.³⁸

Ein gutes Beispiel ist der „Umzug“ von Konrad Arnold zu seiner Tante aufs Land. Seine Eltern hatten die Hoffnung, dass ihm eine Veränderung der Lebenssituation vielleicht Klarheit schaffen würde und er sich erholen kann. Anfangs hat er wenige von seinen Verhaltensweisen an den Tag gelegt, sowie er es sonst zu Hause tat und es schien, als sei von alledem nichts mehr wahr. Doch nach einigen Wochen hatte sich das Verhalten wieder eingeschlichen und es kam dazu, dass Konrad an eine Psychologin überwiesen wurde.

Ein weiterer Punkt, worüber sich Eltern Sorgen machen, ist die Krankheit allgemein. Sie wissen nicht allzu viel darüber (zum Teil gar nichts) und können sich kein genaues Bild machen. Symptome und die Auswirkungen dieser auf ihr Kind verunsichern die Eltern stark. Durch zahlreiche Bücher, die speziell auf die Aufklärung von Angehörigen abzielen, ist es möglich, sich konkrete Fakten anzueignen und die Handlungsweisen des Schizophrenen in Ansätzen nachzuvollziehen.

Aber auch die klinischen und therapeutischen Aufenthalte bereiten den Eltern Ängste. Sie wissen nicht genau, wie ihr Kind behandelt wird und ob es optimal versorgt ist. Sie werden von den Institutionen missachtet.³⁹

Ein passendes Exempel dafür ist die Situation, als Konrad im Krankenhaus liegt und hohes Fieber hat. Die Ärzte stellten die falsche Diagnose und Konrad wäre beinahe gestorben. Nur weil Hanna Arnold so mutig war und ihren Sohn ohne Einverständnis aus der Klinik geholt hat, ist er noch am Leben.

³⁸ (Dörner, Egetmeyer, & Koenning, 1987, S. 25-26)

³⁹ (ebenda, S. 33 ff.)

3.2.2 Der Effekt des „double-bind“ und die Auswirkungen

Die „double-bind“ Situation oder auch doppelte Bindungstheorie geht auf Gregory Bateson zurück. Sie beschreibt die Kommunikationsgewohnheiten zweier Menschen zueinander. Es herrscht eine Bindung an Signale oder Botschaften vor, die von dem einen an den anderen übertragen werden und welche sich entweder auf Gesten oder Handlungen während des Gesprächs beziehen oder die bezüglich des Tonfalls bzw. der eigentlichen Aussage stattfinden. Die Antworten können auf verschiedenen Ebenen vermittelt werden.

Bestandteil einer solchen double-bind Situation sind zum einen zwei oder mehrere Personen. Der Täter (meist Mutter) sendet dem Opfer (meist Kind) widersprüchliche Botschaften und „lockt“ dieses somit in eine Beziehungsfalle. Dann folgen ein primäres negatives und ein sekundäres negatives Gebot. Durch Strafen oder Signale durchgesetzt, wirken sie drohend. Das tertiäre negative Gebot verbietet dem Gegenüber sich zu entfernen. Es wird gezwungen in der Situation zu bleiben.⁴⁰ Das Zusammenwirken all dieser Punkte ist die double-bind Situation und macht das „Opfer“ somit abhängig und unterworfen dem „Täter“ gegenüber. Es steht keine dritte Person zur Verfügung, die Orientierung schaffen könnte und welche die Situation klären könnte. Das Kind bleibt in Verwirrung und ist somit gebunden. Dies kann sogar soweit kommen, dass halluzinatorische Stimmen gehört werden.^{41 42 43}

Die Auswirkungen dieser doppelten Bindung können zu Verhaltensformen führen, die als Schizophrenie bezeichnet werden. Somit werden die Eltern, in den meisten Fällen die Mutter, zum Schuldigen gemacht. Darauf aufbauend möchte ich zum nächsten Punkt, der Schuldfrage, kommen.

3.2.3 Verursacher vs. Sündenbock : Die Frage nach der Schuld

In Familien, in denen ein schizophrener Kind lebt, oder auch allgemein zwischen Angehörigen und Außenstehenden, gibt es häufig die Situation, in welchen die Frage nach der Schuld für die Erkrankung aufkommt. Meist geben sich die Eltern anfänglich Schuld an der Krankheit und an alledem, was damit zusammenhängt. Doch der wirkliche „Verursa-

⁴⁰ (Ciompi, 1994, S. 205)

⁴¹ Vgl. (Haselmann, 2008, S. 171-172)

⁴² Vgl. (Bateson, Jackson, & u.a., 1996, S. 15 ff.)

⁴³ (Bosshard, Ebert, & Larazus, 1999, S. 178)

cher“ der Erkrankung Schizophrenie ist nicht bekannt. Wie in Punkt 2.1 erwähnt, spielen mehrere Faktoren und unterschiedliche Bedingungen eine für die Entstehung eine Rolle. Somit ist die Schuldfrage schnell geklärt – eigentlich.

Oft aber werden die Eltern, speziell die Mutter, als Verursacher angesehen und demzufolge tragen sie große Belastungen. So gilt die Mutter mit ihrer emotional zugewandten, aber auch gleichzeitig feindseeligen Haltung (double bind, siehe oben) als eine Art Rabenmutter und gleichzeitig Überprotector. Sie versucht ihr Kind zu unterstützen, wo es nur geht und beschützt es in solch hohem Maße, dass es für den Betroffenen schon gar nicht mehr möglich ist, ein eigenständiges Leben zu führen. Aber auch andersherum kann es zu Problemen kommen, da die Mutter ihr Kind überfordert und es sich daher auch nicht autonom entwickeln kann.⁴⁴

Nicht selten wird der Begriff der „schizophrenogenen“ Mutter verwendet. Dieser Ausdruck wurde 1948 von Frieda Fromm-Reichmann geprägt und führte zu weiteren Forschungen zwischen psychischen und innerfamiliären Zusammenhängen. Es gab Anzeichen dafür, dass die Mutter die Psychose des Kindes verursacht und das ihr Kind somit zum Opfer in dieser Beziehung wird. Aber innerhalb der letzten Jahre musste diese Theorie weitestgehend widerlegt werden, da keine konkreten Anzeichen dafür ergründbar sind und dieser Ausdruck in der Praxis zu immer mehr Schwierigkeiten geführt hat.⁴⁵ „Die Perspektive hat sich so stark geändert, dass es manchmal schwierig ist, die potenzielle Wirkung von Familiendynamiken auf die Entwicklung einer Krankheit sinnvoll zu erörtern.“⁴⁶ Besonders in der Familientherapie kam es immer wieder zu verdeckten Schuldzuweisungen. Dann erkannte man, dass die Probleme im ganzheitlichen geklärt werden müssen und nur somit die Schuldgefühle von der Mutter genommen werden können. Man muss den Eltern deutlich machen, dass es nicht speziell an ihnen liegt und es nicht als Folge eines Erziehungsfehlers zu sehen ist.⁴⁷

Auch Konflikte zwischen den Eltern können Schuldzuweisungen auslösen und sogar dahin gehen, dass sie das eigene Kind zum Sündenbock machen. Aus Verzweiflung wissen die Eltern oft nicht genau, was sie sagen und können schwere Krisen bei dem Erkrankten oder dem Partner hervorrufen. Viele Sachen, die früher als selbstverständlich galten (z.B. Ausflüge, Kino, Urlaub, etc.), können mit einem psychisch Kranken Kind nicht mehr unter-

⁴⁴ (Finzen, 1995, S. 170)

⁴⁵ (Ciompi, 1994, S. 220 ff.)

⁴⁶ (Cullberg, 2008, S. 89)

⁴⁷ (Hoffmann-Richter & Finzen, 2001, S. 110-111)

nommen werden und es kommt zu psychischen Belastungen, Anspannungen, Streit – und zu Schuldzuweisungen für denjenigen, der diese Dinge verhindert.⁴⁸

Grundsätzlich ist das Wort „Schuld“ auch immer etwas differenziert zu betrachten. In Bezug auf die Schizophrenie und ihre Entstehung, ist Ursache noch die beste Umschreibung.

3.3 Schizophrenie und Gesellschaft – eine Bewährungsprobe

Wenn man an einer psychischen Erkrankung leidet, ist eine Etikettierung heutzutage nicht allzu selten. Man wird als verblödet, gefährlich und dumm abgestempelt. Auch wenn Anfang der siebziger Jahre die Psychiatriereform enorme Fortschritte gemacht hat, wie zum Beispiel Ausbau des Angebotes an ambulanten Diensten wie SpDi, tagesstrukturierende Einrichtungen und arbeitsrehabilitierende Maßnahmen und auch Verkürzung der stationären Aufenthalte und Verbesserung des Fachpersonals. So gibt es doch Skeptiker, nämlich der Kreis der Gesunden, die in Psychose Lebende verurteilen.

Die Schizophrenie gilt als eine, schwer in die Gesellschaft etablierbare, Erkrankung, da es zu Rückfällen von unvorhersehbarem Ausmaße kommen kann und weil Halluzinationen und Stimmen hören, kein normales alltägliches Leben erlauben. Noch dazu ist eine psychische Erkrankung ein Stigma, das nicht ohne weiteres abgelegt werden kann.⁴⁹

3.3.1 Angehörige von schizophren erkrankten Menschen in der Gesellschaft

Aber nicht nur die Betroffenen können sich schwer in den Kreis der Gesellschaft einfinden, auch die Angehörigen von psychisch Kranken haben in der Gesellschaft oft ein schweres Päckchen zu tragen. Schuldzuweisungen und beschuldigende Blicke von Nachbarn und Bekannten sind oft eine starke Belastung. Auch die Auswirkungen der Krankheit wie Aggressionen oder Isolation sind eine gewaltige Bürde.⁵⁰

Im Beispiel der Familie Konrad kommt es im Laufe der Erkrankung immer häufiger dazu, dass die Nachbarn komisch gucken und Fragen stellen. Hanna Arnold versucht bis zum Schluss die Krankheit ihres Sohnes geheim zu halten, um von den Leuten nicht ausgesondert zu werden und um Konrad ein weitestgehend normales Leben zu ermöglichen. Diese Einstellung vertritt auch Finzen in Bezug auf Krankheit und Gesellschaft „Nach dem der-

⁴⁸ (Bateson, Jackson, & u.a., 1996, S. 247 ff.)

⁴⁹ Vgl. (Finzen, 1995, S. 180)

⁵⁰ (ebenda, S. 180)

zeitigen Stand fällt es mir schwer ihnen anzuraten, [...] diese Diagnose mitzuteilen. Für sie ist Schizophrenie keine Krankheit wie alle. Jemand der an einer schizophrenen Psychose leidet, den muss man sorgfältig beobachten und dem darf man misstrauen.“⁵¹

In den meisten Fällen herrscht zu wenig oder sogar gar kein Wissen über psychische Erkrankungen vor – und trotzdem werden die Patienten verurteilt.

Besonders in Medien, wie Fernsehen und Zeitung, wird die Krankheit falsch dargestellt und bewirkt bei Unwissenden Angst und Ablehnung. Daher haben auch die Angehörigen von Schizophrenen gleichermaßen den Ausschluss von gesellschaftlichen Strukturen zu spüren bekommen. Denn sie sind die Familie, Verbündete und ebenso „anders“, da sie mit ihnen leben. Darüber hinaus erfolgt die Isolation einerseits aufgrund der Rolle als „Rabenmutter“ und andererseits wegen der Rolle der „Übermutter“. Es ist eine Art Zwiespalt, in den sich die Familie begibt.⁵² Ebenso war es bei den Arnolds, als Konrad aus dem Krankenhaus geflohen war und zuhause Schutz suchte. Hanna Arnold stand in einem Dilemma: Soll sie ihren Sohn beschützen und ihn nicht verraten, obwohl sie damit die Verschlechterung der Krankheit fördert? Oder ist sie „vernünftig“ und gibt ihn zurück in die Obhut der Ärzte, obgleich mit dem Wissen, dass Konrad dort nicht gut behandelt wird. Eine innere Zerrissenheit, die für eine Mutter unerträglich zu sein scheint. Letztlich hat sie sich für die Vernunft entschieden, mit dem Versprechen, ihrem Sohn bald ein besseres Leben zu ermöglichen und ihn aus der Klinik zu holen.

Ein weiterer Punkt sind die Einstellungen des Fachpersonals zu Angehörigen. Sie sind in ihren Augen mehr Last als Hilfe und lassen die Familien dies auch spüren. In Kapitel 3.2 habe ich schon Ausführungen über die Ängste und Sorgen der Familienmitglieder dargelegt. Aber die Missachtung durch die Institutionen ist in besonderer Weise ein heikles Thema. Die Angehörigen stehen in merkwürdigen Situation: „Auf der einen Seite werden sie für die Krankheit verantwortlich gemacht, auf der andere Seite wird von ihnen erwartet, dass sie für ihr Kind sorgen.“⁵³ So auch bei Familie Arnold. Die Ärzte hörten nicht auf Äußerungen was Symptome oder Verhaltensweisen anging. Sie meinten, dass sich durch Medikamente und zahlreiche Therapien die Krankheit verbessern würde. Doch das Gegenteil erfolgte in den meisten Fällen. Es ging soweit, dass die Arnolds einen Arzt bestechen mussten, um ein wenig Mitspracherecht haben zu dürfen und letztlich auf eigene Faust ihren Sohn aus dem Krankenhaus vor dem Tod retten mussten.

⁵¹ (Finzen, 1995, S. 180)

⁵² (ebenda, S. 181 ff.)

⁵³ (Dörner, Egetmeyer, & Koenning, 1987, S. 34)

Ein Beispiel dafür, dass die Psychiatriereform immerhin ein paar Verbesserungen für Betroffene und Angehörige in heutiger Zeit gebracht hat.

Denn heutzutage sind die Familien die Experten und sind in Therapie und Behandlung gar nicht mehr weg zudenken – denn nur sie kennen den Patienten und seine Verhaltensweisen wirklich und können zu einer Verbesserung der Krankheit beitragen. Ohne ihre Kraft könnten sie und ihre Kinder in der Gesellschaft kaum bestehen.

Doch sie machen sich stark und kämpfen für eine stigmafremde Position von psychisch Kranken in unserem System.

3.3.2 Versorgung und Nachsorge Betroffener und deren Familien

Wenn die akute Phase einer Schizophrenie überstanden ist und Klinikaufenthalte vorerst in den Hintergrund gerückt sind, bleibt trotz alledem die Frage: Was geschieht danach? Es gibt nicht nur für die Betroffenen diverse Hilfs- und Nachsorgeangebote. Ebenso können Familienmitglieder eine nachhaltige Hilfe in Anspruch nehmen.

Für Menschen in einer Psychose gibt es Eingliederungshilfen und Tagesstätten, in denen sie lernen, wieder ein Teil des Ganzen, der Gesellschaft, zu werden. Ihnen wird gezeigt, wie man mit einer solchen Erkrankung lebt und mit ihren Symptomen umgeht. Auch auf Rückfälle und schwierige Lebenslagen werden Betroffene vorbereitet. Das geschieht mit Hilfe von Therapiegruppen und Selbsthilfe. Gleichmaßen können sozialpsychiatrische Dienste und rehabilitierende Maßnahmen zur Bewältigung der Erkrankung in Anspruch genommen werden.

Im Laufe der letzten Jahre haben sich sehr viele Selbsthilfegruppen für Angehörige von psychisch kranken Menschen entwickelt. Zum Teil sind dies Selbsterfahrungsgruppen, in denen Gedanken und Probleme diskutiert und gelöst werden. Genauso wichtig sind Diskussionsrunden, in denen Fachpersonal anwesend sein kann und mögliche Fragen beantwortet. Damit sollen Konflikte und Schwierigkeiten aufgearbeitet werden. Vielleicht haben andere Gruppenmitglieder ähnliche Situationen erlebt und können mit Rat und Vorschlägen zur Seite stehen. Es geht immer darum, nicht alleine mit den Problemen zu bleiben, sondern darüber zu sprechen und sie zu bewältigen.⁵⁴

Im Vergleich dazu steht noch die Möglichkeit der therapeutischen Arbeit mit Angehörigen. Die Entdeckung, dass ein feindseliges familiäres Umfeld einen ungünstigen Verlauf fördert, brachte Psychologen aus England (u.a. John Wing und Julian Leff) in den achtziger

⁵⁴ (Finzen, 1995, S. 174 ff.)

Jahren zu der Erkenntnis, [..., “dass ein bestimmtes, entspanntes emotionales Milieu in der Familie den Verlauf der Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis begünstigt.“⁵⁵ Auch die Medikamentengabe konnte damit in vielen Fällen verringert werden. Sofern also die Probleme innerhalb der Familie bewältigt sind und insgesamt eine verbesserte emotionale Stimmung herrscht, steht der Genesung nichts mehr im Wege. Es gibt auch die therapeutische Einzelarbeit. Jedoch sollte immer im Zusammenhang mit dem Erkrankten und seinen Schwierigkeiten gearbeitet werden und nicht ohne seine Anwesenheit.⁵⁶

3.3.3 Rechtliche Aspekte – Möglichkeiten und Hindernisse

Die rechtlichen Grundlagen für psychische Kranke sind im Wesentlichen im SozialGesetzBuch und im BürgerlichenGesetzBuch geregelt. Weiterhin kommen noch Gerichtsordnungen und das Strafgesetzbuch hinzu. Diese Gesetze sind wichtig für Menschen, um sich wieder sozial integrieren zu können. Nicht nur Leistungen, sondern auch Hilfsangebote und wiedereingliedernde Maßnahmen sind hier festgeschrieben.

Das SGB I-XII regelt alle Angelegenheiten in Bezug auf Kranken- und Rentenversicherung, Rehabilitation, Arbeitsförderung und finanzielle Unterstützung allgemein. So ist zum Beispiel im SGB IX der Begriff der Behinderung erläutert und die Teilhabe am Arbeitsleben verankert. Außerdem beinhaltet das fünfte Sozialgesetzbuch die Krankenversicherung und ihre Leistungen an Betroffene.⁵⁷

Im BGB sind wesentliche Bestandteile zum Thema Wohnung, Ehe und Kinder, aber auch das Betreuungsgesetz festgelegt. Dieses Gesetz ist sehr relevant, wenn es dazukommt, dass ein Erwachsener aufgrund seiner psychischen oder geistigen Erkrankung seine Angelegenheiten nicht mehr besorgen kann (§1896, BGB).⁵⁸

Trotz vieler Gesetze gibt es immer noch zahlreiche Stolpersteine, die den Betroffenen und ihren Angehörigen in den Weg gelegt werden. So können Maßnahmen nicht bedürfnisgerecht umgesetzt werden oder so werden Kosten nicht immer ausreichend gezahlt. Dies liegt an den Lücken innerhalb der Gesetze und der Art und Weise, wie man Begriffe und Sachverhalte auslegt. So sollte insbesondere benachteiligten Menschen die Möglichkeit angeboten werden, Förderung zu erhalten und sich wieder in die Gesellschaft zu integrieren.

⁵⁵ Vgl. (Finzen, 1995, S. 176)

⁵⁶ (Dörner, Egetmeyer, & Koenning, 1987, S. 84 ff.)

⁵⁷ (Hoffmann-Richter & Finzen, 2001, S. 180 ff.)

⁵⁸ (ebenda, S. 189)

3.4 Bezüge zur Sozialen Arbeit

Das Fachwissen über psychische Erkrankungen und deren Auswirkungen kann in Gesprächen mit anderen Erfahrenen von Nutzen sein. Außerdem erleichtert es, sich ein Bild von dem Patienten zu machen und sich in die Lage der Angehörigen hineinzusetzen. Jedoch besteht die wesentlich Arbeit darin, die Menschen zu bestärken, sie zu fördern und das Gesunde zu suchen und zu kräftigen.⁵⁹

Einige solcher bewährter Arbeitsprinzipien möchte ich im Folgenden nennen. Es geht darum, dass Selbstvertrauen, Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl zu entwickeln und zu fördern. Außerdem sollte eine gegenseitige Achtung und Fürsorge gegeben sein, um verborgene Ressourcen zu erwecken. Ergänzend ist die Befreiung aus einer schwachen oder hilflosen Situation, um besser arbeiten zu können. Damit werden gleichermaßen das Durchsetzungsvermögen und die Handlungsfähigkeit gestärkt. Des Weiteren muss ein Dazugehörigkeits- und Zusammengehörigkeitsgefühl entwickelt werden, um sich einmischen zu können und die Interessen durchzusetzen. Ebenso entscheidend ist der Aufbau von sozialen Netzwerken und von Beziehungen zu anderen Personen, die vielleicht auch schwere Zeiten erlebt haben oder die einen unterstützen können und die Barrieren aus dem Weg räumen.⁶⁰

Das Ziel der Sozialen Arbeit besteht also darin, Ressourcen zu fördern und das Positive zu stärken. Denn nur mit Unterstützung und dem Glaube an eine gesunde und optimistische Zukunft, kann der Kranke wieder geheilt werden.

Man sollte trotz alledem an die Angehörigen denken und sich auch mit ihnen auseinandersetzen. Wichtige Entscheidungen mit ihnen gemeinsam treffen, sich bei ihnen Ratschläge einholen oder das weitere Vorgehen besprechen sind signifikante Eckpunkte, um die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten zu erzielen – und das ist das wichtigste von allem.

3.4.1 Prävention – die Psychose verhindern

Die grundsätzliche Vorbeugung ist ein wichtiger Aspekt und ist besonders in der sozialen Arbeit ein wichtiger Baustein. Zum einen die primäre Prävention, in der man dem Auftreten der Krankheit zuvorkommt. Weiter dann die sekundäre Vorbeugung, bei welcher ein schnelles Abklingen und eine effektive Behandlung im Vordergrund stehen.

⁵⁹ vgl. (Bosshard, Ebert, & Larazus, 1999, S. 384)

⁶⁰ (ebenda, S. 184-185)

Und letztlich die tertiäre Prävention, wobei man versucht, die Krankheit zu reduzieren, das heißt, zu rehabilitieren.⁶¹

Um die primäre Prävention wirksam machen zu können, muss man die Ursachen einer schizophrenen Störung kennen. Hintergrundwissen wie genetische Veranlagung oder familiäres Milieu sind ein wichtiger Faktor. Auch Stress und Vulnerabilität sind entscheidend. Letztlich aber kann man so gesehen weniger vorbeugen. Relevant ist die sekundäre Prävention bei psychischen Erkrankungen. Hierbei ist es notwendig, in Verbindung mit dem Betroffenen zu treten, bevor die Symptome sich ausprägen. Man sollte versuchen erste Anzeichen zu erkennen und gegen sie wirken. Wenn nicht wirklich differenziert werden kann, sollte man nicht vorschnell handeln. Auch das Einbeziehen der Angehörigen ist in diesem Punkt sehr wichtig. Sie kennen den Patienten besser und können möglicherweise über anormales Verhalten Auskunft geben. Die tertiäre Prävention ist eng mit der sekundären verbunden und erfordert besondere Bemühungen des Patienten und der Fachkräfte. Eine Optimierung der Zusammenarbeit sollte dabei das entscheidende sein. Die Erkrankten müssen lernen, mit der Krankheit zu leben und sich ins soziale Geschehen zu integrieren. Das kann nur mit Hilfe von Fachpersonal geschehen. Es sollte letzten Endes auf eine eigenständige und unabhängige Lebensführung hingearbeitet werden, um trotz psychischer Erkrankung die eigene Lebensqualität zu verbessern und um in einem sozialen Netzwerk agieren zu können.⁶²

Die Krisenintervention (nach Häfner, 1974) ist ein Kernstück der sozialen Arbeit und bietet eine gute Möglichkeit der präventiven Arbeit in der Psychiatrie. Um intervenieren zu können, muss davon ausgegangen werden, dass sich ein Mensch immer in einem sozialen Umfeld entwickelt. Nur so können Sozialarbeiter auch handeln. Das Ziel ist es, Krisen zu vermeiden, aber auch sie zu beseitigen. Relevant ist, dem Betroffenen Hilfen anzubieten und sie dann mit ihm umzusetzen. Auch der Förderung von Ressourcen ist ein Element der Krisenintervention.⁶³

Anknüpfend dazu möchte ich das Soteriamodell vorstellen. Es sollen das Konzept, sowie Vor- und Nachteile erarbeitet werden. Ebenso werden unterschiedliche Meinungen zu der alternativen Behandlung dargestellt.

⁶¹ (Cullberg, 2008, S. 278)

⁶² (ebenda, S.278 ff.)

⁶³ (Bosshard, Ebert, & Larazus, 1999, S. 333 ff.)

4. Soteria – eine alternative Schizophreniebehandlung

Im Jahre 1971 entwickelte Loren Mosher in Amerika das Projekt „Soteria“. Er hatte die Idee, dass eine Wohngemeinschaft für psychisch Kranke viel sinnvoller ist, als klinische Einrichtungen. Es soll neuroleptikafrei bzw. –arm und familien- und milieuthérapeutisch gearbeitet werden. Daraufhin reiste Luc Ciompi nach San Francisco, ergänzte den Ansatz mit eigenen Ideen und baute diesen weiter aus. Er kam mit dem Gedanken, eine neue Behandlungsmethode umzusetzen, nach Europa zurück und verwirklichte das Konzept des Soteriamodells. Luc Ciompi gründete 1984 die Soteria Bern, die bis heute besteht.

Soteria (griechisch: Rettung, Sicherheit) stellt eine alternative Behandlung für Menschen in psychotischen Krisen dar und wird, zwar so gesehen, stationär geführt, hat jedoch wenig von einem sonst typischen Klinikaufenthalt. Deutschlandweit gibt es zwei Soteriaeinrichtungen, zum einen die Münsterklinik in Zwiespalten (seit 1999) und zum anderen das Klinikum München-Ost (seit 2003). Viele weitere Kliniken haben einzelne Elemente einer Soteriabehandlung in ihre Therapieform integriert.

4.1 Konzept und Methoden

Das grundsätzliche Konzept leitet sich aus dem Schizophrenieverständnis von Ciompi ab und beinhaltet die Unterstützung zur Überwindung von psychotischen Krisen. Es soll darum gehen, psycho – und soziotherapeutisch zu begleiten und die alltäglichen Problematiken zu verarbeiten.⁶⁴ Daraus ergeben sich die folgenden acht therapeutischen Grundsätze für eine Behandlung im Rahmen der Soteriatherapie⁶⁵:

1. Ein weitestgehend „normales“ Umfeld und ein reizgeschütztes therapeutisches Milieu.
2. Eine kontinuierliche und einfühlsame Unterstützung während einer psychotischen Krise durch ausgewählte Bezugspersonen.
3. Ein bestehendes Konzept sowie eine gleichbleibende Stabilität von der akuten Phase bis hin zur Wiedereingliederung.
4. Anschauliche und klare Informationen für Patienten und Angehörige bezüglich der Erkrankung, der Prognose und der Behandlung, die zum besseren Verständnis führen und einer gelungenen Therapie führen sollen.
5. Eine stetige Zusammenarbeit mit den Familien und Angehörigen und weiteren wichtigen Bezugspersonen.

⁶⁴ (Aebi, Ciompi, & Hansen, 1994, S. 32)

⁶⁵ (ebenda, S. 32-33)

6. Erarbeitung und Gestaltung von gemeinsamen, realen Zielen und Handlungsbedarfen in Bezug auf Arbeit und Wohnen mit der Einbeziehung von positiven Erwartungen.

7. Wenig bis gar keine Verwendung von Neuroleptika (nur bei akuter Gefährdung, bei keiner sichtbaren Besserung des Zustandes nach 4-5 Wochen oder bei nicht behebbarer Rückfallgefahr in der Zeit der Nachbetreuung).

8. konsequente und strukturierte Nachbetreuung, die mindestens zwei Jahre geht und die, bezogen auf vorherige Untersuchungen, mit den Patienten und den Angehörigen gemeinsam erarbeitet und verwirklicht wird.

Diese grundsätzlichen Punkte dienen dazu, sich am Soteriamodell zu orientieren und mit ihm arbeiten zu können.

4.1.1 Aufbau einer speziellen Einrichtung

Realisiert werden diese Prinzipien in einer geschützten Atmosphäre, meist ein kleines idyllisches Haus mit Garten, inmitten der Stadt und als offene Wohngemeinschaft geführt. Die Belegung ist begrenzt und zählt maximal acht Plätze plus zwei ständig gegenwärtige Betreuer. Des Weiteren ist dort fachlich spezialisiertes Personal anzutreffen. Das Team setzt sich aus Psychiatrieschwestern (ca. fünf), einem Oberarzt und einem Assistenzarzt zusammen. Außerdem gibt es vier Laienmitarbeiter, die aufgrund von Empathie und Einfühlbarkeit eingesetzt worden sind. Die Betreuer arbeiten in 48 Stunden Schichten und leisten eine 1:1 Betreuung ab. Alle zwei Wochen findet in der Soteriaeinrichtungen eine Supervision statt, um mögliche Problemsituationen zu klären und um die Arbeit noch effektiver zu machen.⁶⁶

4.1.2 Verschiedene Phasen der Genesung

Die Zeit, in der ein Betroffener in eine Soteriaeinrichtung kommt und Hilfe wünscht, ist durch verschiedene Phasen gegliedert und soll eine gewisse Struktur verdeutlichen.

Die erste Phase, die Phase der Beruhigung, findet im sogenannten „weichen Zimmer“ statt. In dieser akuten Zeit dient der Raum der Angstlösung und auch der Beruhigung von allem. Das weiche Zimmer ist mit Wollteppich ausgelegt und die Wände sind hell gestrichen. Auch viele Kissen und eine Matratze befinden sich in diesem Raum. Der Effekt soll sein, dass die Patienten wieder für äußeres empfänglich werden. Es ist eine klare Abgrenzung zu

⁶⁶ (Aebi, Ciompi, & Hansen, 1994, S. 33)

Personen und Reizen und dient dazu, sich selbst wieder zu entdecken und seine Ängste zu überwinden. Eine intuitive Begleitung, abgezielt auf die einzelnen Bedürfnisse der Menschen, soll diese akute Phase schnell bewältigen.⁶⁷ Die zweite Phase, auch „Aktivierung“ genannt, ist der nächste Schritt nach der Akutphase. Der Betroffene kann ein eigenes Zimmer beziehen und hat Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben.

Simple Sachen wie Einkaufen, im Haushalt helfen, Putzen etc. werden erst mit Hilfe eines Betreuers, später selbstständig durchgeführt. Es erfolgt Schritt für Schritt eine Umstrukturierung des Alltags. Allerdings gibt es in den Soteriaeinrichtungen keine festgelegten Therapie – oder Gruppenzeiten. Die natürliche Umgebung soll erhalten bleiben und das kann mit künstlich erschaffenen Stundenplänen nicht wirklich erreicht werden. Es wird immer auf die Individualität des Einzelnen geguckt. In dieser Phase der Aktivierung geht es darum, ein Erlebnis zu verarbeiten bzw. ein bestehendes Problem zu lösen. Dazu gehören Gespräche und die Unterstützung von den Betreuern.⁶⁸

Die dritte Phase ist die der sozialen und beruflichen Integration. Hierbei geht es um den Übergang von Therapieeinrichtung in die „normale Welt“. Im Wesentlichen wird in dieser Phase nur noch durch Gespräche, in Bezug auf soziale Fragen, der Kontakt gehalten und nicht, wie in der zweiten Phase, durch gemeinsame Aktivitäten. Die Patienten sollen lernen, selbstständig zu handeln und dies später auch umsetzen. Man sucht Kontakte zu anderen Einrichtungen, zu Arbeitsstellen oder auch Wohnmöglichkeiten. Wenn ein Bewohner wieder in sein altes Umfeld zurückkehrt, geschieht das stufenweise. Zunächst einen Tag auf Probe zu Hause, dann mit einer Übernachtung. Beim nächsten Mal vielleicht schon ein ganzes Wochenende und somit Schritt für Schritt. Auch die Aufnahme der Arbeit ist ein wesentlicher Bestandteil der dritten Phase.⁶⁹

Die vierte und letzte Phase nennt sich Stabilisierung. In der Zeit nach dem Austritt aus der therapeutischen Wohngemeinschaft kann es immer noch zu Rückfällen kommen. Aus dem Grund wird den Betroffenen eine Nachbetreuung empfohlen, die eine Rückfallverhütung sowie eine psychosoziale Stabilisierung vorsieht. Einige wollen diese nachträgliche Unterstützung gar nicht und haben nur den Wunsch in ihr altes Leben zurück zu kehren. Andere wiederum beginnen eine Psychotherapie und wünsch sich weiterhin Unterstützung von außen. So kann also die Stabilisierungsphase vollkommen unterschiedlich ablaufen und lässt sich individuell gestalten.⁷⁰

⁶⁷ (Aebi, Ciompi, & Hansen, 1994, S. 34 ff.)

⁶⁸ (ebenda, S. 36 ff.)

⁶⁹ (ebenda, S. 38)

⁷⁰ (ebenda, S. 38-39)

4.1.3 Medikamentengabe

In Bezug auf Medikamente werden diese gar nicht oder nur ganz selten eingesetzt. Wenn akute Krisen nicht abklingen oder jemand sich selbst gefährden würde, müssten die Ärzte zu Neuroleptika greifen. Aber auch dann wird ausgiebig mit den Patienten darüber diskutiert und nur mit seiner Zustimmung und im äußersten Notfall diese verabreicht.⁷¹

4.1.4 Angehörige und das Soteriakonzept

Was ganz im Vordergrund steht, ist die Einbeziehung der Angehörigen in die Therapie. Sie werden von Anfang an mit integriert und haben einen besonderen Stellenwert im Soteriakonzept. Die Familie, Freunde und wichtige Bezugspersonen tragen zu Schaffung einer vertrauten Atmosphäre bei und das ist bezüglich der Erkrankung und einer akuten Phase enorm wichtig. Es wird über Probleme und bestehende Konflikte gesprochen und versucht, diese zu bewältigen und zukünftig gemeinsame Prioritäten zu finden. Es finden für die Familien regelmäßige Angehörigenabende statt, bei denen sie sich austauschen können und eventuelle andere Sichtweisen erfahren. Am wichtigsten ist in diesem Vorgehen die Individualität des Einzelnen. Denn nur darauf aufbauend kann man effektiv und zu Gunsten des Erkrankten arbeiten.

4.2 Was Angehörige darüber denken

In einem Gespräch zwischen Elisabeth Aebi und Angehörigen von psychisch Erkrankten werden Eindrücke der Eltern über die Einrichtung und die Vorgehensweise der Behandlung dargestellt.

Der erste Eindruck einer Mutter war „Toll, es sieht gar nicht nach Klinik aus.“⁷² Das zeigt die positive Wirkung der Institution auf Außenstehende. Es hat für sie sehr beruhigend gewirkt. Bei genauerer Betrachtung aber, haben auch Patienten in der Anfangsphase wenig Gefallen an der Soteria-idee gefunden. Es bestand keine richtige Ordnung und jeder konnte machen was er wollte. Im Gegensatz dazu standen die drastischen Methoden wie Einschließen oder Verweigerung der Besuche wenn Selbst- oder Fremdgefährdung bestand. Einige Jahre später aber erlebten die Angehörigen dies schon anders.

⁷¹ (Aebi, Ciompi, & Hansen, 1994, S. 39)

⁷² (ebenda, S. 84)

Unterschiedliche Methoden wurden zur Beruhigung eingeführt und man konnte auf solch heftige Maßnahmen verzichten. Jedoch gab es auch Erleichterung bei Betroffenen und Angehörigen. Besonders in den ersten, akuten Phasen waren viele dankbar, dass eine solche Einrichtung zur Verfügung stand und somit das schlimmste vorerst überwunden ist.⁷³

Die Frage, wie Familien zu Soteria gekommen sind, lässt sich in fast allen Fällen gleich beantworten. Zahlreiche Mütter und Väter wollten ihre Kinder nicht in eine Klinik, in eine Anstalt geben und versuchten zu Hause die Therapie mit Medikamenten. Doch schließlich kann mit medikamentöser Behandlung nicht alles in Ordnung gebracht werden und so kam es in den meisten Fällen zu einer Überweisung durch den Arzt.

Auch den Kontakt zu den Betreuern erlebten viele als sehr positiv. Sie fühlten sich verstanden und mit einbezogen. Auch die Informationsverteilung was den aktuellen Stand betraf oder die Krankheit selbst, empfanden die Eltern als vorteilhaft. So auch die Gespräche und Telefonate, die sie mit ihren Kindern oder Bekannten führen konnten.⁷⁴

Die Angehörigen haben die Erfahrung gemacht, dass sehr ehrlich mit ihnen umgegangen wird und dass ein gewisses Vertrauensverhältnis, egal ob zwischen Patient und Betreuer oder zwischen Eltern und Personal, besteht.

Verglichen mit anderen Kliniken nehmen Familien die Soteriaeinrichtungen als einen Ort wahr, an dem sie Betroffene mit ruhigem Gewissen und mit dem Gedanken, dass es ihnen gut geht, zurücklassen können. Ich denke, dass dies für Eltern eines der wichtigsten Dinge überhaupt ist – zu wissen, dass ihr Kind in guten Händen ist und die optimale Hilfe erfährt. Des Weiteren haben viele auch die Angehörigenabende genutzt, um mehr zu erfahren und um eventuelle Probleme auszutauschen und zu diskutieren. Sie haben beobachtet, dass sie nicht alleine dastehen und es noch jede Menge andere Betroffene gibt, denen es genau so geht und die Hilfe benötigen.⁷⁵

Der Bezug zu den Betreuern ist für die Angehörigen enorm wichtig. Sie erkennen, dass sich die Patienten wohl fühlen und durch die 1:1 Betreuung eine viel bessere Entwicklung erfolgt. So dürfen die Bewohner z.B. Aggressionen ausleben und auch mal Schwächen zeigen, ohne dass ihre Verhaltensweisen als eine Art Rückfall gedeutet werden.

Daher, dass die Betreuer aus verschiedenen Berufsfeldern kommen, baut sich nicht automatisch eine klinische Beziehung auf, was für die Soteria ein Hauptmerkmal ist – wenig klinisch und medikamentös zu arbeiten und immer auf das Individuum bedacht.⁷⁶

⁷³ (Aebi, Ciompi, & Hansen, 1994, S. 84 ff.)

⁷⁴ (ebenda, S. 86 ff.)

⁷⁵ (ebenda, S. 90 ff.)

⁷⁶ (ebenda, S. 93 ff.)

4.3 Vorteile und Nachteile

Desweiteren möchte ich die Vor- und Nachteile des Soteriakonzeptes erläutern. Wie auch bei anderen Therapieformen gibt es Vorzüge, aber auch eine Kehrseite. Diese Erkenntnisse möchte ich aus meiner Arbeit reflektieren.

Die Vorteile einer Soteriabehandlung liegen darin, dass der Bewohner seine Gefühle innerhalb der ersten Phase frei ausleben kann, ohne dass seine Verhaltensweisen als befremdlich interpretiert werden. Der Patient wird in seinem Verhalten toleriert und unterstützt. Zusätzlich ist die ständige Anwesenheit der Betreuer extrem wichtig. Sie können jederzeit Gespräche mit ihnen führen oder einfach nur ihre Präsenz erfahren. Darüber hinaus finden, wenn es gewünscht ist, Diskussionen unter den Bewohnern statt, um sich auszutauschen und verschiedene Sichtweisen zu ergründen. Dies ist ein positiver Aspekt, um das Blickfeld zu erweitern und um dazu zu lernen.

Ein weiterer Vorzug ist die geringe bzw. gar keine Medikamentengabe. Dadurch können keine künftigen Nebenwirkungen entstehen und somit wird das Problem nicht nur durch Tabletten aufgeschoben. Falls es aber ohne Medikamentengabe nicht zur Besserung kommt, wird nur in geringen Dosen verabreicht und immer in Absprache mit dem Betroffenen. Des Weiteren lernen die Bewohner einen Bezug zum Alltag kennen. Aufgrund dessen das sie im Haushalt und bei weiteren alltäglichen Aufgaben mit einbezogen werden, erlernen sie den Ablauf und können diesen später in eigener häuslicher Umgebung sich von nutzen machen.

Ein klarer Vorteil, den die Soteria mit sich bringt, ist der unkomplizierte Aufenthalt. Es wird keine offizielle Einweisung benötigt und jeder Patient kann so lange bleiben bis es ihm wieder besser geht. Ich denke, dass dadurch dieses Angebot genutzt wird, weil so kein Druck von außen besteht und der Betroffene selbst entscheiden kann, wie lange er für sich und die Bewältigung der Krankheit benötigt.

Der Nachteil einer Alternativbehandlung ist im Wesentlichen, dass zu hohe Kosten aufgewendet werden müssen und somit die Möglichkeit der Umsetzung eher gering ist. Zwar werden immer mehr Kliniken mit Soteriastrukturen versehen, aber letztlich bringt dies nicht den erhofften Erfolg. Zahlreiche Vorhaben, Soteria-ähnliche Therapien, in eine normale Behandlung zu integrieren, sind rückläufig, da nur das gesamte „Paket“ die gewünschte Verbesserung einer psychischen Krankheit erzielen kann.

Auch ist noch nicht genau bekannt, ob das Modell wirklich gezielt wirkt und ob man daher die Umsetzung in einem größeren Rahmen anlaufen lassen kann. Erst auf lange Sicht wird man herausfinden, ob es sich lohnt, noch mehr in dieses Konzept zu investieren.

4.4 Beispiel: Das „Weglaufhaus“

Die Villa Stöckle, auch Weglaufhaus genannt, steht am Stadtrand von Berlin und befindet sich in einer ruhigen, grünen Wohngegend. Von außen wirkt sie wie ein normales Haus, ist aber innen alles andere als normal. Hier leben Patienten, die eine psychische Erkrankung haben und keinen klinischen Aufenthalt möchten bzw. dieser nicht mehr den gewünschten Erfolg bringt. Ebenso können Menschen in Krisen hier Schutz suchen.⁷⁷

Im Weglaufhaus wird nach den Kriterien der Soteria gearbeitet. Der Patient durchläuft die verschiedenen Phasen und kann selbst bestimmen, wie lange er in der jeweiligen Stadium bleibt. Es wird auch hier darauf geachtet, dass Gespräche und Begegnungen im Vordergrund stehen, und nicht die medikamentöse Behandlung. Um jeden Bewohner wird sich individualistisch gekümmert und es gibt je einen Bezugsbetreuer. Auch hier müssen die Betroffenen, nach Besserung ihres Zustandes, mithelfen und Aufgaben wie Putzen, Einkaufen oder allgemeine Hausarbeiten erledigen. Das dient zur Schaffung einer gewissen Selbstständigkeit, um später in einer gewöhnlichen Umgebung zu Recht zu kommen.

Finanziert wird dieses Projekt durch die Sozialämter in Deutschland. Die Kostenübernahme erfolgt nach §§ 67 ff. SGB XII (Hilfe in besonderen sozialen Schwierigkeiten) und richtet sich an alle Menschen, die in einer sozialen Notsituation sind. Das Haus ist vierundzwanzig Stunden offen und nimmt auch Patienten ohne Einweisung oder Klärung der Kostenübernahme auf. Somit ist die Aufnahme ein relativ unkomplizierter Prozess, den viele, und gerade Menschen in psychotischen Krisen, schätzen.⁷⁸

Der Träger und Initiator des Projekts ist der „Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.“. In der Einrichtung selbst arbeitet nicht nur psychiatrienerfahrenes Fachpersonal, sondern auch ehemalige Betroffene und Betreuer aus anderen Berufskreisen. „Qualifizierte Mitarbeiterinnen, die eigene Erfahrungen mit Krisen, Verrücktheit und Psychiatrisierung gemacht und bewältigt haben, sind rund um die Uhr vor Ort.“⁷⁹

Das Projekt hilft vielen Menschen sich in Krisen eine Auszeit zu nehmen und ohne äußeren Druck ihre Erkrankung unter Kontrolle zu bringen.

⁷⁷ (URL 2)

⁷⁸ Vgl. Skript Haselmann

⁷⁹ (URL 2)

5. Zusammenfassung

Zu Beginn der Arbeit wurde die Krankheit Schizophrenie dargestellt und weiterführend Bezug auf die Angehörigenarbeit genommen. Auch die Alternative des Soteriamodells wurde vorgestellt. Die Fragestellung, die sich zu Beginn der Arbeit für mich aufgetan hatte, soll nun mit Hilfe einer Reflexion beantwortet werden.

Für mich war es spannend zu sehen, welche unterschiedlichen Aspekte sich in Bezug auf die Fragestellung *„Ist es für schizophrene Erkrankte hilfreich, wenn sie während der (akuten) Behandlungsphase Unterstützung durch Angehörige erhalten?“* ergeben haben.

Wenn man betrachtet, dass in den sechziger und siebziger Jahren noch völlig andere Ansichten, bezogen auf die Eingliederung von Angehörigen in die Therapie von psychisch Kranken, vorherrschten und das durch die Psychiatriereform im Jahre 1975 radikale Veränderungen durchgesetzt werden konnten, ist es ein positiver Weg, den sowohl die Patienten als auch die Familien gegangen sind.

Anfängliche Schwierigkeiten, die auftraten wenn sich die Eltern in die Behandlung „eingemischt“ haben, sind im Laufe der Jahre zum kompletten Gegenteil umgeschlagen. Die Angehörigen sind zu Experten auf ihrem eigenen „Fachgebiet“, dem Kind oder dem Familienmitglied selbst geworden und stehen den Ärzten, Psychologen und anderem Fachpersonal mit Rat und Tat zur Seite. Sie können Verhaltensweisen interpretieren – weil sie den Betroffenen kennen. Außerdem können sie seine Handlungen nachvollziehen – weil sie den Betroffenen kennen. Ebenso wissen die Eltern wie ihr Kind auf bestimmte Medikamente oder Therapieformen reagiert – weil sie den Betroffenen kennen. Gerade wenn ein neuer Behandlungszyklus beginnt und die Klinik vielleicht eine andere ist, können Tipps von Angehörigen für das Fachpersonal sehr hilfreich und von Nutzen sein. Diese Ratschläge verkürzen möglicherweise nicht nur die Aufenthaltsdauer des Patienten, sondern führen auch dazu, dass ein Rückfall weniger oft eintritt oder dass sich allgemein die Erkrankung verbessert oder zumindest nicht verschlimmert.

Auch die seelische Unterstützung, welche die Familien den Betroffenen geben, ist enorm wichtig für die Genesung des Patienten. Er fühlt sich nicht alleine gelassen, weiß dass jemand da ist, der zu ihm und zu seiner psychischen Erkrankung steht. Im Beispiel der Familie Arnold hat Hanna bis zum Schluss, über 40 Jahre, zu ihrem Sohn gestanden und ihn unterstützt. Sie musste lernen mit Rückschlägen und mit Tiefpunkten zu leben, hat ihren Sohn jedoch nie aufgegeben.

Ich denke, dass ich meine Fragestellung mit einem klaren „Ja“ beantworten kann. Meiner Meinung nach ist es entscheidend, ob familiäre Unterstützung vorliegt oder nicht. Und es hilft den Betroffenen, in den meisten Fällen, dass sie Hilfe von außen erfahren.

Im Verlauf der Bearbeitung dieser Bachelorthesis habe ich viele neue und interessante Dinge über die Krankheit Schizophrenie allgemein gelernt. Aber auch das Thema Angehörigenarbeit war ein spannendes Feld, welches ich vorher noch nicht genau kannte und woüber ich mir erst inmitten des Schreibens ein ausführlicheres Bild machen konnte.

Wissenswert fand ich auch die Idee des Soteriamodells. Ich denke, dass diese Möglichkeit der Behandlung viel öfter angewendet werden sollte, um noch effizienter und auf den Einzelfall abgestimmt, arbeiten zu können.

Im Großen und Ganzen konnte ich mir viele neue theoretische Grundlagen aneignen und alte wieder auffrischen. Dies hat mir den Einblick in ein neues Themenfeld ermöglicht und erweiterte ebenso das Blickfeld, was sich bezüglich der späteren Arbeitssuche nur vorteilhaft auswirken kann.

6. Literaturverzeichnis

Aebi, Elisabeth; Ciompi, Luc; & Hansen, Hartwig. (Hrsg.). *Soteria im Gespräch : Über eine alternative Schizophreniebehandlung.* Bonn. Psychiatrie-Verlag. 1994

Arieti, Silvano. *Schizophrenie - Ursachen, Verlauf, Therapie / Hilfen für Betroffene.* München. R. Piper GmbH & Co. 1995

Bateson, Gregory; Jackson, Don D.; & u.a. *Auf dem Weg zu einer Schizophrenie-Theorie. aus : Schizophrenie und Familie.* Frankfurt am Main. Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft. 1996

Bock, Thomas. *Stimmenreich - Mitteilungen über den Wahnsinn.* Bonn. Psychiatrie-Verlag. 1994

Bosshard, Marianne; Ebert, Ursula; & Larazus, Horst. *Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie : Lehrbuch.* Bonn. Psychiatrie-Verlag. 1999

Ciompi, Luc. *Affektlogik - Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung.* Stuttgart. Klett-Cotta. 1994

Cullberg, Johan. *Therapie der Psychosen : Ein interdisziplinärer Ansatz.* Bonn. Psychiatrie-Verlag. 2008

Dörner, Klaus; Egetmeyer, Albrecht; & Koenning, Konstanze (Hrsg.). *Freispruch der Familie : Wie angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last frei-sprechen.* Bonn. Psychiatrie-Verlag. 1987

Fiedler, Peter; Niedermeier, Thomas; & Mundt, Christoph. *Gruppenarbeit mit angehörigen schizophrener Patienten : Materialien für die therapeutische Arbeit mit Angehörigen und Familien.* München. Psychologie-Verlags-Union. 1986

Finzen, Asmus. *Schizophrenie - Die Krankheit verstehen.* Bonn. Psychiatrie-Verlag. 1995

Haselmann, Sigrid. *Psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie - systemisch oder subjektorientiert? : Ein Lehrbuch.* Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG. 2008

Haselmann, Sigrid. Zuflucht im Weglaufhausaus. aus: *Soziale Arbeit mit psychisch Kranken. Soziale Psychiatrie und psychosoziale Versorgung: Textesammlung. Skript zur Vorlesung Wintersemester 2009/10.* Neubrandenburg. 2009

Hattebier, Edda. *Reifeprüfung - Eine Familie lebt mit psychischer Erkrankung.* Bonn. Psychiatrie-Verlag. 1999

Hoffmann-Richter, Ulrike; Finzen, Asmus; Deger-Erlenmaier, Heinz; u.a. *Mit psychisch Kranken leben.* Bonn. Psychiatrie-Verlag. 2001

Krause, Detlef E., & Haufe, Antje. *Der Weg in eine andere Welt.* aus: *Von Angst bis Zwang. Ein ABC der psychischen Störungen: Formen, Ursachen und Behandlung.* Bern. Hans Huber. 2000

URL 1. (kein Datum). Abgerufen am 26. März 2010 von <http://www.apk-berlin.de/3-0-Ziele-Aufgaben.html>

URL 2. (18. April 2010). Abgerufen am 05. Mai 2010 von <http://www.weglaufhaus.de>

URL 3. (kein Datum). Abgerufen am 04. April 2010 von <http://www.neurologen-und-psiater-im-netz.de/npin/show.php3?id=1&nodeid=>

7. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig angefertigt, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und wörtlich entlehnte Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die vorliegende Arbeit wurde auch nicht an anderer Stelle als Bachelorschrift vorgelegt.

Neubrandenburg, den 10.06.2010