

# Schizophrene Psychose

## Behandlungsmöglichkeiten und die Rolle der Sozialen Arbeit

Anika Stitz

Anika Stitz

# Schizophrene Psychose

Behandlungsmöglichkeiten und die Rolle der  
Sozialen Arbeit

## **Impressum**

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek  
Anika Stitz  
Schizophrene Psychose  
Behandlungsmöglichkeiten und die Rolle der Sozialen Arbeit

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe:  
"Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit"

Coburg: ZKS-Verlag  
Alle Rechte vorbehalten  
© 2011 ZKS-Verlag  
Cover-Design: Leon Reicherts  
ISBN 978-3-934247-36-9

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)  
UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154  
Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

### **Anschrift:**

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit  
Mönchswiesenweg 12 A  
96479 Weitramsdorf-Weidach

### **Kontakt:**

info@zks-verlag.de  
www.zks-verlag.de  
Tel./Fax (09561) 33197

### **Gesellschafter der ZKS:**

- IPSEG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband. Amtsgericht Coburg. HRB 2927.  
Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert
- Dr. Gernot Hahn
- Prof. Dr. Helmut Pauls

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei einzelnen Personen bedanken, die mich bei der Erstellung dieser Abschlussarbeit unterstützt haben:

Ich danke Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner für die vielen hilfreichen Anregungen und die konstruktive Kritik bei der Erstellung dieser Bachelorarbeit.

Ich danke Claudia Artz, die mich für das Thema der Bachelorarbeit inspirierte und mir ebenfalls mit hilfreichen Ratschlägen zur Seite stand.

Ich danke allen TeilnehmerInnen des Bachelor-Colloquiums für das kritische Korrekturlesen meiner Abschlussarbeit und die vielen nützlichen Hinweise.

Ein besonderer Dank gilt meinen Eltern, die mir das Studium finanziert haben und mir stets helfend zur Seite standen. Meiner Mutter danke ich, da sie sich trotz ihres Arbeitspensums in den sieben Semestern stets die Zeit nahm, um meine Hausarbeiten und auch diese Bachelorarbeit Korrektur zu lesen. In diesem Zusammenhang möchte ich mich auch bei Marita Schön bedanken, die ebenfalls einen Teil dieser Bachelorarbeit Korrektur las.

Ich danke meinem Freund Christoph Schön für seine alltägliche Unterstützung und Hilfe.

Darüber hinaus danke ich ihm für seine Geduld und Rücksichtnahme während der gesamten Bearbeitungszeit und dafür, dass er stets ein offenes Ohr für mich hatte und hat.

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	II
1. Einleitung	1
2. Theoretische Grundlagen des Krankheitsbildes: schizophrene Psychose	4
2.1 Allgemeines	4
2.2 Symptomatik und Erscheinungsbild von damals bis heute	7
2.3 Diagnose	10
2.4 Formen der schizophrenen Psychose	11
2.5 Epidemiologie	15
2.6 Entstehungsmodelle/ Erklärungsansätze	17
2.6.1 verschiedene Hypothesen	17
2.6.2 Das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell	21
2.7 Verlauf	23
2.8 Ausgewählte Therapiemöglichkeiten im Kurzüberblick	26
2.8.1 Pharmakologische Behandlung	27
2.8.2 Psychotherapie	29
2.8.3 Psychoedukation	30
2.8.4 Kognitive Trainings	31
3. Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen	32
3.1 Allgemeines/ Begriffsdefinition	32
3.2 Ziele	36
3.3 Formen psychoedukativer Interventionen	38
3.4 Die Elemente Informationsvermittlung und emotionale Entlastung	40
3.5 GruppenleiterInnen	41
3.6 TeilnehmerInnen	42
3.7 Psychoedukation bei stationären AkutpatientInnen	44
4. Die PEGASUS-Edukationsgruppe	44
4.1 Allgemeines	44
4.2 Das 3-Phasen-Modell der Schizophrenie nach Luc Ciompi	46
4.2.1 Die Störung der Informationsverarbeitung	49
4.3 Rahmenbedingungen	50
4.4 Inhalte	51
4.5 Methodik und Didaktik	55
4.6 Zielsetzungen	56
4.7 Rahmenbedingungen auf der Station 13	58
4.8 Durchführung der PEGASUS-Gruppe auf Station 13	59
5. IPT bei schizophrenen Erkrankungen	60
5.1 Allgemeines	60
5.2 Theoretische Begründung der Unterprogramme des IPT	63
5.2.1 Bereich der Informationsverarbeitung	64
5.2.2 Bereich der sozialen Kognition	65
5.2.3 Bereich des Sozialverhaltens	65

5.3 Unterprogramme des IPT im Überblick	66
5.4 Gruppenzusammensetzung	72
5.5 GruppenleiterInnen	73
5.6 Durchführung auf der Station 13	74
6. Klinische Sozialarbeit	75
6.1 Exkurs: Historische Entwicklung bis in die 70iger Jahre	75
6.2 Allgemeines	78
6.2.1 Selbstverständnis	80
6.2.2 Zielgruppe	81
6.2.3 Arbeitsfelder und klinische Aufgaben	82
6.2.4 Aufgabenstellung	84
6.3 Chancen und Widerstände	85
7. Diskussion	87
7.1 Soziale Arbeit in der Psychiatrie	87
7.2 Verhältnis von Medizin und Sozialer Arbeit	90
7.3 Warum sind PE/ IPT wichtig bei der Schizophreniebehandlung?	93
7.3.1 Psychoedukation	94
7.3.2 IPT	96
7.4 Widerstände gegenüber der Klinischen Sozialarbeit	98
7.5 Warum ist Klinische Sozialarbeit bei der Behandlung von schizophrenen Menschen sinnvoll?	102
8. Schlusswort	105
9. Literaturverzeichnis	108

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (IPT) – Inhalt und Aufbau

61

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Teilprogramme des IPT und die jeweils eingesetzten Interventionstechniken (auszugsweise)	67
--	----



## 1. Einleitung

Das Praxissemester, im Rahmen des Bachelorstudienganges ‚Soziale Arbeit‘ an der Alice Salomon Hochschule, absolvierte ich auf einer Akutstation des Psychiatrischen Zentrum Rickling (PZR). Die Station 13, auf der ich in dieser Zeit tätig war und die mich für mein Bachelorvorhaben inspirierte, ist eine Station, die sich auf das Störungsbild der Schizophrenie spezialisiert hat. Die Spezialisierung äußert sich u.a. im Therapieangebot der Station. Neben den Angeboten der Ergo-, Motopädie- oder Kunsttherapie sollten die betroffenen PatientInnen die Psychoedukationsgruppe „Pegasus“ durchlaufen und am Integrierten Psychologischem Therapieprogramm (IPT) teilnehmen. Im Laufe des 22-wöchigen Praktikums habe ich mehrere PatientInnen kennen gelernt, die teilweise nicht zum ersten Mal wegen einer Schizophrenie im PZR waren, sondern schon zum 5. oder 10. Mal. Dabei kam mir die Frage in den Sinn, ob Schizophrenie als solche überhaupt effektiv therapiert werden und welche Rolle die Soziale Arbeit dabei einnehmen kann.

V. Roder und H. D. Brenner haben zusammen mit ihren MitarbeiterInnen vor ca. 30 Jahren das Integrierte Psychologische Therapieprogramm für schizophrene Erkrankte (IPT) in der Schweiz entwickelt und halten es bei der Therapie dieser PatientInnen für unabdingbar. Leider kann ich aufgrund der geringen Auswahl an Literatur dieser Therapie nur einen untergeordneten Raum in der Bachelorarbeit geben, so dass der Hauptfokus auf der Psychoedukation liegen wird. J. Bäuml und seine MitarbeiterInnen entwickelten in den 60er Jahren ein Arbeitsbuch für Psychoedukation bei Schizophrenie (APES), welches stets den neuesten Erkenntnissen der Forschung angepasst worden ist und angepasst wird. Lt. einer Umfrage von Pitschel-Walz 2006 kommt es in den ersten 7 Jahren bei 88% der schizophrenen PatientInnen zu einer Wiederaufnahme im Krankenhaus, wenn sie keine Psychoedukations-gruppe (PE) durchlaufen haben. Wenn sie eine PE durchlaufen haben, liegt der Prozentsatz bei 54%. Ich habe im Laufe meines Praktikums mehrfach bei der Psychoedukationsgruppe „Pegasus“ hospitiert und das IPT als Cotherapeutin durchgeführt. Was sich hier in Prozentzahlen ausdrückt, habe ich selbst erlebt und möchte daher im Rahmen der Bachelorarbeit diese beiden Therapiemöglichkeiten vorstellen, diskutieren und zeigen, wie sie in der Praxis (am Beispiel der Station 13) umgesetzt werden können.

Darüber hinaus möchte ich in dieser Bachelorarbeit die Rolle und Möglichkeiten der Sozialen Arbeit und im Speziellen auch die der Klinischen Sozialarbeit in der Behandlung einer schizophrenen Psychose beleuchten, da ich der Ansicht bin, dass diese Professionen bei der Therapie einer schizophrenen Psychose von großer Bedeutung sein sollte und ist. Oftmals wird mit der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen nur organisatorische und administrative Tätigkeiten assoziiert. Dieser Umstand wird weder den breiten Handlungskompetenzen von SozialarbeiterInnen und noch weniger den psychosozialen Kompetenzen der Klinischen SozialarbeiterInnen gerecht.

Diese Fragestellung soll theoretisch erarbeitet werden, da es bereits ausführliche Literatur zum Thema Schizophrenie und Psychoedukation gibt, auf die ich mich stützen werde. Ziel dieser Arbeit soll sein, zwei Möglichkeiten der Therapie für das Störungsbild der Schizophrenie aufzuzeigen und zu klären, wie die Behandlung einer Schizophrenie effektiv gestaltet werden kann und welche Rolle die Soziale Arbeit dabei einnehmen kann und sollte.

Im folgenden Kapitel werde ich einen Überblick über das Krankheitsbild der schizophrenen Psychose geben. Dabei führe ich nicht nur rein medizinische Aspekte auf, sondern gehe auch auf subjektiv erlebte Folgen für die PatientInnen ein, um zu verdeutlichen, dass diese Erkrankung sich auf nahezu alle Bereiche des Lebens auswirken kann. Im dritten und vierten Kapitel soll die Psychoedukation und die Psychoedukationsgruppe ‚PEGASUS‘ detailliert vorgestellt werden. Anschließend werde ich den Therapieansatz des Integrierten Psychologischen Therapieprogramms und dessen Durchführung auf der Station 13 zusammengefasst darstellen. Im sechsten Kapitel wird die Klinische Sozialarbeit näher beleuchtet, wobei zunächst ein allgemeiner Überblick über die Fachsozialarbeit gegeben werden soll, ehe dann ein Exkurs zur historischen Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit (bis in die 70er Jahre) erfolgt. Im letzten Unterkapitel sollen dann die Chancen, für die Klinische Sozialarbeit aufgezeigt werden.

Im Diskussionsteil liegt der Fokus auf der Sozialen Arbeit, um einen deutlichen Praxisbezug herzustellen. Anfangs komme ich auf die Rolle der Sozialen Arbeit in einem Arbeitsfeld wie der Psychiatrie zu sprechen und gebe einen Kurzüberblick über die ‚unglückliche Liaison zwischen der Medizin und der Sozialen Arbeit‘. Im Anschluss daran erläutere ich, warum die Psychoedukation und das IPT so wichtig bei der

Therapie von schizophrenen Psychosen sind. Ehe ich dann zum Schlusswort komme, soll es im vorletzten Kapitel des Diskussionsteils um die Widerstände gegenüber der Klinischen Sozialarbeit gehen. Darüber hinaus soll die Bedeutung dieser Fachsozialarbeit für die Behandlung von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis verdeutlicht werden.

## 2. Theoretische Grundlagen des Krankheitsbildes: schizophrene Psychose

### 2.1 Allgemeines

Das Krankheitsbild der schizophrenen Psychose ist seit dem Altertum bekannt und wurde seither mit Begriffen wie ‚Verrücktheit‘, ‚Wahnsinn‘ oder ‚Geisteskrankheit‘ bezeichnet.

Schizophrene Psychosen gehören zur Hauptgruppe der endogenen Psychosen (vgl. Möller, Laux & Deister, 2005, S. 134). ‚Endogen‘ meint, dass die Ursachen für diese Erkrankung nicht bekannt sind und die Erkrankung nicht eindeutig auf organische Ursachen zurückzuführen ist.

In der Literatur verwenden die AutorInnen oftmals den Terminus ‚Schizophrenie‘. Die breite Bevölkerung steht dieser Erkrankung eher ratlos gegenüber, da viele Menschen mit dem Begriff ‚Schizophrenie‘ nichts anfangen können und in erster Linie an eine gespaltene Persönlichkeit denken. Letzteres ist dem unglücklichen Terminus von E. Kraepelin und später E. Bleuler geschuldet.

D. Arenz (2008) datiert die Geburt der Schizophrenie auf das Jahr 1893 (vgl. S. 78). In diesem Jahr grenzte der deutsche Nervenarzt Emil Kraepelin (\* 1856, †1926) „[...] schizophrenieartige Erkrankungen von anderen Gemüts- oder Geisteskrankheiten [...]“ (Hell, 2008, S. 11) ab, um das „[...] einheitlich ungünstig verlaufende Krankheitsfälle [...]“ (ebd.) unter dem Begriff ‚Dementia praecox‘ (übersetzt: ‚vorzeitige Verblödung‘) zusammenzufassen. Dieser Terminus beschreibt den frühen Beginn der Erkrankung und die Symptome der Denkstörungen im Wesentlichen und wurde sechs Jahre später zum Oberbegriff für die Hebephrenie (Jugendirresein), Katatonie (Spannungsirresein) und Dementia paranoides (phantastische Verrücktheit) (ebd., S. 79). E. Kraepelin sah die Dementia praecox als ein unweigerlich fortschreitendes Leiden an, so dass er Heilungsversuche oder präventive Maßnahmen für unsinnig hielt. Diese Ansicht führte zu einer therapeutischen Einstellung, die als therapeutischen Nihilismus bezeichnet wurde (vgl. Hell, 2008, S. 84).

Der schweizer Psychiater Eugen Bleuler (\*1857; †1939) ging davon aus, dass die schizophrene Psychose keine „Dementia praecox“ (welche einen vorzeitigen Verlust des Verstandes, der Denk- oder Wahrnehmungsfähigkeit und den Verlust der Intelligenz inkludiert) bewirkt. Folglich prägte er 1911 den Terminus ‚Schizophrenie‘, der sich aus

den altgriechischen Begriffen σχίζειν s'chizein „abspalten“ und φρήν phrēn „Seele, Zwerchfell“ zusammensetzt. E. Bleuler korrigierte auf Grund seiner klinischen Erfahrung das Konzept von E. Kraepelin in einigen Punkten und widerlegte die Annahme, dass eine Schizophrenie demente Anteile hat. Weiterhin ergänzte er Kraepelins Einteilung durch die ‚Schizophrenia simplex‘ und sprach von der Gruppe der Schizophrenien (vgl. Arenz, 2008, S. 80). Hinsichtlich der Symptome und des Verlaufs nahm E. Bleuler einige Ergänzungen vor (vgl. Tölle, Windgassen, 2009, S. 190), die im Kapitel 2.2 verdeutlicht werden sollen.

K. Dörner u.a. (2002) heben hervor, dass sich eine Schizophrenie entwickeln kann, wenn ein Mensch keine alternativen Lösungswege für eine belastende Situation findet. Folglich charakterisieren sie schizophrenes Handeln als das Bemühen eines Menschen, eine Krise zu bewältigen (vgl. S. 151). E. Bleuler drückt es so aus:

„Nach unserem heutigen Wissen bedeutet Schizophrenie in den meisten Fällen die besondere Entwicklung, den besonderen Lebensweg eines Menschen unter besonders schwerwiegenden inneren und äußeren Bedingungen, welche Entwicklung einen Schwellenwert überschritten hat, nach welchem die Konfrontation der persönlichen inneren Welt mit der Realität und der Notwendigkeit zur Vereinheitlichung zu schwierig und zu schmerzhaft geworden ist und aufgegeben worden ist.“ (Dörner, 2010, S. 148)

In dem weltweit anerkanntesten Diagnoseklassifikationssystem der Krankheiten der WHO<sup>1</sup>, die „internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10<sup>2</sup>) wird diese Krankheit wie folgt definiert:

"Die schizophrenen Störungen sind im allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affektivität gekennzeichnet. Die Klarheit des Bewusstseins und die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt. Im Laufe der Zeit können sich jedoch gewisse kognitive Defizite entwickeln. Die Störung beeinträchtigt die Grundfunktionen, die dem normalen Menschen ein Gefühl von Individualität, Einzigartigkeit und Entscheidungsfreiheit geben. Die Betroffenen glauben oft, dass ihre innersten Gedanken, Gefühle und Handlungen anderen bekannt sind oder, dass andere

---

<sup>1</sup> Weltgesundheitsorganisation, in Engl.: World Health Organization, gegründet 1948

<sup>2</sup> zu engl.: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

daran teilhaben. Ein Erklärungswahn kann entstehen mit dem Inhalt, dass natürliche oder übernatürliche Kräfte tätig sind...Die Betroffenen können sich so als Schlüsselfigur allen Geschehens erleben. Besonders akustische Halluzinationen sind häufig... Farben und Geräusche können ungewöhnlich lebhaft oder in ihrer Qualität verändert wahrgenommen werden..." (Engels, 2010).

Wie aus der Beschreibung Bleulers und dem Definitionsversuch der WHO deutlich wird, ist die schizophrene Psychose ein Erscheinungsbild mit vielen Facetten. Zu den typischen Symptomen zählen der Wahn, Halluzinationen, Ich- Störungen, affektive und psychomotorische Störungen, formale Denkstörungen und ein verändertes Sozialverhalten (vgl. Naber, Lambert, 2004, S. 15).

Jede nachfolgende Psychiatriegeneration war versucht, die Symptomatik der Schizophrenie noch besser von anderen Krankheitsbildern abzugrenzen und die Symptomatik genauer zu definieren. Diese Versuche führten jedoch weniger zu neuen Befunden als vielmehr zu neuen Termini (vgl. Tölle, Windgassen, 2009, S. 190).

Aufgrund der Unwissenheit in der Öffentlichkeit über diese Erkrankung entstehen viele Vorurteile, die den Betroffenen und deren Angehörigen das Leben zum Teil sehr erschweren (vgl. Hell, 2008, S. 7ff.). Einige Menschen behaupten, Schizophrenie sei nicht heilbar; andere sagen, sie sei lediglich eine Erfindung der Psychiatrie (vgl. Finzen, 2004, S. 31). Aus diesem Grund ist es in der Behandlung von schizophren erkrankten Menschen und auch im Umgang mit deren Angehörigen wichtig eine gemeinsame Sprache zu verwenden. So hat sich der Terminus ‚Psychosen aus dem schizophrenen Formkreis‘ als am besten akzeptiert erwiesen. Im Behandlungsalltag ist hingegen oft nur noch von ‚(schizophrenen) Psychosen‘ die Rede. Psychosen werden definiert als

„[...] psychische Erkrankungen, bei denen hauptsächlich psychotische Symptome auftreten und deren Ausgestaltung, abhängig vom Lebenskontext des Betroffenen, verschiedene Formen annehmen kann. Psychotische Symptome sind zum Beispiel akustische oder optische Halluzinationen, Wahnvorstellungen oder Veränderungen des Denkens.“ (Lambert, Kammerahl, 2008, S. 1). Durch das Anwenden des ICD-10 und auch das Hinzuziehen des DSM-IV haben PsychiaterInnen und andere TherapeutInnen lange den Begriff ‚schizophrene Störung‘ verwendet, allerdings sollte dieser im Umgang mit diesem Klientel vermieden werden, „da zumindest im deutschen

Sprachraum die wörtliche Übersetzung von ‚disorder‘ sehr unglücklich wirkt.“ (Bäumel, 2005). So können es die Betroffenen eher akzeptieren ‚erkrankt‘ zu sein als ‚gestört‘.

„Es gibt nur wenige Erkrankungen, die im umgangssprachlichen Gebrauch mit einer so negativen Reputation versehen sind und die so treffend die Stigmatisierung psychiatrischer Erkrankungen repräsentieren wie die Schizophrenie.“ (Falkai, 2003, Vorwort).

## ***2.2 Symptomatik und Erscheinungsbild von damals bis heute***

Die Symptomatik der schizophrenen Psychose ist vielgestaltig und heterogen, so dass einer Differenzierung der komplexen Symptomatik für die Diagnose eine weitreichende Bedeutung zukommt. Die längste Tradition hat die an einer klinischen Symptomatik orientierte Unterteilung in verschiedene Subtypen (vgl. DGPPN 2006), die in Kapitel 2.4 ausführlich erörtert wird. Bei diesem Störungsbild gibt es nicht „das eine“ Symptom<sup>3</sup>, das alle Betroffenen kennzeichnet und folglich eindeutig auf das Bestehen einer Schizophrenie hinweist (Naber, Lambert, 2004, S. 15). Auch der Wahn und die Halluzination, die im Volksmund als schizophrenietypisch gelten und bei ca. 90% der Betroffenen auftreten (vgl. Schmauß, 2006, S. 48), lassen keine eindeutigen diagnostischen Schlussfolgerungen zu (vgl. Möller, Laux & Deister, 2005, S. 141), da es auch Schizophrenien gibt, die diese beiden Symptome nicht aufweisen. Weiterhin ist auch zu bedenken, dass Symptome wie Wahn und Halluzinationen ebenfalls bei anderen Erkrankungen, wie z.B. somatisch bedingte Psychosen oder Affekterkrankungen, auftreten können.

Folglich kann gesagt werden, dass spezifisch für eine schizophrene Psychose nicht ein einziges Symptom ist, sondern vielmehr ein generelles psychotisches Erleben, das sich in einer weitreichenden Veränderung des Erlebens und Verhaltens äußert (vgl. Hell, 2008, S. 31). Allerdings werden in der Fachliteratur folgende Symptome als spezifische Symptome der Schizophrenie deklariert:

---

<sup>3</sup> „Erlebnisse, die Bedeutung im Zusammenhang mit einer Erkrankung haben, werden als Symptom bezeichnet. Symptome sind die Zeichen einer Erkrankung.“ (Klingberg, Mayenberger, Blaumann 2005: S. 15)

- formale Denkstörungen (Denkbeschleunigung/ -hemmung/ -zerfahrenheit<sup>4</sup>/ Gedankenabreißen/ -drängen)
- Wahn<sup>5</sup>
- Sinnestäuschung<sup>6</sup>
- Ich-Störung<sup>7</sup>

Je nach Vorherrschen eines Symptoms wird die Störung näher gekennzeichnet (vgl. Naber, Lambert, 2004, S. 15), worauf in Kapitel 2.4 näher eingegangen werden soll.

E. Bleuler unterteilte die schizophreientypischen Symptome in Grundsymptome<sup>8</sup> und akzessorische Symptome<sup>9</sup>. Er ging davon aus, dass die Grundsymptome ab einem gewissen Ausprägungsgrad der Störung immer auftreten, während die akzessorischen Symptome nur gelegentlich und auch bei anderen Erkrankungen erscheinen. In der Folgezeit erweiterte er Kraepelins Konzept durch eine zusätzliche Einteilung in Primär-<sup>10</sup> und Sekundärsymptome<sup>11</sup> (vgl. Arenz, 2008, S. 86), welche allerdings heute weniger gebräuchlich erscheint und daher an dieser Stelle nicht vertieft werden soll. Da E. Bleuler davon ausging, dass es keine gleichförmige Ursache für dieses Krankheitsbild gibt, zog er dem Begriff ‚Gruppe der Schizophrenien‘ dem Singular vor. Später definiert der deutsche Psychiater, Kurt Schneider (\*1887, †1967) dann die Symptome ersten<sup>12</sup> und zweiten Ranges<sup>13</sup>. Diese Unterteilung stellte den ersten Versuch der Operationalisierung der Diagnostik dar (vgl. Möller, Laux & Deister, 2005, S. 134). Das

---

<sup>4</sup> gekennzeichnet durch sprunghaften Gedankenablauf, ohne verständlichen Zusammenhang, Denkinhalte, die nicht zusammengehören werden aneinandergereiht; bei schweren Formen kann Satzbau betroffen sein „Schizophasie“ und ein Wortsalat entsteht (vgl. Naber, Lambert, 2004, S.15)

<sup>5</sup> „Wahn wird als eine krankhafte Fehlbeurteilung der Realität, die erfahrungsunabhängig auftritt und an der mit subjektiver Gewissheit festgehalten wird, definiert.“ (Schmauß, 2006, S.48)

<sup>6</sup> „Unter dem Begriff Sinnestäuschung, einer Störung der Wahrnehmung, werden die Phänomene Illusionen, Halluzinationen und Pseudohalluzinationen zusammengefasst. Die Personen nehmen etwas, was nicht oder nicht in der wahrgenommenen Form vorhanden ist, als sicher vorhanden wahr.“ (Naber, Lambert, 2004, S.17)

<sup>7</sup> „Unter Ich-Störungen werden Störungen verstanden, bei denen die Ichhaftigkeit des Erlebens verändert wird oder bei denen die Grenze zwischen dem Ich und der Umwelt durchlässig erscheint.“

(Möller, Laux & Deister, 2005, S.144); Gefühl, dass bestimmte Handlungen von außen gemacht/ gelenkt oder beeinflusst werden

<sup>8</sup> dazu zählten u.a.: Störungen der Assoziation (des Gedankenganges); Störungen der Affektivität, Ambivalenz, Autismus, Störungen des Willens und des Handelns (vgl. Schmauß, 2006, S. 42f.)

<sup>9</sup> dazu zählten u.a.: Halluzinationen, Wahnideen, funktionelle Gedächtnisstörungen, katatone Symptome, Störungen der Schrift und Sprache (ebd.)

<sup>10</sup> Symptome, die direkte Folge des Krankheitsprozesses darstellen z.B. Dispositionen zu Halluzinationen, Lockerung der Assoziationen (ebd.)

<sup>11</sup> psychische Veränderungen infolge von Primärsymptomen, z.B. Zerfahrenheit, Störungen des Gedächtnisses (ebd.)

<sup>12</sup> Symptome 1. Ranges waren u.a.: Gedankenlautwerden, Halluzinationen, leibliche Beeinflussungserlebnisse, Gedankenentzug und –ausbreitung, Wahnwahrnehmungen (vgl. Schmauß, 2006, S. 44)

<sup>13</sup> Symptome 2. Ranges waren: alle übrigen Sinnestäuschungen, Wahneinfälle, Ratlosigkeit, depressive und frohe Verstimmungen, erlebte Gefühlsverarmung (ebd.)



Vorkommen eines Symptomes 1. Ranges ohne entsprechende körperliche Grunderkrankung erlaubte zu dieser Zeit die Diagnose: Schizophrenie.

In den 1970iger Jahren kam es dann zu einer Neuaufteilung der Symptomatik in eine Plus- und eine Minussymptomatik (auch Positiv-/ Negativsymptomatik genannt), wobei diese bis heute nicht eindeutig definiert worden sind. Hierbei lassen sich Bleulers akzessorischen Symptome der Positivsymptomatik im Sinne des Hinzukommens und die Grundstörungen als Negativsymptome im Sinne des Wegfallens zuordnen (vgl. Wienberg, Schünemann-Wurmthaler & Sibum, 2003, S. 31). „In einer Prüfung an 232 ersterkrankten schizophrenen Patienten konnten Löffler und Häfner (1999) bestätigen, dass dieses Modell [...] Gültigkeit besitzt.“ (Lambert, Naber, 2004, S. 20).

Eine Plussymptomatik<sup>14</sup> kann nur gemeinsam mit einer Negativsymptomatik<sup>15</sup> einhergehen. Negative Symptome sind unspezifisch, da sie auch bei Anorexien, Persönlichkeitsstörungen, Angst- und Zwangserkrankungen, Depressionen, organischen Psychosyndromen etc. auftreten können, was eine eindeutige Diagnose erschwert. Weiterhin sprechen sie schlecht auf eine Pharmakotherapie an und „sind nicht immer reversibel, häufig ein ungünstiger Verlaufsprädiktor und können zur negativen Beeinflussung beruflicher und sozialer Möglichkeiten führen“ (Schmauß, 2006, S. 44). Das häufig wahrgenommene Vorherrschen der Negativsymptome nach einer Akutphase tritt teilweise nur scheinbar in den Vordergrund, da die Positivsymptome in den akuten Phasen die Negativen überdecken können (ebd.).

Negative Symptome lassen sich nur durch eine genaue Exploration, eine Beobachtung des Verhaltens, ein sorgfältiges Studium der biografischen, beruflichen und sozialen Entwicklung des Betroffenen sowie eine Erhebung einer ausführlichen Fremdanamnese eruieren. Das liegt auch daran, dass sie meist schon Jahre vor dem eigentlichen Ausbruch der Psychose auftreten (vgl. Klingberg, Mayenberger & Blaumann, 2005, S. 15).

Eine generelle Trennung in zwei unterschiedliche Krankheitsformen entsprechend der jeweilig vorherrschenden Symptomatik erscheint nicht sinnvoll, da bei den Betroffenen

---

<sup>14</sup> Erscheinungen von Erlebnis-, Verhaltens- und Ausdrucksweisen, die unter normalen Umständen nicht auftreten, z.B. Wahnsymptomatik, halluzinatorische Erlebnisse, psychotische Ich-Störungen, ausgeprägt desorganisiertes Verhalten (ebd.)

<sup>15</sup> Erscheinungen, die auf beeinträchtigte, reduzierte oder defizitäre psychische Funktionen zurückzuführen sind, wie z. B. Funktionen des Denkens, der Affektivität, des Antriebes, des Willens etc. (vgl. Schmauß, 2006, S. 44)

i. d. R. ein Wechsel der Krankheitsepisoden bzw. ein Syndromwechsel der Krankheits-episoden stattfindet. Betroffene, die im Gesamtverlauf nur einen Episodentyp zeigen, z. B. in dem sie nur positive Symptome haben, gelten als Rarität.

In seinen Ausführungen hebt M. Schmauß (2006) mehrfach hervor, dass Negativsymptome durch eine akut auftretende, intensive und im Vordergrund stehende Positivsymptomatik verdeckt werden können. Im Umkehrschluss können Positivsymptome aber auch durch schwerste Apathie, Sprachverarmung und sozialen Rückzug oftmals nicht zum Ausdruck gebracht werden (vgl. Schmauß, 2006, S. 46).

### ***2.3 Diagnose***

In der psychiatrischen Praxis werden schizophrene Psychosen nach den Kriterien des von der WHO definierten Klassifikationssystems „International classification of disease“, dem ICD-10, oder nach dem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases, Fourth Edition“, DSM-IV, der Amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie diagnostiziert (vgl. Hell, 2008, S. 43; Naber, Lambert, 2004, S. 22). Beide Systeme haben nahezu identische Definitionsmerkmale für dieses Krankheitsbild in einem Kriterien-Katalog festgelegt. Ein bedeutender Unterschied zwischen dem ICD-10 und dem DSM-IV besteht allerdings in der zeitlichen Dimension, welche in der Geschichte der Diagnosestellung keine Relevanz hatte. Während in den ICD-10 Kriterien die schizophrenen Symptome länger als einen Monat vorliegen müssen, um eine adäquate Diagnose zu stellen, müssen diese Symptome nach den DSM-IV Kriterien mindestens sechs Monate andauern. Weiterhin führt das DSM-IV in seinem Kriterienkatalog auch die Verschlechterung der sozialen Adaption mit auf.

Die ICD-10 sieht für die Diagnose einer Schizophrenie die folgenden Symptome vor:

- Dauer: fast ständig während eines Monats oder länger (ohne nachweisbare organische Ursache)
- Verlauf: kontinuierlich oder episodisch  
vollständige oder unvollständige Remission  
stabiles oder zunehmendes Defizit
- Kontroll- und Beeinflussungswahn, Wahnwahrnehmung
- Halluzinationen

- Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenabreissen, Zerfahrenheit, Beeinflussungserlebnisse
- Katatone Symptome
- Negativsymptomatik

Dieses sind besonders typische Schizophreniesymptome, welche nach dem ICD-10 im europäischen Raum die allgemeine Diagnose einer Schizophrenie F20 erlauben (vgl. Roder, Brenner & Kienzle, 2002, S. 3ff; vgl. Möller, Laux & Deister, 2005, S. 149). In den USA kommen die Kriterien des DSM-IV zur Anwendung (vgl. Hell, 2008, S. 42), auf die hier nicht näher eingegangen werden soll. Bei einem Verdacht auf eine schizophrene Psychose kommt es zu einer ausführlichen Untersuchung, welche eine genaue Anamnese, sorgfältige Exploration der Symptomatik, eine körperliche Untersuchung sowie laborchemische und apparative Diagnostik einschließt. Eine differenzialdiagnostische Abgrenzung von körperlich begründeten Psychosen ist wichtig.

„Die Diagnose darf trotz Vorliegen des typischen psychopathologischen Erscheinungsbildes nicht gestellt werden, wenn Anhaltspunkte für eine Hirnerkrankung oder für eine das Gehirn affizierende Allgemeinerkrankung vorliegen.“ (Möller, Laux & Deister, 2005, S. 149).

Weiterhin verweisen die Autoren und Autorinnen darauf, dass, wenn kein Vollbild der Symptomatik einer schizophrenen Psychose vorliegen sollte, sonstige Wahn-erkrankungen bzw. Persönlichkeitsstörungen vom schizotypischen, schizoiden, paranoiden oder Borderline-Typ in Betracht kämen (vgl. Möller, Laux & Deister, 2005, S. 149).

### ***2.4 Formen der schizophrenen Psychose***

Wie bereits in Kapitel 2.2 deutlich wurde, zeigt das Störungsbild der (akuten) schizophrenen Psychose eine Vielzahl von individuell unterschiedlich geprägten Symptomen. Dieses heterogene Störungsbild führte zu einer Differenzierung verschiedener Untergruppen (vgl. Rahn, Mahnkopf, 2005, S. 282), welche auch Prägnanzgruppen genannt werden (vgl. Naber, Lambert, 2004, S. 22). Diese Untergruppen stellen keine eigenen Krankheitsbilder dar, sondern beschreiben vielmehr

die im Vordergrund stehende Symptomatik. Die ICD-10 unterscheidet im Abschnitt F20 verschiedene Formen der Schizophrenie, die da lauten:

- Paranoide Schizophrenie (F20.0),
- Hebephrene Schizophrenie (F20.1),
- Katatone Schizophrenie (F20.2);
- Undifferenzierte Schizophrenie (F20.3),
- Postschizophrene Depression (F20.4)<sup>16</sup>,
- Schizophrenes Residuum (F20.5) und
- Schizophrenia simplex (F20.6).

Das DSM-IV unterscheidet folgende Untergruppen:

- Paranoider Typ (295.30)
- Desorganisierter Typ (295.10)
- Katatoner Typ (295.20)
- Undifferenzierter Typ (295.90)
- Residualer Typ (295.60)

H.-J. Möller u.a. (2005) weisen darauf hin, dass trotz der gleichen Begriffe, die Definitionen in den Klassifikationssystemen (z.B. paranoide Schizophrenie (ICD-10) und paranoider Typus (DSM-IV); undifferenzierte Schizophrenie (ICD-10) und undifferenzierter Typ (DSM-IV)) unterschiedlich sind (vgl. S. 147 Abb. 4.26). D. Naber und M. Lambert (2004) unterstreichen, dass die Untertypen paranoide, hebephrene und katatone Schizophrenie auf E. Kraepelin zurückgehen und auch E. Bleulers ‚Schizophrenie simplex‘ in die ICD-10 übernommen worden ist. Letztere sollte auf Grund „[...] der schwierigen Abgrenzung von prodromalen oder residualen Syndromen mit Vorsicht diagnostiziert“ (Naber, Lambert 2004. S. 25) werden.

Die genannten Unterformen stellen allerdings nur Idealtypen dar, die in der Regel selten in reiner Form auftreten. Weiterhin können die Prägnanzgruppen auch nicht als eigene Krankheitseinheiten gesehen werden, da die besonderen syndromatischen Ausprägungen mitunter ineinander übergehen können. Die Diagnose eines Subtypus

---

<sup>16</sup> „Eine unter Umständen länger anhaltende depressive Episode, die im Anschluss an eine schizophrene Krankheit auftritt. Einige "positive" oder "negative" schizophrene Symptome müssen noch vorhanden sein, beherrschen aber das klinische Bild nicht mehr. Diese depressiven Zustände sind mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden. Wenn der Patient keine schizophrenen Symptome mehr aufweist, sollte eine depressive Episode diagnostiziert werden (F32.-).“ (Krollner, Krollner, 2010)

sollte sich auf ein jeweils vorherrschendes Zustandsbild stützen, welches Anlass für eine Untersuchung oder die Einweisung in die klinische Behandlung gab (vgl. Möller, Laux& Deister, 2005, S. 147).

Die paranoide Schizophrenie wird nach dem ICD-10 mit ‚F20.0‘ verschlüsselt und stellt eine der häufigsten Form der schizophrenen Psychose dar (vgl. Nabler, Lambert, 2004, S. 25). Bei dieser Unterform stehen paranoide und halluzinatorische Erlebnisse im Vordergrund (vgl. Wienberg, Schünemann-Wurmthaler& Sibum, 2003, S. 5). Die Kohärenz von Gedanken und Affekten bleibt in der Regel unbeeinträchtigt (vgl. Rahn, Mahnkopf, 2005, S. 282). Den Betroffenen ist ein zielgerichtetes Handeln häufig noch möglich, wobei der Grad der Strukturierung insgesamt relativ hoch ist.

Bei der hebephrenen Schizophrenie ist der Grad der Strukturierung im Gegensatz zur paranoiden Schizophrenie gering. Diese Form der Schizophrenie zeigt sich häufig im Jugendalter und äußert sich vordergründig durch affektive Störungen im Sinne einer „läppischen Grundstimmung, leerer Heiterkeit oder Gleichgültigkeit“ (Möller, Laux& Deister, 2005, S. 147). Die affektiven Störungen sind in der Regel verbunden mit formalen Denkstörungen und einem „insgesamt unberechenbaren, flapsigen, oft enthemmten Sozialverhalten“ (ebd.). Es gelingt den Betroffenen nicht, ihr Handeln, Denken und Fühlen intentional abzustimmen. Durch das entstehende Chaos wirken die Betroffenen häufig besonders krank (vgl. Rahn, Mahnkopf, 2005, S. 282), so dass diese Form der Schizophrenie häufig auch als desorganisierter Typ bezeichnet wird.

Die katatonen Schizophrenie stellt einen seltenen Subtyp dar, der durch eine katatone Symptomatik gekennzeichnet ist. Psychomotorische Störungen<sup>17</sup> schwanken zwischen extremer Hyperkinese und Stupor (vgl. Bondy, 2003, S. 37f.). Die jeweilige Bewegungsstörung kann über einen längeren Zeitraum anhalten. Auffällig bei den psychomotorischen Störungen sind eine Verlangsamung des gesamten Bewegungsablaufes, sowie unkoordiniert wirkende Bewegungen und eine gewisse Ungeschicklichkeit (vgl. Bondy, 2003, S. 37f.). Strukturiertes Denken ist bei dieser Unterform zwar erhalten, doch gelingt die Strukturierung des Handlungsentwurfes den Patienten und Patientinnen nicht immer. Typisch für diesen Subtyp sind weiterhin deutliche Handlungs- und Bewegungstereotypen (vgl. Rahn, Mahnkopf, 2005, S. 282). R. Tölle und K. Windgassen (2009) nennen die Katalepsie, als zusätzliches katatonisches

---

<sup>17</sup> meint Störungen der Motorik und des Antriebes das Erscheinungsbild

Symptom (vgl. S. 199f.), welches auch in Form von psychomotorischer Unruhe und Erregung, katatonen Hyperkinesien (rhythmische Bewegungsabläufe) und die Befehlsautonomie auftreten kann.

Katalepsie meint einen Zustand, in dem Körperteile in beliebige Stellungen gebracht werden können und dort verharren und die *Flexibilitas cerea* (wächserne Biegsamkeit), in der die Extremitäten mit ausgesprochen zähem Widerstand auf passive Bewegungen reagieren. Bei der Befehlsautonomie führen die Betroffenen willen- und kritiklos alle Befehle aus, die ihnen erteilt werden (ebd.). H.-J. Möller u. a. (2005) heben in ihren Ausführungen hervor, dass die Möglichkeit einer lebensbedrohlichen (perniziösen<sup>18</sup>) Katatonie, meist im Stupor, Hyperthermie und anderen vegetativen Entgleisungen, die auch zum Tode führen können, diesen Erkrankungstyp medizinisch besonders risikoreich machen (S. 147f.).

Für das Auftreten katatoner Symptome im Rahmen einer schizophrenen Erkrankung haben die Mediziner R. Tölle und K. Windgassen (2009) eine psychodynamische Erklärung:

„Psychodynamisch können die katatonen Symptome als Ausdruck der schwersten psychotischen Bedrohung des Ich bei Unmöglichkeit einer Abwehr interpretiert werden, insbesondere die Panik der Erregung des Stupors.“ (Tölle, Windgassen, 2009, S. 200). Einige Bewegungen dienen in der Eigenbestimmung des kranken Menschen dazu, sich seiner selbst zu vergewissern. Als Beispiel nennen die Autoren, dass Betroffene mit dem Kopf gegen eine Wand schlagen (ebd.).

Ein schizophrenes Residuum bzw. der Residualtyp wird diagnostiziert, wenn die Negativsymptome noch lange Zeit nach Abklingen der Positivsymptome bestehen bleiben. Der Terminus schizophrenes Residuum bezeichnet demnach ein chronisches Stadium im Schizophrenieverlauf. Kennzeichnend für diesen Subtyp ist eine Persönlichkeitsänderung (unterschiedlichen Ausmaßes), welche sich anfangs in Form einer Leistungs- und Kontaktschwäche, einer affektive Nivellierung, Konzentrationsstörungen, depressiven Verstimmungen und einer Neigung zu hypochondrischen Beschwerden zeigen kann. Bei schweren Residualzuständen ist eine ausgeprägte Einengung der Interessen, ein autistischer Rückzug von Sozialkontakten, eine massive Antriebs- und Interesselosigkeit, eine erhebliche affektive Verarmung

---

<sup>18</sup> schädlich

sowie eine schwere Vernachlässigung der Körperpflege zu beobachten (vgl. Möller, Laux & Deister, 2005, S. 147).

„Diese in der Regel chronisch bestehende Negativsymptomatik ist charakteristisch für das ‚reine Residuum‘ [...]. Wenn neben der Negativsymptomatik auch noch chronisch persistierende, in der Regel mäßig ausgeprägte Positivsymptomatik besteht, spricht man von einem ‚gemischten Residuum‘.“ (ebd., S. 147f.).

Das schizophrene Residuum entwickelt sich zur Schizophrenia simplex weiter, wenn sich die Symptome kontinuierlich über ein Jahr entwickeln, ohne dass eine vorangehende akut psychotische Krise im Sinne der paranoiden, hebephrenen oder katatonen Schizophrenie besteht (vgl. Wienberg, Schünemann-Wurmthaler & Sibum, 2003, S. 7). Die Schizophrenia simplex ist im Vergleich zu den anderen Subtypen eine symptomarme Form und tritt äußerst selten auf (vgl. Möller, Laux & Deister, 2005, S. 148). Sie verläuft langsam progredient und wird von den Betroffenen und seiner/ ihrer Umwelt zunächst gar nicht bemerkt, so dass R. Tölle und K. Windgassen (2009) in diesem Zusammenhang auf die Gefahr der geringen therapeutischen Beeinflussung hinweisen (S. 205).

Die Abgrenzung der Schizophrenie simplex von anderen Krankheiten etc. ist schwierig, da hier viele Überschneidungen mit dem Konzept der seelischen Behinderung und Ähnlichkeiten mit Endzuständen vieler anderer seelischer und neurologischer Erkrankungen bestehen (ebd. S. 282).

## ***2.5 Epidemiologie***

Die Epidemiologie hat sich mit der schizophrenen Psychose länger beschäftigt, als mit jeder anderen psychischen Krankheit. Zum Durchbruch kam es durch eine Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation in zehn verschiedenen Ländern. In all diesen Ländern wurden einheitliche Kriterien für die Schizophrenie-Diagnose definiert. (vgl. Bondy, 2003, S. 70f.). Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigten, dass die Lebenszeitprävalenz, d.h. das Risiko im Laufe des Lebens mindestens einmal an einer schizophrenen Psychose zu erkranken, annähernd gleich war.

„Damit wurde offensichtlich, dass die bis dahin gefundenen Unterschiede keine kulturelle oder genetische Basis haben, sondern auf unzureichende Methoden in der

Erhebung zurückzuführen sind.“ (Bondy, 2003, S. 72). Die Häufigkeit im Auftreten von Positivsymptomen<sup>19</sup> und Negativsymptomen waren in allen Regionen gleich verteilt. Es konnte auch kein Unterschied zwischen Entwicklungs- und Industrieländern festgestellt werden, was zur Folge hat, dass die Kernsymptome der Schizophrenie „unabhängig von kulturellen Gegebenheiten und Lebensumständen“ (Bondy, 2003, S. 72) sind.

D. Hell (2008) äußert, dass die Lebenszeitprävalenz weltweit bei ca. 0,7% liegt (vgl. S. 53). In Deutschland liege die Lebenszeitprävalenz zwischen 0,5 und 1%, so dass ca. 400.000 bis 800.000 BundesbürgerInnen einmal in ihrem Leben an einer schizophrenen Psychose erkranken. Die Jahresinzidenz in Deutschland liegt bei derzeit bei 0,01 – 0,02%. Demnach kommen pro Jahr ca. 15 bis 20 Neuerkrankungen auf 100 000 EinwohnerInnen (vgl. Klosterkötter, 2008, S. 363).

K. C. Mayer (2009) gibt in seinen Ausführungen an, dass derzeit weltweit ca. 45 Millionen Menschen an einer schizophrenen Psychose erkrankt sind. Damit rangiert dieses Erkrankungsbild neben der Depression, dem Alkoholismus und der Epilepsie unter den häufigsten schwerwiegenden Krankheiten der Welt (vgl. Roder, Brenner & Kienzle, 2002, S. 15).

J. Klosterkötter (2006) unterstreicht in seinen Ausführungen vor allem die Gefahr der schizophrenen Psychose. Während von den meisten körperlichen Leiden eher ältere Menschen bedroht sind, bedroht die schizophrene Psychose gerade Jugendliche und junge Menschen und führt am fünfthäufigsten zu einer dauerhaften Behinderung, was auch dazu führt, dass sie „zu den zehn kostenintensivsten [aufgrund der indirekten Folgekosten] Erkrankungen weltweit“ (Falkai, 2003, S. 11) gehört<sup>20</sup>.

Die früheste Form der Schizophrenie wurde bei sieben bis neunjährigen Kindern diagnostiziert. Wenn bei Kindern „zwischen dem 7. und 9. Lebensjahr psychotische Symptome auftraten, zeigten sich im Vorfeld vor allem autistische (also dem Autismus ähnliche) Verhaltensweisen mit Auffälligkeiten der Sprache und einem Mangel an sozialer Responsivität.“ (Faust, S.12). Bei noch jüngeren Kindern wird die Diagnose einer Schizophrenie nicht gestellt, da die schizophrenen Symptome des Denkens, der Sprache, der Wahrnehmung und der Affekte eine vorherige Differenzierung dieser

---

<sup>19</sup> Wobei die Inhalte der Wahnstörungen von der Zeit und dem Kulturkreis, in denen der/ die Betroffene lebt, der Mythologie und der politischen Situation, die den Menschen umgibt beeinflusst werden (vgl. Dörner 2004: S. 171).

<sup>20</sup> „Nach den Suchterkrankungen ist sie die kostenintensivste psychische Erkrankung überhaupt.“ (Falkai, 2003, S. 14)



Fähigkeiten voraussetzen, die erst im Schulalter erreicht wird (vgl. Tölle, Windgassen, 2009, S. 205).

D. Hell (2008) berichtet, dass das Erkrankungsrisiko ab dem 30. Lebensjahr abnimmt. Beim Alter der Ersterkrankung konnte ein geschlechtsspezifischer Unterschied beobachtet werden. Während Männer vermehrt zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr erkranken, erkranken Frauen gehäuft zwischen dem 20. und 29. Lebensjahr und später noch einmal zwischen dem 45. und 49. Lebensjahr (sog. Spätschizophrenie<sup>21</sup>). Für diesen geschlechtsspezifischen Unterschied gibt es bislang keine gesicherte Erklärung. Auffallend ist, dass schizophrene Menschen öfter schizophrene Mütter, als Väter haben. Dies könnte dem „späten“ Erkrankungsalter der Frau geschuldet sein (S. 54; vgl. Rahn, Mahnkopf, 2005, S. 273f.).

Bezüglich der Erstmanifestation kann auch zwischen der hebephrenen und paranoiden Schizophrenie differenziert werden. Während die hebephrene Form meistens im Jugendalter ausbricht, manifestiert sich die paranoide Schizophrenie häufig erst im vierten Lebensjahrzehnt (vgl. Roder, Brenner, Kienzle, 2002, S. 15).

B. Bondy (2003) verweist in ihren Ausführungen auf eine Studie der Arbeitsgruppe um den deutschen Psychiater Heinz Häfner. Die Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass 56% der Männer und 35% der Frauen ihre Arbeit nach Beginn der Erkrankung verlieren (und zwar noch bevor sie in eine psychiatrische Klinik aufgenommen werden). 64% der Männer und 47% der Frauen verlieren ihre(n) PartnerIn (vgl. S. 74).

## ***2.6 Entstehungsmodelle/ Erklärungsansätze***

### *2.6.1 Vers. Hypothesen*

D. Hell (2008) trifft es in seinen Ausführungen auf den Punkt, wenn er sagt, dass die Suche nach der Ursache von Schizophrenien gegenwärtig zu den größten Herausforderungen der Psychiatrie gehört (vgl. S. 59). Was nicht zuletzt auch an der Krankheit selbst liegt. E. Bleuler sprach bereits von der ‚Gruppe der Schizophrenien‘, in der er alle Krankheiten zusammenfasste, die sich im klinischen Bild ähnlich waren. Auch heute ist nicht bekannt, ob die verschiedenen Krankheitsbilder, die als

---

<sup>21</sup> „Beim Absinken der Konzentration an Östrogen in der Menopause würden die Frauen dann wieder empfindlicher, die Schwelle sinkt. Das könnte das Auftreten der Spätschizophrenie erklären.“ (Bondy, 2003, S. 77)

schizophrene Psychose bezeichnet werden eine gemeinsame Ursache haben (vgl. Bondy, 2003, S. 97) oder nicht.

Folglich sind im Laufe der Zeit eine Vielzahl von Theorien und Hypothesen über die Bedingungsfaktoren einer schizophrenen Psychose formuliert worden (vgl. Lambert, Kammerahl, 2008, S. 4). Bislang konnte allerdings keine spezifische Störung gefunden werden, die für schizophrene Erkrankungen verantwortlich gemacht werden kann (vgl. Hell, 2008, S. 60; vgl. Bondy, 2003, S. 88).

Ergebnisse von Familien-, Zwillings- und Adoptivstudien belegen, dass schizophrene Psychosen familiär gehäuft auftreten, was für die Bedeutung genetischer Faktoren spricht. Die Familienstudien zeigten, dass die Wahrscheinlichkeit an Schizophrenie zu erkranken gekoppelt mit dem Verwandtschaftsgrad zu sein scheint, da Verwandte 1. Grades eine höhere Wahrscheinlichkeit aufzeigen, als Verwandte 2. Grades (z.B. Tante/Onkel). Im statistischen Durchschnitt haben die Kinder eines schizophrenen Elternteils ein Erkrankungsrisiko von 12,9 %. Sind beide Elternteile an Schizophrenie erkrankt liegt das Erkrankungsrisiko des Kindes/ der Kinder schon bei 46,3%. Ist der Onkel oder die Tante eines Kindes an einer schizophrenen Psychose erkrankt liegt das Erkrankungsrisiko bei 4,2% (vgl. Hell, 2008, S. 62). Diese Zahlen zeigen zwar eine familiäre Häufung von schizophreniekranken Menschen, allerdings zeigen sie nicht, ob dabei erbbedingte oder umgebungsbedingte Faktoren eine Rolle spielen. Zudem muss erwähnt werden, dass 60% der Betroffenen keinen Verwandten 1. oder 2. Grades haben, der/ die ebenfalls eine schizophrene Psychose erkrankt ist. Folglich können reine Erbfaktoren keine hinreichende Erklärung für die Entstehung einer Schizophrenie sein (ebd., S. 62).

Die Ergebnisse der Zwillingsstudien<sup>22</sup> lassen dieselbe Schlussfolgerung zu:

„[...] ältere Studien (z.B. Gottesman u. Shields 1972) wie auch Studien neueren Datums (z.B. Cardno et al. 1999) fanden eine deutlich höhere Übereinstimmung bei eineiigen (ca. 42%) als bei zweieiigen (ca. 4%) Zwillingen. Weil aber auch eineiige Zwillinge in weniger als der Hälfte der Fälle gemeinsam erkranken, ist die schon bei den Familienstudien erwähnte Schlussfolgerung zu ziehen, dass eine rein genetische Ursache für Schizophrenien nicht in Frage kommt.“ (Hell, 2008, S. 63)

---

<sup>22</sup> „Unter der Annahme einer genetisch bedingten Ursache müssten eineiige Zwillinge wesentlich häufiger am gleichen Leiden erkranken als zweieiige, im wissenschaftlichen „Idealfal“ würde die „gleichsinnige“ Erkrankung (Konkordanzrate) 100% betragen, das bedeutet, beide haben dieselbe Krankheit.“ (Bondy, 2003, S. 95)

Im Zuge der Adoptionsstudien wurde untersucht wie hoch das Erkrankungsrisiko für Kinder schizophrener Eltern ist, wenn diese zur Adoption freigegeben worden sind im Vergleich zu adoptierten Kindern die keine biologischen Eltern mit einer schizophrenen Erkrankung haben. Die Ergebnisse zeigten, dass Adoptivkinder mit schizophrener Eltern ein erhöhtes Erkrankungsrisiko (10%) aufweisen. Hierbei muss allerdings beachtet werden, dass auch das Beziehungs- und Interaktionsverhältnis in der Adoptivfamilie einen nicht zu unterschätzenden Einfluss für das Auftreten schizophrener Erkrankungen hat.

Bis heute wurden noch keine identischen und lokalisierbaren genetischen Eigenschaften gefunden, die eine schizophrene Psychose verursachen könnten. Studien, die das gesamt menschliche Genom (Erbgut) untersuchen wollten, um in Frage kommende genetische Varianten der Schizophrenien zu identifizieren, scheiterten an der Vielzahl potenzieller Gene. Die genannten Studien weisen zwar auf eine genetische Komponente der schizophrenen Psychose hin, allerdings kann diese noch nicht näher charakterisiert werden (vgl. Hell, 2008, S. 64), da sie „keinen Hinweis auf Art der Vererbungen, wie sie in den Mendelschen Gesetzen formuliert worden[...]“ (Bondy, 2003, S. 95) geben.

Mit Hilfe von neuroanatomischen Untersuchungen durch bildgebende Verfahren konnte gezeigt werden, dass bestimmte pathologische Veränderungen des Gehirns bei Schizophrenen Patienten und Patientinnen vorliegen. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sprechen dafür, dass strukturelle Veränderungen des Gehirns eine Rolle bei der Entstehung einer Schizophrenie spielen können.

Eine weitere Hypothese, die sog. Dopaminhypothese besagt, dass eine Überfunktion der Dopaminrezeptoren im Gehirn eine schizophrene Psychose auslösen kann. Dies wurde durch die Droge Amphetamin entdeckt, welche die Konzentration des Dopamins im Gehirn erhöht und gleichzeitig schizophrenieähnliche Symptome (auch bei „gesunden“ Menschen) hervorrief. „So wurde die Dopaminhypothese vor nahezu 30 Jahren formuliert und postulierte eine Überaktivität des Dopamin-Systems als wesentliche Ursache der Schizophrenie.“ (ebd., S. 90f.). In der Folgezeit wurde mit allen zur Verfügung stehenden Methoden versucht, diese Hypothese zu bestätigen, was allerdings nur in einzelnen Untersuchungen gelungen ist.

Heute wird davon ausgegangen, dass Dopamin zumindest bei der Entstehung von Wahn, Halluzinationen und gesteigerter Erregbarkeit eine wichtige Rolle spielt.

Folglich ist es wichtig für die Entstehung mancher Symptome der schizophrenen Psychose, kann aber nicht generell mit ‚der Schizophrenie‘ in Beziehung gesetzt werden (ebd.).

Unbestritten ist, dass auch psychosoziale Einflüsse die Entstehung einer schizophrenen Psychose beeinflussen können. Hier werden besonders häufig Störungen der familiären Konstellationen, belastende Lebensereignisse und gestörte Persönlichkeitsentwicklungen genannt (vgl. Hell, 2007, S. 106f.). W. Schwarzer (2004) hebt hervor, dass diese belastenden Lebensereignisse als Stressoren wirken können, wobei sie unspezifisch sind und nicht zwangsweise negativ belastet sein müssen. So können z.B. auch die Geburt eines Kindes oder die Beförderung im Arbeitsverhältnis Stress auslösend wirken (vgl. S. 220f.).

In der soziologischen Forschung wurden die verschiedensten Zusammenhänge beobachtet. So fiel z.B. auf, dass schizophrene Erkrankungen in den unteren Sozialschichten häufiger auftreten, als in Höheren. V. Roder u.a. (2008) und H.-J. Möller u.a. (2005) widersprechen dieser These und weisen darauf hin, dass die Einbußen des sozialen Status und sozialer Integration eher Folge als Ursache der Erkrankung zu sein scheinen (sog. Drift-Hypothese<sup>23</sup>, vgl. Roder, Brenner & Kienzle, 2008, S. 16; vgl. Möller, Laux & Deister, 2005, S. 139).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass weder die biologische, noch die psychosoziale Forschung eine für alle Psychosen geltende Ursache finden konnte, so dass heutzutage von einer multifaktoriellen Ursache ausgegangen wird (vgl. Lambert, Kammerahl, 2008, S. 4). „Bei Psychosen wird angenommen, dass Dopamin, Serotonin und Glutamat eine Hauptrolle spielen. Für den einzelnen Betroffenen mögen diese Faktoren mehr oder minder bedeutend sein. Wichtig ist es deshalb, die Entstehung der Psychose im persönlichen Kontext möglichst komplett zu erfassen und zu versuchen, sie in ihren Zusammenhängen zu verstehen. Dies ist die Basis für eine individuell integrierte Therapie von Psychosen.“ (ebd., S. 4).

---

<sup>23</sup> „Aufgrund weiterer Forschungsergebnisse ist aber eher davon auszugehen, dass Schizophrene im Verlauf einer Erkrankung in eine niedrigere soziale Schicht abgleiten (Drift-Hypothese).“ (Möller, Laux & Deister, 2005, S. 139)

### 2.6.2 *Das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell*

„Die Fehlschläge in der Ursachenforschung sind für uns Psychiater keineswegs ausschließlich negativ zu beurteilen. Sie haben uns vielmehr zu einer anderen Betrachtungsweise der Schizophrenie geführt.“ (Bondy, 2003, S. 99). Wie bereits erwähnt wird heutzutage von einer multifaktoriellen Ursache für die Entstehung einer schizophrenen Psychose ausgegangen. Mit Hilfe des sog. Vulnerabilitäts<sup>24</sup>-Stress-Bewältigungsmodell wurde versucht die genannten Faktoren in einem Modell zu integrieren. Dieses Modell wurde 1977 von Forschern wie J. Zubin und L. Ciompi zur Erklärung der multifaktoriellen Entstehung einer schizophrenen Psychose herangezogen (vgl. Juckel, Heinz, 2005, S. 18). J. Zubin hatte mit Hilfe von Langzeitstudien die Verläufe von Schizophrenien analysiert und stellte dabei fest, dass die langfristige Prognose für Betroffene positiver zu sehen war, als bisher angenommen. Folglich bemühte er sich, mit diesem Modell, dem episodischen Charakter der Verläufe gerecht zu werden (vgl. Wienberg 1995, S. 21). K. Dörner u.a. (2002) unterstreichen, dass dieses Modell sowohl die organischen, wie auch die psychologischen Hypothesen über die Entstehung einer schizophrenen Psychose integriert (vgl. S. 169).

K. Prünke (2007) beschreibt in ihren Ausführungen, dass das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell zwischen vorübergehenden Zuständen und den beständigen Merkmalen eines (schizophrenen) Menschen unterscheidet. Zu den vorübergehenden Zuständen gehört beispielsweise die psychotische Symptomatik, welche durch Stress ausgelöst wird und nur in vorübergehenden Episoden auftritt. Beständig hingegen ist die besondere Verletzlichkeit/ Vulnerabilität eines Menschen gegenüber Stress. Die psychotische Episode kann abklingen, wenn kein weiterer Stress besteht. „Bei anhaltendem oder erneutem Stress kann es hingegen zu Rückfällen oder zu einer Chronifizierung der psychotischen Symptome kommen.“ (Prünke, 2007).

Das Modell geht davon aus, dass Menschen mit einer möglicherweise genetisch bedingten Neigung zu Psychosen besonders empfindlich auf Stressoren wie Pubertät, Schulabschluss, Heirat, Verlust eines nahestehenden Menschen, Schwangerschaft oder andere schwierige Lebenssituationen reagieren (vgl. Lambert, Kammerahl, 2008, S. 4). „Unter Anerkennung somatischer Faktoren für die Entstehung und den Verlauf gilt die

---

<sup>24</sup> lat.: vulnus = Wunde, Verletzung. (vgl. Faust) „Als Vulnerabilität gilt hierbei eine genetisch bedingte Krankheitsanfälligkeit (auch Verletzlichkeit) im Sinne einer verminderten Fähigkeit bzw. Kapazität, Informationen und Reize auf unterschiedlichen Ebenen (kognitiv, emotional) zu verarbeiten. (Juckel, Heinz, 2005, S. 19)

Schizophrenie selbst aber nicht als vererbt, sondern lediglich die Vulnerabilitätsmerkmale. Durch Einwirken auf den Interaktionsebenen Körper, Umwelt und soziale Bindungen/ Bedingungen bilden sich dann im Zusammenwirken die schizophrenen Symptome. [...] Immer geht es um einen somatisch-psychisch-sozialen Zusammenhang.“ (Dörner, Plog, Teller & Wendt, 2002, S. 169).

D. Hell (2007) unterstreicht in seinen Ausführungen, dass das Modell davon ausgeht, dass die Betroffenen mit einer erhöhten Verletzbarkeit ausgestattet sind, die auf Grund verschiedener Faktoren zustande kommt (vgl. S. 106f.). Zu diesen Faktoren zählen sowohl genetische, wie auch erworbene biologische Einflüsse und psychosoziale Faktoren, wie beispielsweise die „Kommunikationsstrukturen in der Herkunftsfamilie oder Migration“ (Prünke, 2007). Die Betroffenen haben kein angemessenes Bewältigungsverhalten erlernt und sind folglich kaum in der Lage eine auftretende Krise auf herkömmlichem Wege zu bewältigen, sodass sie mit psychotischen Symptomen reagieren (vgl. Hell, 2007, S. 106f.).

Das Modell enthält sowohl eine personelle, als auch eine soziale Komponente. G. Wienberg (1995) beschreibt in seinen Ausführungen, dass die Persönlichkeit eines Menschen und sein soziales Netzwerk als Variablen für den Zusammenhang von Vulnerabilität und Stress angesehen werden. Dies impliziert, dass die Wirkung von Stressoren durch persönliche Kompetenzen oder Ressourcen des sozialen Umfeldes gemildert werden können. Folglich ist es also von dem Bewältigungsverhalten der Betroffenen abhängig, ob es in einer Belastungssituation zu einer psychotischen Krise kommt oder nicht (S. 21).

J. Zubin definierte Vulnerabilität als Schwellensenkung gegenüber sozialen Reizen. Das bedeutet, dass wenn ein Mensch Stress empfindet, er psychosozialen Belastungen ausgesetzt ist. Diese Annahme ist entscheidend, da sie zu dem Schluss führt, dass prinzipiell jeder Mensch psychosensibel ist, wenn er entsprechenden Belastungen ausgesetzt ist (vgl. Wienberg, 1995, S. 21).

Das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell hat einen großen Einfluss auf die Therapie von schizophreniekranken Menschen. Die Vulnerabilitätsschwelle kann mit Hilfe von Psychopharmaka und psychotherapeutischen Maßnahmen erhöht werden (vgl. Tölle, Windgassen, 2009, S. 220). Weiterhin sollte eine gute Rückfallprophylaxe durch eine Erhöhung der Vulnerabilitätsschwelle, durch Reduktion von Stress und Stressaktivität und durch den Aufbau protektiver Ressourcen möglich sein (vgl. Hambrecht, Klosterkötter & Häfner, 2002, S. 2938).

Die Pegasusgruppe, die in Kapitel 4 ausführlich behandelt wird, basiert ebenfalls auf diesem Modell.

## ***2.7 Verlauf***

Das Tückische an einer schizophrenen Psychose ist ihr Verlauf, da sich die Krankheitszeichen sowohl in plötzlich akut auftretenden Symptomen zeigen oder sich schleichend über Monate oder Jahre hinweg entwickeln können. Letzteres führt häufig zu einem chronischen Verlauf. Die Lebensqualität der Betroffenen und zum Großteil auch die der Angehörigen ist wesentlich vom Verlauf der Erkrankung abhängig (vgl. Hell, 2008, S. 48). Leider kann dieser aber vorab nicht prognostiziert werden. Allerdings wird in der Fachliteratur ein Zusammenhang zwischen einem frühen Erkennungszeitpunkt und dem Verlauf der Erkrankung betont. D. Hell u.a. (2007) heben hervor, dass bei 75% aller Fälle, die Betroffenen bereits (jahrelang) durch eine veränderte Persönlichkeit und Lebensweise auffallen, bevor es zum Ausbruch einer akuten Schizophrenie kommt (vgl. S. 103f.). Diese Zeit wird in der Fachliteratur „Prodromalphase“ genannt und dauert in der Regel bis zu fünf Jahre an.

„[...] depressive und negative Symptome, zunehmenden sozialen Rückzug, Interessenverlust, emotionale Empfindsamkeit, Angespanntheit und seltsame Verhaltensweisen bis hin zu oppositionellem Verhalten“ (Roder, Brenner & Kienzle, 2002, S. 17) charakterisieren diese Phase, genau wie die Vernachlässigung der Hygiene, Misstrauen, Ängste, starke Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen und eine starke innere Anspannung (vgl. Klingberg, Mayenberger & Blaumann, 2005, S. 21f.).

„Als Prodromalphase wird die Phase der Erkrankung bezeichnet, die der ersten akuten Phase vorausgeht und auch schon durch das Auftreten psychischer Beschwerden gekennzeichnet ist. Diese Beschwerden sind aber zunächst allgemeiner Natur und noch nicht eindeutig einer psychotischen Erkrankung zuzuordnen.“ (Klingberg, Mayenberger & Blaumann, 2005, S. 18). Die Schwierigkeit besteht folglich darin, diese Symptome in dieser Zeit als solche zu erkennen und nicht als Stimmungsschwankungen oder Wesensänderungen abzutun (vgl. Huber, 2005, S. 318). Die Betroffenen werden in dieser Zeit oftmals nicht als erkrankt, sondern als gestresst wahrgenommen. Im Durchschnitt dauert es bis zu einem Jahr, bis der/ die Betroffene sich dann in ärztliche Behandlung begibt. Neben der Prodromalphase gibt es noch drei andere Phasen

psychotischer Erkrankungen: 1. die akute Phase; 2. die Stabilisierungsphase und 3. die Krise, die auch nach einer Stabilisierung wieder auftreten kann (vgl. Klingberg, Mayenberger & Blaumann, 2005, S. 17). Jede Phase ist bei den Betroffenen individuell.

In der Akutphase zeigt sich die schizophrene Psychose in ihrem ganzen Ausmaß und stellt für alle Beteiligten eine Extremsituation dar. In dieser Phase dominieren die Positivsymptome (siehe Kapitel 2.2) das Erscheinungsbild, was in der Regel eine Beeinträchtigung der beruflichen, sozialen, geistigen und persönlichen Fähigkeiten im Vergleich zum Niveau vor der Erkrankung zur Folge haben kann (ebd., S. 24). Das Verhalten der Betroffenen wirkt unberechenbar und teilweise auch bedrohlich, währenddessen sich die Betroffenen oftmals selbst bedroht fühlen und mit den Anforderungen der Umwelt überfordert sind. In dieser Phase kommt es häufig zur stationären Aufnahme in ein Krankenhaus.

E. Rahn und A. Mahnkopf (2005) unterstreichen in ihren Ausführungen, dass unbehandelte Schizophrenien durchschnittlich nach 12 Monaten abklingen. Heutzutage kommt dies allerdings eher selten vor, dass eine akut schizophrene Psychose so lange unbehandelt bleibt. Durch den Einsatz der Psychopharmaka kann die durchschnittliche akute Phase auf drei Monate verkürzt werden (vgl. S. 294)

Im Anschluss an die Akutphase kommt die sogenannte „Stabilisierungsphase“ (oder Konsolidierungsphase), in der die Plusssymptomatik abklingt und oftmals die Negativsymptomatik in den Vordergrund tritt (vgl. Klingberg, Mayenberger & Blaumann, 2005: S. 27). „Während negative Symptome im Rahmen von florider psychotischer Symptomatik verhältnismäßig gut auf Neuroleptika ansprechen (v.a. sekundäre negative Symptome), zeigt sich die Negativsymptomatik mit chronischen Verlauf stabiler und schwerer therapierbar [...]“ (Nabler, Lambert, 2004, S. 21). Die auftretenden Symptome wie beispielsweise Antriebsstörungen, Veränderungen auf der Gefühlsebene (in Form von emotionaler Ausdruckslosigkeit), monotones Sprechen, die Schwierigkeit Gefühle wahrzunehmen und mitzuteilen und die innere Leere werden von den Betroffenen oft als Nebenwirkung der Medikamente angesehen. Da diese Phase über Monate hinweg andauern kann, ohne dass ‚große‘ Veränderungen sichtbar sind, stellt sie für den Betroffenen eine große Belastung dar. Demnach muss der Patient und die Patientin vor einer Überlastung soweit wie möglich geschützt werden, da diese die



Gefahr in sich birgt, dass die Plussympptome erneut auftreten. In dieser Phase wird in den Psychiatrien die Entlassung und weitere Behandlungsmaßnahmen vorbereitet.

Nach Abklingen der Erstmanifestation gestaltet sich der weitere Verlauf der Erkrankung sehr vielfältig. Während bei 10 bis 20% die erste Episode folgenlos abheilt und die Betroffenen symptomfrei leben können, ist bei den übrigen 80% der Betroffenen von einer lebenslangen Erkrankung auszugehen (vgl. Hell u.a., 2007, S. 103f; vgl. Hell, 2008, S. 48). Letztere werden in ihrem Leben immer wieder unter Wiedererkrankungen (Episoden) in unterschiedlichen Zeitabständen und mit unterschiedlicher Häufigkeit leiden. Diese Episoden können unter medikamentöser Behandlung wenige Wochen bis einige Monate andauern (vgl. Hell, 2008, S. 48). Bei solch einem sog. wellenförmigen Verlauf nimmt die Krankheitsaktivität im Allgemeinen nach sechs bis sieben Wellen ab. Eine Episode kann folgenlos abklingen, so dass der/die Betroffene im Intervall nahezu „gesund“ ist. Leider kann eine schizophrene Episode aber auch schwere Folgen in Form von Persönlichkeitsveränderungen mit sich bringen. Diese Ausbildung von Residuen und deren Auswirkung auf das Leben des/ der Betroffenen sind nicht nur allein von der Krankheit festgelegt, sondern werden auch von psychosozialen Faktoren bestimmt. Bei einem leichten Residualzustand, den ca. 60% aller Betroffenen erreichen, kann mensch anpassungs- und arbeitsfähig sein („soziale Remission“). Im Durchschnitt tritt nach einer fünfjährigen Krankheitszeit keine Verschlechterung des Zustandes mehr ein, sondern eher eine Verbesserung. Ein Drittel der Fälle zeigt jedoch einen negativen Verlauf, in dem die Episoden bleibende und zunehmende Veränderungen der Persönlichkeit zeigen, die mit jedem Rezidiv stärker werden. Wenn die Symptome mehr oder weniger konstant bestehen bleiben, wird von einem chronischen Verlauf gesprochen (ebd., S. 49).

Ein Rückfall kündigt sich meistens in Form einer Überforderung und geringer werdenden Belastbarkeit an. S. Klingberg, M. Mayenberger und G. Blaumann (2005) erklären, dass sich das Gleichgewicht zwischen Belastung und Belastbarkeit verschiebt, was viele Ursachen haben kann (vgl. S. 32). So kann sich die Belastbarkeit zum Beispiel durch Alkohol- oder Drogenkonsum, einer unregelmäßigen Einnahme der Medikamente, körperlichen Krankheiten oder einer unregelmäßigen Tagesstruktur reduzieren. Da sich jeder Rückfall mit sogenannten Frühwarnzeichen ankündigt, kann die Krise verhindert oder wenigstens gemindert werden, wenn rechtzeitig entsprechende Maßnahmen getroffen werden. Wichtig hierbei ist nur, dass die Betroffenen ihre individuellen Frühwarnzeichen wahrnehmen und diese richtig einordnen,

Belastungsfaktoren identifizieren und einen eigenverantwortlichen Umgang mit sich selbst haben.

Bei der schizophrenen Psychose steht die soziale Prognose in einem engen Zusammenhang zur psychischen Prognose. Da diese Erkrankung bereits sehr früh auftreten kann, haben die Betroffenen oftmals keinen Berufsabschluss, was zur Folge hat, dass sie keinerlei Ansprüche auf eine Erwerbsunfähigkeitsrente haben. Die Folgen der Schizophrenie seien mitunter eine hohe Arbeitslosigkeit, eine frühe Berentung, fehlende soziale Bindungen und ein erhöhtes Suizidrisiko (vgl. Schwarzer, 2004, S. 222f.).

„[...] die Sterberate schizophrener Patienten [ist] gegenüber der Durchschnittsbevölkerung in den meisten Altersgruppen erhöht. Dabei spielt sowohl eine höhere Krankheitsanfälligkeit eine Rolle wie auch eine höhere Selbsttötungsrate. Man hat statistisch festgestellt, dass ca. 10% der Schizophreniekranken im Verlauf ihres Leidens – vor allem bei ungünstigem Verlauf – ihrem Leben selber ein Ende setzen.“ (Hell, 2008, S. 50)

## ***2.8 Ausgewählte Therapiemöglichkeiten im Kurzüberblick***

Entsprechend der multifaktoriellen Ätiologie der schizophrenen Psychose bestehen heutzutage zahlreiche Ansätze für die therapeutische Intervention. In der Vergangenheit kamen eine Vielzahl einseitiger Ansätze mit dem Ziel der Heilung der Schizophrenie zum Einsatz.

„Es ist nur begreiflich, dass eine so häufige, ätiologisch ungeklärte Erkrankung wie die Schizophrenie, deren persönliche und soziale Wirkungen von so eingreifender Art sind, zu jedem möglichen therapeutischen Experiment verlockt. Mit oder ohne theoretische Begründung sind im Laufe der Jahre so gut wie alle neu aufgefundenen Heilmittel bei ihr versucht worden.“ (Mayer-Gross, 1932<sup>25</sup> zit. n. Heintz 2004, S. 8). So wurde ab 1917 mittels der sogenannten Malariatherapie, von 1933 bis 1990 durch die Insulinschocktherapie, bei der die PatientInnen mittels Insulin in ein künstliches Koma

---

<sup>25</sup> Mayer-Gross, H.: Die Schizophrenie. Therapie. In: Handbuch der Geisteskrankheiten. (Hrsg.: Bumke, O.) Neunter Band. Spezieller Teil V. Verlag von Julius Springer, Berlin 1932

versetzt worden sind und ab 1937 durch die sogenannte Elektrokrampftherapie versucht die schizophrene Psychose zu heilen (vgl. Arenz, 2008, S. 100ff.).

Heutzutage werden in der psychiatrischen Praxis eher Kombinationsverfahren eingesetzt, die auch die Komplexität der durch die Krankheit auftretenden Problemstellungen mit aufgreifen (vgl. Rahn, Mahnkopf, 2005, S. 303). Auf Grund eines mehrdimensionalen Behandlungsverständnisses könnten 80% der Betroffenen ein weitestgehend autonomes Leben führen. Dieser ganzheitliche und inzwischen standardisierte Therapieansatz impliziert sowohl pharmakologische, psychotherapeutische, psychoedukative als auch soziale Aspekte (vgl. Hell, 2007, S. 110). Weiterhin kommen u.a. Soziotherapie, Gesprächs- und Suchttherapie<sup>26</sup> und eine systemische Familientherapie zum Einsatz, die hier allerdings nicht weiter erläutert werden sollen.

Die Wirkung und das Zusammenspiel der eben genannten therapeutischen Ansätze kann gut am Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell zur Krankheitsgenese dargelegt werden:

Während der neuronalen Reizüberflutung pharmakologisch entgegengewirkt wird, soll die Auseinandersetzung mit der Umwelt und sich selbst psychotherapeutisch gefördert werden, um das richtige Maß an Belastung zu finden. Schizophrene Menschen reagieren mitunter sehr empfindsam auf starke Stimulationen durch innere und äußere Reize. Gleichzeitig benötigen sie aber auch ein gewisses Maß an Aktivitäten und Sozialkontakten, um der Negativsymptomatik entgegenzuwirken. Ziel des ganzheitlichen Therapieansatzes ist es eine Balance zwischen Anregung und Entlastung zu erreichen und diese auch zu sichern, wobei sich der Schwerpunkt auf die Krankheitsphase richtet, in der sich der/ die Betroffene gerade befindet (ebd.).

### 2.8.1 Pharmakologische Behandlung

Der Einsatz von Neuroleptika, Tranquilizern, Antidepressiva und Phasenprophylaktika kennzeichnet im Wesentlichen die pharmakologische Behandlung (vgl. Rahn, Mahnkopf, 2005, S. 320). Seit der Erfindung des Prototyps Chlorpromazin (1952) wurde eine Vielzahl an Neuroleptika entwickelt, so dass sie heute einen zentralen

---

<sup>26</sup> da viele Betroffene Doppeldiagnosen haben

Stellenwert in der pharmakologischen Behandlung schizophrener Psychosen einnehmen und das obwohl sie nicht gegen die Ursachen einer Schizophrenie wirken. „Neuroleptika haben wichtige Funktionen bei der Aufnahme und Strukturierung der therapeutischen Beziehung. Sie können Gespanntheit vermindern und machen den Patienten fähig, zwischen sich und seiner Erkrankung besser zu unterscheiden.“ (Dörner, 2002, S. 168).

D. Hell (2007) stellt in seinen Ausführungen klar, dass Neuroleptika nicht gegen die Ursache wirken, sondern eher symptomatisch über ihre antriebs- und affekthemmenden Effekte (vgl. S. 111). Auf Grund ihrer chemischen Struktur und der neuroleptischen Wirkstärke (Potenz) werden sie in drei Gruppen unterteilt. Zum Einen gibt es hochpotente Neuroleptika<sup>27</sup>, welche in niedriger oder mittlerer Dosierung eine gute antipsychotische Wirksamkeit ohne sedierende Effekte aufzeigen. Hochpotente Neuroleptika werden ausschließlich in der Akutphase eingesetzt, da ihr Hauptwirkmechanismus in der Beeinflussung der Dopamin-Rezeptorsysteme liegt (vgl. Bäuml, Pitschel-Waltz u.a., 2005, S. 29) und sie folglich Einfluss auf den Neurotransmitterstoffwechsel nehmen, um beispielsweise eine Akutsymptomatik schnell zu mildern/ zu beseitigen. Zum Anderen gibt es mittelpotente Neuroleptika (z.B. Perazin), die neben ihrer guten antipsychotischen Wirksamkeit auch eine sedierende Wirkung haben. Weiterhin werden die niedrigpotenten Neuroleptika (z.B. Promazin, Levopromazin) unterschieden, welche in niedriger oder mittlerer Dosierung eine geringe antipsychotische, aber deutlich sedierende Wirkung haben (vgl. ebd.).

Seit der Entwicklung des Clozapin und weiterer neuer antipsychotischer Substanzen (Risperidon, Olanzapin), die sich von den älteren Neuroleptika in Bezug auf Wirkmechanismus unterscheiden kommt es zu einer erneuten Einteilung in atypische und typische Neuroleptika bzw. Neuroleptika der 1. und 2. Generation. Die Atypika<sup>28</sup> lassen sich im Gegensatz zu den typischen Neuroleptika nicht entsprechend ihrer chemischen Struktur oder ihrer Potenz untergliedern. Lt. der Fachliteratur besteht ein weiterer Unterschied darin, dass die Atypika neben den Dopamin-Rezeptorsystemen auch weitere Neurotransmittersysteme, wie z.B. das serotoninerge System beeinflussen und auf Grund eines veränderten Rezeptorprofils ein geringeres Nebenwirkungsrisiko

---

<sup>27</sup> Beispielpräparate hierfür sind: Haloperidol, Flupantixol und Fluphemazin.

<sup>28</sup> Beispielpräparate für atypische Neuroleptika sind Risperidon, Clozapin und Olanzapin.

darstellen. Weiterhin wird ihnen eine günstige Beeinflussung der Negativsymptomatik nachgesagt (vgl. Rahn, Mahnkopf, 2005, S. 321; Hell, 2007, S. 111).

Die Nebenwirkungen der Neuroleptika können sich auf die verschiedensten Bereiche auswirken, so z.B. auf den Stoffwechsel und Kreislauf (Mundtrockenheit, vermehrter Speichelfluss, Blutdrucksenkung, Appetitsteigerung, Pulsbeschleunigung, Milchfluss (bei Frauen), Potenz und Ejakulationsstörungen (bei Männern)). Weiterhin können Dyskinesien (Bewegungsstörungen), eine depressive Verstimmung, eine Verminderung der Leukozyten (weiße Blutkörperchen) und eine erhöhte Müdigkeit infolge von Neuroleptika auftreten.

Auf Grund der Nebenwirkungen neigen viele PatientInnen dazu, ihre Medikamente eigenmächtig abzusetzen, wenn eine erste Verbesserung ihres Allgemeinzustandes eintritt.

### 2.8.2 Psychotherapie

„Im Mittelpunkt aller psychotherapeutischen Bemühungen steht die Förderung der gesunden Anteile, die immer auch vorhanden sind, aber in psychotischen Zuständen oft verdeckt erscheinen.“ (Hell, 2008, S. 88)

Eine Psychotherapie gibt den Betroffenen einen geschützten Raum, wo sie über ihre Gedanken und Ängste reden können. Eine psychotische Erkrankung ist oftmals mit einem Einbruch des Selbstwertgefühls verbunden, was wiederum in einer schweren Identitätskrise münden kann. D. Hell (2008) unterscheidet zwei Arten von Psychotherapien. Einerseits jene, die krankheitsspezifische Störungen bzw. einige Symptome (wie z.B. Denkstörungen, Stimmenhören) behandelt. Und andererseits Psychotherapien, die sich den typischen Folgeproblemen (wie z.B. berufliche und familiäre Probleme, Stigmatisierungensfolgen) dieser Erkrankung annehmen und diese versuchen zu mildern (vgl. S. 91).

Eine Psychotherapie lässt sich in Form einer Einzel-, Gruppen- und Familientherapie durchführen. Während der Akutphase sollte eine (supportive) Psychotherapie begleitend sein, da sich nach Abklingen der Akutsymptomatik der therapeutische Schwerpunkt auf Information und Beratung verlegt.

Hierbei sollte der/die TherapeutIn ein gutes Fingerspitzengefühl haben, da „[...] die Fähigkeit zur Informationsaufnahme bei den zu behandelnden Personen herabgesetzt ist

und die Gefahr besteht, dass unklare Mitteilungen oder emotionale Spannungen zu einer Überreizung der Schizophreniekranken führen.“ (Hell, 2008, S. 89).

Da die Psychotherapie eine differenzierte Behandlungsmethode ist, sollten auch hier mögliche Nebenwirkungen im Blick behalten werden. Die Praxis zeigt, dass besonders chronisch psychotische PatientInnen von kognitiver Verhaltenstherapie, in deren Rahmen Bewältigungsstrategien eingeübt werden, profitieren. Um erneutes Auftauchen von Symptomen zu verhindern, sollte von aufdeckenden Verfahren abgesehen werden. Allerdings erscheint die Einbeziehung des familiären Umfeldes in die Psychotherapie zur Modifikation problematischer Interaktionsmuster zu bewähren (vgl. Kasper, Volz, 2003, S. 109).

### 2.8.3 Psychoedukation

Psychoedukation in Form von PatientInnenschulungsprogrammen werden nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in Rehabilitationskliniken und ambulanten Institutionen durchgeführt. Diese Therapieform hat im Laufe der Zeit an Bedeutung zugenommen, da herausgefunden wurde, dass zwischen der persönlichen Therapiemotivation und dem Grad der Informiertheit des/der Einzelnen über die Krankheit eine Korrelation besteht.

Im Zuge einer Psychoedukation sollen aus Betroffenen ‚Experten‘ gemacht werden, wofür eine gründliche Krankheitskonzeptbildung mit intensiver Compliance<sup>29</sup>-Schulung unerlässlich ist. Dies hat den Hintergrund, dass die PatientInnen in der Auswahl ihrer Medikamente und Behandlung ein Mitspracherecht haben sollen, um sich wiederum aktiv in den Behandlungsverlauf einzubringen (vgl. Lamparter-Lang, 1997, S. 13). Das geht allerdings nur, wenn die PatientInnen über einen vergleichbaren Wissensstand, wie ihr(e) behandelnde(r) PsychiaterIn verfügen.

Im Rahmen einer Psychoedukation sollen die Betroffenen das Vulnerabilitäts-Stress-Modell und das sich daraus ableitende 3-Phasen-Modell von L. Ciompi verstehen lernen. Weiterhin bekommen sie einen Überblick über die Frühwarnzeichen und die verschiedenen Psychopharmaka mit ihren Nebenwirkungen. Am Ende einer Therapieeinheit, welche mindestens drei Wochen andauert, wird zusammen mit den Betroffenen ein individueller Notfallplan erstellt, für den Fall, dass es zu einem

---

<sup>29</sup> (engl. einwilligen, sich fügen); bezeichnet die Kooperation zwischen Therapeuten und Patienten

erneutem psychotischen Schub kommen sollte.

Der zentrale Aspekt solcher Schulungsprogramme ist die Überzeugung, durch Schulungsmaßnahmen das Gesundheitsverhalten der Betroffenen nachhaltig verändern zu können, um folglich auch die Gesundheit zu beeinflussen (vgl. Lamparter-Lang, 1997, S. 12) und den Betroffenen das Leben mit der Erkrankung zu erleichtern. Dies geht jedoch nur, in dem *mit* den Betroffenen geredet wird und nicht nur über sie. So beinhalten diese Gruppenangebote nicht nur die Vermittlung von Informationen, sondern auch Tipps für den Umgang mit Schizophrenie im Alltag. Durch den Informationsgewinn sollen die Betroffenen befähigt werden, die persönliche Krankheitsaktivität zu kontrollieren, Langzeitfolgen zu vermeiden, Sozialkontakte zu erhalten und ihr psychisches Wohlbefinden zu steigern.

Auf die Besonderheiten psychoedukativer Interventionen bei schizophrenen PatientInnen und die Umsetzung der Psychoedukation am Beispiel der PEGASUS-Gruppe auf der Station 13 des Psychiatrischen Zentrum Rickling soll in den Kapiteln 3 und 4 eingegangen werden.

#### 2.8.4 Kognitive Trainings

Mit Hilfe von kognitiven Trainings soll eine Verbesserung der Alltagskompetenzen und insbesondere der sozialen Fähigkeiten erzielt werden. Demnach setzen diese Trainings an den Grundsymptomen der Erkrankung an.

V. Roder u.a. (2002) verdeutlichen in ihren Ausführungen die zentrale Bedeutung einer planvoll und kompetent durchgeführten multimodalen Behandlung, auf Grund der multifaktoriellen Entstehung und dem multifaktoriell determiniertem Verlauf dieses Störungsbildes. An dieser Stelle setzt, neben einer sachgerechten Pharmakotherapie und der Psychoedukation, das Training kognitiver Funktionen zur Verbesserung sozialer Kompetenzen an (vgl. Roder, Brenner & Kienzle, 2008, S. X (Vorwort)). Da bei einer Vielzahl von Betroffenen das Krankheitsbild durch eine starke Negativsymptomatik geprägt ist, hat sich die Teilnahme an einem Behandlungsprogramm zur kognitiven Differenzierung, ein sog. kognitives Training bewährt.

V. Roder, H. D. Brenner und N. Kienzle entwickelten hierzu eine wissenschaftlich erprobte Methode der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken in Form des Integrierten Psychologischen Therapieprogrammes (IPT). Mit anfangs stark

strukturierten und leicht verständlichen Aufgabenstellungen und einer langsamen Steigerung der Anforderungen kommt es bei einer Vielzahl der Betroffenen zu einer deutlichen Verbesserung der Wahrnehmung und des intellektuellen Leistungsvermögens. Die Steigerung der Anforderungen erfolgt schrittweise.

Die Ziele des kognitiven Trainings allgemein, wie auch die des IPT sind u.a. die Verbesserung der Konzentration, der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, des Einfallsreichtums sowie die Fähigkeit, soziale Situationen richtig einzuschätzen. Darüber hinaus werden die schizophren erkrankten Menschen darin unterstützt Probleme lösen zu lernen und Ordnung und Klarheit in ihr Denken zu bringen.

Im Laufe der letzten Jahre zeigten „sich kognitive Funktionen als entscheidende Einflussfaktoren für eine optimale (Re-) Integration der Patienten in die Gesellschaft („Recovery-Perspektive“). Das vorliegende Behandlungsmanual zum IPT [...] kombiniert kognitive Interventionen mit solchen zur sozialen Kompetenz besonders unter dem Gesichtspunkt, ein optimales Recovery zu erreichen. Mittlerweile liegen empirische Untersuchungen zum IPT aus 11 Ländern [...] mit insgesamt 1476 Patienten vor[...]. Damit kann das IPT als einer der Ansätze mit den umfangreichsten klinischen Erfahrungen und empirischen Ergebnissen gelten.[...]“ (Roder, Brenner& Kienzle, 2008, S. IX (Vorwort)).

Dieses verhaltenstherapeutische Gruppentraining ist als stationäre und ambulante Maßnahme im Rehabilitationsbereich konzipiert worden. In Kapitel 5 werde ich das Konzept des Integrierten Psychologischen Therapieverfahrens näher erläutern, welches ebenfalls auf der Station 13 des Psychiatrischen Krankenhauses Rickling von der dortigen Dipl. Sozialpädagogin durchgeführt und von den PatientInnen gut angenommen wird.

### 3. Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen

#### ***3.1 Allgemeines/ Begriffsdefinition***

Bis heute wurde eine Vielzahl von Medikamenten zur Behandlung einer schizophrenen Psychose entwickelt. Auch der psychosoziale Sektor hat sich vergrößert, was an der Vielzahl der Ratgeberbücher, Therapieführer und neuen Therapieeinrichtungen deutlich zu sehen ist. Bei diesem Überangebot kann es mitunter schwierig sein, die für den/ die Einzelne(n) günstigen Therapien herauszufiltern (vgl. Bäuml, Pitschel-Walz u.a., 2005, S. 7f.)



Die Psychoedukation ist ein wichtiger Bestandteil eines integrativen Therapiekonzeptes (vgl. Goldbeck, 2004, S. 78). Allgemein gesagt umfasst jeder psychiatrisch-psychotherapeutische Umgang mit Betroffenen auch psychoedukative Elemente (vgl. Bäuml& Pitschel-Walz u.a.: 2005, S. 8; vgl. Bechdorf, Juckel, 2006, S. 31), auf die im Folgenden näher eingegangen werden soll.

Der Terminus Psychoedukation kommt aus dem englischen Sprachraum und wurde auf Grund von mangelnden Alternativen in den Deutschen übernommen. Psychoedukation setzt sich aus den beiden Wörtern „Psycho“ und „edukation“ zusammen. Während der erste Teil des Wortes auf die Parallelen zur Psychotherapie verweist, versucht Psychoedukation sich durch den zweiten Teil abzugrenzen (vgl. Lütjen, 2007, S. 194). „Education“ ist in diesem Zusammenhang nicht mit Erziehung gleichzusetzen, wie oftmals fälschlicherweise angenommen wird. Vielmehr steht dieser Terminus für Bildung und Aufklärung (vgl. Wienberg, 2002, S. 5). J. Bäuml (2005) spricht von einem Herausführen (educere) aus dem Informationsdefizit (vgl. S. 1). Diese Klarstellung ist wichtig, da die Betroffenen i.d.R. in einem Alter sind, in dem sie sich nicht mehr von ÄrztInnen oder PsychologInnen erziehen lassen wollen. Bei der Psychoedukation geht es primär um Wissensvermittlung (vgl. Hornung 2000, S. 114f.).

„Die positiven Erfahrungen mit Psychoedukation als Bestandteil der Behandlung einer Vielzahl von psychischen Problemen und Störungen, die überwiegend günstige empirische Evaluierung, die hohe Akzeptanz des Ansatzes bei Betroffenen und Angehörigen sowie das geringe Nebenwirkungspotenzial bilden den Hintergrund für die Verwendung psychoedukativer Strategien auch in der Frühintervention bei Personen mit einem erhöhtem Psychoserisiko.“ (Bechdorf, Juckel, 2006, S. 31).

1996 hat sich die Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei der Behandlung schizophrener Erkrankungen“ gegründet, um eine IST-Analyse der bestehenden Konzepte zur psychoedukativen Intervention vorzunehmen.

Bis heute bildete sich eine Vielzahl psychoedukativer Konzepte heraus, welche viele Gemeinsamkeiten zeigen. Alle psychoedukativen Konzepte richten sich nach den aktuellen und konkreten Problemen der TeilnehmerInnen. Weiterhin wird die Vulnerabilität zur Entwicklung schizophrener Episoden als überdauerndes Merkmal einer schizophrenen Psychose akzeptiert. Im Rahmen der psychoedukativen Konzepte sollen funktionale Coping-Mechanismen entwickelt und bereits bestehende hinsichtlich

ihrer Effizienz (neu-)bewertet werden. Die Betroffenen sollen ihre Erkrankung als Resultat eines Zusammenwirkens von Stressoren und protektiven Faktoren begreifen. Hierbei spielt die Aufklärung über die Erkrankung eine wesentliche Rolle. Die Informationen über das Erleben und die Erfahrungen werden gemeinsam mit den Betroffenen erarbeitet.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil in der Behandlung schizophrener Psychosen ist die Psychopharmakotherapie, die ebenfalls im Rahmen einer Psychoedukation thematisiert werden soll. Die TeilnehmerInnen sollen über den heutigen Kenntnisstand der Schizophrenie aufgeklärt werden, sowie über Behandlungsmöglichkeiten und die/ ihre Medikation (vgl. Bechdolf, Juckel, 2006, S. 31). Letzteres verweist auf die Ursprünge des Programmes, da die Psychoedukation ursprünglich lediglich zur Unterstützung der medikamentösen Behandlung entwickelt und eingesetzt worden ist.

Die Psychoedukation hat eine doppelte Prämisse. Zum Einen verfügen die Professionellen über ein Expertenwissen, welches die Betroffenen nicht haben. Dieses Expertenwissen soll im Rahmen einer Psychoedukation ausnahmslos an die Betroffenen weitervermittelt werden, um sie zu Coping-Experten zu machen. Zum Anderen wird vorausgesetzt, dass die Betroffenen ebenfalls über subjektives Wissen und Erfahrungen im Umgang mit der Erkrankung verfügen. Dieses subjektive Wissen soll keineswegs durch das Expertenwissen ersetzt, sondern lediglich ergänzt werden, um es in das Krankheitskonzept zu integrieren (vgl. Wienberg, 2002, S. 5).

Die Psychoedukation sollte klar strukturiert im Sinne eines aufeinander aufbauenden Curriculums stattfinden (vgl. Falkai, 2003, S. 78). Der Schwerpunkt dieser Therapie liegt auf den übenden Verfahren, wobei die Betroffenen konkrete Handlungskompetenzen, z.B. für ein Frühsymptom Management erwerben sollen. Weiterhin werden die Bewältigungs- und Selbststeuerungsressourcen zur Förderung einer individuellen Rückfallprophylaxe gefördert (vgl. Bender, 2004, S. 175). Es wurde nachgewiesen, dass sich die Therapieerfolge verbessern<sup>30</sup>, wenn die Betroffenen bewusst Einfluss auf ihre Therapie nehmen (vgl. Bechdolf, Juckel, 2006, S. 32).

---

<sup>30</sup> „Im Bereich psychotischer Erkrankungen liegen internationale Metaanalysen vor, die letzte von Pekkala und Merinder (2002) unter Bezug auf zehn Studien. Sie zeigte einen positiven Effekt auf das Wohlbefinden der Teilnehmer (schizophrene Patienten und Angehörige) und eine niedrigere Rückfall- und Rehospitalisierungsrate als bei der Standardversorgung. Dieser Effekt hielt bis zu 18 Monate an.“ (Bechdolf, Juckel, 2006, S. 34)

Die gegründete Arbeitsgruppe: „Psychoedukation bei der Behandlung schizophrener Erkrankungen“ ist bis heute tätig. Ihr Ziel ist es die einzelnen Konzepte weiter zu entwickeln, wissenschaftliche Untersuchungen zu planen und Hilfen zur praktischen Umsetzung zu geben. 2003 erschien dann ein Buch, in dem alle Konsensus-Überlegungen der Gruppe bzgl. der Besonderheiten und Durchführungsmodalitäten zusammengefasst und einige Themen, wie z.B. die Abgrenzung zu anderen Therapien vertieft worden sind. Darüber hinaus enthält dieses Werk Arbeits- und Evaluationsmaterialien (ebd.). Diese Arbeitsgruppe definierte Psychoedukation wie folgt:

„Unter Psychoedukation werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um die Patienten und ihre Angehörigen über die Hintergründe der Erkrankung und die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.“ (Bäumel, Pitschel-Walz u.a., 2005, S. 8).

Die Psychoedukation kann als Brücke zwischen den von professioneller Seite initiierten Behandlungsverfahren und dem Selbsthilfepotenzial der Betroffenen gesehen werden (ebd.). Trotz einer klaren Definition und Zielvorstellung kann allerdings nicht von ‚der Psychoedukation‘ gesprochen werden, da die gewählte Form der Durchführung und die auserwählten Inhalte von vielen Faktoren abhängig sein können (vgl. Bechdolf, Juckel, 2006, S. 32). Die psychoedukativen Verfahren gelten als unverzichtbar beim Aufbau einer Behandlungsmotivation und –kooperation und sollten daher zum Standardangebot in psychiatrischen Kliniken gehören (vgl. Bäumel, Pitschel-Walz, 2005, S. 8). Heutzutage gibt es kaum ein Therapiemanual, das keine psychoedukative Intervention enthält (Bechdolf, Juckel, 2006, S. 31). Lt. einer Umfrage von Pitschel-Walz 2006 kommt es in den ersten sieben Jahren bei 88% der schizophrenen PatientInnen zu einer Wiederaufnahme im Krankenhaus, wenn sie keine Psychoedukationsgruppe durchlaufen haben. Wenn sie Eine durchlaufen haben, liegt der Prozentsatz bei 54 %.

### 3.2 Ziele

Jeder Mensch sollte grundsätzlich das Recht haben selbst zu entscheiden, welche Behandlung er/ sie in Anspruch nehmen will. Frei davon sind Situationen, in denen eine Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt. In diesen Situationen wird das Individuum in diesem Recht durch entsprechende Gesetze (§11 I PsychKG)<sup>31</sup> eingeschränkt.

„Psychoedukation soll, nimmt man die Begrifflichkeit ernst, dazu dienen, die psychische Entwicklung eines Menschen durch pädagogisch-psychologische Förderung seiner Fähigkeiten zu unterstützen, oder konkreter, die durch psychische Erkrankung beeinträchtigten Fähigkeiten der Lebensführung und Selbstbestimmung zu verbessern.“ (Lütjen, 2007, S. 194f.).

Durch psychoedukative Interventionen sollen die Betroffenen befähigt werden, sich aktiv in ihre Behandlung einzubringen. Dies setzt voraus, dass sie über einen vergleichbaren Wissensstand mit dem/ -r behandelnden PsychiaterIn verfügen (vgl. Bäuml u.a., 2005, S. 1). Durch Bildung kann der/ die Betroffene demnach wieder autonome und selbstbestimmte Entscheidungen treffen (vgl. Lütjen, 2007, S. 194). Auf Grund des Ursprungsgedanken der Psychoedukation (siehe Kapitel 3.1) soll den Betroffenen im Rahmen dieser mehr Verständnis und Akzeptanz für die entsprechende Medikation vermittelt werden. J. Bäuml und G. Pitschel-Walz (2005) verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass die Compliance Sicherung anfangs sehr wichtig ist: „Wenn die Patienten bewusst und überzeugt an ihrer Behandlung mitwirken, kann mit besseren Therapieerfolgen gerechnet werden.“ (Bäuml, Pitschel-Walz, 2005, S. 8). In der Literatur werden folgende Ziele für die Psychoedukation zusammengefasst:

- a) umfassende Aufklärung über die Erkrankung und den Behandlungsmöglichkeiten
- b) Vermittlung eines hilfreichen Krankheitskonzeptes<sup>32</sup> mit Förderung der Krankheitseinsicht

---

<sup>31</sup> § 11 Voraussetzungen der Unterbringung: (1) Psychisch kranke Personen können gegen ihren Willen oder im Zustand der Willenlosigkeit untergebracht werden, wenn sie durch ihr krankheitsbedingtes Verhalten ihr Leben, ihre Gesundheit oder besonders bedeutende Rechtsgüter anderer gegenwärtig in erheblichem Maße gefährden und diese Gefahr nicht anders abgewendet werden kann. Eine gegenwärtige Gefährdung im Sinne des Satzes 1 besteht dann, wenn infolge der psychischen Erkrankung ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder sein Eintritt zwar unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist. [...].“ ([http://rlp.juris.de/rlp/PsychKG\\_RP\\_P11.htm](http://rlp.juris.de/rlp/PsychKG_RP_P11.htm), 27.09.2010)

<sup>32</sup> auf Basis des Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodells „[...] als kleinsten gemeinsamen Nenner die Integration und Kombination von professionellen Therapieverfahren und individuellen Selbsthilfestrategien erlaubt“ (Bäuml, Pitschel-Walz, 2010, S. 108)

- c) Förderung der Compliance der Betroffenen in der Behandlung
- d) Förderung einer langfristigen Behandlungsbereitschaft
- e) Angstreduktion
- f) emotionale Entlastung
- g) Veränderung der Lebensweisen der Betroffenen
- h) Vermittlung von Hoffnung und Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung
- i) Verbesserung der Coping-Fähigkeiten und des Krisenmanagements<sup>33</sup> (vgl. Goldbeck, 2004, S. 78; vgl. Bäuml, Pitschel-Walz 2005, S. 8; vgl. 2008, S. 4).

Letzteres Ziel soll durch die psychotherapeutischen Elemente in einer Psychoedukation erreicht werden. Im Allgemeinen unterscheiden sich die meisten Psychoedukationsmanuale durch ihre Gruppengröße, Dauer, der Schwerpunktsetzung der Intervention und nach der Frage, ob die Angehörigen mit einbezogen werden sollen oder nicht, worauf im Folgekapitel näher eingegangen werden soll. Nichtsdestotrotz weisen alle Psychoedukationskonzepte einen verhaltenstherapeutischen Ansatz auf und verfolgen eine informationsvermittelnde Zielrichtung (vgl. Goldbeck, 2004, S. 78).

A. Bechdorf und G. Juckel (2006) unterscheiden die Hauptziele der Psychoedukation entsprechend der verschiedenen beteiligten Personengruppen (Betroffene, Angehörige, Professionelle). Bei den Betroffenen und deren Angehörigen sollte der Fokus auf der Förderung eines selbstverantwortlichen Umgangs mit den Symptomen sein bzw. die Unterstützung dabei. Das Hauptziel für die Professionellen, worunter die Autoren ÄrztInnen, PsychologInnen etc. meinen, liegt in der Verbesserung des kurz- und langfristigen Krankheitsverlaufs (vgl. S. 32) der Betroffenen durch die Förderung der Selbstkompetenz dieser und der der Angehörigen (vgl. Bäuml, Pitschel-Walz, 2008, S. 4). Diese Hauptziele können wiederum in entsprechende Unterziele unterteilt werden, die im Einzelfall stark variieren können und demnach individuell ausgewählt werden sollen (ebd.). An dieser Stelle soll darauf allerdings nicht näher eingegangen und an die entsprechende Literatur verwiesen werden.

Lütjen (2007) stellt zudem noch folgende empirisch fundierte Effekte psychoedukativer Intervention heraus: Die Wiedererkrankungs- und Hospitalisierungsrate seien reduziert. Weiterhin habe sich das psychosoziale Funktionsniveau und die Lebensqualität der Betroffenen gesteigert (vgl. S. 197).

---

<sup>33</sup> z.B. in dem Problemlöse- und Kommunikationsfertigkeiten innerhalb der Familie verbessert werden

### ***3.3 Formen psychoedukativer Interventionen***

Psychoedukation hat mit der Zeit an Bedeutung bei der Behandlung von schizophrenen Psychosen gewonnen, da Empowerment der Betroffenen nur durch den Zugang von Wissen vermittelt werden kann. Die Unwissenheit der Betroffenen über ihre Erkrankung löst oftmals Angst, Verunsicherung und Misstrauen aus (vgl. Wienberg, 2002, S. 6). Psychoedukation kann sowohl ambulant, als auch in einem teil- oder vollstationärem Setting durchgeführt werden. Weiterhin können sie auch während eines Klinikaufenthaltes beginnen und nach abgeschlossenem stationärem Aufenthalt ambulant weitergeführt werden. Folglich sind psychoedukative Programme für schizophren erkrankte Menschen in psychiatrischen Kliniken, Einrichtungen des komplementären Bereichs, in den Praxen niedergelassener PsychiaterInnen oder in Wohnungen betroffener Familien durchführbar.

G. Wienberg und B. Sibum (1997) befürworten in ihren Ausführungen eher die ambulante Durchführung psychoedukativer Programme, da die TeilnehmerInnen schon stabilisierter seien, als die KlinikpatientInnen. Weiterhin haben die TeilnehmerInnen in einem ambulanten Setting eher die Möglichkeit, den in der Gruppe erlernten Stoff in ihren Alltag zu integrieren, da sie sich in ihrem gewohnten Umfeld befinden (vgl. S. 201f.). Unabhängig vom Setting sollte das Angebot einer Psychoedukation sehr niedrigschwellig angelegt sein (vgl. Bechdolf, Juckel, 2006, 32).

Die Konzepte psychoedukativer Programme sind ebenfalls als Einzelintervention durchführbar. Dabei sollte sie aber in ein bis zwei Gruppensitzungen integriert werden, um „Aufklärungs- und Informationsarbeit zu ökonomisieren und sowohl die allgemeinen Wirkfaktoren (Universalität des Leidens, Gruppenkohäsion, Rekapitulation, Katharsis, Hoffnung, existenzielle Einsicht) als auch die spezifischen Wirkmomente (Feedback und Unterstützung erhalten und geben, Altruismus, Modell-Lernen, Rollenspiele) einer Gruppentherapie gezielt zur Geltung zu bringen.“ (Bäumel, Pitschel-Walz, 2005, S. 8).

Allerdings verweisen G. Wienberg und B. Sibum darauf, dass Gruppentherapien „[...] einen günstigeren Kosten-Nutzen-Effekt als gleichartige Einzeltherapien erwarten“ (Wienberg, Sibum, 1997, S. 201) lassen. Die TeilnehmerInnen haben im Rahmen einer Gruppentherapie die Möglichkeit aus den Erfahrungen von anderen GruppenteilnehmerInnen zu lernen. Darüber hinaus erfahren die Betroffenen, dass sie

nicht allein mit ihrer Erkrankung sind. So erkennen sie beispielsweise Wege aus der krankheitsbedingten Isolation und aus Schuld- und Schamgefühlen herauszukommen.

J. Bäuml und G. Pitschel-Walz (2005) empfehlen die Einbeziehung von Angehörigen (je nach familiären Umfeld), da diese eine bedeutende Rolle im Genesungsprozess einnehmen kann (S. 8). Durch die Einbeziehung der Familie können einzelne Familienmitglieder emotional entlastet werden. Weiterhin kann es zur Verbesserung des innerfamiliären Umgangs mit der Erkrankung kommen und die Lebensqualität der Betroffenen verbessern (vgl. Bender, 2004, S. 175).

Im Allgemeinen werden drei Kategorien psychoedukativer Interventionen unterschieden: Zum Einen die unifokale Gruppenarbeit, in der Betroffene und Angehörige unabhängig voneinander an psychoedukativen Programmen teilnehmen. Dann gibt es die bifokale Gruppenarbeit, bei der die Betroffenen und deren Angehörigen inhaltlich und zeitlich parallele Psychoedukationsprogramme besuchen. J. Bäuml und G. Pitschel-Walz (2005) fassen die Funktionen näher zusammen:

„Durch Förderung des informierten selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung aufseiten der Patienten mit Vertiefung ihrer „Expertenrolle“ und durch Stärkung der „Ko-Therapeuten“-Funktion der Angehörigen soll es zur optimalen Verzahnung der professionellen Therapieverfahren mit den individuellen Selbsthilfestrategien kommen.“ (S. 11). Zum Anderen gibt es die sogenannte psychoedukative Familientherapie, an der eine oder mehrere Familien teilnehmen.

G. Wienberg (2002) und auch F. W. Goldbeck (2004, S. 79) verweisen darauf, dass sich im Hinblick auf die Rückfall- und Rehospitalisierungsrate die Gruppenarbeit in Verbindung mit Angehörigen (auch bifokaler Ansatz genannt)<sup>34</sup> als effektiver erwiesen habe, als eine unifokale Gruppenarbeit. Letztere sei aber immer noch besser, als gar keine Psychoedukation.

In den folgenden Kapiteln soll sich der Fokus der Ausführungen allerdings auf reine Betroffenenengruppen beschränken.

---

<sup>34</sup> „Im Rahmen eines bifokalen Ansatzes gilt es aber gleichzeitig, die im §203 StGB geregelte Schweigepflicht den Angehörigen gegenüber zu achten. Krankheitsspezifische Geheimnisse dürfen also nur mit Zustimmung der Patienten an die Angehörigen weitergegeben werden; falls Patienten dies – zumeist krankheitsbedingt – ablehnen, ist darauf zu verweisen, dass der §203 StGB die Kontaktaufnahme mit den Angehörigen und ein Gespräch über allgemeine Aspekte der Erkrankung und Behandlung nicht einschränkt.“ (Bäuml, Pitschel-Walz, 2005, S. 11)

Im Hinblick auf die therapeutische Ausrichtung unterscheiden J. Bäuml und G. Pitschel-Walz (2005) drei Arten von Psychoedukationsgruppen. Einige Programme sind mehr psychotherapeutisch orientiert. Während der Informationsgehalt in diesen Gruppen eher gering ist, nehmen die psychotherapeutischen Elemente einen großen Teil der Sitzung ein. Diese Programme überdauern in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten. Nach einer informativen Eingangsphase folgt eine verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Langzeittherapie.

Weiterhin gibt es auch psychoedukative Programme, die ihren Schwerpunkt auf die edukativen Elemente verlagern. Demnach ist der Informationsgehalt in diesen Programmen sehr hoch, während die psychotherapeutischen Anteile nachstehen. Hierbei handelt es sich in der Regel um kurzfristig angelegte Schwerpunktinterventionen, die das vordergründige Ziel haben, Wissen zu vermitteln. Diese Schwerpunktinterventionen finden häufig in Form von Wochenendseminaren oder Blockunterricht statt.

Als dritte Art von Psychoedukationsgruppen unterscheiden J. Bäuml und G. Pitschel-Walz (2005) jene, bei denen den edukativen und psychotherapeutischen Anteile eine gleiche Gewichtung zukommen, die sogenannten typisch psychoedukativen Gruppen (S. 8). Diese Form der Psychoedukation versucht die beiden erstgenannten Programmarten miteinander zu kombinieren. „[...] hierbei ist das zu vermittelnde Wissenspaket eingebettet in eine begleitende verhaltenstherapeutisch ausgerichtete supportive Psychotherapie, um den [...] Betroffenen bzw. ihren Angehörigen die Akzeptanz des vorgelegten Krankheitskonzeptes mit all seinen Konsequenzen zu ermöglichen.“ (Bäuml, Pitschel-Walz, 2005, S. 9).

### ***3.4 Die Elemente Informationsvermittlung und emotionale***

#### ***Entlastung***

Die Inhalte Informationsvermittlung und emotionale Entlastung gehören zu den zentralen Elementen der psychotherapeutischen und edukativen Ausrichtung der einzelnen Programme. Die Betroffenen sollen durch die Vermittlung krankheitsspezifischer Informationen zu Experten ihrer Erkrankung werden. Dafür ist es wichtig, dass die GruppenteilnehmerInnen und die (Ko-)GruppenleiterInnen eine gemeinsame Sprache sprechen. Weiterhin sollen die GruppenteilnehmerInnen im Zuge einer Psychoedukation eine emotionale Entlastung durch Trauerarbeit, Neutralisierung



von Schuldgefühlen und Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen erfahren (vgl. Bäuml, Pitschel-Walz, 2005, S. 9; 2008, S. 9). Der/ die GruppenleiterIn übernimmt hierbei die Rolle eines/-r DolmetscherIn und passt auf, dass es nicht zu überfordernden Affektaktualisierungen kommt. Emotionale Themen können u.a.: Sinnfragen, Suizidalität, Neidgefühle, Enttäuschung, Resignation, Verleugnung, traumatische Erlebnisse, Angst vor Stigmatisierung, das Spannungsfeld zwischen Idealisierung und Pathologisierung der Psychose und Hoffnungslosigkeit sein (vgl. Bender, 2004, S. 178).

Der/ die GruppenleiterIn passt die übergeordneten Gesetzmäßigkeiten des Krankheits- und Behandlungsprozesses an die subjektive Sichtweise der GruppenteilnehmerInnen an. An dieser Stelle unterscheiden sich psychoedukative Interventionen bei schizophrenen Menschen deutlich von Aufklärungsgesprächen bei rein somatischen Krankheitsbildern. Denn bei der Erklärung des Krankheitsprozesses etc. kann es passieren, dass die Informationen die an die TeilnehmerInnen geliefert werden von diesen als Kränkung empfunden oder psychotisch verarbeitet werden können (vgl. Bäuml, Pitschel-Walz, 2005, S. 9; 2008, S. 9)

### ***3.5 GruppenleiterInnen***

Prinzipiell kommen für die Funktion der GruppenleiterIn einer Psychoedukationsgruppe alle psychiatrisch tätigen Berufsgruppen in Frage (ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialpädagogInnen, PflegerInnen). Wichtig ist, dass der/ die Leiterin eine empathische Haltung gegenüber den TeilnehmerInnen und eine positive Einstellung hinsichtlich der Wirksamkeit von psychoedukativen Programmen hat. Er/ sie sollte Erfahrung im Umgang mit schizophrenen Menschen haben und nicht nur über ein didaktisches Geschick, sondern auch über psychotherapeutische Basisfertigkeiten<sup>35</sup> verfügen und mit den wesentlichen verhaltenstherapeutischen Techniken wie z.B. Verstärkung, Motivationsförderung, Strukturierung, kognitive Umstrukturierung und dem systematischen Problemlösen vertraut sein (vgl. Bäuml, Pitschel-Walz, 2005, S. 133; vgl. 2008, S. 13).

Ein umfassendes theoretisches Fachwissen über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten gehört zu den Voraussetzungen für die Eignung als

---

<sup>35</sup> wie z.B. „[...] allgemeine Fähigkeit zur nondirektiven Gesprächsführung im Sinne einer gesprächspsychotherapeutischen Basiskompetenz mit empathischen, wertschätzendem und selbstkongruentem Verhalten.“ (Bäuml, Pitschel-Walz, 2008, S. 13)

GruppenleiterIn. Darüber hinaus sollte der/ die GruppenleiterIn eine humanistische Grundhaltung mitbringen und sich mit einem kooperativen Behandlungsstil<sup>36</sup> identifizieren. Dies ist wichtig, da ein respektvoller Umgang mit den von der Schulmedizin abweichenden Meinungen für den Zugang zu den Betroffenen unabdingbar ist (vgl. Bäuml, Pitschel-Walz, 2008, S. 12). Bereits an dieser Stelle werden schon die hohen Anforderungen an die GruppenleiterInnen deutlich, die in jeder Sitzung ein hoch strukturiertes Konzept ausführen sollen und dabei stets die individuelle Situation der TeilnehmerInnen im Blick behalten müssen (vgl. Wienberg, Sibum, 1997, S. 222). P. Falkai (2003) verweist darauf, dass konstant derselbe/ dieselbe TherapeutIn die Gruppensitzungen durchführen sollte. Bei Abwesenheit infolge von Krankheit oder Urlaub sollte die Vertretung den GruppenteilnehmerInnen plausibel gemacht werden und zeitlich begrenzt bleiben (S. 78).

In der Praxis habe sich der Einsatz eines/ einer zweiten LeiterIn bewährt, dem/ der sog. Ko-LeiterIn, welche(r) die TeilnehmerInnen während der Sitzung beobachtet, eventuell diagnostische Auffälligkeiten im Verhalten aufdeckt und bei Bedarf unruhige TeilnehmerInnen hinausbegleitet, ohne dass der geplante Ablauf einer Sitzung in gefährdet wird (vgl. Bäuml, Pitschel-Walz, 2005, S. 133).

In der Regel werden psychoedukative Gruppenangebote von FachärztInnen mit psychiatrisch-psychotherapeutischer Zusatzausbildung oder PsychologInnen geleitet. SozialpädagogInnen und PflegerInnen nehmen oftmals die Funktion des/ der Ko-TherapeutIn ein, da sie infolge ihrer Tätigkeit die Alltagsprobleme, Ängste und Unsicherheiten der TeilnehmerInnen kennen. Weiterhin wird in der Literatur darauf aufmerksam gemacht, dass es mitunter sehr hilfreich sein kann, wenn alle auf der Station arbeitenden Berufsgruppen in die Psychoedukation integriert werden, um ein institutionsübergreifendes Krankheitskonzept zu fördern (vgl. Bäuml, Pitschel-Walz, 2008, S. 12f; vgl. 2005: S. 133).

### ***3.6 TeilnehmerInnen***

Als TeilnehmerInnen kommen Menschen mit einer gesicherten Diagnose einer schizophrenen Psychose in Betracht. Dies schließt sowohl Menschen mit schizoaffektiven Psychosen, Erstmanifestationen und rezidivierend Erkrankte mit ein (vgl. Bäuml, Pitschel-Walz, 2008, S. 6). W. P. Hornung (2000) verweist in seinen

---

<sup>36</sup> „Das heißt: Nicht das autoritär geprägte Arzt-Patienten-Verhältnis stellt den Regelfall dar, sondern vielmehr die Bereitschaft zu einer fairen Behandlungspartnerschaft mit den Patienten.“ (Bäuml, Pitschel-Walz, 2008, S. 12)

Ausführungen darauf, dass einige psychoedukative Programme nur Menschen mit einer nachgewiesenen Chronifizierung der Erkrankung behandeln, da diese im Gegensatz zu Ersterkrankten von dem erlernten Wissen profitieren würden. Ersterkrankte seien im Zuge einer Psychoedukation und der darin stattfindenden intensiven Beschäftigung mit der Erkrankung einer Überforderungssituation ausgesetzt (S. 124).

Die GruppenteilnehmerInnen sollten gruppentauglich sein. Um von einer Psychoedukation profitieren zu können ist es wichtig, dass sich die TeilnehmerInnen auf die Gruppeninhalte konzentrieren können und für die Dauer des Programms ‚still sitzen‘ können. Die Ausprägung der formalen Denkstörungen, der psychomotorischen Unruhe und einer eventuellen maniformen Symptomatik beeinflussen die Gruppentauglichkeit zusätzlich (vgl. Bäuml, Pitschel-Walz, 2008, S. 6). A. Bechdolf und G. Juckel (2006) verweisen darauf, dass es wichtig ist, dass komorbide Erkrankungen wie Depressionen, soziale Ängste oder ähnliches die Teilnahme des/ der Einzelnen nicht beeinträchtigen (S. 33). Die Belastungen müssen sowohl für den/ die Einzelne(n), als auch für die gesamte Gruppe berücksichtigt werden. Eine Gruppengröße von acht TeilnehmerInnen scheint ideal zu sein, da manche Betroffene in kleineren Gruppen überfordert wirken (vgl. Albes, Buick u.a., 1997, S. 234). Die verschiedenen psychoedukativen Programme unterscheiden sich in der Frequenz und Länge ihrer Behandlung (vgl. Bender, 2004, S. 173). J. Bäuml und G. Pitschel-Walz (2008) schlagen vor, dass die einzelnen Sitzungen mindestens 45 bis maximal 90 Minuten andauern und ein bis zweimal wöchentlich stattfinden sollten (vgl. S. 7). Weiterhin unterstreichen sie, dass eine mangelnde Krankheitseinsicht, Wahnerleben, Ich-Störungen oder Halluzinationen kein Ausschlusskriterium für die Teilnahme an einer psychoedukativen Gruppe seien sollen. In diesen Fällen ist es wichtig, dass sich das Programm auf die besonderen Bedürfnisse seiner TeilnehmerInnen einstellt.

A. Bechdolf und G. Juckel (2006) heben in ihren Ausführungen hervor, dass eine Psychoedukation dann erfolgreich gewesen sei, wenn die Betroffenen die weiterführenden therapeutischen Maßnahmen aus einem für ihn/ sie schlüssigen Krankheitsmodell ableiten kann. Weiterhin sollte er/ sie die Hoffnung haben, dass sich durch die entsprechende Therapie die Chancen erhöhen, dass eine Verschlimmerung der Symptome gar nicht oder verzögert erlebt wird (vgl. Bechdolf, Juckel, 2006, S. 38).

### ***3.7 Psychoedukation bei stationären AkutpatientInnen***

Bei vielen psychischen Erkrankungen kann die Diagnose bereits im ambulanten Setting gestellt werden, so dass die Therapie meistens auch außerhalb einer Klinik beginnt. Bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis ist das oftmals nicht der Fall, da diese Diagnose häufig erst im Zuge einer nicht mehr zu verleugnenden Akutsymptomatik in der Notaufnahme gestellt wird. Das Arzt-PatientInnen-Verhältnis ist oftmals bereits vor Beginn der Therapie belastet auf Grund der hohen Rate der unfreiwilligen Aufnahmen (teilweise auch in Verbindung mit Fixierungen und Isolation).

Folglich gelten hier erschwerte Bedingungen für die LeiterInnen der psychoedukativen Intervention im Gegensatz zu jenen die freiwillig wahrgenommene teilstationäre oder ambulante Angeboten leiten. Dennoch ist diese Interventionsform für den weiteren Krankheitsverlauf unerlässlich, da sich ein Drittel der schizophrenen Menschen bis heute nach einer Klinikbehandlung als nur unzureichend über ihre Erkrankung aufgeklärt fühlen.

„Die besonderen Aspekte der Psychoedukation in der stationären Akutbehandlung ergeben sich aus der Symptomentwicklung und sozialen Situation vor der Einweisung und den initialen Therapiebedingungen.“ (Schönwell, 2008, S. 66). Mitunter reagieren die PatientInnen ablehnend auf diese Maßnahme, da sie sie als weitere Fremdbestimmung nach vorhergegangener Zwangseinweisung empfinden. Oftmals leiden PatientInnen auch unter ihren eigenen Vorurteilen gegenüber der Erkrankung, der Psychiatrie oder der Therapieverfahren. Folglich ist der gesamte Prozess der Psychoedukation bei diesem Klientel erschwert, da die eben genannten Bedingungen den Aufbau eines tragfähigen Kontaktes zwischen den TeilnehmerInnen und LeiterInnen der Gruppe erschweren (ebd.).

## **4. Die PEGASUS-Edukationsgruppe**

### ***4.1 Allgemeines***

PEGASUS steht für ‚Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen‘. Das Konzept des PEGASUS-Programmes wurde zu Beginn der 90er Jahre von G. Wienberg und seinen MitarbeiterInnen für schizophrene PatientInnen in Bielefeld entwickelt (vgl. Bäuml, Pitschel-Walz, 2008, S.

XIII Vorwort). Demnach orientieren sich die folgenden Unterkapitel an den Veröffentlichungen von G. Wienberg (2008, 1999, 1997) u.a..

1992 wurde das PEGASUS-Programm erstmals im Rahmen eines Praxisforschungsprojektes an fünf Gruppen mit insgesamt 33 TeilnehmerInnen, von denen 25 das Programm abgeschlossen haben, durchgeführt. Seither wurde dieses Programm ohne Unterbrechung konstant umgesetzt. Die Grundlage des PEGASUS-Programmes ist ein Manualentwurf, der mit jeder Neuauflage von der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei der Behandlung schizophrener Erkrankungen“ entsprechend den neuen Erkenntnissen aus der Praxis, Wissenschaft und Forschung stetig erweitert, überarbeitet und verändert worden ist. Seit 1995 gab es 4 Neuauflagen des PEGASUS-Manuals. Dieses Manual hat sich in den vergangenen 15 Jahren „zu einer Meta-Theorie von hohem integrativen Potential entwickelt“ (Wienberg, Schünemann-Wurmthaler & Sibum, 1999, S. 11) Es basiert auf das in Kapitel 2.5.2 kurz vorgestellte Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell und dem sich daraus ableitenden 3-Phasen-Modell von L. Ciompi, welches bis heute „die am weitesten ausgearbeitete Version des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modells“ (ebd.) darstellt und im Folgekapitel genauer vorgestellt werden soll.

Inhaltlich hat das Manual drei Schwerpunkte:

- Die Bildung eines Krankheitskonzeptes;
- die medikamentöse Behandlung;
- die Rückfallprophylaxe und Krisenbewältigung, in der die TeilnehmerInnen die bereits erarbeiteten Kenntnisse und Konzepte konkret auf die individuelle Situation des/ der Einzelnen anpassen.

„Es geht um den Handlungsspielraum im Umgang mit Stressoren, die Wahrnehmung der Belastungsgrenze und die Planung konkreter Einzelschritte zur Krisenbewältigung.“ (Wienberg, Sibum, 2008, S. 253)

Der Schwerpunkt zur medikamentösen Behandlung bzw. zur Neuroleptika-Therapie nimmt einen großen Raum ein, da bis heute fast alle Betroffene einschneidende und aversiv erlebte Erfahrungen mit dieser Therapieform gemacht haben. Der Zwiespalt an dieser Stelle ist, dass einerseits die Bereitschaft die Neuroleptika wirklich einzunehmen ungenügend ist (Compliance) und andererseits die neuroleptischen Medikamente zu den „[...] effektivsten Mittel zur Vorbeugung von psychotischen Rezidiven (Rückfällen); [...]“ (Wienberg, Schünemann-Wurmthaler & Sibum, 1999, S. 12) zählen.

Laut G. Wienberg und B. Sibum (2008) dauert die durchschnittliche Behandlung einer schizophrenen Psychose in einer Klinik 25 Tage (vgl. S. 254). Folglich kann das Konzept nicht vollständig in einer Psychiatrie durchlaufen werden, da die Betroffenen ein Mindestmaß an Belastbarkeit brauchen, um aus der PEGASUS-Gruppe einen Nutzen ziehen zu können. Demnach plädieren G. Wienberg u.a. dafür, dass das PEGASUS-Programm überwiegend im ambulanten (z.B. in Praxen, sozialpsychiatrischen Diensten, Polikliniken, Diensten des Betreuten Wohnens, Fachambulanzen etc.) und im komplementären Bereich (z.B. Wohneinrichtungen, Kontakt- und Beratungsstellen, Tagesstätten etc.) zur Anwendung kommt (vgl. 2008, S. 252ff.).

„Eine optimale Realisierung des PEGASUS-Konzeptes in der psychiatrischen Praxis bedarf allerdings bestimmter Voraussetzungen im Hinblick auf

- den zeitlichen und räumlichen Rahmen;
- das methodische Vorgehen und didaktische Hilfsmittel;
- die TeilnehmerInnen und ModeratorInnen;
- sowie die Einbindung in einen regionalen Versorgungskontext.“

(Wienberg, Schünemann-Wurmthaler & Sibum, 1999, S. 13)

Für die GruppenleiterInnen empfiehlt es sich, wenn diese an spezifischen Fort- und Weiterbildungen zu diesem Thema teilnehmen. Die eingangs erwähnte Arbeitsgruppe hat dazu ein Curriculum entwickelt (ebd.)

#### ***4.2 Das 3-Phasen-Modell der Schizophrenie nach Luc Ciompi***

Wie bereits in Kapitel 2.5 ausführlich dargelegt ist die schizophrene Psychose kein Krankheitsbild mit einer oder mehreren spezifischen Ursache(n), einem festen Verlauf und gar einem vorhersehbarem Ausgang.

„Durchgängig im Erleben und Verhalten ist demnach nicht die Schizophrenie, sondern eine Neigung oder Disposition dafür, schizophren psychotisch zu erkranken. Diese wird als spezifische Vulnerabilität oder Verletzlichkeit für Schizophrenie bezeichnet.“

(Wienberg, 1997, S. 117)

Die von den Betroffenen erlebten Beeinträchtigungen im Bereich des Sprechens, Denkens, Fühlens, Wahrnehmens (sowohl optisch, akustisch wie auch leiblich) und der motorischen Abläufe werden als sogenannten Basisstörungen bezeichnet. Das Erleben

von schizophrenen Menschen ist sowohl qualitativ wie auch quantitativ verändert und kann mit einem Gefühl von Kontrollverlust über die eigenen psychischen Funktionen einhergehen. Die Basisstörungen und auch die Störungen der Informationsverarbeitung können in ihrer Art und Intensität „[...] in Abhängigkeit von inneren und äußeren Einflüssen [...]“ (ebd., S. 117) variieren. Bei der Entwicklung der individuellen Vulnerabilität wirken sowohl biologische<sup>37</sup>, genetische als auch psychosoziale Einflüsse zusammen (wie bereits in Kapitel 2.5 ausführlich erörtert wurde). Die biologischen Einflüsse stehen hierbei in enger Beziehung zu den Psychosozialen.

„Vor dem Hintergrund dessen, daß die Psyche als System affekt-logischer Programme aufgefaßt werden kann, kommen als Bedingungsfaktoren der schizophrenen Verletzlichkeit alle Einflüsse und Erfahrungen in Betracht, die zu instabilen Bezugssystemen beitragen. [...] Die Wirksamkeit solcher Einflüsse ist allerdings bisher nur unzureichend belegt. Als ihr gemeinsamer Nenner kann eine Beeinträchtigung der Identitätsentwicklung gelten.“ (ebd., S. 119).

Allerdings sind die biologischen und psychosozialen Bedingungsfaktoren eher als Risikofaktoren zu sehen, die das Ausmaß der Vulnerabilität beeinflussen und nicht die Ursache der Verletzlichkeit darstellen.

Luc Ciompi entwickelte eine spezifische Form des Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modells, das sogenannte ‚3-Phasen-Modell‘ nach dem Grundsatz:

„Wenn der Kern der schizophrenen Verletzlichkeit in einer Störung der Informationsverarbeitung im weiteren Sinne bzw. in störanfälligen, instabilen affekt-logischen Bezugssystemen zu sehen ist, dann muß jegliche Therapie generell auf die Stützung dieser Systeme und auf eine Verbesserung der Informationsverarbeitung ausgerichtet sein.“ (Wienberg, 1997, S. 126).

Dieser Anspruch ist nur über zwei Wege zu erreichen: Zum Einen müssen die zu verarbeitenden Informationen vereinfacht erklärt werden und zum Anderen muss das informationsverarbeitende System gestärkt werden. L. Ciompis Modell bezieht sich auf die Ergebnisse seiner eigenen Langzeituntersuchungen und ist als Metatheorie anzusehen, da es versucht eine „[...] Vielzahl der bekannten Fakten und

---

<sup>37</sup> „Als erworbene biologische Bedingungen kommen Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen in Betracht, wobei wahrscheinlich das zweite Trimester der Schwangerschaft ein gewisses Verletzlichkeitsfenster darstellt.“ (Wienberg, 1997, S. 118)

wissenschaftlichen Erklärungsansätze in ein widerspruchsfreies Modell zu integrieren [...]“ (ebd., S. 33). L. Ciompi will mit seinem Modell die Wechselwirkungen zwischen

- „biologisch-körperlichen und psychosoz. Faktoren;
- angeborenen und erworbenen Faktoren ;
- intrapsychischen und zwischenmenschlich-kommunikativen Prozessen;
- kognitiven und affektiven Prozessen (Denken und Fühlen);
- strukturellen und dynamischen Aspekten;
- akut-produktiven und chronisch-unproduktiven Zuständen“ (ebd.) aufzeigen.

L. Ciompi hat mehrere komprimierte Übersichtsarbeiten über sein 3-Phasen-Modell erarbeitet, das er selbst auch integratives psycho-biologisches Modell der Schizophrenie nannte. Im Folgenden sollen nun die drei Phasen knapp erörtert werden.

Die erste Phase, auch prämorbid Phase genannt, meint die Zeit bis zum Ausbruch der ersten akuten Psychose. In dieser Phase entwickelt sich durch ein Wechselspiel von biologischen und psychosozialen Einflüssen und Bedingungen die besondere Vulnerabilität für eine schizophrene Psychose, deren Ausmaß individuell ist. Wichtig, an dieser Stelle noch einmal hervorzuheben ist der Fakt, dass Vulnerabilität zur Entwicklung von psychotischen Zuständen führen kann, aber nicht muss.

Die zweite Phase ist jene, in der er zur akuten psychotischen Dekompensation kommt, bei der die produktiven Symptome i. d. R. vorherrschend sind. Auslöser für diese Phase können plötzliche oder länger andauernde Belastungen sein, die die Betroffenen als Stress erleben. Dieser Stress kann z.B. infolge von emotional belastenden Ereignissen auftreten; durch allgemeine und belastende zwischenmenschliche Prozesse oder auch durch Lebensphasen, die eine Umstellung/ Neuanpassung (z.B. Verlust eines Freunde, eines Familienmitgliedes oder Verlust des Arbeitsplatzes, Geburt eines Kindes etc.) erfordern. Während einige Menschen diese Krisen selbstständig oder mit sozialer Unterstützung bewältigen können, kommt es bei Anderen zu einem psychotischen Zusammenbruch. Biologische Einflüsse können an dieser Stelle eine zusätzliche destabilisierende Rolle einnehmen.

Die dritte Phase ist durch die langfristige Entwicklung nach dem Durchleben einer oder mehrerer psychotischer Episoden geprägt. Da der langfristige Verlauf dieser Erkrankung nur schwer vorhersehbar ist, ist dieser als „offener Lebensprozeß von besonders disponierten Menschen.“ (Wienberg, 1997, S. 34) aufzufassen.



#### 4.2.1 Die Störung der Informationsverarbeitung

Sowohl die Verletzlichkeitshypothese von J. Zubin, als auch das 3-Phasen-Modell von L. Ciompi sind per se auch auf andere psychische oder psychosomatische Erkrankungen anwendbar. Das spezifische an der schizophrenen Vulnerabilität besteht in der Störung der Informationsverarbeitung<sup>38</sup>. G. Wienberg (1997) verweist darauf, dass die Modelle der menschlichen Informationsverarbeitung versuchen „[...] den Prozeß von der Aufnahme (input) über die Verarbeitung bis zur Umsetzung in beobachtbares Verhalten (output) nachzuvollziehen, wobei der Mensch als offenes kybernetisches System aufgefaßt wird.“ (S. 36).

Die Vielzahl der Studien, mit deren Hilfe versucht worden ist die Störung mehrdimensional zu erfassen veranschaulichte, dass schizophrene Probanden in fast allen Funktionsbereichen besondere Beeinträchtigungen gegenüber nicht-psychiatrischen Vergleichsgruppen haben. Die Bereiche, in denen die schizophrenen Probanden signifikante Auffälligkeiten zeigten orientierten „[...] sich an der Unterscheidung zwischen sensorisch-perzeptionellen und konzeptionellen Störungen von BRENNER [...].“ (ebd., S. 37). Zu den sensorisch-perzeptionellen Störungen gehören beispielsweise eine erhöhte Ablenkbarkeit bei der Informationsaufnahme, eine verminderte Fähigkeit die Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten oder eine verminderte spontane Reaktionsfähigkeit etc. Die konzeptionellen Störungen meinen z.B. „beeinträchtigte Abstraktionsleistungen, auffällige Konzept-bildung; Probleme beim deduktiven und analogen Schließen sowie beim Erkennen logischer Klassen; gestörte Suchprozesse im Kurzzeitspeicher; Störungen in der Organisation des Kurzzeitspeichers und beim Zugriff auf den Langzeitspeicher [...]; Auffälligkeiten bei der Organisation des Langzeitspeichers [...]“ (ebd., S. 38).

All diese Beeinträchtigungen können bei den Betroffenen ein Gefühl der völligen Reizüberflutung auslösen, was die Ursache für das Auftreten einer Negativsymptomatik sein kann, die bereits in Kapitel 2.2 beschrieben worden ist.

Bei Menschen mit einer Vulnerabilität für Schizophrenie konnte in sämtlichen Stadien der Informationsverarbeitung Beeinträchtigungen festgestellt werden. Störungen der Informationsverarbeitung dieses Ausmaßes sind sonst weder bei anderen psychischen

---

<sup>38</sup> Dieser Terminus kommt aus der experimentell ausgerichteten kognitiven Psychologie und meint „alle Prozesse der Aufnahme, Zuordnung, Verknüpfung sowie Bewertung von inneren und äußeren Informationen (Reizen), die dem Erleben und Verhalten zugrunde liegen.“ (Wienberg, 1997, S. 36).

Erkrankungen, noch bei ‚gesunden Menschen‘ nachweisbar. Störungen der Informationsverarbeitung gelten als „relativ stabile, weitgehend spezifische und >>objektiv<< erfaßbare Merkmale der schizophrenen Verletzlichkeit gelten.“ (Wienberg, 1997, S. 40) und sind durch Neuroleptika kaum zu beeinflussen.

### ***4.3 Rahmenbedingungen***

Das PEGASUS-Manual schlägt ein Konzept vor, dass in 14 Einheiten à 60 Minuten (ohne Pause) durchgeführt werden kann (vgl. Wienberg, Schünemann-Wurmthaler & Sibum, 1999, S. 14). Da die Inhalte dieses Konzeptes aufeinander aufbauen, sollte es nur in geschlossenen Gruppen von sechs bis acht TeilnehmerInnen durchgeführt werden. Diese Gruppengröße garantiert, dass jede(r) GruppenteilnehmerIn sich einbringen oder zurückziehen kann (im Hinblick auf die Inhalte und seine/ ihre Aufnahmekapazität). G. Wienberg u.a. (1997) gehen davon aus, dass bei kleineren Gruppen (von beispielsweise vier TeilnehmerInnen und zwei GruppenleiterInnen) für den/ die Einzelne(n) ein Druck entsteht sich stets angesprochen zu fühlen und einbringen zu müssen (vgl. S. 219).

Weiterhin wird in der Literatur hervorgehoben, dass die PEGASUS-Gruppe stets in geschlossenen Gruppen stattfinden soll, da sich der/ die Betroffene im Rahmen der PEGASUS-Gruppe mit den belastenden Aspekten seiner/ ihrer Erkrankung auseinandersetzen soll. Hierbei ist eine vertrauensvolle Atmosphäre wichtig, die vor allem im ambulanten (Praxen, sozial-psychiatrische Dienste etc.) und komplementären Bereich (Wohneinrichtungen, Tagesstätten etc.) geboten sein soll. In der 3. Auflage gehen die AutorInnen G. Wienberg u.a. (1999) sogar soweit zu sagen, dass sich die PEGASUS-Gruppe nicht für den klinisch-stationären Bereich eigne (S. 13).

Von dieser Form der Psychoedukation profitiert ein breites Spektrum an heterogenen Betroffenen (dies gilt sowohl für die intellektuellen Voraussetzungen, als auch für die bisherigen Krankheitserfahrungen und –konzepte). Menschen, die zum ersten Mal eine schizophrene Episode erlebt haben gehören nicht zur Hauptzielgruppe des PEGASUS-Konzeptes, da es bei einigen auch ohne Psychoedukation bei einer psychotischen Episode bleibt. Grundsätzlich sind sie dennoch nicht von der Teilnahme an einer PEGASUS-Gruppe ausgeschlossen (Wienberg, 1999, S. 15).

Auf Grund der bereits in Kapitel 4.2.1 erwähnten Störung der Informationsverarbeitung sollte der/ die GruppenleiterIn darauf achten, dass eine Gruppensitzung die Dauer von

einer Stunde nicht überschreitet, da das Überziehen (und wenn es auch nur 10 Minuten seien) die einzelnen GruppenteilnehmerInnen überfordern kann. Um den Betroffenen die Orientierung zu erleichtern, sollte die PEGASUS-Gruppe einmal wöchentlich zur selben Zeit und am gleichen Ort stattfinden. Einmal pro Woche ist ein Zeitraum, der die GruppenteilnehmerInnen noch nicht zu stark belastet und in dem es möglich ist die Inhalte der einzelnen Stunden miteinander zu verknüpfen. Die PEGASUS-Gruppe sollte in einer angenehmen und reizarmen Umgebung stattfinden, um die Informationsverarbeitung der Betroffenen nicht zu beeinträchtigen (vgl. Wienberg, Schönemann-Wurmthaler, 1997, S. 219).

Wie bereits in Kapitel 3.7 erwähnt, sollten die GruppenleiterInnen die TeilnehmerInnen als GesprächspartnerInnen ansehen, da sie „über Erfahrungen und Kenntnisse verfügen, von denen auch professionelle ExpertInnen lernen und profitieren können.“ (Wienberg, Schönemann-Wurmthaler& Sibum, 1999, S. 15). Ihre Grundhaltung sollte demnach von Respekt, Interesse, Anerkennung und Ermutigung geprägt sein. Darüber hinaus ist es wichtig, dass die GruppenleiterInnen nicht versuchen die Betroffenen um jeden Preis von einer Therapieform zu überzeugen (z.B. von der Neuroleptika-Therapie), sondern die Autonomie der TeilnehmerInnen respektieren und auf ihre Fähigkeit zu vertrauen, verantwortliche Entscheidungen zu treffen.

„Schließlich ist auch an dieser Stelle darauf hinzuweisen, daß kurzen, befristeten Therapieangeboten im Rahmen der Schizophrenie-Behandlung immer nur eine begrenzte Bedeutung zukommt [...]. Dies gilt selbstverständlich auch für das PEGASUS-Konzept. Es sollte deshalb als therapeutischer Basisbaustein im Rahmen eines ggf. langfristig anzulegenden, persönlichen, Behandlungs- bzw. Betreuungsprozesses angesehen und verwirklicht werden.“ (ebd.)

Wichtig an dieser Stelle noch einmal zu betonen ist, dass die Teilnahme an einer PEGASUS-Gruppe keineswegs die Beziehung zwischen den Betroffenen und ihren behandelnden ÄrztInnen ersetzen oder sie gefährden soll. Vielmehr soll sie den TeilnehmerInnen ermöglichen sich in ihre Behandlung aktiv einzubringen.

#### ***4.4 Inhalte***

Die 14 Gruppenstunden des PEGASUS-Programmes bestehen aus drei aufeinander aufbauenden und gleichzeitig thematisch abgrenzbaren Teilen, die in Kapitel 4.1 bereits kurz erwähnt worden sind und hier vertieft werden sollen.

In den ersten sieben Stunden soll mit den Betroffenen zusammen ein Krankheitskonzept entwickelt werden. Hierfür wird gemeinsam systematisch das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell erarbeitet.

„Das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell erlaubt, die Wechselwirkung biologischer und psychosozialer Einflüsse einschließlich Wechselwirkungen und Rückkopplungsschleifen anschaulich nachzuvollziehen und läßt dabei gleichzeitig relativ breiten Identifikationsspielraum für subjektive Deutungen und die Einordnung der persönlichen Erfahrung.“ (Wienberg, Schünemann-Wurmthaler, 1997, S. 215f.)

Hierbei wird Ciompis 3-Phasen Modell bewusst als Rahmenmodell eingeführt. Das sich daraus ableitende Krankheitskonzept soll den Betroffenen eine Orientierung geben, die eigenen und zukünftigen Erfahrungen einordnen zu können.

Eine schizophrene Psychose kann beim Einzelnen zu einer Erschütterung des Selbstbildes führen, was meistens mit Angst, einer Ungewissheit und einer Unsicherheit einhergehen kann. Um die Orientierung nicht zu verlieren entwickeln die Betroffenen individuelle Krankheitskonzepte, die häufig auf zufälligen Informationen aus dubiosen Quellen beruhen. Diese Krankheitskonzepte sind zwar nicht in sich geschlossen, beeinflussen aber dennoch die Erklärungsmuster, Einstellungen und Verhaltensweisen der Betroffenen und letztlich auch deren Umgang mit der eigenen Vulnerabilität und Krankheitsentwicklung. Diese subjektiven Krankheitskonzepte bilden den Ausgangspunkt in den ersten sieben Stunden des PEGASUS-Programmes. Hier sollen die GruppenteilnehmerInnen in einen Austausch miteinander gehen, da die Betroffenen in der Regel ein breites Erfahrungswissen im konstruktiven Umgang mit der eigenen Vulnerabilität haben, „das für das Leben mit der Erkrankung und die Initiierung von Selbstheilungsprozessen von entscheidender Bedeutung ist.“ (Wienberg, Schünemann-Wurmthaler, 1997, S. 215).

In den einzelnen Stunden erhalten die TeilnehmerInnen einfach aufbereitete Informationen zum Begriff ‚Vulnerabilität‘. Hierbei werden auch die positiven Aspekte einer erhöhten Sensibilität bewusst thematisiert und allgemeine Belastungsfaktoren und persönlich wirksame Stressoren herausgearbeitet. Gleichzeitig sollen die Betroffenen ihre individuellen Belastungsgrenzen und die Entwicklung der persönlichen Überforderung erarbeiten. Im Folgenden soll sich die Gruppe mit der Dynamik der psychotischen Entgleisung auseinandersetzen, wobei „[...] die akute Psychose als Kompensations- oder Selbstheilungsversuch einer durch fortgesetzte positive

Rückkopplung überforderten und dekompenzierten Psyche aufgefaßt [wird].“ (ebd. S. 216).

In den ersten sieben Stunden soll den Betroffenen ein weniger angstbesetzter und weniger stigmatisierender Zugang zum psychotischen Erleben ermöglicht werden. Dabei werden auch die hilfreichen und weniger nützlichen Reaktionen der sozialen Umwelt kommuniziert; ein Überblick über die positiven und negativen Symptome einer schizophrenen Psychose gegeben und die Störanfälligkeit der Informationsverarbeitung erörtert (vgl. Wienberg, Schünemann-Wurmthaler & Sibum, 1999, S. 7). Die Suizidproblematik, die gerade nach einer akuten Phase von größter Brisanz ist, wird ebenfalls explizit thematisiert. Zum Ende der ersten Theorieeinheit ‚Krankheitskonzept‘ bekommen die TeilnehmerInnen einen Überblick über Ergebnisse von langfristigen Krankheitsverläufen und Ausgängen schizophrener Psychosen, um den Betroffenen eine realistische Zukunftserwartung zu vermitteln.

Zusammengefasst soll den TeilnehmerInnen also das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell vermittelt werden; sie sollen ihre eigene Vulnerabilität sensibler wahrnehmen und akzeptieren lernen und ihre persönlichen Belastungsfaktoren, sowie die persönliche Belastungsgrenze erkennen.

In den folgenden vier Stunden wird die medikamentöse Behandlung thematisiert, währenddessen ein(e) Arzt/ Ärztin als (Ko-)TherapeutIn anwesend sein sollte (ebd., S. 12). Trotz der langjährigen Erfahrung, die viele Betroffene bereits mit verschiedenen Psychopharmaka gemacht haben liegt eine deutliche Diskrepanz zum Wissen über die Wirkweise dieser Medikamente. Die Betroffenen sind vermehrt der Ansicht im psychiatrischen Kontext unter Druck zur Medikamenteneinnahme gezwungen worden zu sein. Die im Anschluss auftretenden Symptome bzw. Folgeerscheinungen der Psychose werden von ihnen oftmals auf die Medikamente zurückgeführt. „Unter diesen Voraussetzungen kann die weitverbreitete Non-Compliance weder verwundern noch ausschließlich den Betroffenen zugerechnet werden.“ (vgl. Wienberg, Schünemann-Wurmthaler, 1997, S. 217). Folglich ist eine effektive neuroleptische Behandlung nur durch eine offene Kommunikation und einer konstruktiven Zusammenarbeit zwischen den Betroffenen und dem/der behandelnden Arzt/Ärztin möglich. Hierfür soll das PEGASUS-Programm eine solide Grundlage schaffen.

Der/ die GruppenleiterIn verdeutlicht den TeilnehmerInnen welchen Stellenwert eine Neuroleptika-Behandlung im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes einnehmen kann. Mit Hilfe des 3-Phasen Modells werden die unterschiedlichen Funktionen einer

Neuroleptika-Behandlung (z.B. Symptomreduktion in der Akutphase; Rückfallprophylaxe nach der Akutphase) erläutert. Die Wirkweise der typischen und atypischen Neuroleptika (bzw. Neuroleptika der 1. und 2. Generation) wird anhand eines vereinfachten Modells des Transmitterstoffwechsels erklärt, so dass in diesen vier Stunden die sogenannten Nebenwirkungen und Risiken einer Neuroleptika-Behandlung ebenfalls thematisiert werden sollen. Auch hierbei ist ein Austausch über die bisherigen persönlichen Erfahrungen der TeilnehmerInnen, den subjektiven Einstellungen und dem bisherigen Umgang mit Medikamenten gewünscht. Weitere Themen wie z.B. die Wechselwirkung mit anderen Substanzen (Alkohol, Drogen, Koffein etc.), der Einfluss auf die Verkehrstüchtigkeit oder die Vereinbarkeit einer Neuroleptika-Therapie mit einem Kinderwunsch werden ebenfalls thematisiert.

An dieser Stelle ist es wichtig hervorzuheben, dass der/die GruppenleiterIn auch die negativen Aspekte einer Neuroleptika-Therapie aufzeigen und die Gefahren von Spätdyskinesien transparent machen sollte, um eine vertrauensvolle Atmosphäre in der Gruppe zu schaffen und eine konstruktive Auseinandersetzung mit der Neuroleptika-Therapie zu ermöglichen. Kurz gesagt bestehen die wesentlichen Ziele des zweiten ‚Theorieblocks‘ über die medikamentöse Behandlung darin, den Betroffenen ein Basiswissen über die Funktionen der Neuroleptika zu vermitteln und einen Überblick über die erwünschten und unerwünschten Wirkungen zu geben. Die Förderung eines eigenverantwortlichen Umgangs mit Medikamenten, die Bedeutung der Neuroleptika-Prophylaxe, sowie eine konstruktive Zusammenarbeit mit dem/ der behandelnden Arzt/Ärztin sind ebenfalls von zentraler Bedeutung in diesen vier Stunden (vgl. Wienberg, Schünemann-Wurmthaler, 1997, 217f.).

Von der 11. bis zur 14. Stunde werden die Themen Rückfallvorbeugung und Krisenbewältigung explizit behandelt, wobei der Fokus auf der individuellen Situation der TeilnehmerInnen und deren konkrete Handlungsebene liegen sollte. Die im ersten Therapieblock erarbeiteten Konzepte werden erneut aufgegriffen und individuell vertieft. Auf Grundlage des 3-Phasen-Modells sollen die Betroffenen einen „[...] individuelle[n] Handlungsspielraum im Grenzbereich zur akuten Psychose (von Phase I zu Phase II)“ (ebd., S. 218) herausarbeiten. Die GruppenteilnehmerInnen sollen lernen die eigenen Stressoren und Frühwarnzeichen zu erkennen und als solche zu identifizieren, um ihre geeigneten Bewältigungsstrategien bewusst einsetzen zu können. Diese Fähigkeiten sind Voraussetzung für eine wirksame Rückfallprophylaxe. Am Ende

dieser Seminareinhalt entwickeln die TeilnehmerInnen individuelle Krisenpläne, die konkrete und abgestufte Maßnahmen, an denen sich die Betroffenen in einer Krisensituation orientieren können, enthalten (ebd.).

Trotz der konstanten Erweiterung und Überarbeitung des PEGASUS-Manuals hat es „[...] den durchaus gravierenden Nachteil, daß psycho- und soziotherapeutische Verfahren gar nicht behandelt werden, obwohl viele Betroffene an diesbezüglichen Informationen und Orientierungshilfen interessiert sind. Das gleiche gilt für rechtliche Themen (Sozialrecht, Unterbringungs- und Betreuungsrecht).“ (Wienberg, Schönemann-Wurmthaler & Sibum, 1999, S. 8). Dieser Aspekt ist dem zeitlichen Rahmen des Konzeptes geschuldet, der nicht noch weiter ausgeweitet werden sollte.

#### ***4.5 Methodik und Didaktik***

Wie bereits in Kapitel 4.3 deutlich hervorgehoben, ist es wichtig, dass der/ die GruppenleiterInnen die Betroffenen als Experten für ihre Situation ernst nehmen. Es stellt die GruppenleiterInnen also vor eine große Herausforderung den Ansprüchen des PEGASUS-Konzeptes gerecht zu werden. Einerseits sollen sie sich an ein stark vorstrukturiertes und direktives Manual halten, das für jede Sitzung die Inhalte, Ziele und Durchführungsschritte (einschließlich der Hinweise zu Methodik und Didaktik) vorschreibt. Das PEGASUS-Manual soll die GruppenleiterInnen darin unterstützen, die zu vermittelnden Informationen soweit wie möglich zu vereinfachen und ‚zu dosieren‘, um die Informationsverarbeitung der TeilnehmerInnen zu erleichtern. Hierbei sollte auf kurze, einfache Sätze und klare Formulierungen zurückgegriffen werden. Durch ein vermehrtes Wiederholen und Zusammenfassen der Inhalte soll es den Betroffenen erleichtert werden, die Informationen zu verinnerlichen.

Auf der anderen Seite sollen sie aber auch darauf achten, dass genügend Raum für persönliche Beiträge der GruppenteilnehmerInnen bleibt, wodurch ein konstruktiver Austausch über Erfahrungen, Fragen und Sichtweisen gewährleistet werden soll. Dieser ausgewogene Wechsel zwischen den Informations- und Gesprächsteilen ist den AutorInnen des PEGASUS-Konzeptes zufolge nur mit zwei GruppenleiterInnen zu realisieren (vgl. Wienberg, Schönemann-Wurmthaler, 1997, S. 220).

Die Rollenverteilung der GruppenleiterInnen sollte vorab klar definiert sein. Der/ Die GruppenleiterIn gibt den theoretischen Input und sorgt für den ‚vorgesehenen

Stundenablauf<sup>c</sup> (entspr. des Manuals), wobei verschiedene didaktische Mittel zur Anwendung kommen sollen. Der/ die zweite GruppenleiterIn, der/die sogenannte Ko-GruppenleiterIn beobachtet die Prozesse während der Sitzung und interveniert bei Bedarf, z.B. wenn ein/-e GruppenteilnehmerIn eine Diskussion dominiert, gar nicht zu Wort kommt oder Anzeichen einer Krise zeigt.

Die Routine im Ablauf der PEGASUS-Sitzung soll gezielt dazu genutzt werden, um den TeilnehmerInnen eine gewisse Überschaubarkeit zu gewährleisten. So beginnen die Stunden generell mit einem Blitzlicht und einem Überblick über den Stundeninhalt. Am Ende einer Sitzung erfolgt erneut ein Blitzlicht und die GruppenleiterInnen geben einen kurzen Ausblick auf die Inhalte der nächsten Stunde.

Durch den gezielten und dosierten Einsatz von didaktischen Mitteln soll eine Überforderung und Reizüberflutung seitens der GruppenteilnehmerInnen vermieden werden. Zentrale Thesen und wichtige Arbeitsergebnisse der Gruppe werden während der Sitzung auf Folien oder einem Flip-Chart visualisiert. Am Ende einer Einheit erhalten die TeilnehmerInnen ein Merkblatt, auf dem die zentralen Inhalte der Sitzung in wenigen Sätzen zusammengefasst vermerkt sind. G. Wienberg und S. Schünemann-Wurmthaler (1997) empfehlen, dass die Betroffenen nach der ersten Stunde der PEGASUS-Gruppe einen Ringordner erhalten sollten, der bereits mit einem Register für die einzelnen Stunden versehen ist. Mit Hilfe dieses Ringordners können die Betroffenen dann das Material was sie während den einzelnen Stunden erhalten (Info- und Merkblätter, Arbeitsblätter etc.) sortieren, um einen Überblick über die Inhalte zu behalten. Durch diesen Ringordner kann der/ die Betroffene die Inhalte bei Bedarf wieder auffrischen. Darüber hinaus kann er als Grundlage für Gespräche mit Angehörigen, Bezugspersonen, dem/ der behandelnde(n) ÄrztIn o.ä. dienen (vgl. Wienberg, Schünemann-Wurmthaler, 1997, S. 220)

#### ***4.6 Zielsetzungen***

Die AutorInnen des PEGASUS-Konzeptes wollen mit dessen Durchführung zu einem Umdenken bei allen beteiligten Personen (z.B. Professionellen, Betroffenen und Angehörigen) führen. Der schizophrene Mensch soll (sich) nicht mehr als hilfloses und passives Objekt von professionellen Behandlungsmaßnahmen sehen und gesehen werden. Vielmehr sollen die Betroffenen mit all ihren Fragen und Ängsten ernst



genommen werden. Nach erfolgter Teilnahme am PEGASUS-Programm haben sie ein eigenes Krankheitskonzept und können sich die Entstehung und Auslösung von psychotischen Störungen erklären. Die TeilnehmerInnen wissen was ihnen gut tut in Krisen bzw. in einer schizophrenen Psychose und was „[...] sie selbst tun können im Umgang mit Basisstörungen, Frühwarnzeichen oder auch psychotischen Symptomen.“ (Wienberg, Schönemann-Wurmthaler, 1997, S. 213). Dieser Aspekt geht auf die hippokratische Weisheit zurück, dass der/ die PatientIn selber der/ die beste Arzt/ Ärztin sei.

Der/ die GruppenleiterIn fungiert als qualifizierte(r) RatgeberIn, der/ die den Fähigkeiten und Bemühungen der TeilnehmerInnen mit Respekt und Anerkennung begegnet. Darüber hinaus lässt er/ sie klare Modellvorstellungen und sich daraus ableitende Handlungskonzepte in die Gruppengespräche mit einfließen.

Eine weitere Zielsetzung des PEGASUS-Konzeptes ist, dass die TeilnehmerInnen darin befähigt werden sich aktiv in seine/ihre Behandlung einzubringen. Im Rahmen des PEGASUS-Konzeptes können sich Betroffene und Professionelle über die verschiedenen Perspektiven und Erfahrungen austauschen. Der Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen spricht in diesem Zusammenhang von der Grundhaltung ‚Verhandeln statt Behandeln!‘<sup>39</sup>

Die Ziele des PEGASUS-Konzeptes haben zwei Betrachtungsebenen, die im Folgenden kurz aufgezeigt werden sollen.

Ziele mit dem Blick auf die Betroffenen:

- „Förderung des Verstehens und der subjektiven Verarbeitung des Krankheitsgeschehens
- Reduzierung von Angst und Unsicherheit, Förderung eines positiven Selbstkonzeptes
- Unterstützung von Selbstverantwortung und Autonomie im Umgang mit der eigenen Verletzlichkeit
- Stärkung der aktiven Krankheitsbewältigung und der Mitverantwortung für die medikamentöse Therapie
- Günstige Beeinflussung des weiteren Verlaufs bezüglich Befinden/ Befund, Rückfallhäufigkeit, Häufigkeit und Dauer von Hospitalisierungen etc.“ (Wienberg, Schönemann-Wurmthaler, 1997, S. 214)

---

<sup>39</sup> Forderung vom Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen anlässlich seiner Gründungsversammlung 1992 auf die Agenda der psychiatrischen Diskussion (vgl. Wienberg, Schönemann-Wurmthaler, 1997, S. 214)

Ziele mit dem Blick auf den psychiatrischen Kontext:

- „die Einlösung des (Rechts-)Anspruches der Betroffenen, angemessen über ihre Erkrankung, die Behandlungsmöglichkeiten sowie deren Chancen und Risiken aufgeklärt zu werden
- die Relativierung von stigmatisierenden (>>Geisteskrankheit<<), falschen (Unheilbarkeit) und mystifizierenden (Uneinfühlbarkeit) Krankheitsvorstellungen
- einen Beitrag zur Vereinheitlichung der verfügbaren Information auf seiten von Betroffenen, Professionellen, und Angehörigen und die Förderung einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Professionellen.“ (Wienberg, Schünemann-Wurmthaler, 1997, S. 214)

#### ***4.7 Die Station 13 des PZR***

Die Station 13 ist eine allgemeinspsychiatrische Akutstation des psychiatrischen Krankenhauses Rickling. Diese offene Station hat einen sozialtherapeutischen Schwerpunkt und behandelt vorwiegend Menschen, die an einer schizophrenen Psychose erkrankt sind, darüber hinaus werden aber auch PatientInnen mit anderen Diagnosen aufgenommen.

„Der Behandlungsauftrag dieser Station liegt neben der medikamentösen Behandlung und Verringerung der Krankheitssymptome in der Vermittlung von Fertigkeiten zur Rückfallvorbeugung, der Erlangung von Grundkenntnissen über die psychische Störung und der Stärkung und Wiedererlangung lebenspraktischer Fertigkeiten sowie in der Rehabilitation und Wiedereingliederung in den Bereichen: Wohnen, Arbeit, Freizeit und sozialer Teilhabe.“ (Praktikumszeugnis von Artz, 18.01.2010).

Die PatientInnen können neben der medikamentösen Behandlung auch Angebote von psychologischen Einzel- und Gruppentherapien annehmen. Nach der ersten Visite wird mit den PatientInnen gemeinsam ein Therapieplan erstellt, bei dem die Ergotherapie und auch die Koch- und Backgruppen verpflichtend sind<sup>40</sup>. Darüber hinaus können die PatientInnen auch Angebote der Reit- und Kunsttherapie, Motopädie, Cogpack<sup>41</sup>, Entspannungsübungen, Rückenschule und verschiedenen Hirnleistungstrainings nutzen.

---

<sup>40</sup> Außer wenn die PatientInnen auf Grund einer vorherrschenden psychotischen Symptomatik oder Ängsten zu der Teilnahme nicht fähig sind.

<sup>41</sup> Hierbei handelt es sich um ein klinisch erprobtes Computerprogramm zum Training und zur Rehabilitation von Hirnfunktionen. Es beinhaltet 64 Test- und Übungsprogramme mit vielen Übungsmodulen in den Bereichen: Visuomotorik, Vigilanz, Merkfähigkeit, praktischen, sprachlichen,

In Rickling wird entsprechend eines ganzheitlichen Therapieansatzes gearbeitet. Folglich sollen auch die Therapiemöglichkeiten alle Dimensionen der PatientInnen umfassen, was sich in einem breiten Therapieangebot widerspiegelt. Die Sozialpädagogin der Station 13 kümmert sich um die familiäre, berufliche, finanzielle und wohnliche Situation der PatientInnen, da diese sich nur auf eine Therapie einlassen können, wenn die ‚Baustellen‘ im Alltag gelöst werden.

Meistens kommen die PatientInnen, nach Abklingen der Akutsymptomatik von der Aufnahmestation auf die Station 13, wo sie in der Regel bis zu drei Monate bleiben. Während ihres Aufenthaltes können sich die PatientInnen frei auf dem Klinikgelände bewegen. Auf der Station 13 gibt es drei Gruppen. Diese Unterteilung soll eine wohnliche Atmosphäre schaffen und den PatientInnen, die krankheitsbedingt vor ihrem Krankenhausaufenthalt kaum soziale Kontakte hatten eine Orientierung und Stütze geben sich im geschützten Rahmen wieder in einer Gemeinschaft zu recht zu finden.

Während einige PatientInnen freiwillig eine Therapie auf dieser Station machen, sind andere per BGB-Beschluss dazu verpflichtet worden. Allerdings entscheiden sich viele PatientInnen auch nach Ablauf ihres Beschlusses die Behandlung fortzuführen.

#### ***4.8 Die PEGASUS-Gruppe auf der Station 13***

Die PEGASUS-Gruppe wird zweimal wöchentlich von der Stationsärztin bzw. vom Oberarzt durchgeführt. Anders, als von den AutorInnen gewünscht können die PatientInnen, trotz des fortlaufenden Curriculums jederzeit in die Gruppe einsteigen. Wichtig ist nur, dass sie am Ende alle Themenblöcke absolviert haben. Da sich die durchschnittliche Behandlungsdauer mit der Zeit sinkt, wurde das Curriculum ebenfalls gekürzt. Folglich haben die PatientInnen die Möglichkeit während ihres stationären Aufenthaltes alle Themengebiete durchzuarbeiten. Der zeitliche Rahmen wurde von 14 Einheiten auf sieben reduziert, wobei dennoch alle wichtigen Themen zur Sprache kommen.

In den ersten beiden Stunden werden die Gruppenregeln erklärt und eine Einführung in den Psychosebegriff gegeben. Darüber hinaus erhalten die TeilnehmerInnen Informationen über die Symptome einer schizophrenen Psychose, den Verlauf der Erkrankung, das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell und dem Rückfallrisiko

mit und ohne Medikation. In den folgenden zwei Unterrichtseinheiten bekommen die PatientInnen einen Überblick über die Behandlungsmöglichkeiten, das neuronale Modell der Psychoseentstehung und die verschiedenen Neuroleptika. In der darauffolgenden fünften Stunde werden die erwünschten und unerwünschten Wirkungen der Neuroleptika thematisiert. In der sechsten Unterrichtseinheit werden die verschiedenen Frühsymptome eruiert und ein individueller Krisenplan erstellt. Am Ende, in der siebten Stunde wird den TeilnehmerInnen ein Film gezeigt, der die Inhalte in den vorangegangenen Stunden noch einmal zusammenfasst und vertieft.

Die Sitzungen dauern in der Regel eine Stunde. Nach ca. 30 Minuten macht der/ die GruppenleiterIn eine kurze Pause, um die Konzentrationsfähigkeit der PatientInnen nicht zu überlasten. Die Teilnahme an der PEGASUS-Gruppe ist für alle PatientInnen, die eine schizophrene oder schizoaffektive Psychose diagnostiziert haben verpflichtend. Sie können jedoch während jeder Sitzung ohne Angabe von Gründen unentschuldigt den Raum verlassen, wenn sie sich überfordert fühlen oder nicht mehr konzentrieren können.

## 5. IPT bei schizophrenen Erkrankungen

### *5.1 Allgemeines*

V. Roder, H. D. Brenner und N. Kienzle haben zusammen mit ihren MitarbeiterInnen vor 30 Jahren das Integrierte Psychologische Therapieprogramm für schizophren Erkrankte (IPT) in Bern entwickelt und halten es bei der Therapie dieser PatientInnen für unabdingbar. Leider gibt es bis heute nur das Buch: „Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophren Erkrankten IPT“ von V. Roder, H. D. Brenner und N. Kienzle, welches entsprechend dem aktuellen Forschungsstandes fortwährend erweitert und überarbeitet worden ist, zu diesem Therapieansatz. 2008 wurde die 6. überarbeitete Auflage veröffentlicht, was „[...] auf eine breite und anhaltende Akzeptanz dieses kognitiv-behavioralen Gruppentherapieprogramms [...]“ (Müller, Roder & Brenner, 2007, S. 62) schließen lässt.

Auf Grund der mangelnden Vielfalt an Literatur werde ich mich im Folgenden, soweit nicht anders angegeben, auf dieses Buch (5. Auflage, 2002 und 6. Auflage, 2008) beziehen.

Das IPT ist ein kognitiv-behavioraler Gruppentherapieansatz, der für fünf bis acht TeilnehmerInnen pro Sitzung konzipiert worden ist (vgl. Roder, Christen, 2010). Es kann sowohl im teilstationären, wie auch stationären Setting durchgeführt werden (vgl. Schmauß, 2006, S. 283). Dieser Therapieansatz besteht aus fünf Unterprogrammen, die je nach diagnostischer Abklärung und einer umfassenden Problem- und Verhaltensanalyse durchgeführt werden. Diese lauten:

- Kognitive Differenzierung,
- Soziale Wahrnehmung,
- Verbale Kommunikation,
- Soziale Fertigkeiten und
- Interpersonelles Problemlösen (siehe dazu Abb.1).



Abb. 1: Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (IPT) – Inhalt und Aufbau (vgl. Roder, Christen, 2010)

Im Unterkapitel 5.3 soll näher auf die einzelnen Unterprogramme eingegangen werden. Das Therapiemanual zum IPT wurde in 13 Sprachen übersetzt. In den vergangenen 30 Jahren wurde dieser Therapieansatz hinsichtlich seiner Wirksamkeit in 35 Studien mit 1529 PatientInnen weltweit evaluiert. Hierbei lag der Fokus auf dem neurokognitiven Bereich; dem sozialkognitiven Bereich; dem Sozialverhalten und der Negativsymptomatik. Positive Therapieeffekte dieses Therapieansatzes zeigten sich dabei in den Bereichen der Neurokognition, der sozialen Kognition und dem sozialen Funktionsniveau (vgl. Roder, Christen, 2010). So zeigte sich z.B., dass größere Verbesserungen im kognitiven Bereich mit Verbesserungen im Sozialverhalten einhergingen. Die Therapieeffekte waren dabei sowohl für PatientInnen aus stationären, wie auch aus ambulanten Settings homogen. Allerdings wurde deutlich, dass die

Krankheitsdauer die Therapieeffekte beeinflusst hat. Folglich unterstreichen V. Roder, H. D. Brenner und N. Kienzle in ihren Ausführungen, dass der Therapieerfolg umso geringer war, je länger die Erstdiagnose zurücklag (vgl. 2008, S. 49f.).

Da noch immer bis zu 80% aller PatientInnen dauerhaft vorhandene kognitive Störungen aufzeigen, hat die Arbeitsgruppe um V. Roder, H. D. Brenner und N. Kienzle vor ca. sechs Jahren drei Weiterentwicklungen des IPT's konzipiert: a) die Integrierte Neurokognitive Therapie (INT)<sup>42</sup>, b) die kognitiv-behaviorale Wohn-, Arbeits- und Freizeitrehabilitation (WAF)<sup>43</sup> und c) ein Therapieprogramm zur Bewältigung von maladaptiven Emotionen (TBE)<sup>44</sup> (vgl. 2008, S. 52; vgl. Roder, Christen, 2010; vgl. Schmauß, 2006, S. 283).

„In einer komparativen, multizentrischen, allerdings nicht randomisierten Studie mit 143 einbezogenen Patienten wurden die Auswirkungen des neuen Interventionsprogramms [WAF] auf Psychopathologie, Kognition und Sozialverhalten im Vergleich zu dem unspezifischen sozialen Training des IPT in der Ursprungsfassung untersucht. Es zeigte sich eine Überlegenheit des spezifischen sozialen Trainings hinsichtlich Psychopathologie, Kognition und Sozialverhalten. Daneben wurden auch positive Effekte auf Rückfallhäufigkeit und Rehospitalisierungsdauer festgestellt [...]. Die 1-Jahres Rückfallraten lagen bei 18% (WAF) bzw. 33% (Soziales Training des IPT). Insgesamt scheinen die WAF-Programme den Transfer der neuen sozialen Fertigkeiten in den Alltag besser zu ermöglichen als die unspezifischen Rehabilitationsansätze.“ (Schmauß, 2006, S. 284).

An dieser Stelle soll auf die Weiterentwicklungen allerdings nicht näher eingegangen und an die entsprechende Literatur von Roder und Christen, 2010 verwiesen werden.

„Die Wahl des integrativen Verfahrens und die genauen Inhalte werden entsprechend den diagnostischen Abklärungen besonders über Problem- und Verhaltensanalysen festgelegt.“ (Roder, Christen 2010). Folglich bezieht sich dieser Therapieansatz auf die

---

<sup>42</sup> „Eine noch laufende randomisierte internationale Multicenterstudie, die durch den Schweizerischen Nationalfonds unterstützt wird (Projektnr. 3200 B0-108133) prüft die Wirksamkeit der INT. [...] Die Therapiephase umfasste 30 Sitzungen (à 90 min) über 15 Wochen. An 3 Messzeitpunkten (vor und nach der Therapiedurchführung und Einjahreskatamnese) wurden folgende Bereiche erhoben: Neurokognition, soziale Kognition, Psychopathologie, Lebensqualität, psychosoziales Funktionsniveau, Therapiemotivation und Selbstwirksamkeitserwartung.“ (Roder, Christen, 2010)

<sup>43</sup> Aus Weiterentwicklung der Unterprogramme: Soziale Fertigkeiten und interpersonelles Problemlösen entstanden; hat sich heutzutage als eigenständiger Gruppentherapieansatz in Behandlungspraxis weltweit implementiert (vgl. 2008, S. 52)

<sup>44</sup> Hierbei geht es primär um die Bewältigung dysfunktionaler Emotionsverarbeitung, wodurch der/ die PatientIn mehr Sicherheit in emotionalen Situation bekommen soll (vgl. Schmauß, 2006, S. 284)

Bedürfnisse des Individuums und bezieht den/die PatientIn aktiv in seine/ihre Behandlung mit ein, was ebenfalls förderlich für eine ressourcenorientierte Beziehungsgestaltung sein kann (vgl. Roder, Christen, 2010).

Sowohl das IPT, wie auch seine Erweiterungen haben folgende Ziele:

- Integration von neuro- und sozialkognitiven Therapiebereichen,
- Einbeziehung des Lebensalltags der PatientInnen in die Therapie
- Nutzung von Gruppenprozessen als therapeutisches Element (z.B. Strukturierung; Beziehungen)
- Förderung intrinsischer Motivation
- IPT: Therapie sozialer Kompetenzen
- INT: Ressourcenorientierung, (Psycho-)Eduktion (Einsicht in kognitive Fähigkeiten und Defizite), Verbesserung neurokognitiver Fähigkeiten<sup>45</sup>.
- WAF: Sensibilisierung für Bedürfnisse, Möglichkeiten, Fertigkeiten und Entscheidungsfindung in Bereichen Wohnen, Arbeit, Freizeit; „Antizipation und Bewältigung von Schwierigkeiten“ (2008, S. 52).

In der Praxis hat sich lt. der Autoren eine Behandlungsdauer von mindestens drei bis vier Monaten mit zwei Sitzungen pro Woche bewährt, da die TeilnehmerInnen einige Zeit brauchen, um die vermittelten Erkenntnisse in ihren Alltag zu integrieren und sie dort anzuwenden. Für den Therapieerfolg sind gut geschulte TherapeutInnen, eine geeignete Strukturierung und der Aufbau einer Gruppenkohäsion mit optimaler Beziehungsgestaltung unerlässlich (vgl. Roder, Christen, 2010).

### ***5.2 Theoretische Begründung der einzelnen Unterprogramme***

Der Aufbau der einzelnen Unterprogramme orientiert sich an den empirischen Ergebnissen aus der Forschung über die Entstehung und Aufrechterhaltung von schizophrenen Störungen. Wie bereits das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell zeigt haben schizophrene Menschen oftmals Probleme in der Informationsverarbeitung und in ihrem Sozialverhalten. Wie diese beiden Bereiche genau zusammenhängen, konnte bisher nicht ausreichend belegt werden. Die Praxis zeigt aber, dass eine Verbindung zwischen diesen beiden Bereichen zu bestehen scheint. Deshalb sehen die

---

<sup>45</sup> Unter Einbeziehung sozialkognitiver Zielbereiche (vgl. Roder, Christen, 2010).

Autoren die Behandlung der kognitiven Einbußen und die Störungen im Sozialverhalten mit Hilfe des IPT's als „notwendige Interventionsform innerhalb einer multimodalen Behandlung schizophrener Erkrankter“ an (vgl. 2002, S. 49).

### 5.2.1 Bereich der Informationsverarbeitung

„Theorien der menschlichen Informationsverarbeitung versuchen, den Fluss der Information von der Aufnahme über die Verarbeitung bis zur Umsetzung in beobachtbares Verhalten zu verfolgen.“ (2008, S. 56). Zwischen der Wahrnehmung eines Reizes und dem gezeigten Verhalten der jeweiligen Person laufen zahlreiche Informationsverarbeitungsprozesse im Gehirn ab, die von außen nicht wahrgenommen werden können.

Dass die Störungen in den verschiedensten Bereichen der Informationsverarbeitung<sup>46</sup> ein wesentliches Merkmal einer schizophrenen Psychose darstellen können, wurde bereits in Kapitel 4.2.1 ausführlich erläutert. Bereits 1961 haben McGhie und Chapman und 1966 auch Payne ihr sogenanntes Filtermodell publiziert. Darin gehen sie davon aus, dass der Aufmerksamkeit die Funktion eines Filters zukommt, dessen Aufgabe es ist, wichtige von unwichtigen Informationen zu unterscheiden. Entsprechend dieser Annahme haben schizophrene Menschen einen „defekten Filtermechanismus“ (2008, S. 59), wodurch Symptome wie Konzentrationsmangel, Ablenkbarkeit, rasche Ermüdung, Verunsicherung, Ängstlichkeit etc. erklärbar sind. Demnach kann beispielsweise eine überfüllte S-Bahn einen schizophrenen Menschen, auf Grund seiner mangelnden Fähigkeit sich gegen eine Reizüberflutung abzusichern, in Panik versetzen. Diese Reizüberflutung wiederum kann zu einem Zusammenbruch des funktionalen kontextadäquaten Denkens und Fühlens führen (ebd.).

Treisman (1987), Shalowsky (1962, 1963, 1971) und Baddley (1986) haben zum Thema Informationsverarbeitung interessante Modelle entwickelt, auf die an dieser Stelle jedoch nicht näher eingegangen werden kann.

---

<sup>46</sup> z.B.: „mangelnde Fähigkeit [...] Aufmerksamkeits-, Wahrnehmungs- und Denkprozesse nach relevanten und irrelevanten Merkmalen zu steuern, Wahrgenommenes in passende, übergeordnete Zusammenhänge einzuordnen, unterschiedliche Gedankengänge zu vereinheitlichen und bereits vorhandene Denkschemata flexibel zu handhaben [...]“ (2008, S. 57)



### *5.2.2 Bereich der sozialen Kognition*

Der Bereich der sozialen Kognition bildet die ‚Mitte‘ zwischen den Bereichen der Kognition und dem des Sozialverhaltens. „Die Wahrnehmung und richtige Interpretation des nonverbalen, emotionalen Ausdrucks eines Menschen ist ein wichtiger Bestandteil sozialer Interaktionen.“ (2008, S. 64). Schizophrene Menschen neigen vermehrt zu „[...]Fehlinterpretationen oder Negierungen der im sozialen Umfeld gezeigten Emotionen.“ (2008, S. 64), was wiederum Verhaltens- und Beziehungsstörungen bedingen kann (vgl. Schmauß, 2006, S. 283). Untersuchungen u.a. zur Aufmerksamkeit und zur zentralnervösen Erregung von Schwartz, 1974; Hemsley & Richardson, 1980 und Braff, 1992 haben bestätigt, dass schizophrene Menschen auf Stress mit einer starken Erhöhung des zentralnervösen Erregungsniveaus (Arousal) reagieren, welches wiederum die Störungen der Informationsverarbeitung verstärken kann. V. Roder, H. D. Brenner und N. Kienzle (2008) heben in ihren Ausführungen hervor, dass sich die Fähigkeit Emotionen einzuschätzen, bei schizophrenen Menschen bei komplexen oder belastenden Kontextinformationen, verschlechtert (vgl. S. 65). Demnach können „[...] wechselseitige Bedingungen von kognitiven und emotionalen Prozessen bestehende Schwierigkeiten weiter vergrößern [...].“ (S. 60, 2002). So zeigten schizophrene Erkrankte vor allem unter hoher Belastung z.B. infolge von Stress kognitive Auffälligkeiten.

Die beschriebenen Störungen der Emotionsverarbeitung<sup>47</sup> und die Erhöhung des Arousalniveaus treten häufig „in sozialen Situationen mit erhöhter affektiver Beteiligung“ (S. 60, 2002) auf.

### *5.2.3 Bereich des Sozialverhaltens*

Zu den meisten Auffälligkeiten oder Symptomen, die eine schizophrene Psychose begleiten können, gehört auch eine Beeinträchtigung des Sozialverhaltens. Demnach sind soziale Rückzugstendenzen u.a. ein Kriterium für die Diagnose einer akuten schizophrenen Psychose, da soziale Beeinträchtigungen „als Epiphänomene der Negativ- oder Minussymptomatik verstanden [...]“ (2002, S. 62) werden. Weiterhin unterstreichen die Autoren, dass zwischen der schlechten sozialen und beruflichen Anpassung, dem reduzierten sozialen Umfeld und der Intensität der

---

<sup>47</sup> Die auch „als Resultat einer bereits seit der Kindheit bestehenden Vulnerabilität verstanden“ (2002, S. 61) werden.

Negativsymptomatik ein Zusammenhang bestehe. Diese Erkenntnis ist nicht neu, da bereits die Langzeitstudien von Müller und seinen MitarbeiterInnen (1986) zeigten, dass 12% der Betroffenen sozial isoliert lebten, als die Schizophrenie ausbrach. 11,5 Jahre später, am Ende des Untersuchungszeitraumes lebten 35% der Probanden sozial isoliert. In Anlehnung an Böker und Brenner (1983) kommen V. Roder, H. D. Brenner und N. Kienzle zu der Hypothese, dass sich die Betroffenen selbstständig sozial isolieren, als eine Art „[...] defensiver Kompensationsversuch [...]“ (2002, S. 63), um sich vor einer Überstimulation zu schützen. Andere Hypothesen sehen den sozialen Rückzug als Reaktion auf selbst erfahrene oder antizipierte Stigmatisierungen durch die Umwelt (vgl. 2002, S. 63). Beide Thesen müssen sich nicht ausschließen.

Ein weiterer Aspekt, der das Sozialverhalten beeinflusst sind die Sprachstörungen, unter denen viele Betroffene leiden. Vor allem bei unangenehmen Gesprächsinhalten nimmt die affektive Beteiligung zu, wodurch auch das gesamte psychophysiologische Erregungsniveau steigt (vgl. 2002, S. 71). Die Informationsmenge kann dann nicht mehr adäquat erfasst werden, so dass der schizophrene Mensch nur noch Teilbotschaften seines Gegenübers wahrnimmt, was wieder zu Fehlinterpretationen führen kann. „Die verbale Kommunikation des Patienten wird inadäquat, psychopathologisch auffällig“ (ebd.). Die ‚komischen‘ Antworten oder das ‚komische‘ Verhalten registrieren alle Beteiligten und der Betroffene selbst. Der Kommunikationsprozess ist gestört durch den Mangel an Ausdrucksfähigkeit, einer Verarmung des Gesprächsinhalts oder einer erhöhten Antwortlatenz (vgl. 2002, S. 74). Abfällige Bemerkungen seitens der Beteiligten sind oftmals die Folge solcher gestörten Kommunikationsprozesse. Durch diese Bemerkungen kann es zu einer weiteren affektiven Aufladung der Situation kommen, wodurch ein „[...] Circulus vitiosus [...]“ (2008, S. 74) entsteht.

Neurologische Störungen, wie z.B. Dyskinesien<sup>48</sup>, Akathisie<sup>49</sup> oder Akinesie<sup>50</sup>, die teilweise infolge von Medikamenten auftreten, können die soziale Interaktion ebenfalls negativ beeinflussen.

### ***5.3 Unterprogramme des IPT im Überblick***

Bei schizophrenen Menschen ist die Handlungsplanung, -steuerung, die Koordination und das Problemlösen häufig gestört. Die Betroffenen haben häufig Schwierigkeiten

---

<sup>48</sup> Störung des Bewegungsablaufes

<sup>49</sup> innere Unruhe

<sup>50</sup> hochgradige Bewegungsarmut bis hin zur Bewegungslosigkeit

Problemstellungen eindeutig als solche zu identifizieren und entsprechende Zielvorstellungen zu definieren (vgl. 2002, S. 66; 2008, S. 71). Darüber hinaus erschweren ihnen redundante Zusatzinformationen diese Aufgabe, während sie ‚gesunden‘ Menschen zur Lösung verhelfen. Schizophrene Menschen fällt es schwer Probleme, abstrakte Konzepte, Klassen oder Kategorien zu bilden, da sie oftmals vermeintlich unwichtige Zusammenhänge oder ‚nebensächliche‘ Gedankengänge überbewerten (vgl. 2008, S. 64).

Aus den vorher gegangenen Unterkapiteln wird deutlich, dass „Störungen auf der Ebene elementarer Informationsverarbeitungsprozesse komplexere kognitive Funktionen beeinflussen und sowohl auf der mikro- als auch auf der makrosozialen Ebene unmittelbare und mittelbare Auswirkungen auf das offene Verhalten zeigen.“ (2002, S. 74). Demnach wollen die Autoren allen drei Funktionsbereichen mit Hilfe des IPT’s gerecht werden, indem sie die wesentlichen Probleme im kognitiven Bereich, denen der sozialen Kognition und die auf der Ebene sozialer Fertigkeiten entgegenwirken und in Verbindung zueinander setzen. Folglich wurden fünf Unterprogramme konzipiert: a) kognitive Differenzierung, b) soziale Wahrnehmung, c) verbale Kommunikation, d) soziale Fertigkeiten und e) interpersonelles Problemlösen. Jedes dieser Unterprogramme besteht aus unterschiedlich stark strukturierten Übungen (siehe Tab.1). Somit steigt der Grad der Anforderungen an den/ die Einzelne(n) und an die Gruppe von Unterprogramm zu Unterprogramm.

<b>Teilprogramm</b>	<b>Interventionstechnik</b>
Kognitive Differenzierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kartensortierübungen</li> <li>Verbale Begriffsbildungsübungen</li> </ul>
Soziale Wahrnehmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deskriptions- und Interpretationsübungen zu sozialen Stimuli</li> </ul>
Verbale Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wörtliche Wiedergabe vorgegebener Sätze</li> <li>• Sinngeäße Wiedergabe selbstformulierter Sätze</li> <li>• Selbstformulierte W-Fragen mit Antwort</li> <li>• Teilnehmer befragen andere zu einem bestimmten Thema</li> <li>• Freie Kommunikation</li> </ul>
Soziale Fertigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitives vorstrukturieren</li> <li>• Rollenspiele</li> </ul>
Interpersonelles Problemlösen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemanalyse</li> <li>• Problemstrukturierung</li> <li>• Kognitives erarbeiten von Lösungen</li> <li>• Rollenspiele</li> </ul>

**Tab.1:** Teilprogramme des IPT und die jeweils eingesetzten Interventionstechniken (auszugsweise) (vgl. Schmauß, 2006, S. 283)

Während die Übungen anfangs durch eine hohe Strukturiertheit geprägt sind, wird der/die GruppenleiterIn im Verlauf den Fokus vermehrt auf spontane Gruppeninteraktionen legen und weniger direktiv arbeiten. Ein angemessener Umgang mit Emotionen und Affekten ist im Rahmen der einzelnen Unterprogramme unumgänglich, da zunehmend „[...] sukzessiv emotional belastende Inhalte eingeführt [...]“ (2002, S. 89) werden. Studien belegen, dass die Betroffenen mehr davon profitieren, wenn sie das IPT im Ganzen durchlaufen und nicht nur vereinzelte Untergruppen (vgl. Müller, Roder & Brenner, 2007, S. 71).

„Weiter konnte in IPT-Studien gezeigt werden, dass die Therapieabbruchrate in denjenigen Gruppen, die lediglich das Unterprogramm „kognitive Differenzierung“ absolvierten, gegenüber jenen, die zusätzlich das Unterprogramm „soziale Wahrnehmung“ erhielten, um fast das Doppelte erhöht war. Dieser Befund spricht ebenfalls für einen integrativen Behandlungsansatz. Die Therapiecompliance scheint sich dadurch zu erhöhen.“ (Roder, Christen, 2010)

#### a) Kognitive Differenzierung

Dieses Unterprogramm lässt sich in drei Stufen mit steigendem Schwierigkeitsgrad unterteilen. Hierbei zeigen sich oftmals die Defizite der Einzelnen „[...] im Bezug auf das begriffliche Denkvermögen und die Erfassung abstrakter Konzepte.“ (2002, S. 91). Auch die Schwierigkeit, dass PatientInnen nur schwer zwischen relevanten und irrelevanten Informationen unterscheiden können und Probleme haben anhand von gemeinsamen Merkmalen, Kategorien zu bilden, wird in diesem Unterprogramm deutlich. Vielen PatientInnen fällt es schwer ihre Aufmerksamkeit bei den gestellten Aufgaben zu lassen und sich über eine gewisse Zeit hin auf eine Sache zu konzentrieren.

Ziel dieser drei Stufen ist es ausführliche Aussagen zu bearbeiten und sie zu begründen. Die verschiedenen Begründungen werden dann in der Gruppe erörtert und falls nötig modifiziert, so dass es letztlich zu Aussagen kommt, die alle GruppenteilnehmerInnen teilen können. Sollte sich an dieser Stelle kein Gruppenkonsens finden können, so sollen die Betroffenen die Begründungen der Anderen wenigstens gedanklich nachvollziehen können (vgl. 2002, S. 90f.).

Die ersten Sitzungen dieses Unterprogrammes sollten den zeitlichen Rahmen von 40 Minuten nicht überschreiten (vgl. 2002, S. 104).

## b) Soziale Wahrnehmung

Dieses Unterprogramm wird mit Hilfe einer Diaserie durchgeführt. Die einzelnen Dias können unterschiedlich stark belastend auf die GruppenteilnehmerInnen wirken. Jedes Dia wird einzeln in drei Schritten bearbeitet. Zunächst werden alle Informationen zu dem auf dem Dia gezeigten Sachverhalt gesammelt. Dies geschieht in der Gruppe, so dass „[...] eine einseitige Selektion visueller Reize verhindert [...]“ (2002, S. 92) werden kann. Während der Informationssammlung wird bewusst auf Interpretationen verzichtet. Hierbei können die GruppenteilnehmerInnen ihre visuelle Wahrnehmung von sozialen Situationen trainieren.

Wenn alle Informationen zum Dia gesammelt worden sind diskutiert die Gruppe die unterschiedlichen Interpretationen. Jede Interpretation muss begründet werden. Durch die offene Diskussion können Widersprüche oder Unstimmigkeiten zwischen verschiedenen Wahrnehmungen und Denkinhalten aufgelöst werden. Am Ende wird abgestimmt welche Interpretation für die soziale Situation auf dem Dia am wahrscheinlichsten ist. Wichtig hierbei ist, dass die Interpretationen für die einzelnen GruppenteilnehmerInnen logisch nachvollziehbar sind. Am Ende soll jedes Gruppenmitglied einen Titel für das Dia finden, der die wichtigsten Aussagen der Situation, die dort gezeigt wird, trifft (vgl. 2002, S. 92f.).

Dieses und das folgende Unterprogramm sollten einen Zeitraum von einer Stunde pro Sitzung nicht überschreiten (vgl. 2002, S. 104).

## c) Verbale Kommunikation

In fünf aufeinander aufbauenden Stufen sollen die GruppenteilnehmerInnen in diesem Unterprogramm ihre kommunikativen Fertigkeiten ‚Hinhören‘, ‚Verstehen‘, ‚Eingehen‘ trainieren. Während der Grad an Strukturiertheit die vorherigen Unterprogramme stark prägte, tritt er nun zunehmend in den Hintergrund, so dass die GruppenteilnehmerInnen „[...] in realitätsnahen Kommunikationsprozessen [...]“ (2002, S. 94) üben können.

Erst wenn eine Stufe erfolgreich bewältigt worden ist geht die Gruppe eine Stufe weiter. Sollten sich in den höheren Stufen Schwierigkeiten bemerkbar machen kann die Gruppe jederzeit in eine vorherige Stufe übergehen. Am Ende der fünften und letzten Stufe sollte das Team bewusst auf das Sprechverhalten der einzelnen PatientInnen außerhalb der Therapie achten, um zu sehen, „[...] ob die in der Therapiegruppe erworbenen Fähigkeiten auch außerhalb adäquat eingesetzt werden [...]“ (2002, S. 95). Dieses Unterprogramm kann erst dann abgeschlossen werden, wenn innerhalb des

therapeutischen Settings ein annähernd störungsfreies Sprechverhalten beobachtbar ist (vgl. 2002, S. 94f.).

#### d) Soziale Fertigkeiten

Bei der Durchführung dieses Unterprogrammes nutzen die TherapeutInnen Methoden der Verhaltenstherapie wie z.B. Instruktion, Modelllernen, Verhaltensübungen und –wiederholung, Rückmeldung und Verstärkung. Die Therapieinhalte können die GruppenteilnehmerInnen selbst bestimmen. Meist handelt es sich dabei um Situationen aus dem Krankenhausalltag, Umgang mit Behörden, Verhalten am Arbeitsplatz oder Freizeitkontakte. Dieses Unterprogramm gliedert sich in zwei Stufen: der kognitiven Aufarbeitung der Situation und der Durchführung mit Hilfe eines Rollenspiels. In der ersten Stufe stellt der/ die TherapeutIn die Situation klar und verständlich vor und vergewissert sich mit Hilfe von Rückfragen über die Aufmerksamkeit und das Verständnis der GruppenteilnehmerInnen. Durch den frühen Einbezug der GruppenteilnehmerInnen wird deren Bewusstsein für die dargestellte Problematik gefördert. Die Ziele der dargestellten Problematik werden gemeinsam definiert.

Die Ziele sollten u.a. immer eine soziale Interaktion und einen Dialog beinhalten. Letzterer wird gemeinsam erarbeitet und für alle sichtbar z.B. auf einem Flipchart visualisiert. Für die zu spielende Situation und das dort dargestellte Problem wird vorab gemeinsam eine kennzeichnende Überschrift bestimmt. Bevor das Rollenspiel beginnt, bitten die GruppenleiterInnen die GruppenteilnehmerInnen mögliche Schwierigkeiten konkret zu benennen. Im Anschluss werden Beobachtungsaufgaben verteilt. Hierbei soll jede(r) PatientIn auf eine der befürchteten Schwierigkeiten achten. Somit werden auch die BeobachterInnen des Rollenspiels aktiv in das Geschehen mit einbezogen.

Nach der Vorbereitung der realitätsnahen Requisiten spielen der/ die GruppenleiterIn und der/ die CotherapeutIn die erarbeitete Situation modellhaft vor. Hierbei ist es wichtig, dass keine perfekte Darbietung gezeigt wird. Im Anschluss geben die ‚SpielerInnen‘ eine Rückmeldung, wie sie die Situation empfanden. Danach äußern sich die ‚BeobachterInnen‘, wobei auch Verbesserungsvorschläge gemacht werden können. Nach dieser Demonstration sollen die GruppenteilnehmerInnen selbst in die Situation gehen, die zuvor vom/ von der Co-therapeutIn gezeigt worden ist. Nach jedem PatientInnenrollenspiel erfolgt eine Feedback-Runde, wobei positiv verstärkte Rückmeldungen von entscheidender Bedeutung sind. Kritik etc. wird von den

GruppenleiterInnen versachlicht. Hierbei wird der Übungscharakter der Rollenspiele fortwährend hervorgehoben.

Ziel dieses Unterprogrammes ist die „[...] Entwicklung bzw. Reaktivierung eines adäquaten Repertoires sozialer Fertigkeiten. Die Förderung molekularer Aspekte sozialer Kompetenz bezieht sich auf Verhaltenskomponenten wie ‚Körperhaltung‘, ‚Blickkontakt‘, ‚Mimik‘, ‚Gestik‘, ‚Lautstärke‘, ‚Tonfall‘ und ‚Redeflüssigkeit‘.“ (2002, S. 98).

Für dieses Unterprogramm und das Folgende empfehlen V. Roder, H. D. Brenner und N. Kienzle ein Zeitfenster von 90 Minuten mit kleineren Pausen (vgl. 2002, S. 104).

#### e) Interpersonelles Problemlösen

Dies ist das letzte Unterprogramm des IPT's, da es auf Grund seiner hohen Anforderungen das anspruchsvollste Unterprogramm ist, welches sich u.a. dazu eignet rehabilitative Schritte, wie beispielsweise die Verlegung in eine Wohngruppe vorzubereiten. Dieses nur grob vorstrukturierte Teilprogramm lässt sich gut mit bereits vorgestellten verhaltenstherapeutischen Techniken wie z.B. das Rollenspiel kombinieren.

Beim Interpersonelle Problemlösen werden erneut sieben Therapieschritte unterteilt. Der/ die GruppenleiterIn gibt eine zu bearbeitende Problemstellung in die Runde, welcher er/ sie nach pragmatischen Gesichtspunkten wie ‚Lösungswahrscheinlichkeit‘ und ‚Dringlichkeit‘ aussucht. Im nächsten Therapieschritt wird versucht ein Gruppenkonsens für das konkrete Vorgehen in der Problemsituation zu finden und einen Ist- und Sollzustand des zu behandelnden Problems zu definieren.

„Hier gilt es, idiosynkratische Perspektiven zu korrigieren, Tatsachen von Vermutungen zu trennen, Komplexität durch Aufsplitterung in überschaubare Teilprobleme zu vermindern, Verhaltensanteile der Problemstellung herauszuschälen und pragmatisch veränderungsorientiert Einstellungen zu fördern.“ (2002, S. 100).

Im Folgenden werden durch Brainstorming alle Vorschläge gesammelt, visualisiert und anschließend diskutiert. Die Entscheidung für eine Lösungsalternative liegt bei den einzelnen GruppenteilnehmerInnen. Diese Lösung sollen die GruppenteilnehmerInnen dann in ‚in vivo‘- Situation trainieren, so dass sie erfahren, ob sich ihr Lösungsvorschlag in der Praxis bewährt oder nicht. In späteren Sitzungen haben die GruppenteilnehmerInnen die Gelegenheit sich über ihre gemachten Erfahrungen auszutauschen. Dabei ist es wichtig, dass das konstruktive Problemlöseverhalten

verstärkt wird und ein Misserfolg nicht als Scheitern, sondern als Ansporn interpretiert wird.

Ziel des interpersonellen Problemlösens ist demnach die Erarbeitung realitätsgerechter Problemperspektiven und durchführbaren Problemlösungen. Weiterhin sollen die Betroffenen lernen ihre Problemwahrnehmung zu verbessern, rationale Haltungen gegenüber dem Problem zu erarbeiten und eine lösungsorientierte Haltung zum Problem zu entwickeln und sich dementsprechend zu verhalten (vgl. 2002, S. 99-102)

„Implizit versucht man im ‚interpersonellen Problemlösen‘ also, verändernd auf komplexe Überforderungs- und Versagenskognitionen einzuwirken. Den Patienten soll so zumindest ein Teil ihrer Versagensängste genommen werden, die auf dem Hintergrund immer wieder erlebten Versagens entstanden sind.“ (2002, S. 102)

#### ***5.4 Gruppenszusammensetzung***

V. Roder, H. D. Brenner und N. Kienzle empfehlen, den PatientInnen den Frankfurter-Beschwerde- Fragebogen<sup>51</sup> vorzulegen und diesen in einem ausführlichen Gespräch auszuwerten, da dies motivierend für diese Therapie wirken kann (vgl. 2002, S. 104f.).

Das IPT sollte in homogenen Kleingruppen (im Hinblick auf Intelligenz und Defizite in der Informationsverarbeitung) von fünf bis acht PatientInnen durchgeführt werden. „Betreffend Alter (zwischen 20 und 50 Jahren) und Geschlecht ist es von Vorteil, die Gruppen heterogen zusammenzustellen. Die Intelligenzquote sollte zwischen 80 und 110 IQ- Punkten liegen.“ (2002, S. 83). Ist der IQ höher, sollte diese PatientInnen die ersten beiden Untergruppen nicht durchlaufen, da sie in diesen häufig unterfordert zu sein scheinen. PatientInnen mit einem ‚unterdurchschnittlichen‘ IQ wirken in den letzten beiden Unterprogrammen oftmals überfordert. „Der Krankheitsstatus [der PatientInnen z.B. postakute oder symptomstabilisiert] hat jedoch keinen Einfluss auf die Wirksamkeit des IPT [...]“ (Müller, Roder& Brenner, 2007, S. 68).

Das IPT ist entsprechend seiner Inhalte und Abfolge ausschließlich für PatientInnen mit der Hauptdiagnose einer Schizophrenie konzipiert worden. Folglich sollten „Patienten mit hirnganischen Erkrankungen, schweren psychogenen Störungen usw. [...] nicht

---

<sup>51</sup> „[...]Erfassung des Ausmaßes der erlebten Beeinträchtigungen von an Schizophrenie erkrankten Menschen, stellt darüber hinaus ein wichtiges Ausdrucks- und Kommunikationsmittel für die Erkrankten dar. Der FBF umfaßt 98 Items, die aus einer Sammlung von Beschwerdeschilderungen von sprachflüssigen und reflexiven an Schizophrenie erkrankten Patienten stammen. [...] Als Antwortkategorie steht eine "ja-nein"-Skalierung zur Verfügung.“ (Papadakis auf: <http://www.psychology48.com/deu/d/fbf/fbf.htm>, 18.10.10)



an der Gruppe teilnehmen.“ (ebd.). Die Praxis hat gezeigt, dass PatientInnen, deren Muttersprache nicht deutsch war, meist schon nach kurzer Zeit aus der Gruppe herausgenommen werden mussten. Weiterhin profitieren PatientInnen mit einer vorherrschenden Minussymptomatik eher von diesem Therapieansatz, als jene bei denen die Plusssymptomatik vorherrschend ist (vgl. 2002, S. 83f.).

### ***5.5 GruppenleiterInnen***

V. Roder, H. D. Brenner und N. Kienzle empfehlen bei der Durchführung des IPT's mindestens zwei GruppenleiterInnen, von denen eine(r) als Haupt- und eine(r) als CotherapeutIn fungiert.

Die TherapeutInnen sollten sich mit der strukturierten Therapiemethodik der einzelnen Unterprogramme auskennen und ausreichende Kenntnisse über Gruppenprozesse und – dynamiken haben. Von einer Anwendung dieses Therapieansatzes ohne eine entsprechende praktische Ausbildung raten die Autoren ab (vgl. 2002, S. 84).

Die TherapeutInnen sollten sich bis zu 20 Minuten Zeit nehmen, die einzelnen Sitzungen vor- und nachzubereiten. Gerade bei der Nachbereitung ist es wichtig, dass die TherapeutInnen über Auffälligkeiten in der Gruppendynamik und über eventuelle Defizite reflektieren. Der/ die CotherapeutIn kann an dieser Stelle auch wichtige Hinweise geben, ob die Gruppe oder einzelne PatientInnen motiviert oder vielleicht überfordert wirken. Das TherapeutInnenteam sollte möglichst konstant bleiben. Sie können sich aber zwischendurch in der Leitung abwechseln, sofern es für alle GruppenteilnehmerInnen sichtbar ist.

Der/ die ‚HaupttherapeutIn‘ hat die Aufgabe die Sitzungen zu strukturieren und die TeilnehmerInnen für eine aktive Teilnahme zu motivieren, in dem er/ sie ihnen das Gefühl eines erfolgreichen Arbeitens vermittelt. Er/ sie sollte sich einer direktiven Gesprächsführung bedienen, aber möglichst nicht autoritär auftreten. Auf negative Kritik sollte verzichtet und stattdessen eher mit positiver Verstärkung gearbeitet werden. Diese Verstärkung sollte allerdings informativ und nicht motivational im Sinne von „toll“, „super“ sein, da diese oftmals gekünstelt wirkt und die schizophrene Menschen mit dieser Art von Verstärkung nicht viel anfangen können, da sie nicht

genau wissen was ‚toll‘ oder ‚super‘ ist/ war. Der/ die HaupttherapeutIn sollte möglichst auf alle konstruktiven Beiträge der GruppenteilnehmerInnen reagieren.

Der/ die CotherapeutIn kommt eher einer Supervisionsfunktion nach und beobachtet vor allem die Gruppenprozesse, so dass er in der Nachbereitung dem/ der HaupttherapeutIn nützliche Hinweise geben kann. CotherapeutInnen fungieren als ‚Modelle‘ für die anderen Gruppenmitglieder, in dem sie neue und schwierige Aufgabenstellungen demonstrieren. Darüber hinaus sollten sie die Gruppendynamik und –prozesse beeinflussen in dem sie sich z.B. mit ‚schwächeren‘ PatientInnen solidarisieren (vgl. 2002, S. 105ff.).

### ***5.6 Durchführung auf der Station 13***

Auf der Station 13 des Psychiatrischen Zentrums Rickling ist das IPT in das multimodale Behandlungskonzept integriert und stellt neben den anderen Angeboten wie Psychoedukation, Soziotherapie, Angehörigenarbeit und Ergotherapie ein wesentliches Kernstück der Abteilung dar. Dieses Therapieangebot gilt ausschließlich für die schizophrenen PatientInnen der Station, welche in der Regel eine Behandlungsdauer von zwei bis drei Monaten haben. Dementsprechend können sie das Gesamtkonzept des IPT's nicht durchlaufen, so dass dieses Konzept auf zwei Gruppen (dem IPT 1 und IPT 2) reduziert worden ist, die jeweils einmal wöchentlich durchgeführt werden.

Das IPT 1 entspricht im Wesentlichen dem Unterprogramm „kognitive Differenzierung“ und das IPT 2 dem Unterprogramm „Soziale Fertigkeiten“. Diese Therapie wird i. d. R. von der dortigen Dipl. Sozialpädagogin und einem Pfleger (als Cotherapeut) durchgeführt. Die einzelnen Sitzungen gehen 60 Minuten mit einer kleinen Pause und finden in offenen, heterogenen Kleingruppen statt. V. Roder, H.D. Brenner und N. Kienzle empfehlen die Durchführung in geschlossenen Gruppen (vgl. 2002, S. 80). Dies ist auf der Station 13 allerdings auf Grund der Fluktuation von PatientInnen nicht immer realisierbar.

In den wöchentlichen Fallbesprechungen vergleicht das Behandlungsteam die Beobachtungen der TherapeutInnen im IPT mit dem Verhalten der PatientInnen im

Stationsalltag. Diese Vergleiche ergeben oftmals u.a. wichtige Rückschlüsse für die weitere Therapieplanung.

## 6. Klinische Sozialarbeit

Die Klinische Sozialarbeit ist der „Ausdruck der Befähigung und Bereitschaft des Berufsstandes, eigenständig Aufgaben der Prävention und Beratung zu übernehmen und im Rahmen von Krankenbehandlung diagnostisch, therapeutisch, rehabilitativ und sozial-integrierend mitzuwirken.“ (Geißler-Piltz, Pauls & Mühlum, 2005, S.154). Der zentrale Gegenstand der Klinischen Sozialarbeit ist demnach (grob zusammengefasst) das Zusammenwirken zwischen dem gesundheitlichen Wohlbefinden und den sozialen Lebensumständen des/ der Einzelnen (vgl. Hahn, 2010, S.3).

### ***6.1 Exkurs: Historische Entwicklung bis in die 70er Jahre***

Die ersten Konzepte zum klinischen Handeln wurden zu Beginn des 20. Jahrhunderts von Alice Salomon entwickelt, welche durch die Forschungsarbeiten von Mary Richmond inspiriert worden ist. M. Richmond wollte die direkte Arbeit mit den KlientInnen effizienter gestalten und setzte sich zudem für eine gerechtere Verteilung der Hilfeleistungen ein. 1917 verfasste sie ihr 400-seitiges Werk ‚Social Diagnosis‘<sup>52</sup> welches bis heute als „[...] Standardwerk für methodisch anspruchsvolle Soziale Arbeit“ (Geißler-Piltz, 2006, S. 7) gilt und eine Vielzahl von theoretischen Grundlagen für die Behandlung und Betreuung von Menschen in Notlagen enthält.

A. Salomon fasste einzelne Aspekte von M. Richmond zusammen und passte sie den deutschen Verhältnissen an. 1926 wurde ihr aufwendiges Methodenbuch ‚Soziale Diagnose‘ veröffentlicht, welches „[...] als Meilenstein der Sozialarbeit in Deutschland gelten kann.“ (Geißler-Piltz, 2005, S. 2). Der Fokus lag hier bei der Entwicklung professioneller Hilfe. Die Soziale Diagnose<sup>53</sup> bildet die Grundlage für die Theorie und Methoden der Sozialen Arbeit. Sie besteht im Wesentlichen darin, die KlientInnen zu

---

<sup>52</sup> „Eine soziale Diagnose kann als Versuch beschrieben werden, die exakteste mögliche Definition einer Situation und Persönlichkeit eines Menschen mit bestimmten sozialen Bedürfnissen vorzunehmen, und zwar im Zusammenhang mit anderen Menschen, von denen der in jeder möglichen Hinsicht abhängig ist oder die von ihm abhängen, aber auch im Zusammenhang mit den sozialen Institutionen seines Gemeinwesens.“ (Geißler-Piltz, 2006, S.7f.)

<sup>53</sup> „Diagnose..., die alle Seiten des menschlichen Lebens, die Anlage und die Entwicklung, Milieu und Schicksal in das rechte Licht setzen und zu einem Gesamtbild vereinigen soll, das für die Hilfeleistung den Ausgangspunkt abgibt und das Ziel bestimmt.“ (zit. n. A. Salomon (1926): Soziale Diagnose. S. 6, Berlin: Carl Heymann In: Gahleitner, 2006, S. 13)

unterstützen sich in die gegebene Umwelt einzuordnen, zu behaupten und zurechtzufinden. Genau wie M. Richmond ging auch A. Salomon davon aus, dass die Umwelt so veränderbar ist, dass das Individuum seine Kräfte in ihr entfalten kann. Dieser Ansatz ist eine Weiterentwicklung des anspruchsvollen ‚person-in-environment‘ Konzeptes, welcher bis heute in Form von sozialer Unterstützungs- und Netzwerkarbeit praktiziert wird. Während sich die Soziale Arbeit und die Konzepte von M. Richmond in den USA zu der „[...] methodisch anspruchsvollen Arbeitsform [...]“ (Geißler-Piltz, 2005, S. 1) der Social Case Work<sup>54</sup> entwickelten, wurde jene Entwicklung in Deutschland vom Nationalsozialismus unterbrochen.

Trotz der Gemeinwesen- und Gruppenarbeit wird Soziale Arbeit in den USA i.d.R. als Einzelfallarbeit (Generic Social Case Work) verstanden. Otto Ranks entwickelte die Functional School<sup>55</sup>, welche u.a. die Begrenzung für die Dauer eines Hilfeprozesses eingeführt hat und sich für Qualitätssicherung und Supervision einsetzte. Weiterhin formulierten VertreterInnen dieser Schule die Grundlage eines humanistischen Menschenbildes „[...] das den Klienten mit freiem Willen und Verantwortung für sein Tun im Hier und Jetzt ausstattet.“ (Geißler-Piltz, 2005, S. 4). Allerdings konnte sich die Functional School nicht gegen die konkurrierenden psychoanalytisch ausgerichteten Schulen durchsetzen, welche in dieser Zeit ebenfalls Einfluss auf die Soziale Arbeit hatten.

Für eine gründliche Exploration der individuellen Lebensgeschichte setzte sich die Diagnostic school ein, zu deren VertreterInnen u.a. Gordon Hamilton und Florence Hollis gehören. G. Hamilton beschreibt 1940 in seiner Arbeit ‚Theory and Praxis of Social Case Work‘ erstmals den Terminus ‚psychosozial‘. Er sieht die „[...] Probleme der Klienten als Zusammenspiel emotionaler und sozialer Kräfte, die gleichberechtigt nebeneinander existieren.“ (ebd., S. 5). F. Hollis wiederum prägte den Terminus ‚person-in-situation‘ und erarbeitet „[...] ein psychosoziales Verständnis der Mehrdimensionalität menschlicher Entwicklung.“ (ebd.). Beide Perspektiven waren zentral für das Verständnis der klinischen Sozialarbeit, da sie sowohl intra- und interpersonelle, wie auch gesellschaftliche Prozesse in einen systematischen Zusammenhang bringen.

---

<sup>54</sup> „Leitend für diese therapeutische Ausrichtung der Case Work waren Theorien von G.H. Mead, K. Lewin, J. Dewey und W.I. Thomas, die die menschliche Entwicklung als zielgerichteten Prozess betrachten.“ (Geißler-Piltz, 2005, S. 4)

<sup>55</sup> „Der Begriff >Functional School< ist irreführend, da er lediglich einen Aspekt dieser Richtung erfasst, nämlich die Orientierung auf die Aufgaben der >agencies<, die zur Zeit der Depression ihre Zweckbestimmung unter Beweis stellen muss.“ (Geißler-Piltz, 2005, S. 4)

Die Zeit nach der Machtergreifung der NSDAP wirkte sich verherrend auf die Profession der Sozialen Arbeit und deren ethisches Selbstverständnis aus. Vielen SozialarbeiterInnen wurde die Profession aberkannt, sie wurden enteignet, des Landes verwiesen oder in Konzentrationslager gesperrt. Die verbleibenden Fürsorgerinnen unterwarfen sich den menschenverachtenden Praktiken des NS-Regimes. Durch das 1934 festgeschriebene Reichsgesetz zur ‚Vereinheitlichung des Gesundheitswesens‘ wurden die Fürsorgerinnen dem Arzt als Hilfskraft unterstellt. Ihr Tätigkeitsprofil in dieser Zeit war im Wesentlichen durch Büroarbeit, Hausbesuchen und Hilfe in Beratungsgesprächen gekennzeichnet. Diese Phase der deutschen Geschichte stellt für die Klinische Sozialarbeit bis heute eine nur schwer zu überwindende Hürde dar. So wirkt die Unterwerfung der damaligen Fürsorgerinnen noch viele Jahre nach Kriegsende in der Gesundheitsarbeit nach, was „[...] auch die anhaltend unglückliche Liaison zwischen Medizin und Sozialarbeit“ (ebd.) erklärt. Nach 1945 stieg das Interesse an der beratenden und behandelnden Sozialarbeit. Die klinisch tätigen SozialarbeiterInnen im Gesundheitswesen wollten durch hohe Qualitätsstandards wettbewerbsfähig neben ÄrztInnen und PsychologInnen sein.

„Selbstbewusst positionieren sie sich und ihre Dienste als >>therapy plus<< [...], d.h. als Behandlung von Einzelpersonen [...] und Gruppen unter Berücksichtigung des situativen und sozioökonomischen Kontextes.“ (Geißler-Piltz, 2005, S. 6)

Folglich vollzog sich zu dieser Zeit ein Wandel weg von dringend benötigter materieller hin zu persönlicher Hilfe in Deutschland. Ein neues Methodenverständnis wird zum Selbstverständnis der frühen Nachkriegszeit.

In den 70er und 80er Jahren wurden viele psychotherapeutische Methoden entwickelt und in die Soziale Arbeit integriert (z.B. in Form von Gemeindepsychologie). Das von C. B. Germain und A. Gitterman (1980) entwickelte Life Model bildet einen integrativen Rahmen für die Sozialarbeit. Hierbei handelt es sich um ein Interaktionsmodell, bei dem die Entwicklung des sozialen Individuums in seine natürliche, ökonomische, soziale und kulturelle Umwelt beschrieben wird. Die Therapiebewegung in dieser Zeit in Deutschland hatte großen Einfluss auf die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit.

Zur selben Zeit wurde massive Kritik seitens der Sozialwissenschaften an den diskriminierenden Praktiken der Medizin und Psychologie geübt. Durch diese Kritik prägte sich der Terminus der Sozialpsychiatrie. Die Sozialpsychiatrie sieht psychische Krankheiten und Störungen als sozialen Prozess und hat folglich viele

Gemeinsamkeiten mit der Sozialen Arbeit. Die Einzelfallhilfe geriet ebenfalls in Verruf. „Mit der Infragestellung der Einzelfallhilfe wurden aber auch der gesellschaftliche Auftrag und das Selbstverständnis des Berufes fragwürdig [...]“ (Geißler-Piltz, 2005, S. 8). Zentrale Kritiken an der Einzelfallhilfe waren zum Einen die helfende Beziehung und zum Anderen der Vorwurf, dass soziale Probleme psychologisiert und psychische Störungen als selbstverschuldet begriffen werden würden. Ein anderer Kritikpunkt zielte auf die fehlende Überprüfbarkeit der Methoden ab „[...] die sich zwar anspruchsvoller aber inhaltsarmer subjektiver Begriffe wie Haltung und Gefühl bedienen [...]“ (ebd., S. 7) diese aber nicht wissenschaftlich belegen können.

In den Ausbildungen an den neu etablierten Fachhochschulen rückten die Einzelfallhilfe und die Vermittlung von Handlungs- und Methodenkompetenzen zunehmend in den Hintergrund. Die DozentInnen in den 70er Jahren waren ‚BezugswissenschaftlerInnen‘ von Universitäten, die von der Praxis der Sozialen Arbeit kaum etwas wussten und demnach nur wenig motiviert waren, ihr Fachwissen in die Weiterentwicklung der Profession der Sozialen Arbeit einfließen zu lassen. Die AbsolventInnen fühlten sich in Anbetracht der komplexen Probleme ihrer KlientInnen von den HochschuldozentInnen nicht ausreichend vorbereitet, was u.a. eine starke Verunsicherung des methodischen Selbstbewusstseins zur Folge hatte.

„Dies hatte zur Folge, dass das entstandene Vakuum nicht durch die Soziale Arbeit, sondern die klinische Psychologie und ihre psychotherapeutischen Methoden gefüllt wurde. Die Sozialarbeit bleibt scheinbar in der Tradition der Einzelfallhilfe [...], verfügt jedoch über kein Instrumentarium, die theoretischen Kenntnisse in reflektiertes professionelles Handeln münden zu lassen. [...] Zum dritten Mal innerhalb von 50 Jahren verlor die Sozialarbeit in Deutschland den Anschluss an die internationale Entwicklung.“ (Geißler-Piltz, 2005, S. 8).

## ***6.2 Allgemeines***

„Die Thematik der Klinischen Sozialarbeit erreichte die Praxis der Sozialen Arbeit in Krankenhäusern [...] erst nachdem die Fachhochschulen für Sozialwesen diese Begrifflichkeit [...] aus Amerika übernommen hatten.“ (Gödecker-Geenen, Weis, 2002, S. 9). Der Notwendigkeit dieser Fachsozialarbeit wurde mit vielen Fragen und Skepsis

begegnet<sup>56</sup>, während sich die Clinical Social Work (CSW) in den USA bereits in allen Praxisfeldern der Sozialen Arbeit etablieren konnte. Die Etablierung dieser Spezialisierung ging mit einer großen Debatte einher, bei der sich eine „[...] als generalistisch verstehenden Sozialarbeit (z.B. DBSH) und einer für Spezialisierung und Professionalisierung argumentierenden Sozialarbeit (z.B. DGSA, DVSG).“ (Hahn, 2010, S. 4) gegenüberstanden<sup>57</sup>. Der DBSH vertritt hierbei die Ansicht, dass die Soziale Arbeit auch ohne spezialisierte Weiterbildung, im Sinne der Klinischen Sozialarbeit, über ausreichend psychosoziale Kompetenzen verfüge, um sich im Gesundheitswesen behaupten zu können. Die BefürworterInnen dieser Fachsozialarbeit argumentieren, dass die Klinische Sozialarbeit notwendig sei, um den KlientInnen, der Gesellschaft und den Anforderungen der Sozialen Arbeit gerecht werden zu können. Darüber hinaus trage diese Fachsozialarbeit „[...] den besonderen Qualitätsanforderungen im Gesundheitswesen Rechnung und sorgt für verlässliche fachlich-wissenschaftliche Standards als Voraussetzung öffentlicher Anerkennung.“ (Gödecker-Geenen, Weis, 2002, S. 13). 1999 stand die Thematik der Klinischen Sozialarbeit erstmals im Mittelpunkt auf dem Bundeskongress der Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V. (DVSK), auf dem ihre Kompetenzen und möglichen Arbeitsfelder vorgestellt wurden. A. Mühlum (2002) hebt in diesem Zusammenhang noch einmal hervor, dass es „[...] vor allem die Foren der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit – DGS- [...] und nicht zuletzt der an der Fachhochschule Coburg entwickelte Masterstudiengang [...] [waren], die eine lebhafte Kontroverse in der Fachöffentlichkeit auslösten.“ (S. 18). Trotz der bisherigen Bemühungen der einzelnen Vereinigungen und engagierten VertreterInnen, ist die Klinische Sozialarbeit in der deutschen Fachöffentlichkeit noch nicht ausreichend bekannt. Ein Umstand der sich dringend ändern sollte (vgl. Geißler-Piltz, Pauls& Mühlum, 2005, S. 11).

Die Klinische Sozialarbeit orientiert sich einerseits an der internationalen Clinical Social Work. Andererseits hat sie ein eigenes Verständnis ihrer Profession, was nicht zuletzt auch den unterschiedlichen Systemvoraussetzungen geschuldet ist, wodurch die Clinical Social Work nicht 1:1 auf Deutschland übertragen werden konnte. Wichtig an dieser Stelle voraus zustellen ist, dass die Klinische Sozialarbeit in Deutschland nicht

---

<sup>56</sup> „Deutlich wurde die Notwendigkeit eines inhaltlichen Diskurses, der nicht unabhängig von den derzeitigen und zukünftigen Entwicklungen im Gesundheitswesen betrachtet werden kann.“ (Gödecker-Geenen, Weis, 2002, S. 9)

<sup>57</sup> Die im Zitat verwendete Abkürzung ‚DBSH‘ steht für den dt. Berufsverband Soziale Arbeit e.V., ‚DGSA‘ meint die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V. und ‚DVSG‘ steht für die dt. Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V..

mit der ‚Sozialarbeit in Kliniken‘ oder einer ‚Medikalisierung des Sozialen‘ gleichgesetzt werden kann.

### 6.2.1 Selbstverständnis

Bevor das Selbstverständnis dieser Fachsozialarbeit beleuchtet werden kann, sollte ein Blick auf den Terminus und seinen Ursprung geworfen werden. *Kline* stammt aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie ‚Bett‘ oder ‚Lager‘. *Kline téchne* beschreibt die Heilungskunst für bettlägerige, kranke Menschen. Später wurde unter dem Terminus ‚klinisch‘ dann die therapeutische Behandlung von Menschen im Allgemeinen verstanden. In der Klinischen Sozialarbeit geht es – grob gesagt – „[...] um die Herausstellung einer (Heil-) Kunst des psychosozialen Helfens, unabhängig vom Setting.“ (Klein, S. 3). Hierbei steht der person-in-environment Ansatz im Vordergrund. Der Fokus dieser Fachsozialarbeit liegt in einer differenzierten psychosozialen Diagnostik<sup>58</sup>, Beratung und Behandlung im Kontext der Lebenswelt des/ der einzelnen KlientIn, wodurch die Klinische Sozialarbeit als „[...] integrativer und mehrdimensionaler Behandlungsansatz [...]“ (Hahn, 2010, S. 3) angesehen werden kann.

B. Geißler-Piltz, H. Pauls und A. Mühlum (2005) unterstreichen, dass die klinische Arbeit in der Sozialarbeit die sogenannte ‚direct practice‘ meint und demnach eine direkte Interaktion mit dem/ der KlientIn und ein konkretes fallbezogenes (Be-) Handeln fordert. Die Klinische Sozialarbeit ist keine neue Erfindung, da sie mit der amerikanischen Clinical Social Work verwurzelt und historisch seit A. Salomon in die deutsche Sozialgeschichte eingebunden ist. Ihre VertreterInnen sehen sie als Fachsozialarbeit zwischen den Disziplinen der Medizin und Psychologie, da sie ihren Fokus auf die psychosoziale Situation eines Menschen legt und folglich körperliche oder soziale Belastungen im Kontext zu psychischen Konsequenzen betrachtet und umgekehrt (vgl. Ansen, 2002, S. 85). „In ihrem Verständnis ist sie präventive Gesundheitsarbeit, [die] bei der Wiederherstellung der Gesundheit [...] einen eigenen Behandlungsauftrag.“ (Geißler-Piltz, Pauls& Mühlum, 2005, S. 13) hat.

Die Klinische Sozialarbeit kann sowohl in psychosozial beratenden, wie auch soziotherapeutisch behandelnden Arbeitsfeldern stattfinden (z.B. in Krankenhäusern, Fachkliniken, Kinder-/ Jugend- und Familienhilfe etc.). Die Settings und Zeiten der

---

<sup>58</sup> „Psychosoziale Diagnostik ist [...] dadurch gekennzeichnet, die Selbstdeutungsmuster der KlientInnen zu respektieren und diese durch fachliche Einschätzung zu ergänzen.“ (Hahn, 2010, S.3)



Interventionen sind dabei variabel. Darüber hinaus hat die Klinische Sozialarbeit eine breite Zielgruppe, die im Folgenden kurz vorgestellt werden soll.

### 6.2.2 Zielgruppe

Wenn man sich die Definition der WHO von Gesundheit<sup>59</sup> vor Augen führt, die sie in den 50er Jahren gestellt hat und die reale Versorgung vor allem für die schwer erreichbaren oder benachteiligten Personengruppen (z.B. „[...]stark marginalisierte Bevölkerungsgruppen, mit ethnischer, kultureller und/ oder ökonomischer Benachteiligung [...]“ (Hahn, 2010, S. 3)) hinzuzieht, so zeigt sich eine Behandlungslücke im psycho-sozialen Bereich. Dies liegt u.a. daran, dass das eben genannte Klientel nur erschwerten Zugang zu (konventionellen) Hilfsmöglichkeiten (vgl. Hahn, 2010, S.3) „[...] auf der hochschwelligigen Ebene der Psychotherapie in ihrer derzeitigen Angebotsform“ (Gahleitner, 2006, S. 12) hat. Dieses Klientel gilt als ‚hard-to-reach‘ und wird oftmals sich selbst überlassen. Sowohl psychisch kranke Menschen, Menschen mit familiären Problemen und in entwicklungs- und situationsbedingten Krisen, als auch Drogen- und Alkoholabhängige oder traumatisierte Menschen gehören dazu. Sie haben Bedürfnisse nach Zuwendung, Aufklärung, Unterstützung, Begleitung, Beratung und Therapie. Diese Bedürfnisse „[...] resultieren aus Belastungen, Krisen und Erkrankungen, die in komplexer Weise sozial relevant und überwiegend auch sozial bedingt sind.“ (Geißler-Piltz, Pauls& Mühlum, 2005, S. 48).

„Der Anspruch, das seelische und soziale Moment von Gesundheit und Krankheit in ganzem Umfang einzubeziehen sowie eine gesundheitsfördernde und korrektive soziale und ökologische Umwelt zu gestalten, ist damit in keiner Weise eingelöst.“ (Gahleitner, 2006, S. 12).

Die Krisen und/ oder Belastungen, die diese Menschen erleben/ erlebt haben sind häufig gekoppelt mit sozialer Isolation, einem mangelhaftem Zugang zu adäquaten Hilfen, Armut und Arbeitslosigkeit. Folglich hat die Klinische Sozialarbeit, genau wie die Soziale Arbeit, überwiegend mit einem schwer erreichbaren Klientel (‚hard-to-reach‘) in multiplen Problemsituationen zu tun. Die KlientInnen stehen dem/ der (Klinischen) SozialarbeiterIn anfangs häufig misstrauisch gegenüber und erleben das Hilfsangebot als ‚verordnet‘ (vgl. ebd., S. 14). Für dieses Klientel ist oftmals ein „[...] gravierender *person-in-environment-misfit*, d.h. Personenmerkmale passen nicht zu

---

<sup>59</sup> „Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit als einen Zustand völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens.“ (Bosshard, Ebert, Lazarus, 2007, S. 24)

Umgebungsmerkmalen und vice versa.“ (Geißler-Piltz, Pauls& Mühlum, 2005, S. 49) kennzeichnend.

Diese KlientInnen haben vermehrt „[...] unrealistisch hohen Erwartungen, die in Hoffnungslosigkeit umschlagen, wenn sie nicht umgehend erfüllt werden. Häufig haben sie die Erfahrungen misslungener Hilfeversuche bzw. Behandlungen und schmerzlicher Stigmatisierung gemacht, die ihren geringen Selbstbezug, die Unfreiwilligkeit der Mitarbeit und ihre häufig geringe Motivation begründen. Je nach Umfang der sozialen, materiellen und psychischen Ressourcen, ist initial eher geringe Selbsthilfefähigkeit gegeben.“ (ebd., S. 50). Dies ist auch der Grund warum die Soziale Arbeit und damit auch die Klinische Sozialarbeit durch aufsuchende Maßnahmen versucht, eine breitere Maße dieses Klientels zu erreichen. Die Klinische Sozialarbeit setzt im Gegensatz zur Klinischen Psychologie „[...] an der soziale Perspektive an, also daran, das Unterstützungspotential durch Kompensation defizitärer sozialstruktureller Situationsfaktoren im Alltag zu mobilisieren.“ (Gahleitner, 2006, S. 12).

Zusammengefasst kann von Klinischer Sozialarbeit gesprochen werden, wenn Soziale Arbeit in Behandlungskontexten stattfindet, wo sie an Behandlungsprozessen beteiligt ist und eigene Beratungs- oder Behandlungsaufgaben wahrnimmt, so z.B. bei KlientInnen mit psycho-sozialen Problemen (z.B. in Verbindung mit psychischen Störungen oder Behinderungen etc.). Klinische Aufgaben richten sich an Menschen, „[...] deren Belastung reduziert und deren Problembewältigungsverhalten durch methodisch geleitete Einflussnahme verbessert werden soll.“ (Pauls, Mühlum, 2005, S. 7).

### *6.2.3 Arbeitsfelder und klinische Aufgaben*

Klinische Sozialarbeit kann sowohl in stationären, teilstationären, ambulanten Settings oder Übergangseinrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens in Einzel- oder Gruppenangeboten durchgeführt werden. Zu den wichtigen institutionellen Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit gehören u.a. (Akut-) Krankenhäuser, psychiatrischen Kliniken, Gesundheitsämtern, Rehabilitationskliniken und Beratungsstellen (vgl. Pauls, Mühlum, 2005, S. 7). Die Praxisfelder im Gesundheitsbereich sind sehr heterogen, da „[...] Bezirke, Landkreise, Gemeinden und die Institutionen selbst jeweils eigene Schwerpunkte setzen und Zuordnungen treffen.“ (Geißler-Piltz, Pauls& Mühlum, 2005, S. 83). Dies ist auch der Grund, warum sich die

Klinische Sozialarbeit über ihre klinischen Aufgaben definiert, die in fast allen Bereichen der Sozialen Arbeit vorkommen.

Vor allem für das spezialisierte Arbeitsfeld der Psychiatrie scheint eine klinisch-sozialarbeiterische Planungs-, Behandlungs- und Kooperationskompetenz von großer Bedeutung zu sein. Mit Hilfe der gesetzlichen Regelung in der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) konnte die Soziale Arbeit sich als feste Komponente innerhalb psychiatrischer Behandlung integrieren.

„Durch die PsychPV erfuhr die Sozialarbeit zweifellos eine erkennbare Aufwertung und eine Tätigkeitsgarantie im Rahmen der Krankenhausbehandlung. So ist die soziotherapeutische mehrdimensionale Behandlung für Patienten und Suchtkranke aufgeführt und komplexe sozialtherapeutische Interventionen werden der Zuständigkeit von Sozialpädagogen zugeordnet.“ (ebd., S. 85). Leider ist es bis heute so, dass ihr Tätigkeitsprofil von Berufsfremden erstellt wird, wodurch oftmals nur die Sozialberatung bzw. die Sozialtherapie ‚gesichert‘ ist. Nichtsdestotrotz konnte die Soziale Arbeit im psychiatrischen Arbeitsfeld ein beachtliches Maß an Eigenständigkeit und Professionalität erreichen. Dieser Fakt ist besonders hervorzuheben, da die Soziale Arbeit in der Psychiatrie mit einer Vielzahl von verschiedenen Denkmustern und Professionen konfrontiert ist, wie in kaum einem anderem Berufsfeld (vgl. Clausen, Dresler & Eichenbrenner, 1997, S. 108). Um dem Anspruch der Klinischen Sozialarbeit gerecht werden zu können, ist eine interdisziplinäre Kooperation in einem multiprofessionellen Team unerlässlich.

In Krankenhäusern wird von den SozialarbeiterInnen i.d.R. erwartet, dass sie Vermittlungstätigkeiten wahrnehmen (Heim, Pflege, Rehabilitation etc.), praktische Hilfestellungen für die Bereiche ‚Wohnen, Finanzen, Arbeit‘ geben und „[...] bei sozialen Implikationen der Krankheit selbst beraten und unterstützen [...]“ (ebd., S. 89). Weiterhin ist die Soziale Arbeit in Krankenhäusern von Administration und Organisation gekennzeichnet, was den psychosozialen Kompetenzen SozialarbeiterInnen nicht gerecht wird und folglich auch nicht dem Anspruch und den Möglichkeiten einer aktiven klinisch-sozialen Mitwirkung der Behandlung entspricht. Demnach kann die Soziale Arbeit im Krankenhaus dem diagnostischen und sozialtherapeutischen (und somit auch klinischen) Anspruch nur teilweise gerecht werden. „Deshalb ist es nicht korrekt, wenn die Kliniksozialarbeit pauschal mit Klinischer Sozialarbeit gleichgesetzt wird.“ (ebd., S. 89f.). Die Klinische Sozialarbeit

versucht die gesundheitlichen Risiken mit Hilfe von beratenden, fördernden und betreuenden Maßnahmen zu minimieren.

#### 6.2.4 Aufgabenstellung

Klinische SozialarbeiterInnen sind ExpertInnen für soziale und psychosoziale Beratung, Behandlung und Intervention und haben u.a. den Anspruch „[...] belastenden Auswirkungen erlebter sozialer Kränkung mittels psychosozialer Intervention [...]“ (Geißler-Piltz, Pauls& Mühlum, 2005, S. 48) zu begegnen. Das Besondere an dieser Fachsozialarbeit liegt in der Qualifikation, unterstützungsbedürftigen Menschen, durch methodisch reflektierte psychosoziale Arbeit, zu einer verbesserten Lebensqualität zu verhelfen (vgl. Pauls, Mühlum, 2005, S. 7).

Für eine gelingende Behandlung ist es wichtig, dass neben der somatischen, psychischen auch die soziale Komponente in das Heilungsgeschehen einbezogen wird, so wie es auch das Konzept der WHO-Gesundheitsförderung vorsieht<sup>60</sup> (vgl. Zurhorst, 2005, S. 6). Somit gehören zu den wesentlichen Aufgaben Klinischer SozialarbeiterInnen „(neben den wirtschaftlichen, rechtlichen und vermittelnden Maßnahmen grundständiger Sozialarbeit im Rahmen des *Case Managements* wie Klärung von Anspruchsvoraussetzungen oder Sicherung des Lebensunterhaltes)“ (Geißler-Piltz, Pauls& Mühlum, 2005, S. 58) u.a.:

- die Mitarbeit in der Diagnostik (mit Schwerpunkt auf die Sozialanamnese, Belastungs- und Familiendiagnostik und Netzwerkanalyse);
- die Psychosoziale Beratung;
- die Psychoedukation „[...] zur Förderung des Verständnisses für krankheitsbedingte Verhaltensweisen und verminderte Leistungsfähigkeit, für die Notwendigkeit ambulanter Weiterbehandlung, indirekte Unterstützung durch Aufklärung und Zusammenarbeit mit öffentlichen und karitativen Einrichtungen [...]“ (ebd., S. 58f.)
- Rehabilitationsaufgaben (Beruf, Wohnung, soziales Umfeld) und
- aufklärende Öffentlichkeitsarbeit, wodurch Vorurteile in der Gesellschaft gegenüber Krankheiten und Krankenhäusern abgebaut werden sollen.

---

<sup>60</sup> Lt. diesem Konzept wurzeln Gesundheit und Krankheit in psychosozialen und kulturellen Lebensweisen/Milieus der jeweiligen sozialen Gruppe, was eine Behandlung auf allen Ebenen erfordert. (vgl. Zurhorst, 2005, S. 6)

Wie aus der Aufzählung deutlich wurde, will die Klinische Sozialarbeit den „Prozess der Annahme der Krankheit [...] begleiten und die Auseinandersetzung mit den körperlichen, psychischen und sozialen Folgen [...] fördern. Ein weiterer Schwerpunkt ist der Trauerprozess im Umgang mit der körperlichen Beeinträchtigung und dem Verlust von Lebensqualität [...].“ (Geißler-Piltz, Pauls& Mühlum, 2005, S. 59). Wenn die Klinischen SozialarbeiterInnen über klinische Kenntnisse verfügen und sie in ihrer Berufspraxis kritisch reflektieren, können sie mit ihrem Anspruch einer Fachsozialarbeit, die ärztliche und pflegerische Versorgung im Gesundheitswesen wesentlich bereichern.

Die Klinische Sozialarbeit ist eine Spezialisierung der Sozialen Arbeit „[...] die auf den Grundzügen der Disziplin und Profession beruht und mittels Vertiefung in den Wissens- und Interventionsbereichen als >>Fachsozialarbeit in der Sozialen Arbeit<< angesiedelt ist.“ (Hahn, 2010, S. 3). Ihre klinische Komponente ist demnach gekennzeichnet durch: „[...] vertiefte Wissensbestände [...], die Entwicklung umfangreicher Interventionsfähigkeiten (z.B. [...], Assessment & Diagnose, Interventionsauswahl, Netzwerkorientierung und –generierung, Case Management, Evaluation und Forschung) und eine spezifische professionelle Haltung (Selbstreflexivität, diagnostische Grundhaltung, Wertschätzung, Empowerment).“ (ebd.).

H. Pauls und A. Mühlum (2005) heben noch einmal zusammenfassend hervor, dass die Eigenart klinischer Intervention in der Indikation (z.B. hard-to-reach Klientel); der Vorgehensweise und Intensität der personalen Einflussnahme (z.B. Therapieverfahren) und im Nutzen für den/ die zu behandelnde(n) KlientIn liegt (vgl. S. 7).

### **6.3 Chancen**

Die Zahl all jener, die bei der Bewältigung des Alltags Hilfe benötigen wächst konstant. Dies hat zur Folge, dass auch die klinisch-soziale, personenzentrierte und direkte Praxis, wie sie von der Sozialen Arbeit praktiziert wird, nicht nur im Gesundheitswesen an Bedeutung gewinnt. Mit Hilfe der Klinischen Sozialarbeit erhöhen sich die Chancen für alle (potenziellen) KlientInnen besser mit Einschränkungen leben zu können und prekäre Bedingungen zu verbessern unter denen „[...] marginalisierte und besonders vulnerable Menschen leiden.“ (Geißler-Piltz, Pauls& Mühlum, 2005, S. 154). Der Zugang zu diesem Klientel wird im Wesentlichen der Sozialen Arbeit aufgetragen, so dass diese ihre eigene Fachkompetenz ausbauen muss, anstatt die Klienten an andere

Professionen abzugeben. Diese Fachkompetenz kann nur erweitert werden, wenn das anwendungsbezogene Wissen generiert und wissenschaftlich abgesichert wird, so dass eigene Theorien dieser Profession entstehen können (vgl. ebd.). Um diesen Schritt näher zu kommen publizieren z.B. seit September 2005 die VertreterInnen der Fachverbände ZKS<sup>61</sup>, DGS und DVSG die wissenschaftliche Zeitschrift: ‚Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung‘, um einen „[...] stetigen Diskurs in der Scientific Community zu etablieren und so die Entwicklung der wissenschaftlichen Grundlagen der Disziplin voranzutreiben.“ (Hahn, 2010, S.3)

Die Diskussion um die Klinische Sozialarbeit hat in Deutschland eine Grundsatzdebatte um Spezialisierungen ausgelöst. Ein Vorteil der Klinischen Sozialarbeit ist, dass sie Problemstellungen und Störungen mit einem wesentlich breiter gefächerten Klientel in den unterschiedlichsten Settings bearbeiten kann, als andere Gesundheitsberufe. Diese Beobachtung konnte sowohl in den USA, als auch in Deutschland gemacht werden. Es gibt keinen vergleichbaren Beruf im psychiatrisch bzw. psychosozialen Bereich, der sich so breit gestreuten Aufgabenstellungen und Funktionen in Beratung, Betreuung, Therapie und Intervention annimmt (vgl. Pauls, 2004, S. 16f.).

Die Klinische Sozialarbeit hat zwei wesentliche Aufträge, die historisch gewachsen sind. Zum Einen soll sie den einzelnen Menschen Hilfe bieten und zum Anderen soll sie versuchen, die Lebensbedingungen bzw. die Gesellschaft ein Stück weit zu verändern. H. Pauls (2004) drückt es wie folgt aus und bringt damit die klare Differenzierung und Abgrenzung zur klassischen Psychotherapie<sup>62</sup> auf den Punkt:

„Gerade diese Schnittstellenarbeit im Lebensalltag der Menschen macht die Interventionskompetenz Klinischer Sozialarbeit aus. Weder die ‚innere‘ psychologische Welt noch die ‚äußere‘ Realität allein bilden ihr Feld, sondern der kritische Bereich, in dem ‚Inneres‘ und ‚Äußeres‘ aufeinandertreffen und zusammenwirken.“ (S. 19)

All diese vielen Aufgaben und Funktionen stellen die Klinische Sozialarbeit vor eine große Herausforderung, der sie auf Grundlage der theoretischen Konzeptionen von Salutogenese, Soziale Unterstützung, Stress-/ Belastungsbewältigung i. V. m. erfahrungsorientierten Therapie- und Beratungskonzepten und modernen analytischen Konzepten gewachsen ist (vgl. ebd.).

---

<sup>61</sup> ZKS steht für Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

<sup>62</sup> Deren Fokus i.d.R. innerpsychische Störungen und Ressourcen sind

## 7. Diskussion

In den vergangenen Kapiteln wurde ein Überblick über das Krankheitsbild der schizophrenen Psychose und den Behandlungsmöglichkeiten gegeben. Anschließend wurden zwei Therapien explizit vorgestellt: die Psychoedukation und das Integrierte Psychologische Therapieverfahren (IPT). Um dem/ der LeserIn einen Einblick zu geben, wie diese beiden Therapien in der Praxis umgesetzt werden können, wurde dies am Beispiel der Station 13 des Psychiatrischen Zentrums Rickling, einer Spezialstation für dieses Krankheitsbild, gezeigt. Im Folgekapitel wurde die Klinische Sozialarbeit vorgestellt, da diese sich bei der Behandlung der Schizophrenie, als wichtige und gleichberechtigte Profession (neben anderen) noch weiter integrieren soll.

Für die folgende Diskussion und die zentrale Fragestellung dieser Bachelorarbeit sind diese Aspekte sehr wichtig. In den nächsten Unterkapiteln sollen nun fünf Themen näher beleuchtet werden, wozu Hypothesen gebildet worden sind:

1. Die Soziale Arbeit spielt eine wichtige Rolle im Psychiatriealltag und konnte sich in dieses Arbeitsfeld integrieren.
2. Zwischen Medizin und Soziale Arbeit besteht bis heute ein Spannungsverhältnis.
3. Die Therapien Psychoedukation und IPT tragen zu einer gelingenden Therapie bei.
4. Die Klinische Sozialarbeit ist noch immer in der Diskussion.
5. Die Klinische Sozialarbeit ist eine wichtige Profession bei der Behandlung von Schizophrenie.

Wie aus den Thesen bereits ersichtlich wird, liegt in diesem Kapitel der Hauptfokus auf der Sozialen Arbeit und Klinischen Sozialarbeit im Tätigkeitsfeld der Psychiatrie und bei der Behandlung von schizophrenen Menschen.

### ***7.1 Soziale Arbeit in der Psychiatrie***

„Psychiatrie ist die Lehre von den seelischen Störungen und den seelischen Erkrankungen. Sie befasst sich mit der Verursachung und Entstehung (Ätiologie), den Merkmalen (Symptomatologie), der Systematik (Syndromatik und Nosologie) sowie der Diagnostik, der Prävention und Therapie der seelischen Krankheiten.“ (Bosshard, Ebert& Lazarus, 2007, S.19). Im Zuge einer Studentenbewegung in den 60er Jahren wurde massive Kritik an den damaligen psychiatrischen Denk-, Handlungs- und Beziehungsmustern geübt. Der therapeutische Nihilismus, die soziale Isolierung, die

Hospitalisierung, die Stigmatisierungen der PatientInnen und nicht zuletzt die menschenunwürdigen Verhältnisse in der psychiatrischen Versorgung wurden kritisiert.

M. Bosshard, U. Ebert und H. Lazarus (2007) dazu:

„[...] der Umgang mit psychisch kranken Menschen in der Anstalt, wie in der Gesellschaft allgemein, [hatte] mehr Ähnlichkeiten mit den sozialen Reaktionen auf Personen [...], die zu Gefängnisaufhalten verurteilt worden waren, als mit den sozialen Reaktionen auf körperlich kranke Menschen. Langfristige bis dauerhafte Formen der Ausgrenzung, Entrechtung, Entmündigung, sozialen Abwertung und Ächtung der Patienten prägten die z.T. inhumanen Lebensverhältnisse der Anstalten [...].“ (S. 31).

Die hauptverantwortliche Zuständigkeit von ÄrztInnen und der medizinischen Disziplin im Allgemeinen wurden zunehmend für die Behandlung psychischer Störungen in Frage gestellt (vgl. ebd.). Im Zuge dieser Studentenbewegung wurde eine Reintegration der psychisch kranken Menschen in die Gesellschaft<sup>63</sup> gefordert. Letzteres sollte einerseits dem Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen gerecht werden und andererseits den Labelingprozessen<sup>64</sup> entgegenwirken.

Zu dieser Zeit entwickelte sich die sogenannte ‚Sozialpsychiatrie‘<sup>65</sup>. Im Gegensatz zur klassischen symptom- und fallorientierten Psychopathologie, die davon ausgeht, dass alle Symptome durch gestörte physiologische Körperprozesse hervorgerufen werden (vgl. Dörr, 2005, S. 14), sieht die Sozialpsychiatrie eine psychische Krankheit als sozialen Prozess. Demnach rücken die sozialen Ursachen, Folgen und Behandlungsmöglichkeiten in das Zentrum der Betrachtung. Durch diese neue Betrachtungsweise wird „[...]der Erkenntnis Rechnung getragen, dass psychisches Leiden im Rahmen sozialer Interaktionen (mit) hergestellt wird und sich ausschließlich in sozialen Interaktionen zeigt.“ (ebd., S. 15).

Die Sozialpsychiatrie und die Soziale Arbeit sind durch „[...] ihre Ideen, Ziele und Methoden [...] in Deutschland auf vielfältige Weise miteinander verbunden, und neuerlich führt die Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit auch für die Psychiatrie sozialpsychiatrisches und sozialarbeiterisches Wissen zusammen.“ (Bosshard, 2008, S.

---

<sup>63</sup> „[...] die unzugänglichen Asyle für psychisch kranke Menschen, verborgen hinter hohen Mauern, fernab der Städte[...]“ (Bosshard, 2008, S.151) sind seit der Psychiatrie-Enquete 1975 fast komplett verschwunden.

<sup>64</sup> Die Labeling-Theorie oder auch Etikettierungstheorie geht auf E. Goffman zurück. Sie besagt, dass Devianz subjektiv zugeschrieben wird und nicht objektiv vorhanden ist.

<sup>65</sup> Die Sozialpsychiatrie ist ein Teilbereich der psychiatrischen Praxis mit dem Anspruch den Menschen in und mit seiner sozialen Umwelt zu verstehen und zu behandeln (vgl. Dörr, 2005, S.14)



152). Deutlich wird dies z.B. an dem Umstand, dass das was im Zuge der Sozialpsychiatrie gefordert worden ist (z.B. Verhindern von Ausgrenzung und Fremdbestimmung) bereits von den Klassikerinnen M. Richmond und A. Salomon für benachteiligte Personengruppen formuliert worden ist (ebd.).

Heutzutage steigt die Zahl der chronischen und psychisch kranken Menschen konstant an, so dass die „[...] kurativ auf Heilung, Linderung und Verhütung ausgerichtete Medizin [...]“ (Dörr, 2005, S. 21) zunehmend an ihre Grenzen stößt. Die Lebensbedingungen und auch der Lebensstil haben einen großen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf von psychischen Erkrankungen. M. Dörr (2005) unterstreicht daher, dass psychische Krankheiten nur unter Einbeziehung gesellschaftlicher Lebenspraxis gänzlich zu begreifen seien (ebd.). Folglich sollte sowohl bei der Prävention, als auch bei der Behandlung genau an diesen Punkten angesetzt werden. Denn nur ein ganzheitlicher Blick auf die psychische Störung kann zu einer gelingenden Behandlung beitragen. M. Bosshard, U. Ebert und H. Lazarus (2007) fassen diese neue Sicht auf psychische Erkrankungen wie folgt zusammen:

„Psychoanalyse, Lernpsychologie, System- und Kommunikationstheorie machten von verschiedenen Seiten aus die psychosozialen Bezüge des psychischen Krankheitsgeschehens deutlich. Psychodynamische Mechanismen, individuelle Lebensumstände, spezifische Beziehungsaspekte sowie Faktoren des näheren psychosozialen Umfeldes werden mit psychischen Störungen und Krankheiten verknüpft. Sie werden als disponierende, manifestierende, eskalierende und chronifizierende Bedingungen psychischer Erkrankung angesehen und regen in vielfacher Hinsicht zu einer Umbesinnung und Neuorientierung in der Behandlung, Betreuung und Versorgung der psychisch Kranken an.“ (S. 23)

Klinische SozialarbeiterInnen können auf Grund ihrer vertieften Wissensbestände, ihren umfangreichen Interventionsfähigkeiten und ihrer speziellen professionellen Haltung die ärztliche und pflegerische Versorgung im Gesundheitswesen sehr bereichern. Darüber hinaus verhelfen sie im Zuge ihrer methodisch reflektierten psychosozialen Arbeit den kranken Menschen zu einer verbesserten Lebensqualität (vgl. Pauls, Mühlum, 2005, S. 7). B. Geißler-Piltz, H. Pauls und A. Mühlum (2005) dazu:

„Sie [Klinische Sozialarbeit] ist, komplementär zur biosomatischen Medizin und einer sich immer störungsspezifischer ausrichtenden Psychotherapie, die Profession und Disziplin, die den *sozialen* Menschen mit seinen psychosozialen Belastungen und Krisen, Behinderungen und Nöten in und mit seinem Umfeld wahrnimmt und in

vernetzter gemeindenaher Kooperation (be-)handelt – mit Respekt und in Kenntnis seiner Biografie und Familie und unter Einbeziehung seiner Arbeitswelt, Freunde und Lebenslage.“ (S. 154).

In der oft zitierten Definition der WHO zu ‚Gesundheit‘ ist von ‚Wohlbefinden‘ die Rede. „Dieses Wohlbefinden ist abhängig von den inneren und äußeren Bedingungen, die es dem Menschen ermöglichen, flexibel und ausgleichend auf stetige Veränderungen der körperlichen, sozialen und psychischen Dimensionen des Lebens zu reagieren [...].“ (Dörr, 2005, S. 23). Die Soziale Arbeit ist die Kerndisziplin für die soziale Integration im Arbeitsfeld der Psychiatrie, da sie sich u.a. auf die psychosozialen Prozesse bei der Lebensbewältigung und den damit verbundenen Schwierigkeiten bezieht. Wenn man bedenkt, dass vor der ‚Psychiatrie-Enquete‘ (1975) die psychiatrische Versorgung fast ausschließlich von ÄrztInnen und PflegerInnen übernommen wurde und SozialarbeiterInnen nur vereinzelt in diesem Arbeitsfeld tätig waren, so hat sich hier ein deutlicher Wandel vollzogen. Nun ist vor allem das psychiatrische Arbeitsfeld für eine klinisch-sozialarbeiterische Planungs- und Behandlungskompetenz von entscheidender Bedeutung. Dank der PsychPV konnte die Soziale Arbeit sich als feste Komponente innerhalb der psychiatrischen Behandlung integrieren.

## ***7.2 Verhältnis von Medizin und Soziale Arbeit***

Der Nationalsozialismus wirkte sich verherrend für die Profession der Sozialen Arbeit aus. Viele SozialarbeiterInnen erhielten aus politischen oder ‚rassehygienischen‘ Gründen Berufsverbot, wurden enteignet und teilweise in Konzentrationslager gebracht. Die übrig gebliebenen Fürsorgerinnen wurden vom NS-Regime für seine Zwecke benutzt. Das Reichsgesetz von 1934 zur ‚Vereinheitlichung des Gesundheitswesens‘ degradierte die Fürsorgerinnen bis lange nach 1945 zu Hilfskräften von Ärzten. Zu dieser Zeit und auch in der Folgezeit war die soziale Dimension in der Medizin kaum von Bedeutung, was auch an der starken sozialwissenschaftlichen Kritik (in den 70er Jahren) bzgl. der diskriminierenden Praktiken der Medizin deutlich wurde.

Schon damals verzeichnete die Apparatedizin eine Vielzahl an Erfolgen. Allerdings stieß sie bei Krankheiten, die eine besondere Behandlung erforderten an ihre Grenzen, da die MedizinerInnen dafür nicht ausreichend ausgebildet worden sind. In den 70er Jahren hatte die Soziale Arbeit versucht sich von der klassischen fürsorgerisch-dienenden Haltung in der Medizin frei zu machen und sich zu einer eigenständigen

Profession entwickelt. Ihr Anspruch war es, die psychosoziale Dimension von Krankheiten und Störungen selbstständig zu vertreten. In der Folgezeit entwickelte sich das Konzept der gesundheitsfördernden Sozialen Arbeit, welches heute der Klinische Sozialarbeit entspricht (vgl. Geißler-Piltz, 2005, S. 9).

1973 konstatierte der Bundesgesundheitsrat, dass SozialarbeiterInnen einen wesentlichen Beitrag zum Heilungsprozess darstellen und folglich eine fachliche Ergänzung zur ärztlichen Tätigkeit seien. Ein erfolgreicher Heilungsprozess kann allerdings nur dann stattfinden, wenn alle an der Behandlung beteiligten Professionen kooperieren und die SozialarbeiterInnen dabei als fachlich eigenständige PartnerInnen angesehen werden (vgl. Geißler-Piltz, 2005, S. 9). Leider konnte die Soziale Arbeit ihren neuen Aufgaben in dieser Aufbruchsstimmung nicht ausreichend gerecht werden, so dass in den 80er Jahren das Angebot höher war, als die Nachfrage. Vor allem junge SozialarbeiterInnen fehlten im Gesundheitswesen. B. Geißler-Piltz (2005) begründet diesen Fakt folgendermaßen:

„Die Dominanz der biomedizinisch geprägten, streng hierarchischen Kultur schreckte die neue Generation von Sozialarbeitern ab. Das System der medizinischen Versorgung wurde von »Göttern in Weiß« dominiert und stand im Widerspruch zur sozialberuflichen Kultur, die dem Klienten einräumte, Experte seines Lebens zu sein.“ (S. 9)

Vor allem wenn SozialarbeiterInnen nur über wenig medizinische oder pflegerische Vorkenntnisse im Gesundheitswesen verfügten, konnten sie ihre psychosoziale Kompetenz und ihren sozialwissenschaftlichen Blick auf die verschiedenen Krankheitsverläufe im Behandlungsalltag kaum durchsetzen. So dass sich die Soziale Arbeit in diesem neu definierten Arbeitsfeld nicht positionieren konnte, um das soziale Krankheitsverständnis bzw. die soziale Dimension von Krankheit ausreichend zu beleuchten. Dieser Fakt ist nicht zuletzt auch den damaligen Ausbildungsstätten geschuldet, die ihren StudentInnen nur unzureichend klinische Erklärungs- und Verstehensmodelle oder psychosoziale Behandlungskonzepte vermittelten.

In diesem Dilemma bildet das Arbeitsfeld der Sozialpsychiatrie eine Ausnahme. Durch die PsychPV konnten die SozialarbeiterInnen während der Aufbruchsstimmung der Psychiatriereform eine Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte in der Behandlung von psychisch kranken Menschen durchsetzen. Folglich konnten sie ihre Profession aufwerten und sich ein neues Arbeitsfeld bis heute ‚sichern‘. Dies ist vor allem unter dem Gesichtspunkt hervorzuheben, dass die Soziale Arbeit in kaum einem anderen

Arbeitsfeld mit so vielen verschiedenen Wissenschaften, Denkmustern und anderen Berufsgruppen konfrontiert ist, wie es im psychiatrischen Arbeitsfeld der Fall ist (vgl. Clausen, Dresler& Eichenbrenner, 1997, S. 108). Da psychische Krankheiten oftmals mit sozialen Ungleichheiten oder ‚negativen‘ Lebensweisen gekoppelt sind, kann sich die Soziale Arbeit nicht einem rein medizinischen Krankheitsverständnis unterwerfen (vgl. Mühlum, 2002, S. 24). Die Soziale Arbeit hat im Laufe der Zeit eine Fachsozialarbeit entwickelt, für die das Arbeitsfeld der psychiatrischen Kliniken mit zu den wichtigsten Arbeitsbereichen gehört, die sogenannte ‚Klinische Sozialarbeit‘.

„Klinische Sozialarbeit versteht ihre Aufgabe [...] als Vermittlung und kontextsensible Kommunikation des anwendungsorientierten bio-psycho-sozialen Paradigmas unter besonderer Berücksichtigung der *sozialen* Dimension im Gesundheits- und Krankheitsgeschehen.“ (Geißler-Piltz, Pauls& Mühlum, 2005, S. 13). Um dieser Aufgabe gerecht zu werden ist eine interdisziplinäre Kooperation in einem multiprofessionellen Team unerlässlich. Obwohl die (potenziellen) KlientInnen/PatientInnen zunehmend stärkeren sozialen, psychischen, sozio- und psychosomatischen Belastungen ausgesetzt sind und eine psychosoziale Prävention, Diagnostik und Intervention folglich an Bedeutung gewinnt, da sie ihren Blick auf Krankheiten über die biomedizinischen Engführungen hinaus öffnet (vgl. Geißler-Piltz, 2005, S. 10; vgl. Zurhorst, 2005, S. 4), gibt es bis heute leider noch immer ÄrztInnen, die den (Klinischen) SozialarbeiterInnen die kollegiale Anerkennung verweigern.

„So konnten auch in psychiatrischen Arbeitsbereichen die vom Druck der Ökonomisierung

freien Jahre nicht zur befriedigenden Klärung der sozialberuflichen Methoden und zur Systematisierung ihres Erfahrungswissens genutzt werden. Ohne anerkannte, spezifisch sozialarbeiterische Handlungs- und Interventionsformen konnte und kann sie [die Soziale Arbeit] sich nicht aus den Abhängigkeiten der unglücklichen Liaison [mit der Medizin] befreien und sich als gleichwertige Profession in psychosozialen Arbeitsfeldern positionieren.“ (Geißler-Piltz, 2005, S. 10).

Folglich ist es wichtig, dass die (Klinische) Sozialarbeit ihr Kompetenzprofil weiter schärft und sie Mittel und Methoden finden, um ihre Wirksamkeit nachzuweisen. Letzteres ist vor allem wichtig, um den ökonomischen Rationalitätskriterien der heutigen Zeit standzuhalten (vgl. Geißler-Piltz, Pauls& Mühlum, 2005, S. 90; vgl. Geißler-Piltz, 2005, S. 8-10).

### ***7.3 Warum IPT/ PE wichtig bei Schizophreniebehandlung?***

Auf Grund des unglücklichen Terminus von E. Kraepelin und später auch E. Bleuler wird Schizophrenie in der Öffentlichkeit häufig als gespaltene Persönlichkeit fehlinterpretiert und mit vielen Vorurteilen beladen. Letztere erschweren nicht nur den Betroffenen selbst das Leben und den Umgang mit dieser Erkrankung, sondern auch deren Angehörigen (vgl. Hell, 2008, S. 7ff.).

Bislang wurde noch keine eindeutige Ursache für dieses Krankheitsbild gefunden. Die Fehlschläge in der Ursachenforschung haben allerdings auch den Umstand mit sich gebracht, dass sich die Betrachtungsweise der PsychiaterInnen und TherapeutInnen auf das Störungsbild der schizophrenen Psychose veränderte (vgl. Bondy, 2003, S. 99). Im Laufe der Zeit hat sich eine Vielzahl von Theorien und Hypothesen bzgl. der Bedingungsfaktoren einer schizophrenen Psychose entwickelt (vgl. Lambert, Kammerahl, 2008, S.4), was sich ebenfalls in den zahlreichen Ansätzen für therapeutische Interventionen wieder spiegelt. An schizophrenen Menschen wurden in der Vergangenheit mit oder ohne theoretische Begründung eine Vielzahl von therapeutischen Experimenten angewandt, die allesamt das Ziel der ‚Heilung‘ verfolgten. E. R. Heintz (2004) verweist darauf, dass nahezu alle neu aufkommenden Heilmittel an diesem Krankheitsbild versucht worden sind (S. 8). Folglich erklärt sich auch der Umstand, dass es heutzutage eine Vielzahl von Behandlungs- und Therapieverfahren gibt. Dieses Überangebot erschwert allerdings auch das Finden der ‚richtigen‘ Therapie für den/ die Einzelne(n) (vgl. Bäuml, Pitschel-Walz u.a., 2005, S. 7f.).

Auf Grund dieser multifaktoriellen Ätiologie hat sich in der heutigen Behandlungspraxis ein ganzheitlicher und inzwischen standardisierter Therapieansatz durchgesetzt, bei dem sowohl pharmakologische, psychotherapeutische, psychoedukative und soziale Aspekte berücksichtigt werden (vgl. Hell, 2007, S. 110). Die Psychoedukation ist somit ein wichtiger Bestandteil in diesem integrativen Therapiekonzept (vgl. Goldbeck, 2004, S. 78). In der psychiatrischen Praxis werden heutzutage i.d.R. Kombinationsverfahren angewandt, da diese auch der Komplexität, der durch die Krankheit auftretenden Probleme, gerecht werden können (vgl. Rahn, Mahnkopf, 2005, S. 303). Mit Hilfe dieser neuen Therapiekonzepte sollen die PatientInnen befähigt werden, sich aktiver in ihre Behandlung einzubringen. Darüber hinaus soll auf diese Weise die (Wieder-) Eingliederung der PatientInnen in den Alltag erleichtert werden.

Das Ziel eines ganzheitlichen Therapiekonzeptes ist nicht die ‚Heilung‘ der schizophrenen Psychose. Vielmehr versucht dieser Therapieansatz den Betroffenen darin zu befähigen die persönliche Waage von Belastung und Belastbarkeit im Gleichgewicht zu halten (vgl. Hell, 2007, S. 110), da eine Überforderung die Gefahr in sich birgt, dass die Positivsymptome beim Betroffenen erneut auftreten. Folglich werden im IPT beispielsweise die Anforderungen schrittweise gesteigert, so dass es zu keiner Überlastung der GruppenteilnehmerInnen kommt. Um einer Überforderung ebenfalls entgegenzuwirken sollten sowohl beim IPT, als auch bei der Psychoedukation mit Pausen gearbeitet werden.

### *7.3.1 Psychoedukation (warum ist PE wichtig in Schizo-Behandlung)*

In der vorliegenden Arbeit wurde bereits das umfangreiche Störungsbild der schizophrenen Psychose erläutert und ein Überblick über die Therapiemöglichkeiten gegeben. Dabei lag der besondere Fokus auf der Psychoedukation und dem IPT. In diesem Abschnitt soll nun verdeutlicht werden, warum die Psychoedukation eine so entscheidende Rolle bei der Behandlung dieses Störungsbildes einnimmt.

Bei 80% der schizophrenen Menschen ist nach der Erstmanifestation der Schizophrenie von einer lebenslangen Erkrankung auszugehen, die durch immer wiederkehrende psychotische Schübe in unregelmäßigen Zeitabständen gekennzeichnet ist. Folglich dient die Psychoedukation primär der Wissensvermittlung (vgl. Hornung, 2000, S. 114f.). Hierbei lernen die GruppenteilnehmerInnen nicht nur vom ‚Experten‘, sondern auch vom offenen Austausch untereinander. Durch diesen Informationsgewinn sollen die PatientInnen darin befähigt werden ihre persönliche Krankheitsaktivität zu kontrollieren, die Langzeitfolgen zu vermeiden, Sozialkontakte zu erhalten und ihr psychisches Wohlbefinden zu steigern.

Mit Hilfe dieser niedrigschwelligen Gruppentherapie soll den Betroffenen die Möglichkeit gegeben werden, sich aktiv in ihre Behandlung einzubringen. Sich ‚aktiv einbringen‘ meint in diesem Zusammenhang, dass die PatientInnen ein Mitspracherecht bzgl. ihrer Behandlungsmethoden und Medikamente haben (vgl. Bäuml, 2005, S.1) und von diesem Gebrauch machen sollen. Um mit dem/ der behandelnden Arzt/ Ärztin aber konstruktiv diskutieren zu können ist es wichtig, dass der/ die PatientIn ein vergleichbares Wissen über die erwünschten und unerwünschten Wirkungen der Medikamente hat. Denn gerade die Nebenwirkungen verleiten viele PatientInnen dazu,

bei einer Verbesserung ihres Allgemeinzustandes, die Medikamente eigenhändig abzusetzen, was wiederum einen erneuten psychotischen Schub zur Folge haben kann.

Wie bereits erwähnt entsteht ein Rückfall meistens wenn die Waage der Belastung und Belastbarkeit nicht mehr im Gleichgewicht steht<sup>66</sup>. Allerdings kommt ein Rückfall nicht ad hoc sondern kündigt sich durch sogenannte Frühwarnzeichen an. Während der Psychoedukation lernen die Betroffenen, ihre persönlichen Frühwarnzeichen zu identifizieren und werden darin befähigt beim Auftreten dieser Frühwarnzeichen entsprechende Maßnahmen zu ergreifen (vgl. Bender, 2004 S. 175). Denn das Bewältigungsverhalten der Betroffenen trägt in belastenden Situationen im Wesentlichen dazu bei, ob es zu einem psychotischen Schub kommt oder nicht (Wienberg, 1995, S. 21). Hierfür wird am Ende der Psychoedukations-gruppe ein individueller Krisenplan erstellt, der die Betroffenen in der Krisensituation unterstützen soll. Die PatientInnen sollen also darin befähigt werden einen eigenverantwortlichen Umgang mit sich selbst zu entwickeln, so dass erneute schizophrene Symptome gar nicht bzw. nur vermindert auftreten.

Die Vermittlung des Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodells<sup>67</sup> hat einen großen Einfluss auf die Therapie schizophrener PatientInnen, da es biologische, genetische und psychosoziale Faktoren bei der Betrachtung des Krankheitsbildes berücksichtigt. R. Tölle und K. Windgassen (2009) erläutern, dass die Vulnerabilitätsschwelle mit Hilfe von Psychopharmaka und entsprechenden Therapien erhöht werden kann (S. 220). Eine erhöhte Vulnerabilitätsschwelle, die Reduktion von Stress und Stressaktivität und der Aufbau protektiver Ressourcen ermöglichen eine gute Rückfallprophylaxe (Hambrecht, Klosterkötter & Häfner, 2002, S. 2938). Da die Psychoedukation all diese Felder abdeckt, trägt sie einen wesentlichen Beitrag zur Rückfallprophylaxe (vgl. Bender, 2004, S. 173) bei und leistet somit einen wichtigen Beitrag zur Schizophreniebehandlung. Darüber hinaus verweisen J. Bäuml und G. Pitschel-Walz (2005) darauf, dass durch Psychoedukation die Kosten für die Schizophreniebehandlung erheblich gesenkt werden können (S. 15).

---

<sup>66</sup> Eine Überforderung bei geringer werdender Belastbarkeit kann auch zu einer Chronifizierung der psychotischen Symptome führen (vgl. Prünke, 2007).

<sup>67</sup> Das Modell geht davon aus, dass Menschen mit einer möglicherweise genetisch bedingten Neigung zu Psychosen besonders empfindlich auf Stressoren wie Pubertät, Schulabschluss, Heirat, Verlust eines nahe-stehenden Menschen, Schwangerschaft oder andere schwierige Lebenssituationen reagieren (vgl. Lambert, Kammerahl, 2008, S. 4). Stressoren müssen dabei nicht immer negativ belastet sein (vgl. Schwarzer, 2004, S. 220f.).

Allerdings existieren bis heute keine empirisch abgesicherten Aussagen bezüglich der Wirkfaktoren bei psychoedukativen Interventionen. Dies liegt einerseits am Fehlen einer endgültigen Definition der Methode „Psychoedukation“ und andererseits an den noch ausstehenden umfassenden wissenschaftlichen Untersuchungen. Ausgehend von den Erfahrungswerten lassen sich lediglich mutmaßliche therapeutisch entscheidende Faktoren in spezifische und unspezifische Wirkfaktoren unterscheiden. So wirken die Erarbeitung eines Krankheits- und Behandlungskonzeptes, der Fokus auf den Ressourcen der Betroffenen und eine klar, schulmedizinisch ausgerichtete Grundhaltung der GruppenleiterInnen spezifisch. Zu den unspezifische Wirkfaktoren gehören eine unbedingte Wertschätzung der GruppenteilnehmerInnen, ein Bedürfnis- und ressourcenorientiertes Vorgehen, empathisches Eingehen auf Äußerungen der Betroffenen und das respektvolle Paraphrasieren von Beiträgen der GruppenteilnehmerInnen. (vgl. Bäuml, Pitschel-Walz, 2005, S.9f.) Darüber hinaus ist die *„Echtheit und Selbstkongruenz der Gruppenleiter eine Conditio sine qua non“* (ebd., S. 10).

### 7.3.2 IPT (warum ist IPT wichtig in Schizo-Behandlung)

Das Integrierte Psychologische Therapieprogramm ist ein kognitiv-behaviorales Gruppentherapieprogramm (Müller, Roder & Brenner, 2007, S. 62), welches in 35 Studien mit 1529 PatientInnen weltweit evaluiert wurde. Es wurde vor gut 30 Jahren konzipiert und seither stets den neuen Erkenntnissen aus Forschung und Praxis entsprechend weiterentwickelt. Diese Weiterentwicklungen sind wichtig, da heutzutage 80% der Betroffenen dauerhafte kognitive Beeinträchtigungen aufzeigen (Roder, Brenner Kienzle, 2008, S. 52; Roder, Christen, 2010, Schmauß, 2006, S. 283).

Im Verlauf der fünf Unterprogramme des IPT's werden die Anforderungen an die GruppenteilnehmerInnen schrittweise gesteigert. Anfangs arbeiten die (Co-)TherapeutInnen mit leicht verständlichen Aufgabenstellungen, wodurch es bei den meisten TeilnehmerInnen bereits zu einer deutlichen Verbesserung der Wahrnehmung und des intellektuellen Leistungsvermögens kommt. Im Rahmen dieses Gruppentherapieangebots sollen die Betroffenen ihre Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnis verbessern und trainieren. Darüber hinaus werden sie darin unterstützt soziale Situationen richtig einzuschätzen und Probleme zu lösen, da das schizophrene Menschen häufig schwer fällt. Vor allem in komplexen oder belastenden Situationen



reagieren (vgl. Roder, Brenner& Kienzle, 2008, S. 65) schizophrene Menschen mit einer starken Erhöhung des zentralen Erregungsniveaus (Arousal), welches wiederum die Störungen in der Informationsverarbeitung fördert. Letzteres führt dazu, dass der/die Betroffene die Informationen nicht mehr adäquat erfassen kann und demnach nur noch Teilbotschaften seines/ ihres Gegenübers wahr nimmt, was häufig mit Fehlinterpretationen einhergehen kann. Da die beschriebenen Szenen häufig in sozialen Situationen auftreten, bei denen die affektive Beteiligung höher ist (vgl. Roder, Brenner& Kienzle, 2002, S. 60) werden diese Situationen u.a. im Unterprogramm ‚Soziale Fertigkeiten‘ in Form von Rollenspielen geübt. Die PatientInnen haben dabei die Möglichkeit die zu übenden Situationen selbst zu wählen. Wichtig bei der Erarbeitung des Rollenspiels ist, dass die PatientInnen auch ihre Ängste und Befürchtungen äußern bzw. sagen, was an der zu übenden Szene schwierig werden könnte, um sie aktiv in das Gruppengeschehen mit einzubeziehen.

V. Roder und M. Christen (2010) verweisen darauf, dass durch das IPT und seine Erweiterungen positive Therapieeffekte in den Bereichen: Neurokognition, soziale Kognition und soziales Funktionsniveau beobachtet werden konnten. Weiterhin wurde festgestellt, dass eine Verbesserung im kognitiven Bereich oftmals mit einer Verbesserung im Sozialverhalten einhergeht. Darüber hinaus erwähnt M. Schmauß (2006), dass sich das IPT positiv auf die Rückfallhäufigkeit auswirkt. So lag die 1-Jahres Rückfallrate bei dem sozialen Training des IPT's beispielsweise bei 33% (S. 284). Das TherapeutInnenteam hat den Anspruch während des IPT's u.a. den Lebensalltag der TeilnehmerInnen in die Therapie einzubinden, wobei sie ebenfalls die neuro- und sozialkognitiven Therapiebereiche integrieren und die intrinsische Motivation fördern wollen. Aus diesem Grund sehen V. Roder, H. D. Brenner und N. Kienzle (2002) das IPT für die Behandlung der kognitiven Einbußen und der Störungen im Sozialverhalten als unumgängliche Interventionsform innerhalb einer ganzheitlichen Behandlung für schizophrene Menschen an (vgl. S. 49). D. Müller, V. Roder und H. D. Brenner unterstreichen diese Aussage auch nach sieben Jahren noch, in dem sie sagen, dass das IPT einen signifikant hohen globalen Therapieeffekt zeigt und Studien ebenfalls belegen, dass 60% der IPT-TeilnehmerInnen von dieser Therapie profitieren (vgl. Müller, Roder& Brenner, 2007, S. 69f.).

„Unter der Voraussetzung einer manualgeschützten Durchführung möglichst homogener Therapiegruppen sind innerhalb eines multimodalen Behandlungsansatzes und bei entsprechender Indikationsstellung [...] auch einzelne oder Kombinationen von

IPT-Unterprogrammen sinnvoll, wirksam und kosteneffizient. Bei heterogenen Gruppen, unspezifischer Indikationsstellung und Patienten mit Defiziten auf mehreren Funktionsebenen bewirkt dagegen nur die Durchführung des gesamten IPT nachhaltige Effekte. Zudem dürfte die breite Anwendungsmöglichkeit des IPT bei Patienten mit unterschiedlichem Krankheits- und Rehabilitationsstatus im gesamten Spektrum psychiatrischer Versorgungseinrichtungen dazu beitragen, die Lücke zwischen gezielten kognitiv-behavioralen Interventionen und unspezifischen Rehabilitationsansätzen innerhalb der Standardversorgung schizophrener Erkrankter zu schließen.“ (Müller, Roder & Brenner, 2007, S. 71)

#### ***7.4 Widerstände gegen Klinische Sozialarbeit***

In der heutigen Zeit ist eine deutliche Zunahme von chronisch-degenerativen Erkrankungen zu beobachten. Darüber hinaus steigt auch, bedingt durch den demografischen Wandel, die Zahl der alten, multimorbiden Menschen konstant. Auf Grund dieser zwei Entwicklungen wurde lt. B. Geißler-Piltz, H. Pauls und A. Mühlum (2005) ein Paradigmenwechsel in der Gesundheitsfürsorge notwendig. Folglich wächst der kostengünstigere ambulante Versorgungssektor, während der stationäre Bereich durch sogenannte ‚Diagnostic Related Groups‘ (DRG)<sup>68</sup> eingeschränkt wird (vgl. S. 19). Letzteres ist beispielsweise in Form von frühzeitigen Entlassungen beobachtbar. Die Behandlungsdauer in den Psychiatrien verkürzt sich, wodurch auch die Therapien (wie z.B. die Psychoedukation oder das IPT) ebenfalls zunehmend gekürzt und neu angepasst werden müssen. Von den SozialarbeiterInnen wird erwartet, dass sie trotz der steigenden Arbeitsbelastungen, die kranken Menschen effektiver behandeln. Darüber hinaus sollen sie ihre psychosozialen Interventionen verbessern und deren Wirksamkeit nachweisen.

„Wenn der Sozialen Arbeit dieser Nachweis nicht gelingt, übernehmen andere im Gesundheitsbereich ihre Aufgaben und verwischen damit die Grenzen der Profession. Dass Berufsgruppen wie Psychologen, Pfleger, Ärzte mit ungebrochener beruflicher Identität ihren Handlungsbereich auf Kompetenzfelder der Sozialen Arbeit ausdehnen

---

<sup>68</sup> Die Krankenhausfinanzierung wurde 2004 auf (DRG's) umgestellt. Von nun an ist die Höhe der Vergütung nicht mehr von der Verweildauer abhängig, sondern wird entsprechend einer Fallpauschale entrichtet, um die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser zu verbessern.

können, ist zunächst ein Beleg dafür, wie dünn die Trennungslinie zwischen Therapie und Sozialer Arbeit ist.“ (Geißler-Piltz, Pauls & Mühlum, 2005, S. 19).

B. Geißler-Piltz, H. Pauls und A. Mühlum (2005) verweisen in diesem Zusammenhang auf das Schlagwort: „*quicker and sicker*“ (ebd.). Dieses Schlagwort verdeutlicht, dass die PatientInnen auch nach der Entlassung oftmals einen erhöhten Versorgungsbedarf haben.

Wenn man sich diese schwierigen Rahmenbedingungen vor Augen führt, so ist es erstaunlich, dass die Soziale Arbeit in Zeiten von ‚Kosteneffizienz und Sparmaßnahmen‘ eine Fachsozialarbeit entwickeln konnte, die den Anspruch hat sich (u.a.) im Gesundheitswesen als festen Bestandteil zu integrieren. Die Einführung der Klinischen Sozialarbeit in Deutschland löste eine große Debatte aus, in der sich u.a. der DBSH als ‚generalistisch verstehende Sozialarbeit‘ und die DGSA, DVSG, die sich für die Spezialisierung zu einer Fachsozialarbeit aussprechen, gegenüber standen. H. Ansen (2002) fasst die Bedenken zusammen:

„Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen hat eine lange Tradition. Einzelansätze wie die Krankenhaussozialarbeit oder die Soziale Beratung im öffentlichen Gesundheitsdienst sind stabil etabliert und verfügen auch über ein Methodengerüst, mit dem es gelingt, den anspruchsvollen Aufgaben im Gesundheitswesen gerecht zu werden. Brauch wir vor diesem Hintergrund überhaupt die Klinische Sozialarbeit?“ (S. 83)

Die Antwort der VertreterInnen der Klinischen Sozialarbeit würden diese Frage mit einem eindeutigen ‚Ja‘ beantworten.

Die (Fach-) Hochschulen versuchen die Versäumnisse der vergangenen Jahre auszugleichen und bereiten die StudentInnen auch auf das Arbeitsfeld ‚Gesundheitswesen‘ mit Modulen wie ‚sozialmedizinische Grundlagen‘; ‚psychosoziale Beratung‘ oder ‚psychologische Grundlagen Sozialer Arbeit‘ vor. Dennoch neigen viele SozialarbeiterInnen dazu ihre Tätigkeit im Gesundheitswesen abzuwerten, in dem sie den/ die Arzt/ Ärztin als ‚mächtiges‘ Gegenüber ansehen. Letzteres Phänomen könnte daran liegen, dass sich SozialarbeiterInnen gegenüber anderen Berufsgruppen mit klarer Identität unterlegen fühlen und Zweifel haben, ob sie den Anforderungen der Praxis nachkommen können. Dieses Unterlegenheitsgefühl geht vermehrt mit einer Unsicherheit, hinsichtlich der Grenzen des Entscheidungs- und Verantwortungsbereiches der SozialarbeiterInnen, einher. B. Geißler-Piltz, H. Pauls und

A. Mühlum (2005) verweisen in diesem Zusammenhang auf Studien, die diese Beobachtung stützen:

„Untersuchungen bestätigen, diese Tendenz der Selbstentwertung bzw. professionellen Verunsicherung. In der *Eigenverantwortung* sind Sozialarbeiter wenig geeignet, sich im medizinischen System zu behaupten.“ (S. 20). Um dieser Unsicherheit entgegenzuwirken machen viele SozialarbeiterInnen psychotherapeutische Weiterbildungen „[...] in der Hoffnung auf höheres Ansehen als Familien- oder Gestalttherapeut.“ (ebd.).

Obwohl SozialarbeiterInnen häufig mit einem Klientel arbeiten, das als schwer erreichbar, demoralisiert und therapieresistent gilt (vgl. ebd., S. 151), werden ihnen Mittel und Methoden vorenthalten, die sie benötigen, um mit den KlientInnen adäquat arbeiten zu können. Ein Beispiel hierfür wäre die psychosoziale Kompetenz, über die ausgebildete SozialarbeiterInnen zwar verfügen, die ihnen aber in der Praxis von anderen Heilberufsgruppen oftmals nicht zugestanden wird. Diese Kompetenz wird häufig als Psychotherapeutisierung denunziert, was zeigt, dass die soziale Dimension im Gesundheitswesen teilweise noch immer eine untergeordnete Rolle spielt<sup>69</sup>. An diesem Umstand ist die Soziale Arbeit allerdings mitschuldig, da es ihr bisher nicht ausreichend gelungen ist, „[...] zumindest der Fachwelt, und damit den wichtigsten Institutionen und Kooperationspartnern, ihr sozialberufliches Proprium zu vergegenwärtigen. Allzu oft wird sie als berufliche Restkategorie wahrgenommen, die erst auf den Plan tritt, wenn etablierte Professionen nicht mehr weiterarbeiten können oder wollen.“ (Geißler-Piltz, Pauls& Mühlum, 2005, S. 152).

Wenn also eine ohne hin schon ‚wenig geachtete‘ Berufsgruppe einen Anspruch im klinisch-therapeutischen Bereich ankündigt, liegt es nahe, dass sie dabei auf Ablehnung stößt. H. Pauls (2004) hebt in diesem Zusammenhang hervor, dass viele theoretische Grundlagen der Klinischen Sozialarbeit ihren Ursprung in anderen Disziplinen haben, wodurch eine präzise Eingrenzung dieser Fachsozialarbeit erschwert wird.

---

<sup>69</sup> „Berufspolitische Interessenkonflikte und strukturelle Mängel, etwa bei der Integration von medizinischem und psychosozialen Versorgungsbereich, sind ebenso Realität, wie die generelle Abwertung psychosoziale-therapeutischer Methoden und das Unvermögen, psychosoziale Beratung und Behandlung zu respektieren und zu fördern.“ (Geißler-Piltz, Pauls& Mühlum, 2005, S.151)

„Für die Klinische Sozialarbeit ist eine differenzierte Auseinandersetzung und eine sachgerechte Integration von psychotherapeutischen Ansätzen, Theorien und Methoden notwendig, um ihre Aufgabenstellungen zu bewältigen. Darüber hinaus entwickelt sie einen eigenen sozial(psycho)therapeutischen Ansatz, der die Themen der sozialen Integration durch intensive Einbeziehung der Umgebung, soziale Netzwerkarbeit und durch professionelle Soziale Unterstützung in der direkten Beratungs- und Therapiearbeit mit Klienten vor dem Hintergrund der Soziogenese von Belastungen, Störungen und Erkrankungen fokussiert.“ (Pauls, 2004, S. 18)

Die KritikerInnen der Klinischen Sozialarbeit warnen in der Diskussion um die Spezialisierung u.a. vor einer unzureichenden Methodenkompetenz, einer fehlenden heilberuflichen Anerkennung, einer Abwertung der bisherigen Sozialarbeit, einem Verlust der generalistischen Kompetenz und vor der Förderung von Rivalitäten (vgl. Geißler-Piltz, Pauls & Mühlum, 2005, S. 152). Diese und noch weitere Argumente erschweren der Klinischen Sozialarbeit den Zugang zur Praxis. Das größte Hindernis der Klinischen Sozialarbeit ist allerdings nicht der Fakt, dass ihre berufspraktischen Kompetenzen bezweifelt werden, sondern dass das Profil und auch das Berufsbild dieser Fachsozialarbeit selbst von der eigenen Zunft infrage gestellt wird (ebd.).

Wenn die Klinische Sozialarbeit an diesem Misstrauen etwas ändern und sich als eigenständige Profession etablieren will, muss sie ihre Wissensbestände, Methoden und Zuständigkeiten klar definieren (ebd., S. 20). Nur dann kann diese Fachsozialarbeit ihren eigenen Ansprüchen, wozu u.a. die Verbesserung der klinisch-sozialen Handlungsfähigkeit; die Entwicklung einer eigenen Disziplin; eine Aufwertung des Berufs und eine verlässliche Qualitätssicherung zählen, gerecht werden (ebd., S. 149f.). Die Klinische Sozialarbeit will über ‚das Generelle‘ hinausgehen, um der teilweise diffusen ‚Allzuständigkeit entgegenzuwirken. B. Geißler-Piltz, H. Pauls und A. Mühlum (2005) unterstreichen diesbezüglich, dass eine „[...] *Höherqualifizierung* nach Wissen, Können und Haltung bezüglich klinischer Praxis und Methodensicherheit ein unverwechselbares Profil [schaffen muss, ehe] [...] von *Fachsozialarbeit* gesprochen werden [kann]; [...]“ (S. 150).

### ***7.5 Warum ist Klinische Sozialarbeit bei der Behandlung von schizophrenen Menschen sinnvoll?***

Menschen, die seit längerer Zeit mit dem Krankheitsbild der Schizophrenie leben müssen sind einer Vielzahl von körperlichen und seelischen Belastungen ausgesetzt. Sie müssen ihre (Frühwarn-) Symptome wahrnehmen und kontrollieren und Entscheidungen bzgl. Behandlung treffen. Bestimmte Gewohnheiten, die die Betroffenen nun überfordern müssen um- und teilweise ganz eingestellt werden, was mit „[...] Einbußen bei der Ausübung sozialer und beruflicher Rollen [...]“ (Ansen, 2002, S. 92) einhergehen kann. Schizophrene Menschen müssen akzeptieren, dass sie von bestimmten Versorgungsleistungen abhängig sind und oftmals unterschiedliche Ansprechpartner haben für ihre medizinischen, pflegerischen, sozialen oder finanziellen Probleme (, die sich häufig auch überschneiden). Zu diesen ganzen Belastungen können auch noch die Familiären kommen, vor allem wenn der/ die Betroffene über kein ausreichendes soziales Netz verfügt. Wenn man sich diese Vielzahl an Belastungen vor Augen führt, wird schnell deutlich, dass all diese Belastungen die Krankheitsbewältigung des/der Einzelnen erschweren. Bei einem Krankheitsbild wie der schizophrenen Psychose kann sich das zum Beispiel im Auftreten von Negativsymptomen bemerkbar machen (ebd.).

Die Klinische Sozialarbeit kann und muss diese Besonderheiten des Krankheitsbildes aufnehmen, um den verschiedenen Bedürfnissen des/der jeweiligen KlientIn gerecht werden zu können. H. Ansen (2002) fasst in seinen Ausführungen die zentrale Bedeutung der Klinischen Sozialarbeit in der Schizophreniebehandlung zusammen:

„Vor allem dann, wenn es darum geht, Menschen mit ihren Beeinträchtigungen zu versöhnen, sie zu ermuntern, ihre Möglichkeiten in die Alltagsbewältigung einzubringen und gegen die Versuchung der Resignation durchzuhalten, sind klinische Arbeitsformen in der Sozialen Arbeit besonders hilfreich. [...] Die Betroffenen benötigen ggf. einen emotionalen Beistand und eine kognitive Unterstützung, die dazu beiträgt, die verbliebenen Spielräume zu erkennen und auszuschöpfen. So verstanden trägt die Klinische Sozialarbeit zur Lebensbewältigung unter erschwerten Bedingungen bei.“ (S. 88).

Allein an den Ausführungen von H. Ansen wird schon deutlich, dass die Medizin diesem speziellen Versorgungsauftrag nicht allein gerecht werden kann. Folglich sind andere Professionen, wie z.B. die der Klinischen Sozialarbeit, von großer Bedeutung.

An dieser Stelle sei nochmal darauf hingewiesen, dass eine Kooperation zwischen den einzelnen Professionen ‚auf gleicher Ebene‘ unumgänglich für eine gelingende Therapie ist. Die Klinische Sozialarbeit soll in multiprofessionellen Teams die soziale Komponente vertreten, indem „[...]sie psychosozialen Belastungen nachspürt und die betroffenen Menschen bei ihren Bewältigungsversuchen kompetent unterstützt.“ (Geißler-Piltz, Pauls& Mühlum, 2005, S. 151). Ein Grund mehr, der für die Integration der Klinischen Sozialarbeit im Gesundheitswesen spricht. Denn in der heutigen Zeit und vor allem bei dem Krankheitsbild der Schizophrenie geht es nicht mehr nur um ‚Heilung‘ (wenn überhaupt) – vielmehr geht es darum, die Betroffenen darin zu befähigen mit den gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu leben (Ansen, 2002, S. 94). Um diesem Versorgungsauftrag entsprechen zu können, ist das Selbstwertgefühl des/ der KlientIn entscheidend, da die Betroffenen ein starkes Mitspracherecht bzgl. sämtlicher Behandlungen und Maßnahmen haben. Dieses Selbstwertgefühl ist bei den Betroffenen meistens sehr niedrig, so dass es zunächst stark gefördert werden muss.

Die Klinischen SozialarbeiterInnen helfen ihren schizophrenen KlientInnen, die Tatsache ihrer Erkrankung mit all den Konsequenzen akzeptieren zu lernen. Folglich werden sie darin unterstützt, die (noch) vorhandenen, wenn auch teilweise eingeschränkten Lebens-möglichkeiten zu nutzen, um sich trotz ihrer Erkrankung eine möglichst hohe Lebensqualität zu erhalten. Um eine offene Auseinandersetzung mit der Krankheit zu ermöglichen, ist es wichtig, dass die Professionellen eine gemeinsame Sprache mit ihren KlientInnen haben. Der/ die Klinische SozialarbeiterIn sollte also seine/ ihre (Fach-) Sprache den kognitiven Möglichkeiten des/ der schizophrenen KlientIn anpassen.

Da eine schizophrene Psychose erstmalig häufig im Jugendalter auftritt, sind bei den Betroffenen wichtige Entwicklungsschritte, wie z.B. Beginn einer Ausbildung, Eintritt ins Berufsleben, Ablösung vom Elternhaus und eingehen von festen Partnerschaften, häufig unterbrochen bzw. abgebrochen. Vor allem bei chronischen Verläufen leben die Betroffenen oftmals in prekären Lebenslagen, für die oftmals die Arbeitslosigkeit ausschlaggebend ist (ebd., S. 96).

Die Klinische Sozialarbeit in Gesundheitswesen bezieht sich auf Aspekte, die mit „[...] der unmittelbaren Versorgung von Patienten oder Klienten verbunden sind. Es geht um die Behandlung und Begleitung von kranken Menschen, die ihre Situation persönlich bewältigen müssen, und um die Kompensation von sozialen Auswirkungen einer (chronischen) Erkrankung, insbesondere um eine ausreichende soziale Unterstützung

und eine adäquate soziale Sicherung. Die Auswahl theoretischer Aspekte der Klinischen Sozialarbeit wird von diesen Kriterien geprägt.“ (ebd., S. 101)

Folglich kann die Klinische Sozialarbeit schizophrenen Menschen in der kognitiven Verarbeitung ihrer Beeinträchtigungen unterstützen und emotionale Reaktionen wie z.B. Resignation „[...] in eine behandlungsförderliche Verfassung [...]“ (ebd., S. 105) bringen, um neue Handlungsmöglichkeiten gemeinsam zu erschließen.

All diese Möglichkeiten für Klinische SozialarbeiterInnen, sich in die Behandlung von schizophrenen Menschen zu integrieren setzen ein umfassendes Krankheitswissen für dieses Krankheitsbild und ein sozialrechtliches Wissen voraus. Weiterhin sollten Klinische SozialarbeiterInnen ihr Wissen auf den Einzelfall anwenden können, um dem/der KlientIn einen umfassenden Überblick über seine/ ihre Behandlungsmöglichkeiten und über die für sie/ ihn in Betracht kommenden Dienste und Einrichtungen zu geben. Wie aus dieser Aufzählung bereits ersichtlich ist, ist eine psychosoziale Kompetenz der FachsozialarbeiterInnen unumgänglich.

Wenn der/ die PatientIn einen Weg findet die Erkrankung zu akzeptieren und mit ihr zu leben, wirkt sich das wesentlich auf die Ergebnisse der Behandlung aus. Eine hippokratischen Weisheit besagt, dass der/ die PatientIn der/ die beste Arzt/ Ärztin sei. Somit sollten die Betroffenen aktiv in ihre Behandlung mit einbezogen werden, was die Compliance fördert. Gerade viele junge schizophrene Menschen haben eine mangelnde Compliance (z.B. auf Grund von mangelnder Krankheitseinsicht) und sind dementsprechend einem drei bis vierfach höherem Rehospitalisierungsrisiko ausgesetzt, als Andere.

Klinische SozialarbeiterInnen können folglich im Rahmen der Psychoedukation und dem IPT mit den Betroffenen arbeiten und darüber hinaus können sie auch in Einzelgesprächen etc. die oben genannten Aspekte (Aufklärung der Krankheit, Abstimmung des Verhaltens auf die Krankheit, Behandlungsmöglichkeiten, Förderung von Alltagsbewältigung etc.) mit den KlientInnen bearbeiten, da diese Aspekte der Krankheitsbewältigung einer weitgehend salutogenetischen Sichtweise entsprechen, die für die Klinische Sozialarbeit im Gesundheitswesen von zentraler Bedeutung ist.



## 8. Schlusswort

Eine Schizophrenie. – Eine (schizophrene) Psychose. – Eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein Krankheitsbild mit vielen Namen. Ein Krankheitsbild, dass in der Bevölkerung bis heute viele Vorurteile und teilweise sogar Angst auslöst. Ein Krankheitsbild, dass das Leben der Betroffenen in nahezu allen Bereichen einschränken kann. Ein Krankheitsbild, bei dem bis heute keine eindeutigen Ursachen gefunden worden sind. An kaum einer anderen Krankheit wurden so viele therapeutische Maßnahmen – begründete und unbegründete – mit der Aussicht auf Heilung durchgeführt. Dieses Ziel konnte nie konstant erreicht werden, so dass sich mit der Zeit ein therapeutischer Nihilismus entwickelte.

Die Jahrzehnte lange Suche nach Ursachen und die teilweise grausamen Versuche, diese Krankheit zu Heilen, führten zu einem mehrdimensionalen Behandlungsverständnis. Auch der Fokus der TherapeutInnen und ÄrztInnen hat sich gewandelt. Bei der Behandlung einer schizophrenen Psychose geht es schon lange nicht mehr ausschließlich um Heilung. Vielmehr versucht das Behandlungsteam den Betroffenen ein möglichst autonomes Leben außerhalb einer Psychiatrie zu ermöglichen. Folglich schließt diese ganzheitliche Behandlung sowohl pharmakologische, psychoedukative, psychotherapeutische und soziale Aspekte mit ein. Auf Grund der Vielzahl der möglichen Ursachen für dieses Krankheitsbild hat sich im Laufe der Zeit auch eine Vielzahl an Therapiekonzepten etabliert, die im konstanten Austausch mit Forschung und Praxis regelmäßig weiterentwickelt werden. Allerdings konnte bis heute kein Konzept gefunden werden, welches die Betroffenen ‚heilen‘ kann.

Die schizophrene Psychose gehört u.a. neben der Depression und dem Alkoholismus zu den schwerwiegendsten Krankheiten der Welt. Da sie oftmals im Jugendalter erstmalig auftritt, können die Folgen eines chronischen Verlaufs verheerend sein. Viele Betroffene haben keinen Schulabschluss erreicht, konnten nie von zu Hause ausziehen oder eine Ausbildung anfangen. Viele wichtige Entwicklungsschritte wurden abgebrochen oder nie angefangen. Folglich leben viele schizophrene Menschen auch in prekären Lebenssituationen, die häufig u.a. auf Arbeitslosigkeit zurückzuführen sind.

Wie ist es also möglich ein Krankheitsbild wie das der Schizophrenie effektiv zu behandeln? Dies gelingt nur, wenn der Behandlungsansatz ein mehrdimensionaler ist und das interdisziplinäre Team kooperiert. Allerdings stößt auch das beste

Behandlungsteam ohne die Compliance der PatientInnen an seine Grenzen. Um Letztere entwickeln zu können benötigen die PatientInnen Wissen über ihre Erkrankung, deren Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten. Weiterhin bekommen sie auch einen Überblick über die Entstehungsmöglichkeiten, um sich selbst z.B. vor einer Überforderung zu schützen und einen erneuten psychotischen Schub entgegenzuwirken. Ohne dieses umfassende Wissen haben sie nicht die Chance sich aktiv und selbstbestimmt in ihre Behandlung einbringen zu können. Diese Wissensvermittlung in Form einer Psychoedukation kann und soll u.a. von ÄrztInnen, PsychologInnen oder Klinischen SozialarbeiterInnen durchgeführt werden.

Ein weiteres Problem ist, dass viele Betroffene sozial isoliert leben. Die kognitiven Fähigkeiten und sozialen Fertigkeiten sind gerade im Zuge von chronischen Verläufen oftmals stark eingeschränkt. Durch das Integrierte Psychologische Therapieverfahren können die PatientInnen an diesen Defiziten arbeiten und ‚vergessene‘ Ressourcen neu mobilisieren. Die Betroffenen lernen u.a. sich vor Stress in sozialen Situationen zu schützen und wieder Probleme selbstständig zu lösen. Dabei werden sie von ausgebildeten TherapeutInnen (z.B. (Klinische) SozialarbeiterInnen) begleitet und unterstützt.

Die Soziale Arbeit kann sich also aktiv in die Behandlung von schizophrenen Psychosen einbringen. Wie die Diskussion im siebten Kapitel zeigte, ist das allerdings leichter gesagt, als getan. In der (psychiatrischen) Behandlungspraxis gilt es bis heute noch einige Hindernisse zu überwinden. Vor allem die Klinische Sozialarbeit ist eine gut ausgebildete Profession, um mit schizophrenen PatientInnen zu arbeiten, da diese oftmals als ‚hard-to-reach‘ zählen und somit eine wesentliche Zielgruppe der Klinischen Sozialarbeit repräsentieren. Die VertreterInnen der Klinischen Sozialarbeit müssen weiterhin versuchen, die Grenzen dieser Profession deutlich zu machen, da diese bis heute viel Skepsis und Fragen in der Fachöffentlichkeit auslösen. Darüber hinaus ist es wichtig, dass sich die Berufsgruppe der SozialarbeiterInnen einig über diese Fachsozialarbeit ist und geschlossen hinter dieser Spezialisierung steht.

Die Soziale Arbeit wurde in ihrer Geschichte vor viele Herausforderungen gestellt und musste mitunter herbe Rückschläge (z.B. zur Zeit der Nationalsozialisten) über sich ergehen lassen. Die Folgen sind bis heute spürbar, wodurch die Geschichte ein Stückweit auch Gegenwart bleibt. Ein Beispiel dafür wäre, dass einige ÄrztInnen den SozialarbeiterInnen oder den Klinischen SozialarbeiterInnen ihre kollegiale

Anerkennung noch immer versagen. Auch bei der Behandlung einer schizophrenen Psychose kann es dazu kommen, dass den sozialen Aspekten im Rahmen des mehrdimensionalen Behandlungsansatzes nur eine untergeordnete Gewichtung beigemessen wird. Folglich werden (Klinische) SozialarbeiterInnen in ihren Handlungskompetenzen und Interventionen noch immer unterschätzt. Dies hat zur Folge, dass viele SozialarbeiterInnen hinsichtlich ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten verunsichert werden und im Zuge von Weiterbildungen (z.B. zu GestalttherapeutInnen) hoffen, ihren Berufsstatus aufzuwerten.

Dies ist allerdings kein Grund aufzugeben. Meiner Meinung nach ist die Klinische Sozialarbeit auf dem richtigen Weg diese Hindernisse zu überwinden. Ihr Bekanntheitsgrad wächst von Jahr zu Jahr. Je mehr AbsolventInnen des Masterstudienganges „Klinische Sozialarbeit“ in der Praxis tätig sind und ihre (Fach-)KollegInnen von ihren Handlungskompetenzen überzeugen können, um so höher ist auch die Wahrscheinlichkeit, dass auch dem letzten Kritiker die Notwendigkeit dieser Fachsozialarbeit deutlich wird.

Gerade schizophrene PatientInnen würden von dieser Fachsozialarbeit profitieren, da die Klinischen SozialarbeiterInnen u.a. ein vertieftes Wissen über Krankheitsbilder und Behandlungsmöglichkeiten verfügen. Darüber hinaus können sie dieses Wissen adäquat auf den Einzelfall anwenden und dem/ der Betroffenen diese im Zuge ihrer Beratungskompetenz auf geeignete Weise vermitteln.

Somit ist die Akzeptanz und Verbreitung der Klinischen Sozialarbeit ein wichtiger Baustein, um die Behandlung von schizophrenen Psychosen noch effektiver zu gestalten, da die Klinische Sozialarbeit einen wichtigen Beitrag zur Therapie von Schizophrenie beitragen kann.

## 9. Literaturliste

- ALBES, Sylke; BUICK, Thorsten, PLEININGER-HOFFMANN, Marite:  
Psychoedukative Gruppenarbeit im psychiatrischen Alltag einer Region –  
Erfahrungen mit der Umsetzung im ambulanten/ komplementären Bereich. In:  
Wienberg, Günther (Hrsg.): Schizophrenie zum Thema machen.  
Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoauffektiv erkrankten  
Menschen. Grundlagen und Praxis. 2. stark bearb. und erw. Aufl., Bonn:  
Psychiatrie-Verlag, 1997
- ANSEN, Harald:  
Theoretisch-systematische Grundlagen der Klinischen Sozialarbeit im  
Gesundheitswesen. In: Gödecker-Geenen, Norbert, Nau Hans: Klinische  
Sozialarbeit. Eine Positionsbestimmung. Münster: LIT-Verlag, 2002
- ARENZ, Dirk:  
Eine kleine Geschichte der Schizophrenie. Bonn: Rabe Verlag, 2008
- BOSSHARD, Marianne, EBERT, Ursula, LAZARUS, Horst:  
Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. 3. vollständig überarbeitete Aufl.,  
Bonn: Psychiatrie- Verlag, 2007
- BOSSHARD, Marianne:  
Soziale Arbeit und Psychiatrie. In: Gahleitner, Silke; Hahn, Gernot: Klinische  
Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder. 1. Aufl., Bonn: Psychiatrie-Verlag  
GmbH, 2008
- BÄUML, Josef; PITSCHER-WALZ, Gabi; BERGER, Hartmut; GUNIA, Hans;  
HEINZ, Andreas, JUCKEL, Georg:  
Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie (APES). Mit Manual für die  
Gruppenleitung. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2005.
- BÄUML, Josef; PITSCHER-WALZ, Gabi:  
Allgemeine Einführung zur Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen.  
In: Bäuml, Josef; Pitschel-Walz, Gabi; Berger, Hartmut; Gunia, Hans; Heinz,  
Andreas, Juckel, Georg: Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie  
(APES). Mit Manual für die Gruppenleitung. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2005.
- BÄUML, Josef; PITSCHER-WALZ, Gabi:

Allgemeine Einführung zur Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen.  
In: Bäuml, Josef; Pitschel-Walz, Gabi; Berger, Hartmut; Gunia, Hans; Heinz, Andreas, Juckel, Georg: Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie (APES). Mit Manual für die Gruppenleitung. 2. Aufl., Stuttgart: Schattauer Verlag, 2010.

- BÄUML, Josef; PITSCHEL-WALZ, Gabi; BERGER, Hartmut; GUNIA, Hans; HEINZ, Andreas, JUCKEL, Georg:  
Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie (APES). Mit Manual für die Gruppenleitung. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2005.
- BÄUML, Josef; PITSCHEL-WALZ, Gabi; BERGER, Hartmut; GUNIA, Hans; HEINZ, Andreas, JUCKEL, Georg:  
Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie (APES). Mit Manual für die Gruppenleitung. 2. Aufl., Stuttgart: Schattauer Verlag, 2010.
- BÄUML, Josef; PITSCHEL-WALZ, Gabi:  
Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe >>Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen<<. 2. erw. und aktual. Aufl., Stuttgart: Schattauer Verlag, 2008.
- BECHDOLF, Andreas; JUCKEL, Georg:  
Psychoedukation bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2006
- BENDER, Matthias:  
Spektrum und Konsens bei psychoedukativen Interventionen in der Behandlung schizophren Erkrankter. In: Machleidt, Wielant; Garlipp, Petra; Haltenhof, Horst:  
Schizophrenie. Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2004
- BONDY, Britta:  
Was ist eine Schizophrenie? 3. Aufl., München: Verlag C.H. Beck oHG, 2003
- BOSSHARD, Marianne; EBERT, Ursula; LAZARUS, Host:  
Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch., 3. Überarbeitete Aufl., Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2007
- CLAUSEN, Jens; DRESLER, Klaus-D.; EICHENBRENNER, Ilse:  
Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie. Eine Einführung. 2. aktual. Aufl., Freiburg

im Breisgau: Lambertus-Verlag, 1997

- FINZEN, Asmus:  
Schizophrenie. Die Krankheit verstehen. 7. korr. Aufl., Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2004
- DGPPN:  
S3 Praxisleitlinien für Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1:  
Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Darmstadt: Steinkopff Verlag, 2006
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI):  
ICD-10-GM Version 2010. S. 181ff, Stand 16.10.2009
- DÖRNER, Klaus; PLOG, Ursula; TELLER, Christine; WENDT, Frank:  
Irren ist menschlich. 2. Aufl., Bonn: Psychiatrie Verlag, 2002
- DÖRNER, Klaus; PLOG, Ursula; TELLER, Christine; WENDT, Frank:  
Irren ist menschlich. 5. Aktualisierte Aufl., Bonn: Psychiatrie Verlag, 2010
- DÖRR, Margaret:  
Soziale Arbeit in der Psychiatrie. München: Ernst Reinhardt Verlag, 2005
- ENGELS, Franz, 03.02.2010 auf:  
Definition nach ICD-10.  
[http://www.psychiatriegespraech.de/psychische\\_krankheiten/schizophrenie/schizophrenie\\_definition.php](http://www.psychiatriegespraech.de/psychische_krankheiten/schizophrenie/schizophrenie_definition.php), 10.05.10, 12:48 Uhr
- FALKAI, Peter:  
Schizophrenie auf einen Blick. Berlin, Wien: Blackwell Verlag, 2003
- FAUST, Volker auf:  
[http://psychiatrie-heute.net/pdf/faust1\\_schizophrenie1.pdf](http://psychiatrie-heute.net/pdf/faust1_schizophrenie1.pdf), 27.07.10, 20:18 Uhr
- GAHLEITNER, Silke Birgitta:  
,ICD plus‘ und ,Therapie plus‘ – Diagnostik und Intervention in der Klinischen Sozialarbeit. In: ZKS, DGSA, DVSG (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung. 2. Jg., Online-Sonderausgabe, August 2006, S. 12-21
- GEIBLER-PILTZ, Brigitte; PAULS, Helmut, MÜHLUM, Albert:  
Klinische Sozialarbeit. München/ Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 2005
- GEIBLER-PILTZ, Brigitte, 2005:  
Die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit – eine Historie mit vielen Brüchen.  
auf: [http://www.ash-berlin.eu/uploads/media/Entwicklung\\_Klinische\\_SA\\_GPiltz\\_01.pdf](http://www.ash-berlin.eu/uploads/media/Entwicklung_Klinische_SA_GPiltz_01.pdf), 02.10.10
- GEIBLER-PILTZ, Brigitte:

- Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work.  
In: ZKS, DGSA, DVSG (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für  
Psychosoziale Praxis und Forschung. 2. Jg., Online-Sonderausgabe, August  
2006, S. 7-11
- GÖDECKER-GEENEN, Norbert; WEIS, Ilse:  
Klinische Sozialarbeit in der Praxis. Soziale Arbeit in Krankenhäusern und  
Rehabilitationskliniken. -Eine Bestandsaufnahme-. In: Gödecker-Geenen,  
Norbert, Nau, Hans: Klinische Sozialarbeit. Eine Positionsbestimmung.  
Münster, Hamburg, London: Lit Verlag, 2002
  - GOLDBECK, Frank Wilhelm:  
Handlungskontrolle in der Psychopathologie und Psychotherapie schizophrener  
Patienten. Dissertation zur Erlangung des Dokortitels der Medizin, Hohe  
Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum, 2004
  - HAHN, Gernot:  
Fünf Jahre >>Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und  
Forschung<< Die Entwicklung einer klinischen Fachsozialarbeit. In: ZKS,  
DGSA, DVSG (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für Psychosoziale  
Praxis und Forschung. 6. Jg., Heft 3, Juli 2010, S. 3-7
  - HAMBRECHT, Martin; KLOSTERKÖTTER, Joachim; HÄFNER, Heinz:  
Früherkennung und Frühintervention schizophrener Störungen. In: Deutsches  
Ärzteblatt, Jahrgang 99 (2002) (H44), S. 2936 - 2940
  - HEINTZ, Erik Robert, 2004 auf:  
[http://edoc.ub.uni-muenchen.de/3032/1/Heintz\\_Erik\\_R.pdf](http://edoc.ub.uni-muenchen.de/3032/1/Heintz_Erik_R.pdf), 28.07.10,  
20:15Uhr
  - HELL, Daniel; ENDRASS, Jérôme; VONTOBEL, Jürg; SCHNYDER, Ulrich:  
Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie. Das Basiswissen mit Repetitoriumsfragen. 2  
Aufl., Bern: Verlag Hans Huber, 2007
  - HELL, Daniel; SCHÜPBACH, Daniel:  
Schizophrenien. 4. aktual. Aufl., Heidelberg: Springer Verlag, 2008
  - HORNUNG, W. Peter: Psychoedukative Intervention. In: Krausz, Michael;  
Naber, Dieter (Hrsg.): Integrative Schizophrenietherapie und Intervention.  
Freiburg: Karger 2000, S. 113 - 117
  - HUBER, Gerd:

- Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. 7.Aufl., Stuttgart: Schattauer Verlag, 2005
- JUCKEL, Georg; HEINZ, Andreas:  
Neurobiologische Grundlagen schizophrener Erkrankungen und Implikationen für die Pharmakotherapie. In: Bäuml, Josef; Pitschel-Walz, Gabi; Berger, Hartmut; Gunia, Hans; Heinz, Andreas, Juckel, Georg: Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie (APES). Mit Manual für die Gruppenleitung. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2005.
  - KASPER, Siegfried; VOLZ, Hans-Peter:  
Psychiatrie compact. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2003
  - KLEIN, Uwe:  
Editorial. In: ZKS, DGSA, DVSG (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung. 1. Jg., Heft 1, September 2005, S. 3
  - KLINGBERG, Stefan; MAYENBERGER, Michael; BLAUMANN, Gabriele:  
Schizophren? Orientierung für Betroffene und Angehörige. 1. Auflage, Basel: Beltz Verlag, 2005
  - KISSLING, Werner; PITSCHEL – WALZ, Gabriele:  
Mit Schizophrenie leben. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2003
  - KLINGBERG, Stefan; MAYENBERGER, Michael; BLAUMANN, Gabriele:  
Schizophren? Orientierung für Betroffene und Angehörige. 1. Auflage, Basel: Beltz Verlag, 2005
  - KLINGBERG, Stefan:  
Psychotherapeutische Dimensionen von Psychoedukation. In: Bäuml, Josef; Pitschel-Walz, Gabi: Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. 2. erw. Aufl., Stuttgart: Schattauer Verlag, 2008
  - KLOSTERKÖTTER, Joachim, 08.2008 auf:  
Indizierte Prävention schizophrener Erkrankungen.  
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&id=61144>, 27.07.10 20:52 Uhr
  - KLOSTERKÖTTER, Joachim:  
Geleitwort. In: Bechdorf, Andreas; Juckel, Georg: Psychoedukation bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2006
  - KROLLNER, Björn; KROLLNER, Dirk M. 2010 auf:



F20. – Schizophrenie. <http://www.icd-code.de/icd/code/F20.4.html>, 26.07.10,  
15:18Uhr

- LAMBERT, Martin; KAMMERAHL, Dürten:  
Zurück ins Leben. Zurück nach Hause, gesund bleiben und Ziele verwirklichen!  
Für Menschen mit Psychose. Neuss: Janssen-Cilag GmbH, 2008
- LAMPARTER-LANG, Regine:  
Patientenschulung bei chronischen Erkrankungen. Bern, Göttingen, Toronto,  
Seattle: Hans Huber Verlag, 1997
- LÜTJEN, Reinhard:  
Psychosen verstehen. Modelle der Subjektorientierung und ihre Bedeutung für  
die Praxis. Bonn: Psychiatrie Verlag, 2007
- MACHLEIDT, Wielant; GARLIPP, Petra; HALTENHOF, Horst:  
Schizophrenie. Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und  
integrativen Konzepten. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2004
- MAYER, Karl C. 04.05.2009 auf :  
<http://www.neuro24.de/schizophrenie.htm>, 10.05.10, 15:50Uhr
- MC GORRY, Patrick: Early intervention in psychiatric disorders: detection and  
treatment of the first episode and the critical early stages. In: Medical Journal  
Australia, H.7, S. 8-10, 2007
- MÖLLER, Hans-Jürgen; LAUX, Gerd; DEISTER, Arno:  
Psychiatrie und Psychotherapie. 3 überarbeitete Aufl., Stuttgart: Georg Thieme  
Verlag, 2005
- MÜHLUM, Albert:  
Klinische Sozialarbeit – Stationen einer Kontroverse. In: Gödecker-Geenen,  
Norbert, Nau, Hans: Klinische Sozialarbeit. Eine Positionsbestimmung.  
Münster, Hamburg, London: Lit Verlag, 2002
- MÜLLER, D.; RODER, Volker; BRENNER, Hans Dieter:  
Effektivität des Integrierten Psychologischen Therapieprogramms für  
schizophren Erkrankte. Eine Metaanalyse über 28 unabhängige Studien.  
Erschienen in „Der Nervenarzt“, Volume 78/ Nummer 1, S. 62–73,  
Springerverlag, Berlin/ Heidelberg, Januar 2007
- NABER, Dieter; LAMBERT, Martin:  
Schizophrenie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2004
- PAPADAKIS, Antal:

- Frankfurter Beschwerdefragebogen. auf:  
<http://www.psychology48.com/deu/d/fbf/fbf.htm>, 18.10.10
- PAULS, Helmut:  
 Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung.  
 Weinheim/ München: Juventa Verlag, 2004
  - PAULS, Helmut; MÜHLUM, Albert:  
 Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische  
 Sozialarbeit. In: ZKS, DGSA, DVSG (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift  
 für Psychosoziale Praxis und Forschung. 1. Jg., Heft 1, September 2005, S. 6-8
  - PRÜNTE, Katharina, 24.06.2007 auf:  
Das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell schizophrener Störungen.  
<http://www.sipsychiatrie.de/index.php/theorie/vulnerabilitaetsstressbewaeltigungsmodell>,  
 15.07.10; 12:07 Uhr
  - RAHN, Ewald; MAHNKOPF, Angela:  
Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. 3. Aufl., Bonn: Psychiatrie Verlag,  
 2005
  - RICHTER, Bernd:  
Cogpack. <http://www.paedboutique.de/cogpack.php>, 18.10.10
  - RODER, Volker; BRENNER, Hans Dieter; KIENZLE, Norbert:  
Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophren Erkrankten.  
 IPT. 5. Aufl., Weinheim, Basel, Berlin: Beltz PVU, 2002
  - RODER, Volker; BRENNER, Hans Dieter; KIENZLE, Norbert:  
Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophren Erkrankten.  
 IPT. 6. Aufl., Weinheim, Basel, Berlin: Beltz PVU, 2008
  - RODER, Volker; CHRISTEN, Maunela; 04.08.2010:  
Schizophreniebehandlung: integrative verhaltenstherapeutische Ansätze auf:  
<http://neurologie-psychiatrie.universimed.com/artikel/schizophreniebehandlung-integrative-verhaltenstherapeutische-ans%C3%A4tze>, Bern: Universitätsklinik  
 und Poliklinik für Psychiatrie, 14.09.2010
  - SCHMAUß, Max:  
Schizophrenie – Pathogenese, Diagnostik und Therapie. 2. Auflage, Bremen:  
 Uni-MED Verlag, 2006
  - SCHÖNWELL, Helmut:

- Psychoedukation bei stationären Akutpatienten. In: Bäuml, Josef; Pitschel-Walz, Gabi (Hrsg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe >>Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen<<. 2. erw. und aktual. Aufl., Stuttgart: Schattauer Verlag, 2008.
- SCHWARZER, Wolfgang:  
Schizophrenie. In: Schwarzer, Wolfgang (Hrsg.): Lehrbuch der Sozialmedizin für Sozialarbeit, Sozial- und Heilpädagogik. 5. Aufl., Dortmund: Borgmann publishing, 2004
  - TÖLLE, Rainer; WINDGASSEN, Klaus:  
Psychiatrie. 15. Aufl., Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2009
  - WIENBERG, Günther, 05.08.2002 auf:  
Vom Subjekt zum Objekt. <http://www.ibrp-online.de/download/wienberg.pdf>, 03.08.10, 15:30Uhr
  - WIENBERG, Günther:  
Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis. 2. stark bearb. und erw. Aufl., Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1997
  - WIENBERG, Günther:  
Aktuelle Modellvorstellungen zur Schizophrenie – Das Verletzlichkeit-Streß-Bewältigungs-Konzept. In: Wienberg, Günther (Hrsg.): Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis. 2. stark bearb. und erw. Aufl., Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1997
  - WIENBERG, Günther; SIBUM, Bernhard:  
Psychoedukative Therapie schizophrener Erkrankter – Einordnung und Überblick. In: Wienberg, Günther (Hrsg.): Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis. 2. stark bearb. und erw. Aufl., Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1997
  - WIENBERG, Günther; SCHÜNEMANN-WURMTHALER, Sibylle:  
Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv Erkrankten/PEGASUS – Ziele, Inhalte und Methoden. In: Wienberg, Günther (Hrsg.): Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit

schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis. 2. stark bearb. und erw. Aufl., Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1997

- WIENBERG, Günther; SCHÜNEMANN-WURMTHALER, Sibylle; SIBUM, Bernhard;:  
Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen/ PEGASUS Manual. 3. aktual. und überarb. Aufl., Bonn: Psychiatrie - Verlag, 1999
- WIENBERG, Günther; SIBUM, Bernhard:  
Psychoedukation in gemeindepsychiatrischen Verbund. IN: Bäuml, Josef; Pitschel-Walz, Gabi: Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe >>Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen<<. 2. erw. und aktual. Aufl., Stuttgart: Schattauer Verlag, 2008.
- ZURHORST, Günther:  
Soziale Benachteiligung und psychosoziale Gesundheit. In: ZKS, DGSA, DVSG (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung. 1. Jg., Heft 1, September 2005, S. 4-6

Sonstiges:

- ARTZ, Claudia:  
Praktikumszeugnis für Anika Stitz, 18.01.2010
- <http://www.upd.unibe.ch/research/projekte/AGTherForsch.pdf>