
MASTERARBEIT

Frau
Doreen Rausch

**Klinische Sozialarbeit
zwischen Anspruch und
Wirklichkeit in der Arbeit mit
psychisch Kranken und deren
Angehörigen**

Mittweida, 2022

MASTERARBEIT

Klinische Sozialarbeit zwischen Anspruch und Wirklichkeit in der Arbeit mit psychisch Kranken und deren Angehörigen

Autor:
Frau Doreen Rausch

Studiengang:
Master Soziale Arbeit

Seminargruppe:
SB19w1-M

Erstprüfer:
Professorin Dr. phil. Barbara Wedler

Zweitprüfer:
Professorin jur. Christina Niedermeier

Einreichung:
Mittweida, 16.06.2022

Verteidigung/Bewertung:
Mittweida, 2022

MASTER THESIS

Clinical social work between aspiration and reality in the work with mentally ill people and their relatives

author:

Mrs. Doreen Rausch

course of studies:

Master social work

seminar group:

SB19w1-M

first examiner:

Professorin Dr. phil. Barbara Wedler

second examiner:

Professorin jur. Christina Niedermeier

submission:

Mittweida, 16/06/2022

defence/ evaluation:

Mittweida, 2022

Bibliografische Angaben

Doreen Rausch

Klinische Sozialarbeit zwischen Anspruch und Wirklichkeit in der Arbeit mit psychisch Kranken und deren Angehörigen

Clinical social work between aspiration and reality in the work with mentally ill people and their relatives

74 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences, Fakultät Soziale Arbeit, Masterarbeit, 2022

Referat

In meiner Masterarbeit liegt der Schwerpunkt auf einer intensiven Literaturrecherche und befasst sich mit den häufigsten Störungsbildern psychischer Erkrankungen. In diesem Rahmen zeige ich die bestehenden Hilfssysteme auf und beleuchte sie näher. Meine Ausführungen zu psychiatrischen Unterstützungssystemen sollen ebenso die Schwachstellen, wie auch die Ressourcen für psychisch Kranke aufzeigen. Mein Interesse liegt ebenso bei der Bedeutung und den Schwierigkeiten der Angehörigenarbeit und den Möglichkeiten und Grenzen der Klinischen Sozialarbeit. Hierbei soll es zum Beispiel um die Erwartungen von Angehörigen an die Soziale Arbeit gehen sowie den Umgang mit Ihren Belastungen. Ich werde besonders den Anspruch Klinischer Sozialarbeit auf bestehende Unterstützungssysteme ausführen und sie mit meiner beruflichen Realität vergleichen.

Krankheit ist nicht nur allein eine unangenehme und lästige Sache
oder ein Versagen oder ein genetischer Defekt,
sondern es birgt ein Spektrum einer großen Erfahrung,
die man mittels Krankheit machen kann.

Christa Schyboll

An dieser Stelle bedanke ich mich bei all denjenigen, die mich während der Anfertigung dieser Masterarbeit unterstützt und motiviert haben. Zuerst gebührt mein Dank Frau Prof.ⁱⁿ Wedler und Frau Prof.ⁱⁿ Niedermeier, die meine Masterarbeit betreut und begutachtet haben. Ihre Anregungen und die konstruktive Kritik bei der Erstellung dieser Arbeit waren für mich sehr hilfreich.

Meinem Mann und meinen beiden bezaubernden Töchtern danke ich besonders für den starken emotionalen Rückhalt über die Dauer meines gesamten Studiums. Ihr seid das größte Geschenk und der Motor, nicht stehen zu bleiben. Ich hoffe eure eigenen beruflichen Erfahrungen werden euch ebenso inspirieren sich immer wieder Neuem zu öffnen.

Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis	III
II	Abbildungsverzeichnis	IV
1	Einleitung	1
2	Psychiatrie im Wandel	2
2.1	Die Entwicklung der Psychiatrie	2
2.2	Die Sozialpsychiatrie	4
3	Begriffserklärungen und Modelle von Gesundheit und Krankheit	7
3.1	Begriffserklärungen Gesundheit und Krankheit	7
3.2	Die Salutogenese	9
3.3	Die Resilienzförderung	11
3.4	Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell	13
3.5	Begriffserklärungen chronischer und psychischer Krankheit	14
3.6	Das Recovery-Modell	15
4	Klinische Sozialarbeit im Arbeitsfeld der Psychiatrie	17
4.1	Soziale Arbeit in der Psychiatrie	18
4.2	Netzwerk und Kooperationen klinischer Sozialarbeit	19
4.3	Beziehungsgestaltung in der Beratung psychisch Kranker	21
4.3.1	PatientInnen, Fachkräfte, Angehörige - Ein wichtiger Dialog	23
4.3.2	Angehörigenarbeit der Klinische Sozialarbeit	25
5	Belastungen psychisch erkrankter Menschen	26
5.1	Diskriminierung und Stigmatisierung	27
5.2	Teilhabebeeinträchtigungen bei psychischer Krankheit	29
5.3	Empowerment in der Psychiatrie	32
5.3.1	Zwischen Autonomie und Zwang	33
5.3.2	Rechtliche Betreuung	35
5.4	Erwartungen von Angehörigen an stationäre Behandlungen	36

6 Häufige psychiatrische Störungsbilder.....	37
6.1 Unipolare Depression.....	38
6.2 Schizophrenie	40
6.3 Angst- und Zwangsstörungen.....	42
6.4 Posttraumatische Belastungsstörung	47
6.5 Borderline Störungen	49
6.6 Suchterkrankungen	51
 7 Das System Familie im Kontext psychischer Erkrankung.....	 54
7.1 Beziehungsstrukturen innerhalb der Familie.....	54
7.2 Familiensysteme in kritischen Lebenssituationen	55
 8 Emotionale Belastungen von Angehörigen	 58
8.1 Zwischen Belastungserleben und Belastungsbewältigung	58
8.2 Angehörige zwischen Verantwortung und Abgrenzung	61
 9 Strategien, Möglichkeiten und Grenzen Sozialer Arbeit	 63
9.1 Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung	63
9.2 Strategien gegen Überforderung durch Selbsthilfe	66
9.3 Ambulante Hilfen.....	67
9.3.1 Leistungen der Krankenkassen.....	68
9.3.2 Leistungen der sozialen und beruflichen Teilhabe.....	70
9.4 Klinische Sozialarbeit und Teilhabe.....	71
 10 Fazit	 72
 11 Literaturverzeichnis	 75
 12 Anlagen.....	 84
 13 Eigenständigkeitserklärung	 87

I Abkürzungsverzeichnis

ca.	circa
evtl.	eventuell
z. B.	zum Beispiel
§	Paragraf
Abs.	Absatz
Abb.	Abbildung
Hrsg.	Herausgeber
psy.	psychisch
BMG	Bundesgesundheitsministerium
ICD	Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ein Klassifikationssystem für psychische Störungen, herausgegeben vom American Psychiatric Association
zit. n.	zitiert nach
ebd.	ebenda
et al.	und andere Autoren
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RKI	Robert Koch Institut
PsychPV	Psychiatriepersonalverordnung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Eigene Darstellung der gemeindenahen Versorgung	6
Abbildung 2 Eigene Darstellung der Kohärenz	10
Abbildung 3 Die wichtigsten Erkrankungen die zur beruflichen Frühberentung führen in % und die Rehabilitationsmaßnahmen	30
Abbildung 4 Symptomspektrum der Depression	39
Abbildung 5 Modell zunehmender sozialer Probleme, Behinderungen und psychopathologischer Komplikationen.....	44
Abbildung 6 Beispiele für Zwangsgedanken und Zwangshandlungen.....	45
Abbildung 7 Kriterien der PTBS nach ICD 10	47
Abbildung 8 Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTBS.....	48
Abbildung 9 Kriterien einer emotionalen Persönlichkeitsstörung	50
Abbildung 10 Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung	52
Abbildung 11 Entstehungsbedingungen von Sucht.....	53
Abbildung 12 Emotionale Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker	60

1 Einleitung

„Wenn der Patient lernt, fest an seine Gesundheit zu glauben, steigen seine Chancen auf Heilung entsprechend an.“ (Christa Schyboll)

Dieses Zitat beschreibt sehr gut meine Motivation zum Schreiben dieser Arbeit. Im Interesse eines psychisch erkrankten Menschen zu handeln bedeutet, sich intensiv mit seinen Vorstellungen und Bedürfnissen auseinander zu setzen. Dies bedeutet auch, sich eindringlich mit Ansichten der Angehörigen zu beschäftigen. In meiner beruflichen Stellung im klinischen Sozialdienst erlebe ich täglich, wie weit Anspruch und Wirklichkeit auseinander gleiten und viele Möglichkeiten in der Routine untergehen. Die Resilienz eines Menschen zu fördern und zu erhalten sowie dessen eigene Ressourcen zu erkennen und an seiner/ihrer Befähigung zu arbeiten, benötigt viel Zeit und Geduld. Dies zeigt der Klinischen Sozialarbeit und somit auch mir regelmäßig die Grenzen auf.

Ziel dieser Arbeit ist es herauszustellen, welche wichtigen Aufgaben Klinische Sozialarbeit bei der Begleitung psychisch Kranker und ihrer Angehörigen in der Psychiatrie übernimmt und die Suche nach Möglichkeiten eine noch bessere Unterstützung zu gewährleisten. Dafür habe ich mich detailliert mit den Belastungen psychisch erkrankter Menschen und ihrer Familienmitglieder auseinandergesetzt, um Möglichkeiten und Grenzen Klinischer Sozialarbeit aufzuzeigen.

Ich werde in meiner Arbeit mit der Psychiatrie im Wandel beginnen und besonders die Veränderungen der letzten Jahrzehnte aufführen. Hierbei soll deutlich werden welche großen Veränderungen bereits erreicht wurden und weiter fortgeführt werden müssen. Im Anschluss gehe ich auf die Gesundheits- und Krankheitsbegriffe ein und stelle verschiedene Modelle mit pathogenetischen sowie salutogenetischen Sichtweisen in den Vordergrund. Weiter führe ich die Klinische Sozialarbeit in der Psychiatrie genauer auf, mit ihren Aufgaben und Schlüsselposition in der Netzwerkarbeit. Bei den Belastungen psychisch erkrankter Menschen bin ich besonders auf ihre Teilhabebeschränkungen eingegangen und die noch immer vorherrschende Diskriminierung und Stigmatisierung in der Gesellschaft wie auch in der Psychiatrie selbst.

Um einen Einblick in psychische Erkrankungen zu gewährleisten, stelle ich Störungsbilder vor die häufig im stationären Setting betreut werden und öfter einer intensiveren Unterstützung bedürfen als andere psychische Erkrankungen. Zudem habe ich in meiner Arbeit das System Familie im Kontext psychischer Erkrankungen näher beleuchtet, um Handlungen und Sichtweisen von Familienmitgliedern besser zu verdeutlichen. Im Anschluss daran gehe ich genauer auf die erlebten Belastungen von Angehörigen ein und verdeutliche Wege zwischen

Verantwortung und Abgrenzung zu unterscheiden. Im letzten Kapitel habe ich Möglichkeiten und Strategien aufgeführt, die helfen Diskriminierung und Ausgrenzung psychisch Erkrankter und ihrer Angehörigen abzubauen. Ebenso beleuchte ich Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen für Angehörige. Sie leisten einen wichtigen Beitrag, um Angehörige und psychisch Kranke aufzuklären und sie zu befähigen, für ihre Rechte einzustehen. Am Schluss gehe ich auf das ambulante Hilfesystem und die Aussichten auf Teilhabe in der Gesellschaft genauer ein und führe die Rolle der Klinischen Sozialarbeit aus.

2 Psychiatrie im Wandel

Meine Arbeit beginne ich mit einem kleinen geschichtlichen Abriss der Psychiatrie. Sie hat sich in den letzten Jahrhunderten sehr stark gewandelt, wobei ich gezielter auf die Unterbringung und Versorgung eingehe. Die wissenschaftlichen und diagnostischen Errungenschaften führe ich dabei nur geringfügig auf. Im Kapitel der Sozialpsychiatrie stelle ich die Versorgungsmöglichkeiten der gemeindenahen Psychiatrie vor, die ich im Verlauf der Masterarbeit noch genauer beleuchte.

2.1 Die Entwicklung der Psychiatrie

Noch im Mittelalter galten psychische Erkrankungen als Strafe Gottes (Brückner 2015, S. 27) oder als Eingebung von Dämonen (ebd. S. 31), die mit abstrusen Behandlungsmethoden wie z. B. Aderlass, Brechmitteln oder Bohrungen in den Kopf kuriert werden sollten (ebd. S. 32f). Angehörige wurden für sie und ihre Fehlhandlungen verantwortlich gemacht und mussten verursachte Schäden begleichen. Dies führte nicht selten zu Käfighaltungen von Betroffenen (ebd. S. 34). Mitte des 16. Jahrhunderts entstanden in größeren Städten kommunale Einrichtungen für die Unterbringung psychisch Kranker. Bedürftige wurden hier unentgeltlich aufgenommen und mussten Arbeiten verrichten, während Adlige und StadtbürgerInnen für den Aufenthalt bezahlten (ebd. S. 49f).

Erst mit dem Beginn des 19. Jahrhundert etablierte sich die Psychiatrie als Wissenschaft. Psychisch kranke Menschen wurden als Personen ernst genommen und Irrglauben von Hexen und Spiritismus begannen sich aufzulösen. Zunehmend wurde begonnen, Betroffene nicht zu verteufeln, sondern sie zu diagnostizieren und zu behandeln. Psychiatrische Kliniken wurden in weiten Teilen Europas eingerichtet, welches dazu beitrug, dass schwer psychisch Kranke nicht mehr nur an Ketten gehalten wurden. Ebenfalls steht diese Zeit mit Neuerungen in Zusammenhang, wie die rechtliche Fragestellung der Schuldfähigkeit von psychisch Kranken.

Psychiater wurden dabei zur Beurteilung befragt und es entwickelte sich mit der Zeit daraus ein Vorläufer der heutigen forensischen Psychiatrie. Erstmals wurde sich auch mit dem Verlauf und der Vorbeugung von psychischen Krankheiten beschäftigt und Zusammenhänge zu den psychosozialen Bedingungen von Menschen und Verbindungen zum Alkoholmissbrauch hergeleitet (Hoff 2017, S. 43).

Die entstandenen Einrichtungen, die mit der Versorgung und Behandlung von psychisch Kranken betreut waren, standen durch den Bevölkerungszuwachs und die industrielle Revolution einer sehr großen Nachfrage gegenüber (Jacobi et al. 2019, S. 2). Zwar wandelte sich die Psychiatrie weiter, doch vielerorts war die Zeit der Ketten und experimentellen Behandlungen immer noch präsent. In der Charité in Berlin wurde Ernst Horn 1799 der erste Leiter der psychiatrischen Abteilung. Pflegepersonal war zu dieser Zeit nur in geringer Zahl vorhanden, schlecht bezahlt und oft hart und lieblos. Neuen Anregungen stand häufig die fehlende Finanzierbarkeit im Wege und schon damals geforderte Änderungen wurden erst viele Jahre später eingeführt. Umsetzbare Veränderungen in dem damals neu entstandenen großen Flügelbau, war erstmal die Unterbringung von Männern und Frauen in getrennten Bereichen. Ebenso wurde eine Trennung von ruhigen und unruhigen Patienten vorgenommen und umfangreiche Arbeitspläne für PatientInnen erstellt. Die Verbesserung der Personalsituation und die Schulung von MitarbeiterInnen konnte in den folgenden Jahrzehnten angegangen werden. Es wurde ein therapeutisches Bemühen erkennbar, „wo bis dahin fast lediglich der Gesichtspunkt der Verwahrung, Sicherung und Disziplinierung herrschte“ (Bonhoeffer 1940, S. 4).

Dagegen waren die damals sehr gebräuchlichen, ärztlichen Behandlungsmethoden weiter von hoher Gewalteinwirkung geprägt. Horn berichtete in einer Schrift von 1818 von einer Drehmaschine, die er an hunderten psychisch Kranken anwendete und die eine hohe Gewaltanwendung auf den Kopf beinhaltete. Es gab zum Beispiel „Behandlungen“ mit glühenden Eisen, Peitschen, Hungerkuren, Ekelkuren, Eisduschen oder brennendem Siegelack. Körperreize die Schmerzen auslösten, galten weiter als Mittel der Wahl um eine psychische Krankheit zu heilen. Diese aus ärztlicher Sicht harmlosen Vorgehen mit guter Wirkung wurden dennoch vom Volk immer weniger akzeptiert (ebd. S. 5).

Trotz der Entwicklung von neuen Therapieansätzen, Beratungsangeboten und Möglichkeiten der Präventionen zur Zeit der Weimarer Republik (Brückner 2015, S. 124) fällt das wohl dunkelste Kapitel der deutschen Psychiatrie in die Zeit des Nationalsozialismus. Man geht von mindestens 25 000 psychisch kranker Menschen aus, die in dieser Zeit im Rahmen des Euthanasieprogramms getötet wurden. In den darauffolgenden Jahrzehnten führten psychiatrische Einrichtungen ein Schattendasein. Erst 1975 mit dem Bericht über die Lage der Psychiatrie in Westdeutschland - die sogenannte Psychiatrie - Enquete, wurde der Grundstein

für eine umfassende Reformierung der Psychiatrie gelegt, die bis heute andauert (Jacobi et al. 2019, S. 2).

2.2 Die Sozialpsychiatrie

Die Sozialpsychiatrie versteht sich als eigene Arbeitsrichtung, in dessen Mittelpunkt das Verständnis steht, dass psychische Störungen durch soziale Faktoren beeinflusst werden können und einen erheblichen Einfluss auf seinen Verlauf nehmen. Des Weiteren haben psychische Erkrankungen entscheidende Auswirkungen auf die Lebenssituation von Betroffenen (Misek-Schneider 2016, S. 493). Die Sozialpsychiatrie steht dabei für eine menschenwürdige Behandlung und das Ende der Ausgrenzung von psychisch erkrankten Menschen. Ihr Ziel ist eine psychische Störung „in ihren Wechselwirkungen mit dem ganzen sozialen Kontext zu verstehen und zu behandeln“ (ebd. S. 490).

Seine Etablierung hängt eng mit den studentischen Protesten in den 60iger Jahren zusammen. In der Aufarbeitung des Holocaust prangerten engagierte Ärzte, Klinikpersonal, Angehörige zusammen mit Betroffenen, die unerträglichen Zustände in psychiatrischen Einrichtungen an. Die vorherrschenden biologisch-psychiatrischen Denkmuster galt es aufzubrechen.

„Auch der einseitig neurophysiologische und/oder biochemische, symptom-orientierte Blick der Psychiatrie, der eng mit einer Vertechnisierung und Pharmakologisierung psychischer Probleme verzahnt war [und immer noch ist] geriet in die Kritik“ (Dörr 2014, S. 39).

Das Menschen mit einer psychischen Erkrankung wieder in die Gesellschaft zurückgeholt werden, war das Ziel dieser Bewegung (ebd.).

Durch den gesellschaftlichen Wandel in den 70iger Jahren gründeten sich die Gesellschaft für soziale Psychiatrie (GDSP) und die Aktion psychisch Kranker (AKP). Der AKP ist ein Verbund aller Interessengruppengruppen, daher erhielt sie die Führung zur Erstellung der Psychiatrie-Enquete. Der Bericht brachte eklatante menschenunwürdige Zustände in der institutionellen Psychiatrie zum Vorschein und verwies auf Möglichkeiten der Verbesserung. Erstmals wurde ein Konzept vorgelegt, welches die psychiatrische Klinik im Zentrum eines vernetzten gemeindepsychiatrischen Verbundsystems setzt, welches umfangreich an den Behandlungen psychisch Erkrankter mitwirken soll. Die öffentliche Meinung überzeugte das Konzept, doch Mitarbeiter, die im klinischen System verankert waren, konnten nur schwer ihre gewohnten Strukturen verlassen. Ebenso galt dies für leitendes ärztliches Personal. Ihre therapeutischen Maßnahmen beschränkten sich eher auf die Gabe von Medikamenten und einer dauerhaften Verwahrung von PatientInnen. Eine gleichberechtigte Beziehungsgestaltung und die

Vorbereitung auf die Außenwelt schienen schwer vorstellbar. Trotz der Einführung von Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) veränderte sich in den Folgejahren nur wenig. Kleinere erneute Reformbewegungen in den 80iger Jahren rückten vorrangig die Möglichkeiten von gemeindenahen Eingliederungshilfen in den Mittelpunkt. Das europäische Ausland war bei den Umsetzungen neuer Psychiatriereformen deutlich fortschrittlicher als Deutschland, die mit Blockaden des Spitzenverbandes der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu kämpfen hatten. Erst nach der Wiedervereinigung brachte die bundesweit gültige Umsetzung der Psychiatrie - Personalverordnung (Psych-PV) eine durchschnittliche Personalsteigerung um 20 % (Kruckenberg 2014, S. 4).

Die Gemeindepsychiatrie, als praktische Anwendung der Sozialpsychiatrie, hat die Aufgabe, eine moderne, gemeindenahe Versorgung zu ermöglichen. Dabei gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär.“ Für die weitere Verbesserung sorgten neben dem Psych-PV, das eingeführte Psychotherapeutengesetz (1998) oder zum Beispiel die verbesserten Richtlinien für Psychotherapie (2017). Das zuletzt 2017 eingeführte Bundesteilhabegesetz darf dabei aber kein Abschluss sein. Die gemeindenahe Psychiatrie umfasst heute einen Großteil von psychosozialen Angeboten einerseits stationär und teilstationär sowie ambulant (Jacobi et al. 2019, S. 2f). In der aufgeführten Abbildung 1 habe ich die gängigsten aufgelistet, auf die ich teilweise im Verlauf meiner Arbeit genauer eingehe.

<i>Stationäre Versorgung</i>	• Stationäre Akutpsychiatrie • Stationäre Akutpsychosomatik • mit Ergotherapie, Physiotherapie, Musiktherapie, Tanztherapie u. ä. Angeboten • Rehabilitation für Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen
<i>Teilstationäre Versorgung</i>	• Tageskliniken für psychisch Erkrankte
<i>Ärztliche ambulante Versorgung</i>	• Ambulante Psychiater • Ambulante Psychotherapeuten • Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)

Ambulante Versorgung	• Analytische Psychotherapie • Tiefenpsychologische Psychotherapie • Verhaltenstherapie
	Psychosoziale Beratungsstellen z. B. • Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi) • Kommunale Beratungsstellen • Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)
	Psychoedukative Angebote z.B. • Patienten- und Angehörigenberatung
	Betreuungs- und Unterstützungsangebote z. B. • Psychosoziale Zentren • Ambulant-psychiatrische Pflege (APP) • Ambulant-betreutes Wohnen (ABW) • Intensiv-betreutes Wohnen (IBW)
	Arbeits- und Beschäftigungsangebote • Werkstätten für psy. Erkrankte • Berufliche Rehabilitation • Berufstraining • Berufsförderwerke • Integrationsfachdienste
	Ambulante Angebote wie Ergotherapie, Physiotherapie, Musiktherapie, Tanztherapie u. ä.
	Selbsthilfegruppen
	Krisendienste z. B. Telefonnotrufnummern

Abbildung 1 Eigene Darstellung der gemeindenahen Versorgung

Einen starken Einfluss auf die Integration von ambulanten Versorgungsleistungen hatte bereits in der Entstehung das Kosten-Nutzen-Verhältnis. Dörr weist darauf hin, dass die Senkung von Kosten immer wieder thematisiert wird. Die Behandlung mit Psychopharmaka

„zur Unterdrückung von gestörtem und vor allem störenden Verhalten [nehmen] wieder einen wachsenden, offenbar alternativlosen Stellenwert in der Erforschung und Behandlung von psychiatrischen Störungen [an,] so dass gemeindepsychiatrische Interventionen zunehmend als Anhängsel der neurobiologischen und -chemischen Behandlungsdoktrin betrachtet werden“ (Dörr 2014, S. 40).

Ebenfalls zu berücksichtigen ist, dass mit allen Reformen der Betreuungsschwerpunkt, weg von den Kliniken hin zu den Familien, den Angehörigen sehr viel Engagement abverlangt wird. Sie bekommen eine wichtige Position innerhalb der Therapie zugewiesen und die daraus resultierenden Belastungen werden häufig vernachlässigt. Innerhalb meiner beruflichen Tätigkeit erlebe ich häufig, dass Konzepte wie das Expressed-Emotion (auf das ich später noch eingehe) zur Einschätzung des familiären Klimas Anwendung finden, um Bedingungen und Ursachen der Erkrankung zu hinterfragen. Hingegen findet ein wirklicher dialogischer Austausch auf Augenhöhe zwischen Betroffenen, therapeutischem Team und den Angehörigen deutlich seltener statt.

3 Begriffserklärungen und Modelle von Gesundheit und Krankheit

In diesem Kapitel werden zunächst die Begriffserläuterungen von Gesundheit, Krankheit sowie chronische Erkrankung und psychische Erkrankung herausgearbeitet. Ebenso zeige ich auf, wie sich das Verständnis von Gesundheit und Krankheit in einem ständigen Bedeutungswandel bewegt und sich von der pathogenetischen Sichtweise hin zu salutogenetischen Präventions- und Gesundheitsförderung entwickelt. Wenngleich immer noch nur ein Bruchteil der finanziellen Mittel für Präventionsmaßnahmen aufgewendet werden, anstatt für die Wiederherstellung von Gesundheit (Gangl 2015, S. 1).

3.1 Begriffserklärungen Gesundheit und Krankheit

Beginnen werde ich mit der Definition Gesundheit. Die wohl meistgelesene und interpretierte Definition von Gesundheit ist vermutlich die der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie definiert den Gesundheitsbegriff als einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO 1946, S. 1). Dabei greift die WHO auf die traditionellen Verständnismodelle von Gesundheit

zurück. Dessen Ansätze aus den medizinischen, psychologischen und soziologischen Bereichen gehören untrennbar verbunden. Der Gedanke wurde von mit der Ottawa Charta noch weiter ausdifferenziert und die Gesundheitsförderung in den Blick genommen. Hierbei geht die WHO von den Begriff „Zustand“ weg und sieht Gesundheit und Gesundheitsförderung als einen Prozess an, der Menschen befähigen soll, sich aktiv zu beteiligen (Beushausen 2013, S. 82).

Gesundheit zu beschreiben, ohne den Begriff von Krankheit zu verwenden, scheint unmöglich. Gesundheitssymptome gibt es nicht, nur Merkmale einer vermeintlichen Krankheit und somit das nichtgesund sein. Ebenso können wir das nichtkrank sein und das Ausbleiben von Symptomen, nur mit dem Begriff von Gesundheit beschreiben. Diesen gilt es beim Auftreten einer Krankheit durch Behandlung wiederherzustellen oder bereits im Vorfeld durch Präventionsmaßnahmen zu erhalten. Somit bedingen Gesundheit und Krankheit einander und sind nicht losgelöst zu betrachten. Hafen beschreibt es als einen prozesshaften Vorgang, da eine Krankheit auch einen Zustand erzeugen kann, der Menschen in verschiedenen Bereichen gesunder werden lässt, als dies zuvor der Fall war. Zum anderen kann die bloße Vorstellung, welchen Verlauf eine Krankheit nehmen kann, eine Verschlechterung unseres gesundheitlichen Empfindens erzeugen (Hafen 2007, S. 33).

Aus juristischer Sicht muss die Einführung des Krankheitsbegriffs als eine große Errungenschaft verstanden werden. Hiermit wurde die Möglichkeit geschaffen, eine Störung oder Krankheit so zu definieren, dass ein nach dem Leistungsgesetz der Sozial- bzw. Krankenversicherung versichertes Risiko besteht, der eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung auslöst. Dabei definiert die gesetzliche Krankenversicherung im Sinn der Sozialgerichtsbarkeit eine Krankheit als einen „regelwidrigen [Körper- oder Geisteszustand,] der entweder Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit oder beides zur Folge hat“ (Paul 2004, S. 77).

Diagnostizierte Krankheiten bieten damit verbesserte Chancen der Heilbehandlung, Rehabilitation und ermöglichen die Entwicklung von Präventionsmöglichkeiten. Ebenso kann eine Diagnosestellung Patienten und Angehörige entlasten. Die Schuldfrage wird besonders vom Erkrankten weggenommen und bringt Entschuldigungsmöglichkeiten (Beushausen 2013, S. 96f).

Beushausen weist aber ebenso auf Nachteile einer Diagnose hin. Die Zuständigkeiten und auch Nichtzuständigkeiten für Therapie und Versorgung können sich zum Pingpong-Spiel entwickeln. Besonders betroffen scheinen hierbei Menschen mit psychiatrischen Diagnosen. Therapieempfehlungen und eigene Empfindungen von Patienten können stark auseinanderdividieren und bestehende Probleme noch verstärken. Therapieempfehlungen

sollten daher sehr behutsam kommuniziert und auf bio-psycho-sozialer Ebene entwickelt werden (ebd.).

Klassifikationssysteme

Zur Diagnosestellung werden Untersuchungsergebnisse und Befunderhebungen genau beurteilt, und Klassifikationssysteme ermöglichen BeobachterInnen hierbei einen Überblick und bieten Ordnung, um die Handlungsfähigkeit zu gewährleisten. Die wichtigsten Klassifikationssysteme sind die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten ICD und das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und statistisches Handbuch Psychischer Störungen) DSM. Die Ursprünge des ICD gehen zurück auf die Einführung des internationalen Todesursachenverzeichnisses, das 1893 eingeführt wurde. Seitdem wird es ständig weiterentwickelt. Aktuell ist das ICD 11 zum 01.01.2022 in Kraft getreten, doch durch die starke Verankerung des ICD 10 in unserem Gesundheitssystem wird es noch Jahre dauern, bis es das ICD 10 ablöst. Das amerikanische DSM Klassifikationssystem für psychische Erkrankungen dient zur Ergänzung des ICD und wurde im Mai 2013 in der 5. Version herausgegeben (ebd. S. 105f).

Diese notwendigen Klassifikationen ermöglichen uns heute zum Beispiel die Einschätzung von möglichen Verläufen, eine gezieltere Behandlung oder die Bestimmung der vermeintlichen Häufigkeit von Erkrankungen. Sie dient zudem als Berechnungsgrundlage für eine Leistungsvergütung. Die stetige Weiterentwicklung und das Fortschreiben führte zur Einführung des Störungsbegriffes im ICD. Zwar stellt diese Kategorisierung einen Vorteil gegenüber der klassischen Nosologie (Krankheitslehre) dar, doch weist Beushausen darauf hin, dass hierdurch bereits leichte Reaktionen auf schwierige Lebens- oder Arbeitsumstände zu Krankheiten erklärt werden. Ein weiterer Nachteil dieser vermeintlichen Verschlüsselungssysteme ist das hohe Maß an Transparenz, dies führt zu einer Offenlegung persönlicher Daten des Patienten in Fachkreisen und fördert in besonderem Maße die Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen (ebd. S. 106f).

3.2 Die Salutogenese

Das Salutogenese-Modell entwickelte Aaron Antonovsky in den 70iger Jahren. Er hat es sich hierbei zur Aufgabe gemacht, Gesundheit und das Gesundwerden zu erforschen und wendet sich von der pathogenetischen Sichtweise ab. Dies ermöglicht ihm einen Perspektivenwechsel, der nicht mehr nach der Erkrankung schaut, sondern viel mehr, wie man gesund bleibt. Seine Hauptthese ist das Kontinuum von Krankheit und Gesundheit. Jeder Mensch bewegt sich zwischen diesen Polen hin und her und fühlt sich eher gesund oder eher krank. Dies hängt von vielen verschiedenen Faktoren ab und bedarf einer genaueren

Betrachtung der gesamten Lebenssituation eines Menschen. Wichtige Faktoren sind hierbei zum Beispiel die Familienstabilität, die allgemeine Lebenssituation, finanzielle Sicherheit, die Arbeitssituation oder eine soziale Einbettung. Diese und viele weitere Punkte haben einen Einfluss darauf, wie wir uns physisch, sozial und auf psychische Ebene fühlen. Sie sind Teil von Ressourcen, die Personen zur Verfügung stehen, und aus ihnen erwachsen Potentiale eines Menschen. Doch obwohl Menschen die vermeintlich gleichen Voraussetzungen haben, sind ihre Positionen auf dem Kontinuum von Krankheit und Gesundheit nicht unbedingt an ähnlichen Positionen (Pauls 2004, S. 89-95).

Dabei weist Antonovsky darauf hin, dass Krankheit kein abweichender Zustand von der „Norm“ Gesundheit ist. Es handelt sich bei einem Gesundheitsempfinden vielmehr um einen labilen Prozess, der immer wieder hergestellt und ausgebaut werden muss. Dennoch kann jeder aktiv dazu beitragen. Nach anfänglichen Erklärungsversuchen der besonderen Stärke von Menschen durch Abhärtung, widmete sich Antonovsky dem Kohärenzgefühl (siehe Abb. 2). Dies setzt sich aus drei Komponenten zusammen. Zum einen der *Handhabbarkeit* - also die Ressourcen, die zur Verfügung stehen, der *Verstehbarkeit* - begreift man die Welt als stimmig und der *Bedeutsamkeit* - erlebt man gestellte Aufgaben als sinnvoll für einen selbst (José 2016, S. 65-70).



Abbildung 2 Eigene Darstellung der Kohärenz

Wie Stressoren oder externe Stimuli wahrgenommen werden, hat damit großen Einfluss auf die Salutogenese. Der Umgang mit störenden Faktoren und Stressoren beeinflusst, wie wir uns fühlen und welche Position auf dem Krankheits- Gesundheitskontinuum eingenommen wird. Dabei können Stressoren physikalische, biochemische oder psychosoziale Spannungszustände sein. Antonovsky hat in seinen Forschungen herausgefunden, dass generelle Widerstandsressourcen Menschen dabei helfen, besser mit diesen Stressoren zurechtzukommen und ein hohes Kohärenzgefühl zu entwickeln (Goddemeier 2019, S. 366f).

3.3 Die Resilienzförderung

Die Resilienzforschung ist eng mit der Salutogenese verbunden. Sie baut auf den Forschungen von Antonovsky auf und fokussiert sich auf die internen und externen Schutz- und Risikofaktoren von Menschen. Ihr Einfluss auf die Bewältigung kritischer Situationen steht im Mittelpunkt der Forschung und gewinnt immer mehr an Bedeutung. Man hat in ihr ein Potenzial erkannt, steigende Kosten im Gesundheitssektor zu senken. Durch die immer weiter steigenden Anforderungen der Lebens- und Arbeitswelt nehmen Belastungen und stressassoziierte Krankheiten immer weiter zu. Im Bereich der psychosozialen Störungen verzeichnen die Kassen einen besonders dramatischen Anstieg. Daher stellen psychische Erkrankungen mit die größten Herausforderungen für unser Gesundheitssystem dar (Lieb und Kunzler 2018, S. 745).

Der Begriff Resilienz wird definiert als eine erhöhte psychische Widerstandsfähigkeit, die gegenüber belastenden äußeren Einflüssen aufgebaut wird. Im Laufe der Forschung verdichten sich die Erkenntnisse, dass Resilienz nicht, wie zuerst angenommen, dauerhaft und unveränderbar ist, sondern gestärkt und erlernt werden kann. Dies führt zu einer gesteigerten und aktuellen Relevanz, vor dem Hintergrund der immer weiter steigenden Zahlen von psychischen Erkrankungen. Ein Ziel der Resilienzforschung ist es herauszufinden, was einen in Krisenzeiten stärkt bzw. was verhindert, dass man erkrankt (Lohse 2021, S. 17ff).

Zunehmend wird auch die Meinung vertreten, dass eine gute Resilienz das Ergebnis eines dynamischen Prozesses ist, der eine lebenslange Anpassung erfordert. Je nach Situation und Lebensphase, in der sich ein Mensch befindet, kann sich demnach seine Resilienz verändern. Die aufgebauten Resilienzfaktoren können dabei die eigene Vulnerabilität (Verletzbarkeit) und Stressoren mindern. Dabei wird der genetischen Komponente nur noch eine untergeordnete Rolle zugeschrieben (ebd. S. 22).

Beispiele für interne Risikofaktoren sind die körperliche Verfassung und chronische Erkrankungen, wie auch die eigenen Temperamenteigenschaften. Besonders ungünstig sind beispielsweise Eigenschaften wie leichte Reizbarkeit oder eine geringe Frustrationstoleranz. Externe Faktoren können zum Beispiel schwierige Familienverhältnisse, Armut oder Diskriminierung sein. Ebenso gibt es Phasen im Leben, die das Risiko noch begünstigen eine psychische Erkrankung zu entwickeln, wie etwa in der Adoleszenz. Alle Risikofaktoren wirken destabilisierend auf Individuen und besonders das Zusammentreffen mehrerer Risikofaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung. Stehen einer Person aber ausreichende Schutzfaktoren zur Verfügung, kann sie problematische Situationen besser kompensieren. Ebenfalls von Bedeutung ist der Umgang mit auftretenden Schwierigkeiten. Werden diese als

Herausforderung verstanden, bietet sich die Chance resilientes Verhalten zu entwickeln und die eigene Persönlichkeit zu stärken (ebd. S. 23f).

Schutzfaktoren werden auch als Resilienzfaktoren bezeichnet und wirken auf ein Individuum stabilisierend. Sie nehmen in der Forschung einen großen Raum ein. Dabei werden viele zentrale Schutzfaktoren benannt, die auch als eine Ressource der eigenen Person gesehen werden (ebd. S. 24). Lohse weist hier auf die Forschungen von Reivich und Shatte hin, die sieben Resilienzfaktoren identifiziert haben:

- Emotionssteuerung
- Impulskontrolle
- Kausalanalyse
- Empathie
- realistischer Optimismus
- Selbstwirksamkeitsüberzeugung
- Zielorientierung

Studienergebnisse liefern für die Resilienzentwicklung wichtige Hinweise. Doch muss, um die Entwicklung von Resilienz zu fördern, ebenso ein Risikofaktor vorhanden sein, den es zu bewältigen gilt (ebd. S. 29). Die wachsenden Schwierigkeiten der Arbeitswelt wie Arbeitsverdichtung, Flexibilisierung und Digitalisierung eignen sich daher besonders gut für die Resilienzforschung (Lieb und Kunzler 2018, S. 745).

Mögliche Strategien zielen z. B. darauf ab, Belastungen zu identifizieren und zu vermeiden, um Auswirkungen geringer zu halten. Oder sie beschäftigen sich mit den positiven Eigenschaften der eigenen Person, um ihre Kompetenzen aktiv zu fördern. Diese Strategien zeigen mögliche Förderungsansätze für das Resilienztraining, doch existieren keine einheitlichen wissenschaftlichen Haltungen. Dies führt dazu, dass diverse Formate und Trainings zur Resilienzförderung angeboten werden, mit unterschiedlichsten Verfahrensweisen. Positive Effekte und Wirksamkeiten sind dabei unterschiedlich und noch nicht abschließend geklärt. Ebenso ist ein dauerhafter Effekt nicht nachweisbar. Aufgrund der hohen gesundheitsfördernder Relevanz hält Lohse es für überaus wichtig, ein einheitliches standardisiertes Resilienztraining zu entwickeln. Dies würde die theoretische Grundlage schaffen, um tragfähige Ergebnisse zu erzielen (Lohse 2021, S. 29f).

Die Modelle der Resilienz und Salutogenese sind verwandte Modelle, grenzen sich aber dennoch voneinander ab. In der Salutogenese ist das Kohärenzgefühl das zentrale Element, dass sich auf die Handhabbarkeit, Verstehbarkeit und Sinnhaftigkeit stützt. Im Modell der Resilienz ist auch die Kohärenz enthalten, um durch das Meistern von Herausforderungen Resilienzfaktoren zu entwickeln. Antonovsky sah aber die Entwicklung des Kohärenzgefühls

mit ca. 30 Jahren als abgeschlossen an. Hingegen hat die Resilienzforschung weitestgehend widerlegt, dass die Resilienz fest in einem Menschen verankert ist. Beide Konzepte gehen von Interaktionen von Personen mit ihrem Umfeld aus und betrachten die Risiko- und Schutzfaktoren. In der Forschung zur Resilienz wird sich allerdings stärker mit den schützenden und risikosteigernden Faktoren auf psychische Belastungssituationen beschäftigt. Man kann sie daher als Weiterentwicklung zur Salutogenese verstehen (ebd. S. 27).

3.4 Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Die Vulnerabilität als Verwundbarkeit von Individuen beschrieben, wird wie die Resilienz den genetischen und biografischen Voraussetzungen zugeschrieben. Dabei liegt der Unterschied in der Sichtweise von Resilienz und Vulnerabilität. Die Gesundheit und die Belastung der Psyche können bei einer stark ausgeprägten Vulnerabilität leichter negativ beeinflusst werden. Im Gegensatz dazu stabilisiert eine stark ausgeprägte Resilienz die Gesundheit und wirkt sich positiv auf psychische Belastungen aus (ebd. S. 26f).

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell wurde ursprünglich entwickelt, um die allgemeine Anfälligkeit für die Entstehung einer Schizophrenie und ihrer Risikofaktoren zu untersuchen. Heute besitzt es eine allgemeine Gültigkeit für die meisten psychischen Erkrankungen. Als Vulnerabilität wird die Neigung eines Organismus beschrieben, an einer psychischen Störung zu erkranken. Dabei bewirkt das Zusammenspiel von Verletzbarkeit und physischer, psychischen oder sozialen Stressoren, dass die eigene kritische Grenze überschritten wird. Dies führt dazu, dass aus der Verletzbarkeit eine psychische Erkrankung entsteht. Stehen einer Person nicht genügend Schutzfaktoren oder Ressourcen zur Verfügung, erkrankt diese schneller. Die Ursachen für eine erhöhte Vulnerabilität können auch wieder psychosozialer oder biologischer Natur sein. Dabei ist eine angeborene, zum Beispiel genetische, wie auch eine im Laufe des Lebens erworbene Verletzbarkeit möglich. Bevor die kritische Grenze überschritten wird, tauchen erste Warnzeichen auf. Daher eignen sich Beobachtungen besonders gut, um Warnzeichen auszumachen und Rückfällen entgegenzuwirken. Störungsspezifische Symptome treten im Verlauf auf und können vielleicht durch Bewältigungsstrategien noch abgefangen werden (Hammer und Plöchl 2020, S. 16).

Daher wurde das Modell um das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell erweitert. Ob akuter oder chronischer Stress zum Ausbruch einer psychischen Störung führt, liegt aber nicht nur an einer hohen Vulnerabilität. Ebenso spielt der Umgang mit dem vorliegenden Stress (Coping) eine entscheidende Rolle. Damit ist gemeint, dass eine betroffene Person die Möglichkeit besitzt, mit schwierigen Situationen so umzugehen, dass ein geringeres

Stresserleben entsteht. Coping beschreibt hierbei die Fähigkeit, Stress besser zu bewältigen. Diese Copingstrategien können erlernte Fähigkeiten sein, wie zum Beispiel eine soziale Kompetenz. Eine abhängige Komponente könnte aber auch der eigene Bildungsstand sein oder unterstützende Einflüsse von außen, wie zum Beispiel ein stabiles soziales Umfeld (Friedrichs und Knöchel 2016, S. 34).

3.5 Begriffserklärungen chronischer und psychischer Krankheit

Der Begriff „Chronisch“ aus dem Griechischen für „Zeit“ hergeleitet, beschreibt einen langsamen, sich entwickelnden Erkrankungsprozess, dessen Verlauf sich über vier Wochen hinaus erstreckt. Chronische Erkrankungen können trotzdem akute Komponenten haben ebenso wie Phasen ohne Krankheitszeichen (ebd. S. 119f). Das Robert-Koch Institut (RKI) definiert chronische Erkrankungen als

„lang andauernde Krankheiten ..., die nicht vollständig geheilt werden können und eine andauernde oder wiederkehrend erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach sich ziehen“ (RKI 2009, S. 54).

Als häufige chronische Erkrankungen gibt das RKI Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, koronare Herzerkrankungen, Schlaganfall und Atemwegserkrankungen an. Ebenso verweisen sie auf hohe Kosten im Gesundheitssystem durch chronische Muskel- und Skeletterkrankungen, psychische Erkrankungen und Erkrankungen der Sinnesorgane. Eine weitere Feststellung ist die signifikante Häufigkeit bei chronischen Erkrankungen unter Frauen. Ihr Risiko liegt in allen Altersklassen höher als das von Männern (ebd.). Als Ursachen für chronische Verläufe gibt sowohl das RKI wie auch Beushausen biologische, genetische, wie auch psychosoziale Einflussfaktoren an (ebd., Beushausen 2013, S. 120).

Häufig sind chronische Erkrankungen das Ergebnis von Entwicklungsprozessen, die durch umfangreiche Belastungen und vermeintlich besonders risikoreiche Lebensweisen gekennzeichnet sind. Dies können zum Beispiel belastende Familienverhältnisse, ungesunde Ernährung oder schwierige Arbeitsbedingungen sein. Dabei wird von Beushausen die Familie als der Bereich angegeben, der am stärksten auf den Menschen einwirkt. Die Medizin und auch die Psychiatrie weiß um die vielen verschiedenen Einflussfaktoren, die Krankheiten und chronische Prozesse begünstigen. Umso frustrierender ist die Praxis, in der häufig nur einige Faktoren herausgegriffen werden, um diese genauer zu betrachten und zu behandeln, während andere vernachlässigt werden. Dabei richtet sich die medizinische Sichtweise häufig nur nach dem Tätigkeitsfeld des Arztes (Beushausen 2013, S. 91).

Bei vermeintlichen psychischen Erkrankungen oder Störungen ist die genaue Betrachtung aller Einflussfaktoren vielleicht sogar noch wichtiger, da die Interpretationsfläche viel größer ist, als zum Beispiel bei einer organischen Erkrankung. Das Projekt psychische Gesundheit am Arbeitsplatz psyGA gibt an, dass eine „häufige, intensive und lang andauernde Normabweichung des Erlebens, Befindens und Verhaltens“ auf eine psychische Erkrankung hindeuten kann (<https://www.psyga.info/psychische-gesundheit/psychisch-gesund-psychisch-krank>).

Die große volkswirtschaftliche Bedeutung von psychischen Erkrankungen und die daraus resultierenden hohen Kosten für das gesundheitspolitische System haben dazu geführt, dass sich viele Behandlungskonzepte entwickelt haben. Obgleich dieser Fortschritte, bleibt die Überwindung einer psychischen Erkrankung nach wie vor schwierig. Besonders durch Stigmatisierung und Diskriminierung der Gesellschaft ist ein gesellschaftlich integriertes Leben zu führen beschwerlich. Vor allem mit den Auswirkungen einer Erkrankung. Die häufigste Ursache für eine Frühberentung sind immer noch psychische Erkrankungen, daher gilt es besonders die Prävention zu verbessern (Gaebel, Zäske, Baumann 2004, S. 553).

3.6 Das Recovery-Modell

Recovery ist im psychosozialen Raum ein vergleichsweise neuer Begriff und wird als Ansatz verstanden sich gegen den vorherrschenden therapeutischen Pessimismus in den vergangenen Jahrzehnten zu stellen. Dabei wird Recovery sehr unterschiedlich interpretiert. Die einen deuten den Begriff als völlige Genesung von einer psychischen Erkrankung oder das fast gänzliche Verschwinden von Symptomen. Andere interpretieren die Wiedergewinnung ihrer Freiheit nach dem Verlassen einer psychiatrischen Einrichtung und dem Absetzen von Medikamenten mit Recovery (Lehmann 2017, S. 48). Wieder andere verstehen die psychischen Symptome als einen zarten, zerbrechlichen Teil einer veränderten Persönlichkeit, und verstehen in Recovery die Chance sich weiter zu entwickeln und gestärkt aus der Erkrankung hervorzugehen bzw. mit ihr zu Leben (ebd. S. 49).

Der Begriff Recovery stammt aus der Selbsthilfebewegung und war lange Zeit eher bedeutungslos, bis er in den 90iger Jahren aufgewertet wurde. Bis zu diesem Zeitpunkt galten Schizophrenie-Patienten als unheilbar. Das maximale das es zu erreichen galt, war eine Symptomlinderung. Psychiatriebetroffene gründeten dann 1991 ein europäisches Netzwerk. Bereits zwei Jahre später, nach vielen Auftritten bei Kongressen, einigen Büchern und Artikeln konnte die Bewegung nicht länger ignoriert werden (Lehmann 2017, S. 51).

Im psychiatrischen Umfeld orientieren sich Mitarbeiter häufig an William Anthony. Sein Recovery-Verständnis wird sehr häufig zitiert als

„...ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der eigenen Überzeugungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. Es ist ein Weg, ein befriedigendes und hoffnungsvolles Leben voller Teilhabe zu führen, auch wenn es krankheitsbedingt eingeschränkt ist. Indem man über die katastrophalen Auswirkungen der psychischen Erkrankung hinauswächst, zieht der Recovery-Prozess die Entwicklung einer neuen Bedeutung und eines neuen Lebensziels nach sich“ (Anthony 1993, S. 13 zit. n. Lehmann 2017, S. 51).

Der persönliche Recovery-Ansatz beruht auf den Erfahrungen von Menschen, die selbst eine psychische Erkrankung durchlebten. Slade gibt den Prozess als sehr individuell an. Wie eine psychisch erkrankte Person dabei unterstützt werden kann, hängt von ihr selbst ab. Sie ist der Profi der Erkrankung. Um diesen Prozess zu unterstützen, muss der Fokus auf der Förderung des Wohlbefindens liegen und weg von der reinen Behandlung der Krankheit. Dies kann nur geschehen, wenn medizinische Modelle zu einem ganzheitlichen Verständnis der Person werden. Slade verweist darauf, dass Erkrankte Hoffnung brauchen, um ein zukünftiges Selbstbild zu entwickeln. Sie benötigen eine Bedeutung im Leben, um ihre persönliche Verantwortung für ihr Leben aufzunehmen (Slade 2009 S. 4ff).

Die ärztlichen Dienste können dabei nur ein Teil der Angebote sein. Es bedarf nicht nur Hilfen für die Personen, es ist ebenso wichtig Strategien zu entwerfen, die die Umgebung des ganzen Systems einbeziehen. Bock und Kluge weisen darauf hin, dass Recovery eng mit den Ansprüchen der UN-Behindertenrechtskonvention verbunden ist. Dabei sollen sich Hilfen darauf konzentrieren, ein gesundes Leben zu ermöglichen und nicht nur Symptome zu beseitigen. Dies kann nur erreicht werden, wenn mehr von Erkrankten erwartet wird als Compliance und Anpassung. Die eigenständige Lebensgestaltung muss dabei stärker gefördert werden und die Strukturen in Deutschland bedürfen einer Veränderung. Bock und Kluge sehen einen Großteil der Ressourcen immer noch in hospitalisierten Strukturen gebunden. Besonders in Krisen existieren zu wenige aufsuchende und mobile Dienstleistungen. Ein bewusstes Umdenken über die Abläufe in psychiatrischen Systemen könnten einen Umdenkungsprozess anregen, der auch den menschenwürdigen Umgang mit Kranken hinterfragt (Bock und Kluge 2019, S. 35f).

Bei aller Euphorie für wichtige Veränderungen in der Psychiatrie müssen aber auch die Risiken des Recovery-Ansatzes beleuchtet werden. Betroffene sollen ihr Leben wieder zurückerobern, das schwierige dabei sind für alle Beteiligten die auftretenden Risiken. Sie gehören dennoch zum Prozess dazu. Die riskanten Verhaltensweisen sind im stationären Setting und genauso nach einer Behandlung im Krankenhaus kritisch zu betrachten. Hierbei ist es wichtig, dass sie gemeinsam getragen werden können. Nicht nur das Behandlungsteam und Betroffene müssen sich dabei absprechen, auch die Angehörigen müssen um die Risiken wissen und vorbereitet

sein. Das zentrale ethische Spannungsfeld der Psychiatrie kommt dabei zum Tragen, Selbstbestimmung vs. Fremdbestimmung. Besonders im beteiligten professionellen Team werden riskante Schritte von Betroffenen sehr kritisch aufgefasst. Sie sorgen sich um Risiken, die Gewaltanwendung, selbstverletzendes Verhalten oder illegale Verhaltensweisen mit sich bringen können und wollen möglichst sicherstellen, dass diese vermieden werden. Das kann verschiedene negative Auswirkung auf den Recovery-Prozess haben, wie zum Beispiel bei der Auswahl an Medikamenten. Positive Risiken sind hingegen Situationen, in denen sich Betroffene Herausforderungen stellen, an denen sie wachsen können. Resilienz als Ergebnis von Versuchen, auch wenn sie manchmal scheitern. Betroffene profitieren davon, wenn neue Wege ausprobiert werden (Schulz et al. 2014, S. 28f).

Zu Recht fordert Recovery mehr Mut und Risiko im Interesse psychisch Erkrankter. Besonders im klinischen Setting muss mehr passieren als Qualitätsmanagement und Profitsteigerung. Dabei bleibt abzuwarten, ob angesichts der realen Möglichkeiten Recovery nur ein Etikettenschwindel ist oder er als Sparmaßnahme in der Psychiatrie genutzt wird. Vielleicht führt der Ansatz auch zu einer stärkeren Gewichtung der Sozialpsychiatrie oder was wünschenswert wäre, zu einer echten und vertiefenden Reflexion über die Möglichkeiten im therapeutischen, beratenden sowie pflegerischen Kontext (Dammann 2014, S.8).

In der Praxis erlebe ich die Umsetzung neuer Konzepte und Ansätze im Umgang mit psychisch kranken Menschen nur in sehr klinisch angepassten Varianten und vermutlich können sie auch nur sehr kleinschrittig umgesetzt werden. Denn um ein Umdenken in stationären Abläufen zu erreichen, müssen alle am Prozess Beteiligten davon überzeugt werden, gemeinsam durch schwierige Phasen zu gehen. Doch besonders die chronisch unterbesetzte Pflege steht neuen Konzepten sehr kritisch gegenüber, da sie zu oft diejenigen sind, die beispielsweise Gewaltausbrüchen von Patienten hilflos gegenüberstehen. Ebenso haben viele Ärzte und Therapeuten die Sorge, durch eingehende Risiken, den Patienten oder andere Personen zu gefährden und rechtlich schuldhaft zu handeln.

4 Klinische Sozialarbeit im Arbeitsfeld der Psychiatrie

Nach dem Überblick der Krankheits- und Gesundheitsmodelle wird nun das Handlungsfeld klinischer Sozialarbeit erläutert. Es entstand als ein Teil der sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Dabei sind manche Krankheitsbilder für die klinische Sozialarbeit relevanter als andere, da sie soziale Konsequenzen nach sich ziehen, zum Beispiel bei chronischen und psychischen Erkrankungen. Sie erfordern umfangreiche Interventionen zur sozialen Sicherung durch Unterstützungsangebote oder persönlicher Hilfestellung bei der

Krankheitsbewältigung (Ansen, Gödecker-Geenen und Nau 2004, S. 13). Ebenfalls in diesem Absatz werde ich mich mit den unterschiedlichen Beziehungsebenen und ihrer Gestaltung beschäftigen. Dabei gehe ich auf Kooperationsbeziehungen, Beratungsbeziehungen und den wichtigen Dialog in der Psychiatrie ein.

4.1 Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Mit der Psychiatrie-Enquete, der als der Wendepunkt der deutschen Psychiatrie gilt, hielt auch die Soziale Arbeit Einzug (Behringer und Achberger 2019, S.75). Wenngleich es nur geringe Aussagen zur Sozialen Arbeit gibt, werden in der Enquete die sozialen Dimensionen psychischen Leids festgehalten. Ebenso wird auf die Bedeutung von spezifischen Kompetenzen der Sozialen Arbeit hingewiesen, was zu einer deutlichen Zunahme von SozialpädagogInnen führte (ebd. S. 79).

Im Vordergrund der Reform stand für die meisten der Psychiatrie-Mitarbeiter eine Verbesserung und Veränderung der Bedingungen und keinesfalls wie z. B. von universitären Diskursen gefordert, eine Abschaffung der Psychiatrie (ebd. S. 77). Behringer und Achinger weisen darauf hin, dass in den Diskursen „psychisches Leiden als Leiden an der Gesellschaft verstanden wurde, was im Grunde keinen psychiatrischen, sondern einen gesellschaftlichen Umbau erfordert hätte“ (ebd. S. 75).

Dennoch ermöglichte die Enquete eine umfangreiche Reform der Psychiatrie und spricht der Sozialen Arbeit eine wachsende Bedeutung zu. Sie weist ausdrücklich darauf hin, dass es keine Bereiche in der Versorgung von psychisch Kranken gibt, die nicht durch die Mitarbeit von Sozialarbeitern profitieren (ebd. S. 80). Durch die wachsende Zunahme von MitarbeiterInnen der Sozialen Arbeit im stationären und ambulanten Bereichen konnten SozialpädagogInnen dazu beitragen, dass sich die psychiatrische Versorgung qualitativ verbesserte (ebd. S. 79).

Sommerfeld und Rüegger zeigen exemplarisch auf, wie groß das Leistungsspektrum der Sozialen Arbeit heute innerhalb der Psychiatrie und der psychiatrischen Dienste ist. Sie benennen dabei den Kliniksozialdienst als klassisches Angebot. Ihre Aufgaben sind die Anschlussversorgung, Hilfen zur eigenständigen Lebensführung evtl. mit Unterstützungen wie z. B. betreute Wohnformen. Als weitere Aufgabengebiete werden die Abklärung und Beantragung von Hilfen genannt zu denen z. B. die Beantragung von Sozialhilfe, ALG oder Rente gehören. Ebenso gehört die Installation weiterführender Hilfen zu ihren Aufgaben. Hierfür exemplarisch ist die Einbeziehung anderen professionalisierter Angebote wie Schuldnerberatung, Familienhilfen oder andere. Ebenso wichtig sind die Beratungen zur sozialen Integration bzw. deren Aufrechterhaltung. Hierzu zählen der Erhalt der Wohnung oder

des Arbeitsplatzes und die Einbindung in soziale Netzwerke (Sommerfeld und Rüegger 2013, S. 397f).

In der akuten Situation im Krankenhaus ist häufig die Unterstützung der sozialen Arbeit gefragt. Denn kommt es aufgrund einer Erkrankung zu finanziellen, sozialen oder persönlichen Problemen suchen Patienten und ihre Angehörigen hier Unterstützung (Ansen, Gödecker-Geenen und Nau 2004, S. 36).

Der zweite wichtige Zweig Sozialer Arbeit fällt in den Bereich der gemeindenahen Psychiatrie und bedient sich der sozialpädagogischen Sichtweise. Mit Hilfe von Unterstützungsleistungen durch die Professionellen der Sozialen Arbeit soll die Eigenverantwortung gestärkt werden. Sommerfeld und Rüegger meinen hierbei einerseits, dass Üben von alltagspraktischen Dingen, Hilfen im Umgang mit Konflikten im familiären oder sozialen Umfeld und andererseits, die Gestaltung und Förderung der sozialen Teilhabe. Ziel dabei ist es, Klienten mit Hilfe des Recovery Ansatzes zu einem weitestgehend autonomen Leben unter funktionaler Gesundheit zu befähigen (Sommerfeld und Rüegger 2013, S. 398).

4.2 Netzwerk und Kooperationen klinischer Sozialarbeit

Ein weiterer unverzichtbarer Bestandteil sozialarbeiterischen Handelns stellt die Koordination der interprofessionellen Zusammenarbeit dar. Die zunehmende Ausdifferenzierung sozialpsychiatrischer Angebote verlangt eine Netzwerkk Kooperation. Diese Rolle übernimmt die Soziale Arbeit innerhalb der Psychiatrie (ebd. S. 399).

Schon in der Psychiatrie-Enquete wird darauf hingewiesen, wie problematisch mangelnde Abstimmungen und Zusammenarbeit sind. Besonders

„psychisch Kranke und Behinderte werden im Verlaufe ihres oft langwierigen Leidens häufig von verschiedenen Diensten nacheinander behandelt und betreut. Auf diesem Wege ergibt sich die Gefahr, dass die nachfolgende Behandlung die vorangegangene unberücksichtigt lässt“ (Deutscher Bundestag 1975 zit. n. Krumm 2014, S. 7).

Durch den ständigen Ausbau der gemeindenahen Psychiatrischen Versorgung und die Vielfältigkeit der Angebote, ist die Aktualität der kooperativen Zusammenarbeit ungebrochen. Krumm weist auf die vielschichtigen und modernen Leistungserbringer hin, die nicht mehr hierarchisch geordnet, sondern auf gleichberechtigter Ebene in verschiedenen spezifischen Funktionen agieren. Dies erhöht zum einen die Kompetenz spezifischer Angebote und bietet gezieltere Hilfen bei sozialen Problemen. Dennoch gibt es auch Nachteile, besonders bei der starken Differenzierung, ist die Vernetzung und Kommunikation durchaus problemanfälliger. Der Bedarf einer ausgeprägten Koordination und Kooperation darf keinesfalls unterschätzt

werden. Besonders bei der Bewältigung komplexer Problemlagen an denen viele spezifische Hilfesysteme mit ihren Kenntnissen und Fähigkeiten arbeiten. Die wechselseitige Abhängigkeit in der gegenwärtigen Angebotslandschaft der gemeindenahen Psychiatrie hat somit viele Vor- und Nachteile (ebd. S. 7f).

Da ich selbst erst seit eineinhalb Jahre in der klinischen Sozialarbeit der Psychiatrie arbeite bin ich sehr froh, mit Hilfe meiner KollegInnen auf etablierte und gut vernetzte Kooperationsbeziehungen zurückgreifen zu können. Besonders da der wichtige persönliche Kontakt durch die Beschränkungen der Corona Pandemie seltener ermöglicht werden konnte. Diese fehlenden Treffen und Personalwechsel können schnell Kommunikationslücken entstehen lassen. Daher empfinde ich die interdisziplinären Fallkonferenzen unserer Klinik besonders wichtig. Hierzu werden alle 6-8 Wochen die Kooperationspartner des Landkreises eingeladen. Sie alle arbeiten mit Klienten, die von psychischen Erkrankungen betroffen sind. Vom Sozialpsychiatrischen Dienst über RichterInnen, BetreuerInnen, sonstige sozialen Dienste bis hin zur Polizei. Um gezielte Hilfen abzusprechen, können so alle Beteiligten anonym über Betroffene von psychischen Krankheiten diskutieren und sich gegenseitig austauschen. Um dies im Rahmen von Empowerment und Recovery noch zu verbessern wären Einladungen für Selbsthilfegruppen und Interessenverbände sicher von Vorteil und würden neue Sichtweisen ermöglichen.

Krumm weist ebenso auf diesen wichtigen Punkt der Kooperationsbeziehungen hin, da er gerne vernachlässigt wird. Denn Kooperationsbeziehungen können nicht allein auf die interdisziplinäre und interinstitutionelle Zusammenarbeit beschränkt sein, sondern ebenso wichtig ist die Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen KlientInnen und den professionell Tätigen. Angesichts umfangreicher Bedürfnisse und Wünsche von Betroffenen steht und fällt die Unterstützung mit der partnerschaftlichen Kooperation von Betroffenen und den Professionellen sowie ihren Angehörigen. In diesen Kooperationsbeziehungen liegt der Zusammenhang am gemeinsam erarbeiteten Ziel und der wechselseitigen Abstimmung zwischen allen Beteiligten. Dies setzt die Bereitschaft voraus, dass Professionelle die Planung von Hilfen ein Stück weit in die Hände der Betroffenen geben und mit ihnen auf Augenhöhe verhandeln. Nicht selten ist dies der Knackpunkt, besonders bei dem hierarchisch strukturierten Arzt-Patient-Verhältnis (ebd. S. 13).

Die Klinische Sozialarbeit setzt meiner beruflichen Erfahrung genau an dieser Stelle an, um eine gute ambulante Weiterversorgung nach dem Klinikaufenthalt zu installieren und den Bedürfnissen und Wünschen des Klienten gerecht zu werden. Doch gehen Anspruch und Wirklichkeit hier weit auseinander. Nicht das Klienten utopische Vorstellungen hätten. Vielmehr haben sie und ihre Angehörigen oft gute Ideen und Wünsche, die durchaus nachvollziehbar sind. Doch bedarf es für viele dieser Ideen und Wünsche einen sehr langen

Atem, den psychisch kranke Menschen oft nicht haben. Ein umfangreiches und tragfähiges Netzwerk klinischer SozialarbeiterInnen kann hier helfen, Wege aufzuzeigen und das ambulante Hilfesystem zu mobilisieren, um Klienten in dieser Zeit aufzufangen und somit ihren Gesundheitszustand nicht weiter zu verschlechtern.

4.3 Beziehungsgestaltung in der Beratung psychisch Kranker

Im Verlauf der letzten 30 Jahre haben sich die Arbeitsfelder und Tätigkeitsbereiche der sozialen Arbeit immer weiter ausdifferenziert. Ihr umfangreiches Spektrum erstreckt sich über vielfältige Angebote der Jugendhilfe bis hin zur Seniorenarbeit. Insgesamt nehmen auch die Arbeitsfelder weiter zu, in denen medizinische Aspekte eine Rolle spielen. Das Zusammenwirken sozialpädagogischer Aufgaben mit medizinischen, pflegerischen und psychotherapeutischen Aufgaben birgt weitere Herausforderungen. Wie ebenso die gestiegenen Erwartungen an die Soziale Arbeit. Durch die Verantwortungsverschiebung in Richtung Klientel soll die Gleichbehandlung und die Menschenwürde für alle Arbeitsbereiche noch relevanter werden. Die Selbstbestimmung jeder Person und die Beteiligung an der eigenen Entwicklung ist unabhängig von ihren/seinen Belastungen und Einschränkungen und muss in einer angemessenen Weise in die Arbeit einbezogen werden (Großmaß 2007, S. 7). Diese Veränderungen führen dazu, dass Beratung heute zu fast jedem sozialen Arbeitsfeld gehört. Dabei muss Beratung sich den intellektuellen und kommunikativen Möglichkeiten des Klienten anpassen und auf ihre/seine Bedürfnisse eingehen. Doch allzu häufig werden die Bedürfnisse von anderen definiert z. B. gesellschaftliche Erwartungen oder Hilfepläne (ebd.).

Gahleitner und Pauls weisen darauf hin, dass in der Realität die Aufgaben für Fachkräfte immer schwieriger werden. Menschen mit chronischen Belastungen oder vielfältigen Lebensproblemen nehmen zu und die heutige Lebenswelt verlangt von ihnen ein selbstbestimmtes Leben. Dies erzeugt bei Menschen Angst und wächst zum neuen psychosozialen Hilfebedarf heran (Gahleitner und Pauls 2013, S. 15). Wer Beratungshilfen erfragt, fühlt sich selbst von den Anforderungen der eigenen Lebenswelt überfordert und sucht Entscheidungshilfen und Unterstützung. Beratung erfordert, sich auf die Problemsicht und dem Erleben der KlientInnen einzulassen und sucht nach Möglichkeiten, die Gefühle und Wahrnehmungsweisen der Betroffenen einzubeziehen (Großmaß 2007, S. 7).

Ein Beziehungsaufbau mit Menschen in psychischen Krisen ist häufig noch problematischer. Mahler, Oster und Kieser beleuchten dabei die Beziehungsgestaltung zu wahnhaften Patienten, die im stationären Setting sehr häufig vorkommen. Die in einer Psychose gefangenen Menschen, befinden sich in einem nicht lösbaren Konflikt. Ihr Selbst- und Objektverlust führt zu einer nicht aushaltbaren Angst, die in einer Psychose seinen Ausweg

findet. Die daraus folgenden wahnhaften Erklärungsmuster sind für sie notwendig und nützlich, machen einen Beziehungsaufbau für Therapeuten und alle Beteiligten des therapeutischen Teams aber sehr problematisch. Nicht selten werden Kontaktpersonen in den Wahn des Betroffenen eingebunden, besonders, wenn diese Personen von Bedeutung sind. Es verlangt eine große Multiprofessionalität aller Beteiligten, um flexibel auf die Bedürfnisse von KlientInnen einzugehen und eine Beziehungsgestaltung in akuten Krisen zu ermöglichen (Mahler, Oster und Kieser 2022, S. 7ff).

Wie gelingt es nun professionell Tätigen einen guten Beziehungsaufbau zu ermöglichen und Klienten in einem selbstbestimmten Leben zu unterstützen? Schäfter beschreibt, wie Beziehungen entstehen. Sie sind ein Prozess aus regelmäßigen und wiederholenden Interaktionen zwischen den Beteiligten. Durch die Häufigkeit der Kontakte und die Intensität der Zusammenarbeit und der emotionalen Tiefe entsteht eine Beziehung. Abhängig von der individuellen Gestaltung und den konkreten Hilfsangeboten kann diese sehr unterschiedlich sein. Dabei stellt sie klar, dass mit zunehmendem Lebensalter der pädagogische, erzieherische Aspekt in den Hintergrund geraten muss, um eine gute Beziehung gestalten zu können (Schäfter 2010, S. 38ff). Knuf verweist hierbei besonders auf die Einstellung von Fachpersonen. Ihre Aufgabe ist eine unterstützende Atmosphäre zu schaffen, um das eigene Engagement vom Betroffenen und ihren Angehörigen zu entfalten und im partnerschaftlichen Austausch zu arbeiten (Knuf 2003, S. 19).

Dabei ist meiner beruflichen Erfahrung nach nicht allein die Einstellung von Fachpersonen entscheidend. Psychisch Kranke beratend zu begleiten, sei es bei Telefonaten, Ausfüllen von Anträgen oder Formulieren von Anschreiben, muss sehr behutsam erfolgen. Ihre Kompetenzen zu stärken und ihnen Selbstvertrauen zu vermitteln ist dabei wichtiger, als ein fehlerfreier Text. Die Klinische Sozialarbeit benötigt viel Zeit, um einen sorgsam Beziehungsaufbau gestalten zu können, denn psychisch kranke Menschen haben meiner Erfahrung nach ein sehr defizitäres Denken und trauen sich kaum noch etwas zu. Um Klienten nicht zu überfordern ist ein großer zeitlicher Aufwand erforderlich, den andere Berufsgruppen häufig übersehen. Hierbei wird wieder deutlich, wie der eigene Anspruch mit der Realität kollidiert. Die benötigte Zeit steht oftmals nicht zur Verfügung und so wird psychisch Erkrankten viel zu viel abgenommen und dies verstärkt ihre Hilflosigkeit weiter.

4.3.1 PatientInnen, Fachkräfte, Angehörige - Ein wichtiger Trialog

Ebenso wie psychisch kranke Menschen sind auch ihre Angehörigen von Risiken und Nebenwirkungen einer Therapie betroffen. Dabei beklagen sie häufig eine schlechte Informationsweitergabe und Kommunikation. Angehörige werden gerne ausgeblendet, sollen aber dann im Bedarfsfall als „Ko“-Therapeuten agieren. Diese Rolle bringt Risiken mit sich, für den Angehörigen und das gesamte Familienklima. Verweigern sich psychisch Erkrankte ganz einer Therapie, sind die Auswirkungen wie sozialer Abstieg oder gar der Zerfall ganzer Familiensysteme wahrscheinlich. Der Kommunikationsmangel steht bei den Angehörigen ganz oben auf der Beschwerdeliste. Die fehlenden Informationen sind dabei nicht allein das Problem. Es kommt noch eine Vielzahl unangenehmer Gefühle dazu, wie ausgegrenzt, angeklagt oder übergangen zu werden (Seifert 2008, S. 23).

Mit einem Trialog ist die gleichberechtigte Zusammenarbeit von Therapeuten mit dem Betroffenen und den Angehörigen gemeint. Im psychiatrischen Kontext, wie ich es aus meiner beruflichen Praxis erlebe, wird der Klinische Sozialdienst im therapeutischen Team dieser Triade aktiv eingebunden. Im Trialog soll das Einbeziehen der Angehörigen aktiv und auf Augenhöhe möglich werden, um spezifische Empfehlungen und Informationen für alle transparent und offen zu kommunizieren. Auf diese Weise soll eine partizipative Entscheidungsfindung ermöglicht werden. Ebenso sollen Angehörige und Betroffene evidenzbasierte Informationen erhalten. Mit der Aufnahme des Trialogs in die S3 Leitlinien, die so konzipiert sind, dass sie eine Handlungsempfehlung darstellen sollen, soll der Trialog erheblich aufgewertet werden. Und aus der reinen „Begleiterscheinung der Versorgung“ herausgelöst werden (Grübler 2012, S. 18).

Dörner gibt eine Begründung, warum er psychiatrisches Denken und Handeln aus dem Trialog für so wichtig erachtet und erörtert die Wirksamkeit an zugrunde gelegten verallgemeinerbaren Theorieinhalten. Hierzu bemüht er acht Thesen die ich verkürzt darstellen werde.

- „1. Hier werden die ethischen Regeln ausgehandelt für eine tragfähige Moral aller Beziehungen zwischen den drei wesentlich beteiligten Kerngruppen. ...
2. Der Trialog ist gleichwohl vor allem deshalb praktisch wirksam, weil alle Perspektiven beteiligt sind. ...
3. [Er bietet die] Chancen, für das jeweilige Problem die richtige Lösung, das Gute zu finden, da der je gefundenen Lösung alle zwanglos zustimmen können ...
4. Da die Teilnehmer in ihren Interessen wie in ihren Werten pluralistisch unterschiedlich sein werden, ist die [Vereinbarung] äußere Regeln umso wichtiger. z.B.

- Alle Beteiligten sind anwesend. ...
- Alle wissen, dass sie grundsätzlich gleiche Anerkennung für ihre Argumente finden, auch z. B. für wahnhafte Gedanken. ...
- Der Dialog bedarf eines neutralen Ortes ...

5. [Wichtig für das Gelingen des Dialogs ist, dass] alle Teilnehmer an einer inneren Haltung arbeiten, ...vor allem um die Aufmerksamkeit und die Wertschätzung ...

6. Wenn somit der Dialog für die Überprüfung und damit für die Grundlegung ethischer Regeln des psychiatrischen Handelns und Denkens tauglich ist, dann mag das auch für die Psychiatrie als Wissenschaft gelten: ein psychiatrisches Forschungsprojekt wäre danach nur dann wissenschaftlich, wenn das jeweilige Thema zunächst vorwissenschaftlich dialogisch, also unter Berücksichtigung aller wesentlichen Perspektiven und ethischen Implikationen, vollständig erörtert worden ist. ...

7. Der Dialog kann auch ein Modell für jeden einzelnen diagnostisch- therapeutischen Handlungsprozess sein. ...

8. Je weiter die Deinstitutionalisierung der Psychiatrie fortschreitet, desto mehr hat er sich vielmehr in die entgegengesetzte Richtung zu orientieren. „Gemeindepsychiatrie“ wird dann heißen, die Last, die ein psychisch Kranker bedeutet, auf möglichst alle Schultern gerecht zu verteilen, damit sie für alle tragbar ist, ohne einzelne in der Verfolgung ihrer gesund-egoistischen Interessen zu sehr zu beeinträchtigen“ (Dörner 2003, S 38ff).

Dazu geht Dörner noch auf Dialog-Foren ein, die regelmäßige Treffen zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und den psychiatrisch Tätigen organisieren. Hierbei geht es um Fragen der Wissenschaft, wie ebenso die Versorgung und Belange der psychiatrischen Praxis, die alle drei Gruppen gleichermaßen berücksichtigt. Dies soll die Dialogisierung der Psychiatrie weiter fördern. Dabei unterstreicht Dörner explizit, dass der Dialog nicht der einzige Weg ist, der Dialogisierung der Psychiatrie ist. Dennoch biete es eine besondere zwischenmenschliche Chance, um angemessene Handlungsempfehlungen zu entwickeln, die ebenso von anderen Bereichen und medizinischen Disziplinen erprobt werden sollten, um eine „Arzt-Patient-Angehörigen-Beziehung“ (ebd. S. 42) zu installieren. Dabei „könnten Ethik-Initiativen in der allgemeinen Medizin vielleicht doch vom psychiatrischen Dialog einiges lernen“ (ebd.).

Psychiater und Psychologen sind von der Wichtigkeit dialogischer Gesprächsführung überzeugt, die praktische Umsetzung ist aber häufig nicht nach den Bedürfnissen psychisch Kranker und ihre Angehöriger ausgerichtet. Besonders von Psychiatern wird der Dialog der Klinischen Sozialarbeit und den Psychologen überlassen.

4.3.2 Angehörigenarbeit der Klinische Sozialarbeit

Die Klinische Sozialarbeit findet in vielerlei Behandlungskomplexen statt und ist in multiprofessionellen Teams eingebettet. Ihre Kompetenz basiert auf der Gesundheitsarbeit und auf den psychosozialen Dimensionen von Krankheitsgeschehen. In ihrer beratenden Arbeit fühlen sie sich für psychisch Erkrankte wie auch somatisch leidende Menschen zuständig. Sie versucht einfühlsam auf Klienten zuzugehen und setzt sich professionell mit psychosozialen Problemen auseinander. Ebenso beschäftigt sich Klinische Sozialarbeit mit den Folgen von Störungen und Krankheiten für die Betroffenen und deren Angehörigen (Geißler-Piltz 2004, S. 1).

Die Angehörigenarbeit bekommt in der Sozialpsychiatrie einen immer höheren Stellenwert, um Betroffene einerseits nicht aus ihrem gewohnten Setting zu reißen und andererseits längere Klinikaufenthalte zu verhindern. Durch Angehörigenverbände gelang es Familienmitgliedern die Interessen von Angehörigen, wie ihren eigenen, ein politisches Gehör zu verschaffen. Mehrere Gründe geben zudem Aufschluß, warum die Angehörigenarbeit zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. So stellen langwierige Klinikaufenthalte eine hohe Belastung dar, ebenso hat das Verhalten von Angehörigen einen großen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung. Die aufklärende Öffentlichkeitsarbeit trägt zudem dazu bei, Diskriminierung abzubauen und Lobby Arbeit hilft zusätzlich, Ansprüche bei lokaler Versorgungsplanung anzuzeigen (Dörr 2005, S. 57f).

Trotz der Wichtigkeit der Angehörigenarbeit erfolgt die Ausweitung auf die Angehörigenperspektive von Mediziner*innen nur vereinzelt, obwohl der Einfluss der Angehörigen sehr wohl bekannt ist und das Behandlungsergebnis durch sie erheblich verbessert werden kann. Die Einbeziehung gehört zwar zu den Pflichtaufgaben laut Psychiatrie Personalverordnung (Psych-PV), doch sind in einer Regelbehandlung nur 10 Minuten pro Woche dafür vorgesehen. Laut einer Studie von Spießl et al. sind Angehörige zwar zufrieden mit der schnellen Aufnahme und die dadurch empfundene Entlastung, dennoch beklagen sie eine fehlende Einbeziehung und Informationsweitergabe von Medikamenten, Therapien und Behandlungsverlauf. Zudem fehlte es ihnen an rechtlicher, finanzieller und sozialer Unterstützung (Spießl et al. 2004, S. 475ff). Leider wurde in dieser Studie nur allgemein zur stationären Behandlung gefragt und nicht die Klinische Sozialarbeit in den Blick genommen.

Doch auch eine Angehörigenbefragung von Schwarz und Harms im Jahr 2000 auf die Ansen und et al. in „Soziale Arbeit im Krankenhaus“ Bezug nehmen, weist darauf hin, dass 45 % der Befragten nicht wussten, mit wem sie über Unterstützungsmöglichkeiten nach der Entlassung sprechen können (Ansen 2004, S. 34).

Ahrens-Tilner und Peker stellten zudem in ihrer Angehörigenbefragung fest, dass Angehörige in Krisensituationen kaum Ansprechpartner finden, die sich ihrer eigenen Verunsicherung annehmen und sie hilfreich unterstützen. Ebenso gaben sie an, wie sich die fehlende Unterstützung der Angehörigen auf die psychisch Kranken auswirkt. In der Begleitung durch ihre Angehörigen fühlten sich psychisch Erkrankte daher häufig über- oder unterfürsorglich behandelt (Ahrens- Tilner und Peker 2012, S. 17f).

Im klinischen Setting der Regelversorgung soll laut Boch die Möglichkeit geschaffen werden Gruppen für Angehörige anzubieten. Dieses Gruppensetting soll Angehörigen die Möglichkeit bieten ihre Bedürfnisse zu äußern und Konflikte offen anzusprechen. Diese dem Dialog angelehnte Form soll ebenso ermöglichen, von den Erfahrungen der anderen zu profitieren (Boch 2019, S. 892). Da Boch in seinen Aussagen hierbei stets den Konjunktiv verwendet, lässt vermuten, dass dies in der Praxis kaum Anwendung findet. Auch aus meiner beruflichen Praxis kann ich leider dazu auf keinerlei Beispiele zurückgreifen.

Pauls weist der Klinischen Sozialarbeit die Rolle der kooperativen Vermittlung von Krankheitserkenntnissen zu, um die Sichtweise aller Beteiligten zu öffnen. So soll eine Akzeptanz der Erkrankung erreicht werden und Möglichkeiten aufzeigen, trotz Einschränkungen mit der Erkrankung zu leben. Die sozialen Einschränkungen mit denen Patienten und Angehörige konfrontiert werden, sind weitere wichtige Themenbereiche. Mit der Psychoedukation (Übersetzung komplizierter und krankheitsspezifischer Fakten) soll Klinische Sozialarbeit dazu beitragen, besonders bei fehlender Krankheitseinsicht aufzuklären und positiv auf alle Beteiligten einzuwirken (Pauls 2004, S. 328).

Mit einem Blick auf meine eigene Arbeit, muss ich den Kritikpunkten der aufgeführten Studien leider zustimmen. Durch Arbeitsverdichtung und der Komplexität von Aufgaben werden Angehörige häufiger auch von der Klinischen Sozialarbeit nicht ausreichend in den Blick genommen. So empfiehlt es sich in der Praxis der Klinischen Sozialarbeit noch aktiver auf Angehörige zuzugehen und ihnen Unterstützung anzubieten.

5 Belastungen psychisch erkrankter Menschen

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den vielfältigen Belastungen psychisch erkrankter Menschen und den Chancen sie zu einem selbstbestimmten Leben zu befähigen. Psychische Erkrankungen haben nicht selten chronische Verläufe und begleiten Betroffene auch in symptomfreien Abschnitten ein Leben lang. Für die soziale Arbeit stellt sich die relevante Frage, wie Betroffene und ihr soziales Umfeld auf die Erkrankung reagieren. Psychisch und chronisch Erkrankte müssen mit einem gravierenden Einschnitt in ihre Lebensgeschichte und

bleibenden Einschränkungen zurecht kommen. Betroffene benötigen daher Zeit, um die Erkrankung zu verarbeiten, sie anzunehmen und durch sie zu wachsen. Dies erfordert einen sehr behutsamen Umgang mit ihnen, um sozialarbeiterische Interventionen zu ermöglichen (Ansen, Gödecker-Geenen und Nau 2005, S.14f).

5.1 Diskriminierung und Stigmatisierung

Im Rückblick der Psychiatriegeschichte zeigt sich, dass der Umgang mit psychisch Erkrankten oder Menschen mit abweichendem Verhalten immer auch Ausgrenzung beinhaltete. Eine fehlende System-Anpassung oder das Nichterbringen von geforderten Leistungen, führte zum Ausschluss aus Städten und Gemeinden. Die Unterbringung in Toll- und Narrenhäusern oder späteren Heilanstalten abseits vom Zentrum war die Folge. Die Motivlage war dabei zwar differenziert, zum Teil Entfernung einer unbeliebten Person oder Heilung durch Ruhe, das Resultat war trotzdem identisch - Ausgrenzung (Behringer und Achberger 2019, S. 76).

Wie steht es heute um Diskriminierung und Stigmatisierung psychisch Erkrankter im Beruf, Alltag und bei der Versorgung? In den letzten Jahrzehnten wurde eine Vielzahl an psychosozialen Hilfen installiert. So ist die Wahrung von Menschenrechten und Rechte von psychisch Kranken, ein wichtiges politisches Ziel. Es gibt ein Diskriminierungsverbot von Menschen mit Behinderung, das fest in der Gesetzgebung verankert ist, und durch die Reformen in der Psychiatrie hat sich die sozialpsychiatrische Perspektive mit seiner ganzheitlichen Betrachtungs- und Herangehensweise durchgesetzt. Wir haben heute ein Bundesteilhabegesetz, das die gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung gewährleistet soll und viele Selbsthilfeorganisationen (von Kardorff 2011, S. 39f).

Doch fallen unter dem Sammelbegriff „psychisch krank“ viele verschiedene Betroffene mit sehr unterschiedlichen Störungen und Verlaufskurven und nicht alle werden auf gleiche Weise diskriminiert. So sind Erkrankungen wie z. B. Burn-out heute weitestgehend akzeptiert. Den gestiegenen beruflichen Anforderungen wird mit einem gesteigerten Interesse und Maßnahmen zur Wahrung der eigenen Work-Life Balance reagiert und Angst- und Essstörungen wird mit vermehrten Beratungs- und Therapieangeboten begegnet. Demgegenüber haben es die als „klassisch Ver-rückt“ Bezeichneten z. B. mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis deutlich schwieriger. Das unübersichtliche Hilfenetz hilft kaum, Vorurteile abzubauen und sie vor Wohnungslosigkeit und sozialem Abstieg zu schützen (von Kardorff 2010, S. 282). Selbsthilfeorganisationen ist es zwar gelungen, Betroffene und ihre Angehörigen aktiver zu unterstützen und durch Aufklärung und Zunahme psychischer Erkrankungen das Bewusstsein vieler zu sensibilisieren. Doch trotz positiver Entwicklungen

haben Vorurteile gegenüber Betroffenen nur geringfügig abgenommen (von Kardorff 2011, S. 39f). Als vermeintlichen Grund gibt von Kardorff an:

„Die psychohistorisch-mentale Verankerung der sozialen Konstrukte Wahnsinn, psychische Krankheit, Behinderung führt dazu, dass Formen der Stigmatisierung und Benachteiligung von der Allgemeinheit als legitim betrachtet und nicht als Verletzung von Bürger- und Gleichheitsrechten gesehen werden“ (ebd. S. 40).

In der Gesellschaft gelten Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig als gefährlich oder unberechenbar. Sie werden für unzuverlässig gehalten, nicht belastbar oder vermindert leistungsfähig und bedürfen wegen ihrer Andersartigkeit unbedingt einer Behandlung (ebd.).

Mit ihrer Stigmatisierung ist zugleich ein Statusverlust verbunden, der nicht nur die erkrankte Person betrifft, sondern sich ausweitet auf nahe Angehörige. So wird das Stigma auch als zweite Erkrankung bezeichnet und beeinflusst negativ den Krankheitsverlauf. Besonders bei Neuerkrankung führen die eigenen negativen Konzepte über psychische Erkrankungen zu Selbstvorwürfen, Scham und Schuldgefühlen bis hin zur Leugnung. Betroffene versuchen die Krankheit geheim zu halten und isolieren sich. Dies führt dazu die wichtigste Ressource ihr soziales Umfeld als Unterstützung nicht zu nutzen (Gaebel, Zäske und Baumann 2004, S. 553f).

Die Selbststigmatisierung und das daraus resultierende Ausmaß auf die Recovery der Betroffenen, wurde von Oexle et al. in einer Studie untersucht. Diese ergab, dass Selbststigmatisierung einen hohen Einfluss auf die Genesung besitzt. Besonders deutlich wurde dieser Zusammenhang nach dem ersten Jahr der Erkrankung, allerdings verringerte sich dieser wieder im zweiten Jahr (Oexle et al. 2018, S. 209ff). Aufgrund der hohen klinischen Relevanz dieser Studie gibt Wagner allerdings zu bedenken, dass in der Studie wichtige Angaben zur medikamentösen Therapie fehlen. Dies könnte einen hohen Einfluss auf die Ergebnisse nehmen (Wagner 2018, S. 7f).

Diskriminierung und Stigmatisierung betrifft aber nicht nur die psychisch Erkrankten allein. Angehörigen wird häufig versteckt oder ganz offen von ihrem sozialen Umfeld und auch Fachkräften eine Mitschuld am Verhalten ihrer erkrankten Familienmitglieder gegeben. Dies ist wissenschaftlich widerlegt und um Diskriminierung zu vermeiden ist es wichtig Angehörige freizusprechen und sie aktiv in Therapien einzubinden (von Kardorff 2010, S. 281).

5.2 Teilhabebeeinträchtigungen bei psychischer Krankheit

Stigmatisierende Auffassungen sind aber nicht nur auf Leiden beschränkt. Auch unter Mediziner*innen finden sich Skeptiker mit negativen Einstellungen zur Behandelbarkeit und Therapien von psychisch Kranken. (Gaebel, Zäske und Baumann 2004, S. 554).

Die kulturell verankerten Muster psychisch Erkrankter führen zur Benachteiligung und begrenzen ihre Teilhabechancen. Van Kardorff vergleicht dazu psychisch Erkrankte mit der Normalbevölkerung und zeigt die unbefriedigende Datenlage auf. Dabei wird deutlich, dass Betroffene von psychischen Krankheiten:

- häufiger ein geringeres Arbeitseinkommen erhalten
- mit einem doppelt so hohen Risiko ihren Arbeitsplatz zu verlieren leben müssen
- einen fast doppelt so hohen Anteil an Erwerbslosen aufweisen
- dreimal so häufig verschuldet sind
- häufiger Mietrückstände aufweisen oder an der Grenze zur Armut leben
- sich öfter in einer schwierigeren sozialen Lage befinden
- in einer erheblichen Anzahl von Obdachlosigkeit betroffen sind

Diese Datenlage lässt eine systematische Diskriminierung vermuten. Besonders für Menschen mit chronischen Erkrankungen ist es häufig ein Leben am Armutsrand, gekennzeichnet von institutionellen Abhängigkeiten. Die Kennzeichen sind noch heute eingeschränkte Teilhabechancen, verminderter Selbstbestimmung, Bevormundung und geringer Wahlmöglichkeiten (von Kardorff 2011, S. 41).

Ebenso sind Betroffene häufig sozial isoliert. Sie ziehen sich selbst von ihrem sozialen Umfeld zurück oder durch Schwierigkeiten im Umgang gehen soziale Beziehungen verloren. Dies führt zu sozialen Teilhabebeeinträchtigungen (Gaebel, Zäske und Baumann 2004, S. 554).

Liegt eine psychische Erkrankung vor, sehen sich Betroffene auch mit einer erheblichen negativen Auswirkung auf ihre Arbeitssituation konfrontiert. Aufgrund der Erkrankung kommt es häufiger zum Abbruch einer Ausbildung, dem Verlust des Arbeitsplatzes oder zur Frühberentung. Dies, obwohl der Großteil von ihnen gern einer Tätigkeit nachgehen möchte. Besonders stark sind Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis von beruflicher Exklusion betroffen. Ihre Arbeitsraten liegen in europäischen Studien lediglich zwischen 10 % und 20 % (Gühne und Riedel-Heller 2015, S. 19f).

Gühne und Riegel-Heller veranschaulichen in ihrem Bericht sehr deutlich, wie groß die Exklusion für psychisch Erkrankte im Bereich Arbeit ist. So verweisen sie auf die Daten der Deutschen Rentenversicherung. Ihren Ausführungen nach waren 42,7 % aller im Jahr 2013 gesundheitsbedingten Frühberentungen auf eine psychische Störung oder Erkrankung zurückzuführen. Damit sind sie die Hauptursache für einen verfrühten gesundheitsbedingten Ausstieg aus dem Erwerbsprozess. Interessanterweise stellten sie fest, dass nur 54 % der psychisch erkrankten Neurentner in den vorherigen fünf Jahren die Leistungen medizinischer Rehabilitation in Anspruch nahmen. Dies kann auf verschiedene Gründe zurückgeführt werden, wie fehlende Einsicht der Betroffenen oder einer hohen Selektionsrate bei geringen Erfolgsaussichten. Doch gehen Rehabilitationsträger auch davon aus, dass die Antragsstellung häufig zu spät erfolgt und die Voraussetzungen für Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder medizinischen Rehabilitation kaum noch gegeben sind. Sind Erkrankte erstmal in einer befristeten Erwerbsminderungsrente (EU-Rente), gelingt es ihnen im Anschluss selten sich wieder im Berufsleben zu integrieren. Häufig auch, da viele Betroffene bereits vor der Erwerbsminderungsrente keiner versicherungspflichtigen Arbeit mehr nachgegangen sind. Den geringen Anteil von Rehabilitationsmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen zeigt Abbildung 3 deutlich (ebd. S. 21f).

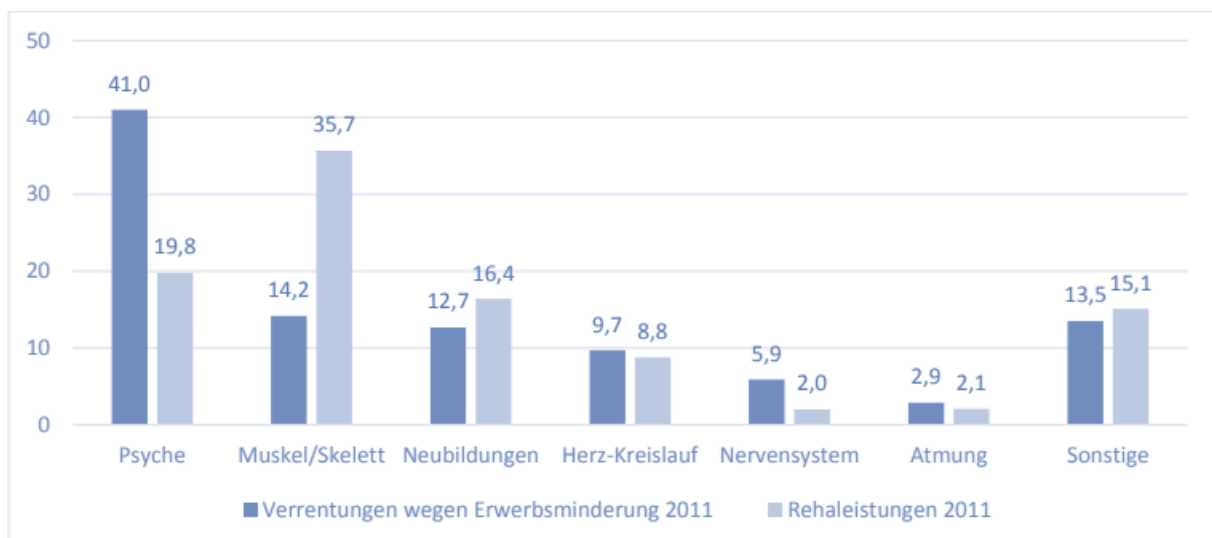


Abbildung 3 Die wichtigsten Erkrankungen die zur beruflichen Frühberentung führen in % und die Rehabilitationsmaßnahmen

Das psychische Erkrankungen so früh und so häufig zu einer EU-Berentung führen, kann auf eine unzureichende Versorgung zurückzuführen sein oder auf Probleme an den Schnittstellen im Sozialversicherungssystem. Dennoch verdeutlichen die ausgeführten Befunde von Gühne und Riedel-Heller, dass schwer psychisch erkrankte Menschen in Bereichen wie Ausbildung und berufliche Teilhabechancen sozialrechtliche Benachteiligung erfahren. Diese sozialrechtliche Ausgrenzung erfolgt systematisch und ist seit über 20 Jahren bekannt (ebd.).

Unser Bildungssystem und die Arbeitswelt sind gekennzeichnet von Zertifikaten, Kompetenzen und Leistungsfähigkeit. Sie sind die Voraussetzungen zu guten Positionen, Statusgewinnung und sozialem Aufstieg. Die soziale Kategorisierung hat ungleiche soziale Teilhabechancen zur Folge, erhöht die Stigmatisierung und Diskriminierung und hängt Menschen systematisch ab (von Karsdorff 2021, S.1230). Die gestiegene Leistungserwartung wird durch soziale Medien und Selbstinszenierungen noch weiter befeuert und führt vermehrt zu Anpassungsproblemen und Störungen der Identitätsbildung. Die führen zu wieder neuen Abweichungen und psychischen Irritationen. Viele Menschen können bei diesem Tempo nicht mithalten und erfahren Ausgrenzung durch die gestiegenen Anforderungen der Gesellschaft (ebd. S. 1237).

Im Bereich Wohnen sollen Menschen mit psychischen Erkrankungen heute gleichberechtigt, frei ihren Wohnort wählen dürfen und müssen in keiner betreuten Wohnform leben. Zudem ist im Artikel 19 der Behindertenrechtskonvention der vereinten Nationen (VN-BRK) fest verankert, dass Menschen mit Behinderungen der Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsleistungen, auch in eigenem Wohnraum ermöglicht werden muss. Das können Unterstützungsdienste zur Lebensführung sein oder persönliche Assistenz. Diese Leistungen sollen eine Isolation oder eine Ausgrenzung verhindern (Konrad und Rosemann 2020, S. 468). Dies kollidiert mit den wissenschaftlichen Befunden. Demnach sind zufolge mehreren repräsentativen Studien 75-90 % aller Wohnungslosen, von einer psychischen Krankheit betroffen (Eikelmann und Zacharias 2004, S. 481).

Aus meinen beruflichen Erfahrungen heraus kann ich diese hohe Anzahl nachvollziehen. Das Gesetz ist überaus richtig und wichtig, doch in der praktischen Umsetzung klafft Gesetz und Realität weit auseinander. Es fehlt an Personal und Betroffene müssen lange auf Unterstützungsleistungen warten. Trotz gesetzlichem Anspruch auf Hilfen im eigenen Wohnraum, wie das ambulant betreute Wohnen beträgt die Bearbeitungszeit von Anträgen der Eingliederungshilfe in Sachsen-Anhalt meist über ein Jahr. Zwar weiß ich aus fachlichen Kreisen, dass unser Landkreis besonders schleppend arbeitet, dennoch sind längere Wartezeiten auch in anderen Bundesländern keine Seltenheit. Ebenso zwingt die Wohnungsmarktsituation sozial schwache Menschen in „Gettos“ und ohne Unterstützung verlieren sie ihre Wohnung, wenn es zu Problemen mit anderen Mietparteien kommt. Alle Felder sozialer Arbeit sind hier aktiv gefragt, diese Teilhabebeeinträchtigungen zu verhindern bzw. abzubauen. Die Klinische Sozialarbeit versteht sich dabei als ein wichtiges Bindeglied und Kooperationsvermittler, um Hilfen zu installieren. Ihre Aufgabe besteht ebenso in der Befähigung von Betroffenen und ihren Angehörigen ihre Rechte einzufordern, wie auch mit fachlicher Kompetenz den Teilhabebeschränkungen von psychisch Kranken

entgegenzuwirken und diese mit Hilfe von Netzwerkpartnern und gut informierten Angehörigen abzuwenden.

5.3 Empowerment in der Psychiatrie

Der Begriff Empowerment stammt aus der Emanzipationsbewegung und Befreiungsbewegung von amerikanischen und afroamerikanischen Frauen. Sie kämpften gegen Unterdrückung und Machtlosigkeit und gewannen Kraft und Stärke zurück. Sich für die eigenen Rechte einzusetzen und nicht länger unterlegen zu sein bedeutet auch in der Psychiatrie eine Möglichkeit Einfluss zu nehmen und das eigene Leben zurückzugewinnen und die Behandlung und Behandlungsstrukturen mitzubestimmen. Heute ist der Begriff in aller Munde, doch ist „das damit verbundene Konzept in der psychiatrischen Arbeit noch kaum realisiert“ (Knuf 2003, S. 17).

Empowerment versteht sich als eine Art Selbsthilfe und wird als Ergänzung des professionellen Versorgungssystems verstanden. In der Versorgung psychisch Kranker ist dies allerdings Neuland. Die noch junge Empowerment- und Recovery-Bewegung setzt neue Impulse und zeigt Möglichkeiten der Eigenverantwortung und Gesundung auf. Bening weist darauf hin, dass gerade das alte, defizitäre Krankheitsverständnis, welches Vermeidung und Anpassung von Betroffenen verlangt, zur Fremdbestimmung beiträgt. Eine erlernte Hilflosigkeit durch große Compliance des Patienten führt eher dazu, die Opferrolle nicht mehr zu verlassen. Hier sind die psychiatrischen Profis gefragt, denn um Menschen zu Empowerment und Recovery zu ermutigen, bedarf es einer eigenen inneren Haltung. Die Empowermentbewegung zeigt der Psychiatrie auf, dass eine Veränderung von Krankheitsverständnis und ein Perspektivwechsel dringend überfällig sind. Sie können neue Genesungsmöglichkeiten eröffnen und dazu führen, dass sich die Psychiatrie selbst kritisch hinterfragt (Bening 2016, S. 27).

Dabei gibt Knuf zu verstehen, dass Empowerment kein Handlungskonzept von Fachleuten ist. Professionell Tätige können Betroffene nur unterstützen, ihren Mut, Stolz und Würde wieder zurückzugewinnen. Es bedarf dazu eine Auseinandersetzung des Betroffenen selbst mit sich und seiner Erkrankung. Empowerment Unterstützung kann nur dazu beitragen, dass psychisch erkrankte Menschen sich ihrer Kompetenzen bewusst werden, um sie zu erhalten und zu erweitern. Dafür müssen Fachpersonen den Weg ebnen und Empowerment nicht verhindern, z. B. durch die Vermeidung erlernter Hilflosigkeit und zu großer Verantwortungsübernahme. Ihre Aufgabe ist es, Klienten zu ermutigen, ihre Selbstbestimmung zu erhalten und auch in akuten Krisen Absprachen zu ermöglichen. Empowerment-Unterstützung beschreibt Knuf als eine Haltung und eine Atmosphäre, die

geschaffen wird, um Klienten zu ihren vielleicht schon vergessenen Ressourcen zu führen und zu einem selbstbestimmten Leben mit eigenen Problemlösungen (Knuf 2003, S. 18). Vor allem der Dialog aus Fachleuten, Betroffenen und Angehörigen mit einer Empowerment unterstützenden Haltung trägt dazu bei (ebd. S. 19).

5.3.1 Zwischen Autonomie und Zwang

Die Grundrechte der persönlichen Freiheit und Selbstbestimmung sind fest in unserer westlichen Gesellschaft verankert. Daher werden sie auch „in der Rechtsprechung höher gewertet als das Recht auf Gesundheit und Behandlung im Falle einer Erkrankung“ (Lauber 2005, S. 103). Daher bewegt sich die Psychiatrie jeher in dem Dilemma, aus dem Betroffenenrecht auf Selbstbestimmung und Autonomie und den möglichen schwerwiegenden Folgen dieses selbstbestimmten Handelns. Neben der ärztlichen Behandlung wurde der Psychiatrie traditionell von der Gesellschaft eine soziale Kontrollfunktion zugeschrieben. Diese Aufgabe führt immer wieder zu kritischen Reflektionen und gesellschaftliche Diskussionen, wie sehr die Freiheit und Autonomie psychisch Erkrankter eingeschränkt werden darf und wie individuell Zwang ausgeübt werden muss. Durch viele Auseinandersetzungen hat sich heute der Grundsatz durchgesetzt, die Behandlung und das Behandlungssetting von psychisch kranken Menschen so wenig wie möglich einzuschränken. Unumstritten ist, dass sich in diesem Spannungsfeld viele Interessenkonflikte ergeben, die besonders bei akuten psychischen Erkrankungen mit einer unmittelbaren Fremd- und/oder Selbstgefährdung einhergehen kann. Betroffene wünschen sich eine maximale Freiheit und Autonomie in ihren Handlungen und Tagesabläufen mit möglichst sehr wenigen Einschränkungen. Angehörige können diese Forderungen nicht immer vorbehaltlos unterstützen, da sie häufig direkt mit negativen Folgen konfrontiert werden.

„z. B. wenn ein Patient, weil nicht unmittelbar fremd oder selbstgefährdend, aus einer stationären Behandlung entlassen wird, obwohl die zur Hospitalisation führenden Symptome, die den sozialen Kontakt stark erschwerten, weiterhin vorhanden sind“ (ebd.).

Dem Wunsch nach Entlassung muss dennoch unbedingt entsprochen werden, wenn keine Gefährdungsmomente vorliegen. Nur so kann man den Patienten in seiner Autonomie stärken und sein Vertrauen erhalten, für eine mögliche Wiederaufnahme und Behandlung nach seinen Bedingungen (Lauber 2005, S. 103f).

Patienten, die häufig immer wieder stationärer Behandlung bedürfen, werden auch als Drehtürpatienten bezeichnet. Sie weisen sich häufig selbst ein, um die Kontrolle zu behalten. Eine Selbsteinweisung empfinden Betroffene dabei als entlastend da sie wissen, dass sie auf

Wunsch die Klinik wieder schnelle wieder verlassen können. Besonders bei schweren psychischen Erkrankungen, wie z. B. aus dem schizophrenen Formenkreis, schweren Angststörungen oder bipolaren Erkrankungen, benötigen Patienten oftmals mehrere Klinikaufenthalte (<https://www.deutschlandfunkkultur.de/drehtuerpatienten-in-der-psychiatrie-immer-wieder-auf-100.html>). Um Zwangsmaßnahmen zu verhindern ist dieser Drehtüreffekt durchaus gewollt, wie mir ärztliche Kollegen häufig bestätigen. Die Patienten sollen Vertrauen fassen und durch eine Aufnahme ohne Zwangsmaßnahmen empfinden Patienten weniger Angst und kommen bei akuten Problemen eher in die Klinik. Vor allem können sie sich auch eher auf ein Therapieangebot einlassen.

Dennoch stimmt der Gesetzgeber eine mögliche Einschränkung von Freiheitsrechten unter gewissen Umständen zu. Dabei ist zu berücksichtigen, dass alle Beteiligten nur in besten Absichten für den Betroffenen handeln. Leider, gibt Lauer zu bedenken, werden aber Fachleute und Angehörige auch von ihren eigenen Interessen geleitet. Die fürsorgerische Freiheitsentziehung wird dabei als die Schwerwiegendste beschrieben. Auswirkungen, die so eine Freiheitsentziehung mit sich bringt, können auf zwischenmenschlicher Beziehungsebene immens sein. Besonders die Vertrauensbasis zur Klinik und dem sozialen Umfeld ist davon betroffen. Die Folgen für den Erkrankten der zwangsweise in einer Klinik bleiben muss, können z. B. Kontrollverlust, Angst, Verlust von Selbstrespekt und ein vermindertes Selbstwertgefühl sein. Dies begünstigt weiter Stigma und Selbststigmatisierung. Selbst bei Patienten, die schlussendlich in die Behandlung einwilligten, bleibt die Wahrnehmung haften, dass dies unter Zwang geschah (Lauber 2005, S. 104f). Die Indikation zur Freiheitsentziehung wird in zwei Kriterien unterschieden und erfolgt bei Eigen- oder Fremdgefährdung. Diese Gefährdungskriterien sollen im Interesse der psychisch erkrankten Person angewendet werden. Um beispielsweise ein selbstzerstörerisches oder suizidales Verhalten zu beenden oder im Interesse weiterer Personen, wenn der Erkrankte diese bedroht. Zur Anwendung kommen freiheitsentziehende Maßnahmen nur bei einer akuten psychischen Erkrankung, mit ärztlicher Stellungnahme und richterlichem Beschluss (ebd. S. 106).

Dabei wird unterschieden, ob eine Unterbringung im Rahmen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) erfolgt, oder das Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) des jeweiligen Bundeslandes zur Anwendung kommt. Das BGB ermöglicht freiheitsentziehende Maßnahmen nur bei einer Eigengefährdung und bedarf einer gesetzlichen Betreuung. Während die Voraussetzung, um eine Unterbringung gegen den Willen einer Person nach PsychKG anzuordnen, eine Eigen- oder Fremdgefährdung ist (Brieger et al. 2014, S. 606). Die Voraussetzungen, die eine Betreuung möglich bzw. notwendig machen, erläutere ich im nächsten Unterpunkt genauer.

5.3.2 Rechtliche Betreuung

Eine gesetzliche Betreuung bedarf der Grundlage des Betreuungsrechts. Der Betroffene kann dafür selbst einen Antrag bei der Betreuungsbehörde stellen oder es wird durch andere Personen eine Erforderlichkeit angezeigt. Eine Betreuung wird erforderlich, wenn die zu betreuende Person seine z. B. rechtsgeschäftlichen Angelegenheiten nicht mehr allein oder mit leichter Unterstützung erledigen kann (<https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/recht/betreuungsrecht>).

Das Betreuungsrecht ist im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelt. Es ist am 01.01.1900 in Kraft getreten und wurde zuletzt am 21.12.2021 geändert. Nach dieser Änderung trat es am 30.12.2021 in Kraft. Im BGB § 1896 Absatz 1 ist geregelt wer gesetzlich betreut werden kann. „Kann ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, so bestellt das Betreuungsgericht auf seinen Antrag oder von Amts wegen für ihn einen Betreuer“(https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_1896.html).

Eine Betreuung bedarf grundsätzlich der Zustimmung des Betreuenden. Es sei denn, das Gericht stellt fest, dass der Betreuende nicht in der Lage ist seinen Willen frei zu bestimmen. Die Vertretung durch eine vertraute Person kann man für den Ernstfall schon frühzeitig im gesunden Zustand festlegen. Mit der Erstellung einer Vorsorgevollmacht oder eine Betreuungsverfügung wird eine namentliche Nennung ermöglicht, welche Person für die rechtsgeschäftliche Vertretung bestellt werden soll. Das Betreuungsgericht hält sich an diese Vorgaben. Außerdem werden nur Aufgabenkreise an den Betreuer abgegeben, die der Betroffene nicht mehr allein regeln kann und dieser fungiert dann außergerichtlich und gerichtlich als dessen gesetzliche Vertretung. Mögliche Aufgabenkreise umfassen z. B. die Gesundheitsfürsorge, die Regelung finanzieller Angelegenheiten, Bestimmung der Wohnformen oder des Aufenthaltsortes. Dabei bleibt die betreute Person trotz allem geschäftsfähig. Außerdem bleibt eine Betreuung nur so lange wie nötig bestehen und muss bei fehlender Notwendigkeit wieder aufgehoben werden (<https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/recht/betreuungsrecht>).

Der Klinische Sozialdienst versucht eng mit den Betreuern zusammen zu arbeiten, um eine gute häusliche Weiterversorgung sicherzustellen und ambulante Angebote zu installieren. Wie groß die qualitativen Unterschiede von Berufsbetreuern sind, die ich täglich erlebe, war mit vor meiner Tätigkeit im Klinischen Sozialdienst nicht bewusst. Gerne werden Aufgaben vom Berufsbetreuer in die klinische Zuständigkeit verschoben. Doch ebenso gibt es sehr gute und zuverlässige Betreuer, mit denen man sehr gut Hand in Hand arbeiten kann und viel für KlientenInnen erreicht.

5.4 Erwartungen von Angehörigen an stationäre Behandlungen

Führen dann Freiheitsentziehende Maßnahmen zu einer längeren Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik kollidieren die Erwartungen von Angehörigen häufig mit der Realität. Spießl et al. haben die Zufriedenheit von Angehörigen untersucht, deren Familienmitglieder sich ins stationäre Behandlungssetting begeben haben. Leider unterscheidet diese Untersuchung nicht in freiwillige oder Zwangsmaßnahmen. Ebenso wird die Soziale Arbeit nicht explizit erfragt. Daher interpretiere ich die Erwartungen und die Zufriedenheit anhand der erfragten Aufgabengebiete, die der sozialen Arbeit zugeschrieben werden.

Die wichtigsten Erwartungen die Angehörige an den stationären Klinikaufenthalt in der Psychiatrie haben, betrifft die erfolgreiche Behandlung ihrer Familienmitglieder durch Therapeuten und Ärzte. Ebenso wünschen sie sich verständliche und offene Aufklärungsgespräche und das an das Selbstbewusstsein des Patienten und die Vermittlung von Zuversicht gedacht wird. Besonders Angehörige, die auch die gesetzliche Betreuung der psychisch erkrankten Person innehaben, betonen die Erwartung nach Informationen. Die Wichtigkeit sehen sie von der Aufnahme des Patienten bis hin zu Therapieverlauf, Medikamenten und Nebenwirkungen. Die Zufriedenheit wird in der Studie mit Abstufungen von sehr zufrieden bis sehr unzufrieden angegeben. Dabei wird von Angehörigen eine Zufriedenheit angegeben bei der schnellen stationären Aufnahme. Dies empfand der Großteil als Entlastung, ebenso wie das Ernstnehmen des Patienten und der freundliche Umgang. Wiederum waren Familienmitglieder der erkrankten Menschen weniger zufrieden in ihrer Einbeziehung bei Therapieentscheidungen und den Informationen, die sie ohne Nachfrage erhielten. Sie wünschten sich zudem mehr Unterstützung im Patientenumgang. Besonders in den Bereichen finanzieller und rechtlicher Beratung, Eingliederungshilfen nach dem Klinikaufenthalt und Betreuung fehlten ihnen Informationen und Unterstützungshilfen. Diese Bereiche muss man klar der klinischen Sozialarbeit zuschreiben, die hierbei deutlich zur Entlassung von Angehörigen beitragen kann (Spießl 2004, S. 476f). Ein Defizit an Informationen bei Angehörigen kann sich nicht nur zum Nachteil für den Betroffenen auswirken, es bringt auch Ratlosigkeit, Angst, Schuldgefühle und Hilflosigkeit im Umgang mit dem erkrankten Familienmitglied hervor. In sachlichen Gesprächen ist man dagegen in der Lage Aufklärung und Sicherheit zu vermitteln und Hilflosigkeit zu verringern. Dies spiegelt sich auch in den Aussagen der Angehörigen wieder, die sich wünschen, dass auf eigene Probleme und Schuldgefühle eingegangen wird. Sie möchten Akzeptanz für ihr Mitleiden und nicht als Verursacher von Leid ausgegrenzt werden. Die Studienergebnisse zeigen auf, dass sich Angehörigenarbeit nicht allein in spezifischen Einzelangeboten wie z. B. Informationstagen, Angehörigengruppen oder speziellen Sprechstunden erschöpfen darf. Sie sollten generell im Alltagshandeln aller Berufsgruppen stattfinden (ebd. S. 481f).

Um eine bessere Behandlung und Einbeziehung von Angehörigen zu erreichen, werden Möglichkeiten der aufsuchenden Behandlung erprobt. Das Berliner Vivantes Krankenhaus erarbeitete zusammen mit der DAK Krankenkasse Berlin ein gemeinsames Behandlungskonzept und greift die Entwicklungen der Psychiatrie auf, die sich mit den Vorteilen aussuchender Behandlung beschäftigt um Hospitalisierungen zu verhindern (<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Berliner-Modell-bekaempft-Drehtuereffekt-273643.html?bPrint=true>).

„Mit dem Modellvorhaben soll flexibler und individueller auf die speziellen Erfordernisse bei der Behandlung psychiatrischer Patienten eingegangen und auch dem sogenannten "Drehtüreffekt" entgegengewirkt werden. Behandlungsabläufe sollen optimiert und das soziale Umfeld stärker einbezogen werden“ (ebd.).

Mit den Therapien im häuslichen Umfeld sollen Therapieangebote individueller gestaltbar sein. Das Projekt startete 2016 und ist für circa acht Jahre angelehnt. Daher sind noch keine Studienergebnisse aufrufbar (ebd.).

6 Häufige psychiatrische Störungsbilder

Es gibt viele verschiedene psychische Erkrankungen und sie sind viel häufiger als man vermutet. Laut dem Robert-Koch-Institut sind jedes Jahr über 33 % der Erwachsenen deutschen Bevölkerung von mindestens einer psychischen Störung betroffen (Wittchen & Jacobi DEGS 2012, S. 8).

In diesem Absatz meiner Arbeit stelle ich ein paar der klassischen psychischen Erkrankungen vor. Diese Störungsbilder erlebe ich vermehrt in meiner täglichen klinischen Arbeit, da ihre Auswirkungen häufiger als andere Störungen einen klinischen Aufenthalt nötig machen. Dies ermöglicht mir in meiner Masterarbeit ebenso eigene Erfahrungen mit den Klienten und ihren Angehörigen einzubringen.

Die Krankheitsbilder stelle ich vereinfacht und verkürzt dar. Ich habe dabei bewusst auf die psychischen Erkrankungen im Alter verzichtet. Die Erkrankungen des demenziellen Spektrums und seine regenerativen Prozesse würden einen umfangreichen Part einnehmen, der sehr schwer mit den Störungen, auf die ich in meiner Arbeit einen Schwerpunkt setzte, vergleichbar ist. Zur Gliederung dieses Kapitels habe ich mich entschieden auf die Epidemiologie einzugehen, stelle Symptome und Kriterien vor, nach denen sie klassifiziert werden und gehe auf Komorbiditäten und andere Besonderheiten ein.

6.1 Unipolare Depression

Die Depression wird noch heute von vielen Menschen als Krankheit der Schwachen angesehen. Dies verhindert häufig eine zeitige Diagnosestellung. Doch gerade dies wäre so wichtig, denn die Depression gehört zu den am meisten unterschätzten Krankheiten. Neben Suchterkrankungen und Demenz gehört sie sogar zu den sogenannten psychischen Volkskrankheiten. Die Scham der Betroffenen und die Angst vor Ausgrenzung und Diskriminierung führt dazu, dass Depression zu der häufigsten Todesursache bei Männern unter 45 Jahren gehört (vgl. Haag 2021, S. 69).

Epidemiologie

Wittchen und Jacobi geben die Epidemiologie in der DEGS Studie des Robert-Koch-Instituts mit 8,2 % in der 12-Monats-Prävalenz an. Dabei sind Frauen mit 11,4 % mehr als doppelt so oft betroffen wie Männer mit 5 % (Wittchen & Jacobi DEGS 2012, S. 8, 10). In Deutschland sind laut dieser Studienlage 5,3 Millionen Erwachsene zwischen 18-79 Jahren an einer anhaltenden unipolaren Depression erkrankt (Jacobi et al. 2016, S. 88ff). In dieser Studie sind Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen über 79 Jahre nicht erfasst, daher ist die Zahl der Menschen mit einer depressiven Störung noch deutlich höher.

Symptome

Die Krankheitssymptome sind dabei durchaus ähnlich, dennoch gibt es einige Unterschiede. Frauen weinen mehr und fühlen sich stärker belastet als Männer. Auch geben sie in der Regel deutlich mehr Symptome an. Männer sind hingegen stärker von Schlafstörungen betroffen, außerdem geben sie eine höhere Reizbarkeit an. Bei den Gründen der depressiven Störung suchen Männer häufig im beruflichen Kontext die Ursache, Frauen hingegen vermuten eher familiäre oder gesundheitliche Probleme, die zu ihrer Erkrankung beigetragen haben. Doch in den meisten Fällen spielen unterschiedlichste Faktoren eine Rolle (<https://www.deutsche-depressionshilfe.de>).

Jeder Mensch kennt Symptome wie Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit oder Traurigkeit. Besonders in belastenden Situationen oder Ereignissen. Soziale Stresssituationen gehören zu jedem Leben dazu, doch halten Symptome über einen längeren Zeitraum an, werden stärker in ihrer Intensität oder kommen andere Symptome dazu, spricht man von einer Behandlungsbedürftigen Krankheit (Beesdo-Baum und Wittchen 2020, S. 1028).

Diagnostische Klassifikation

In der Klassifikation des ICD 10 und des DSM 5 werden die unipolaren Depressionen von den bipolaren Störungen unterschieden, in denen sich manische (krankhaft heiter) und depressive

Phasen abwechseln. Die häufigste unipolare depressive Störung ist die Major Depression (schwere Depression). Als Kernmerkmal einer Erkrankung

„gelten über mindestens 2 Wochen andauernde, d. h. durchgängig bzw. an den meisten Tagen auftretende typische Symptome des depressiven Syndroms. Hierzu gehören eine niedergeschlagene, depressive oder traurige Stimmungslage sowie der Verlust an Freude und Interesse an nahezu allen Tätigkeiten und Aktivitäten, die der Person üblicherweise Freude bereiten“ (ebd.).

Je nach der individuellen Persönlichkeit der erkrankten Person variieren gleichzeitig verschiedene andere der unten in der Grafik aufgeführten Symptome (Abb. 4). Man spricht von einem depressiven Syndrom, wenn mindestens 5 Symptome über mindestens 2 Wochen auftreten. Bei einer depressiven Störung oder einem depressiven Syndrom ist somit der gesamte Organismus betroffen und nicht nur eine starke Traurigkeit zu beobachten. Charakteristisch ist ein typisches Cluster der aufgeführten Ebenen von Krankheitssymptomen (ebd.).

Die vielen Gesichter der Depression	
Emotionale Symptome Gefühle von Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Ängstlichkeit, Verzweiflung, Schuld, Schwermut, Reizbarkeit, Leere, Gefühllosigkeit.	Physiologisch-vegetative Symptome Energielosigkeit, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Weinen, Schlafstörungen, Morgentief, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Libidoverlust, innere Unruhe, Spannung, Reizbarkeit, allgemeine vegetative Beschwerden (u. a. Magenbeschwerden und Kopfdruk).
Kognitive Symptome Grübeln, Pessimismus, negative Gedanken, Einstellungen und Zweifel gegenüber sich selbst („Ich bin ein Versager“), den eigenen Fähigkeiten, seinem Äußeren, der Umgebung und der Zukunft, Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken, Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, schwerfälliges Denken.	Behaviorale/motorische Symptome Verlangsamte Sprache und Motorik, geringe Aktivitätsrate, Vermeidung von Blickkontakt, Suizidhandlungen, kraftlose, gebeugte, spannungslose Körperhaltung oder nervöse, zappelige Unruhe, starre, maskenhafte, traurige Mimik, weinerlich besorgter Gesichtsausdruck.

Abbildung 4 Symptomspektrum der Depression

(Beesdo-Baum und Wittchen 2020, S. 1028)

Stressoren

Eine depressive Erkrankung kann durch psychosoziale Belastungen hervorgerufen werden. Diese sogenannten Stressoren können zum Beispiel der Verlust eines geliebten Menschen sein, eine chronische Überforderung, Konflikte über einen langen Zeitraum, Trennung oder Scheidung, Probleme am Arbeitsplatz, schwere Erkrankungen, Wohnungswechsel oder eine Pensionierung (Haag 2021, S. 74).

Verlauf

Der Verlauf einer Depression ist sehr unterschiedlich und die Dauer der Erkrankung ist häufig davon abhängig wie schnell man sich in Behandlung begibt. Ebenso erlebt der Großteil der Betroffenen im Laufe des Lebens mehr als eine depressive Episode. Die Dauer zwischen diesen rezidivierenden (wiederkehrenden) Krankheitsphasen kann dabei unterschiedlich lang sein. Die Betroffenen sind in dieser Zeit gesund und haben keine Symptome. Daher liegt ein großer Schwerpunkt an den rückfallprophylaktischen Hilfen, um ein Wiederauftreten zu verhindern (vgl. <https://www.deutsche-depressionshilfe.de>).

Komorbidität

Ebenso wie bei anderen Erkrankungen liegt auch bei der Depression häufig eine Komorbidität (Vorhandensein mehrerer psych. Störungen) vor. Besonders häufig sind hierbei die Angst- und Panikerkrankungen. Sie liegen etwa bei 20-30 % der depressiv erkrankten Personen vor (Beesdo-Baum und Wittchen 2020, S. 1028).

6.2 Schizophrenie

Der Begriff Schizophrenie leitet sich von den griechischen Begriffen *schízein* für spalten und *phrén* für Geist ab und wurde ab dem Jahre 1908 durch Eugen Bleuler geprägt. Wörtlich übersetzt bedeutet er so viel wie „gespaltener Geist“, doch spaltet sich der Geist nicht auf in unterschiedliche Persönlichkeiten, wie bei einer dissoziativen Identitätsstörung, sondern die Abgrenzung zwischen dem eigenen Ich und der Umwelt wird fließend wahrgenommen. Es kommt zu einer Ich-Störung, indem die Betroffenen ihre Gedanken und Handlungen von anderen Mächten gesteuert wahrnehmen (Clamor, Frantz und Lincoln 2020, S. 949 ff).

Epidemiologie

Unter der Erkrankung Schizophrenie leiden ca. 1-2 % der Gesamtbevölkerung. Eine signifikante Prävalenz zwischen Männern und Frauen wird dabei nicht deutlich, aber Hautzinger und Thies weisen auf eine überproportionale Häufigkeit in unteren Schichten hin. Es gab hierzu Untersuchungen verschiedener Hypothesen und neuere Daten sprechen für die Social-Drift-Theorie. Der soziale Abstieg im Krankheitsverlauf wird hervorgerufen durch die mit der Erkrankung einhergehenden Beeinträchtigungen. Ebenso liegt die Vermutung nahe, dass der frühe Ausbruch der Störung zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr ebenso dazu beitragen könnte. Das Durchschnittsalter bei Männern liegt bei nur 21 Jahre, bei Frauen sind es 24 Jahre (Hautzinger und Thies 2009, S. 53, 57).

Symptome

Kurt Schneider unterteilte 1946 die schizophrene Symptomatik in Symptome 1. und 2. Ranges. Seiner Auffassung nach lag eine Diagnose eindeutig vor, wenn Symptome, die er dem 1. Rang zuordnete, vorhanden waren und andere körperliche Erkrankungen ausgeschlossen werden konnten.

Zu den Symptomen 1. Ranges nach Kurt Schneider gehören „Gedankenlautwerden, Hören von Stimmen in der Form von Rede und Gegenrede, Hören von Stimmen, die das eigene Tun mit Bemerkungen begleiten, leibliche Beeinflussungserlebnisse, Gedankenentzug und andere Gedankenbeeinflussungen, Gedankenausbreitung, Wahrnehmung, sowie alles von andern Gemachte und Beeinflusste auf dem Gebiet des Fühlens, Strebens (der Triebe) und des Wollens.“ (Clamor, Frantz und Lincoln 2020, S. 950).

Aufgrund der „Durchlässigkeit“ der „Ich-Umwelt-Schranke“ bezeichnete er einige dieser Symptome als Ich-Störung. Die Symptome des 2. Ranges wurden von ihm als weniger relevant betrachtet. Sie umfassten depressive und manische Verstimmungen, weitere Halluzinationen, Wahneinfälle, Ratlosigkeit, und Gefühlsverarmung (ebd. S. 951).

Diagnostische Klassifikation

Die aktuellen überarbeiteten ICD-11-Diagnosekriterien und das DSM-5 (7 Abschn. 44.2.3) nimmt jedoch Abstand von der Gewichtung Schneiders.

„So werden im DSM-5 fünf Hauptsymptombereiche unterschieden: Wahn, Halluzinationen, desorganisierte Sprechweise (z. B. Zerfahrenheit), grob desorganisiertes oder katatonisches Verhalten und Negativsymptome (z. B. Affektverflachung)“ (ebd.).

Besonderheiten

Die Ursachen der Erkrankung sind dabei als multifaktoriell zu betrachten. Genetische, biochemische und hirnspezifische Faktoren können eine Rolle spielen, ebenso psychosoziale Stressfaktoren oder Komplikationen während der Geburt (Hautzinger und Thies 2009, S. 53,57). Zu vermuten ist, dass Menschen, die an einer Schizophrenie erkranken, empfindlicher auf Innen- und Außenreize reagieren. Bei ihnen besteht schon vor Beginn der Erkrankung eine verminderte Toleranz gegenüber körperlichen, seelischen und biografischen Belastungsfaktoren. Die auffallende Vulnerabilität von an Schizophrenie erkrankten Menschen, hat Auswirkungen auf die Auslösung sowie die Aufrechterhaltung der psychischen Störung. (vgl. Falkai und Riecher-Rössler in: <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/>)

Verlauf

Die Verläufe einer Schizophrenie können dabei sehr unterschiedlich sein. Es kann zu einer einmaligen kurzen psychotischen Episode kommen, ohne Folgen oder Rückfälle. Ebenso kann es zu einer Störung kommen, die zu einer „chronischen Psychose mit erheblichen Verhaltensstörungen, schwerer sozialer Behinderung und Pflegebedürftigkeit“ (vgl. Häfner 2005, S. 115) führt.

Komorbidität

Bei Personen mit einer Schizophrenie leiden ein großer Teil zusätzlich zu ihrer Erkrankung an anderen psychischen Störungen. Dies können z. B. Depressionen, Zwangsstörungen oder Abhängigkeitserkrankungen sein. Besonders das Auftreten gemeinsam mit einer Suchterkrankung ist deutlich erhöht. Gaebel und Wölwer weisen auf unterschiedliche Untersuchungen hin, nach denen bei 40-60 % der schizophren Erkrankten, in ihrer Lebenszeitprävalenz zusätzlich eine Alkoholabhängigkeit, eine Abhängigkeit von Cannabis oder anderen illegalen Drogen besteht (Gaebel und Wölwer 2010, S. 14). Ebenso rauchen ca. 80 % der Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung. Zwei Drittel sind davon als starke Raucher eingestuft, was ca. „den 6-fachen Anteil starker Raucher in der Gesamtbevölkerung entspricht.“ (zit. n. ebd.) Über die starke Komorbidität existieren keine einheitlichen Erklärungen, doch Hypothesen vermuten einen Versuch der Selbstmedikation hinter dem Substanzmissbrauch. Zweifellos ist der Verlauf einer Schizophrenie bei PatientInnen mit einem zusätzlichen Substanzmissbrauch deutlich ungünstiger. In der Regel sind sie häufiger von Rückfällen betroffen. Ihre Probleme machen einen häufigeren und längeren stationären Aufenthalt nötig und Betroffene zeigen sich oft unkooperativer als bei PatientInnen ohne komorbidem Substanzabusus (ebd. S. 14f).

Diese schweren Verläufe sehe ich vermehrt und immer wiederkehrend in der Akutpsychiatrie. Häufig werden sie mit starken wahnhaften Psychosen gegen ihren Willen zwangsweise untergebracht, da sie in diesem Zustand eine Gefahr für sich oder andere darstellen.

6.3 Angst- und Zwangsstörungen

Angst- und Zwangsstörungen wurden früher als Neurosen bezeichnet und eingestuft. Dies führte dazu, dass Krankheitssymptome schlechter zugeordnet werden konnten und die Diagnosestellung sehr unzuverlässig war. Demzufolge eignete sich der Begriff der Neurose für das modernere Diagnosesystem nicht mehr. Heute werden verschiedene Angst- und Zwangsstörungen unterschieden und klassifiziert (Hautzinger und Thies 2009, S. 80).

Angststörung

Angst und Furcht sind wichtige Emotionen, die das Überleben eines Menschen sichern und ihn vor Gefahren und Bedrohungen schützen. Diese Warn- und Schutzfunktion treibt uns zur Flucht und sorgt dafür, dass wir Situationen vermeiden, hinter denen wir Verletzung oder Schmerz vermuten. Angst ist kein angenehmes Gefühl, doch vertrauen wir im Allgemeinen auf unsere Erfahrungen, denn sie haben unser Überleben bis zum heutigen Tag gesichert. (Vaas 2000, S. 1) Betrachtet man die körperlichen Symptome, die Angst in uns auslösen kann, sind mit die häufigsten eine schnelle Atmung, Herzrasen, ein Blutdruckanstieg, Schwitzen, Schwindelgefühl, Zittern, Übelkeit, Durchfall und verstärkter Harndrang. Ausgelöst durch das vegetative Nervensystem setzt unser Aktivierungsmuster ein und kann dazu führen, dass wir erstarren oder fliehen (ebd.).

Epidemiologie

Laut dem Robert-Koch-Institut und der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ sind 16,2 % der Menschen von einer Angsterkrankung betroffen. Der Anteil der erkrankten Frauen liegt dabei mit 22,6 % deutlich vor dem der Männer mit 9,7 % (DEGS Wittchen und Jacobi 2012, S. 8,10).

Symptome

Bei einer Angststörung oder auch sozialer Phobie ist das Kernmerkmal eine

„übertriebene und irrationale Angst vor sozialen Situationen, in denen die Person von anderen negativ bewertet werden könnte“ (Fehm und Knappe 2020, S. 1122).

Körperlichen Symptome von Angst treten auf, ohne dass eine wirkliche Gefahr vorhanden ist. Die Betroffenen entwickeln eine Angst vor der Angst bis hin zu Panikattacken. Sie beginnen Situationen zu meiden und suchen sich in der Regel erst sehr viel später Hilfe, wenn die Angst- und Panikstörung ihnen viel Lebensqualität genommen hat (Hautzinger und Thies 2009, S. 81).

Diagnostische Klassifikation

Für die Diagnosestellung nach DSM-5 sind dabei sehr viele verschiedene Kriterien formuliert. Einen verkürzten Eindruck sollen die folgenden Punkte geben.

„A Ausgeprägte Furcht oder Angst vor einer oder mehreren sozialen Situationen, in denen die Person von anderen Personen beurteilt werden könnte. ...

B Betroffene befürchten, dass sie sich in einer Weise verhalten könnten oder Symptome der Angst offenbaren, die von anderen negativ bewertet werden. ...

- C** Die sozialen Situationen rufen fast immer eine Furcht- oder Angstreaktion hervor. ...
- D** Die sozialen Situationen werden vermieden oder unter intensiver Furcht oder Angst ertragen. ...
- E** Die Furcht oder Angst geht über das Ausmaß der tatsächlichen Bedrohung durch die soziale Situation hinaus und ist im soziokulturellen Kontext unverhältnismäßig. ...
- F** Die Furcht, Angst oder Vermeidung ist andauernd; typischerweise über 6 Monate oder länger. ...
- G** Die Furcht, Angst oder Vermeidung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen“ (Fehm und Knappe 2020, S. 1122).

Stressoren

Erleben Menschen vermehrt hohen Druck z. B. in der Arbeitswelt oder mangelnde Anerkennung, fehlende Unterstützung, Trennungs- und Verlusterfahrungen oder andere Stresssituationen, in denen sie sich überfordert erleben, und verfügen sie nicht über ausreichende Bewältigungsstrategien, entwickeln sich Ängste (Haag 2021, S.98).

Verlauf

Über die Entwicklungsjahre hinweg führt eine Angststörung zu einer immer weiter zunehmenden Isolation und Einschränkungen im täglichen Leben wie in der Abbildung 5 dargestellt (Fehm und Knappe 2020, S. 1125).

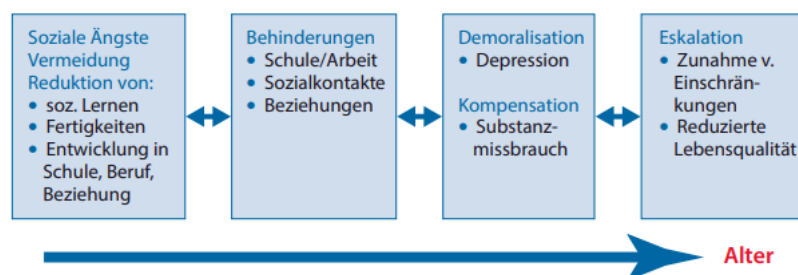


Abbildung 5 Modell zunehmender sozialer Probleme, Behinderungen und psychopathologischer Komplikationen

Komorbidität

Die Diagnosestellung einer Angststörung wird erschwert durch die hohe Zahl an Komorbiditäten. Die häufigsten dabei sind affektive (gefühlsbetonte) Störungen mit 72 % und unipolare Depressionen mit 61 %. Eine Substanzmittelabhängigkeit wird mit 34 % ebenfalls

häufig als weiteres Krankheitsbild diagnostiziert und auch viele somatische Beschwerden wie chronische Schmerzen werden von PatientInnen angegeben (vgl. Weiß 2011, S. A 963).

Die Zwangsstörung

Man spricht von einer Zwangsstörung, wenn betroffene Menschen unter Zwangsgedanken und Zwangshandlungen leiden. Gedanken und Handlungen werden von ihnen widersinnig erlebt, die sich ihnen aufdrängen. Denk- und Handlungsimpulse können dabei nicht abgestellt werden. Ihre Zwangsgedanken und Zwangshandlungen beeinträchtigen sie zunehmend im Alltag, da sie ein Großteil ihrer Zeit in Anspruch nehmen (Hautzinger und Thies 2009, S. 90).

Epidemiologie

Laut der bereits zuvor erwähnten „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ sind 3,8 % der Menschen von einer Zwangsstörung betroffen. Der Anteil der erkrankten Frauen liegt hierbei bei 4,2 % und damit kaum höher als der der Männer mit 3,5 % (DEGS Wittchen und Jacobi 2012, S. 8ff).

Symptome

Diese Störung kann dabei verschiedenste Themenbereiche betreffen (siehe Abb. 6) und zeigt sich häufig in übertriebener Angst, Ekel oder Unruhe. Ebenso können auch verbotene Inhalte Teil der Zwangsgedanken sein, die zusätzlich einen inneren Konflikt mit eigenen Werten und Überzeugungen hervorrufen. Die Betroffenen erkennen ihre Gedanken als übertrieben an und versuchen diese zu unterdrücken (vgl. Endrass und Dieterich 2020, S. 1184).

Symptombereiche	Zwangsgedanken	Zwangshandlungen
Kontamination und Waschen	Befürchtung, sich oder andere durch zufällige Verunreinigung zu infizieren	Waschen Reinigen
Tabuisierte und verbotene Gedanken	Aggression: sich oder andere versehentlich zu verletzen Sexuelle: Gedanken an sexuelle Handlungen, die unerwünscht sind (z. B. jemanden zu vergewaltigen) Religiöse: Gedanken über ungewollte bzw. sanktionierte religiöse Inhalte (z. B. sich blasphemisch zu verhalten)	Kontrollrituale Rückversicherung Gedankliches Neutralisieren
Pathologisches Zweifeln und Fehler	Befürchtung, durch einen Fehler oder eine Fehlentscheidung gravierende negative Konsequenzen auszulösen	Kontrollrituale (Rückversicherung)
Symmetrie und Ordnung	Dinge müssen auf eine bestimmte Art und Weise gemacht werden	Ordnen Sortieren
Horten	Verlust von Dingen, die in der Zukunft oder für die Person relevant sein könnten	Sammeln und aufbewahren von sinnlosen Gegenständen (z. B. alte Tageszeitungen)

Abbildung 6 Beispiele für Zwangsgedanken und Zwangshandlungen

Diagnostische Klassifikation

Die Klassifikation der Zwangsstörung ist im ICD-10 sehr umfangreich. Daher werde ich sie verkürzt an folgenden Punkten darstellen.

„A Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen für mindestens 2 Wochen ...

B Zwangsgedanken und Zwangshandlungen haben folgende Merkmale:

1. Sie werden als eigene Gedanken/Handlungen angesehen. ...
2. Sie wiederholen sich und werden als unangenehm erlebt und es besteht Einsicht, dass Gedanken oder Handlungen übertrieben und unsinnig sind. ...
3. Betroffene leisten Widerstand (z. B. versuchen Gedanken zu ignorieren oder Handlungen zu unterlassen). ...
4. Ihre Ausführung ist nicht angenehm. ...

C Beeinträchtigung der sozialen oder individuellen Leistungsfähigkeit. ...

D Ausschluss: Störung ist nicht Folge einer psychotischen oder affektiven Störung“ (Endrass und Dieterich 2020, S. 1185).

Verlauf

Der Beginn der Erkrankung liegt meist weit vor den deutlichen Symptomen. Der Verlauf ist dabei sehr schleichend und entwickelt sich häufig zu einer chronischen Erkrankung. Der Beginn der Störung liegt typischerweise vor dem 21. Lebensjahr und das Durchschnittsalter bei Störungsbeginn wird mit 11 Jahren angegeben. Der Krankheitsbeginn liegt daher häufig im Jugend- oder Adoleszenz-Bereich (ebd. S. 1188).

Komorbidität

„Über 90 % der Patienten mit einer Zwangsstörung weisen mindestens eine weitere komorbide Störung auf: 76 % Angststörungen, 63 % affektive Störungen, 56 % Impulskontrollstörungen und 39 % Störungen durch den Konsum von Alkohol oder Drogen. Insgesamt beginnt die Zwangsstörung meist (ca. 80 %) später als die komorbide Störung“ (ebd.).

6.4 Posttraumatische Belastungsstörung

Psychische Traumata die Menschen erleben können Gewalterfahrungen sein, Kriege, Naturkatastrophen, Unfälle oder andere einschneidende Erlebnisse. Diese können unbehandelt zahlreiche gesundheitliche Beeinträchtigungen hervorrufen. Obwohl Belege über traumatische Ereignisse existieren, die Jahrhunderte zurückliegen, wurde die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) erstmalig 1980 im DSM III als Diagnose aufgenommen (Ehring und Kunze S. 1160).

Epidemiologie

Obwohl nach repräsentativen Studien ca. 28 % der Frauen und 21 % der Männer im Laufe ihres Lebens eine tiefgreifende traumatische Erfahrung erlebten, erkrankten nur 2,3 % an einer posttraumatischen Belastungsstörung (Barton und Musil 2019, S. 24). Nach der DEGS Studie und der Robert-Koch-Stiftung ist dabei eine Erkrankung von Frauen mit 3,8 % deutlich höher, als die von Männern mit 0,9 % (Wittchen und Jakobi 2012, S. 10).

Symptome

Die PTBS nimmt eine Sonderstellung bei den psychischen Erkrankungen ein, da ein traumatisches Erlebnis Voraussetzung zur Diagnosestellung ist. Problematisch sind hierbei die unterschiedlichen Definitionen von Traumata, da sie von Menschen ganz unterschiedlich wahrgenommen und bewertet werden (Ehring und Kunze 2020 S. 1160).

Diagnostische Klassifikation

Die PTBS ist laut ICD 10 klar definiert und in Abb. 7 genau aufgeführt:

A Trauma	B Wiedererleben	C Vermeidung	D Hyperarousal	E Dauer
• Erleben eines kurz- oder langanhaltenden Ereignisses von außergewöhnlicher Bedrohung /katastrophalen Ausmaßes, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde	• anhaltende Erinnerungen ODER • Wieder-Erleben (Flashbacks) + • wiederholende Träume ODER • innere Bedrängnis in Situationen, die dem Erlebten ähneln	• Vermeidung von Situationen/ Belastungen, die der Belastung ähneln oder im Zusammenhang stehen +	• 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, sich an einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern + • 2. Hyperarousal (mind. 2 Symptome): a) Ein- und Durchschlaf-schwierigkeiten b) Reizbarkeit oder Wutausbrüche c) Konzentrations-schwierigkeiten d) Hypervigilanz e) erhöhte Schreckhaftigkeit	• B, C und D treten innerhalb von 6 Monaten nach dem Belastungs-erlebnis/Periode auf + • ein späterer Beginn ist möglich

Abbildung 7 Kriterien der PTBS nach ICD 10

(Barton und Musil 2019, S. 25).

Risikofaktoren

Ob Menschen nach einer traumatischen Erfahrung eine PTBS entwickeln, hängt von vielen Faktoren ab. Dabei können einige Risikofaktoren eine größere Rolle spielen, wie in Abb. 8 dargestellt. Fehlende Ressourcen und Resilienzfaktoren können eine Verarbeitung erschweren. Die Art des Traumas spielt laut Barton und Musil ebenso eine entscheidende Rolle. So entwickeln Menschen nach Vergewaltigung, Folter oder Krieg zu 50 % eine PTBS. Bei anderen Gewaltverbrechen erkranken ca. 25 % und bei schweren Erkrankungen oder Verkehrsunfällen 10 % an einer posttraumatischen Belastungsstörung (Barton und Musil 2019, S. 24).

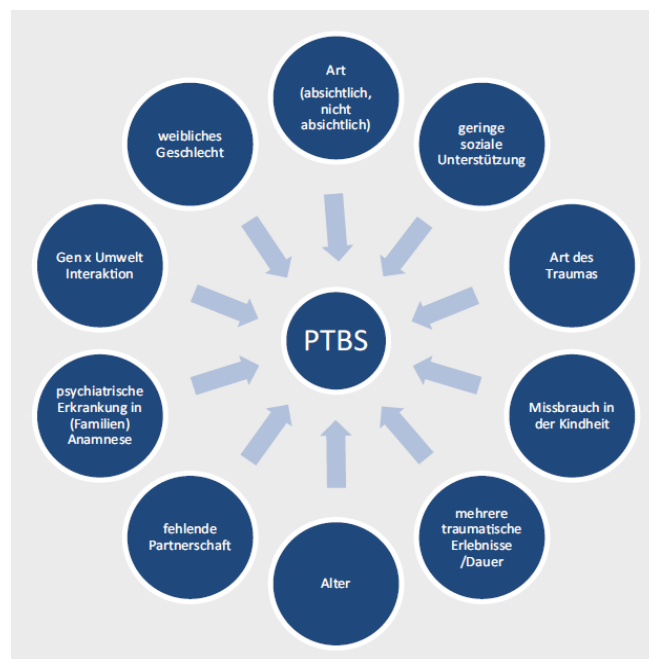


Abbildung 8 Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTBS

Verlauf

Wie bei vielen psychischen Erkrankungen verläuft auch eine PTBS sehr unterschiedlich. Beschwerden können sehr schnell nach dem traumatischen Erlebnis auftreten oder erst Wochen oder Monate später. Ebenso können Symptome auch nach einigen Wochen zurückgehen oder über Jahre anhalten. Darauf, wie wichtig es ist, Klienten mit einer traumatischen Erfahrung ernst zu nehmen, weisen Barton und Musil hin. Ihnen sollte aktiv zugehört und nichts bagatellisiert werden, da Schuld- und Schamempfinden häufig mit einem solchen Erlebnis einhergehen. Betroffene brauchen ein Gefühl von Sicherheit, damit es ihnen möglich wird, sich zu öffnen und das Gefühl richtig gehandelt zu haben, ohne Wenn und Aber (ebd.).

Komorbidität

In Folge eines Traumas können auch andere psychische Erkrankungen auftreten. Sie sind dabei nicht die Ausnahme, sondern die Regel. Häufig leiden Betroffene an Angststörungen, Depressionen oder somatoformen Störungen (nichtspezifische, funktionelle körperliche Beschwerden), ebenso ist das Risiko von Substanzmittelmissbrauch bei dieser psychischen Erkrankung sehr hoch (ebd.).

6.5 Borderline Störungen

Es gibt viele verschiedene Persönlichkeitsstörungen, daher beschränke ich mich auf die Häufigsten. Die Borderline-Störung wird auch als emotional instabile Persönlichkeitsstörung bezeichnet und wurde früher an der Grenze zwischen psychotischer und neurotischer Störung angesiedelt. Daher die Namensgebung Borderline (grenzwertig)-Störung. Heute ist bekannt, dass kein erhöhtes Psychose-Risiko besteht (Hautzinger und Thies 2009, S. 139).

Epidemiologie

Es leiden ca. 2 % der Gesamtbevölkerung an dieser schweren psychischen Störung, wobei die Erkrankung bei Frauen und Männern etwa zu gleichen Teilen vorkommt (Callenius 2021, S. 197).

Symptome

An Borderline erkrankte Menschen

„erleben Gefühle so intensiv, dass sie als diffuse, unerträgliche Spannung wahrgenommen werden. Der intensive Druck kann so stark werden, dass nur noch das Bedürfnis da ist, auszusteigen aus dem Erleben und sei es durch ein Abschalten und Abspalten der unerträglichen Gefühle“ (Hammer und Plöchl 2015, S. 163).

Symptome bei Erkrankten sind häufige Stimmungswechsel. Sie sind empfänglich für die Stimmungslage ihrer Mitmenschen, reagieren aber zu stark darauf. Gefühle schlagen dabei oft hoch und sind für Mitmenschen schwer nachvollziehbar. Ebenso werden Impulsen schnell nachgegeben. Diese Impulsivität lässt sie auch schwer starke Emotionen wie Wut kontrollieren. Das selbstverletzende Verhalten ist ein klassisches Verhaltensmuster bei einer Borderline-Erkrankung. Dies geben Betroffene als Hilfe zur Linderung von Angst- und Spannungsgefühlen an. Schmerz wird dabei häufig nicht empfunden. Eher kommt es durch die Unerträglichkeit ihrer Gefühlswelt zu einer Dissoziation (Abspaltung) von ihrem Bewusstsein. Erkrankte können sich an Gegebenheiten nicht mehr erinnern oder werden zu Beobachtern von außen (ebd. S. 163ff).

Die meisten Forschungsergebnisse gehen von einem biopsychosozialen Entstehungsmodell aus, bei dem die Wechselwirkung von genetischen Faktoren zusammen mit traumatischen Erfahrungen sowie negativen Lern- und Verhaltensmustern, ursächlich für eine Borderline sind (ebd. S. 171).

Diagnostische Klassifikation

In der ICD-10-Klassifikation wird unter zwei Subtypen unterschieden, die in der Abb. 9 verdeutlicht vorgestellt werden. Sie sind der Maßstab der Diagnosestellung (Hautzinger und Thies 2009, S. 140).

Übersicht	
Kriterien der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (F 60.3)	
► Impulsiver Typus (F 60.30): Es liegen mindestens drei der folgenden Merkmale vor, wobei das zweite dabei sein muss:	► Borderline-Typus (F 60.31): Es liegen mindestens drei der unter F 60.30 genannten Merkmale vor und zusätzlich mindestens zwei der Folgenden:
1. Neigung zu unerwarteten Handlungen ohne Berücksichtigung der Folgen	1. Störungen und Unsicherheiten in Selbstbild, Zielen und Präferenzen
2. Neigung zu Streitereien und Konflikten, v. a. wegen der impulsiven Handlungen	2. Neigung zu intensiven, aber instabilen Beziehungen
3. Neigung zu Wut- oder Gewaltausbrüchen und Unfähigkeit, explosives Verhalten zu kontrollieren	3. übertriebene Bemühungen, nicht verlassen zu werden
4. Schwierigkeiten, Handlungen beizubehalten, die nicht unmittelbar belohnt werden	4. wiederholt Androhung oder Durchführung von selbstverletzendem Verhalten
5. Unbeständigkeit und Unberechenbarkeit der Stimmung	5. anhaltende Gefühle der Leere

Abbildung 9 Kriterien einer emotionalen Persönlichkeitsstörung

Besonderheiten

In stationären sowie ambulanten Einrichtungen werden Betroffene häufig behandelt und dabei handelt es sich zu 70 % um Frauen, trotz fast gleicher Population zwischen den Geschlechtern. Die impulsiven und selbstverletzenden Handlungen sind dabei sehr herausfordernd. Eine hohe Suizidgefahr spielt bei der Borderline-Störung ebenfalls eine große Rolle (Hammer und Plöchl 2015, S. 162). Die Suizidrate wird von Callenius sogar mit 5-10 % angegeben, der viele Suizidversuche vorangegangen sind (Callenius 2021, S. 197).

Verlauf

Nach neueren Studien konnte eine deutliche Besserung der Symptome nach 10 Jahren bei 85-90 % festgestellt werden. Somit erfüllen sie nicht mehr die Kriterien der Diagnosestellung. Dennoch ist festzuhalten, dass Einschränkungen im psychosozialen Funktionsniveau bestehen bleiben (Barnow und Miano 2020, S. 1315).

Komorbidität

Viele andere psychischen Störungen kommen auch in Verbindung mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung vor. Die Komorbidität mit anderen Persönlichkeitsstörungen sowie Essstörungen, PTBS und Suchterkrankungen ist dabei deutlich erhöht (ebd.).

6.6 Suchterkrankungen

Das Hauptproblem hinsichtlich der negativen Auswirkungen von konsumierten Suchtmitteln ist die Legalität von Stoffen wie Alkohol, Tabak und Medikamenten. Sie stehen weit vor dem Konsum und Problemen illegaler Drogen. Doch erst mit dem Urteil des Bundesgerichtshofes 1968 wurden Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit als Krankheiten anerkannt. Dies führte zu einer beginnenden Enttabuisierung und Entmoralisierung, hin zu einem professionellen Umgang. Betroffene erhielten medizinische und therapeutische Hilfen sowie rehabilitative Maßnahmen. Der Begriff Sucht geht etymologisch auf das deutsche Wort „siech“ für krank zurück. Die WHO hatte ihn 1964 durch den Begriff „Drogenabhängigkeit“ ersetzt, doch durch die stetige Zunahme stoffungebundener Suchtformen kehrt man heute wieder vermehrt zu dem Begriff Sucht zurück (Zitzmann 2021, S. 9ff).

Epidemiologie

Ein Randproblem in unserer Gesellschaft ist Sucht sicher nicht. Laut Bundesgesundheitsministerium rauchen 12 Millionen Menschen und 1,6 Millionen Menschen sind alkoholabhängig. Die Schätzungen einer Medikamentenabhängigkeit liegen sogar noch höher, bei 2,3 Millionen Menschen (BMG, 2021).

Eine Prävalenz zwischen Männern und Frauen wird sehr unterschiedlich angegeben. Laut Zitzmann, sind weder bei stoffgebundenen noch bei stoffungebundenen Abhängigkeiten größere Differenzen zwischen den Geschlechtern (Zitzmann 2021, S. 11). Während Wittchen und Jacobi in der Studie des Robert Koch-Instituts zumindest beim Alkoholmissbrauch einen deutlichen Unterschied verzeichnen. Ihrer Studienauswertung nach ist die Erkrankung bei Männern im Gegensatz zu erkrankten Frauen um das Vierfache erhöht (Wittchen und Jacobi 2012, S. 10).

Symptome

Symptome von körperlicher Abhängigkeit werden deutlich beim Versuch die Droge zu reduzieren oder ganz auf sie zu verzichten. Der Körper reagiert auf den fehlenden Stoff mit Entzugerscheinungen und verdeutlicht die Schwere der körperlichen Abhängigkeit. Symptome die z. B. häufig auftreten sind Zittern, starkes Schwitzen, Krampfanfälle, Herzrasen,

Schlaf- und Konzentrationsstörungen (Batra In: <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/>)

Diagnostische Klassifikation

Des Weiteren ist zu klären, ab wann man von einer Drogenabhängigkeit spricht. In den (19)90er Jahren wurde im ICD 10 die Diagnose Abhängigkeitserkrankung dann gestellt

„wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden [in Abb. 10 dargestellten] Kriterien gleichzeitig vorhanden waren“ (Drilling, Mombour, Schmidt 1993 zit. n. DHS 2013, S. 19).

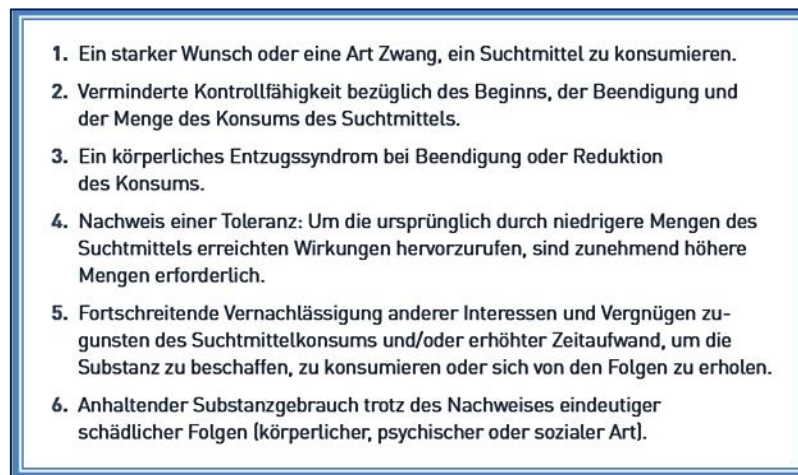
- 
1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, ein Suchtmittel zu konsumieren.
 2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums des Suchtmittels.
 3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.
 4. Nachweis einer Toleranz: Um die ursprünglich durch niedrigere Mengen des Suchtmittels erreichten Wirkungen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Mengen erforderlich.
 5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und Vergnügen zugunsten des Suchtmittelkonsums und/oder erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
 6. Anhaltender Substanzgebrauch trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (körperlicher, psychischer oder sozialer Art).

Abbildung 10 Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung

Risikofaktoren

In der Ätiologie gibt es sehr unterschiedliche Suchttheorien. Klar ist nur, dass die Erkrankung aus vielen Blickwinkeln gesehen werden muss. Neben genetischen Faktoren ist es wichtig die individuellen Risikofaktoren mit dem Betroffenen selbst zu erarbeiten. Dabei gibt es viele unterschiedliche Einflüsse, die zusammenspielen und so eine Abhängigkeit fördern können (Zitzmann 2021, S. 11ff). Bei den Entstehungsbedingungen spielen genetische Faktoren ebenso eine Rolle wie die persönlichen Eigenschaften einer Person. Nicht zu vernachlässigen ist das Umfeld, in dem diese Person lebt und welche Disposition eine Droge mit sich bringt. Hier dargestellt in Abb. 11 (DHS 2013, S. 18).

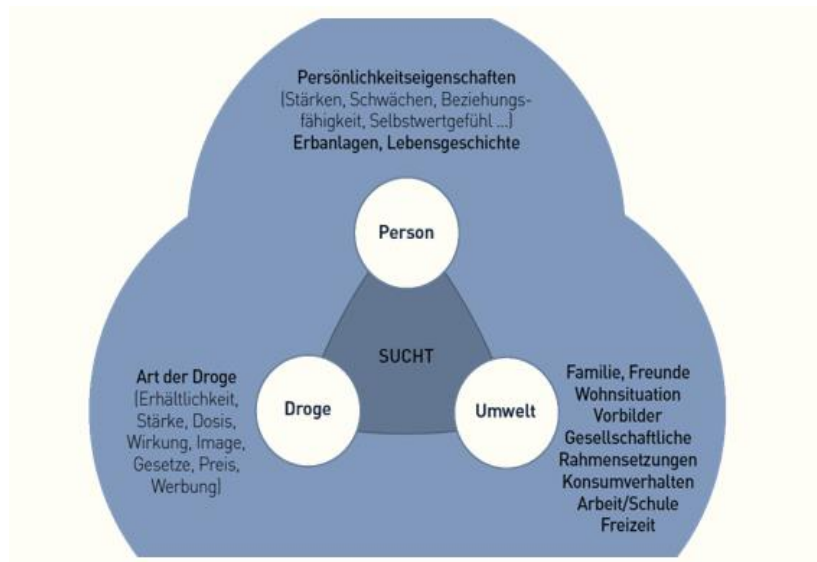


Abbildung 11 Entstehungsbedingungen von Sucht

Verlauf

Wie schnell der Gewöhnungseffekt eintritt, ist von der Art der Droge abhängig. Bei einer regelmäßigen Gabe reagiert der Körper mit spezifischen Anpassungen des Nervensystems und die Wirkung der Droge nimmt ab. Die konsumierte Menge muss immer weiter erhöht werden, um den gleichen Effekt zu erzielen. Neueren Erkenntnissen zufolge aktivieren Suchtmittel besonders den Botenstoff Dopamin und schütten ihn vermehrt im „limbischen System“ des Gehirns aus. Dies ist zuständig für Emotionen, Antrieb, Gedächtnis und unser Wohlbefinden. Dies führt vermutlich zum empfundenen Belohnungseffekt (Batra In: <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/>).

Komorbidität

Darüber hinaus ist eine Abhängigkeitserkrankung auffällig oft in Verbindung mit anderen psychischen Erkrankungen zu sehen und daher eine sogenannte Doppeldiagnose. Bei Alkoholabhängigkeiten liegt die Komorbidität in verschiedenen Studien bei bis zu 50%. Bei illegalen Drogen haben sogar bis zu 70 % aller aufgeführten Fälle mindestens eine weitere psychische oder psychiatrische Erkrankung. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung weist sogar eine noch höhere Wahrscheinlichkeit auf, zu dieser Diagnose noch eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln. Hier liegt die Komorbidität bei etwa 78 % der untersuchten Gruppen (Kienast et al. 2014 S. 280ff).

7 Das System Familie im Kontext psychischer Erkrankung

In diesem Kapitel will ich mich mit den familiären Beziehungsstrukturen beschäftigen sowie den Veränderungen von Familiensystemen durch kritische Lebenssituationen und dem Risiko psychisch zu erkranken. Zwischenmenschliche Beziehungen haben einen großen Einfluss auf das Kontinuum von Gesundheit und Krankheit und müssen folglich genauer betrachtet werden. Dabei beschränke ich mich auf die wichtigsten innerfamiliären Beziehungen, da der Schwerpunkt meiner Arbeit die nahen Angehörigen in den Blick nimmt. Natürlich spielen soziale Netzwerke und freiwillig eingegangene Beziehungen zu Freunden ebenso eine wichtige Rolle in der sozialen Einbettung und Unterstützung.

Der familiäre Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen bleibt im unterschiedlichen Maß lebenslang bestehen. Dadurch ist die Qualität sozialer Interaktionen innerhalb der Familie sehr bedeutungsvoll. Das starke Bedürfnis nach persönlichen Bindungen stellt zudem ein wichtiges Unterstützungssystem dar. Diese Vertrauensbeziehungen stärken das Selbstwertgefühl, das menschliche Bedürfnis gebraucht zu werden und bedeutungsvoll zu sein und stärken infolgedessen die psychische Gesundheit. Besonders weil diese Bindungsqualität so hoch ist, können Familie und Ehe auch zur Quelle psychischer Belastungen werden. Hohe Erwartungen und Anforderungen sind ebenso mit einem großen Risiko des Scheiterns verbunden, sei es beispielsweise durch Rollenprobleme, Eheunzufriedenheit oder Probleme in der Kindererziehung. Lebensgemeinschaften und die Familie, als wichtiger Teil des Lebensführungssystems, wird also eine wichtige Rolle zuteil bei der psychischen Gesunderhaltung eines Menschen (Sommerfeld et al. 2016; S. 112f).

7.1 Beziehungsstrukturen innerhalb der Familie

Da sich der Mensch in einem permanenten Veränderungsprozess befindet, gilt gleiches auch für Familiensysteme. Das Konzept eines familiären Lebenszyklus geht von einer Definition von Familie aus, die sich permanent wandelt, entwickelt und verschiedene Stadien durchläuft. Zudem wird ihr unterstellt, durch schädigende Stimulierungen oder Familienformen (z. B. Alleinerziehende, Scheidungsehen) zur Entstehung von Krankheiten beizutragen (Beushausen 2013, S. 154). Innerfamiliäre Beziehungsstrukturen werden in verschiedene Geschlechts- und Generationsbeziehungen differenziert. Zur klassischen Eltern-Kind-Beziehung sind Geschwisterbeziehungen, Paarbeziehungen und Bindungen zwischen Großeltern und Enkelkindern häufig die engsten familiären Beziehungen (ebd. S. 157).

Pauls weist darauf hin, dass alle Mitglieder des Familiensystems sich in einem fortwährenden Spannungsfeld zwischen Veränderung und Anpassung bewegen und sich ihrem Potenzial

entsprechend entwickeln. Diese Interaktion geschieht miteinander und mit der Umwelt (Pauls 2004, S. 157). Dabei beginnt die Eltern-Kind Bindung nicht erst mit der Geburt. Einflüsse innerhalb der Schwangerschaft, haben bereits einen Einfluss auf die Widerstandskraft des Kindes. Außerdem haben die unterschiedlichen Erziehungsstile der heutigen Zeit erhebliche Auswirkungen auf z. B. Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl und Konfliktfähigkeit der Kinder. Die Beziehungsqualität beider Elternteile prägen Kinder und sind beteiligt an der Ausbildung von Persönlichkeitsmerkmalen. Eine besondere Beziehung innerhalb der Familie sind Geschwisterbeziehungen. Sie zählen für ein Kind mit zu den wichtigsten Beziehungen. Diese Beziehungen werden in der Literatur überwiegend als negativ oder problembehaftet thematisiert. Dabei bieten Geschwisterbeziehungen je nach Altersunterschied, Kinderanzahl und Geschlecht ebenso ein großes Potenzial Konfliktstrategien zu erlernen. Zusätzlich sind Großeltern wichtige Bezugspersonen. Besonders für den familiären Zusammenhalt und die Unterstützung bei der Betreuung von kleineren Kindern, können sie eine große Hilfe und Entlastung sein. Dabei haben sie zudem eher ein stressarmen, unbeschwerten Umgang mit den Kindern, frei von disziplinarischer Verantwortung. Abschließend ist die Paarbeziehung noch genauer zu betrachten. Sie hat sich in den letzten Jahrzehnten stark gewandelt und trotz veränderten Motivlagen, die zu einer Eheschließung führen, nicht an Bedeutung verloren. Laut verschiedener Statistiken wird heute ca. jede dritte Ehe geschieden, somit verbringen viele Kinder ihre Kindheit nicht dauerhaft mit beiden Elternteilen. Für die hohe Zahl an Scheidungen führt Sommerfeld et al. die hohe psychische Bedeutung von funktionalen Beziehungen an. Heute werden unharmonische Beziehungen nicht mehr wie in der Vergangenheit ausgehalten. Ebenfalls führen beispielsweise Suchtprobleme, psychische und physische Arbeitsbelastungen und finanzielle Schwierigkeiten eher zu Trennungen. Stabilere Paarbeziehungen haben ähnliche Wertvorstellungen und Ansichten sowie hohe kommunikative Kompetenzen (Beushausen 2013, S. 156ff).

Gesundheitswissenschaftliche Forschungen zeigen, dass soziale Unterstützungssysteme und eine psycho-soziale Integration zu den besten Hilfsmitteln gehören, um die Gesundheit zu erhalten (Pauls 2004, S. 35). Dies macht deutlich, wie wichtig die Einbeziehung der familiären Strukturen für den Genesungsprozess psychisch Kranker ist.

7.2 Familiensysteme in kritischen Lebenssituationen

Familiensysteme sind versucht sich möglichst im Gleichgewicht zu halten, um allen Mitgliedern eine Stabilität, Sicherheit und Orientierung zu bieten. Wird dieser Prozess durch innere oder äußere Einflüsse gestört, treten Spannungen auf (Pauls 2004, S. 158). Eine anhaltende Belastung und kritisch empfundene Situationen bieten somit eine generelle Erhöhung des

Krankheitsrisikos. Jedes System verfügt über bewährte Anpassungs- und Bewältigungsmechanismen. Reichen diese nicht mehr aus, wird der Gleichgewichtsprozess eines Systems gestört und es kommt zu einer Krise. Krisen treten dabei meist akut und unerwartet auf und definieren eine schwierige Lage, die Hilflosigkeit und Angst mit sich bringt. Es werden die bisherigen Werte und Ziele in Frage gestellt und das System beginnt auf psychischer und sozialer Ebene anfällig zu werden. So bringen bereits Kleinigkeiten es weiter ins Wanken (Beushausen 2013, S. 172). Ein Krankheitsausbruch bringt dann nach jahrelangen Spannungen in einem Beziehungssystem eine Entlastung. Die Desorientierung auf zwischenmenschlicher, sozialer und psychischer Ebene bringt durch den Krankheitsausbruch eine Schonung (Pauls 2004, S. 158).

Dabei zieht eine bedeutsame Lebensveränderung erst sechs bis achtzehn Monate später eine Erkrankung nach sich. Besonders belastende Ereignisse können beispielsweise der Tod eines geliebten Angehörigen oder eine Scheidung sein. Aber auch Veränderungen, die neue Lebensabschnitte definieren wie z. B. der Eintritt ins Berufsleben oder die Pensionierung werden häufig sehr belastend erlebt. Beushausen weist zudem darauf hin, dass auch positive Ereignisse wie z. B. eine Heirat oder ein Lottogewinn diese Überforderung verursachen können. Vermeintlich gleiche Ereignisse erzeugen dabei auf verschiedene Menschen unterschiedliche Reaktionen und Bewältigungsmuster (Beushausen 2013, S. 172).

Je aussichtloser ein Mensch seine Situation empfindet, desto eher kommt es zum Krankheitsausbruch. Durch die Definition einer Erkrankung können Symptome eingeordnet werden und legitimieren einen Schonraum. Je nachdem, wie wichtige Bezugspersonen sich verhalten, entwickelt die erkrankte Person Verhaltensweisen, die ein gewisses Maß an Kontrolle einräumen. Diese Strategien werden als Coping- oder Bewältigungsstrategien bezeichnet und sollen die Situation erträglicher werden lassen. Pauls bezeichnet diese Krankheitsphase als den Punkt, an dem der Begleiter oder Krankheitshelfer geboren wird. Es ist mit der Erkrankung eine Ursache gefunden worden an den man die Schuld, Verantwortung und andere Gefühle abgeben kann. So entwickelt sich rasch eine eigene Dynamik zwischen Erkrankten und der Krankheit und der Betroffene selbst, wie auch sein Umfeld verlieren die Kontrolle darüber. Je mehr Aufgaben dann an den Begleiter Krankheit delegiert werden, desto hilfloser wird die Person. Der Krankheitsverlauf kann daher stark variieren, je nachdem, ob der Begleiter als Freund oder Feind definiert wird, kann die Erkrankung lebenslang bestehen oder dazu beitragen das gesunde Anteile mobilisiert werden (Pauls 2004, S 158f).

Aus dem familiensystemischen Blickwinkel beschreibt Pauls Krankheit in mehrfacher Hinsicht.

- Die sozial- funktionale Struktur

Durch die Anfälligkeit des Erkrankten strukturiert sich das Familiensystem um. Nicht nur der Betroffene selbst, die gesamte Funktionsorganisation der Lebenswelt perfektioniert sich. Dies führt zum sekundären Krankheitsgewinn, indem nicht nur der kranke Mensch, sondern das ganze System an emotionaler Bedeutung gewinnt.

- Die emotionale Struktur

Hierbei sind bestimmte Faktoren gemeint, die zu einer Erkrankung führen. Vor Krankheitsausbruch gibt es häufig Probleme oder schwierige Lebenssituationen, denen keine Raum für Veränderungen gegeben wird. Durch Festhalten an belastenden Strukturen oder Beziehungen kommt es zur Erkrankung. Der Krankheitsausbruch signalisiert eine notwendige Umgestaltung und den Versuch des Organismus, emotionales Erstarren wieder in den Fluss zu bringen.

- Die existenzielle Struktur

Ist eine ernsthafte und bedrohende Krankheit, die das eigene Selbst, die eigene Existenz bedroht, wie z. B. Schizophrenie. Medizinische Maßnahmen sind unausweichlich, um aus der Krise herauszukommen.

Aus der psycho-sozialen Perspektive kann Krankheit z. B. Ruhe- und Schonraum, Schutz vor Schuldzuweisungen, Entlastung, Beziehungskontrolle und Macht bieten (Pauls 2004, S. 159f)

Wie eine Person oder die Familie mit den Belastungen umgeht und ob daraus eine Krankheit entsteht ist individuell abhängig von vielen Potentialen. Beispielsweise können sich die Abwehrstrukturen, genetische Dispositionen, die eigene Vulnerabilität, die Ich-Stärke sowie die Sozialisationserfahrungen auf die Weiterentwicklung von Krisen auswirken. Soziale Unterstützung hilft bei der Bewältigung und Heilung, daher ist die Familie für eine Krisenbewältigung ein wichtiges Beziehungsgefüge. Zudem wird ein emotionales Wohlbefinden eher erreicht, wenn die Bewältigung der Belastung, durch alle Mitglieder der Familien gelungen ist. So ist es möglich, eine dauerhafte Problemlösung für alle zu treffen (Beushausen 2013, S. 174f). Sommerfeld et al. weisen in ihrer Studie zu Re-Integrationsprozessen auch darauf hin, dass Überforderung bei der Krisenbewältigung von Eltern oder eines Elternteils häufiger zu psychischen Problemen der nachfolgenden Generation führen (Sommerfeld et al. 2016, S. 123).

8 Emotionale Belastungen von Angehörigen

Im folgenden Abschnitt beschäftige ich mich mit den besonderen Belastungen der Angehörigen. Die familiäre Bindung zu nahestehenden Mitgliedern ist die größte Ressource psychisch Kranker, daher muss sich intensiv mit ihren Belastungen auseinandergesetzt werden. Dafür gehe ich dabei auf die Expressed Emotion Forschung, Belastungskonzepte und soziodemografische Besonderheiten ein. Des Weiteren stelle ich die relevantesten emotionalen Belastungen aus der Studie von Schmid, Spießl und Cording genauer vor. Für die eigene Gesundheit von Angehörigen ist es wichtig, sich neben ihrer Verantwortung auch abzugrenzen. Daher werde ich auch darauf in diesem Absatz eingehen.

8.1 Zwischen Belastungserleben und Belastungsbewältigung

Mit der Reform der Psychiatrie und den ambulanten gemeindenahen Angeboten wächst die Bedeutung der Familiensysteme und sozialen Netzwerke. Die Familie als natürliches Unterstützungsangebot durch soziale Einbindung hat einen großen Wert für die psychiatrische Weiterversorgung und muss verstärkt in den Rehabilitationsprozess eingebunden werden. Doch bleibt das nicht folgenlos für die Angehörigen. Das Zusammenleben mit einer psychisch erkrankten Person bringt Beeinträchtigungen und Leid mit sich. Jungbauer, Bischkopf und Angermeyer weisen in Hinblick auf Belastungskonzepte auf die klassische Unterscheidung zwischen objektiven und subjektiven Belastungen hin. Objektive Belastungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie für alle beobachtbar und greifbar sind. Beispielsweise Betreuungsleistungen, ein Wiedereinzug ins Elternhaus oder finanzielle Belastungen. Während subjektive Belastungen darauf abzielen in welchem Ausmaß sich Angehörige tatsächlich belastet fühlen. In neuen Forschungen wird sich eher an stresstheoretischen Modellen orientiert und das klassische Belastungskonzept von objektiven und subjektiven Belastungen aufgegeben. Komplexere Sichtweisen zwischen unterschiedlichen Belastungsfaktoren und emotionale Bewertungsprozesse geraten stärker in den Blick (Jungbauer, Bischkopf und Angermeyer 2001 S. 105f).

Zudem fassen Jungbauer, Bischkopf und Angermeyer soziodemographische Belastungsfaktoren aus verschiedenen Studien zusammen. Dabei wurde bestätigt, dass das Ausmaß auf das subjektive Belastungsempfinden nicht von der Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht abhängig ist. Obgleich die objektiven Belastungsfaktoren wie finanzieller Mehraufwand oder Arbeitslosigkeit durch den sozioökonomischen Status deutlich differenzierter wahrgenommen werden. Inwieweit das Bildungsniveau eine Rolle beim Belastungserleben spielt, ist in den Forschungsergebnissen uneindeutig. Doch

übereinstimmend wird eine größere Belastung weiblicher Angehöriger beschrieben, besonders wenn die erkrankte Person mit im eigenen Haushalt lebt. Frauen erleben sich häufig stärker belastet als Männer, da sie meist die wichtigste Bezugsperson für das kranke Familienmitglied sind und die Hauptlast der Betreuung tragen. Häufen sich zudem noch multiple Rollenanforderungen wie Kindererziehung, Haushalt oder Berufstätigkeit verstärken sich die Belastungsfaktoren weiter (ebd. S. 106).

Dieses verstärkte Belastungserleben wird auch in der Expressed-Emotion-Forschung (EE) sichtbar. Hier werden Angehörigenbeziehungen dahingehend untersucht, welche Auswirkungen sie auf den Krankheitsverlauf und die Rückfallquote von psychischen Erkrankungen haben. Die EE-Forschung stammt ursprünglich aus der Schizophrenie Forschung. Dabei wurde festgestellt, dass eine Krankenhausbehandlung bei Patienten, deren Angehörige ihnen eher feindselig und mit einem emotionalen Überengagement begegneten, häufiger vorkam. Dieses emotionale Überengagement und Feindseligkeit wird high Expressed Emotion benannt und zeichnet sich durch Überfürsorglichkeit und Selbstaufgabe von Angehörigen aus und erhöht das Rückfallrisiko. Patienten deren Angehörige sich weniger emotional engagierten und ihnen mit weniger Feindseligkeit begegneten, mussten seltener in die Klinik. Dieses Verhalten wird als low Expressed Emotion bezeichnet und minimiert das Rückfallrisiko. Hutterer-Krisch verweist auf die bisherigen EE-Forschungen nach denen Angehörige freigesprochen wurden, für den Erstausbruch einer Schizophrenie-Erkrankung ihres Kindes durch problematisches Angehörigenverhalten mitverantwortlich zu sein. Die familiären Schwierigkeiten werden eher durch Unsicherheiten im Umgang mit einer Schizophrenie-Erkrankung hervorgerufen. Angehörige insbesondere Eltern fühlen sich hilflos und verfügen über zu wenig Informationen über Verlauf, Behandlung und Wesen der Erkrankung. Hinzu kommen Schuldzuweisungen, soziale Vorurteile und eine eigens empfundene Mitschuld. Besonders diese sind ein Nährboden für ein emotionales Überengagement (Hutterer-Krisch 2000, S. 187f).

Um zur Senkung eines hohen Expressed-Emotion-Levels beitragen zu können, sind differenzierte Kenntnisse über emotionale Belastungen von Angehörigen unerlässlich. Dabei stehen weniger objektive Belastungen im Mittelpunkt. Schmid, Spießl und Cording stellen die subjektiv erlebten Faktoren in den Vordergrund. Um einen differenzierten Überblick emotionaler Belastungen von Angehörigen aufzuzeigen, untermauern sie die Befunde der Literatur mit eigenen qualitativen Befragungen von Angehörigen allgemeinspsychiatrischer Patienten. Die vielfältigen emotionalen Belastungen sind abhängig von der Beziehung zu Erkrankten und vom Krankheitsverlauf. Doch nicht nur das Verwandtschaftsverhältnis spielt eine Rolle. Wo sich Eltern, Geschwistern, (Ehe)Partnern und Kinder in ihrer eigenen Entwicklung befinden verursacht ganz unterschiedliche Belastungen. Ebenso sehen sie sich

neben ihren eigenen Bedürfnissen und Wünschen mit den an sie herangetragenen Erwartungen der erkrankten Person, anderer Familienmitglieder und des sozialen Umfeldes konfrontiert. Besonders der Beginn einer Erkrankung löst dabei viele emotionale Belastungen aus. Die am häufigsten Genannten, haben sie grafisch dargestellt wie in der Abb. 12 zu sehen (Schmid, Spießl und Cording 2005, S. 273f).

Emotionale Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker (n = 32)		
(n)	(%)	emotionale Belastung
27	84,4%	Ängste und Sorgen infolge mangelnder Informationen
26	81,3%	Unsicherheit und Überforderung mit den Symptomen der Erkrankung
25	78,3%	Sorgen bez. der Behandlung des Patienten
23	71,9%	Hilflosigkeit und Ohnmacht
23	71,9%	Einsamkeit und Alleinverantwortung
22	68,8%	Nicht-Ernstgenommen-Werden
21	65,6%	Zukunftsängste
18	56,3%	Hoffnung und Enttäuschung
18	56,3%	Gefühle der Einschränkung in der eigenen Autonomie und Abgrenzungsprobleme
14	43,8%	Trauer und Verlusterleben
13	40,6%	Angst vor Rückfall und Suizid
10	31,3%	Schamgefühle und Angst vor Stigmatisierung
8	25,0%	Entmutigung
7	21,9%	Schuldgefühle
3	9,4%	Ärger und Enttäuschung: Mad or bad?
2	6,3%	veränderte Rollen und Rollenkonflikte
ferner in der Literatur genannt: – Probleme in der gemeinsamen Sexualität, – Angst vor eigener Erkrankung bzw. Vererbung an die eigenen Kinder		

Abbildung 12 Emotionale Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker

Zusammengefasst resultieren die größten Ängste und Unsicherheiten aus fehlenden Informationen durch die Professionellen. Informationen über die Erkrankung selbst, aber auch die Behandlung und der Umgang mit dem Erkrankten wird zu wenig von professioneller Seite kommuniziert. Obgleich die Angehörigen mit einer guten Einstellung und Krankheitswissen nachweislich zum Behandlungserfolg beitragen, werden sie oft nur unzureichend informiert. Dabei wird die ärztliche Schweigepflicht von Therapeuten, Ärzten und Angehörigen gleichermaßen als nachteilig empfunden. Familienangehörige leiden unter den Verhaltensänderungen, die ihre ehemals vertraute Person zeigt. Sie wollen Hilfe, ihre eigenen negativen Emotionen in den Griff zu bekommen und sorgen sich in Behandlungsfragen. Besonders in der medikamentösen Therapie wünschen sie sich bessere Aufklärung. Häufig fehlt ihnen selbst ein unterstützendes Netzwerk, welches Gefühle wie Einsamkeit und Hilflosigkeit noch verstärkt. Zudem erleben sie ebenso wie die Erkrankten eine Stigmatisierung durch die Gesellschaft. Das Gefühl von Fachleuten nicht als mitleidende Person wahrgenommen zu werden wird in den Studienauswertungen ebenfalls deutlich. Die Sorge um die Zukunft und die Hoffnungslosigkeit durch die Aufs und Abs in der Erkrankung belasten Angehörige häufig stärker als die Betroffenen selbst. Dabei wünschen sie sich von

professionellen Helfern mehr Zuversicht. Wird ihnen jegliche Hoffnung genommen fällt der tägliche Umgang nur noch schwerer. Ebenso gaben viele Befragte Schuldgefühle an, die einerseits die Krankheitsentstehung betreffen und andererseits auf den richtigen Umgang mit der erkrankten Person abzielen. Um auf Verhaltensweisen richtig zu reagieren, fehlt ihnen Unterstützung (ebd. S. 274ff).

Viele emotionale Belastungen könnten durch die Einbindung der Angehörigen im professionellen Hilfesystem, sei es im klinischen Kontext wie in der gemeindenahen Versorgung gemindert werden. Dabei mangelt es einerseits seitens der Angehörigen an der Scheu medizinisches Personal immer wieder anzusprechen, andererseits wird Angehörigengesprächen nach PsychPV nur ein knappes Zeitbudget eingeräumt. Professionelle Helfer sind daher eher froh, wenn Familienmitglieder ihre persönlichen Schwierigkeiten außen vorlassen, da die wöchentliche Vorgabe von 10 Minuten bei einer Regelbehandlung mit den umfangreichen Beratungswünschen der Angehörigen kollidiert. Daraus folgende steigende Überbelastungen führen zu eigenen gesundheitlichen Problemen und nicht selten psychischen Beeinträchtigungen. Um Angehörige besser zu unterstützen, muss gezielter auf ihre Belastungen eingegangen werden. So könnten auf sie abgestimmte Unterstützungsangebote geschaffen und der high Expressed-Emotion-Level gesenkt werden. Das würde eine erhöhte Lebensqualität von erkrankten Personen wie ihren Angehörigen ermöglichen (ebd. S. 278).

Die klinische Sozialarbeit arbeitet in diesem Spannungsfeld. Ihre Aufgabe ist das soziale Management, um Lebensgrundlagen zu sichern und mit dem Erkrankten Ressourcenpotentiale zu suchen. Dazu gehören neben sozialen und ökonomischen Angelegenheiten, eine soziale Beratung unter Einbeziehung ihrer/seiner Mitwelt. Besonders die Angehörigen benötigen Unterstützung bei der Überarbeitung ihrer eigenen Lebensentwürfe (Pauls 2004, S. 330). Der dialogische Ansatz ist aufgrund der immensen Bedeutung der Angehörigen in die Gesprächsführung mit einzubeziehen, wenn die Einwilligung des Patienten gegeben ist (Falkai 2013, S. 82).

8.2 Angehörige zwischen Verantwortung und Abgrenzung

Das Verantwortungsgefühl innerhalb familiärer Systeme ist ganz natürlich und gehört zu den Grundprinzipien für den gemeinschaftlichen Zusammenhalt. Diese Selbstverständlichkeit verändert sich durch die psychische Erkrankung einer Person. Verantwortungsübernahme führt häufiger zu Diskussionen über Selbstbestimmung und Bevormundung mit anderen Familienmitgliedern oder den Erkrankten selbst. Die Erfahrung fehlt Angehörigen besonders am Anfang, um den Erkrankten auch Fehler zuzugestehen und auf seine noch vorhandenen

Fähigkeiten zu vertrauen. Zur falschen Zeit kann entgegengebrachte Hilfe – so gut sie auch gemeint ist - eher das Gegenteil bewirken und den Erkrankten nur unselbstständiger machen. In der Begleitung psychisch Kranker ist es deutlich schwieriger einzuschätzen, wann Hilfe notwendig ist und wann man dem Betroffenen das Recht abspricht, für sich selbst zu entscheiden. In diesem Dilemma befinden sich Angehörige und durch die Veränderung ihres Familienmitglieds kann sich die Unsicherheit noch verstärken. Doch auch wenn man weiß, wie sich ein guter Angehöriger besser nicht verhält, fällt es vielen Familienmitgliedern schwer, ihre Emotionen und Einstellungen zu ändern. Staub beschreibt, welche Denkweisen dazu führen, dass auch Jahre nach der Erkrankung ein problematisches Verhältnis vorherrschen kann. Wird beispielweise:

- das Verhalten eines psychisch Kranken mit dem eines gesunden Menschen verglichen,
- die Krankenzeit aus der Biografie gelöscht,
- eine berufliche Wiederaufnahme an der Stelle angestrebt, als die Krankheit ausbrach,
- Druck ausgeübt, um Rehabilitation und Heilung zu beschleunigen,
- die Hoffnung nicht aufgegeben, dass der Erkrankte genauso wird wie früher,

hat er/sie die Erkrankung für sich nicht verarbeitet und kann die veränderte Lebenssituation noch nicht akzeptieren. Hängt man einem Idealbild nach, muss man zwangsläufig immer wieder enttäuscht werden. Straub gibt aber ebenso zu bedenken, dass sich Angehörige häufig in der Angst befinden, zu wenig getan zu haben und Hilfeleistungen unterlassen zu haben. Welche Wirkung eine Maßnahme hat, lässt sich bei psychischen Erkrankungen häufig nur durch selbstbestimmtes Erproben feststellen. Dann ist es entweder Versuch und Irrtum oder der Versuch bringt den gewünschten Erfolg. Unterstützung bei diesem Weg kann nur durch Wissen erreicht werden. Bessere Erkenntnisse über die Erkrankung durch dialogische Gespräche, Informationen anderer Betroffener und Gespräche mit der erkrankten Person selbst helfen Angehörige im Umgang mit Verantwortung und Selbstbestimmung umzugehen (Straub 2012, S. 16ff).

Um Abgrenzung zu erreichen ist es wichtig, den Teufelskreis der Schuldgefühle zu durchbrechen. Die eigenen Ansprüche und gesellschaftlichen Konventionen bringen Familienmitglieder an ihre Belastungsgrenzen (Straub 2012, S. 20). Dabei gibt Ziepert zu bedenken, dass psychisch kranke Menschen ebenso nur Menschen sind. Mit Fehlern und nicht nur guten Eigenschaften, die ihre Umwelt auch manipulieren können. Gerade wenn sie gelernt haben, ihr Kranksein aus Ausrede zu nutzen. Angehörigen fällt es schwer zu unterscheiden und können regelrecht verschlungen werden (Ziepert 2013, S. 32). Mehrere

Gefühlslagen führt Ziepert auf, die die Abgrenzung von Angehörigen behindern, obgleich deren Überwindung sie zur Abgrenzung befähigen kann. Besonders die eigene Aussöhnung mit echter Schuld hilft Angehörigen. Genauso wie der Freispruch von Ärzten und Therapeuten. Ebenso wichtig ist die Trauerarbeit. Es ist etwas verloren gegangen das nicht wieder kommt. Dieser Verlust muss betrauert werden, um die Vergangenheit hinter sich zu lassen. Zorn führt bei Angehörigen häufig zu neuen Schuldgefühlen, ist aber ein wichtiges Signal das Grenzen verletzt wurden. Als diese Grenzverletzung muss es gesehen werden. Ferner zeigt Zorn auf, dass eine Abgrenzung unbedingt notwendig ist. Wie auch die Hilflosigkeit und Ohnmacht. Gefühle die Angehörige begleiten und die bewusst wahrgenommen werden müssen. Sie markieren den Zeitpunkt zur Kapitulation und die Einschaltung professioneller Hilfen (ebd. S. 34ff).

9 Strategien, Möglichkeiten und Grenzen Sozialer Arbeit

Dieser Prozess ist anstrengend und Angehörige sollten dabei eine professionelle Begleitung erfahren. Daher beschäftige ich mich im letzten Kapitel mit Strategien der Sozialen Arbeit aber auch ihre Grenzen. Ich gehe auf Möglichkeiten gegen die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen ein, sowie den Chancen die soziale Arbeit bietet, um Angehörige vor Überforderungen zu schützen und zeige Wege auf um sich selbst zu emanzipieren. Dazu stelle ich die Selbsthilfe für Angehörige in den Vordergrund. Eine wichtige Kernaufgabe der Klinischen Sozialarbeit ist die Weiterleitung ins ambulante Hilfenetz. Daher werde ich auf die im Kapitel 2.2 vorgestellten Hilfen der gemeindenahen Psychiatrie nochmal zurückkommen und sie vereinzelt genauer vorstellen. Ebenso werde ich das Bundesteilhabegesetz nochmal genauer beleuchten und auf Vor- und Nachteile eingehen.

9.1 Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung

Viele Strategien gegen Diskriminierung und Ausgrenzung wurden entwickelt, doch hat sich die Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen in den vergangenen Jahren kaum gebessert. Besonders bei Erkrankungen wie Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankungen reagieren viele Menschen mit Zurückweisungen oder Angst. Dies geht aus einer Erklärung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) hervor. Demnach würde ca. die Hälfte der Bevölkerung ihren Freunden niemanden mit einer Schizophrenie-Erkrankung vorstellen. Dies macht deutlich, wie wichtig das Engagement gegen Stigmatisierung und Ausgrenzung immer noch ist, besonders da es sich nachweislich negativ auf den Krankheitsverlauf auswirkt

(<https://www.thieme.de/de/psychiatrie-psychotherapie-psychosomatik/aktiv-gegen-stigmatisierung-psychisch-kranker-47524.htm>).

Die Gesellschaft DGPPN lobt zusammen mit dem Aktionsbündnis Seelische Gesundheit und der Stiftung für Seelische Gesundheit jährlich den mit 10.000 € dotierten DGPPN-Antistigma-Förderpreis aus, um weiter gegen Diskriminierung und Ausgrenzung psychisch Erkrankter und ihrer Angehörigen in der Gesellschaft vorzugehen. Ausgezeichnet werden dabei Selbsthilfegruppen, Institutionen oder Projekte die zur Entstigmatisierung von psychisch Erkrankten durch nachhaltig, gesellschaftliche Integration beitragen (<https://www.dgppn.de/die-dgppn/ehrungen-und-preise/gesellschaft.html>). Der Verein Irre Menschlich e.V., eines der Preisträger 2020, setzt in der Antidiskriminierung auf eine Kombination aus Aufklärung, Information und einem gleichberechtigten Kontakt mit stigmatisierten Menschen. Dies hat sich als eine vielversprechende Antistigmatisierungsstrategie erweisen, besonders im Umgang mit jungen Menschen (Irrsinnig-Menschlich_Jahres-und-Wirkungsbericht-2020_web.pdf).

Gaebler weist aber bereits 2004 darauf hin, dass die erarbeiteten Aufgaben und Ziele des nationalen Antistigma-Programms von DGPPN in Kooperation mit „Open the doors“ Deutschlands, nicht allein durch psychiatrisch-psychotherapeutische oder psychologische Fachverbände umgesetzt werden kann. Die Maßnahmen wie:

- Öffentliche Interessenvertretung von Erkrankten sowie Angehörigen in rechtlichen und gesundheitspolitischen Fragen,
- Protest gegen diskriminierende Mediendarstellungen von psychisch Erkrankten,
- Koordination anderer öffentlicher Antidiskriminierungsprogramme,
- Anregen und unterstützen von Schulprojekten für Kinder und Jugendliche, zum Abbau von Wissenslücken und Angst gegenüber psychischen Erkrankungen,
- Verbesserte Informationen über Aufgaben und Möglichkeiten von psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilffssystemen und den Erfolgsaussichten von leitlinienorientierten Therapien - um Hemmschwellen der Inanspruchnahme zu senken,

müssen als gemeinsame Aufgabe der Ärzteschaft angesehen werden. Nur so kann ein Abbau von Vorurteilen in Hinblick auf psychisch erkrankte Menschen erreicht werden (Gaebler 2004, S. 555).

Sielaff vom Verein „Irre menschlich“ setzt auf Begegnungen, um Vorurteile abzubauen. Durch aktive Treffen von Schülern und Betroffenen sowie ihren Angehörigen kann Toleranz im Umgang mit anderen geschaffen werden und fördert ebenso die Sensibilität mit dem eigenen selbst. Der Abbau von Vorurteilen verbessert Ressourcen und Heilungschancen von

Betroffenen und ihren Angehörigen und ermöglicht therapeutische Fortschritte und Weiterentwicklungen der Psychiatrie (Sielaff 2010, S. 28).

Da auch Angehörige von psychisch Kranken stark von Diskriminierung betroffen sind, helfen Angehörigenverbände aufzuklären und richten den Fokus auf sie und ihre Bedürfnisse. Die Aktion „Zeigen Sie Gesicht“ im Jahr 2021 soll ein Zeichen setzen gegen Isolation, Scham und Diskriminierung. In Kooperation mehrerer Landesverbände wurden Angehörige psychisch erkrankter Menschen sichtbar gemacht. Mit einem Foto und einem kleinen Statement wurden Familienmitglieder in sozialen Medien, auf Webseiten und in Printmedien veröffentlicht, um ihnen in der Gesellschaft mehr Sichtbarkeit zu verschaffen. Siehe Anlagen S. 84 Fotoaktion Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (<https://www.lapk-bayern.de/zeigen-sie-ihr-gesicht-fotoaktion-der-angehoerigen-psychisch-erkrankter-menschen-in-ganz-deutschland/>)

Mit dem Recht auf Diskriminierungsfreiheit durch das 2006 verabschiedete Allgemeine Gleichbehandlungsgesetzes (AGG), wurde die Auseinandersetzung um Ausgrenzung und Diskriminierung weiter belebt. Es wurde eine Lücke im Arbeitsfeld Sozialer Arbeit sichtbar, auf die Verbände und Selbsthilfeorganisationen bereits lange zuvor hingewiesen hatten. Es existierten keine Beratungsangebote oder Meldestellen für Menschen, die von Diskriminierung betroffen sind. Die Möglichkeit, sich über ihre Rechte zu informieren oder ihre Rechte durchzusetzen, musste mit Beratungsangeboten vor Ort ermöglicht werden. Dafür müssen die entsprechenden Finanzierungsmittel eingefordert werden, um auch die Diskriminierungsberatung weiterzuentwickeln (Weiß 2017, S. 756). Seit der Gesetzesverabschiedung des AGG entwickeln sich die Beratungsangebote in kleinen Schritten. Noch fehlt es an fachlichen Kriterien für die Unterstützungs-, Informations- und Beratungsdienstleistungen im Zusammenhang von Diskriminierung (ebd. S. 757f)

Weiß sieht aber eine gute Ressource in Beratungsstellen, deren Fokus zwar nicht auf der Diskriminierungsberatung liegt, die aber mit Betroffenen von Diskriminierung arbeiten. Liegt der Beratungsauftrag auch auf einem anderen Schwerpunkt, können sie Diskriminierung als Beratungsthema erkennen und aufgreifen. Das können beispielsweise Migrationsberatungsstellen, Wohnungslosenhilfe ebenso wie Klinische Sozialarbeit sein. Sie greifen Themen der Diskriminierung auf, ohne eine explizite Beratung dazu leisten zu können. Ihnen fehlen einerseits der Beratungsauftrag und andererseits fachliche, finanzielle und personelle Ressourcen. Dennoch sind sie eine wichtige Schnittstelle, um auf spezifische Diskriminierungsberatung hinzuweisen. Voraussetzung ist, dass diese Schnittstellen über genügend fachliche und zeitliche Kapazitäten verfügen, um eine gute Erst- und Verweisberatung durchzuführen (ebd. S. 760f).

9.2 Strategien gegen Überforderung durch Selbsthilfe

Es gibt viele Hinweise über den vermeintlich richtigen Umgang mit psychisch Kranken. Beispielsweise soll man sie nicht unter Druck setzen, einen geregelten Tagesablauf schaffen oder einfühlsam und verständnisvoll auf sie reagieren. Das ist leicht gesagt, funktioniert in der Regel aber nicht so einfach, besonders, wenn man die Reaktionen einer psychisch kranken Person kaum nachvollziehen kann. Es bedarf viel Zeit und Übung, um nicht selbst vor Überforderung zusammenzubrechen. Hilfe gibt dabei der Austausch mit anderen Menschen die ähnliche Schicksale verkraften müssen.

Seifert geht bei ihren Ausführungen sogar noch weiter. Sie meint, Angehörige müssen erst die schmerzliche Erkenntnis machen, dass niemand ihnen helfen kann. Sie müssen sich selbst helfen, denn nur so können sie den ersten Schritt zur inneren und äußeren Emanzipation gehen. Nur sie selbst können sich frei machen von zu hohen Erwartungen, sei es durch die Gesellschaft oder ihren eigenen überzogenen Hoffnungen. Doch weiß Seifert auch um das große Wirkungspotential von Angehörigengruppen, die durchaus eine gute Möglichkeit sind, Angehörige mit ihren Familienmitgliedern auf ihrem Weg zu begleiten. Die Potenziale erstrecken sich dabei über drei Ebenen.

- Den Nutzen für die Angehörigen selbst.
- Den Nutzen für die erkrankte Person sowie alle im therapeutischen Prozess beteiligte Person oder Einrichtungen.
- Die Funktion der Angehörigengruppe als Impulsgeber auf der sozialpolitischen Ebene (Seiert 2012, S. 9f).

Angehörige warten nicht auf die professionellen psychiatrischen Dienste, um sich über krankheitsspezifische Besonderheiten zu informieren. Besonders Angehörige von chronisch psychisch Erkrankten haben eigenständig begonnen, sich zusammenzuschließen und Selbsthilfe-Organisationen aufzubauen. Sie sind nicht nur durch Probleme im Alltag und einem großen Pflegeaufwand besonders belastet, auch fehlende soziale Kontakte belasten Angehörige von psychisch Erkrankten. Störungen des Alltagslebens bedeuten nicht selten den Rückzug von Freunden und anderen Familienmitgliedern, ebenso werden psychische Erkrankungen tabuisiert. Sie erleben wie psychisch Erkrankte Diskriminierung und soziale Isolation (Wancata 2005, S. 131)

Angehörige sind nicht nur Betroffene, die sich begonnen haben zu organisieren. Die positiven Auswirkungen von Experten, die Angehörigenrunden begleiten, sind in der Literatur mehrfach beschrieben. Wancata verweist auf die therapeutischen Ziele von Interventionen, die in

Angehörigengruppen vermittelt werden, beispielsweise das Wissen über Erkrankungen, Coping Techniken, rechtliche Fragen oder Auswirkungen von Über- oder Unterstimulierung. Angehörige können hier frei über etwaige Schuldgefühle reden oder Konflikte aufarbeiten. All diese Interventionen wirken nicht nur positiv auf die Angehörigen. Die psychisch erkrankten Familienmitglieder profitieren ebenso durch geringere Rückfallquoten und seltenere Klinikaufenthalte. Die Intervention von Angehörigen gehört daher bei chronischen psychischen Erkrankungen heute regulär zur Behandlung. Trotzdem wird kein Bedarf erhoben, wieviel Hilfen Angehörige benötigen, um den künftigen Bedarf entsprechend einzuplanen (Wancata 2005, S. 132).

Die Klinik, in der ich tätig bin, verfügt ebenso über eine Selbsthilfegruppe die von Sozialarbeitern sowie Assistenzärzten bis hin zum Oberarzt für Psychiatrie begleitet wird. Viele sozialrechtliche, wie medizinische Fragen werden hier besprochen. Durch die Akzeptanz in der Gruppe und ähnliche Problemlagen fällt es Betroffenen leichter, sich hier zu öffnen. Zudem ermöglicht das praktische Erfahrungswissen der Gruppe, sein eigenes Verhalten kritisch zu hinterfragen und bietet die Chance, Hinweise leichter anzunehmen, als nur von vermeintlichen Fachprofis.

Um Angehörige noch besser zur Begleitung ihrer psychisch erkrankten Familienmitglieder zu befähigen, wurde die Ausbildung zu EX-IN AngehörigenberaterIn geschaffen (siehe Vorlagen S. 85-86). Aus den dialogischen Grundgedanken entwickelte sich die Idee, Angehörige weiter zu qualifizieren, um erworbenes Wissen dann wieder mit anderen zu teilen. 2013 sind in Hamburg erste Pilotkurse gestartet und heute fest in Hamburger Kliniken etabliert. In der Qualifizierung wird sich mit verschiedenen Konzepten auseinandergesetzt wie z. B. Salutogenese, Recovery oder Empowerment. Boden hofft, die Lücke im sozialpsychiatrischen Versorgungssystem durch die Ausbildung zu schließen (Boden 2016, S. 36).

9.3 Ambulante Hilfen

Das gemeindenahe psychiatrische Versorgungssystem ist vielfältig und bietet ein breites Angebot an Unterstützungsmöglichkeiten. Immer nach dem Paradigma „ambulant vor stationär“. Dabei sind verschiedene Kostenträger involviert (Eichenbrenner 2020, S. 121). Da meine beruflichen Erfahrungen auf das Versorgungssystem des Bundeslandes Sachsen-Anhalt beruhen, werde ich speziell auf die Unterstützungsleistungen dieses Bundeslandes eingehen. In meinen Ausführungen stütze ich mich auf die von Eichenbrenner aufgeführten Leistungen des psychiatrischen Hilfesystems, gebe diese vereinfacht und komponiert wieder und ergänze sie mit meinen beruflichen Erfahrungen des klinischen Sozialdienstes.

Die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung-EUTB ist ein sehr neues Beratungsangebot seit 2018, das vielen Menschen noch nicht bekannt ist. Sie wird über den Bundeshaushalt finanziert und soll Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen Unterstützung bieten, den Leitungssdschungel aus verschiedenen Trägern zu überblicken und Hilfestellung bieten bei der Beantragung dieser Leistungen.

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) gehört in jedem Bundesland zum Standard der psychiatrischen Versorgung. Dennoch sind ihre Profile und ihre Aufgabengebiete nicht einheitlich. In Sachsen-Anhalt ist der SpDi Teil der kommunalen Gesundheitsversorgung mit den Aufgaben der Beratung und Einleitung von ambulanten oder stationären Hilfen. Sprechstunden und Hausbesuche gehören ebenso dazu, wie die Einleitung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe. Der SpDi wird aus Steuermitteln finanziert.

Beratungsstellen für Abhängigkeitserkrankungen werden ebenso aus Steuermitteln finanziert. Ihre Aufgaben sind die Beratung von Betroffenen und ihren Angehörigen, sie führen Gespräche, begleiten Gruppen und bereiten die Vermittlung und Beantragung von Langzeittherapien über die Rentenversicherungsträger vor. Durch die vorgelagerte stationäre Entgiftung einer solchen Therapie, arbeitet der Klinische Sozialdienst sehr eng mit der Beratungsstelle zusammen (ebd. S. 121ff).

9.3.1 Leistungen der Krankenkassen

Krisen- oder Notfalldienste werden immer wieder gefordert, sind aber im ländlichen Raum von Sachsen-Anhalt nicht existent. In einem akuten Krisenfall bleibt nur die stationäre Einweisung.

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) sind besonders wichtig für Patienten, die eine intensive Nachbetreuung nach dem Klinikaufenthalt benötigen. Durch multiprofessionelle Teams können zusätzliche Gruppenangebote installiert werden, wie beispielsweise Ergotherapie.

Die Ergotherapie kann nicht nur über die PIA angeboten werden, auch in ambulanten Praxen oder Psychosozialen Zentren ist eine Einbindung möglich.

Die Soziotherapie wird als personenbezogene Unterstützungsleistung verstanden, doch definiert die ambulante Soziotherapie nur eine Leistungsberechtigung bei sehr schweren psychischen Erkrankungen, wie z. B. Psychosen. Hier soll die Behandlungsbereitschaft erarbeitet werden und die Begleitung bei ärztlichen Leistung ermöglicht werden, um Klinikaufenthalte zu vermeiden.

Die Ambulant Psychiatrische Pflege (APP) ist ebenso eine Leistung, um Klinikaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen. Durch Krisenintervention und Einbeziehung der Angehörigen soll eine Stabilisierung erreicht werden. Ebenso wie bei der Soziotherapie sind große Hürden bei der Verordnung dieser Leistung eingebaut. So ist erneut eine schwere psychische Störung nötig, um diese Kassenleistung bewilligt zu bekommen, beispielsweise Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen sind generell ausgeschlossen. Die APP gehört in unserer Klinik zu einer der wichtigsten Versorgungsleistungen und durch ein eigenes ambulantes Versorgungsangebot unseres Trägers profitieren mehr Patienten von diesem Angebot. Dennoch sind Personal-Engpässe und ein immer weiter wachsender Bedarf häufig die Ursache, dass keine direkte Versorgung nach dem Klinikaufenthalt gewährleistet werden kann. Durch diese Engpässe wird ebenso der maximale Verordnungszeitraum von vier Monaten nicht ausgeschöpft.

Ambulante Psychotherapie ist eine wichtige Leistung, um einer Verschlechterung der Erkrankung vorzubeugen und Klinikaufenthalte zu verhindern oder zu verkürzen. Dabei wird bei einer kassenärztlichen Zulassung auf tiefenpsychologischer-, verhaltenstherapeutischer- oder systemischer Basis gearbeitet. In der Realität warten Patienten aber leider viele Monate, um mit einer ambulanten Therapie beginnen zu können. Dies führt immer noch zu vielen Klinikaufhalten, die eventuell nicht nötig gewesen wären. Ähnlich verhält es sich auch mit der tagesklinischen Versorgung (ebd. S. 122ff).

Durch die Klinik als Anlaufstelle im Krisenfall ist der Kliniksozialdienst meines Hauses sehr eng mit allen Hilfesystemen des Landkreises vernetzt. Die Interdisziplinäre Fallkonferenz aller 6-8 Wochen unterstützen zusätzlich die gute kooperative Zusammenarbeit. Diese einfachen Kommunikationswege können als großer Vorteil im ländlichen Raum gesehen werden. Um das Angebot für Angehörige noch zu erweitern, bietet unsere Klinik einen monatlichen Beratungstermin für Familienmitglieder von psychisch kranken Menschen an. Hierbei informiert der Klinische Sozialdienst über mögliche Unterstützungsleistungen und vermittelt an weiterführende Hilfen. Manchmal dient eine solche Möglichkeit auch nur dazu, mal mit jemandem über seine Sorgen zu reden.

Das Psychiatrische Hilfenetzwerk in Deutschland bietet viele Unterstützungsmöglichkeiten doch ist der Anspruch Sozialer Arbeit, dass alle Möglichkeiten der Weiterversorgung für alle psychisch Erkrankten nutzbar sind. Realistisch ist diese Vorstellung und im Zuge von Personalmangel und immer weiter steigenden Zahlen psychisch erkrankter Menschen und dem Demografischen Wandel leider nicht. Es bedarf neuer konzeptioneller Ideen ambulanter Hilfeleistungen, die auch Klinische Sozialarbeit einbindet. Mein Arbeitgeber ermöglicht mir beispielsweise in Ausnahmefällen auch, Klienten zu Terminen zu begleiten, die sich aktuell

nicht mehr in der Klinik aufhalten. Besonders wenn ein gutes Vertrauensverhältnis entwickelt wurde, ist es besonders hilfreich. Dies ist aber keine Regel.

9.3.2 Leistungen der sozialen und beruflichen Teilhabe

Besonders wichtig für Menschen mit schweren psychischen Störungen ist der Erhalt ihrer Selbstständigkeit. Dazu gehört auch, möglichst lange in ihrem eigenen Wohnraum leben zu können. Die Leistungen der Eingliederungshilfe sind im SGB IX als Leistungen der sozialen Teilhabe geregelt und anspruchsberechtigt sind nur Menschen mit Behinderungen, die erheblich in ihrer Teilhabe eingeschränkt sind. Vorteilhaft in der Veränderung des Bundesteilhabegesetzes ist, dass auch Menschen mit geistigen und seelischen Behinderungen in den Kreis der Leistungsberechtigten aufgenommen wurden (Fischer 2017, S. 16). In der praktischen Umsetzung in Sachsen-Anhalt werden umfangreiche Anträge und Arztbefunde beim Sozialamt eingereicht. Nach langer Prüfungsphase und Einschätzung des Sachbearbeiters dauert ein Bewilligungsantrag in unserem Landkreis häufig über ein Jahr. Das führt zu großen Frustrationen, nicht nur auf Seiten der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Von professioneller Seite wird häufig der Bedarf gesehen, z. B. durch den Kliniksozialdienst, den SpDi oder die sozialpsychiatrische Pflege, doch dauert die Bewilligung sozialer Teilhabe zu lange, sind häufig die ersten erreichten Fortschritte wieder zunichte. Ich stelle kurz mögliche Leistungen der Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen und Gemeinschaft vor.

In Wohnen mit Assistenzleistungen sind alle Wohnformen verankert. Dabei gilt das Wohnen in der eigenen Wohnung als die Regel und kann durch Assistenzleistungen intensiviert werden. Diese Leistungen können Leistungen zur selbstständigen Alltagsbewältigung sein wie z. B. einkaufen, kochen oder Arzttermine wahrnehmen. Bei großen Schwierigkeiten können Leistungen intensiviert werden bis hin zu besonderen Wohnformen beispielsweise WGs oder Wohnheimen.

Psychosoziale Zentren bieten besonders die Teilhabe an der Gemeinschaft. Hier können verschiedene Gruppenangebote aufgesucht und soziale Kontakte gepflegt werden. Häufig wird gemeinsam gekocht und zusammen eingekauft (Eichenbrenner 2020, S. 126f).

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden in der Regel durch die Träger der Arbeitsagentur, den Rententrägern oder der Unfallversicherung erbracht. Durch verschiedene Maßnahmen soll eine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt erreicht werden. Das umfassende Leistungsspektrum werde ich wieder verkürzt darstellen.

Berufsförderungswerke/Berufsbildungswerke und Trainingszentren ermöglichen eine Berufsausbildung, Umschulung oder bereiten jüngere Menschen mit psychischen Erkrankungen in Orientierungsphasen auf den Arbeitsmarkt vor. Dabei wird auf psychische Erkrankungen besondere Rücksicht genommen. Integrationsfachdienste beraten zudem psychisch erkrankte und behinderte Menschen über geeignete Ausbildungs- und Arbeitsplätze.

Die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke behinderte Menschen (RPK) sind meist stationär angelegt. Die RPK ist dabei besonders auf berufliche und medizinische Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen ausgerichtet und dauert ca. zwei Jahre.

Bei der unterstützenden Beschäftigung handelt es sich um direkt Hilfen am bisherigen Arbeitsplatz, um möglichst lange ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis aufrechtzuerhalten.

Werkstätten für behinderte Menschen sind darauf ausgerichtet, Personen mit geistigen und schweren psychischen Störungen zu fördern und zu beschäftigen. Neuere Angebote ermöglichen über die Eingliederungshilfe das Budget für Arbeit zu nutzen, um eine Beschäftigung oder einen Zuverdienst auf dem ersten Arbeitsmarkt zu ermöglichen (ebd. S. 128ff).

9.4 Klinische Sozialarbeit und Teilhabe

Das Thema der sozialen Teilhabe ist schon seit über 100 Jahren ein wichtiger Bestandteil Sozialer Arbeit. Die Klinische Sozialarbeit nimmt dabei explizit Bezug auf das Person-in-ihrer-Welt Verhältnis. Ihr ist es wichtig, gesundheitlich eingeschränkte Menschen und ihre sozialen Netzwerke sozialtherapeutisch zu thematisieren. Durch ihre Interventionen zu sozialer Unterstützung und Sicherung leistet sie einen Beitrag zur Gesundheitsstabilisierung, der gleichermaßen die betroffene Person und ihr soziales Umfeld berücksichtigt. Die Einbindung der sozialrechtlichen Teilhabedimensionen ist für die Klinische Sozialarbeit selbstverständlich, um einen inklusionsorientierten Zutritt zu Teilhabe und Rehabilitation zu fördern. Wichtig in der Teilhabeplanung ist die Festlegung des Bedarfes an Rehabilitation und die Teilhabeziele. Die Einbeziehung der betroffenen Person und die Wünsche von pflegenden Angehörigen finden im professionellen Wirken Klinischer Sozialarbeit Berücksichtigung und sind ein etablierter Bestandteil ihrer Arbeit z. B. im Case Management (Dettmers 2018, S. 4).

In den letzten Jahren hat sich die psychiatrische Versorgungslandschaft wie das Sozial- und Gesundheitssystem immer weiter spezifiziert. Dies bietet einen Gewinn auf der fachlichen

Ebene, bedarf aber einer wichtigen und aufwendigen Kooperationsarbeit. Eine psychische Erkrankung wird begleitet von vielfältigen Spannungen und Konflikten in den verschiedenen Lebensbereichen von Menschen. Die verflochtenen Lebens- und Problemlagen benötigen dabei ganz unterschiedliche Hilfen. Diese müssen in unserer komplexen Gesellschaft in unterschiedliche Arbeitsbereiche aufgeteilt werden, was wiederum eine starke Vernetzung und Kooperation notwendig macht. Eine solche aufwendige Kooperation ist nicht immer einfach. Verschiedene Arbeitsbereiche und Logiken gilt es zu vereinen und als ganzheitliches Konzept zu verstehen. Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit geht von der Lebenswelt der AdressatInnen aus und doch läuft diese triviale Logik immer wieder Gefahr übergangen oder weggedrängt zu werden. Hilfen der gesamten Lebenswelt, sei es Sozialamt, Polizei oder Arbeitsamt, insbesondere Einrichtungen wie beispielsweise Kliniken, sind Teil der Lebenswelt von AdressatInnen. Ihre Zurückbindung und Einbindung in die Ressourcen und Probleme ihrer Lebenswelt ist wichtig und ergeben in der Konsequenz eines lebensweltorientierten Ansatzes Aufgaben der Vernetzung und Kooperation (Thiersch und Obert 2015, S. 10ff).

In der fachlichen Herausforderung Klinischer Sozialarbeit liegt die konsequente Einbeziehung der Sichtweisen von beeinträchtigten Personen und ihrer Angehörigen. Durch Erfahrungen von Ausgrenzung und Stigmatisierung sind viele chronisch erkrankte und behinderte Menschen isoliert und in ihrem psychosozialen Wohlbefinden eingeschränkt. Soziale Teilhabe bietet durch Integration die bestmögliche Einbindung in die persönliche Lebenswelt. Als Impulsgeber gehört Klinische Sozialarbeit in den Prozess sozialer Teilhabe aus sozialrechtlicher, gesundheits- und sozialpolitischer Sicht einbezogen und ist besonders bei komplexen Teilhabeeinschränkungen unverzichtbar (Dettmers 2018, S. 6).

10 Fazit

Ich habe mich in meiner Arbeit mit der Klinischen Sozialarbeit beschäftigt, um mich noch intensiver mit meiner neuen beruflichen Rolle auseinanderzusetzen. Mir ist es wichtig, auf die Bedürfnisse und Vorstellungen von psychisch Kranken und ihren Angehörige einzugehen, und ich habe durch die Erarbeitung viele neue Erkenntnisse gewinnen können.

Die Psychiatrie hat schon einen großen Wandel vollzogen und in vielerlei Hinsicht weist die Forschung darauf hin, welche wichtige Rolle die Einbindung familiärer Strukturen in dem Genesungsprozess von psychisch erkrankten Menschen spielt. Ihre Berücksichtigung in die Behandlung ist nahezu unverzichtbar. Ich habe verschiedene Möglichkeiten vorgestellt, wie beispielsweise die dialogische Gesprächsführung. Sie bietet die Chance, Absprachen für alle transparent zu gestalten und führt häufig zu einer größeren Verbindlichkeit. Eine psychische

Erkrankung hat Auswirkungen auf das ganze Familiensystem und um Potentiale und Bewältigungsstrategien zu erkennen, benötigt die soziale Arbeit Einblicke in die Lebenswelt des Betroffenen. Die Einbeziehung der Familie ermöglicht, Ressourcen besser zu erkennen und die erkrankte Person zu befähigen, eigene Empowerment Strategien zu entwickeln. Ebenso wie die trialogische Begleitung in der Behandlung von psychisch Kranken, wird die Wichtigkeit des Recovery Ansatzes in der Forschung immer wieder beschrieben. Die Vermittlung von Hoffnung und Zuversicht auf Heilung und die Stärkung der eigenen Persönlichkeit, durch eine psychische Erkrankung zu wachsen, macht einen entscheidenden Unterschied, wie Patienten mit der erlebten Hilflosigkeit nach einer Diagnosestellung umgehen.

Diese wichtigen Erkenntnisse sind dennoch noch viel zu wenig in der Praxis angekommen. Im täglichen Umgang mit psychisch Erkrankten wird die Ressource Familie aus unterschiedlichen Gründen viel zu selten genutzt. Als Gründe werden häufig der zeitliche Aufwand und die Intensität dieser Gespräche genannt. Eine nicht zu ignorierende Ursache ist die psychisch erkrankte Person selbst. Aus verschiedenen Gründen verweigern auch sie die Kommunikation mit nahen Angehörigen. Diesem Wunsch muss schon aus Datenschutzgründen entsprochen werden, und obgleich diese Wünsche beachtet werden, darf es nicht als vermeintliche Ausrede missbraucht werden, Angehörige nicht einzubinden. Vielmehr muss immer wieder versucht werden, eine gemeinsame Basis zu finden, die wiederum häufig mit großem Zeitaufwand verbunden ist.

In der Begleitung psychisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen übernimmt die Klinische Sozialarbeit eine sehr wichtige Beratungs- und Vermittlungsrolle. Ihre Aufgabe ist gleichermaßen die Unterstützung psychisch Kranker, wie auch ihrer Angehörigen. Dabei vermittelt die Klinische Sozialarbeit ebenso zwischen Familienmitgliedern und behandelnden Ärzten, um Informationslücken zu schließen. Angehörige geben vor allem Belastungen an, die daraus resultieren, dass sie nicht eingebunden werden und als störend oder übergriffig ins Abseits gedrängt werden. Diese Erfahrungen erlebe ich in der Praxis selbst häufig. Besonders bei Ersterkrankungen bedarf es einer umfangreichen Aufklärung über Medikamente oder Therapien, da Familienmitglieder in ihrer Überforderung sehr drängend und vorwurfsvoll erlebt werden. Hierbei sind besonders trialogische Gespräche mit Mediziner*innen, dem Klinischen Sozialdienst und den Angehörigen wichtig, um Frustrationen vorzubeugen.

Die Netzwerk- und Kooperationsarbeit Klinischer Sozialarbeit spielt im Umgang mit Menschen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind und ihrem sozialen Umfeld eine bedeutende Rolle. Die Vermittlung in externe Hilfesysteme ist mitunter schwierig. Ambulante Hilfesysteme werden durch teilweise sehr langwierige Genehmigungsprozesse ausgebremst und machen nicht selten erreichte Fortschritte zunichte. Ich erlebe in meiner Arbeit immer

wieder, dass Patienten die nötigen weiterführenden Hilfen erst nach sehr langen Wartezeiten zur Verfügung stehen und sie teilweise dann nicht mehr greifen. Außerdem sind die Angebote regional sehr unterschiedlich ausgebaut. Besonders im ländlichen Raum sind nicht alle Angebote vorhanden und für Betroffenen nicht immer erreichbar. Dies liegt nicht nur an den Verkehrsanbindungen, auch die Kosten für längere Zug- oder Busfahrten sind für Betroffene oft unerschwinglich. Dies zeigt die Praxis immer wieder. Dennoch sind Kooperationsbeziehungen im ländlichen Raum durch weniger Ansprechpartner leichter aufzubauen.

Klinische Sozialarbeit hat einen großen Einfluss, auf die Chancen von psychisch kranken Menschen am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben und Stigmatisierung und Selbststigmatisierung zu mindern. Wichtig ist dabei, dass Bedürfnisse vom Betroffenen selbst definiert werden dürfen und nicht nur die Erwartung der Gesellschaft widerspiegeln. Hierbei gilt es, sie maßgeblich zu unterstützen. Die Ressource Familie ist dabei unverzichtbar.

11 Literaturverzeichnis

Ansen, Harald; Gödecker-Geenen, Norbert; Nau, Hans (2004): Soziale Arbeit im Krankenhaus. Ernst Reinhardt Verlag. München.

Barnow, Sven; Miano, Annemarie (2020): Persönlichkeitsstörungen. In: Hoyer, Jürgen; Knappe, Susanne Hrsg. Klinische Psychologie & Psychotherapie. 3.Auflage. Springer Verlag GmbH Deutschland.

Beesdo-Baum, Katja; Wittchen, Hans-Ulrich (2020): Depressive Störungen: Major Depression und Persistierende Depressive Störung (Dysthymie). In: Hoyer, Jürgen; Knappe, Susanne Hrsg. Klinische Psychologie & Psychotherapie. 3.Auflage. Springer Verlag GmbH Deutschland.

Behringer, Luise; Achberger, Christel (2019): Die Psychiatrie-Enquete und ihre Auswirkungen auf die Soziale Arbeit. In: Eberle, Annette et. al. (Hrsg.) Menschenrechte und Soziale Arbeit im Schatten des Nationalsozialismus. Der lange Weg der Reformen. Springer GmbH. Wiesbaden.

Beushausen, Jürgen (2013): Gesundheit und Krankheit in psychosozialen Arbeitsfeldern. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.KG. Göttingen.

Bock, Thomas; (2019): Psychotherapeutische Techniken (der systematische Zugang zur Seele). In: Dörner, Klaus et. al. (Hrsg.) Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. 25. Auflage. Psychiatrie Verlag. Köln.

Bock, Thomas; Kluge, Ulrike (2019): Der sich und Anderen helfende Mensch. In: Dörner, Klaus et. al. (Hrsg.) Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. 25. Auflage. Psychiatrie Verlag. Köln.

Brückner, Burkhard (2015): Geschichte der Psychiatrie. 2. Auflage. Köln. Psychiatrie Verlag.

Callenius, Wilfried (2021): Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Kizilhan, Jan Ilhan (Hrsg.). Psychische Störungen. Lehrbuch für die soziale Arbeit. 6. Auflage. Pabst Science Publishers. Lengerich.

Clamor, Annika; Frantz, Inga; Lincoln, Tania M. (2020): Psychotische Störungen und Schizophrenie. In: Hoyer, Jürgen; Knappe, Susanne (Hrsg.) Klinische Psychologie & Psychotherapie. 3.Auflage. Springer Verlag GmbH Deutschland.

DHS Hrsg. (2013): Drogenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe. Band 4 Hamm.

Dörr, Margret (2005): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Ernst Reinhardt Verlag. München.

- Ehring**, Thomas; Kunze, Anna (2020): Posttraumatische Belastungsstörung. In: Hoyer, Jürgen; Knappe, Susanne Hrsg. Klinische Psychologie & Psychotherapie. 3.Auflage. Springer Verlag GmbH Deutschland.
- Eichenbrenner**, Ilse (2020): Das psychiatrische Hilfesystem. In: Bischoff, J.; Deimel, D.; Walther, C. Zimmermann; R. B. (Hrsg.) Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Psychiatrie Verlag.
- Eikermann**, Bernd; Zacharias, Barbara (2004): Behandlungsprobleme bei wohnungslosen psychisch Kranken. In: Rössler, Wulf (Hrsg.) Psychiatrische Rehabilitation. Springer Verlag. Berlin. Heidelberg.
- Endrass**, Tanja; Dieterich, Raoul (2020): Zwangsstörungen. In: Hoyer, Jürgen; Knappe, Susanne Hrsg. Klinische Psychologie & Psychotherapie. 3.Auflage. Springer Verlag GmbH Deutschland.
- Falkai**, Prof. Dr. Peter (2013): S3- Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Springer Medizin Verlag Berlin Heidelberg.
- Fehm**, Lydia; Knappe, Susanne (2020): Soziale Angststörung. In: Hoyer, Jürgen; Knappe, Susanne Hrsg. Klinische Psychologie & Psychotherapie. 3.Auflage. Springer Verlag GmbH Deutschland.
- Friedrichs**, Benedikt; Knöchel Christian (2016): Klassifikation und Ätiologie psychischer Störungen. In: Oertel-Knöchel, Viola; Hänsel, Frank (Hrsg.) Aktiv für die Psyche. Sport und Bewegungsinterventionen bei psychisch kranken Menschen. Springer-Verlag. Berlin. Heidelberg.
- Haag**, Gunther (2021): Depression. In: Kizilhan, Jan Ilhan (Hrsg.). Psychische Störungen. Lehrbuch für die soziale Arbeit. 6. Auflage. Pabst Science Publishers. Lengerich.
- Häfner**, Heinz (2005): Das Rätsel der Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt. 3. Auflage. München. C.H. Beck Verlag.
- Hammer**, Matthias; Plöchl, Irmgard (2015): Irre verständlich. Menschen mit psychiatrischer Erkrankung wirksam unterstützen. 3. Auflage. Psychiatrie Verlag. Köln.
- Hautzinger**, Martin; Thies, Elisabeth (2009): Klinische Psychologie. Psychische Störungen. Kompakt. 1. Auflage. Beltz Verlag. Weinheim. Basel.
- Hoff**, Paul (2017): Geschichte der Psychiatrie. In: Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Kapfhammer, Hans-Peter Hrsg. Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. 5. Auflage. Springer Verlag GmbH Deutschland. Berlin.

Hutterer-Krisch, Renate (2000): Wörterbuch der Psychotherapie. 2. Auflage. Springer Verlag. Wein.

Jacobi, Frank; Kunas, Stefanie L. et. al. (2019): Versorgungs- und Hilfesysteme für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Hilfebedarf in Deutschland. In: Haring, Robin (Hrsg.) Gesundheitswissenschaften, Reference Pflege-Therapie-Gesundheit. Springer Verlag GmbH Deutschland.

José, Marco (2016): Positive Psychologie und Achtsamkeit im Schulalltag. Förderung der Empathie. Springer Verlag. Wiesbaden.

Kardorff von, Ernst (2010): Zur Diskriminierung psychisch kranker Menschen. In: Hormel, Ulrike; Scherr, Albert (Hrsg.) Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien GmbH. Wiesbaden.

Konrad, Michael; Rosemann, Matthias (2021): Wohnen mit seelischen Einschränkungen. In: Eckardt, Frank; Meier, Sabine (Hrsg.) Handbuch Wohnsoziologie. Springer Fachmedien GmbH. Wiesbaden.

Krumm, Silvia (2014): Kooperation als Kernelement der gemeindepsychiatrischen Sozialen Arbeit- ein Editorial. In: Großmann, Petra; Krumm, Silvia (Hrsg.) Kooperation: Anspruch und Wirklichkeit. Fuldaer Schriften zur Gemeindepsychiatrie 4. Psychiatrie Verlag.

Khattab, Hisham (2021): Schizophrenie. In: Kizilhan, Jan Ilhan (Hrsg.). Psychische Störungen. Lehrbuch für die soziale Arbeit. 6. Auflage. Pabst Science Publishers. Lengerich.

Lauber, Christoph (2005): Zwang und Autonomie bei psychischer Krankheit – Ein Dilemma für die Betroffenen und die Gesellschaft. In: Rössler, Wolf; Hoff, Paul (Hrsg.) Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang. Springer Medizin Verlag. Heidelberg.

Lehmann, Peter (2017): Recovery: Ein neuer Etikettenschwindel in der Psychiatrie? In: Burr, Ch. et. al. (Hrsg.) Recovery in der Praxis. Psychiatrie Verlag. Köln.

Lohse, Katja (2021): Resilienz im Wandel. Die Veränderungsbereitschaft von Mitarbeitern. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Misek-Schneider, Karla (2016): Sozialpsychiatrisches Denken und Handeln und die Versorgung psychisch kranker Menschen in der Gemeinde. In: Alexander Trost, Alexander; Schwarzer, Wolfgang (Hg.): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psychosoziale und pädagogische Berufe. 6. Auflage. Verlag modernes lernen. Dortmund.

Pauls, Helmut (2004): Klinische Sozialarbeit Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Juventa Verlag Weinheim und München.

Pauls, Helmut (2013): Klinische Sozialarbeit Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Beltz Verlagsgruppe. 3. Auflage. Weinheim.

Schäfter, Cornelia (2010): Die Beratungsbeziehung in der Sozialen Arbeit. Eine theoretische und empirische Annäherung. VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH. Wiesbaden.

Schneider, Kurt (1946): Klinische Psychopathologie. Stuttgart: 1.Auflage. Thieme Verlag.

Sommerfeld, Peter et al. (2016): Klinische Soziale Arbeit und Psychologie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Springer Fachmedien. Wiesbaden.

Sommerfeld, Peter; Rügger, Cornelia (2013): Soziale Arbeit in der Sozialen Psychiatrie. In: Kawohl, Wolfram; Rössler, Wulf (Hrsg.), Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 2. Kohlhammer GmbH. Stuttgart.

Weiß, Birte (2017): Konzepte der Beratungsarbeit gegen Diskriminierung. In: Albert Scherr, Albert; El-Mafaalani, Aladin; Yüksel; Gökçen (Hrsg.) Handbuch Diskriminierung. Springer Fachmedien GmbH. Wiesbaden.

WHO (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Stand am 8. Mai 2014.

Zitzmann, Reiner (2021): Sucht und Suchterkrankungen. In: Kizilhan, Jan Ilhan (Hrsg.). Psychische Störungen. Lehrbuch für die soziale Arbeit. 6. Auflage. Pabst Science Publishers. Lengerich.

Zeitschriften

Ahrens- Tilsner, Nicola; Peker, Cordula (2012): Angehörige in der Begleitung psychisch kranker Menschen. Einbezogen oder ausgegrenzt? angehörige psychisch kranker. familien selbsthilfe psychiatrie. Landesverband Hamburg e.V.

Barton, Barbara B.; Musil, Richard (2019): Posttraumatische Belastungsstörung. Deutsche Zeitschrift für Akupunktur. 1/2019. S. 24-27.

Bening, Uwe (2016): Selbsthilfe und Empowerment. Grenzen und Herausforderungen der Profis. In: Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie 2. Themenschwerpunkt Selbsthilfe und Selbstvertretung.

Bonhoeffer, Karl (1940): Die Geschichte der Psychiatrie in der Charite im 19. Jahrhundert. Sonderdruck. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 168. Band. 1./3. Heft.

- Brieger**, Peter et al. (2014): Psychiatrische Unterbringungspraxis. Ein Vergleich von fünf Kliniken in drei Bundesländern. In: Nervenarzt. Ausgabe 5. Springer Verlag GmbH. Berlin. Heidelberg. S.606-613.
- Boden**, Irmela (2016): Selbsthilfe bei Angehörigen. In: Kerbe-Forum für soziale Psychiatrie 2. Selbsthilfe und Selbstvertretung. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. S. 35-36.
- Dammann**, G. (2014): Chancen und Probleme des Recovery-Ansatzes aus psychiatrischer Sicht. In: Nervenarzt. Ausgabe 9. Springer Verlag GmbH. Berlin. Heidelberg. S. 1-10.
- Dettmers**, Stephan (2018): Soziale Teilhabe als zentrale Ausrichtung Klinischer Sozialarbeit. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. Heft 2. Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit. Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V. Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. S. 4-6.
- DHS** (2013): Drogenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe. Band 4. Herausgegeben von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. S. 10-91.
- Dörner**, Klaus (2003): Der „Trialog“ – eine Spielart der Ethik-Kommission in der Psychiatrie?. Ethik in der Medizin 1. Springer-Verlag. S. 37-42.
- Dörr**, Margot (2014): Sozialpsychiatrie. Eine soziale Bewegung. In: Sozial Extra. Zeitschrift für soziale Arbeit. 6/2014. Durchblick. Gesellschaftliche Barrieren in der Sozialpsychiatrie. S. 39-41.
- Fischer**, Konstantin (2017): Wer bekommt Eingliederungshilfe? Der leistungsberechtigte Personenkreis im BTHG. In: Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie. 4. Themenschwerpunkt: Im Dschungel der Gesetze. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. S. 16-17.
- Gaebler**, Wolfgang; Wölwer, Wolfgang (2010): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 50. Schizophrenie. Robert Koch-Institut. Berlin. S. 14-15.
- Gaebel**, Wolfgang; Zäske, Harald; Baumann, Anja (2004): Psychisch Kranke. Stigma erschwert Behandlung und Integration. In: Deutsches Ärzteblatt. Heft 12. S. 553-555
- Gahleitner**, Silke Brigitta; Pauls, Helmut (2013): Psychosoziale Diagnostik. In: Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie. 3. Themenschwerpunkt: Krankheit als Konstruktion. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. S. 14-17.
- Gangl**, Verena (2015): „Gesundheit“ ist mehrdimensional. Grundlagen einer Gesundheitsbildung. In: Magazin erwachsenenbildung.at 24. S. 1-11.

- Geißler-Piltz**, Brigitte (2004): Klinische Sozialarbeit: eine Herausforderung für die Soziale Arbeit. In: Sozial Extra. 1. Im Brennpunkt liegt der Alltag der erkrankten Menschen. S. 1-7.
- Goddemeier**, Christoph (2019): Aron Antonovsky. Vater der Salutogenese. In: Deutsches Ärzteblatt. Heft 8. S. 366-367.
- Großmaß**, Ruth (2007): Beziehungsgestaltung in der Beratung. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. Heft 4. Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit. Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V. Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. S. 7-8.
- Grübler**, Beate (2012): Bipolar im Dialog. 12. DGBS-Jahrestagung 2012 in Hannover. In: Der Neurologe & Psychiater. Medizin aktuell. 13 (12). S. 16.-18.
- Gühne**, Ute; Riedel-Heller, Steffi (2015): Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN).
- Hafen**, Martin (2007): Was ist Gesundheit und wie kann sie gefördert werden? Gesundheit und Krankheit als Kontinuum. In: Sozial Extra 5/6 Durchblick. Rehabilitation und Gesundheit. S. 32-36.
- Jacobi**, F.; Höfler, M.; Strehle, J.; et al. (2016): Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). In: Nervenarzt. Ausgabe 87. S. 88–90.
- Jungbauer**, Johannes; Bischoff, Jeanette; Angermeyer, Matthias C. (2001): Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. Entwicklungslinien, Konzepte und Ergebnisse der Forschung. In: Psychiatrische Praxis 28. Georg Thieme Verlag Stuttgart. S. 105-114.
- Kardorff** von, Ernst (2012): Systemische Diskriminierung. Zur Situation psychisch kranker Menschen. In: Sozial Extra 11/12. Durchblick: Diskriminierungsforschung. Springer Verlag. S. 39-42.
- Kienast**, Thomas; Stoffers, Jutta; Birmpohl, Felix; Lieb, Klaus (16/2014): Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbide Abhängigkeitserkrankungen. Deutsches Ärzteblatt.
- Knuf**, Andreas (2003): Empowerment fördern- Beispiel Psychiatrie. In: Managed Care. 7. Der vergessene Patient – Die vergessene Kraft.
- Kruckenberg**, Peter (2014): Des Kaisers neue Kleider. Wird die Psychiatriereform durch die Einführung des PEPP- Vergütungssystem aufgegeben? In: Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie. 2/2014. 32. Jahrgang. S. 4-7.

Lieb, Klaus; Kunzler, Angela M. (2018): Resilienz. In: Nervenarzt. Ausgabe 89. Springer Medizin Verlag GmbH. S. 745-746.

Mahler, Lieselotte; Oster, Anna; Kieser, Sandra (2022): Therapeutische Beziehungsgestaltung bei Menschen in akuten wahnhaften Krisen. In: Kerbe Forum für soziale Psychiatrie. 1. Wahn: Faszinierend, schillernd, verstörend. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. S. 7-9.

Oexle, N. et al. (2018): Self.Stigma as a barrier to recovery: a logitudinal study. S. 209-212.

RKI Hrsg. (2009): GEDA-Gesundheit in Deutschland aktuell. Prävalenz chronischen Krankseins. S. 54-56.

Schmid, Rita; Spießl, Hermann; Cording, Clemens (2005): Zwischen Verantwortung und Abgrenzung: Emotionale Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. In: Psychiatrischer Praxis 32. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart. S. 272-280.

Schulz, Michael et.al. (2014): Der Umgang mit Risiken im Rahmen des Recovery Ansatzes. In: Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie 2. S. 28-29.

Seifert, Jutta (2008): Patient Therapeut, Familie. Eine Schwierige Dreierbeziehung. In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie. 2. Themenschwerpunkt: Zu Risiken und Nebenwirkungen psychiatrisch-psychotherapeutischer Arbeit. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe. S. 23-24.

Seifert, Jutta (2012): Die gute alte Angehörigengruppe- Warum sie immer noch wichtig ist. In: Zwischen Liebe und Abgrenzung. Angehörige im Zwiespalt der Gefühle Broschüre. Familien- Selbsthilfe Psychiatrie.

Sielaff, Gyöngyvèr (2010): Durch Begegnung Vorurteile überwinden. „Irre menschlich Hamburg“-Gemeinsam für mehr Toleranz und Sensibilität. In: Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie. 4. Themenschwerpunkt: Stigma-Antistigma. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. S. 28-29.

Slade, Mike (2009): 100 Wege um Recovery zu unterstützen. Ein Leitfaden für psychiatrische Fachkräfte. Rethink Mental Illness-Serie Recovery: Band 1

Straub, Eva (2012): Und wer fragt nach mir? Angehörige zwischen Verantwortung und Selbstbestimmung. In: Zwischen Liebe und Abgrenzung. Angehörige im Zwiespalt der Gefühle Broschüre. Familien- Selbsthilfe Psychiatrie. S. 15-28.

Spießl, Hermann et al. (2004): Erwartungen und Zufriedenheit von Angehörigen psychiatrischer Patienten in stationärer Behandlung. In: Nervenarzt. Ausgabe 5. Springer Verlag GmbH. Berlin. Heidelberg. S. 475-482.

Thiersch, Hans; Obert, Klaus (2018): Alltags- und Lebensweltorientierte Theorie. In: Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie. 2. Themenschwerpunkt: Kooperation und Steuerung. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. S. 10-15.

Wancata, Johannes (2005): Angehörige psychisch Kranker: Belastungen, Bedürfnisse und Bedarf. In: Hinterhuber, H.; Meise, U. (Hrsg.) Neuropsychiatrie 19 (4) Dustri-Verlag Dr. Karl Feistle. S. 131-133.

WeiB, Maria (2011): Generalisierte Angststörung: Hohe psychische und somatische Komorbidität. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 108. Heft 17. S. A 963.

Wittchen, Hans-Ulrich; Jacobi, Frank (2012): DEGS. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Robert Koch Institut.

Ziepert, Dr. med. Manfred (2012): Angehörige zwischen Liebe und Abgrenzung. In: Zwischen Liebe und Abgrenzung. Angehörige im Zwiespalt der Gefühle Broschüre. Familien-Selbsthilfe Psychiatrie. S. 29-37.

Internetquellen

Barte, Anil: In: <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/suchterkrankung-stoffgebunden/ursachen> zuletzt aufgerufen am:25.03.2022

Falkai, Peter; Riecher-Rössler, Anita: In: <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/schizophrenie-und-schizophrene-psychosen/ursachen> zuletzt aufgerufen am:19.03.2022

Müller, Jürgen In: <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/recht/betreuungsrecht> zuletzt aufgerufen am:02.05.2022

- <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen.html> zuletzt aufgerufen am:18.03.2022
- <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/was-ist-eine-depression/haeufigkeit> zuletzt aufgerufen am:24.03.2022
- [https://www.psyga.info/psychische-gesundheit/psychisch-gesund-psychisch-krank#:~:text=Was%20hei%C3%9Ft%20%22psychisch%20krank%22%3F,\(ICD%2D10%2C%20Kap.](https://www.psyga.info/psychische-gesundheit/psychisch-gesund-psychisch-krank#:~:text=Was%20hei%C3%9Ft%20%22psychisch%20krank%22%3F,(ICD%2D10%2C%20Kap.) zuletzt aufgerufen am:07.04.2022

- https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/___1896.html zuletzt aufgerufen am:02.05.2022
- <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Berliner-Modell-bekaempft-Drehtuereffekt-273643.html?bPrint=true> zuletzt aufgerufen am:02.05.2022
- <https://www.lapk-bayern.de/zeigen-sie-ihr-gesicht-fotoaktion-der-angehoerigen-psychisch-erkrankter-menschen-in-ganz-deutschland/> zuletzt aufgerufen am:05.05.2022
- <https://www.thieme.de/de/psychiatrie-psychotherapie-psychosomatik/aktiv-gegen-stigmatisierung-psychisch-kranker-47524.htm> zuletzt aufgerufen am:09.05.2022
- <https://www.dgppn.de/die-dgppn/ehrungen-und-preise/gesellschaft.html> zuletzt aufgerufen am:09.05.2022
- Irrsinnig-Menschlich_Jahres-und-Wirkungsbericht-2020_web.pdf zuletzt aufgerufen am:09.05.2022

12 Anlagen

Fotoaktion Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Fotoaktion für Angehörige: Zeigen Sie Gesicht!

Aktion der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in ganz Deutschland

Der Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker (ApK Bayern e. V.) hat zum internationalen Tag der seelischen Gesundheit am 10.10. gemeinsam mit anderen Landesverbänden in Deutschland und dem Bundesverband eine Fotoaktion initiiert:

"Wir möchten im Rahmen einer „Fotoaktion“ auf Angehörige psychisch erkrankter Menschen aufmerksam machen. Wir möchten die Angehörigen aus ihrem „Schattendasein“ herausholen und ihnen mit dieser Aktion die Möglichkeit und Plattform bieten, einmal selbst im Mittelpunkt zu stehen. Und unter dem Motto läuft die Aktion auch: „Angehörige im Mittelpunkt“.

Hierzu wird es eine größere PR-Kampagne auf Bundesebene geben inkl. einer Aktionswebsite (www.angehoerige-im-mittelpunkt.de), die sich aktuell noch im Aufbau befindet aber rechtzeitig vor der Aktionswoche online gehen wird.

Um der Aktion und ihrem Ansinnen eine größtmögliche Gewichtung zu verleihen, wäre daher von großer Bedeutung, dass möglichst viele Angehörige mitmachen!

Daher möchten wir Sie heute dazu aufrufen, an der Aktion teilzunehmen! Setzen Sie sich ein für die Sichtbarkeit der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen: Mit einem Selfie und einem Statement zeigen Sie sich zugehörig zur starken Angehörigengemeinschaft. Wir sind viele. Wir haben eine Geschichte. Wir haben etwas zu sagen. Wir zeigen Gesicht gegen Diskriminierung.

So können Sie mitmachen:

Erstellen Sie ein Selfie und senden Sie dies zusammen mit einem kleinen Statement von Ihnen, das beschreibt, wie es Ihnen mit der Rolle als Angehörige(r) ergeht (max. 1 – 2 Sätze) an uns.

Sollten Sie kein Selfie machen wollen, können Sie uns auch ein Portraitfoto von Ihnen zusenden.

Wir fügen dann beides in eine Aktionskarte unter dem Motto #angehoerigeimmittelpunkt zusammen und veröffentlichen es im Rahmen der Woche der seelischen Gesundheit im Oktober auf unseren Kanälen (Website, Social Media und Printmaterialien).

Machen Sie mit und bewegen Sie etwas! Bitte senden Sie Ihr Foto nebst Statement per E-Mail an: falk@lapk-bayern.de



Die Ausbildung zum Angehörigenbegleiter- EX-IN für Angehörige

EX-IN zertifiziert - Entwickelt und erprobt in Hamburg

Dieses Fortbildungsangebot steht allen Menschen offen, die Angehörige von Menschen mit schweren psychischen Krisen sind und anderen Angehörigen unterstützend und begleitend zur Seite stehen wollen.

Die Ausbildung setzt sich aus einem **Basis-** und einem **Aufbausemester** zusammen.

Das **Basissemester** umfasst die folgenden Module:

- Förderung von Gesundheit – Salutogenese
- Trialog – drei Experten im Gespräch und Perspektivwechsel
- Empowerment in Theorie und Praxis
- Recovery – Genesung, Perspektiven und Erfahrungen aus Angehörigersicht
- Erfahrung und Teilhabe – die Rolle der Angehörigen im Gesundheitssystem

Das **Aufbausemester** umfasst folgende Module:

- Selbsterforschung – System: Familie
- Kommunikation und Gesprächsführung
- Beraten, begleiten und unterstützen von Angehörigen
- Assessment – ganzheitliche Betrachtungen
- Zusammenarbeit in Teams – Moderation von Gruppen
- Umgang mit Krisen und Suizidalität in der Begleitung von Angehörigen

- „die subjektive Seite ...“ der einzelnen psychischen Erkrankungen aus Angehörigensicht
- Abschluss mit Präsentation

Zu beiden Kursen gehört jeweils ein **Praktikum** von mind. 25/40 Stunden (Angehörigenverbände/ Angehörigenbegleiter in der Psychiatrie).

Die grundlegenden **Ziele** der Fortbildung sind:

- Der Verrückung einen individuellen und kollektiven Sinn aus der Angehörigenperspektive geben.
- Die Entwicklung von Erfahrungswissenschaft der Angehörigen.
- Aus Erfahrung Wissen und Kompetenzen entwickeln, um Angehörige in Krisen begleiten zu können.
- Die trialogische Kultur in der psychosozialen Versorgung zu verankern.

Voraussetzung

Vor Ausbildungsbeginn möglichst Erfahrung in der Selbsthilfe und mit der Kultur des Trialogs (mind. 20-stündige Teilnahme an einem Trialog)

Dauer:

ein Jahr | Monatlich

bspw. Donnerstag bis Samstag

EX-IN-Ausbildungsteam:

Gyöngyvér Sielaff und Irmela Boden

Bewerbungsunterlagen und Information:

E-Mail: info@ex-in.de

13 Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Doreen Rausch

Kemberg 16.06.2022