

**Didaktische Bausteine und Übungen zur
Klinischen Sozialarbeit in der Lehre**

Hrsg. Helmut Pauls, Johannes Lohner,
Ralph Viehhauser

Baustein 13
**Kontakt- und Interaktionsgestaltung zu Menschen
mit akut psychotischem Erleben:**
Eine erfahrungsorientierte Annäherung

Christine Kröger



www.zks-verlag.de

Christine Kröger

Baustein 13

Kontakt- und Interaktionsgestaltung zu
Menschen mit akut psychotischem Erleben:
Eine erfahrungsorientierte Annäherung



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Christine Kröger

**Kontakt- und Interaktionsgestaltung zu Menschen mit akut
psychotischem Erleben:
Eine erfahrungsorientierte Annäherung**

Höchberg b. Würzburg: ZKS Verlag für psychosoziale Medien

Alle Rechte vorbehalten

© 2020 Christine Kröger

ISBN 978-3-947502-33-2

Technische Redaktion: Meike Kappenstein

Lektorat: Tony Hofmann

Cover-Design: Leon Reicherts/Tony Hofmann

Layout: Hanna Hoos

Herausgeber der „Schriften zur psychosozialen Gesundheit“:

Prof. Dr. Helmut Pauls

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel,

Dr. Gernot Hahn

Anschrift ZKS Verlag für psychosoziale Medien:

ZKS Verlag für psychosoziale Medien

Albrecht-Dürer-Str. 166

97204 Höchberg

1. Grundlagen, Absichten und Ziele

„Psychose ist eine tiefe Verstörung
in der Möglichkeit, Beziehung zu gestalten“
(Bock, Mahlke, Schulz & Sielaff, 2013, S. 369)

Dieser Baustein zielt darauf ab, einen - sicherlich vergleichsweise bruchstückhaften - erfahrungsorientierten Zugang zum Erleben von Menschen in akuten Psychosen zu ermöglichen und dadurch einen Reflexionsprozess über die Besonderheiten in der Kontakt- und Beziehungsgestaltung anzustoßen.

Psychische Störungen für die psychotisches Erleben kennzeichnend ist (wie z.B. schizophrene Erkrankungen), gelten als besonders gravierend (vgl. z.B. Bäuml, 2008; Falkai & Hasan, 2019; Häfner, 2017; Schnell, 2014). Auch wenn niemals aus dem Blick geraten darf, wie unterschiedlich die Erscheinungs- und Verlaufsformen psychotischer Störungen sind (Zimmermann, 2017), gehen sie doch in vielen Fällen mit hochkomplexen und tiefgreifenden biopsychosozialen Belastungskonstellationen einher. Dabei sind nicht nur Psychoseerfahrene selbst, sondern auch deren Angehörige von Erschütterungen, Nöten und Stigmatisierungsprozessen betroffen (vgl. Hahlweg, Dürr, Dose & Müller, 2006; Knüver & Jungbauer, 2015). In der Regel ist es für Psychoseerfahrene und ihre Angehörigen schwierig, in akuten Phasen miteinander in einem verständnisvollen und guten Kontakt zu bleiben. Fachkräfte stehen gleichermaßen vor dieser Herausforderung: Akut psychotische Erlebensformen und Verhaltensweisen machen auch Fachkräften Angst (nicht zuletzt deshalb, weil sich innerhalb kurzer Zeiträume krisenhafte Zuspitzungen bis hin zu akuter Selbst- und Fremdgefährdung entwickeln können), können Verstörung und Verunsicherung auslösen und es schwer machen, Kontakt aufzunehmen und Begegnungen zu gestalten. Das liegt auch daran, dass Menschen in akut-psychotischen Phasen manchmal wenig erreichbar wirken und kaum an Kontakt und Beziehung interessiert zu sein scheinen. Dies spiegelt sich auch in den Sprachbildern und Eindrücken von Angehörigen wider, die beschreiben „...plötzlich einer anderen Person gegenüber zu stehen“ und dementsprechend „Fremdheit, Unverständnis, Angst, Hilflosigkeit, Ohnmacht“ erleben (Bock, Buck & Esterer, 2014, S. 24). Nicht umsonst trägt das Kapitel zur Schizophrenie im Sozialpsychiatrie-Klassiker „Irren ist menschlich“ (Dörner et al., 2017) den Titel „der sich und Anderen fremd werdende Mensch“.

Der Aufbau und die Aufrechterhaltung einer tragenden, wertschätzenden Beziehung ist Dreh- und Angelpunkt gelingender Klinischer Sozialarbeit (vgl. auch Pauls, 2013; Gahleitner, 2017). Dies gilt für Menschen mit Psychosen sicher in besonderer Weise, was First-person-Accounts eindrucksvoll untermauern: „In der Psychose gehe ich mir als Mitmensch in der Welt verloren. Ich bin nicht mehr bei den anderen Menschen, ich bin in der grenzenlosen Hölle verschwunden. Das macht sehr große Angst und Panik. Um mich zu beruhigen, um zurück zu den Menschen

kommen zu können, bin ich darauf angewiesen, dass sie mir Verbindung anbieten“ (Schulz, 2014, S. 68-69).

Diese didaktische Einheit will Studierenden zumindest in Ansätzen erfahrbar machen, wie sich psychotisches Erleben auf zwischenmenschliche Interaktionen auswirken kann.

2. Durchführung / Instruktion

Schritt 1: Grundlagen zu psychotischen Störungen

Hier geht es darum, ein möglichst anschauliches Grundverständnis von psychotischem Erleben (in Abhängigkeit vom Wissensstand der Studierenden ca. 45-90 Minuten) zu vermitteln. Der Begriff psychotisch wird hier - ebenso wie im DSM V und ICD-10 - ausschließlich beschreibend (d.h. ohne ätiologische Implikationen oder Annahmen über zugrundeliegende psychodynamische Mechanismen) verwendet und meint das Auftreten von z.B. Halluzinationen oder wahnhaften Erlebensformen. Wenn die Studierenden über Vorwissen und Vorerfahrungen verfügen, sollte die Grundlagenvermittlung (kompakte Darstellungen hierzu finden sich z.B. bei Bäuml, 2008 sowie Bock, 2013) möglichst interaktiv erfolgen – ein thematischer Einstieg kann z.B. über die folgenden Fragen angeregt werden:

- *Was ist mit dem Begriff „Psychose“ gemeint? Was sind „psychotische Symptome“? Was ist unter „psychotischen Störungen“ zu verstehen?*
- *Was ist der derzeitige Wissensstand darüber, wie psychotische Störungen entstehen?*
- *Was wissen (oder vermuten) Sie darüber, wie Menschen mit Psychoseerfahrungen selbst akute Phasen wahrnehmen und erleben?*
- *Was wissen Sie darüber, wie psychotische Störungen behandelt werden?*
- *Welche Herausforderungen - und Chancen - ergeben sich Ihrer eigenen Erfahrung zufolge in der Begleitung und Unterstützung von psychoseerfahrenen Menschen?*

Dabei können die folgenden Punkte zusammengetragen und diskutiert werden:

- Psychotische Symptome verändern das Realitätserleben auf fundamentale Weise und können bei unterschiedlichen psychischen Störungen (z.B. schwere Depressionen, Borderline-Erkrankungen, schizophrene Erkrankungen) auftreten. Wichtig ist, auch für somatisch-induzierte psychotische Symptome (wie sie z.B. im Rahmen von Tumorerkrankungen oder Epilepsien auftreten können) zu sensibilisieren (vgl. z.B. Lincoln, 2018) und damit die Bedeutung einer medizinischen Abklärung bzw. interprofessioneller Zusammenarbeit im Rahmen einer biopsychosozial verstandenen Diagnostik (Gahlleitner, Pauls & Glemser, 2018) hervorzuheben. Mit dem Begriff „psychotische Störungen“ sind im engeren Sinne die F2-Diagnosen nach ICD-10 (bzw. das Schizophrenie-

Spektrum und andere psychotische Störungen nach DSM V) gemeint, also z.B. schizophrene Erkrankungen, die schizoaffektive Störung oder die wahnhaftige Störung (vgl. Lincoln & Heibach, 2017).

- Obwohl Konsens darüber besteht, dass psychotische Erkrankungen multifaktoriell bedingt sind (vgl. Bock & Heinz, 2016; Häfner, 2017; Lincoln & Heibach, 2017; Möller, Laux & Deister, 2015), kann - gerade wenn Studierende gemeindespsychiatrische Erfahrungen mitbringen - entlang verschiedener Anregungen diskutiert werden, inwieweit ein biopsychosoziales Verständnis ihre Arbeit tatsächlich durchdringt: Was verstehen die Studierenden unter Vulnerabilität? Was wissen sie über sozialpathologische Einflüsse auf die Entwicklung von Vulnerabilität bei psychotischen Erkrankungen? Inwiefern fließen Erkenntnisse zur Bedeutung von schädigenden sozialen Erfahrungen (z.B. Traumatisierungen, Diskriminierung, spezifische Migrationsbelastungen) in die konkrete Arbeit ein? In welchem Umfang werden entsprechende Erkenntnisse z.B. bei der Ausgestaltung von Psychoedukationsangeboten berücksichtigt? etc. Bei der Diskussion wird manchmal ein „verstecktes Endogenitätsmodell“ sichtbar (vgl. Klinitz, 2006; Schmidt, 2012), das Vulnerabilität als genetisch bedingt versteht und die Bedeutung (psycho)sozialer Erfahrungen auf Auslöser psychotischer Krisen reduziert. Das sollte kritisch beleuchtet werden, da damit eine Entkopplung der Beschwerden von der eigenen Person und der individuellen Biografie begünstigt wird (siehe Schmidt-Hoffmann, 2017).
- Bei der Frage danach, wie Menschen mit Psychoseerfahrungen akute Phasen wahrnehmen, sollte vor allem dem - sehr unterschiedlichen! - subjektiven Erleben genügend Raum gewidmet werden. Ein Zugang hierzu kann über entsprechende Erfahrungsberichte (z.B. Gauger, 2018; Hansen, 2014, 2015; Thessier, 2014; Schulz, 2014) oder mithilfe von Filmmaterial hergestellt werden. Besonders geeignet ist der Film „Raum 4070“ (Kalms & Striegnitz, 2006), in dem ein Psychoseseminar dokumentarisch begleitet wurde. Ausschnitte aus dieser Dokumentation veranschaulichen nicht nur wie unterschiedlich Menschen das eigene psychotische Erleben einordnen, sondern eröffnen auch einen Einblick in die Perspektive von Angehörigen.
- In Bezug auf eine gelingende langfristige Unterstützung ist die Bedeutung eines Gesamtbehandlungskonzepts zu betonen, in dem medizinische (vor allem psychiatrische), psychotherapeutische und sozialtherapeutische Hilfen ineinandergreifen (vgl. auch DGPPN, 2013). Der vorliegende didaktische Baustein stellt eine gute Grundlage für eine sich anschließende vertiefende Auseinandersetzung mit konkreten sozialtherapeutischen Aufgaben und Vorgehensweisen dar.

Schritt 2: Ein erster Einblick in akutpsychotisches Erleben

Um Studierenden einen möglichst anschaulichen Einblick in akutpsychotisches Erleben zu vermitteln, bietet sich das gemeinsame Anschauen eines Ausschnitts aus dem Spielfilm „Das

weiße Rauschen“ an (Weingartner, 2002; insbesondere von 30:49 bis 35:49). Ist der Film nicht bekannt, sollte vorher kurz der Handlungsstrang umrissen werden, auch damit der genannte Ausschnitt für die Studierenden einordbar wird; wenn zumindest einige Studierende den Film schon gesehen haben, kann dies auch interaktiv mithilfe z.B. der folgenden Fragen erfolgen:

- *Was erfahren Sie zur Lebenssituation und zum Lebensweg des Protagonisten (Lukas, ca. 20 Jahre alt, der zum Studium vom Land in die Großstadt zieht, in der WG seiner Schwester ein Zimmer bezieht)?*
- *Was vermittelt der Film über die Entwicklung und die Symptome einer schizophrenen Erkrankung?*
- *Was sagt der Film zu den Ursachen?*
- *Inwiefern entsprechen die vermittelten Informationen zur Ätiologie und Entwicklung der Erkrankung dem gegenwärtigen Forschungsstand?*
- *Hat der Film dazu beigetragen, dass Sie Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere mit schizophrenen Psychosen offen, verständnisvoll und wertschätzend begegnen? ...inwiefern? ...oder trägt der Film Ihrer Meinung eher zur Stigmatisierung von Menschen mit Schizophrenie bei? ...wenn ja, wodurch?*

Dadurch kann das zuvor erarbeitete Grundlagenwissen exemplarisch vertieft werden. Erfahrungsgemäß stößt das vor allem bei Bachelorstudierenden auf lebendiges Interesse, die sich aufgrund der ähnlichen Lebenssituation und des vergleichbaren Alters oft gut mit der Hauptfigur identifizieren können, selbst wenn der Film mittlerweile fast 20 Jahre alt ist.

Der oben genannte Ausschnitt stellt filmisch sehr gelungen das „Hineinrutschen“ des Protagonisten in psychotisches Erleben dar. Im Anschluss an das gemeinsame Anschauen werden die Studierenden zunächst eingeladen, die anderen im Plenum an ihren Resonanzen (Gefühle, körpernahe Empfindungen, Gedanken, ggf. auch Handlungsimpulsen) teilhaben zu lassen (ca. 10-15 Minuten). Dadurch wird ein differenziertes Wahrnehmen des eigenen Erlebens unterstützt und das Verbalisieren eigener emotionaler Resonanzen geübt. Insgesamt bekommen die Studierenden durch den Ausschnitt einen ersten Zugang zur Erfahrung des Stimmenhörens, zumal dies auf der Tonebene sehr gut und kreativ umgesetzt wurde (die kommentierenden, teilweise beleidigenden und befehlenden Stimmen werden immer dominanter, vermischen sich mit realen Stimmen und Geräuschen und sprechen biografisch relevante Themen an). Es kann gewinnbringend sein, danach zu fragen, was das Wichtigste ist, was durch diese Filmsequenz bewusst geworden ist. Obwohl der gewählte Ausschnitt nur 5 Minuten dauert, werden verschiedene relevante Punkte zum Thema. Dadurch wird oft ein reger Austausch angestoßen, u.a. zu folgenden Aspekten:

- *Verbindung zwischen biografischen Erfahrungen bzw. Lebensthemen und Inhalten des psychotischen Erlebens,*

- Bizarre oder abwegig erscheinende Verhaltensweisen (wie z.B. Löcher in die Wand zu bohren) ergeben vor dem Hintergrund des inneren Erlebens in akut-psychotischen Phasen sehr wohl Sinn,
- Sowohl der Stress, die Belastung (Angst, Hilflosigkeit) des Protagonisten als auch die Irritation seiner Schwester werden spürbar
- Coping bzw. Umgang mit und Kontrolle von Stimmen (in dem Ausschnitt versucht der Protagonist, die Stimmen mit Musik zu übertönen),
- Psychotisches Erleben ist kein „Alles-oder-Nichts-Phänomen“ - der Protagonist verliert in der Sequenz zunehmend an Distanzierungsfähigkeit.

Letztendlich dient der Filmausschnitt aber vor allem der Vorbereitung der in Schritt 3 beschriebenen Übung, da gerade Studierende, die wenig Vorerfahrungen zu psychotischen Störungen mitbringen, einen konkreten Eindruck von verschiedenen Stimmen (kommentierend, befehlend) und den transportierten Inhalten bekommen. Als Nebeneffekt wird durch die im Film angedeutete Verschränkung mit biografischen Themen bei Studierenden eine offene und interessierte Grundhaltung an den Inhalten psychotischen Erlebens gefördert.

Schritt 3: Die Auswirkungen von psychotischen Beschwerden auf Kommunikation und Interaktion erleben

Dieser Arbeitsschritt soll dann eine erfahrungsorientierte Annäherung an das Erleben von Menschen mit psychotischen Beschwerden weiter vertiefen und intensivieren.

Die Studierenden bilden Kleingruppen (zu fünft) und bekommen den folgenden Arbeitsauftrag (Gesamtdauer ca. 15-20 Minuten)¹:

*Zwei von Ihnen führen für ca. 10-15 Minuten ein Gespräch über ein Alltagsthema (z.B. was sie am letzten Wochenende unternommen haben). Eine/r von den beiden bekommt eine „Stimme“, die ihr/ihm mehr oder weniger ständig Kommentierendes, Befehlendes und/oder Verletzendes ins Ohr flüstert (diese Rolle übernimmt ein Gruppenmitglied). Die beiden anderen Gruppenmitglieder beobachten die beiden Gesprächspartner und den Verlauf der Interaktion.
Anschließend tauschen Sie sich (ca. 5-10 Minuten) über Ihre Beobachtungen und Erfahrungen in der Kleingruppe aus.*

Dabei sollte darauf geachtet werden, dass Studierende, die aktuell selbst belastet sind und sich instabil fühlen, nicht die Rolle der stimmehörenden Person übernehmen. Bevor die Kleingruppen mit der Übung beginnen, sollten sie nachdrücklich gebeten werden, die verabredeten 10-

¹ Diese Übung habe ich in meiner eigenen Ausbildung zur Psychotherapeutin bei der dgvt Berlin im Rahmen eines Seminars von Monika Hoffmann kennengelernt. Die ursprüngliche Idee dazu stammt von Ron Coleman, einem britischen Stimmhörer-Selbsthilfe-Aktivist (vgl. auch Hansen, 2015).

15 Minuten in ihren Rollen zu bleiben und zwar auch und gerade dann, wenn dies besonders schwerfällt. Gleichzeitig ist darauf zu achten, dass diejenigen, die die Rolle der Stimme übernehmen, eine hinreichend gute Vorstellung davon entwickelt haben (und sich auch trauen, dies umzusetzen), was mögliche Inhalte/Sätze sein können (z.B. verletzende, abwertende Äußerungen, wie „Du stinkst!“, „Du bist so dumm, eine so nutzlose Versagerin!“, „Idiot“, kommentierende Stimmen, wie „Was macht sie denn jetzt?“ „Jetzt versucht sie zu antworten, dabei kann sie doch sowieso keinen geraden Satz rausbringen“, „Wie sie sich jetzt die Haare aus dem Gesicht streicht... und Luft holt“ oder Befehlendes „Du sagst jetzt kein Wort mehr!“, „Los, steh auf“, „Schlag zu!“ oder „Antworte jetzt – und zwar sofort!“). Das ist meist durch Schritt 2 sichergestellt.

Es sollte angekündigt werden, dass im Anschluss an den kurzen Erfahrungsaustausch in der Kleingruppe eine ausführlichere Nachbesprechung im Plenum erfolgen wird.

Schritt 4: Auswertung und Verdichtung der Erfahrungen

Die Erfahrungen im Rahmen der Kleingruppenarbeit werden im Plenum zusammengetragen (ca. 10-15 Minuten). Hierbei ist es günstig, die Intensität allmählich zu steigern. Als allererstes bekommen die Studierenden, die die Rolle einer Stimme übernommen haben, Gelegenheit sich zu äußern. Das hat vor allem eine entlastende Funktion, da diese Aufgabe durchaus als herausfordernd oder belastend erlebt werden kann (gerade, wenn entwertende oder beleidigende Inhalte ausgesprochen wurden) und es hilft, das im Plenum mitzuteilen. Anschließend werden die Beobachterinnen und Beobachter gebeten, ihre Wahrnehmungen zu schildern, dann kommen die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner zu Wort und schließlich die Studierenden, die eine Stimme bekommen haben. Bei den letzten beiden Gruppen ist es besonders wichtig, auch das innere Erleben in der Situation zu fokussieren, also (durchaus beharrlich) nachzufragen, was sie während des Gesprächs empfunden haben.

In der Regel entsteht durch das Zusammentragen der verschiedenen Perspektiven ein facettenreiches Bild der Kommunikationssituation. Meist wird deutlich, dass die Gesprächspartnerinnen und -partner (ohne Stimme) die Kommunikation als sehr zäh erleben und dass sie sich - z.B. durch situationsunangemessene gestische und mimische Reaktionen - nicht ernst genommen fühlten. Manchmal sind Studierende sehr überrascht, wie stark dieses Erleben war, zumal sie ja wussten, dass ihr Gegenüber eine Stimme im Ohr hatte. Die Studierenden mit Stimmen berichten oft sehr anschaulich, wieviel Konzentration und Anstrengung ihnen diese kurze Gesprächssequenz abverlangt hat.

Schritt 5: Zum Umgang mit Menschen mit akutpsychotischem Erleben

Die gemachten Erfahrungen dienen dann als Basis, um gemeinsam zu erarbeiten, was in der Kontakt- und Interaktionsgestaltung zu Menschen mit akut psychotischem Erleben wichtig ist (ca. 30-45 Minuten). Dabei soll auch das in Schritt 1 erarbeitete Grundlagenwissen einfließen.

Die Arbeit kann entweder im Plenum oder in Kleingruppen erfolgen – folgende Fragen können unterstützen:

- *Welche Hinweise für die Kontaktgestaltung und die Gesprächsführung lassen sich aus Ihren Erfahrungen und Beobachtungen ableiten? Worauf sollten Fachkräfte achten?*
- *Was sollten Sie tun – was eher lassen?*
- *Tauschen Sie sich dabei auch über Ihre bisherigen Praxiserfahrungen im Umgang mit Menschen mit psychotischem Erleben aus! Was genau erleben Sie persönlich und fachlich als besonders herausfordernd und schwierig im Kontakt und bei der Beziehungsgestaltung? Was können Sie tun, um (noch) besser mit Menschen mit Psychosen in Kontakt und Beziehung zu kommen? Was erleben Sie als besonders bereichernd und schön in der Begegnung mit Menschen mit akutpsychotischem Erleben? Was genau tragen Sie dazu bei, dass Kontakte und Begegnungen gelingend verlaufen?*

Schließlich sollen die wichtigsten Hinweise für eine gelingende Kontakt- und Beziehungsgestaltung schriftlich ausformuliert werden. Manchmal ist die folgende Anregung inspirierend:

Stellen Sie sich vor, Sie arbeiten im Sozialpsychiatrischen Dienst und leiten regelmäßig Bachelorstudierende (Soziale Arbeit) im Semesterpraktikum an, die keinerlei Vorerfahrungen im Umgang mit Menschen mit akutpsychotischem Erleben mitbringen – Sie möchten für die Studierenden einige konkrete Empfehlungen zusammenstellen, die helfen, Gesprächssituationen und Begegnungen gut zu gestalten und in einen guten Kontakt zu kommen. Was sollte auf alle Fälle in einem solchen kurzen „Leitfaden“ stehen? Fassen Sie die wichtigsten Punkte prägnant zusammen!

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit könnte eine Handreichung die folgenden Punkte umfassen (vgl. hierzu auch Gonther, 2017; Lincoln, 2018; Schnell, 2014):

- Bemühe Dich darum, eine möglichst ruhige, reizarme, transparente und gut strukturierte Gesprächssituation herzustellen (dazu gehört z.B. in kurzen, eindeutigen Sätzen zu sprechen; das Wichtigste immer wieder zusammenzufassen, ggf. zu paraphrasieren; Wünsche nach Pausen aktiv anzusprechen und zu berücksichtigen; die Gesprächsdauer zu reduzieren etc.).
- Denke daran, Möglichkeiten zu schaffen, die es dem Gegenüber insgesamt ermöglichen zur Ruhe zu kommen (selbst Geduld und Ruhe auszustrahlen ist dabei sicher hilfreich)
- Beziehungsstiftend ist, das emotionale Erleben (z.B. Angst, Panik, Verunsicherung) aufzugreifen und zu validieren, ohne jedoch psychotische bzw. wahnhaftige Inhalte zu bestätigen. Versuche niemals, Halluzinationen oder wahnhaftes Erleben auszureden, da

das den Kontakt und die Beziehungsaufnahme gefährdet und Ängste und Verunsicherungen verstärkt.

- Verwirkliche ein wertschätzendes, das innere Erleben des Gegenübers würdigendes, gleichzeitig aber auch kongruentes Beziehungsangebot (siehe Viehhauser, 2015). Dazu gehört auch die eigenen Grenzen wahrnehmen und aussprechen zu können (z.B. „Ihr Schreien macht mir Angst“).
- Nimm Distanzierungswünsche von Klientinnen und Klienten ernst. Vielleicht hilft es, sich dabei an die Metapher der Kinderwippe („Teeter-Totter“, vgl. Linehan, 1993) aus der Dialektisch-Behavioralen Therapie zu erinnern (siehe auch Stiglmayr, 2017): Dabei wird das eigene Verhalten als Fachkraft sensibel am Gegenüber austariert. Wenn Du wahrnimmst, dass Dein Gegenüber Abstand will, solltest Du nicht „hinterherlaufen“ (d.h. das Beziehungsangebot intensivieren), denn dadurch würde die Waage aus dem Gleichgewicht kommen. In der Regel ist ein angemessenes „Zurücktreten“ angezeigt, wobei gleichzeitig eine grundsätzliche Bereitschaft zur Aufrechterhaltung des Kontakts und der Beziehung signalisiert wird. Das gibt Klientinnen und Klienten die Sicherheit, die Nähe zu uns kontrollieren zu können und lässt sie Selbstwirksamkeit erleben.
- Wenn Du Klientinnen und Klienten im Umgang mit psychotischem Erleben unterstützt, setze ressourcenorientierte Fragen und Strategien um, die mit einer Stärkung und Ausweitung ihrer eigenen Einflussmöglichkeiten auf das Befinden verbunden sind („Was können Sie tun, um ein wenig zur Ruhe zu kommen?“ „Was meinen Sie, was kann Ihnen helfen, sich etwas sicherer zu fühlen?“).
- Erkläre, was Du warum tust und kündige notwendige Handlungen immer an.
- Erinnere Dich immer wieder daran, dass psychotisches Erleben nicht etwas völlig Fremdartiges darstellt, sondern eine menschliche Möglichkeit ist, sich und die Welt zu erfahren – jeder Mensch ist psychosefähig (Irre menschlich e.V., 2017).

Abschließend kann ggf. thematisiert werden, dass ein Teil der Menschen mit psychotischen Störungen langfristig Begleitung bei der aktiven Gestaltung ihres Lebens benötigt. Fachkräfte, die bei der Entwicklung neuer Perspektiven unterstützen, sollten Überforderungen ebenso im Blick haben wie Unterforderungen (beides bedeutet „Stress“, vgl. hierzu auch Pauls, 2013, ab S. 72).

3. Erfahrungen und weiterführende Hinweise

Meiner Erfahrung zufolge bringen sich Studierende sehr lebendig und engagiert in das beschriebene didaktische Vorgehen ein. Natürlich ist wichtig, die einzelnen Schritte flexibel in Abhängigkeit vom Vorwissen und den Vorerfahrungen von Studierenden umzusetzen. Gerade Schritt 2 und 3 führen manchmal zu echten „Aha-Effekten“ und einer anderen, vor allem verständnisvolleren Perspektive auf das Verhalten und Erleben in psychotischen Phasen. Die Beziehung zur klinisch-sozialarbeiterischen Fachkraft ist eine wichtige Scharnierstelle für die soziale und

berufliche Einbettung. Wenn hier respektvolle, tragende Begegnungen realisiert werden, kann das Menschen ermutigen, sich wieder stärker auf soziale Kontakte einzulassen. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass soziales Rückzugsverhalten mitunter auch ein wichtiger Schutzmechanismus ist.

Insgesamt entsteht durch diese didaktische Vorgehensweise eine gute Grundlage für eine vertiefte Auseinandersetzung mit klinisch-sozialarbeiterischen Aufgaben bei der auch längerfristigen Begleitung von Menschen mit psychotischen Erkrankungen (vgl. zusammenfassend Kröger, im Druck). Kompetente sozialtherapeutische Unterstützung bedeutet auch, das nahe soziale Umfeld angemessen einzubeziehen, zumal sich Angehörige oft sehr allein gelassen fühlen und letztlich einen klaren „Auftrag“ an Fachkräfte formulieren. Beispielsweise formuliert die Mutter eines psychoseerfahrenen Sohnes: „[...] dass man selber einfach in ‘nem echten Schock halt is‘ und ich glaub‘, da geht’s vielen anderen auch so, also wenn das vom Gesundheitssystem nochmal anders wahrgenommen würde, dass ja nicht nur dieser Mensch, der da jetzt gerade krank ist, sondern das ganze Umfeld hat ja jetzt eine extrem belastende Situation und da braucht’s meines Erachtens ganz, ganz andere Möglichkeiten, damit umzugehen, dass die nämlich in dem Moment auch ‘ne Unterstützung zumindest angeboten bekommen auch.“ (Weber, 2017, Interview mit Frau B.).

Literatur

- Irre menschlich e.V. Hamburg (Hrsg.). (2017). „*Es ist normal, verschieden zu sein!*“ – *Verständnis und Behandlung von Psychosen*. Neumünster: Die Brücke.
- Bäuml, J. (2008). *Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige*. Springer: Berlin.
- Bock, T. (2013). *Basiswissen: Umgang mit psychotischen Patienten*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Bock, T., Buck, D. & Esterer, I. (2014). *Stimmenreich – Mitteilungen über den Wahnsinn*. Köln: BALANCE buch + medien.
- Bock, T. & Heinz, A. (2016). *Psychosen. Ringen um Selbstverständlichkeit* (Reihe: Anthropologische Psychiatrie, Bd. 2). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Bock, T., Mahlke, C., Schulz, G. & Sielaff, G. (2013). Eigensinn und Psychose, Peer-Beratung und Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 4, 364-370.
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.). (2013). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer. Zugriff am 02.02.2018 unter https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/624d163d1df61ca1e079a5ca496f6b6595e83d6b/S3-LL-PsychosozTherapien_Langversion.pdf.
- Dörner, K., Plog, U., Bock, T., Brieger, P., Heinz, A. & Wendt, F. (Hrsg.). (2017). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Falkai, P. & Hasan, A. (Hrsg.). (2019). *Praxishandbuch Schizophrenie. Diagnostik – Therapie – Versorgungsstrukturen*. München: Urban & Fischer.
- Gahleitner, S. (2017). *Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Gahleitner, S., Pauls, H. & Glemser, R. (2018). Diagnostisches Fallverstehen. In P. Buttner, S.B. Gahleitner, Hochuli Freund, U. & Röh, D. (Hrsg.), *Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit* (S. 117-127). Berlin: Verlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.
- Gauger, K. (2018). *Meine Schizophrenie*. Freiburg i.B.: Herder.
- Gonther, U. (2017). Der sich und Anderen fremd werdende Mensch (Schizophrenie). In K. Dörner, U. Plog, T. Bock, P. Brieger, A. Heinz & F. Wendt (Hrsg.), *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (24., vollständig überarbeitete Auflage; S. 235-284). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Häfner, H. (2017). *Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt*. München: Beck.
- Hahlweg, K., Dürr, H., Dose, M. & Müller, U. (2006). *Familienbetreuung schizophrener Patienten. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe*. Göttingen: Hogrefe.
- Hansen, H. (Hrsg.). (2014). *Der Sinn meiner Psychose – Zwanzig Männer und Frauen berichten*. Neumünster: Paranus.
- Hansen, H. (Hrsg.). (2015). *Höllengal oder Himmelsgabe? Erfahrungen von Stimmen hörenden Menschen*. Neumünster: Paranus.
- Kalms, J. & Striegnitz, T. (Regie) (2006). *Raum 4070 – Psychosen verstehen* [DVD]. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Knüver, A.-K. & Jungbauer, J. (2015). Konzeption und Erprobung eines Einzelberatungskonzepts für Eltern schizophrener erkrankter Menschen. In U.A. Lammel, J. Jungbauer & A. Trost (Hrsg.), *Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit* (S. 189-200). Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- Klinitz, H. (2006). Psychoedukation bei schizophrenen Störungen – Psychotherapie oder „Unterwanderung“? *Psychiatrische Praxis*, 33 (8), 372-379.
- Kröger, C. (im Druck). Sozialtherapeutische Unterstützung von Menschen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. In M. Bösel & S. Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Interventionen in der Psychotherapie* (S. 208-217). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lincoln, T. (2018). Schizophrenie. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2: Psychologische Therapie bei Indikationen im Erwachsenenalter* (S. 391-414). Berlin: Springer.
- Lincoln, T. & Heibach, E. (2017). *Psychosen* (Reihe: Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 67). Göttingen: Hogrefe.

- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. London: Guilford Press.
- Möller, H.-J., Laux, G. & Deister, A. (2015). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa.
- Schmidt, F. (2012). *Nutzen und Risiken psychoedukativer Interventionen für die Krankheitsbewältigung bei schizophrenen Erkrankungen. Eine mehrperspektivische Studie* (Reihe: Forschung für die Praxis – Hochschulschriften). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Schmidt-Hoffmann, F. (2017). Den Mensch in den Blick nehmen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 49 (4), 859-871.
- Schnell, T. (2014). *Moderne Kognitive Verhaltenstherapie bei schweren psychischen Störungen*. Berlin: Springer.
- Schulz, G. (2014). Ich bin nicht ohne Grund ver-rückt. In T. Bock, K. Klapheck & F. Ruppelt (Hrsg.), *Sinnsuche und Genesung. Erfahrungen und Forschungen zum subjektiven Sinn von Psychosen* (S. 67-71). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Stiglmayr, C. (2017). Die dialektisch-behaviorale Therapie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *PSYCHup2date*, 11, 151-164.
- Thessier, R. (2014). Psychose oder Die Vision des Kreuzes. In T. Bock, K. Klapheck & F. Ruppelt (Hrsg.), *Sinnsuche und Genesung. Erfahrungen und Forschungen zum subjektiven Sinn von Psychosen* (S. 109-113). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Viehhauser, R. (2015). Die helfende Beziehung – Anstöße für eine praxisgerechte, selbstreflexive Gestaltung der Basisvariable „Positive Wertschätzung“. In H. Pauls, J. Lohner & R. Viehhauser (Hrsg.), *Didaktische Bausteine und Übungen zur Klinischen Sozialarbeit in der Lehre* (S. 47-57). Weitraamsdorf: ZKS-Verlag.
- Weber, M. (2017). *Wenn Angehörige gehört werden... Belastungserleben, Bewältigungsstrategien und klinisch-sozialarbeiterischer Hilfebedarf von Eltern psychoseerfahrener junger Erwachsener*. Unveröffentlichte Masterarbeit. Coburg: Hochschule Coburg.
- Weingartner, H. (Regie/Drehbuch) (2002). *Das weisse Rauschen* [DVD]. Berlin: X Verleih.
- Zimmermann, R.-B. (2017). Häufige psychische Störungen. In J. Bischkopf, D. Deimel, C. Walther & R.-B. Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (S. 80-115). Köln: Psychiatrieverlag.

Autorenangabe

Prof. Dr. rer. nat. Christine Kröger, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Professorin für Psychologische Grundlagen der Sozialen Arbeit und Klinische Sozialarbeit an der Hochschule Coburg. Seit 2016 Leiterin des berufsbegleitenden Masterstudiengangs Klinische Sozialarbeit an der Hochschule Coburg.
Email: christine.kroeger@hs-coburg.de