

Recovery und Klinische Sozialarbeit.
Neue Wege zum Umgang mit
Schizophrenen Psychosen.

Anika Stitz

Sie sind SozialpädagogIn/SozialarbeiterIn
und arbeiten in einem klinisch-sozialen Berufsfeld?

*Die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)
zertifiziert Ihre professionelle Arbeit!*

Weitere Informationen unter:
www.klinische-sozialarbeit.de

Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit

Anika Stitz

Recovery und Klinische Sozialarbeit.

Neue Wege zum Umgang mit
Schizophrenen Psychosen.



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek
Anika Stitz
Recovery und Klinische Sozialarbeit.
Neue Wege zum Umgang mit Schizophrenen Psychosen.

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe
"Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit"
Herausgeber:
Prof. Dr. Frank Como-Zipfel
Dr. Gernot Hahn
Prof. Dr. Helmut Pauls

Coburg: ZKS-Verlag
Alle Rechte vorbehalten

© 2015 ZKS-Verlag

Cover-Design: Leon Reicherts
Technische Redaktion: Tony Hofmann

ISBN 978-3-934247-28-4

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

Anschrift:

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
Mönchswiesenweg 12 A
96479 Weitramsdorf-Weidach

Kontakt:

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

Gesellschafter der ZKS:

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

Abstract

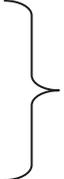
Im Rahmen der Masterthesis sollen die Möglichkeiten des Recovery-Konzeptes theoretisch am Beispiel einer schizophrenen Psychose erörtert werden. Recovery bedeutet übersetzt 'Gesundung' und beschreibt einen aktiven, persönlichen und einzigartigen Veränderungsprozess der eigenen Überzeugungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. Im Recoveryprozess lernen Menschen wieder Verantwortung für ihr Leben zu übernehmen, trotz teilweise anhaltender Krankheitssymptome. Auf diese Weise ergeben sich eine Vielzahl neuer Möglichkeiten für eine ganzheitlichere Behandlung von schizophrenen Psychosen. Dabei kommt der Klinischen Sozialarbeit eine besondere Schnittstellenfunktion zu. Sie hat das Recoverykonzept bereits in ihrer klientInnenzentrierten und ressourcenorientierten Herangehensweise integriert und kann damit einen wesentlichen Beitrag für einen Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Versorgungslandschaft leisten.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VI
1. Einleitung	1
2. Theoretische Grundlagen der Problematik: Schizophrene Psychose	4
2.1 Erscheinungsformen und Diagnostik	6
2.2 Mögliche Ursachen und Entstehung schizophrener Psychosen	10
2.3 Verlauf und Prognose	15
2.4 Schizophrene Psychose aus der Sicht der Betroffenen	18
2.5 Exkurs: derzeitige psychiatrische Behandlung	20
3. Recovery	24
3.1 Was ist Recovery?	24
3.2 Historische Entwicklung von Recovery	29
3.3 Exkurs: Sozialpsychiatrie in Deutschland	32
3.4 Recoveryrelevante Konzepte	39
3.4.1 Resilienz	39
3.4.2 Empowerment	44
3.5 Bestehende Hindernisse	48
3.5.1 Diagnosen	48
3.5.2 Mythos Unheilbarkeit	51
3.6 Stigmatisierungen	53
4. Recovery und die Bedeutung für die professionelle Fachkräfte	57
4.1 Herausforderungen bei der Implementierung recoveryorientierter Konzepte	58
4.2 Austausch und Dialog	62
4.3 Recovery-Faktoren in der therapeutischen Beziehung	66
5. Klinische Sozialarbeit	70
5.1 Theoretische Grundlagen zur biopsychosozialen Perspektive	73
5.2 Psychosoziale Diagnostik	81
5.3 Sozialtherapeutische Beratung	85
6. Diskussion	91
6.1 Integration von Betroffenen in die Behandlungsmöglichkeiten schizophrener Psychosen	92

6.2 Paradigmenwechsel	97
6.3 Klinische Sozialarbeit und die Behandlung von schizophrenen Psychosen	102
6.4 Klinische Sozialarbeit und Recovery	110
7. Schlusswort	117
8. Literaturverzeichnis	122

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Biopsychosoziales Modell der Behinderung und Theoriemodell der ICF	9
Abbildung 2: Erkrankungshäufigkeit in Abhängigkeit vom Alter	10
Abbildung 3: Multifaktorielle Entstehung einer schizophrenen Psychose	11
Abbildung 4: Krankheitsverlauf zu Beginn der Erkrankung	15
Abbildung 5: 	16
Abbildung 6:  Verlaufsformen schizophrener	16
Abbildung 7:  Psychosen	17
Abbildung 8: 	17
Abbildung 9: Häufige Frühwarnzeichen	22
Abbildung 10: Bestandteile von Recovery nach SAMSHA	25
Abbildung 11: Phasen des Recoveryprozesses	28
Abbildung 12: Resilienzfaktoren	43
Abbildung 13: Übersicht Versorgung vs. Recovery	60
Abbildung 14: Mehrdimensionales Schizophrenieverständnis	79
Abbildung 15: Rahmenbedingungen, die interdisziplinäre Kooperation nötig machen	84

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erkrankungsrisiko (Mittelwert), wenn Verwandte eine schizophrene Psychose haben	12
Tabelle 2: Langfristige Verlauf schizophrener Psychosen	17
Tabelle 3: Klinische Merkmale bei Erstaufnahme und im Langzeit-Follow-up (12,3 Jahre)	50
Tabelle 4: Examples of Values Based Recovery Standards by Program Dimensions	67

„Es gibt eine Menge Sachen, von denen wir dachten, dass sie funktionieren, und es stellte sich heraus, dass es nicht funktionierte – und auf der anderen Seite sind da Dinge, von denen wir nie wussten, dass sie funktionieren.“ (Farkas, 2013, S. 87)

1. Einleitung

Durch den Einfluss der WHO-Charta (1986) ist Gesundheit ein Teil der Alltagswelt und ein erstrebenswertes Ziel moderner Gesellschaften geworden. Sie ist nicht mehr durch die reine Abwesenheit von Symptomen zu beschreiben. Dies spiegelt sich auch in den Grundannahmen der Klinischen Sozialarbeit wieder. Sie sieht Gesundheit und Krankheit nicht als starre Zustände, sondern begreift diese als ein Kontinuum.

Die Medizin zählt in der Geschichte der Moderne zu einer der erfolgreichsten Professionen. So konnte sie historisch gesehen die Therapiemöglichkeiten für eine Vielzahl von Infektions- und Zivilisationskrankheiten aufgrund ihres biomedizinischen Wissens verbessern. Dennoch stößt sie heutzutage mit einer rein biomedizinischen Ausrichtung in der Behandlung an Grenzen, die nicht allein durch neuere Technologien und naturwissenschaftliche Verfahren gelöst werden können. Chronische Erkrankungen, (degenerative) Alterserkrankungen, Multimorbidität und psychische und psychosoziale Problemlagen zählen zu den gesundheitlichen Herausforderungen der Gegenwart.

In der Begleitung und Behandlung von schizophrenen Psychosen ist es wichtig, dass sich die professionell Tätigen mit den Betroffenen¹ (sowie deren Angehörigen) und deren Grenzerfahrungen individuell auseinandersetzen. Im Zuge der Berücksichtigung der subjektiven Erfahrungen kann eine andere gesundheitliche Versorgungslandschaft entstehen, die dem oft geforderten Anspruch von Ganzheitlichkeit eher gerecht werden kann. Auf diese Weise wird der Weg geebnet hin zu mehr Toleranz, Gemeinschaft, Normalität, Vielfalt, Gleichberechtigung und Mut. Das Recoverykonzept bildet hierfür eine Grundlage.

¹ Im Rahmen dieser Masterthesis wird häufig der Terminus die ‚Betroffenen‘ verwendet. Dabei sind Personen gemeint, die von einer schizophrenen Psychose betroffen sind. Wenn im Text der Plural verwendet wird, so liegt das an der Vereinfachung der Lesbarkeit und soll keineswegs das Individuum in seiner Einzigartigkeit beschränken.

Recovery beschreibt einen sehr persönlichen Veränderungsprozess der Haltung, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. Durch diesen intensiven Veränderungsprozess lernen die Betroffenen, trotz bestehender Psychosesymptome und den daraus resultierenden Einschränkungen, ein befriedigendes, hoffnungsvolles und konstruktives Leben zu führen.

Eine schizophrene Psychose stellt anfangs alle Beteiligten aufgrund ihrer facettenreichen Erscheinungen und Verläufe vor große Herausforderungen. Hinzu kommen noch die psychosozialen Belastungen, zu denen beispielsweise Stigmatisierungen zählen. Die Herausforderungen in der Behandlung und Begleitung von Menschen mit schizophrenen Psychosen erfordern neben einer personenzentrierten Ressourcenorientierung ein hohes Maß an Sensibilität, Geduld, Beharrlichkeit und Zeit. Die Klinische Sozialarbeit kann aufgrund ihrer fachlichen, hermeneutischen und sozialtherapeutischen Kompetenzen diesen Herausforderungen gerecht werden. Dies ist jedoch nur in enger Kooperation mit allen Beteiligten möglich.

In meiner Bachelorarbeit (Stitz, 2011) habe ich mich mit den Behandlungsmöglichkeiten von schizophrenen Psychosen und der Rolle der Sozialen Arbeit auseinander gesetzt. Innerhalb dieser Arbeit lag der Fokus primär auf den professionellen Fachkräften. Bisher konnte ich als Sozialarbeiterin sowohl im Betreuten Wohnen für psychisch erkrankte Erwachsene, als auch auf einer psychiatrischen Akutstation für Schizophrenie viel Berufspraxis sammeln. Durch die regelmäßige Teilnahme an trialogischen Psychoseseminaren habe ich einen erweiterten Einblick in den Umgang mit Psychosen erhalten und bin auf das Thema Recovery aufmerksam geworden. Die Masterthesis soll daher die Perspektive aus der Bachelorarbeit erweitern, indem der Fokus primär auf der Selbstwirksamkeit der Betroffenen liegt. Ziel der Thesis ist es, die Chancen, die das Recoverykonzept für die ganzheitliche Behandlung von schizophrenen Psychosen beinhaltet, aufzuzeigen. Dies wird ausschließlich theoretisch erörtert, da es sowohl zum Thema schizophrene Psychose, als auch zum Recoverykonzept ausführlich Fachliteratur gibt (zum Beispiel von A. Finzen; J. Bäuml; M. Amering und M. Schmolke; T. Bock und A. Knuf).

Im folgenden Kapitel gebe ich einen Überblick über die Problemlage der schizophrenen Psychose. Hierbei werden sowohl die medizinischen Sichtweisen auf eine schizophrene Psychose vorgestellt² (beispielsweise die gängigen Klassifikationssysteme, Krankheitsverläufe, derzeitige Behandlungsmöglichkeiten etc.), als auch die Sichtweise der Betroffenen selbst skizziert. Im dritten Kapitel wird das Recoverykonzept vorgestellt. Dabei werden sowohl die historischen Wurzeln dargestellt, als auch recoveryrelevante Konzepte (zum Beispiel Empowerment), bestehende Hindernisse und der Aspekt der Stigmatisierung beleuchtet. Das sich daran anschließende, vierte Kapitel gibt einen Überblick über die Bedeutung von Recovery für die professionell Tätigen. Hierbei werden die Aspekte der Herausforderungen der Implementierung und des Dialogs, sowie die Besonderheiten für die therapeutischen Arbeitsbeziehungen herausgearbeitet. Das fünfte Kapitel thematisiert inhaltlich die Klinische Sozialarbeit. Hierbei werden sowohl die theoretischen Grundlagen der biopsychosozialen Perspektive, als auch die vermehrt angewandte psychosoziale Diagnostik und sozialtherapeutische Beratung vorgestellt. Im Diskussionsteil setze ich mich kritisch mit der derzeitigen Integration der Betroffenen in die Behandlung von schizophrenen Psychosen auseinander. Dies geht mit der Forderung nach einem Paradigmenwechsel einher. Anschließend werden die Möglichkeiten der Klinischen Sozialarbeit in der Behandlung von schizophrenen Psychosen dargestellt und aufgezeigt, inwieweit die Klinische Sozialarbeit die Betroffenen auf ihrem individuellen Recoveryweg unterstützen kann.

² Innerhalb der Masterthesis wird der Terminus ‚Krankheitsbild‘ verwendet. In der Fachliteratur und auch in der alltäglichen Praxis ist zum Teil noch immer von einer schizophrenen „Störung“ die Rede. Dies liegt an der unglücklich gewählten deutschen Übersetzung von ‚disorder‘ aus dem amerikanischen Klassifikationssystem DSM. Im Umgang mit den Betroffenen sollte dies vermieden werden. Die Betroffenen können eher akzeptieren erkrankt zu sein, als gestört (vgl. Stitz, 2011, S. 6f).

2. Theoretische Grundlagen der Problematik: schizophrene Psychose

Im 19. Jahrhundert wurde der Begriff ‚Psychose‘ geprägt, der sich von ‚psychisch‘(= ‚mit der Seele zusammenhängend‘) ableitet. Allgemein werden Psychosen definiert als: „psychische Erkrankungen, bei denen hauptsächlich psychotische Symptome auftreten und deren Ausgestaltung, abhängig vom Lebenskontext des Betroffenen, verschiedene Formen annehmen kann“ (Lambert, Kammerahl, 2008, S. 1). Psychosen implizieren eine ganze Gruppe von Erkrankungen, die die Wahrnehmung, das Denken und Fühlen, den Antrieb, den Willen und das Erleben der Betroffenen beeinflussen und verändern (vgl. Hammer, Plöchl, 2012, S. 50). Die Definition verdeutlicht vor welche Herausforderungen die Betroffenen stehen. Die schizophrene Psychose, in der Bevölkerung eher bekannt als ‚Schizophrenie‘, gehört zur Hauptgruppe der endogenen Psychosen (vgl. Möller, Laux& Deister, 2005, S. 134). Der Terminus Schizophrenie kommt aus dem Griechischen³ und bedeutet übersetzt ‚Seelenspaltung‘. So simpel die Herleitung des Begriffes erscheint, so schwierig ist es, dass mit ihm Bezeichnete genauer zu verstehen. Die Herausforderung liegt in der Eigenart der Erkrankung. Diese ist nicht nur durch die grundlegende Fremdartigkeit des Erlebens und Handelns charakterisiert, sondern auch durch ihre facettenreichen Erscheinungsformen, die individuell und bei jedem Auftreten unterschiedlich zum Ausdruck kommen können (vgl. Hell, Schüpbach, 2008, S. 6). In den vergangenen Jahrzehnten sind eine Vielzahl an unterschiedlichen Theorien hinsichtlich der vermeintlich kennzeichnenden Symptome und Ursachen einer schizophrenen Psychose aufgestellt worden. Diese differierten stark vom jeweiligen Autor (Heinz, 2002, S. 11, S. 62).

1911 wurde die ‚Gruppe der Schizophrenien‘ erstmalig durch den Schweizer Psychiater Eugen Bleuler (*1857; †1939) beschrieben (Arenz, 2008, S. 80). Mit diesem Terminus wollte er das auffälligste Merkmal der Erkrankung, die „Zerrissenheit im Fühlen und Denken“ (Hell, Schüpbach, 2008, S. 6), hervorheben. Dörner et al. (2010) berufen sich in ihren Ausführungen daher auf Bleuler, wenn

³ „s’chizein“= Spalten; „phrēn“= Zwerchfell, Geist, Gemüt

sie die Schizophrenie als eine „besondere Entwicklung, den besonderen Lebensweg eines Menschen unter besonders schwerwiegenden inneren und äußeren Bedingungen“ (S. 148) beschreiben. Zuvor wurden schizophrenieartige Erkrankungen eher als ‚Dementia praecox‘ (übersetzt: ‚vorzeitige Verblödung‘) zusammengefasst, um sie „von anderen Gemüts- oder Geisteskrankheiten abzugrenzen“ (Hell, Schüpbach, 2008, S. 11). Den Begriff der ‚Dementia praecox‘ definierte 1896 erstmals der deutsche Nervenarzt Emil Kraepelin (*1856, †1926). Er soll den frühen Beginn der progredient verlaufenden Erkrankung und die kognitiven Störungen, neben dem Wahn, Halluzination und psychomotorischen Auffälligkeiten beschreiben (Schatz, 2009, S. 1). Bleuler distanzierte sich von Kraepelins Auffassung, dass der Verlauf „das entscheidende Kriterium zur Abgrenzung des Krankheitsbildes ‚Dementia praecox‘ gegenüber anderen Krankheitsbildern [sei, A. S.], der in einem Verblödungszustand ende“ (Heinz, 2002, S. 62). Er versuchte durch seinen Begriff der Schizophrenie „die Aufspaltung der verschiedenen psychischen Funktionen wie Bewusstsein, Fühlen, Denken oder Wollen“ (Schatz, 2009, S. 1) in den Vordergrund zu heben.

Im Gegensatz zu Kraepelins defizitorientierten Beschreibungen eröffneten Bleulers Ausführungen mehr (Be-) Handlungsspielräume. Darin fokussierte er nicht nur die Symptome, sondern hob auch die gesunden Anteile der Betroffenen hervor. Eine Ursache dafür könnte darin liegen, dass Bleuler selbst ein mit betroffener Angehöriger war. Seine Schwester erkrankte während ihrer Schulzeit an einer Psychose und lebte bis zu ihrem Tod, nahezu 30 Jahre, „mit und in seiner Familie“ (Finzen, 2011, S. 66). Dennoch unterstreicht Deleuze (2005) zu Recht, dass es bis heute schwer fällt, „der Schizophrenie [..., A. S.] als Positivität Rechnung zu tragen und sie nicht nur auf die Merkmale des Defizits oder der Zerstörung zu reduzieren, die sie in der Person erzeugt“ (S. 24). In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2013) wird Schizophrenie wie folgt beschrieben:

„Schizophrenie ist der Oberbegriff für verschiedene Formen einer schweren psychischen Erkrankung, die mit Veränderungen des Denkens, Fühlens und Verhaltens einhergeht. Ein Hauptmerkmal dieser Störung ist ein tief greifender

Realitätsverlust. Die Gedanken und Gefühle des Schizophrenen weisen keinen logischen Zusammenhang auf. Durch eine übersteigerte Wahrnehmungsfähigkeit können sich Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen (Halluzinationen) entwickeln. Die Schizophrenie ist die häufigste Form der Psychose [..., A. S.]“ (Internetquelle s. Literaturverzeichnis).

In den folgenden Unterkapiteln soll ein grober Überblick über die Erscheinungsformen und vorrangig (medizinische) Diagnostik (2.1) sowie Überlegungen zu möglichen Ursachen (2.2) einer schizophrenen Psychose gegeben werden. In Kapitel 2.3 werden die mögliche Verlaufsformen von schizophrenen Psychosen vorgestellt. Anschließend soll in Kapitel 2.4 die Sicht der Betroffenen dargestellt werden. In Kapitel 2.5 wird ein Überblick über die derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten skizziert. In all diesen Unterkapiteln können viele Theorien und Überlegungen nur grob dargestellt werden und haben daher keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Vereinzelt werden dem/ der LeserIn Literaturempfehlung zur Vertiefung vorgeschlagen.

2.1 Erscheinungsformen und Diagnostik

Bäumli (2008) hebt in seinen Ausführungen hervor, dass mit ‚Spaltung der Seele‘ die Tatsache beschrieben wird, dass schizophrene Erkrankte zwei Wirklichkeiten kennen: die allgemeine Wirklichkeit und die private Wirklichkeit. Erstere umschreibt jene Wirklichkeit, die mit dem „normalen Verständnis und Empfinden der Durchschnittsbevölkerung weitgehend übereinstimmt“ (S. 2). Die private Wirklichkeit hingegen impliziert weitestgehend Sinneseindrücke, die nur die Betroffenen wahrnehmen und für ‚Gesunde‘ nicht nachvollziehbar erscheinen (vgl. ebd.). Die private Wirklichkeit ist auch ein Grund für die Vielzahl an Vorurteilen, die in der Gesellschaft gegenüber Betroffenen (noch immer) zu sehen und zu hören sind. Die „Vorurteile reichen vom Verdacht der Gefährlichkeit der Betroffenen über Charakter- und Intelligenzdefekt bis zur Unheilbarkeit“ (Amering, Schmolke, 2012, S. 171). Kaum eine psychiatrische Erkrankung ist mit so einer negativen Reputation versehen wie die Schizophrenie (vgl. Stitz, 2011, S. 7). Die Diagnose

einer Schizophrenie wird von den Betroffenen häufig als Urteil über den Charakter (unzurechnungsfähig), die soziale Rolle (Mitmenschen suchen Distanz) und die Zukunft (Erkrankung ist chronisch/ unheilbar) erlebt (vgl. Falkai, 2003, S. 171).

Die Herausforderung in der Diagnostik einer schizophrenen Psychose liegt „in der Natur der Symptome“ (Deleuze, 2005, S. 23), die sie aufweist. Es ist schwer einzelne Symptome zu totalisieren und in „einer kohärenten und genau lokalisierbaren Entität zu vereinheitlichen“ (ebd.). Folglich ist eine umfassende Diagnostik, die eine ausführliche Anamnese, eine sorgfältige Exploration der Symptomatik, somatische Untersuchungen sowie laborchemische und apparative Diagnostik einschließt, unumgänglich. Gerade nach einer Erstmanifestation der schizophrenen Psychose sollten bildgebende Verfahren (Computertomographie (CT) oder Kernspintomographie) sowie ein Elektroenzephalogramm (Hirnstromkurve) zur weiteren medizinischen Abklärung genutzt werden. „Diese Verfahren helfen, neurologische Erkrankungen wie z. B. tumorbedingte Raumforderungen oder Epilepsien auszuschließen“ (Hell, Schüpbach, 2008, S. 45f). Anhand dieser Vielzahl an Untersuchungs-möglichkeiten wird deutlich, dass eine Diagnostik nicht binnen von wenigen Minuten oder Stunden erfolgen kann. Vielmehr ist eine genaue Diagnosestellung erst nach einer Verlaufsbeobachtung möglich.

Für die Diagnose gelten im europäischen und amerikanischen Raum die Klassifikationssysteme ICD-10⁴ der Weltgesundheitsorganisation und das DSM⁵-V der Amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie. Ohne an dieser Stelle vertiefend in die Details zu gehen, ist einer der größten Unterschiede beider Klassifikationssysteme die Zeitspanne des Auftretens der Symptome. Darüber hinaus wird auch das Vorhandensein von bestimmten Symptomen ungleich gehandhabt (vgl. Hell, Schüpbach, 2008, S. 43). Zu den Symptomen gehören nach ICD-10:

- Kontroll-, Beeinflussungswahn, Wahnwahrnehmung;

⁴ Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Revision

⁵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association

- Halluzinationen, besonders kommentierende oder dialogisierende Stimmen;
- Gedankenlautwerden, -eingebug, -entzug, -abreißen, Beeinflussungserlebnisse, Zerfahrenheit;
- katatone Symptome;
- negative Symptome wie Apathie, Sprachverarmung, verflachter Affekt.

Zur Diagnosestellung muss eins der genannten charakteristischen Symptome eindeutig für mindestens einen Monat vorhanden sein, andernfalls müssen sonstige Wahnerkrankungen bzw. Persönlichkeitsstörungen⁶ in Betracht gezogen werden (vgl. Möller, Laux & Deister, 2005, S. 149). Im DSM-V liegt die Zeitspanne bei sechs Monaten, wovon sie jedoch einen Monat lang „aktiv“ sein müssen (vgl. DSM-V⁷). In den Klassifikationssystemen werden unterschiedliche Subtypen von schizophrenen Psychosen beschrieben. Auf eine nähere Erläuterung dieser wird im Rahmen der Masterthesis verzichtet und an die Literatur von J. Bäuml, A. Finzen oder A. Stitz verwiesen (s. Literaturverzeichnis).

Weig und Linden (2009) betonen in ihren Ausführungen das Charakteristikum der „mehraxiale Klassifikation“ (S. 1)⁸ des ICD-10. Diese soll den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Krankheit verdeutlichen. Noch differenzierter wird dieser Zusammenhang innerhalb der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) beleuchtet. Das ICF geht über die Symptomebene hinaus, „indem sie in den Abschnitten über Fähigkeiten, Partizipation und Kontextfaktoren auch eine funktionale Gesundheit beschreibt“ (ebd.), (siehe Abb. 1). Es unterscheidet drei Hauptebenen (Funktionen, Fähigkeiten, Kontextfaktoren), die voneinander unabhängig sind, jedoch auch in Wechselwirkung miteinander stehen. Das ICF „basiert explizit auf der Grundlage des [biopsychosozialen] Interdependenzmodells und fokussiert die mittel- und langfristigen Folgen von Behinderungen und chronischen Erkrankungen in ihrem psychischen und sozialen Kontext und deren Wechselwirkungen.“ (Pauls, 2013, S.

⁶ z. B. schizotypische, schizoid, paranoide oder Borderline-Typ

⁷ „For a diagnosis, symptoms must have been present for six months and include at least one month of active symptoms“ (DSM V, 2013, s. Literaturverzeichnis)

⁸ Achse I listet die Krankheiten auf, auf den davon unabhängigen Achsen II bis V werden zusätzlich Persönlichkeit, Stressoren, psychosoziales Adaptionsniveau aufgeführt (vgl. ebd)

21f). Trotz der Vielzahl an Möglichkeiten (z. B. Eruiern von Schutzfaktoren, Ressourcen etc.) spielt das ICF in medizinischen Behandlungskontexten noch immer eine untergeordnete Rolle.

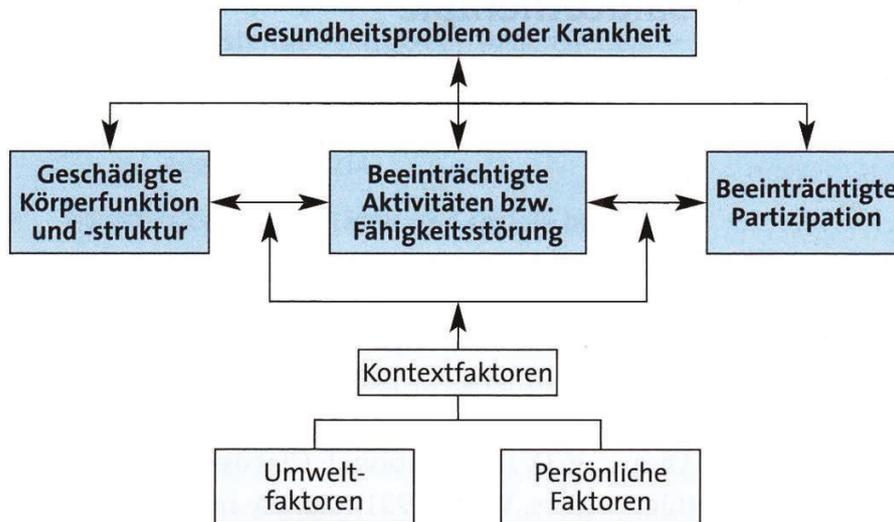


Abb.1 Biopsychosoziales Modell der Behinderung und Theoriemodell der ICF (vgl. Weig, Linden, 2009, S. 2)

Die Symptome einer schizophrenen Psychose werden in eine sogenannte Plus- und Minussymptomatik unterteilt. Die ‚Plussymptome‘ implizieren alle Symptome, die die ‚private Wirklichkeit‘ betreffen und somit von außen nicht nachvollziehbar sind (z. B. Halluzinationen, Ich-Störungen, Denkstörungen). Allgemein werden sie auch produktive Symptome genannt, „weil dem gesunden Erleben etwas Neues hinzugefügt wird“ (Schatz, 2009, S. 4). Die Negativsymptome beschreiben Einschränkungen und den Verlust von Fähigkeiten (z. B. Kontaktverarmung, Antriebslosigkeit, Affektverflachung, Anhedonie). Diese Symptome wirken sich häufig negativ auf das individuelle Selbstwertgefühl aus (vgl. Bäuml, 2008, S. 17). Schizophrene Psychosen können per se in jedem Lebensalter auftauchen. Beim Auftreten der Erkrankung lässt sich ein geschlechtsspezifischer Unterschied im Hinblick auf das Lebensalter erkennen, für den es bislang keine wissenschaftlich gesicherte Erklärung gibt. So erkranken Männer häufiger zwischen ihrem 18. und 23. Lebensjahr, während Frauen vermehrt zwischen ihrem 23. und 28. Lebensjahr erkranken (s. Abb. 2).

Erkrankungshäufigkeit in Abhängigkeit vom Alter

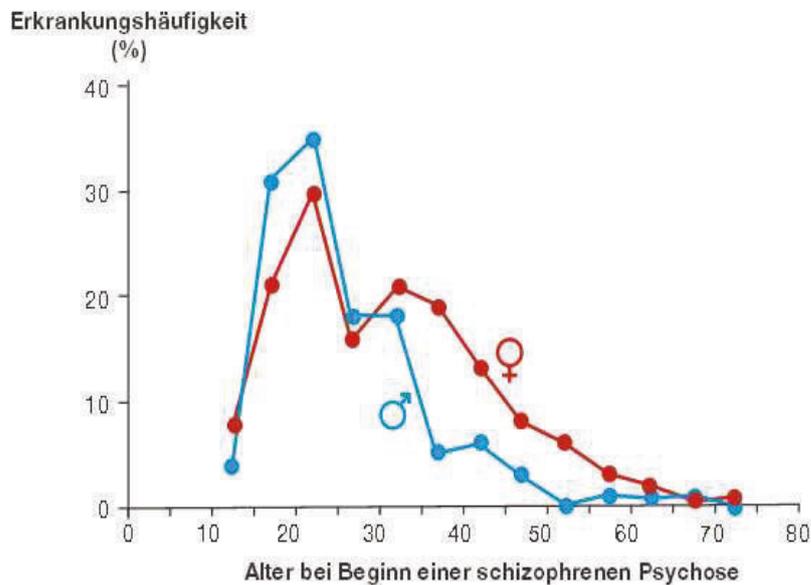


Abb. 2 Erkrankungshäufigkeit in Abhängigkeit vom Alter (vgl. Bäuml, Lambert, 2009, S. 7)

Global gesehen ist das Geschlechterverhältnis insgesamt ausgeglichen, d. h. dass genauso viele Männer wie Frauen an einer Psychose erkranken. Nach heutigem Wissensstand gibt es „keine typischen Lebensereignisse, die regelhaft eine Psychose in Gang setzen würden“ (Bäuml, 2008, S. 9). Dies unterstreicht in diesem Zusammenhang, dass prinzipiell jeder Mensch psychosensibel ist (vgl. Stitz, 2011, S. 22).

2.2 Mögliche Ursachen und Entstehung schizophrener Psychosen

Zur Entstehung einer Schizophrenie existierten in der Vergangenheit je nach Kulturkreis und Zeitgeist eine Vielzahl von Theorien, in denen mal psychologische, mal religiös-mystische und zuletzt mehr organisch orientierte Faktoren im Vordergrund standen (vgl. Bäuml, 2008, S. 30f). Wie bereits eingangs erwähnt, gehört die schizophrene Psychose zu den endogenen Psychosen. Demnach konnte bislang noch keine spezifische Störung (körperlicher, psychologischer oder sozialer Art) identifiziert werden, die eine Schizophrenie auslöst. Heutzutage wird

von einer „multifaktoriellen Genese“ (Arieti, 2001, S. 97) ausgegangen, bei der eine genetisch bedingte Vulnerabilität⁹ im Zentrum steht (s. Abb. 3). Vulnerabilität wird allgemein definiert als „Individuell unterschiedliche Verletzbarkeit und Bereitschaft für das Auftreten psychischer Störungen (insbesondere Psychosen)“ (Möller, Laux& Deister, 2005, S. 583). Dies stellt für die Betroffenen und deren Angehörigen eine deutliche Entlastung dar, da sich durch das multifaktorielle Genesemodell die ‚Schuldfrage‘ erübrigt.

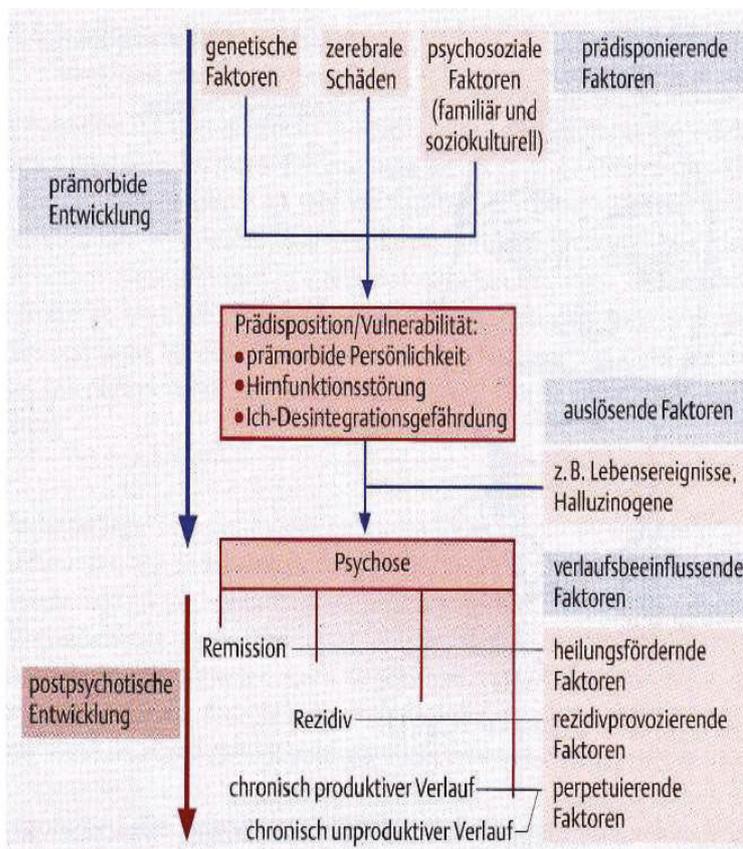


Abb.3 Multifaktorielle Entstehung einer schizophrenen Psychose (vgl. Möller, Laux& Deister, 2005, S. 136)

In der Fachliteratur wird von einer Kombination von Ursachen ausgegangen, die sich grob in drei Faktorengruppen unterteilen lassen:

- genetische Faktoren,
- somatische Faktoren und
- psychosoziale Faktoren (Bäumli, 2008, S. 30).

⁹ lat. ‚vulnus‘ = Wunde

Demnach wird die Auffassung geteilt, dass eine „wohl anlagebedingte, erblich erhöhte Vulnerabilität (Verletzlichkeit) im Zusammenspiel mit körperlichen und psychosozialen Einflüssen zu einer Gleichgewichtsstörung im Neurotransmittersystem führen (Nervenstoffwechsel)“ (ebd., S. 32) kann. Zur Vertiefung dieser Themenschwerpunkte sei an die umfassende Literatur von A. Finzen und J. Bäuml verwiesen (s. Literaturverzeichnis).

Trotz intensiver Forschung konnten bislang nur Teilursachen identifiziert werden. So konnten u. a. umfangreiche Familien-, Adoptions- und Zwillingsstudien (u. a. von Gottesman u. Shields 1972; Cardno et al. 1999) belegen, dass die Morbidität für Schizophrenie bei betroffenen Familien deutlich höher ist, als in der Durchschnittsbevölkerung (s. Tab. 1). Im Hinblick auf die Lebenszeitprävalenz¹⁰ gab es sowohl im nationalen als auch im internationalen Rahmen seit langer Zeit keine wesentlichen Veränderungen, so dass die Zahl der Schizophrenieerkrankungen als relativ stabil zu bewerten ist (Hammer, Plößl, 2012, S. 49). Weltweit liegt die Lebenszeitprävalenz bei ca. 0,7 Prozent und in Deutschland bei ca. 1 Prozent. Übersetzt bedeutet das, dass in Deutschland bis zu 800 000 BundesbürgerInnen einmal im Laufe ihres Lebens an einer schizophrenen Psychose erkranken (vgl. Stitz, 2011, S. 16).

	Erkrankungsrisiko
Kinder:	
ein Elternteil erkrankt	12 %
beide Elternteile erkrankt	40%
Geschwister:	
ein eineiiger Zwilling erkrankt	48%
ein zweieiiger Zwilling erkrankt	15%
normale Geschwister	10%
Verwandte zweiten Grades:	
Onkel, Tante, Nichte, Neffe usw. erkrankt	4%
Durchschnittsbevölkerung	1%

Tab. 1. Erkrankungsrisiko (Mittelwert), wenn Verwandte eine schizophrene Psychose haben (vgl. Bäuml, 2008, S. 51)

¹⁰ meint: das Risiko, im Laufe des Lebens mindestens einmal an einer schizophrenen Psychose zu erkranken

Bislang konnte die Art der genetischen Übertragung, „wie sie in den Mendelschen Gesetzen formuliert“ (Bondy, 2003, S. 95) ist, nicht eruiert und kein einzelnes identisches Gen für Schizophrenie isoliert werden. Demnach wird im Allgemeinen davon ausgegangen, „dass ein erhöhtes Risiko an Schizophrenien zu erkranken, auf mehreren Genen beruht“ (Hell, Schüpbach, 2008, S. 61). Trotz der genannten Studien sei darauf verwiesen, dass ca. 60 Prozent der Betroffenen keine(n) erkrankte(n) Verwandte(n) ersten oder zweiten Grades haben. Demnach stellen reine Erbfaktoren keine hinreichende Erklärung für das Entstehen einer schizophrenen Psychose dar.

Die 1966 von J. M. van Rossum formulierte Dopamin-Hypothese¹¹ wurde inzwischen revidiert und ergänzt. Hell und Schüpbach (2008) verweisen darauf, „dass auch andere Neurotransmitter bei der Behandlung von Schizophreniekranken hilfreich sind, z. B. Glutamat, Serotonin, GABA und Acetylcholin“ (S. 65). Folglich beeinflussen bei einer medikamentösen Behandlung die sogenannten atypischen Neuroleptika neben den Dopaminrezeptoren auch andere Überträgerstoffe.

Eine rein soziologische Begründung für das Auftreten einer schizophrenen Psychose kommt ebenfalls nicht in Betracht, da Schizophrenie in den verschiedenen Kulturen und Ländern in etwa gleich häufig auftritt. In diesem Zusammenhang fiel jedoch auf, dass der Verlauf der Erkrankung „dort günstiger [zu sein scheint, A. S.], wo weniger komplexe Leistungen im (Berufs-) Alltag [...], A. S.] verlangt werden“ (ebd., S. 69).

Auch wenn die Bedeutung der psychosozialen Faktoren in den 1950er und 1960er Jahren überschätzt wurde, haben diese eine wichtige Bedeutung innerhalb der ‚Krankheitskette‘. Bäuml (2008) unterstreicht in seinen Ausführungen, dass das Ausbrechen einer schizophrenen Psychose von drei Faktoren abhängig ist: a) Vulnerabilität; b) chronischer Stress (tägliche Belastung) und c) akuter Stress

¹¹ „Sie besagt, dass Schizophreniekranken an einer Überaktivität dieser Substanz im zentralen Nervensystem leiden (Dopamin ist ein sog. Biogenes Amin, das im menschlichen Körper verschiedene Funktionen ausübt und u. a. auch als Neurotransmitter bzw. Überträgerstoff dient).“ (Hell, Schüpbach, 2008, S. 65)

(Schicksalsschläge) (vgl. S. 39). Dabei beruft er sich auf das 1973 von Zubin und Spring postulierte Vulnerabilitäts-Stress-Modell¹², welches neben den biogenetischen Faktoren auch die „Interaktion zwischen genetischen Risikofaktoren und Umweltrisikofaktoren“ (Mazouz, 2011, S. 18) berücksichtigt. Dieses integrative Modell zur Konzeptionalisierung der Schizophrenie wurde in den 1980er Jahren von Ciompi im europäischen Raum verbreitet und von Nuechterlein um „interne und externe protektive Faktoren“ (Müller-Hohmann, 2008, S. 16) ergänzt.

Das Modell wird in der Fachliteratur häufig auch unter den Termini ‚Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Konzept‘ oder ‚Diathese-Stress-Modell‘ beschrieben. Durch diesen ganzheitlicheren Ansatz werden für die Entstehungstheorien von schizophrenen Psychosen nicht nur genetische, sondern auch prä- und perinatale Faktoren sowie frühkindliche bzw. psychosoziale Entwicklungsbedingungen berücksichtigt. Das Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Paradigma¹³ gilt aktuell als gängiges Modell in der Psychiatrie, was sich paradoxerweise nicht zwangsläufig im Klinikalltag widerspiegelt (vgl. Mazouz, 2011, S. 17ff).

Obwohl es bislang keine eindeutig beweisenden Untersuchungsmethoden für eine anlagenbedingte Neigung zur erhöhten inneren Erkrankungsbereitschaft gibt, wird diese Grundannahme in der Fachliteratur häufig geteilt. Menschen mit einer geringeren Vulnerabilität sind stressresistenter, als Menschen mit einer hohen Vulnerabilität. Viele Betroffene haben anfangs Schwierigkeiten, das Vulnerabilitätskonzept für sich anzuerkennen und entsprechend umzusetzen. Dies gilt vor allem für junge Betroffene, die verständlicherweise nicht weniger belastbar als ihre Altersgenossen sein wollen. An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass eine erhöhte Vulnerabilität nicht mit einer geringeren Leistungs- oder Durchsetzungsfähigkeit gleichzusetzen ist. „Im Gegenteil, aus den Reihen dieser besonders vulnerabel veranlagten Menschen gingen und gehen zahlreiche

¹² „Ganz allgemein besagt das Vulnerabilitäts-Stress-Modell, dass die »Außenhaut« der Seele, das sog. Nervenkostüm nicht bei allen Menschen gleich stabil ist; dass es wohl einige Menschen gibt, die eine besonders »dünne Außenhaut« haben.“ (Bäumli, 2008, S. 33)

¹³ „Paradigms are sociological phenomena, in that they represent the collective beliefs and conventions of a community.“ (Spaulding, Sullivan& Poland, 2003, S. 6)

Künstler, Schriftsteller, Wissenschaftler und originelle Persönlichkeiten hervor, die ihrer jeweiligen Epoche oft wertvolle Impulse und Denkanstöße vermitteln“ (Bäumli, 2008, S. 39).

2.3 Verlauf und Prognose

Im Folgenden soll ein Überblick über die Verbreitung, den Verlauf und die Prognose gegeben werden. Wie bereits im vorherigen Unterkapitel deutlich wurde, sind die psychosozialen Faktoren für den weiteren Krankheitsverlauf von Bedeutung. Die Lebensqualität des/ der Betroffenen und auch die seiner/ ihrer Angehörigen wird wesentlich durch den Psychoseverlauf bestimmt. Im Zuge von Langzeitstudien, die in der Regel einen Zeitraum von 5 bis 20 Jahren betrachten, wurde deutlich, dass der Verlauf einer schizophrenen Psychose so mannigfaltig wie ihre Erscheinungsbilder sein kann. Wenn der Krankheitsverlauf beschrieben werden soll, werden drei Bereiche beleuchtet: a) Beginn der Erkrankung; b) weiterer Krankheitsverlauf über Monate/ Jahre; c) Endzustand (d. h. Ausmaß der Behinderung nach Jahrzehnten) (vgl. Hell, Schüpbach, 2008, S. 48). Beim Krankheitsbeginn wird zwischen einem sog. ‚akuten‘ und einem ‚schleichenden‘ Beginn unterschieden (s. Abb. 4).

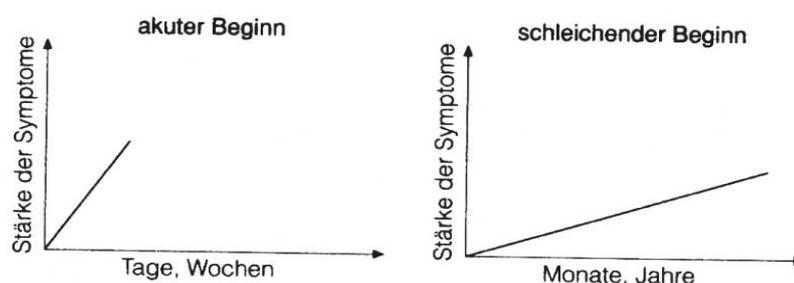


Abb. 4 Krankheitsverlauf zu Beginn der Erkrankung (vgl. Hell, Schüpbach, 2008, S. 48)

Der weitere Krankheitsverlauf ist ebenfalls sehr individuell und kann beim ersten Auftreten einer schizophrenen Psychose vorab nicht prognostiziert werden. Im Folgenden werden vier mögliche Verläufe skizziert. Diese orientieren sich alle an den Ausführungen von Bäumli und Lambert (2009). Bei 10-20 Prozent aller

Ersterkrankungen wiederholt sich ein psychotischer Schub im Laufe des Lebens nicht noch einmal. Das Auftreten der Psychose kann hier z. B. auch als „Ausdruck einer existenziellen Lebenskrise, deren Bewältigung die Symptome erübrigt“ (Bäumli, Lambert, 2009, S. 34) interpretiert werden (s. Abb. 5).



Abb. 5 (vgl. ebd.)

Bei circa 30 Prozent der Betroffenen kommt es zu einem erneuten Auftreten von psychotischen Episoden, mit symptomfreien Zeiten zwischen den Episoden (s. Abb. 6). Bei dieser Personengruppe kann es sein, dass Psychosen bei anhaltender Vulnerabilität in neuen Lebenskrisen erneut auftreten können, sofern die Betroffenen keine protektiven Ressourcen für sich aktivieren konnten. Dieser Verlauf wird auch als „phasischer Verlaufstyp“ (Hell, Schüpbach, 2008, S. 49) bezeichnet.

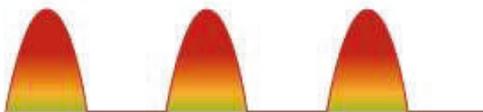


Abb. 6 (vgl. Bäumli, Lambert, 2009, S. 34)

Weitere 30 Prozent der Betroffenen erleiden erneute akute psychotische Episoden mit länger anhaltenden psychotischen Symptomen zwischen den Episoden (s. Abb. 7). Diese Personengruppe muss mit einer gewissen dauerhaften Beeinträchtigung rechnen. Bäumli und Lambert (2009) empfehlen daher, das individuelle Selbstkonzept anzupassen, soziale Ressourcen (Familie, soz. Umfeld) zu pflegen und eigene und fremde Erwartungen zu prüfen (vgl., S. 34). Im Gegensatz zum phasischen Verlaufstyp wird hier, wenn die Symptome mehr oder weniger gleich bleibend sind, von einem „chronischen Verlauf“ (Hell, Schüpbach, 2008, S. 49) gesprochen.

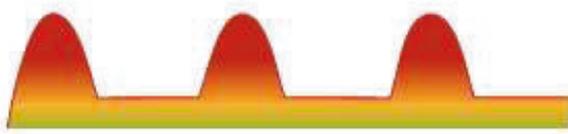


Abb. 7 (vgl. Bäuml, Lambert, 2009, S. 34)

Bei bis zu 10 Prozent der Betroffenen bleiben bereits nach der ersten psychotischen Episode dauerhafte psychotische Symptome bestehen (s. Abb. 8).

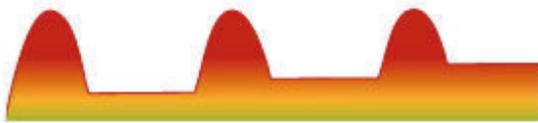


Abb. 8 (vgl. ebd.)

Der ‚Endzustand‘ der Schizophrenie ist ebenfalls verschiedenartig. So kann nach Jahrzehnten „die Krankheit ausgeheilt sein, das Befinden sich gebessert haben oder eine deutliche Behinderung bestehen bleiben“ (Hell, Schüpbach, 2008, S. 49). In der Fachliteratur wird teilweise Möglichkeit eines ‚positiven Knicks‘ beschrieben (s. Tab. 2).

Der langfristige Verlauf schizophrener Psychosen	
10 – 20% einmalige Erkrankung	
40 – 60% mehrmalige Erkrankung	positiver Knick nach 10 – 20 Jahren
20 – 30% chronischer Schwächezustand	möglich

Tab. 2 Langfristige Verlauf schizophrener Psychosen (vgl. Bäuml, 2008, S. 8)

Von einem positiven Knick im Krankheitsverlauf wird dann gesprochen, wenn nach jahrelang schwer verlaufenden schizophrenen Psychosen eine deutliche Besserung der Symptomatik und des persönlichen Wohlbefindens des/ der Betroffenen zu beobachten ist. Bäuml (2008) verweist in diesem Zusammenhang auf die Faustregel, „dass selbst bei sehr ungünstig verlaufende Erkrankungen nach 10-20 Jahren eine deutliche Abschwächung der Symptomatik eintritt und die Patient[Innen, A. S.] ein für sie zufriedenstellendes Leben führen können“ (S. 9). Es besteht demnach immer die Aussicht auf Besserung.

2.4 Schizophrene Psychose aus der Sicht der Betroffenen

Dieses Unterkapitel bezieht sich primär auf die Ausführungen der Arbeitsgemeinschaft der Psychoseseminare, deren Skript „Es ist normal, verschieden zu sein!“ vom Netzwerk Stimmenhören e.V. bereitgestellt wird. Mithilfe dieses Skripts soll den LeserInnen ein menschlicherer und weniger pathologisierender Zugang zur schizophrenen Psychose verdeutlicht werden. Auch in der Fachliteratur warnen AutorInnen davor, alle Symptome zu pathologisieren. Amering und Schmolke (2012) verweisen in diesem Zusammenhang auf die 2003 von Smith und Coleman publizierten epidemiologische Studien¹⁴, die zeigen, „dass heute in der westlichen Welt etwa 5 Prozent aller Menschen zeitweise Stimmen hören [...], A. S.]. Die meisten tun dies im Rahmen von Gesundheit, oft als Trauerreaktion, nach Schlafentzug, in den Phasen des Aufwachens oder nach großen Anstrengungen“ (S. 251). Es liegt in der menschlichen Natur „zu zweifeln, andere(s) zu be-zweifeln und dabei auch zu ver-zweifeln, über uns hinaus zu denken und uns dabei zu verlieren“ (Bock, 2007, S. 149). Psychosen werden in den o. g. Ausführungen als Sammelbegriff für tiefe existenzielle Krisen, die sämtliche Lebensbereiche beeinflussen, beschrieben. „Eine schizophrene Psychose ist zu verstehen als ein Zustand extremer Dünnhäutigkeit – mit dem Risiko der Überflutung durch Wahrnehmungen von außen und Impulsen von innen und der Flucht in eine andere/ eigene Realität als Schutz. Diese Durchlässigkeit gilt in beide Richtungen“ (Arbeitsgemeinschaft der Psychoseseminare, o. J., S. 14).

Bei schizophrenen Psychosen verändern sich i. d. R. nicht nur die Stimmung, das Lebensgefühl und die Lebensenergie, sondern auch die Art der Wahrnehmung, des Denkens und der Sprache. In Betroffenenkreisen, die sich als ‚ExpertInnen aus Erfahrung‘ verstehen, implementiert sich daher auch der Terminus der kognitiven Psychose, da dieser (historisch) nicht so belastet erscheint. Während eines schizophrenen Schubes können die Veränderungen auch so weit gehen,

¹⁴ Smith, M, Coleman, R. (2003): Stimmenhören verstehen und bewältigen. Bonn: Psychiatrie Verlag.

dass jede Form von Selbstverständlichkeit aufgehoben ist (vgl. ebd., S. 10). Dies stellt nicht nur die/ den Betroffene(n), sondern auch sein/ ihr unmittelbares soziales Umfeld vor große Herausforderungen. Im Zusammensein und in der Zusammenarbeit mit Betroffenen ist es wichtig, die schizophrenen Psychosen in ihrer individuellen Einzigartigkeit, mit all den darin enthaltenen subjektiven Bedeutungen zu erfassen.

Monokausale Erklärungen für das Entstehen einer schizophrenen Psychose greifen daher zu kurz. In psychiatrischen Settings erscheint es legitim im Rahmen einer professionellen Verständigung mit Diagnosen zu arbeiten. Diese sollten jedoch „nicht dazu verführen, nur noch eine allgemeine Krankheit und nicht mehr einen unverwechselbaren Menschen zu behandeln“ (ebd., S. 12). Eine rein medikamentöse Behandlung wirkt vor dem Hintergrund einer schnellen Beseitigung von Symptomen verführerisch, greift jedoch langfristig gesehen „zu kurz und lässt auch Chancen ungenutzt“ (ebd., S. 16). Um die Verflechtungen von Körper, Seele und sozialen Situationen umfassend erfassen zu können, müssen die Ursachen und Folgen losgelöst voneinander betrachtet werden (biopsychosoziale Sicht).

Das lässt sich gut am Beispiel vom Stimmenhören verdeutlichen. Stimmenhören gehört zu den am häufigsten genannten Symptomen, die im Rahmen einer schizophrenen Psychose genannt werden. Dennoch ist das Phänomen Stimmenhören inhaltlich kaum erforscht. Amering und Schmolke (2012) verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass die Inhalte der Stimmen bislang nur im Hinblick auf eine mögliche Gefährlichkeitsprognose relevant waren. Dieses Phänomen ist auch im journalistischen Bereich zu beobachten. Dies verwundert vor dem Hintergrund, dass die individuelle Interpretation und Bewältigungsstrategien darüber entscheiden, welche Rolle das Stimmenhören im Leben des/ der Betroffenen einnehmen. Die Vielfalt in der Erlebens- und Umgangsweise mit Stimmenhören haben die „therapeutischen Strategien zur Analyse und Optimierung von Coping mit Stimmenhören“ (S. 252) (weiter-) entwickelt.

Der Ausbruch einer schizophrenen Psychose kann „in eine tiefe nachhaltige Verwirrung führen und eine große Orientierungslosigkeit bewirken“ (Arbeitsgemeinschaft der Psychoseseminare, o. J., S. 18). Sie kann nicht nur die Beziehung zum eigenen Ich stören, sondern auch dazu führen, eigene Facetten und „Bedürfnisse neu, anders, vollständiger wahrzunehmen“ (ebd., S. 6). Dies ist häufig von Angstgefühlen begleitet. Das Denken erscheint sprunghaft und „assoziativ kreativ“ (ebd., S. 8). Die Sprachfähigkeit während einer schizophrenen Psychose kann eingeschränkt (z. B. häufige Wort-wiederholungen) oder auch erweitert (z. B. Verwendung von Neologismen) sein. Eine respektierende und wertschätzende Grundhaltung des Gegenübers ist an dieser Stelle dringend erforderlich. Denn der Behandlungsverlauf ist häufig davon abhängig, inwieweit sich der/ die Betroffene in seiner/ ihrer Ganzheitlichkeit wahrgenommen und unterstützt fühlt. Die Behandlungsziele sollten dialogisch abgestimmt werden. Auf diese Weise kann eine angemessene Balance zwischen symptomorientierten und verstehenden Verfahren geschaffen werden (vgl. ebd., S. 21).

Wie bereits in Kapitel 2.2 erörtert, wird heutzutage primär von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen. In den Ausführungen der o.g. Arbeitsgemeinschaft der Psychoseseminare wird diese Sichtweise kritisiert, da sie das „aktive Handeln“ (ebd., S. 15) nicht berücksichtigt. Diese Ansicht impliziert, dass eine Psychose „immer auch Ausdruck eines aktiven Handelns, eines aktiven Ringens mit sich selbst, mit bestimmten Widersprüchen und widrigen Umständen“ (ebd.) sei. Das Selbst bleibe erhalten, funktioniere jedoch auf einem existentiellen Niveau.

2.5 Exkurs: derzeitige psychiatrische Behandlung

Abschließend sollen nun die derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten skizziert werden. Ausführlicher werden diese in einer Vielzahl von Fachliteratur beschrieben (z. B. Bäuml, 2008; Hell, Schüpbach, 2008; Stitz, 2011). Die Zusammenarbeit mit Menschen, die sich in einer akuten Psychose befinden und teilweise ein schwer

nachvollziehbares Verhalten zeigen, hat Menschen in helfenden Professionen schon immer tief beeindruckt und verunsichert (vgl. Bäuml, 2008, S. 30). Eine schizophrene Psychose kann in ihrem Erscheinungsbild sehr variabel sein. Demnach kann ihr nur ein flexibles Krankheitsverständnis, das „von einer in wesentlichen Belangen veränderbaren Problematik ausgeht“ (Hell, Schüpbach, 2008, S. 70) gerecht werden. Mittels einer Kombination aus eklektischen Therapieangeboten kann eine ganzheitliche Behandlung einer schizophrenen Psychose erfolgen.

Die gegenwärtigen Behandlungen werden i. d. R. je nach Krankheitsstadium des/ der Betroffenen unterschieden. Bei einer psychotischen Krise erfolgt primär eine medikamentöse Behandlung mit Neuroleptika. Zwischen den akuten Krankheitsphasen stehen psychotherapeutische und sozialtherapeutische Maßnahmen im Vordergrund, um die Protektion des/ der Einzelnen zu erhöhen (Müller-Hohmann, 2008, S. 18). Unabhängig vom Behandlungssetting (ambulant/ stationär) ist eine trialogische Zusammenarbeit (Angehörige, Betroffene, Professionelle) auf Augenhöhe unerlässlich (s. Kapitel 4.2).

Beim ersten Ausbruch einer schizophrenen Psychose ist es wichtig, dass der/ die Betroffene umfassende Informationen zu dem Krankheitsbild erhält. Dies hat einen historischen Ursprung. Nach der Aufarbeitung der „fehlgeleiteten Medizin“ (Vogd, 2012, S. 76) während des Nationalsozialismus galt der „informed consent [..., A. S.] als rechtsverbindlicher internationaler Standard“¹⁵ (ebd.). Im Zuge dessen ergaben sich weitere Ansprüche und Erwartungen bzgl. der „Patientenaufklärung und Partizipation an Behandlungsentscheidungen“ (ebd.).

Hunold und Rahn (2000) sehen die Aufklärung im Zuge einer Informationsweitergabe als primäre Pflicht der behandelnden ÄrztInnen. Sie haben die PatientInnen „darüber aufzuklären, warum und wie [sie zu ihrer, A. S.] Diagnose gekommen [sind, A. S.], dass eine seelische Erkrankung nichts mit der allgemeinen Vorstellung von »Irre-Sein« zu tun hat, wie die Heilungschancen sind und auf welche Weise die Genesung herbeigeführt werden kann“ (S. 130).

¹⁵ ‚informed onsent‘: Anspruch der PatientInnen, sich über die ärztliche Behandlung zu informieren und dieser zuzustimmen

Darüber hinaus impliziert eine stationäre Akutbehandlung in der Regel eine medikamentöse (Neu-)Einstellung mit Neuroleptika. Neben dieser erhalten die PatientInnen in der Regel auch Gespräche und eine Vielzahl von (kreativen) Gruppentherapien (Ergo-, Beschäftigungs-, Kunsttherapie etc.). Weiterhin gibt es Gruppenangebote, die die Kompetenzen der Betroffenen beispielsweise im sozialen Miteinander (re-) aktivieren sollen (z. B. Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (IPT), Soziales Kompetenztraining (SKT)).

Viele PatientInnen durchlaufen im Rahmen des stationären Settings zusätzlich eine sogenannte Psychoedukationsgruppe (PE). Zur Vertiefung der inhaltlichen Schwerpunkte und Vorgehensweisen innerhalb einer PE sei auf die Literatur von Wienberg (1997)¹⁶ und Stitz (2011) verwiesen. Grob zusammengefasst erhalten sie innerhalb der PE eine Wissensvermittlung zur Erkrankung, erarbeiten individuelle Frühwarnsymptome und erstellen persönliche Krisenpläne. Vor allem die beiden letzten Aspekte sind sowohl für die Betroffenen, als auch für deren Angehörige wichtig, um einen psychotischen Schub rechtzeitig erkennen und handlungsfähig bleiben zu können. Ein (erneuter) schizophrener Schub kündigt sich in der Regel durch einige Frühwarnsymptome an. Sie sind von Person zu Person verschieden und können daher schwer verallgemeinert werden. Dennoch hat Bäuml (2008) die häufigsten Frühwarnsymptome zusammengefasst (s. Abb. 9).

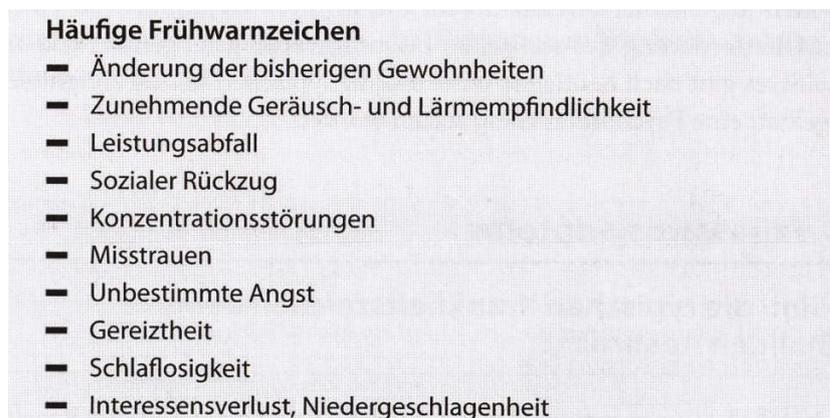


Abb. 9 Häufige Frühwarnzeichen (vgl. Bäuml, 2008, S. 10)

¹⁶ Wienberg, G. (1997): Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoauffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis. 2. erw. Aufl. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Das bedeutet nicht, dass jeder Leistungsabfall, jede Gereiztheit oder vorübergehende Schlaflosigkeit eine (erneute) Psychose ankündigen. Heutzutage wird in der Fachliteratur davon ausgegangen, dass eine konsequente medikamentöse Behandlung das Risiko einer Wiedererkrankung deutlich verringert. An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass es auch Betroffene gibt, die ohne eine medikamentöse Behandlung ihren Alltag gut bewältigen. Dies gilt jedoch nicht für die Mehrheit.

Im Laufe der letzten Jahre hat die Sozialtherapie in der Behandlung einer schizophrenen Psychose an Bedeutung gewonnen, da sie im therapeutischen Alltag Aspekte wie beispielsweise die Strukturierung der Zeit, soziale Unterstützung, Rehabilitation, die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben fokussiert (Kindler, Stitz, 2013, S. 171). Finzen (2011) geht in seinen Ausführungen davon aus, dass die Sozialtherapie eher den langfristigen Verlauf und den Ausgang einer schizophrenen Psychose beeinflussen kann. Langzeituntersuchungen, die diese These belegen, stehen bislang jedoch noch aus.

In einer sogenannten ‚akuten Phase‘ verändert sich der Schwerpunkt der Psychotherapie hin zu einer begleitenden Therapie. In dieser Zeit geht es primär um Unterstützung, Führung und Ermutigung. Wenn die psychotischen Symptome wieder in den Hintergrund treten bzw. abklingen unterstützt sie den/ die Betroffene darin das Krankheitserleben, die Krankheitserfahrungen und -folgen zu bewältigen. Innerhalb einer Psychotherapie kann dem/ der Betroffenen dabei geholfen werden die eigene Vulnerabilität zu erkunden und nach protektiven Wegen zu suchen, einem erneuten psychotischen Schub vorzubeugen (vgl. S. 105, S. 146f).

3. Recovery

3.1 Was ist Recovery?

Eine exakte, alle Faktoren umfassende und international anerkannte Definition von ‚Recovery bei psychischen Erkrankungen‘ zu formulieren, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht gelungen. Das ist u. a. dem Umstand geschuldet, dass die Bedeutung von Recovery genauso heterogen ist, wie das Krankheitsbild der schizophrenen Psychose selbst. Ralph, Kidder und Phillips (2000) konstatieren daher gleich zu Beginn ihrer Ausführungen, dass die fehlende einheitliche Definition bislang die größte Barriere für die Evaluationsforschung von Recovery darstellt¹⁷. Dennoch gibt es eine Vielzahl von Definitionsversuchen und Beschreibungen für Recovery, die im Folgenden zum Teil skizziert werden sollen.

‚Recovery‘ bedeutet übersetzt: Gesundung, Genesung oder Wiedererlangung von Gesundheit. Hammer und Plößl (2012) verweisen darauf, dass mit ‚Gesundung‘ ein erfülltes, zufriedenstellendes und hoffnungsvolles Leben mit bzw. trotz Erkrankung gemeint ist (vgl. S. 26). In der Fachliteratur wird häufig auf die Definition von W. Anthony (1993)¹⁸ zurückgegriffen. Er beschreibt Recovery als einen „zutiefst persönliche[n], einzigartige[n] Veränderungsprozess der eigenen Überzeugungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen“ (S. 13 zit. n. Amering, Schmolke, 2012, S. 25). Durch diesen aktiven Veränderungsprozess ergeben sich Möglichkeiten, auch mit den durch die Erkrankung bestehenden Einschränkungen („Symptommanagement“ (Onken et al. 2007)) ein befriedigendes und hoffnungsvolles Leben führen zu können.

In diesem Zusammenhang bedeutet Recovery eine Art „Transformation des Selbst“ (Amering, Schmolke, 2012, S. 25) bei dem es u. a. um persönliches Wachstum und die Überwindung von negativen persönlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen (z. T. ausgelöst durch die Diagnose) geht. Die eigene Identität soll mittels eines holistischen Selbstverständnisses, das die

¹⁷ „The greatest barrier to the measurement of recovery is that the concept of recovery had not been clearly defined.“ (Ralph, Kidder und Phillips, 2000, S. 2)

¹⁸ Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16:11 -23.

psychiatrische Erkrankung mit einschließt, „diese aber nicht als definierenden Lebensaspekt fokussiert“ (ebd., S. 29), umgestaltet werden.

Das Paradoxe an Recovery liegt demnach in der Akzeptanz der eigenen Beschränkungen, wodurch sich neue Möglichkeiten eröffnen. Es gilt folglich nicht, durch Recovery den prämorbidem Zustand wieder herzustellen. Vielmehr geht es darum, innerhalb eines Prozesses das Erlebte zu verstehen und die Kontrolle über die eigene Sicherheit und das eigene Leben wieder zurückzugewinnen. Die zehn wesentlichsten Bestandteile von Recovery wurden durch eine Fachgruppe für die SAMHSA¹⁹²⁰ erarbeitet und in einem Schaubild zusammengetragen (s. Abb. 10).



Abb. 10 Bestandteile von Recovery nach SAMSHA (Internetquelle s. Literaturverzeichnis; vgl. Drapalski u.a., 2012, S. 48)²¹

Recovery versucht einen vielgestaltigen, langwierigen und mehrphasigen Prozess darzustellen, innerhalb dessen die erlebte Erfahrung „die häufig das bisherige Bild von der Welt und der eigene Situation in der Welt dramatisch verändert“ (Amering,

¹⁹ Substance Abuse and Mental health services Administration

²⁰ “One of the more widely accepted consumer-based definitions of recovery was developed by SAMHSA on the basis of a consensus conference of more than 100 consumers, mental health professionals, and scientists. According to that definition, mental health recovery is a journey of healing and transformation that enables a person with a mental health disability to live a meaningful life in communities of his or her choice while striving to achieve full human potential or ‘personhood’.” (Drapalski, 2012, S. 48)

²¹ einzelne Bestandteile übersetzt: Selbstbestimmung; individualisiert und personenzentriert, Empowerment (Selbstbefähigung), ganzheitlich, nicht linear, stärkenbasiert, Peer-Unterstützung, Respekt, Verantwortung, Hoffnung

Schmolke, 2012, S. 27) integriert werden soll. Die Prozesshaftigkeit von Recovery hat ihren Ursprung in der Traumatherapie: Mazouz (2011) beschreibt Recovery als eine persönliche Entdeckungsreise „auf der jeder trotz anhaltender Symptome und Vulnerabilität seinen eigenen Weg zu mehr Lebensqualität, finden kann“ (S. 52). Demnach sind Zielorientiertheit, Empowerment, Partizipation, Selbstbestimmung und der Schutz vor Diskriminierung zentrale Bedingungen und Inhalte von Recovery.

Der Terminus Recovery hat im medizinischen Diskurs eine längere Geschichte. In den Definitionsversuchen und Beschreibungen wird ein Perspektivwechsel deutlich. Häufig geht es in den Beschreibungen um Leben, Möglichkeiten und Hoffnung auf eine bessere Zukunft. Hammer und Plözl (2012) verweisen dabei auf Studien von Schaub (1993), Ciompi u. a. (1979), Dauwalder u. a. (1984) und Knuf (2004), die belegen, „dass Hoffnung – auf Seiten der Betroffenen, aber auch auf Seiten der Angehörigen und der Fachkräfte – die Prognose stärker beeinflusste als die Dauer oder Schwere der Erkrankung“ (S. 29). Gerade bei phasisch oder chronisch verlaufenden Erkrankungen mit vermehrt erlebten Rückschlägen ist es von großer Bedeutung für den Krankheitsverlauf, dass auch andere Menschen im Nahbereich des/ der Betroffenen Hoffnung haben und an Besserung glauben (vgl. ebd.). Amering und Schmolke (2012) unterstreichen daher, dass eine negative Prognose sowohl den Recoveryprozess als auch den damit einhergehenden „Nutzen von Coping-Strategien und Resilienz“ (S. 26) behindert.

In der Fachliteratur werden verschiedene Recoverymodelle auf Grundlage ihrer fundamentalen Unterschiede diskutiert. So wird beispielsweise zwischen klinischer und persönlicher Recovery, klinisch/ sozialen oder klinisch/ rehabilitativen Modellen, sowie angebotsbasierter und nutzerbasierter Recovery unterschieden. Die wichtigste Unterscheidung ist die zwischen klinischen und sozialen Recoverykonzepten. Letztere fokussieren die ökonomische und soziale Unabhängigkeit der Betroffenen, während im klinischen Verständnis Recovery als traditionelle Behandlungszieldefinition (z. B. Symptomreduktion, Funktionsfähigkeit, Lebensqualität) gesehen wird. Im klinischen Verständnis steht folglich nicht mehr die Prozesshaftigkeit ‚in Recovery zu sein‘ im Fokus. Amering und

Schmolke (2012) heben an dieser Stelle die Bedeutung der Unterscheidung zwischen Ergebnis und Prozesshaftigkeit hervor, da diese „die ausschlaggebende Diskussion für die Entwicklung neuer Tests und Methoden zur validen Ergebnismessung in einem recoveryorientierten klinischen und wissenschaftlichen Kontext“ (S. 31) entfacht haben. Auf eine nähere Erörterung dieser Diskussion wird an dieser Stelle verzichtet, da sie den Rahmen dieser Masterthesis übersteigen würde.

Mazouz (2011) skizziert eine Übersicht über die einzelnen Phasen des Recoveryprozesses. Diese Grafik (s. Abb. 11) verdeutlicht ein ganzheitliches Modell, das den „individuellen Entwicklungsweg auf geistiger, emotionaler, spiritueller und sozialer Ebene“ (S. 65) darstellen soll. Diese Phasen müssen keineswegs linear verlaufen und können immer auch Zeiten der Stagnation beinhalten. Letztere können jedoch auch immer eine notwendige Voraussetzung für die Entwicklung von Aktivität darstellen.

Die Ausgangssituation von Recovery ist bei einer Vielzahl von Betroffenen mit langjährigen psychischen Erkrankungen primär durch einen Zustand der Abhängigkeit, Hoffnungslosigkeit, Resignation und dem passiven Erdulden der eigenen Erkrankung charakterisiert. All diese Faktoren haben Einfluss auf die Art und Weise wie der/ die Betroffene in Beziehungen zu sich selbst und zu anderen steht. Die genannten Faktoren können in nicht seltenen Fällen zu einem Verlust der eigenen Identität, dem Verlust an Selbstvertrauen und sozialer Isolation führen (vgl. ebd.).

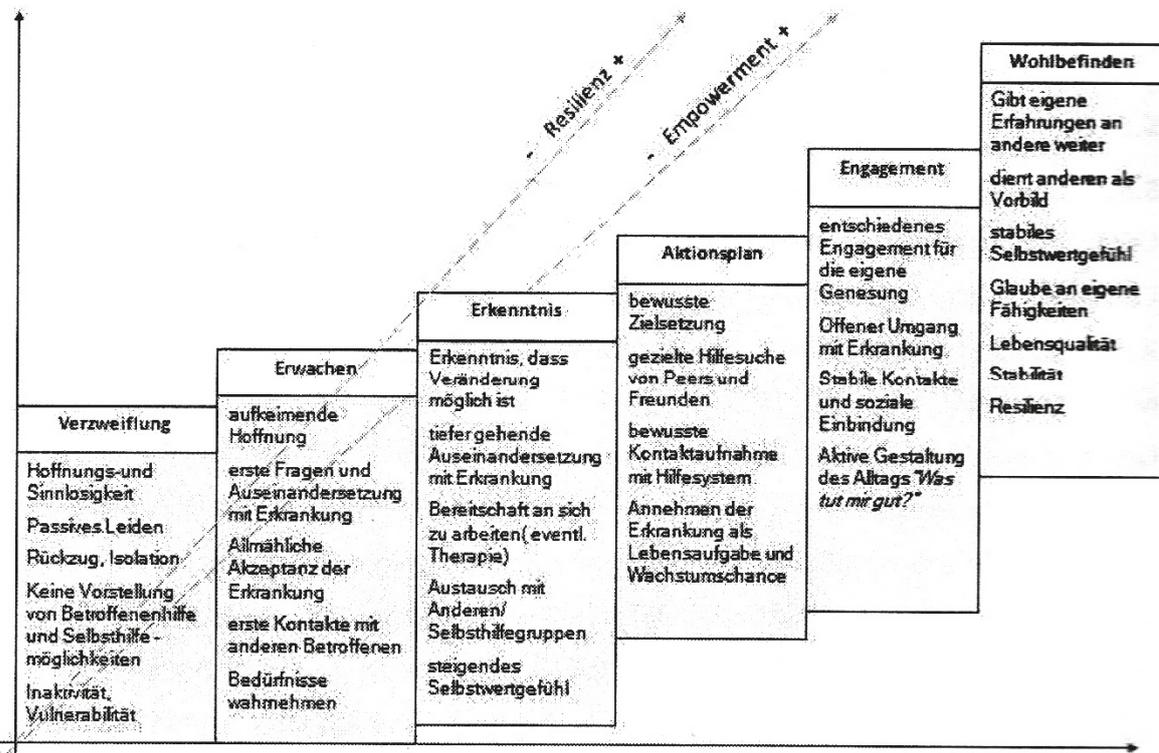


Abb.11 Phasen des Recoveryprozesses (vgl. Mazouz, 2011, S. 65)

Im Zuge des Recoveryprozesses sollen die Betroffenen ihr Selbstvertrauen und Selbstakzeptanz (wieder neu) entwickeln. Weiterhin gilt es tragfähige Beziehungen aufzubauen, Lebensqualität und -sinn anzustreben. Mazouz (2011) unterstreicht, dass die „Entwicklung von Selbstbestimmung und Verantwortungsübernahme in möglichst allen Lebensbereichen [als, A. S.] eine unabdingbare Voraussetzung von Recovery“ (S. 64) ist. Bei Recovery gilt es, aktiv die Verantwortung für einen verbesserten Umgang mit den persönlichen krankheitsbedingten Belastungen zu übernehmen, um in einem weiteren Schritt die Kontrolle über das eigene Leben zurückzugewinnen. Diese Entwicklung impliziert eine harte und ausdauernde Arbeit, die nur „über eine Reihe von Zwischenstationen zum Ziel führen“(ebd., S. 64) kann. Das Zentrale an Recovery liegt für viele Betroffene darin „ein aktives und relativ selbstbestimmtes Leben zu führen, auch wenn sie noch ‚Stimmen hören‘ oder unter starken Stimmungsschwankungen leiden. Wesentlich dabei ist, dass sie es schaffen, ihre Symptome in eine positive Identität zu integrieren“ (ebd., S. 66).

3.2 Historische Entwicklung von Recovery

Im Folgenden soll zunächst die Geschichte von Recovery und anschließend die der Sozialpsychiatrie skizziert werden.

Recovery ist nicht neu. Vielmehr ist das Konzept in den letzten Jahren wiederentdeckt worden und hat eine rasante Dynamik erfahren. Mit der Wiederentdeckung ging auch ein Paradigmenwechsel einher, der maßgeblich geprägt war durch Langzeit-Follow-up-Studien und den Konsequenzen der Deinstitutionalisierung. Innerhalb des z. T. bis heute weit verbreiteten Defizitmodells liegt der Fokus auf der Diagnose von Symptomen und bei den psychiatrischen Interventionen auf der Beseitigung von Symptomen. Im Zuge der Recoverybewegung entfernt sich der Blick vom klassischen (pathogenetischen²²) Defizitmodell in Richtung Empowerment²³, Resilienz²⁴ und Hoffnung.

Dieser Perspektivwechsel ist weiterhin nötig, um bei gesellschaftlichen, gesundheitspolitischen als auch psychiatrischen Richtlinien Veränderungen zu bewirken. Zentral für das sich kontinuierlich verbreitende Verständnis von Recovery und die derzeitigen Entwicklungen ist die Zusammenarbeit von Betroffenen, Angehörigen und professionellen MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen. Die Wissenssynthese von Berufs- und gelebter Erfahrung bildet die Grundlage für eine recoveryorientierte Praxis. Auf diese Weise kann sich eine gemeinsame und authentische Wissensbasis kontinuierlich (weiter-) entwickeln. Die zunehmende Bereitschaft und Expertise in der dialogischen Zusammenarbeit ist das ‚Neue‘ an Recovery.

Historisch hat das Recoverykonzept seinen Ursprung in der Selbsthilfe- und Betroffenenbewegung. Diese wiederum bestand vorrangig aus ‚chronisch psychisch kranken Menschen‘, die einen Weg fanden, ein zufriedenes Leben trotz einer psychiatrischen Erkrankung führen zu können. An dieser Stelle betont Mazouz (2011) in ihren Ausführungen, dass die Recoverybewegung sich nicht per se gegen die Psychiatrie stellt, sondern „sich lediglich gegen [deren, A. S.]

²² Pathogenese: ‚pathos‘ (griech.) = Leiden; ‚genese‘ (griech.) = Entstehung

²³ „als ein Begriff von Selbstermächtigung und der Fähigkeit eigene Entscheidungen zu treffen“ (Mazouz, 2011, S. 53)

²⁴ „als Ausdruck von psychischer Widerstandskraft“ (Mazouz, 2011, S. 53)

demoralisierenden Pessimismus wendet“ (S. 52). Als sich zunehmend auch Fachleute für die Recoverybewegung interessierten, entwickelte sich langsam aber stetig eine Recoveryforschung, vorrangig mittels qualitativer Interviews mit genesenen Betroffenen. Die Recoveryforschung orientierte sich an bestehenden Ideen und Konzepten (z.B. Anthony's Beschreibung von Recovery oder das Empowermentkonzept).

Im Laufe der Zeit wurden einige Messinstrumente, Skalen und qualitative Fragebögen konzipiert, um bestimmte Aspekte von Recovery messen zu können. Dazu gehören beispielsweise: die ‚Recovery Assessment Scale‘²⁵, die ‚Rochester Recovery Inquiry‘²⁶, der ‚Personal Vision of Recovery Questionnaire‘²⁷ und der ‚Recovery Attitudes Questionnaire‘²⁸ (vgl. Ralph, Kidder & Phillips, 2000, S. 8-11, S. 29f). Diese und andere Messinstrumente werden in der Arbeit von vgl. Ralph, Kidder & Phillips, 2000 ausführlich dargestellt, so dass an dieser Stelle darauf verzichtet werden soll. Im Zuge der Recoveryforschung konnte gezeigt werden, dass Betroffene wieder genesen können. Hierbei ist unerheblich, ob der Zustand ‚Genesen‘ mit oder ohne Symptome bzw. medikamentengestützt oder ohne Medikamente erreicht werden konnte. Der Kern von Recovery ist die subjektive Lebensqualität.

²⁵ Publiziert in Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C. & Gervain, M. (1995). *Recovery Assessment Scale*. Chicago, IL: Illinois Department of Mental Health. Zeigte, dass Recovery positiv mit Selbstwertgefühl, Empowerment, soziale Unterstützung und Lebensqualität assoziiert wird (vgl. Ralph, Kidder & Phillips, 2000, S. 8)

²⁶ Qualitativer Fragebogen entwickelt von Hopper et al. 1996, der sich inhaltlich mit der individuellen Sicht auf die eigene Krankheit, den sozialen Beziehungen und den Bewältigungsmöglichkeiten in stressbeladenen Situationen auseinandersetzt (vgl. Ralph, Kidder & Phillips, 2000, S. 8) „Results of the use of this questionnaire are not available.“ (ebd.)

²⁷ (PVRQ) publiziert von Ensfield, L. B., Steffen, J. J., Borkin, J. R. & Schaffner, J. C. (1998). *Personal Vision of Recovery Questionnaire*. Cincinnati, OH: University of Cincinnati. Der Fragebogen wurde entwickelt, um die subjektiven Ansichten der Betroffenen über ihre Genesung zu messen (vgl. Ralph, Kidder & Phillips, 2000, S. 10f).

²⁸ (RAQ) publiziert von Steffen, J.J., Borkin, J. R., Krzton, K., Wishnick, H. & Wilder, K. E. (1998). *Consumer, family member, mental health professional, and student versions of the Recovery Attitudes Questionnaire*. Manuscript in preparation. „It was developed to compare attitudes about recovery among different respondent groups, particularly consumers, mental health professionals, family members of mental health consumers, and members of the general public.“ (Steffen & Wishnick, 1999 zit. n. Ralph, Kidder & Phillips, 2000, S. 9)

Wissenschaftlich gesehen entspricht dieser Ansatz am ehesten dem „multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ (Pauls, 2011, S. 104), welches Antonovsky 1987 im Rahmen seines „Salutogenese²⁹-Konzeptes“ publizierte. Antonovsky plädierte dafür, die „dichotome Klassifizierung von Menschen als gesund oder krank zu verwerfen“ (ebd.). Er geht davon aus, dass der Mensch immer sowohl gesunde als auch kranke Anteile in sich trägt. Demnach ist der Mensch nicht gesund oder krank, sondern viel eher ein mehr oder weniger ‚gesunder Kranker‘ bzw. ‚kranker Gesunder‘ (vgl. ebd., S. 103). Gesundheit ist folglich kein starrer Zustand, sondern eher etwas, dass immer wieder hergestellt werden muss. „Verglichen mit der Pathogenese³⁰ wird hier vom Bild der ‚Heterostase‘ ausgegangen – einem dynamischen Ungleichgewicht, welches vom Organismus permanent austariert werden muss“ (Mazouz, 2011, S. 54). Vor dem Hintergrund dieser Annahme wird deutlich, dass jeder Mensch zu jedem Zeitpunkt sowohl gesunde, als auch kranke Anteile in sich trägt. Dieses Konzept spiegelt sich stark im Recoverykonzept wieder.

Bereits in der ursprünglichen Recoverybewegung haben verschiedene Interessensgruppen ihre Expertise eingebracht, die sowohl auf der eigenen Erfahrung, als auch auf „den Ergebnissen der nutzergeleiteten und –kontrollierten Forschung“ beruht. Diese Zusammenarbeit sollte der Psychiatrie eine multiperspektivische Evidenzbasis für Richtlinien und Entwicklung liefern“ (ebd., S. 23), um in einem weiteren Schritt eine recoveryorientierte Praxis³¹ zu fördern. Im Zuge des Dialogs wurde auch mit PolitikerInnen zusammengearbeitet, um konzeptuelle und politische Erwägungen und Entscheidungen zu entwickeln (vgl. Amering, Schmolke, 2012, S. 21f). Recovery ist eine von fünf Prioritäten, auf die sich die GesundheitsministerInnen der europäischen Länder der WHO innerhalb des ‚Europäischen Aktionsplans zur psychischen Gesundheit‘ in Helsinki (2006) geeinigt haben. Dieser Aktionsplan fordert binnen der nächsten 10 Jahre u. a.

²⁹ Salutogenese: ‚salus‘ (lat.)= Gesundheit, Heil; ‚Genese‘ (griech.) = Entstehung, Ursprung

³⁰ „Die Pathogenese hingegen geht beim Begriff der Gesundheit von einer ‚Homöostase‘ aus – einem stabilen Gleichgewicht, welches mehr oder weniger ständig aufrecht erhalten wird.“ (S. 54)

³¹ Die eine Personenorientierung, Selbstbestimmung, Entscheidungsfreiheit und das Wachstumspotenzial des Individuums berücksichtigt.

„umfassende, integrierte und effiziente psychosoziale Versorgungssysteme zu entwerfen und zu implementieren, welche Förderung, Prävention, Behandlung, Rehabilitation, Pflege und Genesung [meint: Recovery, A. S.] vorsehen“ (S. 17).

3.3 Exkurs: Sozialpsychiatrie in Deutschland

Becker, Recker und Weig (2005) beschreiben Sozialpsychiatrie als „eine Sichtweise von Psychiatrie, die soziokulturelle Einflüsse auf Entstehung, Verlauf und Bewältigung psychischer Krankheiten, den Bezug erkrankter Individuen zum sozialen Netzwerk und die Auswirkung der Krankheit auf soziale Rollenübernahme sowie deren Überwindung fokussiert“ (S. 1 zit. n. Krumm, Becker, 2012, S. 41). Sie verfolge dabei einen philosophischen Ansatz, in dem sie von einem „handelnden Subjekt“ (Dörner et al., 2010, S. 492) ausgeht, das „die Bereitschaft zur Selbst-Reflexion“ (ebd.) inne hat.

Die Geschichte der Sozialpsychiatrie reicht bis weit vor die 1970er Jahre. Entgegen einer vielfachen Annahme resultiert sie nicht aus den reform- und gemeindepsychiatrischen Bewegungen dieser Zeit. Sozialpsychiatrische Ansätze waren „für die gesamte psychiatrische Entwicklungsgeschichte wichtig“ (Krumm, Becker, 2012, S. 41). Ohne hier auf alle Etappen der Geschichte der Psychiatrie und Sozialpsychiatrie eingehen zu können, sollen dennoch einige skizziert werden. Nennenswerte Personen, auf die in der Folge nicht näher eingegangen werden kann sind u. a.: G. Kolb (Psychiater, *1870 – †1938)³², M. Fischer (Geheimrat & 1. Direktor Anstalt Wiesloch)³³, F. Wendenburg (*1888 – †1960)³⁴.

Im Zuge einer notwendigen paradigmatischen Neuausrichtung vom ‚Irrsein‘ zu Beginn des 19. Jahrhunderts vollzog sich ein grundsätzlicher Statuswechsel für

³² plädierte für eine Öffnung des Anstaltswesens und den Ausbau der „Offenen Fürsorge“ (publizierte dieses Konzept 1902) „und die damit einhergehende Stärkung familiärer Versorgungsformen“ (Krumm, Becker, 2012, S. 47) → Modell Offene Fürsorge später als „Erlanger Modell“ verbreitet

³³ setzte sich für Ausweitung des Aufgabengebietes der Anstalten ein: aufsuchende Nachsorge und resozialisierende Bereitstellung von Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten

³⁴ „Gelsenkircher Modell“ → weitere Form der Offenen Fürsorge mit „starken Anbindung an die kommunale sozialhygienische Fürsorge“ (Krumm, Becker, 2012, S. 48)

Betroffene. Sie wurden nicht mehr mit VerbrecherInnen und sonstigen ‚Unerwünschten‘ in sogenannte Arbeits- und Tollhäuser (weg-) gesperrt, wie im Mittelalter und der frühen Neuzeit üblich. Sie erhielten fortan den Status ‚PatientIn‘. An „die Stelle der Prinzipien Strafe und Buße traten nun jene der Behandlung und Heilung“ (Krumm, Becker, 2012, S. 42). Weiterhin wurde sich von religiösen und moralischen Betrachtungsweisen des ‚Irrseins‘ distanziert. Mit der Anerkennung, dass es sich um eine Krankheit handelt, reduzierten sich die individuellen Schuld-/Versagenszuschreibungen, was die Betroffenen entlastete. Auf diese Weise wurde der Weg für eine menschenwürdige Behandlung geebnet (vgl. ebd.).

Um 1840 setzte sich Griesinger³⁵ (*1817; †1868) kritisch mit Zuständen in der Anstaltspsychiatrie auseinander und versuchte in den 1860er Jahren seine Reformideen „für eine umfassende Neuorientierung der Psychiatrie“ (ebd., S. 44) zu implementieren. Dabei stieß sein Konzept der gemeindenahen Versorgung auf starken Widerstand bei den etablierten Anstaltspsychiatern, so dass es abgelehnt wurde. Interessant an dieser Stelle zu erwähnen ist der Umstand, dass eben dieses Konzept für circa 100 Jahre zur Kernidee der zweiten reformpsychiatrischen Bewegung wurde. Ausgelöst durch diese und andere Auseinandersetzungen lässt sich ab circa 1870 eine soziale Orientierung innerhalb des damaligen Deutschen Reiches beobachten. Zentrale Inhalte dieser waren u. a. die Errichtung von Stadtasylen und ambulanten Versorgungsmöglichkeiten versus den weiteren Ausbau von psychiatrischen Kliniken in schöner, aber abgelegener Landschaft.

„Die Protagonisten vertraten universitätspsychiatrische Ansichten auf der einen und anstaltspsychiatrische auf der anderen Seite“ (Hoffmann-Richter, 1995, S. 11). Das hier skizzierte Spannungsfeld zwischen Anstalts- und Universitäts-psychiatrie bestand zum damaligen Zeitpunkt schon über einen längeren Zeitraum. Virchow (*1821; †1902) und Grotjahn (*1896; †1931) traten für die Medizin als soziale

³⁵ „Allerdings ist selbst Griesinger (wie noch die Enquete) zwiespältig zu sehen: als naturwissenschaftlicher Modernisierer interessierte er sich nur für die Akutkranken, bei denen der unterstellte Nervenkrankheitsprozess, noch »lebendig« = beeinflussbar sei, während ihn aus demselben Grund die chronisch Kranken als Unheilbare nicht interessierten, sie sollten – weit weg – in Anstalten sein.“ (Dörner et al., 2010, S. 483)

Wissenschaft ein und wurden somit ebenfalls zu wichtigen Protagonisten. Sie beriefen sich auf frühere Konzepte der Sozialmedizin³⁶, die Virchow Mitte des 19. Jhd. vorantrieb. Folglich wurde der Frage nach den sozialen Bedingungen auch zunehmend innerhalb der Psychiatrie nachgegangen. Dies geht auf die Grundannahme zurück, dass Umweltfaktoren eine wichtige Rolle bei der Gesunderhaltung haben (vgl. Krumm, Becker, 2012, S. 46).

Wie bereits aus diesen Ausführungen ersichtlich, weisen „sozialpsychiatrische Ansätze und Kooperationen mit anderen psychosozialen Hilfssystemen [..., A. S.] eine lange Tradition auf, die weit vor der Psychiatrie-Enquete ansetzt“ (ebd., S. 40). Die erste „Blüteperiode der praktischen Sozialpsychiatrie“ (Hoffmann-Richter, 1995, S. 13) begann zu Beginn des 20. Jhd., vermehrt nach 1920, und endete mit dem Aufkommen des Dritten Reiches. Bereits Ende der 1920er Jahre verfiel die Psychiatrie in den „Sog eugenischer und rassenhygienischer Argumentationen“ (Krumm, Becker, 2012, S. 48). In dieser Zeit wurde vermehrt die Sinnhaftigkeit psychiatrischer Hilfeleistungen in Frage gestellt.

Innerhalb des Nationalsozialismus gewannen genetische und ‚rassenhygienische‘ Denkmuster für die Krankheitserklärungen zunehmend an Bedeutung und hatten starken Einfluss auf den Umgang mit den Betroffenen. Im Zeitraum von 1934–1945 wurden auf Grundlage des im Januar 1934 in Kraft getretenen ‚Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses‘ bis zu 400.000 Menschen zwangssterilisiert. Innerhalb der grausamen nationalsozialistischen Psychiatriepolitik wurde den Betroffenen „in systematischer Weise das Existenzrecht abgesprochen [..., A. S.]. Mit der 1939 eingeleiteten Aktion T4³⁷ zur Ermordung chronisch psychisch kranker Menschen befand sich die Psychiatrie ‚im Abgrund‘ (ebd., S. 50). Das Ausmaß, in dem die Psychiatrie in dieser Zeit für nationalsozialistische Zwecke missbraucht

³⁶ „Sozialmedizin beschreibt und analysiert die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Krankheit, ihren Risiken und protektiven Faktoren einerseits und gesellschaftlichen Tatbeständen andererseits unter ätiologischer, präventiver, rehabilitativer, gutachterlicher, versorgungsrechtlicher und ökonomischer Perspektive.“ (Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e. V., s. Literaturverzeichnis)

³⁷ „Das Kürzel T4 steht für die Adresse Tiergartenstraße 4 in Berlin. Hier befand sich die zentrale Organisationsstelle zur Steuerung der Tötungsaktionen für das gesamte Deutsche Reich.“ (Krumm, Becker, 2012, S. 50)

wurde, wird weitestgehend als Bekannt vorausgesetzt und soll an dieser Stelle nicht vertieft werden. Hoffmann-Richter (1995) stellen die These auf, dass die „faschistisch geprägte soziale Repräsentationen von psychisch Kranken und psychischer Krankheit das Dritte Reich überdauert und – möglicherweise in Verbund mit Schuldgefühlen eine Reform über viele Jahre verzögert“ (S. 18) haben.

Durch die zunehmende Konzipierung und Implementierung von Arbeits-, Beschäftigungs- und Bewegungstherapie konnten nach dem 2. Weltkrieg auch andere Berufsgruppen (z. B. Arbeits-/ BeschäftigungstherapeutInnen, ÖkotrophologInnen) die Psychiatrie fortwährend bereichern (vgl. Dörner et al., 2010, S. 491). Trotz allem lag der Fokus innerhalb der Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts weitestgehend auf naturwissenschaftlichem Vorgehen. An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass innerhalb der Psychiatrie „jede neue naturwissenschaftlich Erkenntnis mit dem Anspruch des Ultimativen verbunden wurde, der wie das »goldene Kalb« mit Erlösungserwartungen belastet war, die nicht erfüllt wurden“ (Dörner et al., 2010, S. 492). Ab den späten 1960er Jahren wurde seitens engagierter Psychiater die mangelnde Ausbildung der PsychiaterInnen, schwierige Arbeitsbedingungen, fehlende MitarbeiterInnen, die mangelhaft qualifizierten psychiatrischen Einrichtungen und die unzulängliche psychiatrische Versorgung der Bevölkerung kritisiert (vgl. ebd., S. 19).

Im April 1970 kam es zum ersten sozialpsychiatrischen Kongress. Dieser wurde von der pharmazeutischen Firma Thomae finanziert und hatte das Leitthema: ‚Rückkehr der psychisch Kranken in die Gesellschaft?‘ (vgl. Dörner, 1995, S. 83). Aus diesem Kongress bildeten sich Vereinigungen wie z. B. der Mannheimer Kreis, die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und verschiedene Zeitschriften (z. B. „Psychiatrische Praxis“; „Sozialpsychiatrischen Informationen“). Ein Jahr später (1971) trat eine parlamentarisch berufene Sachverständigenkommission zusammen, um sich über die Lage der Psychiatrie in der BRD auszutauschen. Die Kommission erarbeitete Grundlagen auf denen später die Psychiatriereform folgte. 1975 wurde dem Bundestag der erarbeitete

Bericht vorgestellt und die in ihm formulierten Grundprinzipien psychiatrischer Versorgung festgeschrieben. Dazu zählten u. a.

- Gemeindenähe;
- bedarfsgerechte dezentrale Versorgung;
- Vorbeugung sofern möglich;
- Förderung von Selbsthilfe;
- rechtliche und soziale Gleichstellung der psychisch Kranken mit den körperlich Kranken (vgl. ebd., S. 20).

Mit der Entwicklung der Sozialpsychiatrie fanden auch antipsychiatrische Schriften beispielsweise von Cooper, Laing, Szasz, Foudraine, Bettelheim und Basaglia zunehmend ein breites Publikum. Die antipsychiatrische Bewegung ist ein breites Themenfeld, welches im Rahmen dieser Masterthesis nicht weiter vertieft werden soll. Hoffmann-Richter (1995) macht in seinen Ausführungen auf das Jahr 1970 aufmerksam, in dem die deutschsprachige Sozialpsychiatrie ihren Anschluss an die Soziologie, als ‚Mutterwissenschaft‘ verloren hat. Er schreibt dazu:

„In der Soziologie wurden in den vergangenen beiden Jahrzehnten qualitative Forschungsmethoden entwickelt, die [..., A. S.] insbesondere sozialpsychiatrische Bereiche angewendet werden. Dazu gehören die biographische Forschung, die Ethnomethodologie, die symbolische Interaktion, die Rahmen- und Lebensfeldanalyse GOFFMANs, der semantische wie der systemtheoretische Ansatz LUHMANNs, vor allem aber die Soziologie des Alltagshandelns und Arbeiten zur sozialen Repräsentation. Dieses methodologische Wissen muß erst wieder Eingang in die Sozialpsychiatrie finden, bevor fruchtbare sozialpsychiatrische Forschung möglich ist“ (S. 21).

In den 1980er Jahren wurde es in der Diskussion um die Stellung und Funktion von Sozialpsychiatrie deutlich ruhiger, mit Ausnahme der Veröffentlichung von Finzen (1987), in der er verdeutlicht, dass die Sozialpsychiatrie keine Spezialdisziplin darstellt. Dörner et al. (2010) stehen in ihren Ausführungen dem Sozialpsychiatrie-Begriff ebenfalls kritisch gegenüber und äußern, dass es bei der Sozialpsychiatrie „nur um die Vervollständigung der Psychiatrie in sozialer

Hinsicht“ (S. 490)³⁸ gehe. Dörner (1995) verweist darauf, dass „der Begriff Sozialpsychiatrie nur als kritischer Begriff sinnvoll [ist, A. S.], als Protest gegen eine Psychiatrie, die ihrem Anspruch nicht entspricht, dem Anspruch, den Bedürfnissen der psychisch Leidenden gerecht zu werden“ (S. 84)

Die Sozialpsychiatrie habe ihre Wurzeln in der Soziologie und Sozialpsychologie und stehe im Spannungsfeld des Alltags mit Begegnungen, Auseinandersetzungen zwischen kranken Menschen, Angehörigen, TherapeutInnen und dem gesellschaftlichen Umfeld. Sie stehe demnach nicht im Gegensatz zur Psychotherapie oder biologisch-psychiatrischen Verfahren (vgl. ebd., S. 169). In den 1990er Jahren war eine Neigung der Sozialpsychiatrie als Spezialdisziplin zu beobachten. Hoffmann-Richter (1995) äußerte dazu kritisch: „Der Anspruch, Sozialpsychiatrie solle als Spezialdisziplin anerkannt werden, ist weder medizinhistorisch noch wissenschaftlich begründbar. [..., A. S.] Langfristig beraubte er nicht nur die Psychiatrie als Ganzes ihrer sozialen Aspekte und Pflichten, er trüge auch zur Reduktion wissenschaftlichen Denkens in der Sozialpsychiatrie bei und beschränkte die klinische Tätigkeit auf einen engen Bereich“ (S. 24).

PolitikwissenschaftlerInnen belebten die Diskussionen von Neuem und legten ihren Fokus auf Qualitätssicherung. Auf diese Weise verbreitete sich der Wunsch nach Verlaufsforschung, die mittel- und langfristige Ergebnisse im Zusammenhang mit psychotherapeutischen und anderen therapeutischen Verfahren zeigten. Zu diesem Zeitpunkt konnten weder biologische noch sozialwissenschaftliche Untersuchungen hochsignifikante Ergebnisse in Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge stellen (vgl. ebd., S. 23). Zusammenfassend lassen sich wesentliche Bestimmungsmerkmale der Sozialpsychiatrie festhalten: Sie

- orientiert sich an einer (objektiv) bedarfsgerechten und (subjektiv) bedürfnisgerechten Unterstützung für Betroffene psychischer Erkrankungen.

³⁸ dazu gehören für die AutorInnen u. a.: Epidemiologie-Forschung mit Erarbeitung präventiver Möglichkeiten; Milieu-/ soziotherapeutische Ansätze; Untersuchung psychiatrischen Handelns (z. B. Labelingansatz nach Szasz); Entwicklung chancengleiches Versorgungssystem (auch für chronisch kranke Menschen); Untersuchung psychiatrischer Einrichtungen (positive/ negative Wirkungen z. B. Hospitalismus) (vgl. Dörner et al., 2010, S. 490)

- geht von einer breiten und nicht klar abgrenzbaren Vielfalt psychisch-sozialen Leidens aus (vgl. Dörner, 1995, S. 84f).
- sieht den „Akt des Diagnostizierens selbst als soziales Verhalten“, (ebd.) mit dem eigene und fremde (z. B. von TherapeutInnen) Verhaltenserwartungen einhergehen.
- berücksichtigt „die gesamte Bedingungskonstellation eines Leidens“ (ebd.).
- bietet ihr Hilfsangebot³⁹ und therapeutisches Vorgehen ausschließlich auf Grundlage von Solidarität der Betroffenen untereinander und mit dem behandelnden Team an.
- wirkt praktisch durch ein ‚therapeutisches interdisziplinäres Team‘, deren Fachdisziplinen keiner fachlichen Hierarchie unterliegen.
- ist an der Rehabilitation des/ der Einzelnen und der Prävention für alle (Gemeindepsychiatrie) orientiert. Sozialpsychiatrisches Ziel sind autonome Hilfsangebote für psychisch kranke Menschen innerhalb einer Gemeinde, einem Stadtteil, einer Kleinstadt oder einem Landkreis (vgl. ebd., S. 86f).
- „stellt als empirische Wissenschaft, [..., A.S.] therapeutische Praxis und [..., A.S.] soziale Bewegung den Versuch der Rückbeziehung auf und der Integration der psychisch Leidenden in ihre soziale Realität dar, nachdem namentlich in den früh- und hochkapitalistischen Gesellschaften ihre soziale Ausgrenzung betrieben wurde“ (ebd., S. 87f)

³⁹ Sie basiert auf der Interaktion in Gruppenprozessen, im psychotherapeutischen, soziotherapeutischen, pädagogischen und arbeitstherapeutischen Rahmen. [..., A. S.] Entscheidend ist es, sowohl sogenanntes krankes wie gesundes Verhalten, sowohl das Verhalten innerhalb wie außerhalb der Behandlungseinrichtung, sowohl die soziale Realität derselben als auch die der allgemein gesellschaftlichen Gegebenheiten in das sozialpsychiatrische Hilfskonzept einzubeziehen.“ (Dörner, 1995, S. 86)

3.4 Recoveryrelevante Konzepte

3.4.1 Resilienz

Über Resilienz⁴⁰ gibt es eine Vielzahl an Fachliteratur. Die verschiedenen Definitionen fokussieren sich auf inhaltlich unterschiedliche Aspekte bzw. Kriterien. „Es können externale und/ oder internale Kriterien zugrunde gelegt werden, d. h., Resilienz wird anhand von Anpassungsleistungen an die soziale Umwelt verstanden, oder es werden explizit die inneren Befindlichkeiten mit berücksichtigt“ (Fröhlich-Gildhoff, Rönnau-Böse, 2011, S. 9). In Deutschland ist die Definition von Wustmann, die sowohl externale als auch internale Kriterien impliziert, am weitesten verbreitet und anerkannt. Sie beschreibt Resilienz als „die psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken“ (2004, S. 18). In der deutschen Übersetzung bedeutet Resilienz den erfolgreichen Umgang „mit belastenden Lebensumständen und negativen Stressfolgen“ (ebd.).

Welter-Enderlin (2006) ergänzt die o. g. Definition um die entwicklungspsychologische Perspektive: „Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“ (S. 13). Diese Definition verdeutlicht nicht nur die Bedeutung der Ressourcen seitens des Individuums für Resilienz sondern auch die der sozialen Schutzfaktoren^{41,42}. Resilienz resultiert folglich aus einem ausgeglichenen „Verhältnis zw. Risiko- und Schutzfaktoren, die zu einer positiven Adaption an schwierige Umweltveränderungen führen“ (Mazouz, 2011, S. 59).

⁴⁰ Resilienz: (lat.) ‚resiliere‘ = zurückspringen, abprallen entstammt dem (engl.) ‚resilience‘ = Elastizität, Haltbarkeit oder Widerstandskraft

⁴¹ Die Wirkung von Schutzfaktoren wird als entwicklungsfördernd, protektiv und risikomildernd beschrieben. Schutzfaktoren sind nicht gleichzusetzen mit ‚förderlichen Bedingungen‘ (vgl. Mazouz, 2011, S. 58).

⁴² Der Terminus ‚Schutzfaktoren‘ wird kritisch diskutiert „da eben diese Faktoren nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit Risiken abmildern und somit eine »automatische« prognostische Gültigkeit begrenzt ist“ (Fröhlich-Gildhoff, Becker & Fischer, 2012, S. 17).

Schutzfaktoren sind unabhängig von Kulturkreisen auf verschiedenen Ebenen zu finden. Als wichtigste Schutzfaktoren, ohne diese an dieser Stelle vertiefen zu wollen, benennt Mazouz (2011):

- Persönlichkeitsfaktoren/ individuelle Eigenschaften des Kindes (z. B. intellektuelle Fähigkeiten; erstgeborenes Kind);
- mikrosoziale Faktoren in unmittelbaren Umwelt des Kindes (z. B. mind. eine stabile Bezugsperson, die Vertrauen/ Autonomie fördert; konstruktive Kommunikation in Familie);
- makrosoziale Faktoren im weiteren Umfeld (z. B. wertschätzendes Klima; positive Verstärkung von Leistung) (vgl. S. 58).

Das im Folgenden skizzierte Resilienz-Konzept ist keine neue Erscheinung. Vielmehr entwickelte es sich in den 1970er Jahren aus den Ergebnissen der Forschungsagenda zum Thema ‚Risiko in der Psychopathologie‘ und „aus einer politischen Agenda der Unzufriedenheit mit dem [..., A. S.] vorherrschenden Defizitmodell“ (Amering, Schmolke, 2012, S. 50) in der Psychologie im Allgemeinen und der klinischen Psychologie im Besonderen. In den 1980er Jahren wurde Resilienz vorrangig durch die Entwicklungspsychologie,-pathologie und Pädagogik „konzeptionell entwickelt und empirisch untersucht“ (ebd., S. 53). Bekannte VertreterInnen sind: Sir M. Rutter (1985), E. Werner (1993), N. Garmezy (1991), F. Lösel (1994), G. Opp (1999).

In der Zwischenzeit ist Resilienz – auch international gesehen – im Bereich der Prävention und der klinischen Behandlung als bedeutsamer Faktor innerhalb des Heilungsprozesses anerkannt. „Weitere positiv formulierte Ansätze für Heilungsprozesse sind [u. a., A. S.] Hoffnung, wiedererlernter Optimismus, Selbsthilfe-Aktivitäten und unterstützende soziale Netzwerke“ (ebd., S. 51). Resilienz ist nicht mit einer sozialen Kompetenz, Persönlichkeitseigenschaft oder gar psychischen Gesundheit gleichzusetzen. Dennoch bildet sie, neben Funktionalität, Lebensqualität, Ressourcen und Unterstützung, einen zentralen Aspekt innerhalb der positiven Gesundheit.

Die Resilienzforschung ist bislang eine junge Forschungsdisziplin, mit einer ressourcenorientierten Ausrichtung. „Sie [Resilienzforschung, A. S.] geht davon

aus, dass Menschen aktive Bewältiger und Mitgestalter ihres Lebens sind und durch soziale Unterstützung und Hilfestellungen die Chance haben, mit den gegebenen Situationen erfolgreich umzugehen und ihnen nicht nur hilflos ausgeliefert zu sein“ (Fröhlich-Gildhoff, Rönnau-Böse, 2011, S. 12). Dennoch gibt Mazouz (2011) zu bedenken, dass die bisherigen Forschungsergebnisse noch nicht ausreichen, um diese „auf breiter Ebene für die Prävention und psychosoziale Intervention nutzen zu können“ (S. 60). Wustmann (2004) betont, dass es bei Resilienz primär um den „Erwerb bzw. Erhalt altersangemessener Fähigkeiten und Kompetenzen“ (S. 20) und die „erfolgreiche Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben“ (ebd.) geht. Dies geschieht sowohl „durch *innere* Verarbeitungsmöglichkeiten als auch durch *nach außen* gerichtetes Handeln“ (Fröhlich-Gildhoff, Becker & Fischer, 2012, S. 11). In der Folge kann das Kind proaktiver mit Stresssituation(en)⁴³ umgehen, auch wenn soziale Schutzfaktoren nur gering ausgeprägt sind (vgl. ebd., S. 13). Dennoch verweisen Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2011) zurecht auf die Unschärfe der Beschreibungen von ‚erfolgreicher Bewältigung‘ und ‚altersentsprechender Entwicklung‘ und führen fort, dass eine „differenzierte Operationalisierung dieser Konstrukte [...], A. S.] derzeit kontrovers diskutiert“ (S. 12) wird. Dennoch hat die Resilienzforschung zeigen können, dass Resilienz über die Anpassung an widrige Verhältnisse hinaus geht.

Durch die Entwicklung und Verbreitung des Resilienzkonzeptes wurde fortan nicht mehr ausschließlich auf die Ursachen und Bedingungen geachtet, unter denen psychische Erkrankungen entstehen. Viel mehr verschob sich der Blick auf jene, die trotz schwieriger Lebensbedingungen gesund blieben⁴⁴. Mazouz (2011) beschreibt Menschen als widerstandsfähig, die obwohl sie unter schwierigen Lebensbedingungen aufgewachsen und einer Vielzahl von Risikofaktoren

⁴³ „Stress wird nach Lazarus' interaktionistischem Stresskonzept definiert als: ‚Stress ist jedes Ereignis, in dem äußere und innere Anforderungen (oder beide) die Anpassungsfähigkeit eines Individuums (oder sozialen Systems) oder eines organischen Systems beanspruchen oder übersteigen‘ (Lazarus/ Launier, 1981,226).“ (Fröhlich-Gildhoff, Rönnau-Böse, 2011, S. 51). Stressfaktoren können sein: a) Entwicklungsaufgaben; b) kritische Lebensereignisse; c) alltägliche Belastung (vgl. ebd.)

⁴⁴ siehe beispielsweise sog. »Kauai-Studie« (1955)

ausgesetzt waren, nicht krank wurden (vgl. S. 57). Sowohl das Resilienz- als auch das Salutogenesekonzept gehen davon aus, dass der Mensch Ressourcen in sich trägt, die ihm helfen mit schwierigen (Lebens-) Bedingungen umzugehen. Als eine personelle Ressource wird in der Resilienzforschung daher das von Antonovsky benannte Kohärenzgefühl gesehen. Es beinhaltet die drei Komponenten: a) das Gefühl der Verstehbarkeit⁴⁵; b) das Gefühl der Handhabbarkeit⁴⁶ und c) das Gefühl der Sinnhaftigkeit⁴⁷ (erlebter Situationen) (vgl. Fröhlich-Gildhoff, Rönna-Böse, 2011, S. 14). Folglich implizieren beide Konzepte ähnliche Fragestellungen und Grundthesen, auch wenn sie in der Folge unterschiedliche Akzente setzen. Das Salutogenesekonzept fokussiert eher die Schutzfaktoren⁴⁸ zur Erhaltung der Gesundheit. Die Resilienzforschung hingegen legt aufgrund ihrer methodenorientierten Ausrichtung ihre Priorität auf den Prozess der positiven Anpassung und Bewältigung. Auf diese Weise können sich beide Konzepte sinnvoll ergänzen (vgl. ebd.).

Die wesentlichen Charakteristika von Resilienz sind, dass sie:

- sich im Interaktionsprozess zwischen Individuum und Umwelt entwickelt („situationsspezifisch“ (Fröhlich-Gildhoff, Rönna-Böse, 2011, S. 11));
- in unterschiedlichen Lebensbereichen unterschiedlich ausgeprägt sein („multidimensional“⁴⁹ (ebd.)) und
- sich im Laufe des Lebens verändern kann („variable Größe“ (Wustmann, 2004, S. 30).

Gerade die Eigenschaft der variablen Größe unterstreicht, dass Resilienz keine immerwährende Unverwundbarkeit verspricht (vgl. ebd.). Fröhlich-Gildhoff u. a. (2012) betonen in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Kumulation von Faktoren: „Je mehr Belastungen und Risiken vorliegen, desto mehr protektive Faktoren zur Bewältigung sind erforderlich“ (S. 13). Die Wechselwirkungs-

⁴⁵ ‚sense of comprehensibility‘

⁴⁶ ‚sense of manageability‘

⁴⁷ ‚sense of meaningfulness‘

⁴⁸ Hierbei wird zwischen personalen und sozialen Schutzfaktoren unterschieden (vgl. Fröhlich-Gildhoff, Rönna-Böse, 2011, S. 40).

⁴⁹ Bei Resilienz sind sowohl biologische, psychologische und psychosoziale Faktoren zu berücksichtigen, sie ist daher multidimensional (vgl. Fröhlich-Gildhoff, Rönna-Böse, 2011, S. 11).

mechanismen zwischen Risiko- und Schutzfaktoren sind aktueller Forschungsgegenstand. So sind in der Fachliteratur unterschiedliche Resilienzmodelle beschrieben, um das Phänomen ‚Resilienz‘ und die bestehenden Interaktionsprozesse besser erklären zu können. Dabei werden vermehrt sechs Resilienzfaktoren bestimmt (s. Abb. 12). Fröhlich-Gildhoff u. a. (2012) verweisen auf die hohe Affinität der in Abb. 12 gezeigten Resilienzfaktoren, zu „den zehn Life Skills, die von der Weltgesundheitsorganisation [...], A. S.] 1994 als Lebenskompetenzen definiert wurden“⁵⁰ (S. 24).

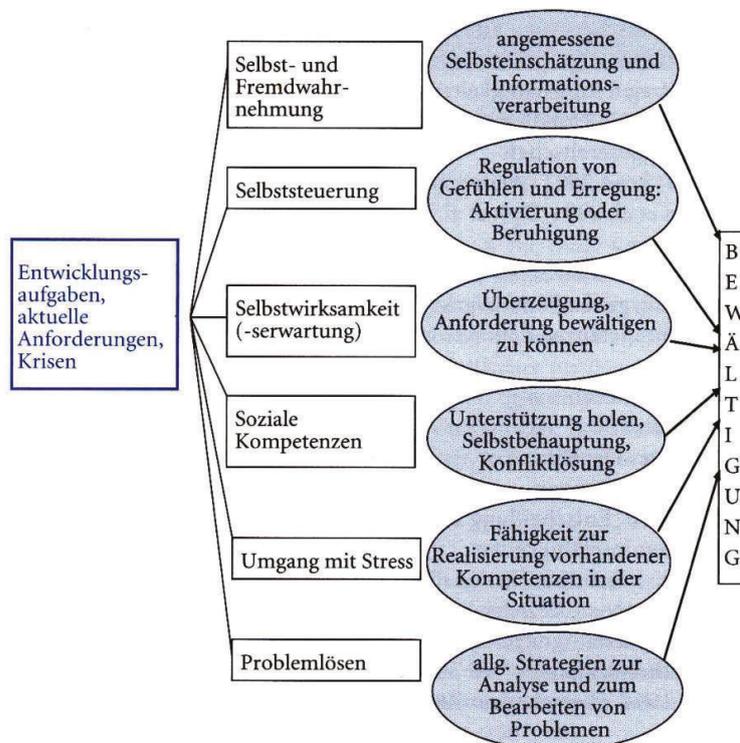


Abb. 12 Resilienzfaktoren: Selbst- und Fremdwahrnehmung, Selbststeuerung, Selbstwirksamkeit, soziale Kompetenzen, Umgang mit Stress, Problemlösen. (vgl. Fröhlich-Gildhoff, Rönau-Böse, 2011, S. 42)

Resilienz steht nicht nur in enger Verbindung mit Konzepten der ‚emotionalen Intelligenz‘⁵¹; der ‚Selbstregulation‘⁵²; der ‚Selbstorganisation‘⁵³ und dem

⁵⁰ 10 Life Skills der WHO: Selbstwahrnehmung; Empathie, kreatives Denken; kritisches Denken, Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, Problemlösefähigkeiten; effektive Kommunikationsfähigkeit; interpersonale Beziehungsfähigkeiten; Gefühlsbewältigung; Stressbewältigung (vgl. Fröhlich-Gildhoff u. a., 2012, S. 24).

⁵¹ Edward u. Warelw, 2005

‚personenzentrierten Ansatz‘ nach C. Rogers (*1902; †1987) sondern steht auch als psychische Widerstandskraft in unmittelbarer Wechselwirkung zum Recoveryprozess (vgl. Amering, Schmolke, 2012, S. 50ff.).

3.4.2 Empowerment

Empowerment hat seine Wurzeln in der Bürgerrechtsbewegung der schwarzen Bevölkerung in den USA. In den 1960er Jahren wurde der Terminus von der ‚Independent-Living-Bewegung‘⁵⁴ in Kalifornien übernommen. Die Emanzipation sozial benachteiligter Gruppen und die Durchsetzung der Rechte auf Gleichbehandlung sind die Kerngedanken von Empowerment. Folglich war es zu jener Zeit keinesfalls eine Therapiemethode.

Die Soziale Arbeit erkannte jedoch die Vorteile der nutzerInnenorientierten Sichtweise und hat Empowerment als professionelles Konzept zur Unterstützung der Selbstbestimmung der KlientInnen verinnerlicht und etabliert. Mazouz (2011) unterstreicht daher die unterschiedlichen Facetten, wie Empowerment verstanden werden kann, nämlich als „ein politischer Prozess, ein Prozess der individuellen Entwicklung, oder auch eine professionelle Grundhaltung“ (S. 61). Der Terminus Empowerment ist heutzutage in einer Vielzahl von Leitbildern sozialer Einrichtungen zu finden. Viele SozialarbeiterInnen würden sagen, empowermentorientiert zu arbeiten. Empowerment ist keine neue Methode, sondern erfordert ein verändertes Rollenverständnis (vgl. Hammer, Plößl, 2012, S. 26), welches nun skizziert werden soll.

Im Fachlexikon für Soziale Arbeit wird Empowerment mit Selbstbemächtigung, -befähigung und „Stärkung von Autonomie und Eigenmacht“ (Herriger, 2011, S. 232) übersetzt. Unter Empowerment werden jene Arbeitsansätze in der psychosozialen Arbeit zusammengefasst, „die die Menschen zur Entdeckung ihrer

⁵² Buckner et al., 2003

⁵³ Cicchetti und Rogosch, 1997

⁵⁴ Innerhalb dieser Bewegung schlossen sich körperbehinderte Menschen zusammen, „um gemeinsam gegen gesellschaftliche Benachteiligung und für ihre Eigenständigkeit zu kämpfen“ (Mazouz, 2011, S. 61).

eigenen Stärken ermutigen und ihnen Hilfestellungen bei der Aneignung von Selbstbestimmung und Lebensautonomie vermitteln“ (ebd.). Demnach ist das Ziel von Empowerment, die vorhandenen Fähigkeiten hin zu einer autonomen Lebensorganisation zu stärken und Ressourcen freizusetzen, die nötig sind, um „eigene Lebenswege und Lebensräume selbstbestimmt gestalten zu können“ (ebd.). Innerhalb des Empowerment-Konzeptes werden KlientInnen als kompetente AkteurInnen wahrgenommen, die ihr Lebenssetting eigenbestimmt gestalten. „Dieses Vertrauen in die Stärken der Menschen, in produktiver Weise schmerzliche Lebensbelastungen zu verarbeiten, eigene Kräfte zu entwickeln und ihre individuellen und kollektiven Ressourcen für eine selbstbestimmte Lebensführung zu nutzen, ist das Leitmotiv der »Philosophie der Menschenstärken«, die für die E-Praxis grundlegend und leitend ist“ (ebd.).

Innerhalb einer empowermentorientierten Arbeitsweise liegt der Fokus auf den Stärken der KlientInnen. Durch die Anerkennung des/ der KlientIn als ExpertIn können symmetrische Arbeitsbeziehungen konstruiert werden. Dazu müssen die Professionellen jedoch auf „Insignien von Expertenmacht verzichten“ (Vossebrecher, Jeschke, 2007, S. 60) und sich auf einen „Interaktionsmodus konsensorientierter Aushandlung einlassen“ (ebd.). Das Empowerment-Konzept stellt somit auch eine „Kritik am Paternalismus professionellen Handelns“ (ebd., S. 55) dar. Vossebrecher und Jeschke (2007) erheben hierbei den Einwand, dass sich auch innerhalb von selbstorganisierten Gruppen informelle Machtstrukturen herausbilden. Darüber hinaus seien die asymmetrischen Beziehungen zwischen Professionellen und KlientInnen gesellschaftlich konstruiert und präformiert und können nicht ohne Weiteres abgelegt werden (vgl. ebd.). Sie beleuchten daher den Aspekt der verdeckten Machtverhältnisse (z. B. in Bezug auf gesellschaftliche Ungleichheiten, durch die Menschen marginalisiert werden). Diese Perspektive kann im Rahmen der Masterthesis nicht ausführlich diskutiert werden, so dass auf die Literatur von Vossebrecher und Jeschke (2007) verwiesen werden muss.

Um gleichberechtigte Arbeitsbeziehungen initiieren zu können, ist es wichtig, dass die KlientInnen alle notwendigen Informationen in verständlicher Sprache zur Verfügung gestellt bekommt, um in einem weiteren Schritt Entscheidungen

selbstbestimmt treffen zu können. Diese sollten Professionelle aus einem veränderten Rollenverständnis heraus akzeptieren, begleiten und den/ die KlientIn bei der Umsetzung unterstützen. Das bedeutet im Umkehrschluss nicht, dass alle Entscheidungen der KlientInnen hingenommen werden müssen. Vielmehr können sich die Professionellen als Unterstützung und Klärungshilfe bei der Entscheidungsfindung anbieten. Demnach können mit Erlaubnis des/ der KlientIn auch kritische Einwände und Hinweise gegeben werden. Dennoch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass jeder Mensch ein Recht auf Irrtum und Risiko hat, das es zu respektieren gilt (vgl. Hammer, Plößl, 2012, S. 26f). Fehler zu machen und daraus die Lehren zu ziehen ist ein wichtiger Lernprozess und gleichzeitig eine notwendige Bedingung für Empowerment (vgl. Mazouz, 2011, S. 62). Folglich soll innerhalb dieser gleichberechtigten Arbeitsbeziehungen auf das Attribut der ‚bevormundenden Fürsorglichkeit‘ seitens der Professionellen verzichtet werden.

Darüber hinaus ist die ‚Verantwortung für den Arbeitsvertrag‘ gleich verteilt. An dieser Stelle betonen Hammer und Plößl (2012) zu Recht, dass es keine „Verpflichtung zum Empowerment“ (S. 27) gibt. KlientInnen entscheiden selbst, wie selbstständig sie in der jeweiligen Lebensphase agieren und entscheiden wollen. Somit muss auch die Entscheidung, die Verantwortung vorübergehend an professionelle Fachkräfte abzugeben, um sich beispielsweise zu entlasten, respektiert werden. Knuf (2006) spricht in diesem Zusammenhang von einem Grundrecht auf „minimale Aktivität“ (S. 78). Dieses Recht wird in psychiatrischen Kontexten vermehrt als Krankheitsfolge interpretiert, „der therapeutisch-pädagogisch zu Leibe gerückt werden muss“ (ebd., S. 79).

Wichtig für ein empowermentorientiertes Arbeiten ist, dass KlientInnen reale Entscheidungsspielräume offeriert werden. Nur unter der Voraussetzung von attraktiven Alternativen können selbstbestimmte Entscheidungen getroffen werden. Die KlientInnen sollen darin bestärkt („empowered“) werden die eigene Meinung wahrzunehmen und zu vertreten. Eine zentrale Aufgabe der Professionellen besteht darin, von ihrer ExpertInnenmacht zurückzutreten und Prozesse der Selbstbefähigung nicht zu behindern (vgl., ebd., S. 27ff).

Knuf (2007) appelliert daher an eine Haltung der „passiven Aktivität“ (S. 37). Dies bedeutet, dass professionelle Fachkräfte nur da aktiv werden, wo Prozesse nicht in Gang kommen oder ihre professionelle Unterstützung ausdrücklich gewünscht ist. Knuf (2006) verweist darauf, dass gerade durch das Nichthandeln der Professionellen die Eigenaktivität der KlientInnen gefördert werden kann (S.81). „Das angemessene Ausmaß an praktischer Hilfe und Unterstützung, an Rat und Anregung sowie an Zurückhaltung und Ermutigung muss bei jedem Menschen neu herausgefunden werden und kann sich auch über die Zeit verändern“ (Hammer, Plözl, 2012, S. 31). Durch den Beziehungsmodus des partnerschaftlichen Aushandelns verändert sich die berufliche Identität der Sozialen Arbeit (vgl. Herriger, 2011, S. 232f).

Soziale Arbeit vor dem Hintergrund des Empowerment-Konzeptes bedeutet eine empathische und unterstützende „Lebensweg-Begleitung, die Menschen in Zeiten der Lebensveränderung ermutigt und unterstützt und ihnen strukturelles Rückgrat für individuelle und kollektive Prozesse der Selbstbefreiung ist“ (ebd., S. 233). Amering und Schmolke (2012) unterstreichen die Bedeutung der erlebten Selbstwirksamkeit. Innerhalb des Empowerment-Konzeptes wird davon ausgegangen, dass (stigmatisierte) Menschen als aktive TeilnehmerInnen der Gesellschaft das Bestreben haben, ihre soziale Umwelt zu verstehen und positiv zu beeinflussen. Die Überwindung von Belastungen und Barrieren wird als erfüllender Prozess gesehen, der mit einem Gefühl der Selbstwirksamkeit aufgrund der eigenen Leistungen einhergeht (vgl. S. 244). Mazouz (2011) verweist in ihren Ausführungen auf den zentralen Stellenwert, den Empowerment innerhalb des Recoveryprozesses einnimmt. Demnach sind Recovery und Empowerment untrennbar miteinander verbunden (vgl. S. 63).

3.5 Bestehende Hindernisse

3.5.1 Diagnosen

Wenn ein Mensch einem anderen Menschen erzählt, dass er krank ist, wird er häufig mit der Frage nach der Krankheitsbezeichnung („was hast du denn?“) konfrontiert. Hunold und Rahn (2000) verweisen darauf, dass die Frage nach der Diagnose „selbstverständlich, automatisch und unverzichtbar mit dem allgemeinen Verständnis von Krankheit verbunden“ (S. 100) ist. (Psychiatrische) Diagnosen dienten ursprünglich der Verständigung unter den Professionellen und hatten für die Betroffenen nur einen indirekten Nutzen (z. B. in Form von Entlastung, da Problemstellungen z. T. eingegrenzt und zugeordnet werden können oder der Zustand als Ausdruck einer Krankheit verstanden werden kann). „Ein direkter Nutzen ergibt sich erst, wenn Informationen zugänglich sind, welche die Bedeutung der Diagnose Laien verständlich machen“ (ebd., S. 101). Im Idealfall können mittels einer Diagnose die bislang unternommenen Schritte leichter bewertet werden, wobei verschiedene Diagnosen unterschiedliche Bewältigungsformen bedürfen. Auf diese Weise können die Betroffenen mehr Souveränität im Umgang mit der Erkrankung erfahren (vgl. ebd., S. 102).

In der Realität zeigt sich jedoch häufig ein anderes Bild. Der Diagnose einer schizophrenen Psychose wird bis heute nicht selten mit Pessimismus begegnet. Viele Betroffene berichten, z. B. in Psychoseseminaren, die Diagnose als Urteil über die eigene Person, den Charakter, die Zukunft und die soziale Rolle zu erleben. Heutzutage ist die Prognose für den Krankheitsverlauf viel günstiger, als noch vor einigen Jahrzehnten. Das hat vorrangig mit den veränderten Behandlungs- und Lebensumständen der Betroffenen zu tun.

Amering und Schmolke (2012) sehen den Ursprung für die noch immer anhaltende, negative Prognose u. a. in einer kleinen Untergruppe von Betroffenen, die eine hohe Wiederaufnahmerate in psychiatrischen Kliniken haben (vgl. S. 175). Aktuell wird in der Fachliteratur eher davon ausgegangen, dass die sozialen Umstände, etwa der soziale Entwicklungsstand bei Krankheitsausbruch oder das soziale Leben während und mit der Erkrankung, und die ökonomischen Bedingungen den Krankheitsverlauf wesentlich beeinflussen (vgl. ebd.). Amering

und Schmolke (2012) stellen die Hypothese auf, dass der Blick auf den natürlichen Krankheitsverlauf einer Schizophrenie zu pessimistisch und der Blick auf das, was durch eine adäquate Behandlung erreicht werden kann, zu optimistisch ist. Dies begründen sie damit, dass der Krankheitsverlauf einer schizophrenen Psychose in den westlich industrialisierten Ländern kaum besser ist, als in den sich entwickelnden Ländern.

Häufig wird vor dem Hintergrund einer Überbetonung der medikamentösen Behandlung die psychosoziale (Nach-) Versorgung vernachlässigt. Nicht selten resultiert das Phänomen der sogenannten ‚Drehtür-PatientInnen‘ aus einer Unterversorgung evidenzbasierter Interventionen im psychosozialen Bereich. Die Betroffenen kehren nach einem Klinikaufenthalt häufig in ungeeignete soziale Situationen zurück, mit einer Vielzahl von Risikofaktoren und mangelnder (professioneller) Unterstützung. Diese Faktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls (vgl. S. 176ff.). Ein ungünstiger Krankheitsverlauf ist folglich eher die „Folge der Interaktion zwischen der einzelnen Person und ihrer sozialen und ökonomischen Welt“ (Warner, 2007 zit. n. Amering, Schmolke, 2012, S. 182). Sander (2012) definiert Interaktionen als „soziale Situationen, in denen Individuen körperlich anwesend sind, so dass sie sich wechselseitig wahrnehmen können“ (S. 17). Je mehr Ebenen diese Interaktion mit einschließt, desto besser ist dies für den Verlauf. Die ABC-Studie von Häfner, Maurer und an der Heiden (2013) unterstreicht, dass eine schizophrene Psychose keine progredient verlaufende Erkrankung ist. In der Studie sind über 100 PatientInnen über die Zeit vor ihrer Erkrankung befragt worden und 12 Jahre lang, von Januar 1987 bis Ende 1998, nachuntersucht worden. Es zeigte sich, dass die Phase mit den schwersten sozialen Schäden i. d. R. die erste Phase der Erkrankung ist. Mittel- und langfristig lassen sich andere Resultate beobachten (s. Tab. 3).

Klinische Merkmale	ABC-Kohorte (n=107)	
	Erstaufnahme (%)	Follow-up (%)
Soziale Behinderung (DASgesamt ≥ 2)	57,9	19,6
Wahn, Halluzination (PSE-DAH ≥ 2)	95,3	15,9
Sprache, Verhalten (PSE-BSO ≥ 2)	95,3	51,4
Affektverminderung (SANS global >2)	29,5	5,6
Alogie/Paralogie (SANS global >2)	17,1	2,8
Abulie/Apathie (SANS global >2)	39,4	23,6
Anhedonie (SANS global >2)	37,9	16,3
Aufmerksamkeit (SANS global >2)	29,8	9,9

DAS Skala zur Einschätzung sozialer Behinderung, *PSE* Present State Examination, *PRS* Psychological Impairment Rating Schedule, *SANS* Scale for the Assessment of Negative Symptoms.

Tab. 3 Klinische Merkmale bei Erstaufnahme und im Langzeit-Follow-up (12,3 Jahre) (vgl. Häfner u. a. (2013), S. 1098)⁵⁵

Im Hinblick auf die Diagnostik lässt sich positiv feststellen, dass eine Vielzahl an Diagnosen im Laufe der Zeit objektiver und zuverlässiger geworden ist. Die internationalen Diagnoseklassifikationssysteme (DSM, ICD) werden in regelmäßigen Abständen überarbeitet und aktualisiert. Dennoch bleibt es nicht aus, dass sich Diagnosen weitestgehend auf Problembestandteile fokussieren. Auf diese Weise können sie zwar helfen, zwischen Ursachen und Auswirkungen einer seelischen Erkrankung zu differenzieren. Allerdings geht eine Diagnosestellung häufig auch mit einem Gefühl der Angst einher. Hunold und Rahn (2000) betonen, dass sich viele Betroffene „nichts Konkretes unter einer »seelischen Störung« vorstellen [können, A. S.] und befürchten, die Kontrolle zu verlieren, »durchgedreht« zu sein, sich auf sich selbst nicht mehr verlassen zu können“ (S. 127). Die Betroffenen fühlen sich z. T. samt ihrer ganzen Persönlichkeit in Frage gestellt. Dieser Umstand wird durch eine Vielzahl von Vorbehalten innerhalb der Gesellschaft geschürt. Diese Vorurteile entstehen beispielsweise durch einen Mangel an Informationen oder auch durch Sensationsmeldungen über psychisch kranke Menschen in den Medien.

⁵⁵ Anmerkung: In den Ausführungen der ABC-Studie verweisen die Autoren darauf, dass es in den 134 Monaten „zu 333 psychotischen Rückfallepisoden von mindestens 14-tägiger Dauer nach und vor einer mindestens 4-wöchigen Symptominderung“ (Häfner u. a., 2013, S. 1102) kam.

Der Informationsmangel über psychiatrische Erkrankungen hat seinen Ursprung in der Geschichte der Psychiatrie, die lange Zeit Diffamierungen ausgesetzt war, was eine Ausgrenzung begünstigte. Eine gesellschaftliche Öffnung erfolgte erst in den 1970er Jahren (vgl. ebd., S. 128f). Nicht selten ist innerhalb von Presseartikeln das Wort ‚schizophren‘ zu lesen. Häufig drücken die JournalistInnen damit aus, dass ein Verhalten für den/ die BeobachterIn nicht nachvollziehbar oder undurchschaubar ist. Hunold und Rahn (2000) unterstreichen daher, dass derartige Vorstellungen mit der Diagnose einer schizophrenen Psychose nichts gemeinsam haben (vgl. S. 129).

Aufgrund der facettenreichen Verläufe von psychiatrischen Erkrankungen, allen voran der Schizophrenie, sollte es möglich sein, sowohl positive, als auch negative Prognosen in Zweifel zu ziehen. Offen bleibt die Frage, wer die Definitionsmacht inne hat, darüber zu entscheiden, wann eine Erkrankung überwunden ist (vgl. ebd., S. 131).

3.5.2 Mythos Unheilbarkeit

1896 definierte Kraepelin erstmals die Dementia praecox. Hierbei beschrieb er eine progredient verlaufende Erkrankung, die in einem Zustand „vorzeitiger Verblödung“ (Stitz, 2011, S. 4) ende. Die Idee dieser vermeintlich chronisch fortschreitenden Erkrankung wurde bereits 15 Jahre später durch Bleuler korrigiert. Er machte in seinem Werk „dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien“ (1911) u. a. auf die facettenreichen Krankheitsverläufe aufmerksam, wodurch Kraepelins Annahme revidiert wurde. Obwohl Kraepelins Beschreibung inzwischen schon 117 Jahre her ist, hält sich noch immer der Mythos der Unheilbarkeit (Amering, Schmolke, 2012, S. 163). Amering und Schmolke (2012) verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass die meisten Erkrankungen nicht durch ihren Verlauf gekennzeichnet sind, sondern durch eine bestimmte Konstellation von Symptomen (die unterschiedlich ausgeprägt sind und unterschiedlich lang anhalten). Folglich ist auch ein gesundes und sinnvolles

Leben trotz länger andauernder Krankheitsverläufe möglich. Hierbei liegt ein deutlicher Fokus auf den Phasen zwischen den psychotischen Schüben.

In den vergangenen Jahren hat sich die psychiatrische Behandlung rasant weiterentwickelt. Neue medikamentöse, psychotherapeutische und sozialtherapeutische Ansätze konnten sich implementieren und erhöhen die Lebensqualität der Betroffenen. Dennoch leiden Viele unter dem Etikett ihrer Schizophrenie-Diagnose und dem damit einhergehenden „Damoklesschwert der »Unheilbarkeit«“ (ebd., S. 164), das den Genesungsprozess behindert. Selbst chronische Krankheitsverläufe sind kein Indiz für Unheilbarkeit. Chronisch leitet sich aus dem Griechischen ab (Chronos) und bedeutet so viel wie ‚Zeit‘. Wird also in der Fachliteratur von einem ‚chronischen Krankheitsverlauf‘ gesprochen, meint dies, dass sich die Erkrankung eher langsam entwickelt und verläuft. Die entsprechenden Antonyme hierzu sind ‚akut‘⁵⁶ und ‚perakut‘⁵⁷.

Die Betroffenen haben demnach Zeit, Informationen bzgl. des Krankheitsbildes einer Schizophrenie zu sammeln. Mit Hilfe dieses Wissens können die Symptome kontrolliert, und die Beeinträchtigungen im Alltag verringert werden. Durch einen geeigneten Umgang mit der eigenen Vulnerabilität und eine präventive Behandlung soll das Ziel erreicht werden, ein Leben zu führen, das durch das „Ausbleiben von Erkrankungsphasen“ (Amering, Schmolke, 2012, S. 165) gekennzeichnet ist. Wenn mit Chronizität Hoffnungs- und Tatenlosigkeit einhergeht („therapeutischer Nihilismus“ (Stitz, 2011, S. 4)), so kann dies tatsächlich zu einer selbsterfüllenden Prophezeiung führen, die sich in Form einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausdrückt. Daher plädieren Amering und Schmolke (2012) für die Notwendigkeit einer hoffnungsvollen Haltung innerhalb der psychiatrischen Arbeit. „Das muss zuallererst jede und jeder bei sich selbst angehen. Integrative multidimensionale Konzepte psychiatrischer Behandlung sollten ihre Basis in einer positiven Haltung und in einer Reduktion der

⁵⁶ ‚actus‘ (griech.) = scharf, spitz; „Akut bedeutet im medizinischen Kontext, dass eine Erkrankung sich rasch entwickelt und dann auch nur eher kurz – also Tage oder wenige Wochen – dauert.“ (Amering, Schmolke, 2012, S. 164)

⁵⁷ „Perakutue Erkrankungen treten noch rascher auf und dauern noch kürzer. Sie enden häufig mit dem Tod.“ (Amering, Schmolke, 2012, S. 164)

vorherrschenden Skepsis gegenüber der Möglichkeit der Gesundung finden“ (S. 167).

3.6 Stigmatisierungen

Obwohl es eine Vielzahl an Fachliteratur zum Phänomen Stigmatisierung gibt, stellt sie bis heute eine der größten Hürden für die Behandlung schizophrener Psychosen dar. Dadurch sind Interventionen mitunter erheblich erschwert, oder eine Behandlung wird erst gar nicht in Betracht gezogen. Die Auswirkungen von Stigmatisierungen werden häufig unterschätzt. Der Umgang der Betroffenen mit einer psychiatrischen Diagnose hat einen entscheidenden Einfluss auf den Gesundungsprozess. Schaffen sie es ihr Selbstwertgefühl zu erhalten/ wieder aufzubauen? Können sie die Diagnose annehmen oder interpretiert sie sie als Urteil (vgl. Knuf, o. J.)?

Scheerer (2011) definiert Stigmatisierung als „die entehrende und vom normalen gesellschaftlichen Umgang ausschließende Bewertung von körperlichen Merkmalen und/ oder (Verhaltens-) Auffälligkeiten eines Menschen. [Stigmatisierungen, A. S.] entstehen wie andere Etikettierungen (Labeling approach), indem aus der Fülle tatsächlicher und möglicher Eigenschaften eine Auswahl getroffen und einer Person oder Klasse von Personen zugeschrieben wird (selektive Zuschreibung). Diese Zuschreibung erfolgt hierarchisiert, [...], A. S.] sektoriell-rollenspezifisch“ (S. 880). Stigmatisierte Menschen stehen diesen Prozessen hilflos gegenüber. Ob und ab wann ein Verhalten als ‚abweichend‘ gilt ist das Resultat gesellschaftlicher und sozialer Konstruktion. Diese repräsentieren die „jeweiligen Normen einer Gesellschaft sowie normative Verhaltenserwartungen für spezifische Situationen“ (Sander, 2012, S. 26). Menschen orientieren sich an den Werten und Überzeugungen ihres Umfeldes.

Das ist sowohl im Kindesalter, als auch bei Erwachsenen zu beobachten. Die Standards der Mehrheit der Gesellschaft für ‚Normalität‘ werden mit der Zeit verinnerlicht und die daraus resultierenden Zuschreibungen in das Selbstbild

übernommen (vgl. ebd.). Hierbei entwickelt sich die Instanz des „inneren Kritikers“ (Knuf, o. J.). Vermehrt richten Betroffene die bestehenden gesellschaftlichen Beurteilungen nach dem „Konzept der Selbststigmatisierung“ (Amering, Schmolke, 2012, S. 226) gegen sich selbst. Sie glauben, weniger wert zu sein als andere, und leiden in der Folge unter einem geringen Selbstwertgefühl.

Goffman⁵⁸ (1975) unterstreicht, dass durch Stigmatisierungen eine gewöhnliche „Person zu einer befleckten, beeinträchtigten herabgemindert“ (S. 11) und folglich von „sozialer Akzeptierung ausgeschlossen“ (ebd., S. 7) wird. Finzen (2001) spricht im Kontext von Vorurteilen, Diffamierungen, Stigmatisierungen und Schuldzuweisungen, denen die Betroffenen ausgesetzt sind, von einer zweiten Erkrankung, deren Konsequenzen gleichsam auch die (unmittelbaren) Angehörigen betreffen. Eine Stigmatisierung ist zugleich eine Zuweisung und Empfindung. Letztere bezieht sich z. B. auf die Gefühle Scham und Schuld. Der Umgang mit den Stigmatisierungen sollte folglich ein fester Bestandteil der Psychosebehandlung darstellen, weil sämtliche soziale Interaktionen durch individuelle Vorannahmen geprägt sind, die dem Gegenüber entgegengebracht werden (vgl. S. 24, S. 178f, vgl. Groß, 2000, S. 41). Ausgehend von einem situationsbezogenem Konzept der Identität grenzt Goffmann (1975) die virtuelle von der „aktualen sozialen Identität“ (S.10) ab. Sie beschreibt real existierende Personeneigenschaften, während unter virtueller sozialer Identität eher die erwarteten Eigenschaften, also beispielsweise Vorurteile, zusammengefasst werden. Zwischen beiden Identitäten liegt eine Diskrepanz, die dem/ der Einzelnen nicht bewusst ist. Durch die Übertragung negativer Attribute auf eine Person ist die Stigmatisierung auch als Generalisierung gekennzeichnet (vgl. Grausgruber, 2005, S. 21, vgl. Mazouz, 2011, S. 19).

Wie bereits in den vorherigen Kapiteln erläutert, hat die Ausgrenzung psychisch kranker Menschen eine lange Geschichte. Obwohl psychisch kranke Menschen mittlerweile mehr Unterstützung innerhalb der Gesellschaft erhalten, gibt es noch immer trennende Tendenzen innerhalb der Gesellschaft. Trotz gemeindenahen

⁵⁸ Goffmans Labgeling- oder Etikettierungsansatz gehört zu den bedeutenden soziologischen Einflüssen auf die psychiatrische Entwicklung innerhalb der vergangenen Jahrzehnte (vgl. Bosshard, Ebert, Lazarus, 2007, S. 31)

Versorgung, Enthospitalisierung und wachsenden Inklusion, sind Betroffene einer schizophrenen Psychose noch immer einer Vielzahl von Vorurteilen und Stereotypen ausgesetzt, die den Alltag und das Leben mit der Erkrankung deutlich belasten (vgl. Mazouz, 2011, S. 19).

Für Stigmatisierungen gibt es unterschiedliche Ursachen. Zu den drei Häufigsten gehören vorrangig fehlende Informationen über das Krankheitsbild und über Betroffene; Fehlinformationen durch die Medien und sogenannte Abwehrprozesse. Letztere drücken sich beispielsweise in der Annahme aus, dass es derartige Erkrankungen in der eigenen Familie nicht gibt. Innerhalb der eigenen Verwandtschaft fällt es schwer zu akzeptieren, dass jemand nicht genug Energie hat, um bestimmte Aufgaben zu erledigen. Überforderungen zeigen sich durch Aussagen wie: „Jetzt rei dich zusammen!“. An dieser Stelle ist es notwendig, gemeinsam nach individuellen Lösungen zu suchen, mit denen alle Beteiligten leben können. Gerade zu Beginn der Auseinandersetzung mit der Erkrankung einer schizophrenen Psychose stellt sich häufig noch immer die ‚Schuldfrage‘ (vgl. Amering, Schmolke, 2012, S. 225f).

Amering und Schmolke (2012) verweisen in ihren Ausführungen auf Angermeyer und Matschinger⁵⁹, die 2001 in Deutschland eine Bevölkerungsbefragung (Einstellungsforschung) durchgeführt haben. Innerhalb dieser Befragung sollten 5025 Menschen u. a. Eigenschaften benennen, die sie schizophrenen Menschen zuordnen. Eine Vielzahl der Befragten nannten: Hilflosigkeit, Hilfebedürftigkeit, Abhängigkeit, Bedrohlichkeit, Gefährlichkeit und einen Mangel an Selbstbeherrschung. Auf die Frage, nach der emotionalen Reaktion gegenüber Betroffenen ußerten 60 Prozent den ‚Wunsch zu helfen‘. 34–48 Prozent antworteten mit Unbehagen, Unsicherheit, Angst und Empathie (vgl. S. 229f). Angermeyer und Matschinger analysieren in ihren Ausführungen ausführlich das umfangreiche Datenmaterial aus der o. g. Befragung, so dass an dieser Stelle darauf nicht weiter eingegangen werden und an die entsprechende Literatur (s. Fußnote) verwiesen werden soll.

⁵⁹ Angermeyer, M.C./ Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (38). 526 – 534.

In einer Vielzahl von Anti-Stigma-Kampagnen werden biologische Erklärungsmodelle für das Entstehen von schizophrenen Psychosen herangezogen. Auf diese Weise sollen die Betroffenen weniger mit der Schuldfrage, die vermehrt bei stigmatisierenden Einstellungen zu beobachten ist, konfrontiert werden. Amering und Schmolke (2012) verweisen in diesem Kontext noch einmal auf die o. g. Bevölkerungsbefragung und unterstreichen, dass rein biologische Erklärungsmodelle tendenziell den Wunsch nach sozialer Distanz fördern. Weiterhin machen die Autorinnen auf den Aspekt des sogenannten iatrogenen Stigmas aufmerksam. Ein iatrogenes Stigma ist ein durch ärztliches Einwirken entstandenes Stigma (vgl. 231). Sartorius (2002) unterstreicht daher im Besonderen, dass Iatrogen in der Einstellung und dem Verhalten der (sozial-) psychiatrischen HelferInnen beginnt (vgl. S. 1470f). Betroffene äußern innerhalb von Psychoseseminaren, dass sie nach der Diagnosestellung weniger kompetent behandelt werden. Weiterhin berichten sie auch nicht selten von Stigmatisierungen innerhalb von Interaktionen mit professionellen HelferInnen (z. B. durch Resignation der HelferInnen). Dies erscheint paradox vor dem Hintergrund, dass die Betroffenen innerhalb institutionalisierter professioneller Kontexte Stigmatisierungen überwinden wollen (vgl. Sander, 2012, S. 26).

Um Stigmatisierungen zu vermeiden, reagieren einige Betroffene mit sozialem Rückzug und Kontaktvermeidung. Sie fürchten direkte Verletzungen und abwertenden Bemerkungen seitens des Gegenübers. Folglich kommen vermehrt drei Methoden im Umgang mit Stigmatisierung(en) zur Anwendung: ein offener Umgang; ein defensiver Umgang (Kontaktvermeidung) oder ein defensiver Umgang, der sich durch eine Art Geheimhaltung der Diagnose ausdrückt. In der Regel wenden die Betroffenen in Abhängigkeit ihres Gegenübers alle drei Formen an.

Stigmatisierung stellt ein großes Hindernis für Recovery dar, da stigmatisierte Personen eher dazu neigen, sich in die Stereotypen hineinzusteigern und diese als zutreffend akzeptieren. Die damit einhergehenden Schamgefühle hindern Betroffene an einer Genesung nach einem akuten psychotischen Schub, was zu fortdauernden Beeinträchtigungen führen kann. Diese internalisierten Stigma

müssen daher unbedingt in der klinisch psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit berücksichtigt werden (vgl. Amering und Schmolke, 2012, S. 236f). Finzen (2001) unterstreicht in seinen Ausführungen die Notwendigkeit, als ersten Schritt, das entgegengebrachte Stigma als Ungerechtigkeit zu begreifen und zu reagieren auch wenn dies schwer fällt (vgl. S. 185).

4. Recovery und die Bedeutung für die professionellen Fachkräfte

Wie bereits in den vorherigen Kapiteln verdeutlicht wurde, war das psychiatrische Arbeitsfeld bislang einer Vielzahl von kontinuierlichen Wandlungen unterzogen. Diese Entwicklung wird sich wohl auch in naher Zukunft nicht ändern. Recovery wurde als Ziel in die S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie der Dt. Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde formuliert (DGPPN, 2013, S. 32). Dies verdeutlicht, dass das Recoverykonzept mehr und mehr in der Praxis Einzug erhält. In England beispielsweise sind die Recovery-Grundsätze ein Teil der Richtlinien zur psychischen Gesundheitspolitik⁶⁰. Dennoch gibt es im deutschsprachigen Raum bislang noch immer eine Vielzahl an Kliniken und MitarbeiterInnen, die mit dem Terminus ‚Recovery‘ nicht vertraut sind (vgl. Zuaboni, Schulz, 2013, S. 103). Farkas (2013) verweist in ihren Ausführungen auf den Zustand von psychischen Erkrankungen ‚recovered‘ zu sein, der über den Zustand der Rehabilitation hinausgeht.

Das nun folgende Kapitel wird sich daher auf die Bedeutung von Recovery für die Professionellen beziehen. In diesem Kapitel sollen zum Einen die Herausforderungen der Implementierung (4.1), die Notwendigkeit des gemeinsamen Austausches und Dialog (4.2) und die Recovery-Faktoren innerhalb

⁶⁰ „Das jüngste Strategiepapier aus dem Gesundheitsministerium, »No Health Without Mental Health« (»Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit«) beschreibt als eines der sechs wichtigsten Ziele, dass »mehr Menschen mit psychischen Problemen wieder genesen.« (HMG/DH 2011, S. 7 zit. n. Repper, Shepherd, Perkins & Boardman, 2013, S. 91). Darüber hinaus „sollen Menschen mit psychischen Problemen bessere Lebensqualität, mehr Empowerment, stärkere soziale Beziehungen und mehr Sinn in ihrem Leben erfahren“ (ebd.)

von therapeutischen Beziehungen (4.3) verdeutlicht werden. Dennoch sei an dieser Stelle darauf verwiesen, „dass Menschen sowohl mit als auch ohne die Inanspruchnahme von professionellen Diensten »recovern«“ (Farkas, 2013, S. 79).

4.1 Herausforderungen bei der Implementierung recovery-orientierter Konzepte

Recovery kann nur in Institutionen implementiert werden, wenn vorab das gesamte System entsprechend transformiert wird, so dass in psychiatrischen Einrichtungen und Diensten Recoveryprozesse der KlientInnen unterstützt werden können. Demnach müssen die handlungsleitenden Paradigma der einzelnen Institutionen verändert bzw. angepasst werden. Farkas (2013) fasst dies wie folgt zusammen: Gesucht wird nach „einer Transformation, in der die Vision von Recovery die leitende Vision und integrative Kraft für alle in einem bestimmten Feld agierenden Dienste darstellt.“ (S. 79). Um dies zu realisieren muss klar definiert werden, welchen Beitrag der entsprechende Dienst für den einzelnen Betroffenen innerhalb des individuellen Recoveryprozesses leisten kann. Hierbei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Betroffenen so viel Kontrolle wie möglich über ihr Leben und Krankheitsmanagement haben. Die Definition eines ‚bedeutungsvollen Lebens‘ geht allein von den Betroffenen aus. In den dialogischen Psychoseseminaren (s. Kapitel 4.2) wird ebenfalls vermehrt deutlich, dass Betroffene eine Recoveryorientierung in der Behandlungspraxis vermissen. Dies ist u. a. dem Umstand der Vielzahl an verschiedenen Stellen und AnsprechpartnerInnen im Gesundheitswesen geschuldet, deren Aufgabenbereiche sehr unterschiedlich sind. Darüber hinaus kommt erschwerend hinzu, dass die unterschiedlichen Stellen nur unzureichend miteinander kommunizieren bzw. zum Teil gar nichts voneinander wissen (vgl. ebd., S. 79f).

Ohne diese näher zu beschreiben verweist Farkas (2013) auf Fokusgruppeninterviews, in denen Betroffene gefragt worden sind, woran sie

erkennen, einen „Recoveryzustand“ (S. 81) erreicht zu haben. Diese machten dies an folgenden Parametern deutlich:

- anerkannte Rolle (wieder-)finden (z. B. als Arbeitender, Familienmitglied, Student);
- Erfolg und Zufriedenheit innerhalb dieser Rollen;
- Symptome reduzieren/ kontrollieren;
- Selbstwirksamkeit stärken;
- mehr soziale Kontakte;
- subjektives Wohlbefinden;
- mehr Zeichen physischer Gesundheit;
- mehr Selbstvertrauen (vgl. ebd.)

Wie aus dieser Aufzählung deutlich wird gibt es verschiedene und individuell sehr unterschiedliche Ergebniskriterien innerhalb der Fokusgruppeninterviews. Daran anschließend stellt sich die Frage, ob psychiatrische Institutionen diesen Kriterien gerecht werden bzw. bei der Umsetzung unterstützend mitwirken können. Bei der Implementierung von Recovery in eine Institution liegt der Fokus auf den handlungsleitenden Werten innerhalb der Institution, den sogenannten drei C's: „Culture, Commitment, Capacity“⁶¹ (ebd., S. 82). Repper, Shepherd, Perkins und Boardman (2013) unterstreichen in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit der Berücksichtigung der organisatorischen Kontexte innerhalb der Institutionen (Leitung/ Begleitung von Personal, Führungsstil, Unternehmenskultur). Darüber hinaus muss eine neue Art von Aus- und Weiterbildung initiiert werden, in der „psychiatrisch Tätige und Nutzer[Innen, A. S.] gemeinsam neue Umgangsformen erlernen“ (S. 92). Eine recoveryförderliche Kultur innerhalb psychosozialer Einrichtung ist nur dann möglich, wenn die Ganzheitlichkeit des/ der Einzelnen gewahrt ist und der Fokus nicht nur auf den pathologischen Aspekten liegt.

Im Gegensatz zu tradierten Denk- und Handlungsweisen, sollen in recovery-zentrierten oder –orientierten Dienstleistungssystemen beim Gegenüber das

⁶¹ Kultur: Wie handeln wir, welche Werte haben wir?; Einsatz und Überzeugung: Wer ist bereit welchen Einsatz zu leisten? (impliziert auch GeldgeberInnen, PolitikerInnen etc.); Leistungsfähigkeit: Haben wir ausreichend Kompetenzen für die Recoveryförderung? (vgl. Farkas, 2013, S. 82)

„Gefühl von Stärke“ (Farkas, 2013, S. 87) gefördert werden. Der Fokus im Behandlungsalltag verliert daher seinen behütenden bzw. schützenden Charakter. Wie in Abbildung 13 verdeutlicht, soll sich recovery-orientierte Dienstleistungssysteme den Bedürfnissen der Betroffenen anpassen und nicht wie bisher umgekehrt. Diese Übersicht wirkt auf dem ersten Blick sehr polarisierend und wird auch einigen Institutionen nicht gerecht, die das Recovery-Konzept zunehmend in ihren Alltag integrieren. Dennoch gibt diese Übersicht (Abb. 13) einen guten Einblick in die zentralen Faktoren der anbieter- und personenzentrierten Angebote.

Anbieter- /Institutionszentriert:	Person- / Recovery-zentriert:
Macht über die Menschen	Erwecken der eigenen Stärke in den Menschen
Kontrollorientierung	Orientierung an Wahlmöglichkeiten
Risiko- und angstbasiert	Basiert auf Hoffnungen und Träumen
Klienten müssen sich dem Hilfesystem anpassen	Anpassung des Anbieters an den Klienten
Fördert Behinderungen und Erkrankungen	Förderung von Fähigkeiten und einem sinnvollen Leben

Abb. 13 Übersicht Versorgung vs. Recovery (vgl. Farkas, 2013, S. 88)

Repper u. a. (2013) verweisen in ihren Ausführungen auf das Projekt ‚Implementing Recovery-Organizational Change‘ (ImROC) am Centre for Mental Health in London/ England. Innerhalb dieses Projektes lag der Fokus auf auftretenden organisatorischen Problemen beim Versuch der Implementierung von Recovery innerhalb psychosozialer Hilfen. Dazu wurden über 300 Personen (u. a. professionell Tätige, ManagerInnen, NutzerInnen psychiatrischer Angebote etc.) befragt. Die eruierten organisatorischen Herausforderungen wurden 2009 mit dem Positionspapier: „Implementing Recovery – A New Framework for Organizational Change“ (Sainsbury Center for Mental Health, 2009)⁶² publiziert und sollen hier kurz skizziert werden:

⁶²verfügbar unter: http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/implementing_recovery_paper.pdf (11/2013)

- 1) Veränderung der Art und Qualität der alltäglichen Interventionen⁶³
- 2) umfassende, nutzerorientierte Aus- und Weiterbildungsprogramme;
- 3) Einführung eines Recovery-Schulungszentrums⁶⁴;
- 4) patientInnenzentrierte Kultur und Leitung⁶⁵;
- 5) Förderung der Personalisierung und Wahlmöglichkeiten;
- 6) Ausbildung und Einsatz von Peers (EX-IN, ‚Peer-Support‘⁶⁶);
- 7) Risikoeinschätzung und –management verändern⁶⁷;
- 8) Neudefinition der Nutzereinbindung⁶⁸;
- 9) Unterstützung der MitarbeiterInnen bei ihrer eigenen Recoveryreise;
- 10) verbesserte Rehabilitation und Teilhabe⁶⁹ (vgl. Repper u. a., 2013, S. 95).

Die AutorInnen verweisen auf die Notwendigkeit eines systematischen Ansatzes, der alle lokalen Akteure inkludiert, um die nötigen organisatorischen Veränderungen initiieren zu können (ebd.). Eine häufige Reaktion auf Recovery sind Aussagen wie z. B. „Das machen wir doch“ oder „Das ist ein gutes Konzept, aber leider nicht für unsere KlientInnen“. Zuaboni und Schulz (2013) unterstreichen in diesem Zusammenhang noch einmal die Notwendigkeit und den Mut seitens aller Beteiligten sich auf Risiken einzulassen und mit Risiken zu leben. Dies ist nur in einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit auf Augenhöhe möglich (S. 104). Bei der Literaturrecherche wird schnell deutlich, dass die Erfahrungen mit der praktischen Recovery-Arbeit in Deutschland bislang noch überschaubar sind.

⁶³ meint: Recovery-Prinzipien & Werte werden umgesetzt und sind allen Beteiligten vertraut

⁶⁴ Anmerkung: Diskussionen über zentrale Ausbildungen und partnerschaftliche Zusammenarbeit in nutzergeleiteten Weiterbildungsangeboten sind noch nicht abgeschlossen

⁶⁵ meint: Problemorientierung durch Ressourcenorientierung ablösen; Konzepte wie bsp. Hilfeplanungen, Überweisungen, Entlassungsvorbereitungen etc. könnten recovery-orientiert gestaltet werden

⁶⁶ bedeutet übersetzt so viel wie „Unterstützung durch Gleiche“ (Utschakowski, 2009, S. 14); im Vordergrund stehen nicht professionelle Methoden, sondern vielmehr der „gemeinsame Erfahrungshintergrund von Hilfesuchenden und Unterstützern“ (ebd.)

⁶⁷ meint: offene und transparente Risikoeinschätzung und Risikomanagement; MitarbeiterInnen sollen ihr Sicherheitsdenken hinterfragen

⁶⁸ meint: systemische Einbindung (z. B. NutzerInnen, Angehörige etc.) in der Planung und Erbringung von Hilfeangeboten → es gilt partnerschaftliche Zusammenarbeit)

⁶⁹ meint: Förderung sozialer Inklusion; Anti-Stigma-Arbeit, evidenzbasierte Interventionen; auf Seiten der Anbieter: ‚Supported Employment‘ (Kooperationen mit anderen Anbietern initiieren)

Dies kann nicht allein mit Innovationswiderständen innerhalb einer sich schnell entwickelnden Gesellschaft begründet werden. Häufig kommen eine Vielzahl an Vorurteilen und Stigmatisierungen (auch seitens psychiatrisch Tätiger) den Betroffenen gegenüber erschwerend hinzu. Zuaboni und Werder (2013) betonen dahingehend, dass der „Rollen-Wandel von der Patient[In, A. S.] zu einem Mitglied der Gesundheitsdienstleistung [..., A. S.] nirgends so schwer zu vollziehen [ist, A. S.] wie in der Psychiatrie“ (S. 113).

Dennoch erreichen Themen wie z. B. partizipative Behandlungsansätze, Selbstmanagement, Lebensqualität und Zuversicht zunehmend die psychiatrische und psychosoziale Praxis. Dieser Perspektivwechsel wurde vielfach durch Betroffene und Projekte wie ‚EX-IN‘ initiiert (vgl. Zuaboni, Schulz, 2013, S. 104). Die Zunehmende Einbeziehung von ‚Experten aus Erfahrung‘ verdeutlicht, dass die Psychiatrie einer Neuorientierung bedarf. Um hilfreicher(e) Unterstützungsmöglichkeiten anbieten zu können ist es wichtig, „die Erfahrungen psychischer Erschütterungen nicht nur als krankhaft abzuwerten, sondern als Lösungsversuch wertzuschätzen. [..., A. S.] Hierbei ist das Expertenwissen, das durch die Erfahrung mit Krisen und deren Bewältigung erworben wurde, von zentraler Bedeutung. Die notwendige Verbesserung psychiatrischer Versorgung zu [..., A. S.] bedürfnisorientierten Angeboten ist ohne Experten durch Erfahrung nicht möglich“ (Utschakowski, 2009, S. 16).

4.2 Austausch und Dialog

Die Reaktionen der professionell Tätigen auf Recovery sind zum Teil noch sehr verhalten. Eine Ursache dafür könnte darin liegen, dass es auch vor der Verbreitung des Recovery-Konzeptes eine Vielzahl wichtiger Recovery-Aspekte gab (z. B. Empowerment), die in die psychiatrische Versorgungslandschaft implementiert worden sind (vgl. Schulz, Prins, 2013, S. 189).

In den 1990er Jahren verbreiteten sich u. a. durch das Engagement von Thomas Bock (Psychologe) und Dorothea Buck (Betroffene, erlebte in 1930er-1950er Jahre mehrere Psychosen) zunehmend die sogenannten ‚Psychoseseminare‘.

Psychoseseminare sind in der Regel dialogisch konzipiert. Dialog als solches ist ein Kunstwort, was heutzutage auch in vielen anderen – psychiatriefernen – Bereichen verwendet wird, um zu verdeutlichen, dass drei Seiten/ Parteien im Dialog sind. Die TeilnehmerInnen setzen sich daher aus Betroffenen (von Psychosen), Angehörigen und professionell Tätigen bzw. Interessierten zusammen. „Es war so, als hätten alle Beteiligten nur auf die Chance gewartet, miteinander ins Gespräch zu kommen“ (Bock, 2002, S. 227). Die Moderation innerhalb dieser Seminare ist häufig ebenfalls dialogisch aufgebaut, um eine mehrperspektivische Kommunikation zu fördern. Der Terminus ‚Seminar‘ lädt zu einer Assoziation von Lehrveranstaltungen im Hochschulkontext ein. Innerhalb von Psychoseseminaren tauschen die TeilnehmerInnen ihre Lebenserfahrungen zu unterschiedlichen –vorher bestimmten– Themenschwerpunkten aus. Die Themeninhalte fokussieren das Erleben und den Umgang mit Psychosen (vgl. Bock, 2007, S. 157). Die daraus resultierenden Unterthemen können sehr verschieden sein und reichen vom Umgang mit der eigenen Psychose bis hin zu sensiblen Themen wie Partnerschaft und Sexualität.

Psychoseseminare sind keine Therapie und auch nicht mit Selbsthilfegruppen gleichzusetzen. Innerhalb der einzelnen Psychoseseminargruppen gibt es feste Rahmenbedingungen (Pausenregelungen, Schweigepflicht etc.), die zu Anfang der ‚Seminarreihe‘ gemeinsam beschlossen werden. Die TeilnehmerInnen können sich innerhalb der Psychoseseminare offen und ungezwungen über gemachte Erfahrungen in Krisen, in der Psychiatrie etc. austauschen. Darüber hinaus können vor Ort auch (neue) Kontakte geknüpft und intensiviert werden. Aufgrund des partnerschaftlichen, dialogischen, wertschätzenden Austausches kann eine heilsame Wirkung nicht mehr abgestritten werden.

„Jede/r Teilnehmer/in nutzt Perspektiven und Wahrheiten der anderen, um eigene persönlichen Maßstäbe zu finden, selbstbestimmte Urteile und Entscheidungen zu entwickeln, selbstbewusster zu werden und Mut zu Eigen-Sinn und Selbstveränderung zu finden [..., A. S.]. Verständnis für das Befremdliche und Verstehen des Sinns im Verstörten sind [..., A. S.] im Dialog zu gewinnen“

(trialogischen Kleingruppen aus Psychoseseminar Potsdam& Köln, Internetquelle, s. Literaturverzeichnis, (o. J. a)).

Die Psychoseseminare sind recoveryorientiert, was sich u. a. darin zeigt, dass individuelle biografische Begründungen für das Entstehen von Psychosen akzeptiert werden. Innerhalb dieser Seminare werden Psychosen zwar vermehrt als leidvoll dargestellt, aber auch ihre faszinierenden Aspekte finden Raum. „Insbesondere dem Bemühen, den individuellen Krisen einen persönlichen Sinn abzugewinnen, wird hier Raum gegeben. Psychosen als sinnhaft zu erleben ist ein wichtiger Schritt zu einem emanzipierten Psychoseverständnis, und eben auch zu Recovery“ (Schulz, Prins, 2013, S. 198).

Über die Psychoseseminare hinaus verweisen Schulz und Prins (2013) in ihren Ausführungen auf zwei Beispiele aus Bielefeld, die stark durch eine trialogische Zusammenarbeit beeinflusst worden sind: a) die Bielefelder Behandlungsvereinbarung⁷⁰ und b) die Gründung einer Beschwerdestelle, die seit Mitte/ Ende der 1990er Jahre in der psychiatrischen Versorgung integriert ist. Rückwirkend betrachtet hat der trialogische Austausch zu den bisherigen Entwicklungen einer humaneren und menschenwürdigeren Psychiatrie beigetragen und wird hierzu auch in der Zukunft einen wichtigen Beitrag leisten. Diese Entwicklungen zeigen sich u. a. in der zunehmenden Integration von EX-IN'lerInnen (GenesungsbegleiterInnen) in die psychiatrische Versorgungslandschaft oder auch an der Vielzahl an themenspezifischen Veranstaltungen⁷¹, die kontinuierlich zum trialogischen Austausch einladen. Auf diese Weise wurden und werden aus PatientInnen RednerInnen, AutorInnen, OrganisatorInnen, GruppenleiterInnen, DozentInnen etc. Dennoch sei an dieser Stelle auf das Entwicklungspotenzial verwiesen. Während im Suchtbereich Ex-UserInnen bereits seit 25 Jahren professionelle Teams unterstützen, werden Peers bzw. Peers bzw. EX-IN'lerInnen

⁷⁰ Bielefelder Behandlungsvereinbarung zw. PatientIn und dem Krankenhaus, Vordruck verfügbar unter:<http://www.psychiatrie-bielefeld.de/behandlungsvereinbarung/behandlungsvereinbarung.pdf> (10/2013)

⁷¹ z. B. durch Kliniken oder Betroffenenvereine wie „bipolaris“; jährliche „Aktionswoche seelische Gesundheit“ (Berlin)

in den Bereichen der psychiatrischen Versorgung bislang noch recht zögerlich eingesetzt (vgl. Utschakowski, Sielaff& Bock, 2009a, S. 10).

EX-IN ist die Abkürzung für ‚experienced involvement‘ und ist ein EU- gefördertes Projekt. Durch EX-IN soll „das Verständnis von und die Begegnung mit Psychose-Erfahrenen als ‚Experten““ (trialogischen Kleingruppen aus Psychoseseminar Potsdam& Köln, Internetquelle s. Literaturverzeichnis (o. J. b)) weiter gefördert und für die psychiatrische Versorgungslandschaft nutzbar gemacht werden. In Deutschland gibt es bislang nur wenige Studien, die bzgl. der Auswirkungen von Peer-Support gesicherte Ergebnisse vorweisen können. Um diesen Umstand zu ändern müssten Betroffene mehr in Forschungsprojekte integriert werden, was wiederum entsprechende Schulungen voraussetzt (vgl. Schulz, Prins, 2013, S. 189, 201f). Daher lohnt sich der Blick auf den englischsprachigen Raum, wo der Peer-Support schon länger in der psychiatrischen Versorgungslandschaft integriert ist. Davidson u. a. (2012) kommen in ihrer Übersichtsstudie zu dem Schluss, dass die Qualität der Versorgung durch den Einsatz von Peers gegenüber den herkömmlichen professionell psychiatrischen Angeboten nicht leidet (Internetquelle s. Literaturverzeichnis). Darüber hinaus gibt es auch andere Studien, die die positiven Effekte vom Peer-Support bestätigen. Auf diese kann im Rahmen der Masterthesis jedoch nur verwiesen werden⁷². Abschließend sei noch einmal auf Utschakowski (2009) verwiesen, der in seinen Ausführungen die höhere Zufriedenheit der NutzerInnen und die Reduzierung von Lebensproblemen durch den Einsatz von Peer-Spezialisten betont (S. 17).

⁷²- Felton, C.J., Stastny, P., Shern, D. u. a. (1995). Consumers as peer specialists on intensive case management teams: Impact on client outcomes. In: *Psychiatric Services*, 46, p. 1037 – 1044.

- Greenfield, T., Stoneking, B., Humphreys, K. (2008). A Randomized Trial of a mental Health Consumer-Managed. Alternative to Civil Commitment for Acute Psychiatric Crises. In: *American Journal of Community Psychology*, 42, S. 135 – 144. Verfügbar unter: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10464-008-9180-1#page-1> [11/ 2013]

- Sells, D., Davidson, L, Jewell, J.D. u. a. (2006). The treatment relationship in peer based and regular case management for clients with severe mental illness. In: *Psychiatric Services*, 58(8), S. 1179 – 1184.

4.3 Recovery-Faktoren in der therapeutischen Beziehung

Wie bereits im 3. Kapitel angedeutet, sollen nun in diesem Unterkapitel noch einmal die Recovery-Faktoren in der therapeutischen Beziehung herausgestellt werden.

Watkins (2009) kritisiert in seinen Ausführungen, dass die im psychiatrischen/ psychosozialen Settings tätigen Professionellen zum Teil „so mit Einschätzungen, Formulierungen und Problemlösungen beschäftigt“ (S. 205) sind, dass dabei die KlientInnen aus dem Fokus geraten, was Gefühle der Hilflosigkeit, Orientierungslosigkeit und Passivität potenzieren kann. Eine Voraussetzung für eine recoveryorientierte Zusammenarbeit ist eine enthierarchisierte, partnerschaftliche Haltung, welche impliziert, dass KlientInnen und professionelle Fachkräfte die Ziele und den Weg bzw. Unterstützungsgrad zur Zielerreichung gemeinsam definieren („dynamische Zusammenarbeit“ (ebd., S. 211)). Es geht folglich um „gemeinsame Entscheidungsfindungen“ (Farkas, 2013, S. 85). Der Fokus in der Zusammenarbeit liegt daher auf der Notwendigkeit von Wahlmöglichkeiten und Begegnungen auf Augenhöhe. In Psychoseseminaren geben die Betroffenen immer wieder Beispiele von Begrenzung von Wahlmöglichkeiten durch die professionellen BegleiterInnen. Viele Betroffene kritisieren hierbei diejenigen, die augenscheinlich die Definitionsmacht inne haben. Farkas (2013) unterstreicht diese Beobachtung ebenfalls: „In den Augen vieler Professioneller ist der Patient immer noch erst dann gesund, wenn er tut, was die Professionellen glauben, das er tun sollte.“ (S. 84). Tabelle 4 auf der folgenden Seite zeigt auszugsweise eine Übersicht mit den handlungsleitenden Werten für recovery-orientierte Dienste.

Program dimensions	Example of value based recovery standard	Example of current non recovery standard
Organization and administration		
• Mission	people can be successful and satisfied in the environment of their choice <i>(person orientation, self-determination/ choice; growth potential)</i>	comprehensive treatment and rehabilitation services which emphasize continuity of care <i>(focus on service delivery not outcome; no self determination)</i>
• Policies	people will have get the opportunities and assistance necessary to choose their own recovery <i>(self-determination)</i>	People must adapt the treatment of the institution as far as possible <i>(no self-determination; no individualization that would reflect a person orientation)</i>
• Procedures	detailed list of orientation steps to ensure that clients receive program information based on what they want to know and how they take in information <i>(person involvement)</i>	a generic orientation packet is provided to each new client <i>(no person orientation)</i>
• Record keeping	Records are designed to include process and outcome measures related directly to the program's mission <i>(growth potential)</i>	Records are designed to capture service utilization measures <i>(no growth potential)</i>
• Network	Program links to services in both community and professional settings <i>(person orientation)</i>	Program staff provide on-site recreation activities, crafts and on site educational opportunities <i>(creates a segregated mental health service universe; no growth potential)</i>
Staffing		
• Selection	Staff are hired based on their knowledge, attitudes and skills in recovery <i>(consist with the basic recovery values)</i>	Staff are hired based on their credentials and years of service <i>(no recovery values considered)</i>
• Training	Staff training includes interaction and interviews with individuals who have recovered <i>(growth potential)</i>	Staff training focuses exclusively on issues of relapse, non-compliance, dangerousness and risk assessment <i>(prepares staff to handle difficulties but not success; no growth potential; no person orientation)</i>

Tab. 4 Examples of Values Based Recovery Standards by Program Dimensions. (vgl. Farkas, Gagne, Anthony& Chamberlin, 2005, S. 148ff)

Wie auch in der Tabelle ersichtlich gehören zu den handlungsleitenden Werten von Recovery: Personenorientierung⁷³; individuelle Beteiligung⁷⁴; Selbstbestimmung⁷⁵ und Wachstumspotenzial⁷⁶. Die Art des Umgangs ist demnach eine wesentliche Voraussetzung für wirksame Hilfen. Folglich ist es wichtig, dass professionelle Fachkräfte im Rahmen einer recoveryorientierten Ausbildung in Kontakt mit Betroffenen kommen, die gesundet sind. Farkas (2013) hebt diese in ihren Ausführungen die Bedeutung solcher Begegnungen hervor: „Wenn man nicht gesehen hat, dass es funktioniert, kann man es sich nicht vorstellen“ (S. 85). In der Fachliteratur wird häufig betont, dass es sich bei Recovery um keine Methode, sondern vielmehr um eine Haltung bzw. Perspektive geht. Die Bedeutung von Hoffnung (auf Genesung) wurde dabei im 3. Kapitel bereits verdeutlicht. Wiedl, Waldorf und Kauffeld (2013) dazu: „Hoffnung, wenngleich theoretisch noch zu präzisieren und auszdifferenzieren, würde dadurch vergleichbar mit der Beziehungskomponente, deren Bedeutung für die Therapie ja bereits gezeigt wurde.“ (S. 159).

In seinen Ausführungen gibt Watkins (2009) einen Überblick, über die Qualitäten, die recoveryorientierte Beziehungen charakterisieren:

- Verhalten, dass Hoffnung vermittelt;
- Glauben an Fähigkeiten der KlientInnen
- Anerkennung/ Wertschätzung der gemachten Erfahrungen;
- gem. Versuch den Sinn der gemachten Erfahrungen zu decodieren;
- Respekt vor der Persönlichkeit;

⁷³ Person orientation: „The service focuses on the individual first and foremost as an individual with strengths, talents, interests as well as limitations, rather than focusing on the person as a ‘case’, exhibiting indicators of disease.“ (Farkas et al., 2005, p. 145)

⁷⁴ Person involvement: „The service focuses on people’s right to full partnership in all aspects of their recovery, including partnership in designing, planning, implementing and evaluating the service that supports their recovery.“ (Farkas et al., 2005, p. 145)

⁷⁵ Self-determination/ choice: „The service focuses on people’s right to make individual decisions or choices about all aspects of their own recovery process, including areas such as the desired goals and outcomes, preferred services used to achieve the outcomes, preferred moments to engage or disengage in service.“ (Farkas et al., 2005, p. 145)

⁷⁶ Growth potential: „The service focuses on the inherent capacity of any individual to recover, regardless of whether, at the moment he or she is overwhelmed by the disability, struggling, living with or living beyond the disability.“ (Farkas et al., 2005, p. 145)

- Fokus auf Stärken und Fähigkeiten;
- gemeinsam Lebensgeschichte als Ganzes betrachten → nicht nur auf Probleme eingehen;
- Achtung vor Selbstbestimmungsrecht (fördert Selbstbefähigung & Selbstwirksamkeit);
- gemachte Erfahrungen nicht pathologisieren, sondern als normal und zum Menschsein zugehörig anzuerkennen (vgl. S. 206f).

All diese Qualitäten finden sich am ehesten im personenzentrierten Ansatz nach C. Rogers (*1902; †1987) wieder. Der personenzentrierte Ansatz kann im Rahmen dieser Masterthesis nicht ausführlich erläutert werden. Dennoch sei kurz erwähnt, dass der Fokus innerhalb des personenzentrierten Ansatzes primär auf der persönlichen und sozialen Transformation liegt. Er betont das Sein und nicht das Handeln des Individuums. Die Aktualisierungstendenz⁷⁷ des Menschen bildet die Grundannahme des personenzentrierten Ansatzes. Im Verlauf des Individuationsprozesses formt sich das Selbst bzw. das bewusste »Ich« im Kontext inter- und intrapersoneller Interaktionen aus. „Im Kontext einer unterstützenden Beziehung kann das emergierende Selbst sich zu einer voll funktionsfähigen Person entwickeln. Dies ist die Aufgabe helfender Beziehungen während des Recovery-Prozesses“ (Watkins, 2009, S. 213). Rogers ging es „um einen einfühlsamen, aufrichtigen, empathischen und verständnisvollen Umgang mit anderen Menschen, um ein Verhalten, das den anderen Menschen respektiert und ihm vermittelt, dass an sein Potenzial geglaubt wird“ (ebd., S. 207). Folglich geht es um authentische Beziehungen. Der personenzentrierte Ansatz wurde nach dem Tod von C. Rogers konkretisiert und weiterentwickelt.

Die Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit ist dem personenzentrierten Ansatz und auch den genannten handlungsleitenden Werten für Recovery sehr verbunden. Aus diesem Grunde soll sich das nun folgende Kapitel näher mit der Klinischen Sozialarbeit auseinandersetzen.

⁷⁷ meint: „Bestreben, unser individuelles Potenzial, über das wir als intelligente, soziale, emotionale, sexuelle und spirituelle Wesen verfügen, auf konstruktive Art und Weise zum Ausdruck zu bringen.“ (Watkins, 2009, S. 213).

5. Klinische Sozialarbeit

Die Klinische Sozialarbeit auf Sozialarbeit in Kliniken zu reduzieren, wird dieser Fachsozialarbeit in keinster Weise gerecht. Dennoch sorgt der Terminus in der Praxis immer wieder für Irritation. Feinbier (1997) betont in seinen Ausführungen, dass der Begriff ‚klinisch‘ die Zugehörigkeit zu anderen „sogenannten klinischen Disziplinen“ (S. 19) (z. B. Medizin, Klinische Psychologie) zeigen soll. Darüber hinaus soll mittels dieses Terminus verdeutlicht werden, dass sich die Klinische Sozialarbeit mit eben diesen Disziplinen ein Handlungsfeld teilt (vgl. ebd.). Bevor im Folgenden die Klinische Sozialarbeit näher beleuchtet wird, sei vorangestellt, dass die Klinische Sozialarbeit vor allem Soziale Arbeit ist. Sie ist demnach keine eigenständige – von der Sozialen Arbeit unabhängige - Profession, die sich über bestimmte Arbeitssettings, Zielgruppen und Verfahren allein definieren kann (vgl. Mühlum, 2008, S. 71). „Sie ist vielmehr eingebettet in das komplexe System Sozialer Arbeit, in dem der dialogische Umgang mit Klient[Innen. A. S.], Beratungs- und Behandlungskompetenz sowie Interventionsmodus zusammen jene klinische Fachlichkeit ausmachen, die sich als Fachsozialarbeit etabliert hat.“ (Gahleitner, 2012, S. 92; vgl. Mühlum, 2008, S. 71). Diese Fachsozialarbeit fokussiert „die Förderung, Verbesserung und den Erhalt der biopsychosozialen Gesundheit und damit [..., A. S.] die soziale Funktionsfähigkeit von Einzelnen, Familien und Gruppen“ (Hahn, Pauls, 2008, S. 22).

Die Settings, Klientel und Aufgabenstellungen der Klinischen Sozialarbeit sind sehr facettenreich. In den USA ist die Clinical Social Work bereits seit über 40 Jahren implementiert. Die Clinical Social Worker vor Ort haben in der Regel ihre Qualifikation auf der Grundlage eines Masterabschlusses erworben. Mittels dieser vertieften Ausbildung können sie klare Behandlungsaufträge vor dem Hintergrund eines biopsychosozialen Störungs- und Behandlungs-verständnisses erfüllen. Die Clinical Social Work hat ihre Wurzeln in der sogenannten ‚Case Work‘ und wurde insbesondere durch M. Richmond ab 1920 entwickelt. Richmond fokussierte nicht nur die Problemlagen und Defizite, sondern erkannte auch Wechselwirkungen der einzelnen sozialen Faktoren. Auf diese Weise erkannte sie, dass einige soziale Faktoren auch problemgenerierend sein können. KlientInnen wurde mittels dieses

Konzeptes in ihrer Umgebung (person-in-environment) wahrgenommen. Hahn und Paul (2008) verweisen in ihren Ausführungen, darauf dass sich die Klinische Sozialarbeit in ihren Fachtermini anfangs stark an den Professionen der Medizin und Rechtswissenschaften orientierte («case«, »client«, »diagnosis«). In Deutschland hat die Klinische Sozialarbeit noch keine lange Tradition. In ihren Konzepten und Herangehensweisen⁷⁸ orientiert sie sich an den international vorliegenden Erfahrungen von Sozialer Beratung und Behandlung (vgl. S. 22ff).

Ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu stellen, gibt die Definition von Northen (1995) einen guten Überblick über die Klinische Sozialarbeit. Er beschreibt sie als „die professionelle Anwendung ... der Theorie und Methoden zur Behandlung und Prävention psychosozialer Dysfunktionalität --- Sie basiert auf dem Wissen und der Theorie psychosozialer Entwicklung, des Verhaltens, der Psychopathologie, unbewusster Motive, zwischenmenschlicher Beziehungen, umweltbedingten Stresses, sozialer Systeme und kultureller Verschiedenheiten unter besonderer Berücksichtigung der Person in ihrer Umgebung“ (Northen, 1995, S. 7 zit. n. Hahn, Pauls, 2008, S. 24).

Innerhalb dieser Definition werden eine Vielzahl an für die Klinische Sozialarbeit relevanten Bezugspunkte, Theorien und Konzepte genannt, z. B. die Systemtheorie, Entwicklungspsychologie, Verhaltens-, Kommunikations- und Stresstheorie etc. Diese Bezugspunkte unterstreichen den doppelten Fokus der Klinischen Sozialarbeit, der sich auf die Phänomene in der Person und die in der Umgebung richtet. Auf diese Weise tritt auch die Interaktion zwischen Individuum und Umwelt immer in den Fokus.

Sowohl die gesellschaftlichen Transformationsprozesse⁷⁹ als auch die Zunahme an Komplexität von Problemen innerhalb der letzten Jahrzehnte stellten die professionell Tätigen vor neue Anforderungen, große Herausforderungen und

⁷⁸ z. B. Lebenswelt-, Ressourcen- und Prozessorientierung, nicht nur Berücksichtigung des Einzelfalls, sondern auch genereller sozialer Strukturen, Einbeziehung der Klienten als Ko-Diagnostiker (Dialogisches Prinzip) in Problemanalyse, Zielplanung und Interventionsplanung (vgl. Hahn, Pauls, 2008, S. 26)

⁷⁹ Durch den gesellschaftlichen Wandel haben sich sowohl das Krankheitspanorama (z. B. Chronifizierung) als auch die Lebenslagen (z. B. Erosion des Sozialen) der Einzelnen zum Teil dramatisch verändert (vgl. Franzkowiak, Homfeldt, Mühlum, 2011, S. 175)

vielen Fragen. Psychosoziale Antworten und (neue) geeignete Interventionsformen („Qualifizierungsbedarf der Fachkräfte“ (Franzkowiak, Homfeldt, Mühlum, 2011, S. 174)) wurden und werden gebraucht, um benachteiligte Menschen in ihren jeweiligen Lebenskontexten die nötige Unterstützung geben zu können. Die Klinische Sozialarbeit hat sich als „Spezialisierungstendenz der Sozialen Arbeit entwickelt, die sich um konstruktive Veränderungsimpulse für den Einzelnen im Kontext seiner Umfeld- und Lebensbedingungen bemüht“ (Gahleitner, 2012, S. 90). Sie versteht sich als direkt beratende, behandelnde und begleitende Soziale Arbeit und orientiert sich dabei insbesondere an der „Unterstützung »schwer erreichbarer« Klientel in Multiproblemsituationen“ (Pauls, 2011, S. 16f). Sie setzt dabei „am Unterstützungspotenzial durch Kompensation defizitärer sozialstruktureller Situationsfaktoren im Alltag an“ (Gahleitner, Pauls, Hintenberger& Leitner, 2014, S. 17).

In Anbetracht der vielen emotionalen, kognitiven und handlungsbezogenen Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs- und Reflexionsanforderungen gewinnt ein ressourcenorientierter Blick zunehmend an Bedeutung. Durch Ressourcen beschleunigen sich Veränderungsprozesse, die wiederum neue Möglichkeiten und Chancen offerieren. Diese Vielzahl an genannten Anforderungen treiben benachteiligte Menschen an den Rand der Gesellschaft, was wiederum Exklusionsprozesse zur Folge haben kann. Klinische Sozialarbeit ist demnach als Antwort auf die negativen Nebeneffekte der gesellschaftlichen Transformation und die damit einhergehenden Verunsicherungen der Moderne zu sehen (vgl. Gahleitner u. a., 2014, S. 16; Dörr, 2005, S. 85).

In den folgenden Unterkapiteln soll zunächst die theoretische Grundlage einer biopsychosozialen Perspektive (5.1) erläutert werden, die die Haltung und auch die Vorgehensweisen der Klinischen Sozialarbeit prägen. Weiterhin wird die Psychosoziale Diagnostik (5.2) skizziert, die die Grundlage für sämtliche Interventionen bildet. In 5.3 wird die die sozialtherapeutische Beratung beschrieben, welche eine Methode der Klinischen Sozialarbeit darstellt.

5.1 Theoretische Grundlagen zur biopsychosozialen Perspektive

Wie die Soziale Arbeit, basiert auch die Klinische Sozialarbeit „auf humanitären und demokratischen Idealen, und diese Werte resultieren aus dem Respekt vor der Gleichheit und Würde aller Menschen“ (IFSW, 2003, S. 2). Sie konzentriert sich auf die individuellen, menschlichen Bedürfnisse und unterstützt die Menschen beim Erkennen und der Entwicklung der individuellen Stärken. „Menschenrechte und soziale Gerechtigkeit dienen als Motivation für sozialarbeiterisches Handeln“ (ebd.). Oberstes Credo ist der Respekt und die Achtung der autonomen Lebensführung der KlientInnen. Diese Werte Sozialer Arbeit sind sowohl weltweit im ‚Codes of Ethics‘, als auch in den berufsethischen Prinzipien der Klinischen Sozialarbeit niedergeschrieben (vgl. ZKS, 2013, S. 3).

Ansen, Gödecker-Geenen und Neu (2004) sehen den Hintergrund dieser ethischen Konzeptionen in dem neuzeitlichen Menschenbild, „das den Menschen als unverwechselbares Wesen versteht, der sich seiner selbst bewusst und Ursache seiner Handlungen ist, für die er verantwortlich gemacht wird. Bezogen auf die Soziale Arbeit, besteht die Aufgabe häufig darin, Menschen erst wieder zu befähigen, ihre individuelle Verantwortung wahrnehmen zu können“ (S. 108). Diese Prinzipien prägen u. a. die Haltung Klinischer SozialarbeiterInnen. Das therapeutische Bewusstsein und der diagnostische Blick werden zum Habitus Klinischer SozialarbeiterInnen, ohne dabei die KlientInnen zu objektivieren. Dazu gehört neben der Wertschätzung auch die Überzeugung, dass Gesundheitsförderung und selbstverantwortliche Entscheidungen (der KlientInnen) das wichtigste Orientierungsmaß für Klinische SozialarbeiterInnen sind (vgl. Pauls, Mühlum, 2005, S. 8). Vor dem Hintergrund dieser Haltungen gehen Klinische SozialarbeiterInnen mit ihrem biopsychosozialen Fallverstehen in die Praxis.

In den 1950er Jahren begann die Erforschung von den sogenannten Risikofaktoren. Damit einhergehend wurden die sozialen und psychologischen Faktoren in Studien zum Krankheitsgeschehen systematisch mit untersucht. „Erkenntnisleitendes Muster war die Abschätzung von Auswirkungen eines

bestimmten biologischen, sozialen und/ oder psychischen Faktors auf die Entstehung, Entwicklung und den Verlauf einer körperlichen oder psychischen Erkrankung, z. B. genetische Disposition, niedrige soziale Schicht, kritische Lebensereignisse oder gesundheitsschädigendes Verhalten, Persönlichkeitseigenschaften“ (Pauls, 2013, S. 16). Somit waren die Risikoforschung und später auch die Stressforschung wesentliche Wegbereiter für das biopsychosoziale Modell. Pauls (2013) konstatiert in seinen Ausführungen, dass die Entstehung der Allgemeinen Systemtheorie (General Systems Theory, GST⁸⁰) ebenfalls für die Entwicklung des biopsychosozialen Modells von Relevanz war (vgl. S. 17).

In den 1970er Jahren formulierte der amerikanische Psychiater G. L. Engel (*1913; †1999) das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Kennzeichnend in diesem war „die Ablehnung des reduktionistischen ‚biomedizinischen‘ Modells“ (ebd.). Im Zuge dieses Modells wollte Engel das bis dahin tradierte Gesundheits-Krankheitsverständnis verändern, in dem er mikro- und makrosoziale Variablen in sein Modell mit einbezog (vgl. ebd.). Der Grundgedanke des biopsychosozialen Modell besteht darin, „dass alle drei Bedingungen – die biologisch-organische, die psychische und die soziale – in sich kontinuierlich ändernden Wechselbeziehungen stehen und aus diesen Faktoren und deren Veränderung sich Entwicklung und Verlauf von Störungen erklären lassen“ (Jungnitsch, 1999, S. 31). Die dynamischen Wechselwirkungen der genannten Ebenen sowohl in der Genese, als auch im Verlauf von Erkrankungen unterstreichen, dass biologische, psychische und soziale Faktoren „grundsätzlich auch kausal für die Entstehung von Krankheiten in Betracht kommen“ (Pauls, 2013, S. 18).

⁸⁰ Diese „beanspruchte einen Paradigmenwechsel von der klassisch naturwissenschaftlichen Annahme linear-kausaler und analytisch zu erforschender Zusammenhänge hin zu nicht-linearen oder zirkulären Verursachungs-Zusammenhängen. Betrachtungsgegenstände oder Phänomene (Systeme) werden im Kontext der komplexen wechselseitigen Beziehungen der ihnen verknüpften Elemente verstanden, bzw. im Kontext der Organisation oder Umgebung, deren Teil sie sind.“ (Pauls, 2013, S. 16f)

Die Klinische Sozialarbeit greift in ihren Ansätzen, Modellen, theoretischen Konzepten und Forschungsergebnissen⁸¹ auf die Sozialarbeitswissenschaft und klinisch relevanten Bezugswissenschaften zurück, um deren Ergebnisse in ihre eigene Perspektive zu integrieren. Folglich wird in der biopsychosozialen Perspektive die Anfälligkeit für Krise, Störung und Krankheit als das „Ergebnis einer Störung des Zusammenspiels von sozialem Zusammenleben (und sozialen Regeln) mit dem individuellen (psychologischen) Ergebnis und Verhalten der leiblichen (biologischen) Existenz“ (Pauls, 2011, S. 32; Pauls, 2013, S. 20) gesehen. Auf diese Weise stellt der biopsychosoziale Ansatz die „biophysiological und neuro-physiologische Natur des Menschen in ein soziales Bezugssystem“ (ebd.). Pauls (2011) verweist in diesem Kontext auf gesundheitswissenschaftliche Forschung, die zeigte, dass die psycho-soziale Integration und soziale Unterstützung wichtige Schutzfaktoren vor körperlichen und psychischen Erkrankungen sind (ebd.).

Die Klinische Sozialarbeit versteht „Gesundheit, Krankheit und Beeinträchtigung im Wesentlichen biografisch und damit als in soziokulturellen Milieus verankert“ (Gahleitner, 2012, S. 91). Auf diese Weise ist eine bedeutsame Ebene für die Wahrnehmung einer ‚Krankheit‘ das Individuum. Für die Behandlung, den Umgang mit der Krise, dem Verlauf und das zukünftige Leben sind daher auch die sozialen Faktoren: die interpersonale, familiale und gesellschaftliche Ebene zu berücksichtigen (vgl. Pauls, 2013, S. 18). Weiterhin unterstreicht Gahleitner (2012) die psychosoziale Akzentuierung der Klinischen Sozialarbeit, die „Verbindungen zwischen einer personenzentrierten Direct Practice und originärer Sozialberatung im Hinblick auf die Lebensbewältigung und Integration von Individuen und

⁸¹ weitere Forschungen, auf die sich die Klinische Sozialarbeit beruft und die die Wechselwirkung der sozialen Dimension mit Gesundheit unterstreichen sind: z. B. gesundheitssoziologische Forschungen (Hurrelmann, 2010), Forschungen über sozioökonomische Merkmale wie Bildung, Einkommen, Beruf bzw. zu »sozialer Ungleichheit« und Gesundheit (Mielck, 2005; Richter & Hurrelmann, 2009), zu sozialer Integration und psychischer Krankheit (Sommerfeld et al., 2011), Stressforschung (Franke, 2010, Lazarus & Folkman, 1984), psychoimmunologische Forschung (Ehlert & Känel, 2011), Resilienzforschung (Zander, 2011; Rutter, 2012), Bindungsforschung (Brisch, 2009; Rutter, 1995/2012; Pauls, 2011), Emotionsforschung (Posner & Rothbart, 2000; v. Scheve, 2009), Hirnforschung (Fuchs, 2010, 2011; Kandel, 1999; Richter 2003; Grawe 2004) (vgl. Gahleitner u. a., 2014, S. 22; Pauls, 2013, S. 22)

Gruppen in besonders prekären Lebenslagen“ (S. 92) schafft. Heutzutage gibt es eine Vielzahl an Belegen, dass psychosoziale Faktoren ein wichtiges Bindeglied zwischen psychischer/ körperlicher Gesundheit und materieller Benachteiligung darstellen (vgl. Mielck, 2005⁸², Wilkinson u. Pickett 2010⁸³).

Die Verschränkung der biopsychosozialer Prozesse und Strukturen werden ebenfalls im World-Health Report der WHO, 2001 betont. Dies verdeutlicht, dass „ein korrektes Verständnis von psychischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten und auch körperlichen Erkrankungen [...], A. S.] ein Resultat komplexer Interaktionen dieser drei Dimensionen [biopsychosozial, A. S.]“ (Pauls, 2011, S. 33) sind. Dies zeigen auch Forschungsergebnisse aus der Neurophysiologie. Fuchs (2009) bestätigt beispielsweise mit seiner phänomenologisch-ökologischen Konzeption die Verbindung somatischer, emotionaler und kognitiver Prozesse mit dem sozialen Geschehen (vgl. S. 217). Auch wenn die soziale Dimension in der Praxis langsam an Bedeutung gewinnt, wird sie noch immer häufig vernachlässigt. Das biopsychosoziale Modell hat folglich noch nichts an der Prävalenz biologisch-wissenschaftlicher Erklärungsmodelle ändern können. Dies wird dem dynamischen Zusammenspiel aus genetischen und Umgebungsfaktoren⁸⁴, die auf ein Individuum einwirken und psychische Erkrankungen oder Verhaltensauffälligkeiten zur Folge haben können, nicht gerecht (vgl. Pauls, 2011, S. 33; Pauls, 2013, S. 19).

Lange Zeit wurden die Problemlagen der KlientInnen professionsspezifisch in psychische, körperliche und soziale Probleme ‚zersplittert‘. Die Klinischen Sozialarbeit mit ihrer sozialtherapeutischen Perspektive hat daher die Aufgabe mittels ihres biopsychosozialen Blickes an dieser Stelle integrierend zu wirken (vgl. Pauls, Stockmann, 2013, S. 14). Auf diese Weise berücksichtigt sie zwar das Risikofaktorenkonzept⁸⁵, orientiert sich jedoch schwerpunktmäßig an dem

⁸² Mielck, A. (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber.

⁸³ Wilkinson, R., Pickett, K. (2010). The Spirit Level. London: Penguin.

⁸⁴ die überwiegend psychisch vermittelt werden

⁸⁵ „Das Risikofaktorenkonzept beruht auf den Grundlagen des biomedizinischen Modells. Damit verbunden ist eine pathogenetische Sichtweise, d. h., im Mittelpunkt der Betrachtung stehen Faktoren und Lebensbedingungen, die die kindliche Entwicklung gefährden, beeinträchtigen und

Schutzfaktorenkonzept. Auf die Praxis übersetzt bedeutet das, dass u. a. durch Wertschätzung und die gesunden Anteile einer Person und damit einhergehend auch die salutogenen Möglichkeiten der KlientInnen erkannt und verstärkt werden. Diese Annahmen haben viele Schnittmengen zu anderen Ansätzen der Sozialen Arbeit (z. B. Ressourcenorientierung, Selbsthilfekräfte, Selbstbefähigung, Empowerment, Selbstwirksamkeit, Resilienz etc.) (vgl. Bosshard, 2008, S. 156f). So wie für Antonovsky ist auch für die Klinische Sozialarbeit das Kohärenzgefühl ein „zentraler Faktor für die Erklärung gesunderhaltender bzw. gesundheitsfördernder Prozesse“ (Bengel, Strittmacher, Willmann, 1998, S. 35). Sie hat in ihrer Sicht auf den Menschen das Salutogenese-Konzept⁸⁶ stark verinnerlicht und sieht Gesundheit und Krankheit ebenfalls als ein Kontinuum. Folglich hat jede Person sowohl gesunde, als auch kranke Anteile in sich. „Auch Klient[Innen, A. S.] mit schweren psychischen Erkrankungen führen in manchen Bereichen ein sehr gesundes Leben und können nicht auf die Rolle des Kranken reduziert werden.“ (Hammer, Plößl, 2012, S. 32). Bosshard (2008) verweist daher in ihren Ausführungen auf die jahrzehntelange Diskussion innerhalb der Gesundheitswissenschaften inwieweit „das Individuum seine Gesundheitskräfte ausbauen und stärken kann und wie im Gemeinwesen mehr gesundheitsfördernde Strukturen verankert werden können“ (S. 156).

Dieser biopsychosoziale Grundgedanke und die damit einhergehenden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (und die Entwicklung gesunder Lebensräume) sind ebenfalls in der Ottawa-Charta der WHO (1986) formuliert. Zu den entscheidenden Merkmalen des Gesundheitskonzeptes in der Ottawa-Charta gehören: der präventive Ansatz, die grundsätzliche Gemeindeorientierung, Empowerment und der sozial-ökologische Ansatz (vgl. Pauls, 2013, S. 21). Vor dem Hintergrund der biopsychosozialen Perspektive und den vielen Wechselwirkungen innerhalb der einzelnen Dimensionen werden – wie auch im

zu seelischen Störungen und Erkrankungen führen können.“ (Fröhlich-Gildhoff, Rönnau-Böse, 2011, S. 20)

⁸⁶ Sieht (kranken) Menschen nicht nur als „Symptomträger, sondern immer auch [als, A. S.] ein Subjekt mit unverwechselbaren Potenzialen und Ressourcen, die in seinem Alltag und Umfeld verankert sind“ (Bosshard, 2008, S. 157).

Recovery-Konzept – die Gesundungswege ebenfalls als nicht lineare, vorhersagbare Prozesse gesehen (vgl. Hammer, Plöchl, 2012, S. 32). Das biopsychosoziale Modell kommt innerhalb klinisch-sozialarbeiterischer Interventionen kontinuierlich zur Anwendung.

Seit zirka 60 Jahren wurden sowohl soziale, als auch psychologische Faktoren in Studien zum Krankheitsgeschehen untersucht. Mittels dieser Forschungen sollte die Wirkung biologischer, psychischer und sozialer Faktoren auf den Entstehungsprozess von Erkrankungen untersucht werden. Die Stress- und Risikofaktorenforschung bildeten dabei die Grundlage für das biopsychosoziale Modell, welches von dem amerikanischen Medizinteoretiker G. L. Engel (*1913, †1999) 1977 erstmals öffentlichkeitswirksam publiziert wurde (vgl. Gahleitner u. a., 2014, S. 20f). Pauls (2013) verweist in seinen Ausführungen darauf, dass der Erfolg des Modells nachhaltig „eine patientInnenzentrierte Orientierung, dialogisches und beziehungsorientiertes Vorgehen und die Beachtung des sozialen Milieus der Menschen“ (S. 18) förderte. Gahleitner u. a. (2014) betonen, dass auf diese Weise Krankheitsentstehung „als ein multikausaler, nonlinearer Prozess begriffen werden [kann, A. S.], der sich in Form von Dispositivem (aus biopsychosozial-kulturellen, politischen und ökonomischen Verhältnissen) vollzieht“ (S. 19). Trotz der genannten Forschungsergebnisse und der Forderung der WHO (2001) eine interdisziplinäre Behandlungspraxis zu implementieren (vgl. S. 55), ist der Einsatz des biopsychosozialen Modells in der Praxis noch ausbaufähig.

Das interdisziplinäre Zusammenwirken hat einen entscheidenden Einfluss auf den Behandlungserfolg. Gahleitner u. a. (2014) plädieren demnach für einen (verstärkten) gemeinsamen Aushandlungsprozess durch die Einbindung der KlientInnen und deren sozialen Netzwerk(en). Der Anspruch an der NutzerInnenorientierung und Partizipation wächst. Folglich fordert Hanses (2004) eine intensive Auseinandersetzung mit der individuellen und „subjektiv als sinnvoll erlebte[n, A. S.] Bestimmung der persönlichen gesundheitlichen Situation“ (S. 17) des Gegenübers. Auch Fuchs (2009) verweist auf die Notwendigkeit der

Berücksichtigung des „Selbstverhältnis“ (S. 265) und der Selbstwahrnehmung der KlientInnen, die kontinuierlich das Krankheitsgeschehen (mit-) beeinflussen.

Hoffmann (2011) überträgt in seinen Ausführungen das biopsychosoziale Modell auf die Schizophrenie, was an dieser Stelle als kurzes Anwendungsbeispiel skizziert werden soll. Durch den mehrdimensionalen Blick, werden (Forschungs-) Ergebnisse und Erfahrungen verschiedener Disziplinen berücksichtigt. Bezogen auf die Schizophrenie werden beispielsweise auf der physiologischen Ebene bestimmte Auffälligkeiten im Hirnstoffwechsel, innerfamiliäre Häufungen (vom Auftreten von Psychosen) berücksichtigt. Auf der psychischen Ebene liegt der Fokus auf dem (psychotischen, wahnhaften) Erleben und den im 2. Kapitel genannten möglichen weiteren Beeinträchtigungen, die keineswegs rein pathologisch bewertet werden sollten. Wie bereits in Kapitel 2.5 erklärt gibt es auch bestimmte Symptome (z. B. Stimmen hören), die bis zu einem gewissen Maße auch bei Menschen ohne eine Diagnose auftreten können. Inwieweit die biologischen und psychischen Faktoren den Alltag beeinträchtigen ist individuell sehr verschieden. Gegenüber Stressoren und anderen als subjektiv belastenden Symptomen (z. B. soziale Reaktionen, Stigmatisierungsprozesse etc.) entwickeln viele Betroffene Bewältigungsstrategien, die ebenfalls individuell sehr verschieden sein können. Wie aus diesen Erörterungen ersichtlich, ist es wichtig, das wechselseitige Verhältnis zwischen allen drei Dimensionen zu betrachten (s. Abb. 14) (vgl. S. 32f).

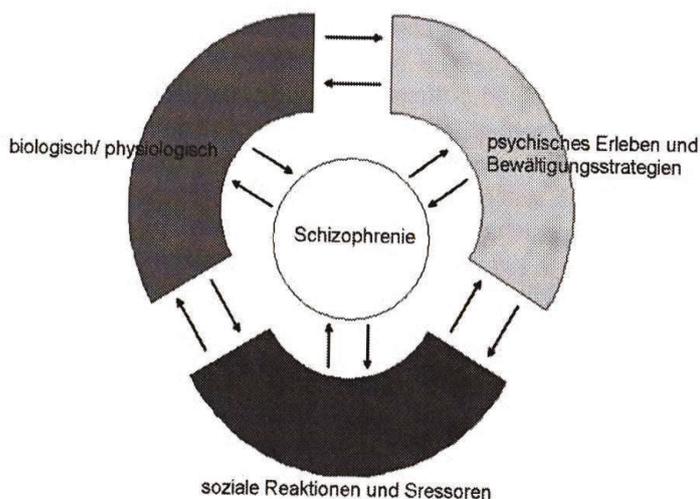


Abb.14 Mehrdimensionales Schizophrenieverständnis (vgl. Hoffmann, 2011, S. 33)

Pantuček (2008) kritisiert in seinen Ausführungen den Anspruch der Ganzheitlichkeit, der häufig mit dem biopsychosozialen Modell einhergeht, da die „Dimensionen [..., A. S.] theoretisch und forschungsmethodisch je eigene Logiken“ (S. 2) haben. Folglich wäre die Integration aller Dimensionen eine „titanische Aufgabe“ (ebd.). In der Anwendung muss daher die Integration der verschiedenen Perspektiven fallbezogen gelöst und mitunter die eine oder andere Dimension vernachlässigt werden (vgl. ebd.). Insgesamt sind auch weiterhin Forschungsbemühungen und Konzepte notwendig, die zu einer konstruktiven Weiterentwicklung des biopsychosozialen Modells führen und es „von verschiedenen Seiten in seiner Funktion“ (Gahleitner u. a., 2014, S. 17) beleuchten.

Borrel-Carrió, Suchman und Epstein (2004) beschreiben das biopsychosoziale Modell eher als eine Anleitung, die zeigt, wie Krankheit und Leiden auf unterschiedlichen Integrationsebenen verstanden werden kann. Innerhalb dieser ‚Philosophie‘ werden die subjektiven Erfahrungen der Betroffenen berücksichtigt (vgl. S. 576). Pauls (2013) macht daher zu Recht darauf aufmerksam, dass das biopsychosoziale Modell weder ein wissenschaftliches Modell⁸⁷, noch eine wissenschaftlich einheitliche Theorie⁸⁸ oder ein Paradigma⁸⁹ ist. Vielmehr kann es als ein „Paradigma im Werden“ (S. 27) verstanden werden. „Seine metatheoretischen Perspektiven und vielfältige empirische Belege geben Impulse für die Entwicklung hin zu einer tatsächlichen Paradigmenänderung“ (ebd.).

⁸⁷ „Um als kohärentes ‚wissenschaftliches Modell‘ gelten zu können, fehle es [dem biopsychosozialen Modell, A. S.] an Aussagen zu spezifischen Relationen zwischen den beteiligten Komponenten sowie an spezifizierten, operationalisierten Variablen, die es ermöglichen würden, empirisch testbare Hypothesen zu entwickeln.“ (Pauls, 2013, S. 19)

⁸⁸ „Um eine ‚wissenschaftliche Theorie‘ zu sein, sind präzise und empirisch überprüfbare Aussagen über Zusammenhänge und Gesetzmäßigkeiten erforderlich. Diese Qualitäten fehlten dem Engel’schen [biopsychosozialen, A. S.] Ansatz weitestgehend.“ (Pauls, 2013, S. 19f)

⁸⁹ ein ‚wissenschaftliches Paradigma‘ würde nach Kuhn (1996) erfordern, „dass zentrale theoretische Annahmen und Gesetzmäßigkeiten, Methoden und grundsätzliche Probleme (in einem gegebenen Feld) von einer wissenschaftlichen Gemeinschaft geteilt werden, so dass über die für sie wichtigsten Forschungsfragen und darauf bezogene Methoden ein Konsens besteht“ (Pauls, 2013, S. 20 mit Verweis auf Kuhn, T. S. (1996). *The structure of scientific revolutions*. (3rd edition). Chicago: University of Chicago Press.)

5.2 Psychosoziale Diagnostik

Gahleitner (2012) verweist in ihren Ausführungen darauf, dass die Aufgabenstellungen der Sozialen Arbeit (und damit auch Klinischen Sozialarbeit) „in ihrer biopsychosozialen Ausrichtung die Professionellen in besonderer Weise zu einer salutogenetischen Orientierung [verpflichten, A. S.]. Als zentrale Mediatoren in den komplexen Bedingungsgefügen psychiatrischer Arbeit sind sie daher ausdrücklich aufgefordert, jene Ressourcen- und Resilienz Aspekte bereits im diagnostischen Prozess in den Blick zu nehmen, durch die Belastungen, Überforderungssituationen und Krisen besser bewältigt werden können“ (S. 102).

Die Psychosoziale Diagnostik ist eine Mehrebenenendiagnostik, die per se interventionsorientiert ist. Sie bildet daher die Voraussetzung für die Hilfeplanung und Entwicklung realistischer Veränderungs- bzw. Entwicklungsziele, auf Grundlage derer dann die Interventionsstrategie erarbeitet wird. Die gemeinsam erarbeiteten Zielformulierungen⁹⁰ und die kooperative Kontraktverarbeitung⁹¹ sind wichtige Bausteine für die weitere Zusammenarbeit (vgl. Geißler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 101). Folglich beinhaltet die Psychosoziale Diagnostik die „Grundlagen für die Veränderungsarbeit einschließlich der Indikationsstellung (*was* bei gegebener Problematik und Situation *wann* und *wie* von *wem* zu *tun* ist). Zugleich soll sie die Erfolgskontrolle der Maßnahmen sichern“ (ebd., S. 102).

Ansen, Gödecker-Geenen und Neu (2004) plädieren in ihren Ausführungen für einen mehrdimensionalen Zugang zur Problemerkfassung von Menschen mit komplexen Erkrankungen. Die Problemerkfassung kann nur im Dialog mit den KlientInnen gelingen. Um sich von dieser ein umfassendes Bild machen zu können, ist es wichtig hierbei sowohl die Problemlagen, als auch die Ressourcen zu berücksichtigen. Hierbei ist eine Kombination aus offenen, direkten, reflektierenden, bilanzierenden, paraphrasierenden und biografischen Fragen

⁹⁰ z. B. mit der Zielerreichungsanalyse (Goal Attainment Scaling) (vgl. Geißler-Piltz u. a., 2005, S. 102)

⁹¹ Kontrakt beinhaltet: diagnostische Abklärung, möglichst klar identifizierte Problembereiche, spezifische Ziele für gem. Arbeit, Konzept für Arbeitsschritte bzw. Veränderungsplan, Vereinbarung mit Klient über Art der Zielerreichungskontrolle (vgl. Geißler-Piltz u. a., 2005, S. 102)

sinnvoll. Darüber hinaus ist es wichtig innerhalb der Anamnese die soziale Unterstützung der KlientInnen zu eruieren, da diese mitunter praktische Formen der Unterstützung liefern und Rückschlüsse auf die soziale Integration zulassen. Dazu gehören sowohl primäre Netze (z. B. Familienangehörige, Freundeskreis) als auch sekundäre Netze (z. B. Vereine, Selbsthilfegruppen) (vgl. S. 68f, S. 17).

Um die Vielzahl an Informationen praktisch handhabbar zu machen eignet sich die ‚mehrdimensionale Problem- und Ressourcenmatrix‘. Durch ihren Aufbau (zwei Quadranten für das Individuum und zwei Quadranten für dessen soziales Umfeld) verknüpft sie den Anspruch der Klinischen Sozialarbeit die Problemlagen des Individuums im Kontext seiner/ ihrer Lebenswelt (Person-in-environment) zu sehen. Dies ist dahingehend von Bedeutung, als dass zwischenmenschliches Verhalten nur vor dem Hintergrund der Kontextualisierung nachvollziehbar werden kann (vgl. Pauls, 2011, S. 209, S. 64ff). Klinische SozialarbeiterInnen stehen daher im „Spannungsfeld, über die Wahrnehmungen, Pläne und Entscheidungen der Person hinaus, auch die objektiven Lebensbedingungen und die interpersonale Situation jenseits von deren Repräsentationen bei der Person selbst, in seine diagnostische Abklärungen und Interventionen einzubeziehen“ (ebd., S. 70).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das „sogenannte Hard-to-Reach-Klientel, die aus schwierigen Verhältnissen stammt, multiproblembelastet ist und von vorhergehenden Hilfsangeboten nicht profitieren konnte, jedoch eine professionelle Unterstützung dringend benötigt, [...], A. S.] die Zielgruppe klinisch-sozialarbeiterischer Diagnostik und Intervention“ (Gahleitner, 2012, S. 91f) darstellt. Geißler-Piltz u. a. (2005) verweisen auf internationale Diskussionen im klinisch-sozialen Kontext bzgl. des Begriffs ‚Diagnostik‘. Auf die einzelnen Diskussionsschwerpunkte kann im Rahmen dieser Masterthesis jedoch nicht eingegangen werden. Möglicherweise tragen auch eben diese Diskussionen dazu bei, dass die Diagnostik im noch immer ein häufig vernachlässigtes Instrument beruflicher Sozialarbeit darstellt. Dies ist dahingehend bedenklich, als dass der Rückgriff auf vorrangig psychiatrische Diagnosen den Blick auf bzw. für soziale Zusammenhänge verstellen kann.

Mittels der Psychosozialen Diagnostik kristallisieren sich die Schnittstellen-
aufgaben zwischen den psychischen, sozialen, medizinischen und
alltagssituativen Dimensionen heraus. Innerhalb der Psychosozialen Diagnostik
zählen sowohl die biologischen, psychischen und auch sozialen (hierzu zählen
auch die materiellen) Bedingungen⁹² gleichermaßen. „Erleben, Verhalten, Situation
und Ereignis, Beziehung und systemischer Kontext werden als Anteile der Person-
Umwelt-Transaktionen herausgearbeitet“ (Geißler-Piltz u. a., 2005, S. 102). Die
Psychosoziale Diagnostik kann nur unter der Maxime der größtmöglichen
Beteiligung der KlientInnen erfolgen. Geißler-Piltz u. a. (2005) geben in ihren
Ausführungen einen detaillierten Einblick in die Bestandteile der Psychosozialen
Diagnostik. Diese beinhalten u. a.:

- die Situationsdiagnostik⁹³;
- die Klärung des Kontextes⁹⁴ und
- die Einschätzung der Beziehung zum Helfersystem⁹⁵ (vgl. S. 103).

Die lebens-, subjekt- und situationsnahe Diagnostik beinhaltet „neben der
psychiatrischen Abklärung eine dialogisch orientierte Anamnese, [die die, A. S.]
grundlegenden Aspekte von Biografie und Lebenswelt – sinnverstehend –
zusammen trägt“ (Gahleitner, 2012, S. 98). Um all diesen Aspekten gerecht werden
zu können verfügen Klinische SozialarbeiterInnen über fundierte Kenntnisse der
Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM-V, ICF). Weiterhin fällt auch eine
„konsequente psychosoziale Prozessgestaltung [..., A. S.] sowie der Einbezug
sozial-epidemiologischer und anderer sozialwissenschaftlicher Kenntnisse [..., A.
S.] ausdrücklich in die Zuständigkeit Klinischer Sozialarbeit“ (Gahleitner, 2012, S.
98). Darüber hinaus ist im Hinblick auf die Rahmenbedingungen, die Maßnahmen
und Interventionsstrategien eine interdisziplinäre Kooperation dringend geboten,
was sich auch in Abb. 15 zeigt.

⁹² z. B. Beeinträchtigungen, Traumatisierungen, Defizite, psychosoziale Ressourcen, Stärken,
materielle Ressourcen, förderliche Umweltbedingungen, Fähigkeiten etc.

⁹³ z. B. akute oder chronische kritische Ereignisse, Belastungen, Verluste, Bedrohungen,
Ungewissheit, Ambiguität

⁹⁴ z. B. soziale Unterstützung, Familiensystem, Ressourcen, Defizite, materielle Situation,
rechtliche Bedingungen bzw. Möglichkeiten

⁹⁵ z. B. Freiwilligkeit, Kontaktfähigkeit, Hilfewunsch, Übertragung

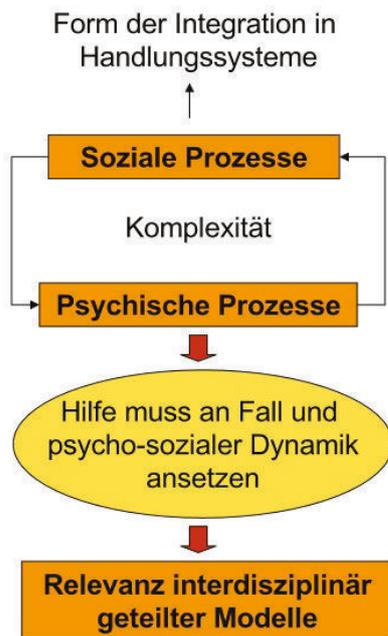


Abb. 15 Rahmenbedingungen, die interdisziplinäre Kooperation nötig machen (vgl. Dällenbach, Rügger & Sommerfeld, 2010)

Auch Francke (1999) bewertet eine effektive, interdisziplinäre Zusammenarbeit als Qualitätsvoraussetzung für eine angemessene Versorgung und Behandlung der Betroffenen innerhalb des Gesundheitssystems (vgl. S. 259). Eine qualifizierte Vernetzungsarbeit ist jedoch nur auf der Grundlage von „gegenseitigem Respekt, Kenntnis und Anerkennung der jeweiligen Arbeitsaufgaben und Relevanzstrukturen“ (Gahleitner, 2012, S. 104) denkbar. Eine qualifizierte fallbezogene Zusammenarbeit ist nur unter dem Credo des maximalen Informationsaustausches (Transparenz) möglich, der den KlientInnen (geeignete) Entwicklungsperspektiven ermöglicht. Um dies zu erreichen ist eine „Klarheit in den Verantwortungs- und Kompetenzstrukturen, Planungssicherheit, Kontinuität [...], A. S.], eine regelmäßige Zusammenarbeit der Fachkräfte[, A. S.] eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Angebote und der Zusammenarbeit auch auf struktureller Ebene“ (ebd.). Geißler-Piltz u. a. (2005) beschreiben die Zusammenhänge, die die Klinische Sozialarbeit bei der Entwicklung der Interventionen berücksichtigen. Dazu gehören:

- Soziostrukturellen Gegebenheiten⁹⁶;
- Biopsychosozialen und ökosozialen Aspekten⁹⁷;
- Interpersonalen bzw. systematischen Zugehörigkeiten⁹⁸;
- Sozioemotionalen Faktoren⁹⁹;
- Mustern der Selbstregulation¹⁰⁰ (vgl. S. 104f).

Klinische SozialarbeiterInnen fokussieren den gesamten Prozess, vom ersten Kennenlernen bis hin zur Abschlussevaluation. Innerhalb dieses Prozesses halten Hollenstein und Sommerfeld (2009) für zentral an der fallbezogenen „psychosozialen Dynamik anzusetzen und von dort aus verschiedene auf individuelle und soziale Prozesse bezogene Hilfeleistungen nicht nur nebeneinander laufen zu lassen (Addition), sondern aufeinander abzustimmen (Koordination) und im Idealfall zeitlich und inhaltlich so ineinander zu verschränken, dass eine sich gegenseitig befruchtende, gleichgerichtete Dynamik zwischen sozialen und psychischen Prozessen entstehen kann“ (S. 201). Ansen u. a. (2004) bewerten die Beiträge der Klinischen Sozialarbeit zur „Verbesserung der Lebensumstände und der Bewältigung von Problemen [als, A. S.] gesundheitsrelevant“ (S. 15), da sie mittels ihrer Multiproblemperspektive einem komplexen Gesundheitsverständnis am ehesten gerecht wird (vgl. Mühlum, 2008, S. 64).

5.3 Sozialtherapeutische Beratung

Ansätze von behandelnder Sozialarbeit sind schon seit 60 Jahren in der Fachliteratur zu finden. Um dies zu verdeutlichen verweisen Hahn und Pauls

⁹⁶ Chancen, Ressourcen und Defizite des sozialen Netzwerkes, soziale Chancenstrukturen; z. B. Verfügbarkeit sozialer Netzwerke, sozialer Rollen oder Zuerkennung von Gratifikation

⁹⁷ somatischen und psychischen Störungen, Krankheiten und Behinderungen, Ernährungs-, Arbeits- und Wohnbedingungen

⁹⁸ soziale Unterstützung, Bindung

⁹⁹ Erleben von Zugehörigkeit, Motivation, Handlungsregulation, Verhaltensgewohnheiten

¹⁰⁰ Selbstbild, Selbstwert, Kongruenz bzw. Inkongruenz zwischen Selbstkonzept und Erfahrung

(2008) in ihren Ausführungen auf Victor von Weizsäcker, 1947, der die Sozialtherapie wie folgt beschreibt:

„Methode der modernen Psychotherapie, in der (neben [den PatientInnen, A. S.]) die soziale Mitwelt ... gezielt beeinflusst und verändert wird, um damit dem psychischen und psychosomatisch kranken Menschen zu helfen ... wenn eine psychotherapeutische Behandlung [..., A. S.] selbst nicht möglich ist, dann wird versucht, jene Faktoren der sozialen Umwelt [der PatientInnen, A. S.] zu ändern, welche das soziodynamische Gleichgewicht dieses Menschen so ungünstig beeinflusst hatten, dass es zum Krankheitsgeschehen gekommen war“ (S. 122).

Selbst in dem Bericht über die Lage über die Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland vom Deutschen Bundestag (1975) wurde bereits die Bedeutung der sozialen Dimension unter der Verwendung des Terminus: ‚Sozialtherapie‘ (vgl. S. 67) hervorgehoben. Die Sozialtherapie sollte die Lücken im Bereich der institutionellen psychosozialen Versorgung schließen. Sie zeichnet sich u. a. durch ihr spezifisches Fallverstehen aus, wobei die soziale Bedingtheit individuellen Leids anerkannt wird. „Der soziale Kontext wird genutzt, um neue, förderliche Interaktionen und Beziehungen anzuregen und dadurch problematische Beziehungs- und Verhaltensmuster aufzulösen“ (Hahn, Pauls, 2008, S. 27).

Crefeld (2002) macht in seinen Ausführungen deutlich, dass die Bewertung eines Beratungsprozesses als sozialtherapeutisch, psychotherapeutisch oder psychosozial primär vom „institutionellen Kontext und der Interpretation der für die Intervention im Vordergrund stehenden Probleme“ (S. 34) abhängig ist. Bis heute besteht die Diskussion, inwieweit der Therapie-Begriff vom Beratungs-Begriff zu differenzieren sei, worauf innerhalb dieser Masterthesis nicht näher eingegangen werden kann. Vor dem Hintergrund des Verständnisses formalisierter Beratung der DGfB (Dt. Gesellschaft für Beratung, o. J.) werden die (inhaltlich) fließenden Übergänge von Beratung und Psychotherapie deutlich.

„Die vielfältigen Beratungsverständnisse variieren dann auch abhängig von der disziplinären und theoretisch-methodischen Verortung einerseits und den Spezifika der Arbeitskontexte andererseits“ (Pauls, Stockmann, 2013, S. 14). Vor dem Hintergrund dieser Diskussionen haben sich Pauls und Stockmann (2013) für den

Terminus sozialtherapeutische Beratung¹⁰¹ entschieden, um der strikten begrifflichen Trennung von Therapie und Beratung entgegen zu wirken. Somit wird im Folgenden auch auf den Terminus der ‚sozialtherapeutischen Beratung‘ zurückgegriffen. Da es bislang noch keine einheitliche Definition gibt, soll die nun folgende Beschreibung diese näher beleuchten:

„Sozialtherapeutische Beratung ist angezeigt, wenn es sich um Beratung von Klientinnen und Klienten in psychosozialen Notlagen beziehungsweise Multiproblemsituationen handelt, welche schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen und ihre Folgen einschließen. Dabei sehen wir sozialtherapeutische Beratung als eine Interventionsform, die in verschiedensten formalisierten und halbformalisierten Behandlungs- und Beratungskontexten und – settings Anwendung findet und für die Fachkräfte dann entsprechende sozialtherapeutische Kompetenzen benötigen.“ (ebd., S. 16)

Mittels des sozialtherapeutischen Fallverstehens werden demnach nicht nur die ‚Symptome‘ in den Blick genommen, sondern auch die daraus resultierenden „Folgen im psychiatrischen und sozialen Kontext, Einschränkungen im Leistungsbereich, die Ausgestaltung der erforderlichen Interventionen und deren Rückwirkungen auf die Betroffenen und das Krankheitsgeschehen“ (ebd., S. 14). Die sozialtherapeutische Beratung bietet daher innerhalb ihres dialogischen Interaktionsprozesses eine Orientierungs- und Handlungshilfe, die die Betroffenen durch Klärung, Kompetenzförderung, Ressourcenaktivierung, Emotionsbearbeitung und Empowerment auf deren Weg der individuellen Zielerreichung und bei Veränderungen in konkreten sozialen Situationen unterstützt. Hierbei beziehen sich die zur Anwendung kommenden Interventionen auf innerpsychische Veränderungen, Veränderungen der Umwelt und die Modifikation der Interaktionsprozesse zwischen dem Individuum und seiner Umwelt. Zu den integralen Themen der sozialtherapeutischen Beratung gehören

¹⁰¹ „Von sozialtherapeutischer Beratung wollen wir immer dann sprechen, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen und ihre Folgen ein wesentliches Element der Problemdefinition sind und Interventionen sich auf Problem – auch: Störung und Krankheit – verursachende und/oder aufrechterhaltende soziale und psychosoziale Faktoren richten müssen.“ (Pauls, Stockmann, 2013, S. 15)

daher auch die Veränderungen der Lebensbedingungen und die funktionalen und strukturellen Merkmale der Lebenssituation des/ der Einzelnen. Folglich steht die sozialtherapeutische Beratung auf Grundlage des biopsychosozialen Modells im Kontext komplexer Wechselwirkungen (vgl. Pauls, Stockmann, 2013, S. 13ff).

Um sich auf den Alltag der KlientInnen einlassen zu können, müssen die verschiedenen Dimensionen des individuellen Alltags erkannt und situativ wahrgenommen werden, um ggf. Beratung oder Unterstützung anbieten zu können (vgl. Thiersch, 2006, S. 50; vgl. Gahleitner, 2012, S. 99). Innerhalb der sozialtherapeutischen Beratung sollen Zwischenräume für Veränderungsprozesse gestaltet werden, in denen die KlientInnen ihre bisherigen Handlungsmuster angstfrei infrage stellen und Schritte der Veränderung gehen können. „Dazu gehört der Respekt vor biografischen Erfahrungsaufschichtungen [...], milieuspezifische Deutungsmustern sowie daraus entwickelten Lösungsstrategien und Ressourcen, um auf dieser Verstehensbasis informiert Alltagsprobleme strukturieren und bearbeiten zu helfen“ (Gahleitner, 2012, S. 100).

Es geht demnach auch um den Aufbau von tragfähigen Beziehungen, innerhalb derer die KlientInnen neue Erfahrungen machen können. Gahleitner (2012) verweist in diesem Kontext auf die Bindungs-, Psychotherapie- und Beratungsforschung sowie auf die Forschung zu sozialer Unterstützung (Gahleitner, 2011¹⁰²). Deren Ergebnisse zeigen inwiefern der Erfolg professioneller Begleitung durch qualifizierte Beziehungsarbeit und eine gute Einbettung in alltägliche soziale Netzwerke geprägt ist. Da es sich bei helfenden Beziehungen grundsätzlich um Bindungsbeziehungen handelt, sind Klinische SozialarbeiterInnen mit den Phänomenen von Bindung, sozialer Unterstützung und eventuellen Störungen oder Beziehungstraumata vertraut. Auf diese Weise kann innerhalb der sozialtherapeutischen Beratung adäquat auf diese Phänomene eingegangen werden, was das Erreichen der KlientInnen erleichtert. Hierbei sind Vorgehensweisen und Kompetenzen unerlässlich, die die Überwindung von Exklusionsprozessen fördern (vgl. S. 100f).

¹⁰² Gahleitner, S. B. (2011). Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

In psychiatrischen Arbeitsfeldern wurde mittels der sozialtherapeutischen Beratung eine sozialkritische Reflexion der therapeutischen und sozialpädagogischen Praxis angeregt. Dies richtete sich beispielsweise gegen die Individuumszentriertheit (ohne ausreichende Berücksichtigung der sozialen Lebenswelt), Symptomzentrierung (anstelle von Ausrichtung auf soziale Lebensumstände) und zu enge Behandlungsrahmen. Es entstand die Forderung Veränderungsansätze in die therapeutische Praxis zu implementieren, die auch den organisatorischen und institutionellen Faktoren des psychosozialen Systems gerecht werden (vgl. Hahn, Pauls, 2008, S. 29). Wie bereits auch im Kapitel 5. 2 beschrieben, zeigt sich auch bei diesem Ansatz die Notwendigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Hierfür sind erhöhte Reflexions- und Handlungskompetenzen seitens der Fachkräfte dringend geboten.

Klinische SozialarbeiterInnen berücksichtigen innerhalb ihrer sozialtherapeutischen Beratungspraxis fünf Ebenen. Diese beinhalten:

- „Hilfe bei der Beeinflussung der sozialen Umwelt,
- Koordination sozialer Hilfsangebote,
- Methode der sozialtherapeutischen Fallanalyse,
- Regionalbezug und
- Berücksichtigung der Eigenverantwortlichkeit der Klient[Innen, A. S.]“ (ebd., S. 30).

Folglich verfügen Klinische SozialarbeiterInnen über subjektbezogene¹⁰³, therapeutische¹⁰⁴ und organisationsbezogene¹⁰⁵ Kompetenzen, um diesen Herausforderungen gerecht werden zu können. Sie initiieren einen Behandlungsrahmen der soziale Prozesse und individuelle Faktoren der KlientInnen bedenkt und die bereits oben erwähnten Wechselwirkungen mitberücksichtigt. Folglich stellt die „vertiefte Systemkompetenz ein Grundmerkmal klinisch-sozialer Professionalität dar“ (ebd.). Klinische SozialarbeiterInnen sind in

¹⁰³ Reflexionsvermögen, Krisen-/ Konfliktfähigkeit, Flexibilität, Sensibilität, Kreativität

¹⁰⁴ diagnostische und therapeutische Fähigkeiten & Fertigkeiten für die Arbeit mit Klienten im engeren Sinn

¹⁰⁵ Kenntnisse/ Fähigkeiten das/ die Arbeitsfeld/ Institutionen bzgl. ihrer Auswirkungen zu analysieren und zu verändern

der Lage die unterschiedlichen Bedingungebenen von Leidenszuständen zu analysieren, um passende Interventionen eruieren zu können. Hahn und Pauls (2008) verweisen in diesem Kontext auf die Berücksichtigung der Wechselwirkung „zwischen Intervention und Selbstentwicklung der Klient[Innen, A. S.] als auch die Arbeits-, Organisations- und Kooperationsformen des Helfersystems“ (S. 31).

Die sozialtherapeutische Beratung setzt sich zum Ziel die psychosozialen Probleme der KlientInnen aus deren originär sozialen Bedingungsgefüge heraus zu verstehen und auf deren sozial-ökologischen Zusammenhang einzuwirken. Auf diese Weise können leichter Lösungen für individuelle Problemlagen gefunden werden, da sozial-ökologische Bedingungen häufig massiv Einfluss auf zwischenmenschliche Interaktionen haben (z. B. durch problematische soziale Kommunikationssysteme). Die Klinischen SozialarbeiterInnen initiieren demnach mittels der sozialtherapeutischen Beratung „konkrete sozialsituative Verbesserungen bezüglich der Teilnahme von Personen an sozialer Kommunikation [..., A. S.], [und helfen, A. S.] soziale Unterstützung aufzubauen und zugleich psychische Kompetenzen der Teilnahme und Annahme zu fördern“ (ebd., S. 31f). Darüber hinaus findet auch das Konzept der Sozialraumorientierung hierbei Beachtung, welches sich dafür ausspricht, dem Willen und den Interessen der KlientInnen nachzukommen, diese zu aktivieren und die Selbsthilfe zu fördern. Ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu stellen, gehören zu den zentralen Merkmalen der sozialraumorientierten Klinischen Sozialarbeit: Prävention, Integration, Partizipation, Alltagsnähe (Abbau institutioneller und professioneller Zugangsbarrieren), Vernetzung und Selbsthilfe.

Trotz des ausgeprägten Gesundheitsbezuges von Klinischer Sozialarbeit, werden ihre sozialtherapeutischen Kompetenzen in der Praxis noch immer nicht ausreichend wahrgenommen oder anerkannt. Klinische Sozialarbeit wirkt auf das soziodynamische Gleichgewicht ein „z. B. indem sie gesundheitsrelevante Verhaltensweisen durch direkte person- und kontextbezogene Maßnahmen beeinflusst.“ (Pauls, Hahn, 2008, S. 35). Wie in diesem Kapitel verdeutlicht wurde, verfügt die Klinische Sozialarbeit über ein umfassendes Repertoire an Methoden: psychosoziale und sozialtherapeutische Beratung, Begleitung und Unterstützung

zur Verbesserung bzw. Stärkung individueller Belastungs- bzw. Problembearbeitung im Alltag (unter Einbeziehung des sozialen Umfelds), Stärkung der sozialen und psychischen Kompetenzen (z. B. Training, Förderung, Psychoedukation) (vgl. ebd.; vgl. Mühlum, 2008, S. 70).

6. Diskussion

In den voran gegangenen Kapiteln wurden zunächst die theoretischen Grundlagen der Problematik einer schizophrenen Psychose beleuchtet. Dies bildet die Grundlage für die nun folgende Einordnung.

Recovery kommt nicht nur für Betroffene von schizophrenen Psychosen in Frage. Vielmehr beinhaltet das Konzept eine Vielzahl von Ansichten und Haltungen, die im zweiten Kapitel skizziert wurden. Im dritten Kapitel wurde die Bedeutung von Recovery für die professionellen Fachkräfte herausgestellt. Wie bereits in der Bachelorarbeit zum Thema ‚Behandlungsmöglichkeiten einer schizophrenen Psychose‘ (Stitz, 2011) dargestellt, ist die Klinische Sozialarbeit eine Fachsozialarbeit, die auf die Besonderheiten und Herausforderungen einer schizophrenen Psychose eingehen kann. In der Bachelorarbeit wurde die Klinische Sozialarbeit mit ihrer historischen Entwicklung, ihrem Selbstverständnis, ihren Zielgruppen, Arbeitsfeldern und Aufgabenstellungen vorgestellt. Dabei wurde ebenfalls auf die Chancen der Klinischen Sozialarbeit und die Widerstände, auf die sie trifft, verwiesen. Daran anknüpfend wurden im Rahmen der Masterthesis im vierten Kapitel die theoretischen Grundlagen der biopsychosozialen Perspektive, die Psychosoziale Diagnostik und die Sozialtherapeutische Beratung vorgestellt. Vor diesem Hintergrund sollen nun folgende Hypothesen erörtert werden:

- Die Betroffenen werden noch immer zu wenig in die Behandlung von Schizophrenen Psychosen integriert.
- Recovery erfordert einen Paradigmenwechsel innerhalb der gesundheitlichen Versorgungslandschaft.
- Die Klinische Sozialarbeit bietet den 'person in environment'-Ansatz zur

Behandlung von schizophrenen Psychosen.

- Die Klinische Sozialarbeit kann die Betroffenen in ihrem Recoveryprozess passgenau begleiten.

Wie aus den Thesen ersichtlich, soll hier der Frage nachgegangen werden, welche Chancen das Recovery-Konzept für eine ganzheitliche Behandlung von schizophrenen Psychosen bietet. Hierbei wird auch dargestellt, wie Klinische SozialarbeiterInnen das Recovery-Konzept anwenden.

6.1 Integration von Betroffenen in die Behandlung schizophrener Psychosen

Eine schizophrene Psychose wirkt sich bei jedem/-r Betroffenen verschiedenartig aus. So facettenreich das Krankheitsbild sein kann, so unterschiedlich sind die Auswirkungen, die mit ihm einhergehen können. Aus diesem Grund ist eine ganzheitliche Erfassung der daraus resultierenden Problemstellungen und Behandlung unumgänglich. Von Ganzheitlichkeit wird in der Gesundheitsversorgung häufig gesprochen, sie wird aber noch immer zu wenig praktiziert.

Anspruch der Ganzheitlichkeit: Die Ausbildung von PsychiaterInnen konzentriert sich weitestgehend auf die Wahrnehmung innersomatischer Prozesse und biomedizinischer Zusammenhänge. Für eine empathische Interaktion mit dem/ der PatientIn, um die soziale und psychische Lage der Betroffenen zu erfassen und zu verstehen, fehlt den meisten ÄrztInnen die Zeit, und teilweise auch eine entsprechende Schulung in Gesprächsführung. Während der Aufbruchsstimmung der Psychiatriereform konnten SozialarbeiterInnen mittels der Psychiatrie-Personalverordnung¹⁰⁶ (PsychPV) die Berücksichtigung von psychosozialen Aspekten in der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen implementieren. „1973 konstatierte der Bundesgesundheitsrat, dass SozialarbeiterInnen einen

¹⁰⁶ Regelt die personelle Ausstattung psychiatrischer Krankenhäuser (z. B. die Eingruppierung der stationären PatientInnen in Behandlungsbereiche und –arten)

wesentlichen Beitrag zum Heilungsprozess darstellen und folglich eine fachliche Ergänzung zur ärztlichen Tätigkeit seien“ (Stitz, 2011, S. 91). Auf diese Weise näherten sich die Behandlung und Versorgung dem Anspruch der Ganzheitlichkeit an.

Die neue Sicht auf psychische Erkrankungen implizierte fortan auch die individuellen Lebensumstände, spezifische Beziehungsaspekte, das soziale Umfeld und die Lebenswelt der Betroffenen. All diese Aspekte regten ein Neuorientierung in der Behandlung und Begleitung von psychisch erkrankten Menschen an (vgl. Stitz, 2011, S. 89). Gahleitner, Hintenberger und Leitner (2013) konstatieren, dass der medizinisch-biologische, psychosomatische und psychologische „Reduktionismus genauso überwunden werden [muss, A. S.] wie der soziologische Strukturalismus“ (S. 9). Noch immer sind die Diskurse im Gesundheitsbereich vom biomedizinischen Modell beeinflusst. Gahleitner u. a. (2013) verweist daher auf Hanses (2007, S. 116 - 120), der sich für eine Hinwendung zur ‚subjekttheoretischen Perspektive‘ mit der Ermöglichung von ‚Aneignungsprozessen‘ zugunsten einer ‚Autonomie der Lebenspraxis‘“ (S. 9) ausspricht.

Mittels dieser mehrperspektivischen Draufsicht sollten die Behandlungsmöglichkeiten je nach Art und Ausprägung der schizophrenen Psychose individuell angepasst werden. Dies erfordert von Seiten der professionellen Fachkräfte Erfahrung, Engagement, Geduld, Kooperation und Zuwendung. Gahleitner, Schigl, Gerlich und Hinterwallner (i. V.) konstatieren, dass bereits eine dialogisch und partizipativ gestaltete Diagnostik den weiteren Therapieprozess maßgeblich beeinflussen kann. Das in Kapitel 5.1 ausführlich erörterte biopsychosoziale Modell setzt sich für eine KlientInnenorientierung, dialogisch und beziehungsorientierte Vorgehen vor dem Hintergrund des sozialen Milieus des/ der Einzelnen ein. „Mit dem anthropologischen Entwurf der ‚person-in-environment‘ wird der Zusammenhang zwischen Bedürfnissen der Person nach Selbstwert und Selbstregulation, ihren sozial-emotionalen Beziehungen und sozialen Unterstützungen sowie der jeweiligen sozialen Chancenstruktur in sozialtherapeutischen und sozialberatenden Kontexten mit psychisch Kranken

fokussiert“ (Pauls, 2013, S. 18). Eine Behandlung ohne aktive Beteiligung der Betroffenen kann dem Anspruch der Ganzheitlichkeit nicht gerecht werden. Dieser Aspekt spielt in der Praxis bedauerlicherweise noch immer eine untergeordnete Rolle.

Rollenzuschreibung der Betroffenen: Obwohl die Behandlungsleitlinien Kooperation und individuelle Behandlungsziele fordern (vgl. S3-Leitlinie der DGPPN, 2013, S. 17, 20, 23) kommt es noch immer „schnell zur Verquickung von diagnostischen Einschätzungen und Behandlungsschemata mit Zuschreibungen einer besonderen Hilfs- und Schutzbedürftigkeit, einer Verantwortungsunfähigkeit und Unselbstständigkeit“ (Bosshard, 2008, S. 161) auf Seiten der Betroffenen. Diese werden nicht selten von professionell Tätigen und auch von ihrem sozialen Umfeld auf die Rolle des/ der Kranken oder des/ der Problembehafteten festgeschrieben, wodurch sie sich letztendlich zum Teil selbst so wahrnehmen und sich kaum noch aus dem Hilfesystem heraus trauen. Identifikationen wirken immer auch auf die stigmatisierte Person zurück und beeinflussen deren Selbstdarstellung. Durch die sukzessive Integration der Zuschreibungen in das Selbstverständnis reduzieren sich die Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen. Das Paradoxon darin ist, dass die Betroffenen eine Festlegung durch institutionalisierte professionelle Kontexte erfahren, die sie eigentlich von Stigmatisierungen lossprechen sollten (vgl. Bosshard, 2007, S. 7; vgl. Sander, 2012, S. 26).

Wissen durch Psychoedukation: Sowohl in stationären, als auch in ambulanten Settings wird die aktive Beteiligung der Betroffenen häufig in Form von Gruppenangeboten mit psychoedukativen Charakter initiiert. Psychoedukation ist ein wichtiger Bestandteil einer ganzheitlichen Behandlung, da sie den Betroffenen (oder auch den Angehörigen) viele Informationen über die jeweilige Erkrankung vermittelt und Raum für einen gemeinsamen Austausch gibt. Ziel von Psychoedukation-Gruppenangeboten ist es, ein Krankheitsverständnis, einen verantwortungsvollen Umgang mit den Beeinträchtigungen und eine Krankheitsbewältigung zu fördern. Durch das vermittelte Wissen sollen die Betroffenen einen Überblick über Behandlungsmöglichkeiten erhalten, um sich

anschließend aktiv in ihre Behandlung einbringen zu können- etwa in Form eines Mitspracherechts über Behandlungsmethoden und Medikamente. Um konstruktive Diskussionen mit dem/ der behandelnden Arzt/ Ärztin führen zu können, ist ein vergleichbares Wissen wichtig, z. B. über die erwünschten und unerwünschten Wirkungen von Medikamenten (vgl. Stitz, 2011, S. 94).

Kritisch zu betonen ist, dass das vermittelte Wissen innerhalb dieser Psychoedukation stark durch die Schulmedizin geprägt ist. Alternative Behandlungsmöglichkeiten oder anthropologische Betrachtungen bzw. Erklärungskonzepte, in denen Psychosen beispielsweise Lösungselemente enthalten („Psychose als Bewältigung“ (Bock, 2007, S. 151)), werden kaum erörtert. Das verwundert vor dem Hintergrund der hippokratischen Weisheit, die besagt, dass der/ die PatientIn selbst, der/ die beste Arzt/ Ärztin ist (vgl. Stitz, 2011, S. 104). Diesen Umstand kritisieren in Psychoseseminaren sowohl Betroffene, als auch Angehörige. Utschakowski, Sielaff und Bock (2009b) betonen, dass längst belegt sei, „dass »Eigensinn« etwas mit Lebensqualität zu tun hat [..., A. S.], dass der Respekt vor subjektiven Krankheitskonzepten die (Selbst-) Heilungschancen vergrößert und dass eine gute Kooperation nur gelingen kann, wenn alle beteiligt sind (inklusive der Angehörigen) und alle sich auch jenseits von Ideologien aufeinander zubewegen und um eine konstruktive Beziehung ringen“ (S. 225).

Kooperation mit den Betroffenen: Ein positives Resümee ziehen Gahleitner u. a. (i. V.). Sie skizzieren in ihrem Endbericht zur ‚mixed-method-Studie‘¹⁰⁷ (RISK108) den allgemeinen Trend, „dass PatientInnen im Gesundheitswesen inzwischen stärker als mitredende und mitentscheidende GesprächspartnerInnen betrachtet werden, denn als hilflose Wesen, die von allmächtigen BehandlerInnen von ihrer Krankheit befreit werden“. Betroffene sollten noch stärker in die Behandlung integriert werden. Die Subjektivität und die Erfahrungen der

¹⁰⁷ Meint, dass unterschiedliche qualitative und quantitative Methoden zum Einsatz kamen. Im RISK-Projekt (2007-2012) waren es: qualitative Gruppendiskussion mit ExpertInnen sowie Beschwerdebriefe und quantitative paper-pencil und Online-Fragebögen (vgl. Donau-Universität, Krems, s. Literaturverzeichnis)

¹⁰⁸ Projekt RISK: „Risiken, Nebenwirkungen und Schäden durch Psychotherapie“ an Donauuniversität Krems im Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit

Betroffenen müssen als eigenständige Dimension innerhalb der Behandlung wahrgenommen und entsprechend in das „wissenschaftliche und handlungspraktische Wissen“ (Dörr, 2005, S. 15) integriert werden. Dies spricht für ein Umdenken und eine inhaltliche Neuorientierung im Hinblick auf Behandlungsmöglichkeiten von schizophrenen Psychosen.

Eine Bereitschaft zur kooperativen Interaktion zwischen professionellen Fachkräften und Betroffenen kann nicht nur für die Therapie hilfreich sein, sie kann auch die Fehlerprävention und –intervention effektiver gestalten. Durch eine partizipative und dialogische Vorgehensweise können die Betroffenen zeitnah individuelle Rückmeldungen zum Behandlungsprozess geben (vgl. Gahleitner u.a., i. V.). Anstelle vom „Reparaturbetrieb“ (Utschakowski u.a., 2009b, S. 226) geht es vielmehr um die Initiierung von haltgebenden und entwicklungsfördernden Angeboten (vgl. ebd.). Demnach geht es nicht mehr um reine Symptomreduktion, sondern um Gesundheitsförderung¹⁰⁹.

Die Beziehungsarbeit zwischen den professionell Tätigen und den Betroffenen, sowie deren Angehörigen hat an Bedeutung gewonnen. All die genannten Aspekte werden zum Teil auch durch GenesungsbegleiterInnen (EX-INlerInnen) verkörpert. Durch sie erleben die Betroffenen, dass eine psychische Erkrankung auch eine Erfahrung mit Chancen sein kann. So können die Betroffenen einen anderen Umgang mit ihren z. T. resistenten Symptomen finden. Auf diese Weise wird die „Dichotomie von Gesundheitsförderung und Krankheitsbekämpfung [...], A. S.] aufgehoben: Mit Krankheit gesund leben!“ (ebd., S. 226). Wenn all diese Aspekte berücksichtigt werden, dann kann von einer ganzheitlichen Behandlung gesprochen werden.

¹⁰⁹ Gesundheitsförderung zielt „auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“ (WHO, 1986, S. 1)

6.2 Paradigmenwechsel

Um die in 6.1 skizzierte Neuorientierung und die verstärkte Integration von Betroffenen in die Behandlungsmöglichkeiten umsetzen zu können, braucht es einen grundsätzlichen Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Versorgungslandschaft. Spaulding, Sullivan und Poland (2003) definieren Paradigma wie folgt: "A paradigm is a set of interrelated concepts, principles, and methods [...]. In this case, [it, A.S.] is rehabilitation. The paradigm we are proposing to guide the rehabilitation of severe and disabling mental illness includes (1) a set of premises and principles concerning illness, disability, and the purposes of treatment; (2) a collection of interrelated scientific methods and observations; (3) specific clinical technologies; and (4) a systematic approach to providing services to people with disabling mental illness" (S. 4).

Paradigmen sind soziologische Phänomene, die sich sowohl in kollektiven Überzeugungen, als auch in den Konventionen einer Gesellschaft widerspiegeln. In der Fachliteratur wird diesbezüglich inhaltlich vermehrt auf den amerikanischen Wissenschaftsphilosophen Thomas Kuhn (*1922, †1996) verwiesen. Kuhn beschrieb mittels seiner Analysen die Relevanz der Weiterentwicklung von (Rehabilitations-) Paradigmen. In seinen Ausführungen verdeutlicht er die Schwierigkeit bestehende Paradigmen aufzulösen, obwohl es bereits neue, alternative Paradigmen gibt. Diesen Prozess („paradigm shift“ (ebd., S. 6)) zu begleiten erfordert von allen Beteiligten einen langen Atem, eine hohe Widerstandskraft und Hoffnung.

Historische Betrachtung: In der Vergangenheit änderte sich die Sicht auf psychische Erkrankungen durch wissenschaftliche Fortschritte und soziale Bewegungen. Als Beispiele hierfür sind die Entstehung und Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrie und einer Vielzahl an Betroffenenbewegungen zu nennen. Diese Bewegungen haben in der Vergangenheit bereits starken Einfluss auf den Umgang mit psychischen Erkrankungen genommen und erhöhen auch weiterhin den Druck auf konventionelle und tradierte Haltungen, z. B. von HelferInnen im psychiatrischen Versorgungssystem. Die neuen Paradigmen, die in diesem Zuge nach und nach die Behandlungspraxis erreichen, beinhalten teilweise ,alt

bewährtes' und ergänzen Bestehendes oder entwickeln es weiter. Demnach muss die Beziehung zwischen den vorrangig medizinischen und den alternativen Paradigmen berücksichtigt werden¹¹⁰ (vgl. Spaudling, Sullivan& Poland, 2003, S. 7).

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde an der psychiatrischen Versorgung vielseitig und tiefgreifend Kritik geübt. In den Mittelpunkt rückten zunehmend gesellschaftliche Reaktionen und Zuschreibungsprozesse in Bezug auf psychisch kranke Menschen. So wurde auch Schizophrenie „schwerpunktmäßig als soziales Phänomen, als Abweichung von hegemonial akzeptierten Normen betrachtet“ (Hoffmann, 2011, S. 29). Hierbei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass eine ‚Abweichung‘ stets ein Resultat gesellschaftlicher und sozialer Konstruktion ist. Rückblickend können „Goffmans Thesen zur totalen Institution sowie der Labeling- oder Etikettierungsansatz als bedeutsamste soziologische Einflüsse auf die psychiatrische Entwicklung der letzten 40 Jahre angesehen werden“ (Bosshard, Ebert, Lazarus, 2007, S. 31).

Einfluss der Sozialpsychiatrie: Durch die Entwicklungen, die mit der Sozialpsychiatrie einhergingen, liegt der Fokus innerhalb der psychiatrischen Versorgungslandschaft nun auch auf sozialen Prozessen. Die „soziale Dimension“¹¹¹ (Dörr, 2005, S. 14) rückte in den Mittelpunkt sozialpsychiatrischer Wissenschaft und mit ihr auch die Lebensweltorientierung. Im Zuge der sozialpsychiatrischen Bewegung wurden die traditionelle psychiatrische Diagnostik und das damit einhergehende pathologisierende Krankheitsmodell in Frage gestellt. Die PatientInnen sollten in und mit ihrer sozialen Umwelt verstanden und entsprechend individuell behandelt werden. Seit der Psychiatrie-Enquête hat wohl kaum eine „andere Randgruppe [..., A. S.] so viele Bemühungen um Verbesserung ihrer Lage erlebt und wurde mit so vielen neuen Institutionen zu

¹¹⁰ “The modern rehabilitation paradigms for mental illness that appeared in the late 20th century represented distinct alternatives to the medical model. It is therefore important to understand the relationship between the older medical model and newer rehabilitation paradigms.” (Spaudling, Sullivan& Poland, 2003, S. 7)

¹¹¹ Beinhaltet die Bedeutung sozialer Faktoren für psychische Gesundheit, Krankheit und Prävention.

ihrer Versorgung bedacht wie die psychisch erkrankten Menschen“ (Bosshard, 2008, S. 151).

Wiedereingliederung: Die psychiatrische Behandlung wurde humanisiert, die Betroffenen werden heute zunehmend in ihr gewohntes Umfeld entlassen. „Damit wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass psychisches Leiden im Rahmen sozialer Interaktionen (mit) hergestellt wird und sich ausschließlich in sozialer Interaktion zeigt“ (Dörr, 2005, S. 15). Hanses und Sander (vgl. 2012, S. 9) sprechen sich in diesem Kontext für den theoretischen Rückgriff auf das Konzept der Interaktionsordnung¹¹² (von Goffmann) aus, was eine heuristische Perspektive eröffnet. „Für die Beschreibung von Interaktionsordnungen ist nicht das handelnde Subjekt Ausgangspunkt der Analyse, sondern die soziale Situation, in der die Handelnden zu sein glauben“ (Sander, 2012, S. 17). Innerhalb dieser Perspektive werden Alltagssituationen nicht als „trivial, sondern [als, A. S.] ein strukturierter und strukturierender ‚Raum‘, dem Gelingen und Mislingen gleichermaßen innewohnt“ (S. 7) wahrgenommen.

Vor diesem Hintergrund wurden innerhalb der vergangenen Jahre eine Vielzahl von ambulanten Diensten (z. B. Institutsambulanzen, Betreutes Wohnen, sozialpsychiatrische Zentren mit integrierten Kontakt- und Beratungsstellen, Tagesstätten etc.) in die psychiatrische Versorgungslandschaft implementiert, die primär Hilfen zur Alltagsbewältigung, Gestaltung von Freizeit und Sozialkontakten bereitstellen. Darüber hinaus gehören inzwischen auch „Wege in Richtung Erster oder Zweiter Arbeitsmarkt – von der ambulanten medizinischen Rehabilitationseinrichtung über Berufstrainingszentren bis hin zu Werkstätten für psychisch kranke Menschen oder Zuverdienst- und Integrationsfirmen“ (Dörr, 2005, S. 15). Kritisch hierbei anzumerken ist, dass innerhalb dieser Vielzahl an Versorgungs- und Unterstützungsangeboten die Klientel noch immer weitestgehend unter sich ist, was einem inklusiven¹¹³ Anspruch nicht vollends gerecht werden kann.

¹¹² „Interaktionsordnungen sind soziale Arrangements, die im Verborgenen und zugleich sehr wirkungsvoll das Gelingen von intersubjektiven Begegnungen ermöglichen.“ (Hanes, Sander, 2012, S. 7)

¹¹³ Inklusion: „Die Forderung nach Sozialer Inklusion ist verwirklicht, wenn jeder Mensch in seiner Individualität von der Gesellschaft akzeptiert wird und die Möglichkeit hat, in vollem Umfang an ihr teilzuhaben oder teilzunehmen. [..., A. S.] Das Recht zur Teilhabe wird sozialetisch

Stärkung der Sozialen Arbeit: Um ihre Position im Gesundheitswesen halten und weiter ausbauen zu können, muss die Wirksamkeit sozialarbeiterischer Interventionen weiterhin evaluiert und erforscht werden (vgl. Ansen, Gödecker-Geenen& Neu, 2004, S. 11). Die Soziale Arbeit ist in den Bereichen der Theoriebildung und Forschung aufgerufen, die in der Praxis angewendeten Verstehensmodelle und Handlungskonzepte weiterzuentwickeln. Die Generierung, Evaluation und Implementierung (neuer) Handlungskonzepte beispielsweise mittels praxeologischer Forschung gehört u. a. zu den Aufgabenstellungen der Klinischen Sozialarbeit. Obwohl die Klinische Sozialarbeit in Deutschland noch eine verhältnismäßig junge Disziplin ist, gibt es in der Zwischenzeit eine große Anzahl unterschiedlich ausgerichteter Forschungsprojekte und –berichte. Darüber hinaus gibt es eine stetig wachsende Basis an Fachliteratur, die sich mit den klinisch-sozialen Problemstellungen¹¹⁴ befasst und auch im Rahmen dieser Masterthesis skizziert wurde (vgl. Gahleitner, 2012, S. 93f; vgl. Dörr, 2005, S. 87).

Bedürfnisangepasste Verstehensmodelle: Trotz dieser vielfachen positiven Entwicklungen innerhalb der psychiatrischen Versorgung steht eben diese noch immer in einem Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen. Einerseits liegt der Fokus auf dem ‚Kerngeschäft‘ der psychiatrischen Kliniken in Verbindung mit der Tendenz zu vereinfachenden, reduktionistischen Krankheits- und Behandlungskonzepten. Eine andere Seite beleuchtet innerhalb dieses Spannungsfeldes „die Notwendigkeit individueller, bedürfnisangepasster Verstehensmodelle und Versorgungskonzepte mit hoher Flexibilität und strukturübergreifender Kontinuität“ (Utschakowski, Sielaff& Bock, 2009b, S. 225). Die Vermittlung des Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodells¹¹⁵ hat innerhalb

begründet und bezieht sich auf sämtliche Lebensbereiche [..., A. S.]. Inklusion beschreibt [..., A. S.] die Gleichwertigkeit eines Individuums, ohne dass dabei Normalität vorausgesetzt wird. Normal ist vielmehr die Vielfalt, das Vorhandensein von Unterschieden. Die einzelne Person ist nicht mehr gezwungen, nicht erreichbare Normen zu erfüllen, vielmehr ist es die Gesellschaft, die Strukturen schafft, in denen sich Personen mit Besonderheiten einbringen und auf die ihnen eigene Art wertvolle Leistungen erbringen können.“ (verfügbar unter: www.eurecert.de/themen/sozialeinklusion/ (01/2014))

¹¹⁴ „Erfassung der sozialen Wirklichkeit aus der Perspektive der beteiligten Subjekte, Offenheit des Forschungsprozesses, Triangulation, induktive Theoriebildung (vom Besonderen zum Allgemeinen) und (Selbst-) Reflexivität der Forschenden“ (Gahleitner, 2012, S. 93f)

¹¹⁵ „Das Modell geht davon aus, dass Menschen mit einer möglicherweise genetisch bedingten

der Behandlung von schizophrenen Psychosen einen großen Einfluss, da es sowohl biologische, als auch „genetische und psychosoziale Faktoren bei der Betrachtung des Krankheitsbildes berücksichtigt“ (Stitz, 2011, S. 95). Dennoch könnte es mehr Raum für persönliche Betrachtungen lassen. Gerade jungen Betroffenen fällt es schwer, dass Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell für sich zu akzeptieren.

Persönliche Sinnggebung und Recovery: Jahnke (2012) kritisiert daher zu Recht, dass vorgefertigte Modelle innerhalb der Therapie auch kontraproduktiv sein können, da „sie die Fantasie des [Betroffenen, A. S.] in bestimmte Bahnen lenken. Recovery bedeutet aber, dass man sich seinen eigenen Weg selbst bahnen muss“ (S. 52). Modelle können folglich auch von individuellen Problemen ablenken und bergen die Gefahr, sich in intellektuellen Feinessen zu verlieren, statt in den emotionalen Austausch zu gehen. Menschen haben ein Bedürfnis nach persönlicher Sinnggebung. Bis zu 80 Prozent der Psychoseerfahrenen aus ganz Deutschland äußern laut Bock, Brysinski u.a. (2010)¹¹⁶ das Bedürfnis nach Sinnggebung. Dies impliziert „die eigene Krankheitserfahrung [..., A. S.] zu integrieren, [..., A. S.] sich anzueignen, biografische Zusammenhänge [..., A. S.] zu verstehen, Symptome nicht nur negativ zu besetzen, sondern konstruktiv zu hinterfragen, die Zukunft trotz Erkrankung nicht mit Angst zu besetzen, sondern mit Hoffnung“ (Utschakowski, Sielaff& Bock, 2009b, S. 225).

Das Bedürfnis nach Sinnggebung wird auch im Recoveryansatz berücksichtigt, das den Betroffenen die Bedeutung der vielfältigen, individuellen Ausgestaltung und Möglichkeiten einer Krankheitsbewältigung vor Augen führt. Folglich beinhaltet Recovery viele neue Chancen für Betroffene und Fachkräfte voneinander zu

Neigung zu Psychosen besonders empfindlich auf Stressoren wie Pubertät, Schulabschluss, Heirat, Verlust eines nahe-stehenden Menschen, Schwangerschaft oder andere schwierige Lebenssituationen reagieren. [..., A. S.] Stressoren müssen dabei nicht immer negativ belastet sein (Stitz, 2011, S. 95)

¹¹⁶ Bock, Th.; Brysinski, T., Klapheck K., Bening, U., Lenz, A., Naber, D. (2010): Zum subjektiven Sinn von Psychosen. Erstellung, Überprüfung, Validierung und erste Anwendung eines Fragebogens – das Hamburger SuSi-Projekt. In: Psychiatrische Praxis. 37 (6). S. 285 – 291. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

lernen und sollte daher einen zentralen Bestandteil innerhalb einer ganzheitlichen Behandlung und Begleitung einnehmen.

GenesungsbegleiterInnen: Hierbei können die sogenannten GenesungsbegleiterInnen (EX-InlerInnen) eine wichtige Rolle einnehmen. Im englischsprachigen Raum ist der Peer-Support schon länger in der psychiatrischen Versorgung integriert und evaluiert¹¹⁷. Darüber hinaus betonte auch Utschakowski (2009) die höhere Zufriedenheit der Betroffenen und die Reduzierung von Lebensproblemen durch den Einsatz von Peer-Spezialisten (vgl. S.17). Ihr Vorteil ist, dass sie bereits selbst ihren Recoveryweg gegangen sind und somit wichtige Hoffnungsträger verkörpern. „Sie vermitteln die Gewissheit, dass es eine besondere Kraft gibt, die sich aus ausweglosen und verzweifelten Situationen entfaltet: Empowerment“ (ebd., S. 51f). In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass die Rolle der professionellen Fachkräfte als „kompetente Wissens- und Entscheidungsträger [...], A. S.] komplexer und widersprüchlicher geworden“ (Hanses, Sander, 2012, S. 8) ist. Der Fokus verschiebt sich zunehmend auf Partizipation, innerhalb derer eine „Auseinandersetzung um eine eigene und subjektiv als sinnvoll erlebte Bestimmung der persönlichen gesundheitlichen Situation“ (Hanses, 2004, S. 17) stattfinden kann. Daher sollte der Einbezug von EX-INlerInnen in die Behandlung von schizophrenen Psychosen dringend ausgebaut werden.

6.3 Klinische Sozialarbeit und die Behandlung von schizophrenen Psychosen

Vor dem Hintergrund einer Destabilisierung psychosozialer Lebenssituationen und einer damit einhergehenden Zunahme an komplexen Problemlagen stoßen monodisziplinäre Erkenntnisse und monokausale Behandlungskonzepte schnell an ihre Grenzen. Rein körpermedizinische Herangehensweisen können diesen

¹¹⁷ Beispielsweise in der Studie von Felton, C. J., Stastny, P., Shern, D. u.a. (1995); Greenfield, T., Stoneking, B., Humphreys, K. (2008) und in der Studie von Sells, D., Davidson, L., Jewell, J. D. u.a. (2006)

veränderten Rahmenbedingungen nicht mehr gerecht werden (vgl. Gahleitner, Hintenberger & Leitner, 2013, S. 8, vgl. Hanses, 2007, S. 113f). Auch die klassisch psychotherapeutischen Handlungskonzepte können den diffizilen Problemlagen mitunter nicht ausreichend gerecht werden, da den KlientInnen aus unterschiedlichen Gründen teilweise der Zugang zu adäquaten Hilfen fehlt oder sie durch grundständige, sozialarbeiterische Interventionsansätze nicht erreicht werden (vgl. Geißler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 104). Gahleitner, Hintenberger und Leitner (2013) konstatieren daher, dass sich die „professionelle Antwort auf gesundheitliche Überforderungen durch psychosoziale Verarbeitungsprozesse postmoderner Lebensverhältnisse“ (S. 3) am aktuellen Bedarf orientieren muss. Der Gesundheitsbereich befindet sich demnach in einem Wandel.

Ein Blick auf internationale Zahlen zeigt, dass „weniger als 25% aller Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen diejenigen Behandlungen [..., A. S.], die umfassend evidenzbasierten Vorschlägen entsprechen“ (Amering, Schmolke, 2012, S. 217). Eine Ursache liegt in den geringen zeitlichen Ressourcen, die professionelle Fachkräfte zur Verfügung gestellt bekommen. Folglich ist eine umfassende „Abklärung zur Behandlungsanamnese als Basis der Planung einer personenzentrierten integrativen Behandlung [..., A.S.] häufig nicht möglich“ (ebd.).

Entwicklung Klinischer Sozialarbeit: Innerhalb der 1970er Jahre konnte sich die Soziale Arbeit im Zuge der Entstehung sozial- und gemeindepsychiatrischer Konzepte, als integraler Bestandteil in die Psychiatrielandschaft implementieren (vgl. Gahleitner, 2012, S.93). Heutzutage bildet sie innerhalb der meisten ambulanten psychosozialen Angebote die stärkste Berufsgruppe. Die Ideen, Ziele und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpsychiatrie sind in Deutschland auf unterschiedlichste Weise miteinander verbunden. Die Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit führt das sozialarbeiterische und sozialpsychiatrische Wissen zusammen und unterstreicht die Bedeutung der sozialen Dimension¹¹⁸ innerhalb

¹¹⁸ Meint: „Erforschen der sozialen Dimension psychischer Erkrankungen, das Erkennen des Zusammenhangs zwischen sozioökonomischen Verhältnissen und psychischen Erkrankungen

von Behandlungskonzepten (vgl. Bosshard, 2008, S. 152). Klinische SozialarbeitInnen verfügen über „ein professionelles, biopsychosoziales Verständnis von Störungsbildern, Krisenanfälligkeiten und Dynamiken“ (Gahleitner, 2012, S. 105) und können die Ressourcen der KlientInnen in bewusst strukturierten, interdisziplinären Zusammenhängen gestalten. Der Fachsozialarbeit liegt die Annahme zugrunde, dass die soziale Umwelt der Betroffenen sowohl verursachende, als auch beteiligte Faktoren von Gesundheit und Krankheit inne hat (vgl. Pauls, Stockmann, 2013, S. 11).

Um diesem Anspruch gerecht werden zu können, verbinden Klinische SozialarbeiterInnen interdisziplinärer Wissensbestände, um in einem weiteren Schritt „umfangreiche und komplexe Netzwerke aus Aufträgen und Beziehungen zwischen Klienten, Familien, Betreuungsfachkräften, stationären, ambulanten oder integrierten Betreuungskontexten und weiteren Beteiligten im Hilfesystem sorgfältig und sensibel zu handhaben“ (ebd.). Auf diese Weise können sie die Schnittstellen zwischen physischen, psychischen, sozialen und alltags-situativen Situationen ausleuchten, um den Bedarf an psychosozialer Unterstützung eruieren und handlungsfähig sein zu können.

Die Klinische Sozialarbeit kann als Antwort auf die oben genannten negativen Nebeneffekte der gesellschaftlichen Transformation gesehen werden. Mittels ihrer Ressourcenorientierung kann sie Veränderungsprozesse verstärken, wodurch sich neue Möglichkeiten und Chancen ergeben. Die gegenwärtigen emotionalen, kognitiven und handlungsbezogenen Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs- und Reflexionsanforderungen setzen Exklusionsprozesse in Gang (vgl. vgl. Gahleitner u. a., 2014, S. 16; Dörr, 2005, S. 85). Sie wendet sich demnach an diejenigen, die mit „schwerwiegenden sozial(mit)bedingten und sozialrelevanten Störungen, Erkrankungen und Beeinträchtigungen in Multiproblemsituationen belastet“ (Pauls, Stockmann, 2013, S. 11) sind. Sie unterstützt die Klientel bei der Problembewältigung und darin, die individuellen materiellen, seelischen und sozialen Ressourcen zu stärken. Im klinisch-sozialarbeiterischen Verständnis zeigt

und Psychiatrie, das Rückgängigmachen und Verhindern von Ausgrenzung und Fremdbestimmung“ (Bosshard, 2008, S. 152)

sich eine ‚gelungene Bewältigung‘ durch „einen Zuwachs an personaler, funktionaler und sozial-kommunikativer Kompetenz und verbessert damit die Zufriedenheit und Gesundheit“ (Mühlum, 2008, S. 70). Im Zuge ihrer methodisch reflektierten psychosozialen Arbeit hilft Klinische Sozialarbeit den KlientInnen zu einer verbesserten Lebensqualität (vgl. Pauls, Mühlum, 2005, S. 7; vgl. Stitz, 2011, S. 89).

Heutige Behandlung schizophrener Psychosen: Wie bereits im zweiten Kapitel erörtert, besteht die heutige Behandlung von schizophrenen Psychosen weitestgehend aus einer Therapie, die „sowohl pharmakologische, psychotherapeutische, psychoedukative und soziale Aspekte berücksichtigt“ (Stitz, 2011, S. 93). Letztere haben innerhalb der Behandlung in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen, da sich alltagsspezifische Aspekte, wie Strukturierung der Zeit, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, Beschäftigung, scheinbar auf den langfristigen Verlauf und somit auch auf den Ausgang der Psychose Einfluss haben. Langzeitstudien, die diese These bestätigen, stehen bislang noch aus (vgl. Finzen, 2011, S. 105; vgl. Kindler, Stitz, 2013, S. 171). Aufgrund der facettenreichen Ausformungen einer schizophrenen Psychose und den z. T. »unspezifischen Symptomen« erfordert die Behandlung neben den fachlichen Kompetenzen (z. B. umfassendes Wissen über das Krankheitsbild, sozialrechtliches Wissen) ein hohes Maß an Beharrlichkeit, Geduld und Kooperationsbereitschaft.

Die Betroffenen müssen nicht nur einen Umgang mit den teilweise persistierenden Symptomen finden, sie sind auch einer Vielzahl von Belastungen im Alltag ausgesetzt. Einige haben ihr soziales Umfeld nahezu gänzlich verloren, andere müssen sich damit arrangieren, von bestimmten Versorgungsleistungen abhängig zu sein, für die wiederum unterschiedliche AnsprechpartnerInnen zuständig sind.

Möglichkeiten der Klinischen Sozialarbeit: In der Behandlung von schizophrenen Psychosen ist die Klinische Sozialarbeit von großer Bedeutung. Sie ermuntert die KlientInnen den individuellen Alltag aktiv zu gestalten und unterstützt sie darin, sich mit den krankheitsbedingten Beeinträchtigungen zu

versöhnen. Mehrere Studien¹¹⁹ belegen, dass Hoffnung auf Seiten der Betroffenen, der Angehörigen und der professionellen Fachkräfte einen stärkeren Einfluss auf die Prognose der schizophrenen Psychose hatte, als die Dauer und Schwere der Erkrankung. Eine negative Prognose kann folglich den „Nutzen von Coping-Strategien und Resilienz“ (Amering, Schmolke, 2012, S. 26) behindern. Sowohl bei phasisch, als auch bei chronischen Verläufen erleben die Betroffenen Rückschläge (vgl. Hammer, Plößl, 2012, S. 29). Klinische SozialarbeiterInnen vermittelt in Phasen der Resignation Hoffnung, in dem sie den KlientInnen auf Grundlage einer tragfähigen, vertrauensvollen, professionellen Beziehung¹²⁰ Halt gibt und Handlungsoptionen aufzeigt. Darüber hinaus unterstützen Klinische SozialarbeiterInnen mittels ihrer Lebensweltorientierung die Betroffenen darin, verbliebene und/ oder neue Spielräume zu erkennen, auszuschöpfen und folglich deren Selbstbefähigung zu stärken. Hierbei stellt die psychosoziale Diagnostik ein wichtiges Instrument dar. Sie bildet die Voraussetzung für die gemeinsame Hilfeplanung und Entwicklung realistischer Veränderungsziele, auf deren Grundlage eine Interventionsstrategie erarbeitet wird. Wichtige Bausteine für die Zusammenarbeit sind daher die dialogisch erarbeiteten Zielformulierungen und die kooperative Kontraktverarbeitung (vgl. Geißler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 101).

Im Kontext der Ressourcenorientierung werden die Betroffenen „prinzipiell als handelnde, als aktiv realitätsverarbeitende Subjekte in schwierigen Strukturen betrachtet“ (Dörr, 2005, S. 86). Hierbei gibt es eine Vielzahl an Überschneidungen zum Recoverykonzept. Darüber hinaus unterstreicht dieser Anspruch die sozialberufliche Kultur, die KlientInnen einräumt, ExpertInnen für das eigene Leben zu sein (vgl. Geißler-Piltz, 2005, S. 9). Die historischen Ausgangspunkte

¹¹⁹ Schaub (1993); Ciompi u.a. (1979); Dauerwalder u.a. (1984); Knuf (2004)

¹²⁰ „Methodisch basieren klinisch-soziale Handlungskonzepte auf Beziehungsarbeit, Techniken der Gesprächsführung, Instruktionskompetenz und aktivierenden Hilfen. Im Rahmen einer personenorientierten, professionellen Beziehung werden mit kommunikativen Mitteln Hilfen zur Problembewältigung gegeben. Besonderes Merkmal eines psychosozialen Behandlungsansatzes ist die Entwicklung fallspezifischer „Umweltunterstützung“ (Winnicott, 1984, [Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt, A. S.]).“ (Geißler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 104)

dieser Grundannahme gehen zurück ins Jahr 1884 (gegründete Toynbee Hall¹²¹ (London), Hull House (Nachbarschaftszentrum in Chicago). Schon damals kämpften die professionellen Fachkräfte vor Ort zusammen mit den Betroffenen gegen die Ursachen von Armut und sozialer Ungerechtigkeit, um die Lebensqualität des/ der Einzelnen zu erhöhen.

Die Leitperspektive des Konzeptes der Lebensweltorientierung ist Empowerment. „Es nimmt plausibel die Erkenntnis auf, dass schwierige psychosoziale Lebenssituationen und Krisen nur mit der Zustimmung und den Kräften derer zu bewältigen sind, denen geholfen werden soll. Entsprechend gilt auch in diesem Kontext das dialogische Paradigma moderner Professionen“ (Dörr, 2005, S. 85). Das hilfeschuchende Menschen innerhalb ihrer System- und Milieubezügen gesehen und verstanden werden sollten, postulierten Richmond und Salomon bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Klinische Sozialarbeit begleitet die Betroffenen kompetent und trägt einen wesentlichen Aspekt zur Lebensbewältigung unter erschwerten Bedingungen bei (vgl. Stitz, 2011, S. 102; vgl. Bosshard, 2008, S. 152f).

KlientInnenorientierung: Die Klinische Sozialarbeit hilft mittels ihrer fachlichen Kompetenzen (u. a. Ganzheits-122, Gesundheits-123, Querschnitts-124 und klinischen Kompetenz¹²⁵) und ihrer salutogenetischen Perspektive die

¹²¹ erstes Nachbarschafts- und Bildungszentrum im Rahmen der Settlement-Bewegung (= sozialreformerische Strategie und Ausgangspunkt für Gemeinwesenarbeit). Es wurde von den Eheleuten Barnett gegründet und besteht bis heute (vgl. <http://www.stadtteilarbeit.de/themen/theorie-stadtteilarbeit/lp-stadtteilarbeit/87-toynbee-hall-lp.html> [01/2014])

¹²² Ganzheitskompetenz: biopsychosoziales Anliegen der KlientInnen in ganzheitlicher Betrachtung wahrnehmen; zur Verbesserung lebensweltlicher Bedingungen und Bewältigung schwieriger Situation beitragen (vgl. Mühlum, 2008, S. 72)

¹²³ Gesundheitskompetenz: hat Gesundheitsperspektive inne, orientiert sich u. a. an Gesundheitswissenschaften und unterstützt Gesundheitsmanagement der KlientInnen im Alltag (vgl. Mühlum, 2008, S. 72)

¹²⁴ Querschnittskompetenz: Klinische Sozialarbeit unterstützt KlientInnen darin, „eine Brückenfunktion zur alltäglichen Lebenswelt [zu, A. S.] übernehmen und Querverbindungen im Sinne des Case- Managements [zu, A. S.] schaffen, Ressourcen [zu, A. S.] aktivieren und die soziale Re-Integration nachhaltig fördern [zu, A. S.] können.“ (Mühlum, 2008, S. 72)

¹²⁵ Klinische Kompetenz: Grundlage psychosozialer Basiskompetenzen und klinischer Fachkompetenz schwer belastete Personen zu Beraten/ zu behandeln „und

Betroffenen darin zu befähigen, mit den gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu leben. Sie werden darin gestärkt, die individuellen Ressourcen (u. a. auch mit ihren sozialstrukturellen, rechtlichen Dimensionen) zu nutzen, um trotz ihrer Erkrankung eine möglichst hohe Lebensqualität zu erhalten. Hierbei ist es wichtig die strukturell vorgegebenen Lebenslagen der KlientInnen mit ihrem biografischen Rahmungen, die wiederum individuell sozialisierte Bedeutungs- und Möglichkeitsräume mit sozialen, psychischen und interpretativen Dimensionen beinhalten, zu rekonstruieren (vgl. Dörr, 2005, S. 88). Auf diese Weise werden die Betroffenen darin gestärkt, sich Handlungsmöglichkeiten zu erschließen, um sich in einem weiteren Schritt aktiv in ihre Behandlung einbringen zu können. Ansen, Gödecker-Geenen und Neu (2004) sprechen in diesem Kontext von „Interaktionskompetenz“ (S. 69). Um eine Stabilisierung der psychosozialen und gesundheitlichen Lebenssituation erreichen zu können, ist ein gemeinsamer Aushandlungsprozess zwischen den KlientInnen, ihren sozialen Netzwerken und den Klinischen SozialarbeiterInnen dringend notwendig, um dem Anspruch einer KlientInnenorientierung gerecht werden zu können (vgl. Gahleitner u.a., 2013, S. 8).

Psychosoziale Belastungen: Neben all den genannten Gesichtspunkten legt die Klinische Sozialarbeit innerhalb ihrer Interventionen ihr Hauptaugenmerk auf die psychosozialen Belastungen, denen sowohl die Betroffenen und auch die Angehörigen ausgesetzt sind. Dazu zählen u. a. Vorurteile, Diffamierungen, Stigmatisierungen und Schuldzuweisungen. Wie bereits in Kapitel 3. 6 erläutert, spricht Finzen (2001) in diesem Kontext von einer „zweiten Erkrankung“ (S. 24). Folglich müssen auch diese Themen als fester Bestandteil in die Behandlung von schizophrenen Psychosen integriert werden (vgl. Groß, 2000, S. 41). Gahleitner (vgl. 2012, S. 101) und Dörr (vgl. 2005, S. 20) bringen diesen Aspekt auf die Metaebene. Sie konstatieren, dass soziokulturelle normative Zuschreibungen zu einer faktischen Sondierung der Kranken (Abweichenden) von den sogenannten Gesunden (Normalen) führt, die von jenen vorgenommen werden, die mit Macht

Behandlungssequenzen im multiprofessionellen Team koordinieren“ (vgl. Mühlum, 2008, S. 72)

und Kompetenz ausgestattet sind. Ein Anliegen des Etikettierungsansatzes (Labeling-Approach) besteht folglich darin für jene sozialen Prozesse zu sensibilisieren und sie theoretisch zu erfassen.

Partizipation der Betroffenen: Ein Augenmerk im Zuge der Lebensweltorientierung liegt folglich auf der Partizipation der Betroffenen (vgl. Dörr, 2005, S. 86). Auf diese Weise kann das häufig verminderte Selbstwertgefühl der Betroffenen gestärkt werden. Die Planung, Koordination und Anwendung all dieser Hilfe- und Bewältigungsmaßnahmen erfolgt „multiperspektivisch“ (Geißler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 104). Die Klinische Sozialarbeit sieht den Behandlungserfolg in Abhängigkeit einer funktionierenden integrierten biopsychosozialen Gesamtkonzeption. Demnach ist es Aufgabe der Klinischen SozialarbeiterInnen die professionellen ‚Erfahrungen‘ der interdisziplinären Fachkräfte sinnvoll in eine dialogische Kooperation (mit den Betroffenen und Angehörigen) zu implementieren (vgl. Pauls, 2013, S. 19). Die Berücksichtigung mehrperspektivischer Zugangsweisen unterstreicht die Notwendigkeit von multimethodischen Behandlungswegen, in denen neue Ansätze des Denkens, Erlebens und Verhaltens der KlientInnen bei ihrer Problembewältigung Beachtung finden.

Einbezug von Forschung: Die Zusammenhänge zwischen den genannten Aspekten stellte der deutsche Psychiater und Philosoph T. Fuchs erstmals 2008 in seiner phänomenologisch-ökologischen Konzeption her. Hierin zeigte er die untrennbare Verbindung somatischer, emotionaler und kognitiver Prozesse mit dem sozialen Geschehen. Folglich müssen auch aktuelle Forschungsergebnisse aus den unterschiedlichen Forschungsgebieten kontinuierlich in die Praxis der Klinischen SozialarbeiterInnen und bei der Behandlung von schizophrenen Psychosen mit einbezogen werden. Auf diese Weise kann es zu einer konstruktiven Weiterentwicklung bestehender Konzepte kommen. Das biopsychosoziale Modell bildet für diesen Komplexitätsanspruch eine gute Basis, da es vielschichtige theoretische Modellvorstellungen zur Reflexion und Gestaltung von Prozessen berücksichtigt. Dennoch sollte ein Forschungsschwerpunkt zunehmend auch auf den unspezifischen Wirkungen von Therapie

liegen. Ein Beispiel hierfür ist die RISK-Studie¹²⁶ (2007-2012) der Donau-Universität in Krems. Sie erforschte die Risiken, Nebenwirkungen und Schäden von Psychotherapie und beleuchtete dahingehend mit ihren Ergebnissen ein bislang wenig beachtetes Phänomen (vgl. Gahleitner u. a., 2013, S. 4 – 9).

6.4 Klinische Sozialarbeit und Recovery

Das Recoveryansatz fordert eine enthierarchisierte und partnerschaftliche Haltung seitens der professionellen Fachkräfte gegenüber den Betroffenen. Diese bildet auch Grundlage der klinisch sozialarbeitischen Haltung. Symmetrische Arbeitsbeziehungen können jedoch nur konstruiert werden, wenn die KlientInnen als ExpertInnen für ihr Leben anerkannt werden (empowermentorientierte Arbeitsweise). Die Idee der PatientInnenpartizipation ist mehr als 30 Jahre alt. Sie wurde bereits in der Gesundheitspolitik der westlichen Industrienationen in den 1980er Jahren aufgenommen und eröffnete neue Gestaltungsmöglichkeiten (vgl. Vogd, 2012, S. 76). Die klinisch-sozialarbeiterische Praxis ist gekennzeichnet durch eine partizipativ und dialogische Vorgehensweise. Auf diese Weise definiert sie in dynamischer Zusammenarbeit mit den Betroffenen den Unterstützungsgrad und die individuelle Zielerreichung (vgl. Watkins, 2009, S. 211). Auf die Überschneidungen zwischen Recovery und der Klinischen Sozialarbeit wurde bereits im vorherigen Kapitel verwiesen. Wie Recovery hat auch die Klinische Sozialarbeit die Konzepte von Resilienz und Empowerment, neben vielen anderen, für sich verinnerlicht.

Bedeutung der Subjektivität: Bock (2007) betont, dass die Sinnhaftigkeit von Psychosen nicht von außen, etwa durch professionelle Fachkräfte, vorgegeben

¹²⁶ Die RISK Studie zeigt „im Einklang mit zahlreichen anderen Forschungsergebnissen [..., A. S.]–, wie bereits in den Psychotherapieausbildungen auf die Gefahr von Risiken, Nebenwirkungen und Therapieschäden Bezug genommen werden müsste. Das gilt für die Wissensvermittlung ebenso wie für Selbsterfahrung und Kompetenzentwicklungen und – überprüfungen. Eine fokussierte Reflexion der AusbildungskandidatInnen [und, A.S.] der bereits praktizierenden PsychotherapeutInnen bzgl. der eigenen professionellen Rolle [..., A.S.], der PatientInnenrechte und des PatientInnenschutzes muss zur Selbstverständlichkeit im Rahmen der Aus- und Weiterbildung werden.“ (Leitner u. a., 2012, S. 88)

werden kann. Vielmehr gilt es die Botschaften zu dekodieren (vgl. S. 157). Neben der Anerkennung der mit Psychosen einhergehenden Belastungen und Beeinträchtigungen macht Bock (2006) gleichzeitig auf deren mögliche Schutzfunktion „vor noch tieferen Selbstzweifeln und Schuldgefühlen, vor unaushaltbaren Schmerzen oder anderen Gefühlen, vor tiefen Ambivalenzen und Entscheidungskonflikten“ (S. 17) aufmerksam. Die Subjektivität sollte daher eine größere Bedeutung erfahren. Ansen, Gödecker-Geenen und Neu (2004) verweisen in diesem Kontext auf die philosophische Auseinandersetzung durch M. Nussbaum, 2002, die inhaltlich die Gefahr „Menschen zu verdinglichen“ (110)¹²⁷ erörtert. Folglich müssen die professionellen Fachkräfte von ihrer ‚ExpertInnenmacht‘ zurücktreten, um die Prozesse der Selbstbefähigung der Betroffenen nicht zu behindern (vgl. Knuf, 2006, S. 27ff). Dass der Raum für Partizipation in der Praxis noch immer marginal ist unterstreichen auch Gahleitner u.a. (i. V.) in ihren Ausführungen. Das steht im Widerspruch zum Stand der Forschung. Studien zeigten, dass die Komponente partizipativer Gestaltung¹²⁸ zur Qualität psychosozialer Versorgung beiträgt.

Recoverybestandteile: Die von Watkins (2009) definierten Qualitäten¹²⁹, die eine recoveryorientierte Beziehung charakterisieren, wurden ausführlich im Kapitel 4.3 dargestellt. Sie finden sich ebenfalls in den von der Fachgruppe für SAMHSA¹³⁰ erarbeiteten Bestandteilen von Recovery wieder, etwa Empowerment, Personenzentrierung, Ganzheitlichkeit, Peer-Support, Verantwortung etc.. Die genannten Aspekte entsprechen 1:1 den Qualitäten, durch die sich klinisch-sozialarbeiterische Beziehungen auf Grundlage ihres personenzentrierten Ansatzes auszeichnen. Folglich ist sie die Fachsozialarbeit, die die Betroffenen in

¹²⁷ Menschen werden instrumentalisiert, wenn sie als Objekte behandelt werden, die bestimmten Zwecken dienen. Hierbei wird die Autonomie und Handlungsfähigkeit des Einzelnen geleugnet, wodurch seine Verletzbarkeit und Grenzen nicht respektiert werden. (vgl. Ansen, Gödecker-Geenen& Neu, 2004, S. 110).

¹²⁸ z. B. Linden, M. (2011). Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Verhaltenstherapie. In: Linden, M., Hautzinger, M. (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 45-50). Berlin: Springer.

¹²⁹ (u. a. Hoffnung, Ressourcen-orientierung, Anerkennung und Wertschätzung des Gegenübers, Selbstbestimmungsrecht des/ der KlientIn)

¹³⁰ Substance Abuse and Mental health services Administration

ihren individuellen Recoveryprozessen passgenau begleiten kann. Wie bereits im dritten Kapitel ausführlich dargestellt ist Recovery keine Methode. Vielmehr beschreibt es einen sehr persönlichen Veränderungsprozess, der eigenen Überzeugungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen (Anthony, 1993, S. 13). Ein Betroffener beschrieb Recovery wie folgt: Die

„Bewusstwerdung der eigenen Erfahrungen befähigt Menschen mit einer seelischen Behinderung zum Erzählen von Geschichten, in denen sie sich wiedererkennen. [..., A.S.] Das Augenmerk verschiebt sich weg von den psychischen Problemen, den Symptomen und der Passivität hin auf das eigene Leben, die Möglichkeiten und die Wiedereroberung der Lebensregie. Die Tragweite des Recoverys geht über das rein Individuelle hinaus. Es ist unloslöslich mit Selbstbestimmung, Empowerment und Emanzipation psychisch kranker Menschen verbunden, ebenso wie mit dem Kampf gegen Stigma und Diskriminierung“ (Boevink, o. J., S. 65).

Klinisch-sozialarbeiterische Herangehensweise: Wie auch im Kapitel 6.3 dargestellt, kann Klinische Sozialarbeit im Zuge ihres ‚person-in-environment‘, und damit einhergehend auch ihres biopsychosozialen Ansatzes, die Betroffenen in den unterschiedlichen Phasen der Gesundung begleiten, um ihnen (wieder) ein erfülltes, zufriedenstellendes und hoffnungsvolles Leben trotz krankheitsbedingt bestehender Einschränkungen zu ermöglichen (vgl. Hammer, Plößl, 2012, S. 26; vgl. Drapalski, 2012, S. 48). Dabei ist ihre salutogenetische Herangehensweise und das von Antonovsky erforschte Kohärenzgefühl von großer Bedeutung. Nur wenn die Betroffenen umfassende Informationen über ihre Erkrankung und Handlungsspielräumen haben, können sie „die Krankheit als eine beeinflussbare Belastung wahrnehmen“ (Ansen, Gödecker-Geenen& Neu, 2004, S. 72) und nicht ausschließlich als ein „unabwendbares Schicksal“ (ebd., S. 17) deuten. Das Aufzeigen von Handlungsspielräumen stärkt das Kohärenzgefühls des/-r Betroffenen und ist ein wesentlicher Bestandteil klinisch-sozialarbeiterischer Interventionen.

Im gemeinsamen Austausch setzen sich Klinische SozialarbeiterInnen mit den Plänen, Sichtweisen, Wünschen und Problemdeutungen der Betroffenen

auseinander und können durch ergänzende Hinweise neue Einsichten vermitteln. Durch das gemeinsame reflektieren können die Erfahrungen der Betroffenen andere Bedeutungen und neue Interpretationen erfahren und möglicherweise bislang ungenutzte Möglichkeiten aufgedeckt werden (vgl. Ansen, Gödecker-Geenen & Neu, 2004, S. 73). Aufgrund ihrer verständigungsorientierten Einstellung kann die Klinische Sozialarbeit die Betroffenen darin unterstützen, die psychiatrische Erkrankung in ein holistisches Selbstverständnis zu integrieren, das Erlebte zu dekodieren und die Kontrolle über das eigene Leben zurückzugewinnen. Auf diese Weise verschenkt sie nicht ihre Chance eine „eigenständige professionell-distanzierte Position neben [dem/ der KlientIn, A. S.] zu haben, die aber eben keine *über* [den/ der KlientIn, A. S.] ist“ (Dörr, 2005, S. 85).

Klinische Sozialarbeit und der Recoveryprozess: Die Ausgangssituation von Recovery ist häufig durch einen Zustand der Abhängigkeit (vom psychiatrischen Versorgungssystem), Hoffnungslosigkeit, Resignation und Passivität bei einer Vielzahl an langjährigen Psychiatrieerfahrenen gekennzeichnet. Diese Aspekte haben nicht nur einen entscheidenden Einfluss auf die eigene Identität, sondern können auch zu einem Verlust des Selbstvertrauens führen oder zusätzlich in sozialer Isolation enden. Dörner et al. (2010) beschreiben eine schizophrene Psychose als einen „besonderen Lebensweg [...], A. S.] unter besonders schwerwiegenden inneren und äußeren Bedingungen“ (S. 148). Die Klinische Sozialarbeit ist mit diesen Aspekten im Zuge ihrer sozialtherapeutischen Beziehungsgestaltung und Spezialisierung auf die sog. ‚hard-to-reach‘- Klientel vertraut. Sie kann Inkongruenzen und Passungsprobleme zwischen Individuen, deren sozialer Umgebung und konkreter Lebenslage eruieren und analysieren. Hierbei wird zwischen verursachenden (soziale Genese) und aufrecht erhaltenden Bedingungen (soziale Folgen) differenziert. Ihre Herangehensweise erfordert ‚Feld- und Systemkompetenzen‘, um individuelle und soziale Prozesse koordinieren, synchronisieren und einen integrierten Prozessbogen¹³¹ fördern zu

¹³¹ „zw. ‚drinnen‘ (biopsychosoziale) und ‚draußen‘ (soziopsychobiologisch)“ (Pauls, Stockmann, 2013, S. 17)

können (vgl. Pauls, Stockmann, 2013, S. 17). Die sozialtherapeutische Beratung stellt dabei ein wesentliches „Element und Instrument bei der partizipativen Erarbeitung und Umsetzung von Lebensstiländerungen als Grundlage des gesundheitsbezogenen Belastungs- und Risikofaktoren-Managements“ (ebd.)

Der in Kapitel 3.1 skizzierte Recoveryprozess beinhaltet unterschiedliche Phasen, die keineswegs linear verlaufen müssen. Zu diesen Phasen gehören: Verzweiflung, Erwachen, Erkenntnis, Aktionsplan (Zielsetzung), Engagement für Genesung und Wohlbefinden. Zwischen den einzelnen Etappen kann es immer wieder zu Phasen des Stillstandes und der Resignation kommen. Hierbei ist es wichtig, dass die Betroffenen von Menschen aus privaten wie professionellen Kontexten, begleitet werden, die in den Phasen Hoffnung geben können. Denn inwieweit sich die Betroffenen in eine reine »Krankenrolle« drängen lassen und welches Verständnis sie von Psychosen und den damit einhergehenden Folgen haben, ist stark geprägt von deren sozialen Umfeld (vgl. Schulz, Prins, 2013, S. 195).

Durch eine wertschätzende, empathische, empowerment- und ressourcenorientierte Haltung der professionellen Fachkräfte sollen die Betroffenen im Zuge des Recoveryprozesses ihr Selbstvertrauen zurückgewinnen, um in einem weiteren Schritt (wieder) tragfähige Beziehungen aufzubauen und eine höhere Lebensqualität anzustreben. Dazu müssen die Betroffenen aber in möglichst allen Lebensbereichen wieder selbst Verantwortung übernehmen. Dies kann nur gelingen, wenn sich die professionellen Fachkräfte im Behandlungsalltag von dessen behütenden Charakter distanzieren und eine gewisse Risikobereitschaft eingehen können (vgl. Mazouz, 2011, S. 64f, vgl. Farkas, 2013, S. 87, vgl. Zuaboni, Schulz, 2013, S. 104).

Messbarkeit und Implementierung von Recovery: Die Recoveryforschung orientierte sich zunächst an bestehenden Konzepten und Beschreibungen¹³² und führte qualitative Interviews mit genesenen Betroffenen durch. Auf diese Weise konnten einige Messinstrumente, Skalen und qualitative Fragebögen konzipiert

¹³² z. B. dem Empowermentkonzept oder Anthony's Beschreibung von Recovery

werden. Dennoch fehlt es trotz der stetig wachsenden Vielzahl an Publikationen zum Thema Recovery noch immer an qualitativ hochwertigen Evaluationsforschungen. „One of the major challenges to studying recovery is that the concept of recovery is not well defined, so studies and instrumentations vary widely“ (Ralph, Kidder& Phillips, 2000, S. 1). Die fehlende, international einheitliche und präzise Definition von Recovery stellt eine große Barriere für die Messbarkeit und somit auch Evaluation von Recovery(-faktoren) dar. Eine weitere Ursache könnte in der noch immer stark biologisch ausgerichteten Forschung „bei gleichzeitiger Vernachlässigung sozialwissenschaftlicher Fragestellungen im deutschsprachigen Raum“ (Schulz, Prins, 2013, S. 201) liegen. Heutzutage gibt es eine Vielzahl von Messinstrumenten, um beispielsweise Krankheitssymptome oder Zufriedenheit von Menschen einzuschätzen. Im Vergleich dazu ist die Anzahl der Messinstrumente, die versuchen die Wirkung von Recovery zu erfassen, bislang noch gering. Für sie gilt: „[They, A. S.] may measure something about recovery rather than recovery alone or have been used in qualitative studies to define or identify perceptions about recovery“ (Ralph, Kidder& Phillips, 2000, S. 6).

Eine Schwierigkeit zur Messbarkeit von Recovery liegt in dem prozesshaften Konzept selbst. Anders als bei bestimmten etablierten Therapieformen kann für den Recoveryweg nicht immer ein fester Startpunkt definiert werden, von wo aus ein Vorher-Nachher-Vergleich überprüft werden kann. Einige Betroffene befinden sich bereits im Recoveryprozess, ohne sich dessen bewusst zu sein. Es gibt auch keine Richtlinie, wie lange es dauert zu ‚recovern‘. Während einige sich bereits nach wenigen Monaten oder Jahren als genesen beschreiben würden, ist für andere der Recoveryweg ungleich länger. Folglich ist es schwer möglich, einen Endpunkt von Recovery zu definieren. Diese Aspekte sind einige der Gründe, weshalb es bislang noch wenige Messinstrumente und repräsentative Ergebnisse gibt, um die Wirksamkeit bestimmter professioneller Interventionen auf den Recoveryprozess zu bestimmten oder gar belegen zu können. Möglicherweise ist dafür ein interdisziplinärer Forschungsansatz nötig, in dem GenesungsbegleiterInnen wertvolle Anregungen zu recoveryrelevanten Aspekten liefern könnten.

In der professionellen Praxis wird sich noch immer zu wenig mit der „biografischen Konstruktion von Krankheit“¹³³ (Gahleitner, Hintenberger& Leitner, 2013, S. 9) auseinandergesetzt. Schulz& Prins (2013) schließen dahingehend mit ihren Ausführungen, dass das Recoverykonzept nur an Gewicht gewinnen kann, „wenn auch im Rahmen des wissenschaftlichen Diskurs die argumentative Auseinandersetzung mit den Meinungsbildnern in der psychiatrischen Forschung kultiviert wird“ (S. 201). Die Grundlage für eine recoveryorientierte Praxis ist die Wissenssynthese von Berufs- und gelebter Erfahrung. Vor dem Hintergrund einer dialogischen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen kann sich eine gemeinsame Wissensbasis kontinuierlich weiterentwickeln. Eine Hürde hierbei liegt im Rollenwandel der Betroffenen „zu einem Mitglied der Gesundheitsdienstleistung [...], A. S.), der nirgends so schwer zu vollziehen [ist, A. S.] wie in der Psychiatrie“ (Zuaboni, Werder, 2013, S. 113). Das ‚Neue‘ an Recovery ist demnach die wachsende Bereitschaft und Expertise in der dialogischen Zusammenarbeit.

Für diesen Prozess bildet die Klinische Sozialarbeit eine wichtige Schnittstelle, da sie das Recoverykonzept zur Behandlung schizophrener Psychosen anwendet. Auf diese Weise lässt sie sich auf den mit Recovery einhergehenden Perspektivwechsel ein, der ein verändertes Rollenverständnis voraussetzt. Dieser Perspektivwechsel ist nötig, um bei gesellschaftlichen, gesundheitspolitischen als auch psychiatrischen Richtlinien Veränderungen zu bewirken. Klinische Sozialarbeit trägt somit zu einem Umdenken in der psychiatrischen Versorgungslandschaft bei.

¹³³ „Gemeint ist eine Praxis, die den Hilfesuchenden auch noch jenes Maß an Freiheit und dynamischer Selbstregulation eröffnet, die die Selbstkontextualisierung des Subjekts fördert.“ (Gahleitner, Hintenberger& Leitner, 2013, S. 9)

7. Schlusswort

Eine Destabilisierung psychosozialer Lebenssituationen geht mit komplexeren Problemlagen einher, bei denen monodisziplinäre Erkenntnisse an ihre Grenzen kommen. Das zeigt sich am Beispiel von schizophrenen Psychosen. Eine schizophrene Psychose verändert und beeinflusst die Wahrnehmung, das Denken und Fühlen, den Antrieb, den Willen und das Erleben der Betroffenen. Die damit einhergehenden Herausforderungen liegen in der Eigenart der Erkrankung selbst. Sie ist charakterisiert durch ihre vielseitigen Erscheinungsformen, die bei den Betroffenen unterschiedlich zum Ausdruck kommen. Erschwerend kommt hinzu, dass bei der Diagnosestellung der Krankheitsverlauf nicht prognostiziert werden kann. Die Diagnosestellung selbst wird von den Betroffenen häufig als Urteil über den Charakter, die soziale Rolle und die Zukunft erlebt.

Das verwundert nicht vor dem Hintergrund, dass kaum eine psychiatrische Erkrankung mit einer ähnlich negativen Reputation versehen ist wie die schizophrenen Psychosen. Ihnen gegenüber gibt es eine Vielzahl an Vorurteilen und Stigmatisierungen, die mit der Realität nichts gemein haben. Die Vorurteile reichen vom Verdacht der Gefährlichkeit über einen Intelligenzdefekt bis hin zur Unheilbarkeit. Diese Vorurteile wurden historisch gesehen u. a. durch Kraepelins defizitorientierte Krankheitsbeschreibung (1896) und dem Verlauf der Psychiatriegeschichte geprägt. Ungeachtet einiger Publikationen (z. B. von Amering und Schmolke) und Studien¹³⁴, die einen Teil der vorherrschenden Vorurteile revidieren, halten sich diese noch immer in der Öffentlichkeit. Das ist trotz einer Vielzahl an Publikationen, Infoveranstaltungen, Fachtagungen, Anti-Stigma-Kampagnen, Betroffenennetzwerken, Dokumentationsfilmen teilweise einem Informationsmangel geschuldet. Einen weiteren, nicht zu verachtenden Beitrag, tragen Sensationsmeldungen über psychisch kranke Menschen in den Medien sowie ein unachtsamer Umgang mit Sprache bei. So wird häufig nicht nachvollziehbares oder undurchschaubares Verhalten mit ‚schizophren‘ beschrieben.

¹³⁴ z. B. ABC-Studie (2013) von Häfner, Maurer & an der Heiden

Durch Bleulers Ausführungen (1911), die neben den defizitären auch die gesunden Anteile der Betroffenen beleuchteten, eröffneten sich fortan neue Handlungsspielräume. Es zeigte sich, dass sich in der Behandlung von schizophrenen Psychosen monokausale Erklärungsansätze nicht mehr halten konnten. Das entlastet die Betroffenen und deren Angehörigen von der latent mitschwingenden Schuldfrage. Heutzutage wird von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen. Diese berücksichtigt neben genetischen auch prä- und perinatale Faktoren, sowie frühkindliche und psychosoziale Entwicklungsbedingungen. All diese Aspekte finden sich in dem Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Paradigma wieder, welches als aktuell gängiges Modell in der Psychiatrie gilt.

Dennoch wird hier mit Blick auf die klinische Praxis eine Diskrepanz deutlich. Diagnosen dienen primär einer vereinfachten professionellen Verständigung. Allerdings können sie nur Problembestandteile fokussieren. Eine reine Orientierung auf die Diagnose verleitet dazu die Betroffenen zu objektivieren. In der Zusammenarbeit mit Betroffenen ist es daher wichtig, die jeweilige Erscheinungsform der schizophrenen Psychose mit all den darin enthaltenden subjektiven Deutungen zu erfassen. Folglich müssen in der Behandlung von schizophrenen Psychosen die multidisziplinären Teams mit den Betroffenen und deren Angehörigen auf Augenhöhe kooperieren. Eine rein medikamentöse Symptombekämpfung würde hier zu kurz greifen und viele Chancen ungenutzt lassen. Eine Möglichkeit ist das Recoverykonzept.

Das Recoverykonzept entspricht am ehesten dem multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, das auch Antonovsky (1987) im Rahmen seines Salutogenese-Konzepts beschrieb. Recovery ist per se nichts Neues. Vielmehr wurde es in den letzten Jahren wiederentdeckt. Durch die Recoverybewegung verschob sich der bis dahin tradierte Blick vom klassischen pathogenetischen Defizitmodell in Richtung Empowerment, Resilienz und Hoffnung. Das ‚Neue‘ an Recovery ist die Bereitschaft zur dialogischen Zusammenarbeit und zur Weiterentwicklung einer gemeinsamen Wissensbasis. Das partnerschaftliche Aushandeln erfordert ein verändertes Rollenverständnis und damit auch einen Wandel in den beruflichen Identitäten. Nur durch die

Anerkennung der KlientInnen als ExpertInnen für ihr Leben können symmetrische Arbeitsbeziehungen konstruiert werden. Hierbei müssen die professionellen Fachkräfte von ihrer ExpertInnenmacht zurücktreten und sich auf einen Interaktionsmodus einer partizipativen und konsensorientierten Aushandlung einlassen.

Eine international anerkannte Definition von Recovery bei psychischen Erkrankungen steht bislang noch aus. Das ist der Heterogenität von Recovery geschuldet. Im deutschsprachigen Raum wird es häufig mit Gesundheit, Genesung oder Wiedererlangung von Gesundheit übersetzt. Gesundheit meint in diesem Kontext ein erfülltes, zufriedenstellendes und hoffnungsvolles Leben mit oder trotz einer Erkrankung. Zu den zentralen Inhalten gehören hierbei u.a. Empowerment, Partizipation, Ziel-orientiertheit, Selbstbestimmung und der Schutz vor Diskriminierung.

Recovery beschreibt somit einen Veränderungsprozess der individuellen Überzeugungen, Werte, Gefühle, Rollen, Ziele und Fertigkeiten. Der Recoveryprozess durchläuft mehrere Phasen, von Verzweiflung bis hin zu Wohlbefinden. Diese Phasen verlaufen keineswegs linear und enthalten auch immer Zeiten der Stagnation. Durch diesen aktiven Veränderungsprozess ergeben sich für die Betroffenen neue Möglichkeiten, die negativen persönlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen zu überwinden. Recovery geht mit persönlichem Wachstum einher. Die Betroffenen integrieren die psychiatrische Erkrankung als einen Lebensaspekt neben vielen anderen in ein holistisches Selbstverständnis. Das Paradoxe an Recovery liegt in der Akzeptanz der eigenen Beschränkungen, wodurch sich neue Perspektiven eröffnen. Ziel von Recovery ist demnach nicht den prä-morbiden Zustand wiederherzustellen. Vielmehr geht es darum, innerhalb eines Prozesses das Erlebte zu verstehen und selbst wieder Verantwortung in möglichst allen Lebensbereichen zu übernehmen.

Die Klinische Sozialarbeit kann diesen Prozess passgenau begleiten. Sie ist nicht gleichzusetzen mit Sozialer Arbeit in Kliniken, wie der Terminus anfangs vermuten lässt. Die Fachsozialarbeit gehört zur Sozialen Arbeit und stellt keine eigenständige Profession dar. Sie ist eine direkt beratend, behandelnde und

begleitende Soziale Arbeit, die sich primär der sog. hard-to-reach-Klientel in Multiproblemsituationen zuwendet. Klinische Sozialarbeit konzentriert sich auf die Förderung, Verbesserung und die Aufrechterhaltung der biopsychosozialen Gesundheit und sozialen Funktionsfähigkeit von Einzelnen, Gruppen und Familien. Sie verfügt über fachliche, hermeneutische und sozialtherapeutische Kompetenzen. Ihre sozialtherapeutische Beratung stellt ein essentielles Instrument in der partizipativen Erarbeitung und Umsetzung von Interventionen dar. Sie bietet im Rahmen eines dialogischen Interaktionsprozesses eine Orientierungs- und Handlungshilfe. Auf diese Weise unterstützt sie die KlientInnen durch Klärung, Kompetenzförderung, Ressourcenaktivierung, Emotionsbearbeitung und Empowerment auf ihrem individuellen Weg zur Zielerreichung.

Durch die wertschätzende, empathische, empowerment- und ressourcenorientierte Haltung kann sie die Betroffenen in deren individuellen Recoveryprozess begleiten. So kann sie in Phasen der Stagnation Hoffnung vermitteln und gemeinsam mit dem Betroffenen neue Handlungsmöglichkeiten erschließen. Auf diese Weise stärkt sie das Selbstvertrauen und die Selbstbefähigung der Betroffenen und erhöht deren Lebensqualität.

Die Klinische Sozialarbeit wendet das Recovery-Konzept in der Behandlung von schizophrenen Psychosen an. Um dies tun zu können ist eine Kooperation innerhalb der multiprofessionellen Teams und mit den Betroffenen und deren Angehörigen unumgänglich. Dazu müssen die handlungsleitenden Paradigma innerhalb der psychiatrischen Versorgungslandschaft angepasst und verändert werden. Die professionellen Fachkräfte müssen sich von ihrer Definitionsmacht lösen, die autonome Lebensführung der KlientInnen achten und anerkennen, dass diese entscheiden, wann sie ‚gesundet‘ sind. International gibt es dabei bereits erste Erfolge. Auch in Deutschland wurde Recovery als Ziel in den S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde formuliert.

Die Klinische Sozialarbeit kann mittels ihrer biopsychosozialen Perspektive, psychosozialen Diagnostik und partizipativen Vorgehensweise eine ganzheitlichere Behandlung von schizophrenen Psychosen fördern. Durch die

Kombination von symptomorientierten und verstehenden Verfahren unterstützt sie es, im dialogischen Austausch ein gemeinsames Krankheitsverständnis zu entwickeln, um eine gemeinsame Bewältigung von Psychosen auszuhandeln. Aufgrund des variablen Erscheinungsbildes von schizophrenen Psychosen ist für die Behandlung ein flexibles Krankheitsverständnis von allen Beteiligten notwendig. Sie können in einem weiteren Schritt gemeinsam eine geeignete, individuell passgenaue, alle Aspekte weitestgehend berücksichtigende und somit nachhaltige Behandlung ermitteln und umsetzen. Auf diese Weise können Recoveryprozesse initiiert werden, denn „Recovery zielt nicht auf ein Endprodukt oder ein Resultat [...], A.S.]. Recovery ist eine Art zu leben“ (Schulz, Prins, 2013, S. 191).

8. Literaturverzeichnis

Amering, M. & Schmolke, M. (2012). *Recovery* (5. überarb. Aufl.). Bonn: Psychiatrie.

Ansen, H., Gödecker-Geenen, N. & Neu, H. (2004). Soziale Arbeit im Krankenhaus. In H.-G. Homfeldt, A. Mühlum (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen* (Band 5). München: Ernst Reinhardt.

Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. In *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16,11 - 23.

Arbeitsgemeinschaft der Psychoseseinstitute (Hrsg.). (o.J.). *Es ist normal, verschieden zu sein!: Verständnis und Behandlung von Psychosen aus der Sicht von Erfahrenen und Experten*. Skript in Zusammenarbeit mit Die Brücke Neumünster gGmbH erstellt.

Arenz, D. (2008). *Eine kleine Geschichte der Schizophrenie*. Bonn: Rabe.

Arieti, S. (2001). *Schizophrenie: Ursachen, Verlauf, Therapie, Hilfen für Betroffene* (7. Aufl.). München: Piper.

Bäumel, J. (2008). *Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis: Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige. Ein Leitfaden für professionelle Helfer. Eine Einführung für interessierte Laien* (2. aktual. und erw. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin.

Bäumel, J. & Lambert, M. (2009). *Psychosen erkennen, verstehen und behandeln: Ein Wegweiser für Betroffene und Angehörige*. Michelstadt: vdm. Verfügbar unter: <http://psychose.de/downloadarchiv/P-psychosen-erkennen.pdf> [09/ 2013]

Bengel, J., Strittmacher, R. & Willmann, H. (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung* (erw. Neuaufl. Band 6). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA).

Verfügbar unter:

http://www.gutdrauf.net/fileadmin/user_upload/Startseite/Materialien/K-undJugendgesundheit/Was_erhaelt_Menschen_gesund_2001.pdf [11/ 2013]

Bock, T. (2002). Das Psychose-Seminar – Beitrag zum Dialog: Ohne Absicht therapeutisch. In F.-M. Sadre Chirazi-Stark, F. Bremer & I. Esterer (Hrsg.), *Wege aus dem Wahnsinn* (S. 227 – 236). Bonn: Psychiatrie.

Bock, T. (2006). *Eigensinn und Psychose: "Noncompliance" als Chance*. Neumünster: Paranus.

Bock, T. (2007). Vom »Stimmenreich« zum Trialog: Anthropologie und Psychose. In R. Lütjen (Hrsg.), *Psychosen verstehen: Modelle der Subjektorientierung und ihre Bedeutung für die Praxis* (S. 145 – 159). Bonn: Psychiatrie.

Bondy, B. (2008). *Was ist Schizophrenie?: Ursachen, Verlauf, Behandlung* (4. Aufl.). München: C.H. Beck.

Borrel-Carrió, F., Suchman, A. L. & Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. In *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576 – 582.

Verfügbar unter: <http://www.annfammed.org/content/2/6/576.full.pdf+html> [01/2014]

Bosshard, M. (2008). Soziale Arbeit und Psychiatrie. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung* (S. 151-162). Bonn: Psychiatrie.

Bosshard, M. (2007). Die Entdeckung von Bildungserfahrungen als Quelle neuer Hoffnungen. Wie orientiert man sich an Ressourcen? In *Klinische Sozialarbeit*, 3 (1), 7–10.

Bosshard, M., Ebert, U. & Lazarus, H. (2007). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. Lehrbuch (3. überarb. Aufl.). Bonn: Psychiatrie.

Crefeld, W. (2002). Klinische Sozialarbeit – nur des Kaisers neue Kleider? In M. Dörr (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit, eine notwendige Kontroverse* (S. 23–39). Hohengehren: Schneider.

Deutsche Gesellschaft für Beratung/ German Association for Counseling e.V. (o. J.). *Das Beratungsverständnis der DGfB*.

Verfügbar unter: <http://www.dachverband-beratung.de/beratungsv.php> [12/ 2013]

Dällenbach, R., Rügger, C. & Sommerfeld, P. (2010). *Integrierte psychiatrische Behandlung: Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit*. Verfügbar unter: http://www.sozialdiagnostik.de/tagungsbeitraege.html?file=tl_files/...pdf%E2%80%8E [11/ 2013]

Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. & Miller, R. (06/ 2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. In *World Psychiatry*, 11(2), 123–128.

Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B. u.a. (2005). Peer Support Among Individuals with Severe mental Illness: A Review of the Evidence. In L. Davidson, C. Harding & L. Spaniol (Hrsg.), *Recovery from Severe mental Illnesses: Research Evidence and Implications for Practice*. Boston.
Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3363389/> [11/2013]

Deleuze, G. & Lapoujade, D. (Hrsg.). (2005). *Schizophrenie und Gesellschaft: Texte und Gespräche von 1975 bis 1995*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e. V. (2013). *Historie*. Verfügbar unter: <http://www.dgsmp.de/die-gesellschaft/historie> [09/ 2013]

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2013). *S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Verfügbar unter: https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-LLPsychosozTherapien_Langversion.pdf [10/ 2013]

Deutscher Bundestag (1975). *Unterrichtung durch die Bundesregierung: Bericht über die Lage über die Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung*. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/07/042/0704200.pdf> [11/ 2013]

Dörner, K. (1995). Was ist Sozialpsychiatrie? In A. Finzen & U. Hoffmann-Richter (Hrsg.), *Was ist Sozialpsychiatrie: Eine Chronik* (S. 83-90). Bonn: Psychiatrie.

Dörner, K. et al. (2010). *Irren ist menschlich* (5. aktual. Aufl.). Bonn: Psychiatrie.

Dörr, M. (2005). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. München: Ernst Reinhardt.

Donau-Universität Krems. *Risiken, Nebenwirkungen und Schäden durch Psychotherapie 2007-2012*. Verfügbar unter: <http://www.donau-uni.ac.at/de/departement/psymed/forschung/psychotherapiesupervision/projekt/id/12096/index.php> [01/ 2014]

Drapalski, A. L., Medoff, D., Unick, G. J., Velligan, D. I. Dixon, L. B. & Bellack, A. S. (2012). Assessing Recovery of People With Serious Mental Illness: Development of a New Scale. In *Psychiatric services*, Vol. 63 (1), 48-53. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22227759> [12/ 2013]

DSM – V (2013). *Schizophrenia*. Verfügbar unter: [www.dsm5.org/documents/schizophrenia fact sheet.pdf](http://www.dsm5.org/documents/schizophrenia_fact_sheet.pdf) [08/ 2013]

Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. *Science*, 196 (4286), 129 – 136. Verfügbar unter: http://public-health.meduni-graz.at/archiv/artikel/Artikel%201977/1977_Engel_Biopsychosocial%20model.pdf [11/ 2013]

Falkai, P. (2003). *Schizophrenie auf einem Blick*. Berlin: Blackwell.

Farkas, M. (2013). Recovery-Orientierung in Institutionen verankern. In C. Bur, M. Schulz, A. Winter & G. Zuaboni (Hrsg.), *Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte* (S. 78 – 89). Köln: Psychiatrie.

Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W. A. & Chamberlin, J. (2005). Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. In *Community Mental Health Journal*, (41)2, 141 – 158. Verfügbar unter: <http://www.psychodyssey.net/wp-content/uploads/2010/10/Implementing-Recovery-Oriented-EBP-Identifying-the-Critical-Dimensions.pdf> [11/ 2013]

Feinbier, R. J. (1997). *Klinische Sozialarbeit: Ein Prolog*. Schriftenreihe des Instituts für Soziale Praxis (Band 12). St. Augustin: Asgard.

Finzen, A. (2011). *Schizophrenie: Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen*. Bonn: Psychiatrie.

Finzen, A. (2001). *Psychose und Stigma* (2. Aufl.). Bonn: Psychiatrie.

Finzen, A. (1987). Sozialpsychiatrie in Theorie und Praxis: Was ist Sozialpsychiatrie? Eine Disziplin im Spannungsfeld zwischen

Wissenschaftstheorie und Alltagshandeln. In *Fundamenta psychiatrica* 1, 162 – 169. Stuttgart: Schattauer.

Francke, R. (1999). Öffentliches Recht, Sozialversicherungsrecht. In B. Badura, D. Hart & H. Schellschmidt (Hrsg.), *Bürgerorientierung des Gesundheitswesens* (S. 210–293). Baden-Baden: Nomos.

Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2011). *Resilienz* (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.

Fröhlich-Gildhoff, K., Becker, J. & Fischer, S. (2012). *Gestärkt von Anfang an: Resilienzförderung in der Kita*. Weinheim/ Basel: Beltz.

Fuchs, T. (2009). *Das Gehirn als Beziehungsorgan: Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption* (2. aktual. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Franzkowiak, P., Homfeldt, H. G. & Mühlum, A. (2011). *Lehrbuch Gesundheit*. Weinheim: Beltz Juventa.

Gahleitner, S. B. (2012). Klinische Sozialarbeit. In M. Schmid, M. Tetzner, K. Rensch & S. Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 90–109). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Gahleitner, S. B., Pauls, H., Hintenberger, G. & Leitner, A. (2014). »Biopsychosozial« revisited. In S. B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Interventionen. Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung* (Band 6) (S. 16–35). Köln: Psychiatrie.

Gahleitner, S. B., Hintenberger, G. & Leitner, A. (2013). Biopsychosozial – zur Aktualität des interdisziplinären Modells in Psychotherapie, Beratung und Supervision. In *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*. 1 (1), 1-14.
Verfügbar unter: <http://www.resonanzen-journal.org/article/view/188> [01/ 2014]

Gahleitner, S. B., Schigl, B., Gerlich, K. & Hinterwallner, H. (i. V.). Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie vermeiden: Was TherapeutInnen von PatientInnen lernen können. *Psychologie und Gesellschaftskritik*.

Geißler-Piltz, B., Mühlum, A. & Pauls, H. (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Ernst Reinhardt.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2013). Heft 50: *Schizophrenie*.
Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=8654&suchstring=&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=&vt=&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=17&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gastg&p_aid=8419804&hlp_nr=2&p_janein=J [10/ 2013]

Goffman, E. (1975). *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt/ Main: Suhrkamp.

Grausgruber, A. (2005). Stigma und Diskriminierung psychisch Kranker. In W. Gaebel, H.-J. Möller & W. Wulf Rössler (Hrsg.), *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker* (S. 18-39). Stuttgart: Kohlhammer.

Groß, T. M. (2000). *Das Stigma psychischer Erkrankungen: Theorien und Methoden*. Butzbach-Griedel: AFRA.

Häfner, H., Maurer, K. & an der Heiden, W. (2013). Schizophrenie – eine einheitliche Krankheit?: Ergebnisse aus 25 Jahren ABC. In Organ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft. *Der Nervenarzt*, 84, 1093–1103. Berlin: Springer.

Verfügbar unter: http://www.zi-mannheim.de/fileadmin/user_upload/redakteure/schizophrenieforschung/texte/NA-Schizophrenie-2013.pdf [10/ 2013]

Hahn, G. & Pauls, H. (2008). Bezugspunkte Klinischer Sozialarbeit. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung* (S. 22-43). Bonn: Psychiatrie.

Hammer, M. & Plöchl, I. (2012). *Irre verständlich*. Bonn: Psychiatrie.

Hanses, A. (2007). Soziale Arbeit und Gesundheit – ein schwieriges wie herausforderndes Verhältnis. In H. G. Homfeldt (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Aufschwung zu neuen Möglichkeiten oder Rückkehr zu alten Aufgaben? Soziale Arbeit aktuell* (Band 9) (S. 113–123). Baltmannsweiler: Schneider.

Hanses, A. (Hrsg.). (2004). *Biographie und Soziale Arbeit: Institutionelle und biographische Konstruktionen von Wirklichkeit*. Baltmannsweiler: Schneider.

Hanses, A.& Sander, K. (Hrsg.). (2012). *Interaktionsordnungen: Gesundheit als soziale Praxis*. Wiesbaden: Springer.

Heinz, A. (2002). *Anthropologische und evolutionäre Modelle in der Schizophrenieforschung* (Band 9). Berlin: VWB.

Hell, D.& Schüpbach, D. (2008). *Schizophrenien: Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige* (4. aktual. und bearb. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin.

Herriger, N. (2011). Empowerment. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.), *Fachlexikon der sozialen Arbeit* (7. überarb. und aktual. Aufl.) (S. 232-233). Baden-Baden: Nomos.

Hill, L. B. (2003). *Der psychotherapeutische Eingriff in die Schizophrenie*. Frankfurt/ Main: Dietmar Klotz.

Hoffmann-Richter, U. (1995). Sozialpsychiatrie – Spezialdisziplin oder Sichtweise? Entwicklungsgeschichte des Begriffs und seiner Bedeutung. In A. Finzen& U. Hoffmann-Richter. *Was ist Sozialpsychiatrie: Eine Chronik* (S. 11–27). Bonn: Psychiatrie.

Hoffmann, H. (2011). *Das Handeln der Behandelten: Eine rekonstruktionslogische Analyse der Agency von Psychoseerfahrenen*. Freiburg: FEL.

Hollenstein, L.& Sommerfeld, P. (2009). Arbeitsfeldanalyse und Konzeptentwicklung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. In S. B. Gahleitner& G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Forschung aus der Praxis – Forschung für die Praxis* (S. 189–203). Bonn: Psychiatrie.

Hunold, P.& Rahn, E. (2000). *Selbstbewusster Umgang mit psychiatrischen Diagnosen*. Bonn: Psychiatrie.

IFSW – International Federation for Social Work (2003). Neue Definitionen von Sozialarbeit.

Verfügbar unter: www.dbsh.de/html/hauptteil_wasistsozialarbeit.html [11/ 2013]

Jahnke, B. (2012). *Vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen*. Neumünster: Paranus.

Jungnitsch, G. (1999). *Klinische Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Kindler, M.-L. & Stitz, A. (2013). Klinisch-sozialarbeiterische Diagnostik im Bereich schizophrener Erkrankungen: eine Falldarstellung. In S. B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik*. Klinische Sozialarbeit: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung (Band 5) (S. 169-184). Köln: Psychiatrie.

Knuf, A. (o.J.). *Das Stigma auf der Innenseite der Stirn*. Verfügbar unter: http://www.promentesana.ch/_files/Downloads/Selbsthilfe/Diverses/Selbststigmatisierung.pdf [09/ 2013]

Knuf, A. (2006). *Basiswissen: Empowerment in der psychiatrischen Arbeit*. Bonn: Psychiatrie.

Knuf, A. (2007). Empowerment-Förderung: Ein zentrales Anliegen psychiatrischer Arbeit. In A. Knuf, M. Osterfeld & U. Seibert. *Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit* (3. überarb. Aufl.) (S. 29–40). Bonn: Psychiatrie. Verfügbar unter: http://www.beratung-und-fortbildung.de/Selbstbefähigung_fordern.pdf [09/ 2013]

Krumm, S. & Becker, T. (2012). Historische Aspekte und Konzepte der Sozialpsychiatrie. In M. Schmid, M. Tetzler, K. Rensch & S. Schlüter-Müller. *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 40–57). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Lambert, M. & Kammerahl, D. (2008). *Zurück ins Leben: Zurück nach Hause, gesund bleiben und Ziele verwirklichen! Für Menschen mit Psychose*. Neuss: Janssen-Cilag GmbH.

Leitner, A., Märtens, M., Höfner, C., Koschier, A., Gerlich, K., Hinterwallner, H., Liegl, G., Hinterberger, G. & Schigl, B. (2012). *Risiken, Nebenwirkungen und Schäden Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie. Endbericht*. Verfügbar unter: http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/forschungsartikel/risk_bericht_11.09.2013.pdf [02/ 2014]

Mazouz, S. (2011). *Recovery: Persönliches Wachstum gegen biologischen Determinismus. Das Prinzip Hoffnung findet seinen Weg in die Psychiatrie*. Veröffentlichte Diplomarbeit. München: GRIN.

Möller, H.-J., Laux, G. & Deister, A. (2005). *Psychiatrie und Psychotherapie* (3. überarb. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme.

Mühlum, A. (2008). Klinische Sozialarbeit und Gesundheitsförderung. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung* (S. 62-74). Bonn: Psychiatrie.

Müller-Hohmann, I. (2008). *Ätiologie: Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Ein integratives Paradigma und seine Relevanz für die klinische Arbeit mit schizophren Erkrankten und ihren Angehörigen*. Unveröffentlichte Studienarbeit, Hochschule München – Fakultät für Sozialwissenschaften.

Verfügbar unter: <http://www.fachsymposium-empowerment.de/fileadmin/literatur/vulnerabilitaet/Mueller-Hohmann.pdf> (09/2013)

Northen, H. (1995). *Clinical Social Work. Knowledge and Skills* (Second Edition). New York: Columbia University Press.

Onken, S. J., Craig, C.M., Ridgway, P., Ralph, R.O. & Cook, J.A. (2007). An Analysis of the Definitions and Elements of Recovery: A Review of the Literature. In *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31/1, 9-22.

Pantuček, P. (2008). Soziales Kapital und Soziale Arbeit. Verfügbar unter: <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/70/88.pdf> [12/2013]

Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung* (2. überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.

Pauls, H. (2013). Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. In *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*. 1 (1), 15-31.

Verfügbar unter: <http://www.resonanzen-journal.org/article/view/191> [01/2014].

Pauls, H. & Mühlum, A. (2005). Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit. In *Klinische Sozialarbeit*, 1 (1), S. 6-9.

Pauls, H. & Stockmann, P. (2013). Sozialtherapeutische Beratung – eine Begriffsbestimmung. In H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 11–20). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Ralph, R. O., Kidder, K. & Phillips, D. (2000). Can We Measure Recovery? A Compendium of Recovery and Recovery-Related Instruments. In *the Evaluation Center of the Human Services Research Institute*. Cambridge.

Verfügbar unter: http://www.tecathsri.org/pub_pickup/pn/pn-43.pdf [12/ 2013]

Repper, J., Shepherd, G., Perkins, R. & Boardman, J. (2013). Strukturelle Voraussetzungen von Recovery-Orientierung. ImROC: Ein Projekt aus England. In C. Bur, M. Schulz, A. Winter & G. Zuaboni (Hrsg.), *Recovery in der Praxis: Voraussetzungen, Interventionen, Projekte* (S. 90–102). Köln: Psychiatrie.

Sander, K. (2012). Interaktionsordnung. Zur Logik des Scheiterns und Gelingens professioneller Praxen. In A. Hanses & K. Sander (Hrsg.), *Interaktionsordnungen. Gesundheit als soziale Praxis* (S. 15-34). Wiesbaden: Springer VS.

Schatz, D. (2009). *Dissoziation, Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung und Schizophrenie: Syndromalität oder Komorbidität?* unveröffentlichte Dissertation, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.

Sartorius, N. (2002). *Iatrogenic stigma of mental illness*. BMJ 324: 1470 – 1471. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1123430/> [10/ 2013]

Scheerer, S. (2011). Stigmatisierung. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.), *Fachlexikon der sozialen Arbeit* (7. überarb. und aktual. Aufl.) (S. 880). Baden-Baden: Nomos.

Schulz, M. & Prins, S. (2013). Schon lange auf dem Recovery-Weg: Dialog, Behandlungsvereinbarung und Selbsthilfe. In C. Bur, M. Schulz, A. Winter & G. Zuaboni (Hrsg.), *Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte* (S. 188–203). Köln: Psychiatrie.

Spaulding, W. D., Sullivan, M. E. & Poland, J. S. (2003). *Treatment of severe mental illness*. New York: Guilford Press.

Stitz, A. (2011). *Schizophrene Psychose: Behandlungsmöglichkeiten und die Rolle der Sozialen Arbeit*. In H. Pauls, M. Reicherts & A. Schlittmaier (Hrsg.), *Schriftenreihe zur psychosozialen Gesundheit. Beiträge zur Klinischen Sozialarbeit* (Band 18). Verfügbar unter: <http://www.klinische-sozialarbeit.de/Schriftenreihe/Band%2018.pdf> [09/ 2013]

Substance Abuse and Mental health services Administration (SAMHSA) (o. J.). *Components of Recovery*.

Verfügbar unter: <http://www.samhsa.gov/RecoveryToPractice/Index.aspx> [09/ 2013]

Thiersch, H. (2006). Nähe und Distanz in der Sozialen Arbeit. In M. Dörr & B. Müller (Hrsg.), *Nähe und Distanz – Ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität* (S. 29–45). Weinheim: Juventa.

Trialogische Kleingruppen aus Psychoseminar Potsdam & Köln (o. J. a). *Begriffe und Definitionen in der trialogischen Arbeit*. Verfügbar unter: <http://www.trialog-psychoseminar.de/de/10/Begriffe-in-der-trialogischen-Arbeit.html> [11/ 2013]

Trialogische Kleingruppen aus Psychoseminar Potsdam & Köln (o. J. b). *EXperienced INVOLVEMENT*. Verfügbar unter: <http://www.trialog-psychoseminar.de/de/24/EXperienced-INVOLVEMENT.html> [11/ 2013]

Utschakowski, J. (2009). Peer-Support: Gründe, Wirkungen, Ambitionen. In J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S. 14-21). Bonn: Psychiatrie.

Utschakowski, J., Sielaff, G. & Bock, T. (2009a). Einführung: Die Psychiatrie auf dem Weg zur Erfahrungswissenschaft. In J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S. 9-11). Bonn: Psychiatrie.

Utschakowski, J., Sielaff, G. & Bock, T. (2009b). Ausblick: EX-IN - Zukunftsperspektiven. In J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S. 225-231). Bonn: Psychiatrie.

Vogd, W. (2012). Vertrauen unter komplexen Reflexionsverhältnissen oder: die gesellschaftliche Konditionierung der Arzt-Patient-Interaktion. In A. Hanses & K. Sander (Hrsg.), *Interaktionsordnungen. Gesundheit als soziale Praxis* (S. 71-85). Wiesbaden: Springer VS.

Vossebrecher, D. & Jeschke, K. (2007). Empowerment zwischen Vision für die Praxis und theoretischer Diffusion. In U. Osterkamp (Hrsg.), *Forum kritische Psychologie 51. Sozialpsychiatrie. Persönliche Assistenz, Empowerment*.

Beschäftigungsverhältnisse in der Sozialen Arbeit. Evaluationsforschung, Erinnerungsarbeit (S. 53–66). Hamburg: Argument.

Watkins, P.N. (2009). *Recovery – wieder genesen können: Ein Handbuch für Psychiatrie-Praktiker*. Bern: Hans Huber.

Weig, W.& Linden, M. (2009). Begriffsbestimmung von Salutotherapie. In M. Linden, & W. Weig (Hrsg.), *Salutotherapie in Prävention und Rehabilitation* (S. 1–8). Köln: Deutscher Ärzte.

Welter-Enderlin, R. (2006). Resilienz aus der Sicht von Beratung und Therapie. In R. Welter-Enderlin & B. Hildenbrand (Hrsg.), *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände* (S. 7–19). Heidelberg: Auer.

WHO – World Health Organization (2006). *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz*. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/96453/E87301G.pdf (09/ 2013]

WHO - World Health Organization (2001). *Weltgesundheitsbericht 2001. Psychische Gesundheit: neues Verständnis – neue Hoffnung*. Verfügbar unter: http://www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_en.pdf [11/ 2013]

WHO – World Health Organization (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [11/ 2013]

Wiedl, K.H., Waldorf, M.& Kauffeld, S. (2013). Recovery-Prinzipien in der Therapie psychotischer Störungen: Das BE-GO-GET-Programm in Deutschland. In C. Bur, M. Schulz, A. Winter & G. Zuaboni (Hrsg.), *Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte* (S. 159–173). Köln: Psychiatrie.

Wustmann, C. (2004). *Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. Weinheim: Beltz.

ZKS - Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (2013). *Berufsethische Prinzipien*. Verfügbar unter: <http://www.klinische-sozialarbeit.de/zertifizierung/Berufseth.Prinzipien-ZKS.pdf> [11/ 2013]

Zuaboni, G.& Schulz, M. (2013). »Recovery praktisch!«: Schulungsunterlagen für Fachkräfte. In C. Bur, M. Schulz, A. Winter& G. Zuaboni (Hrsg.), *Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte* (S. 103–109). Köln: Psychiatrie.

Zuaboni, G.& Werder, B. (2013). Von der Patientin zum Profi. In C. Bur, M. Schulz, A. Winter& G. Zuaboni (Hrsg.), *Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte* (S. 112–125). Köln: Psychiatrie.

Eidesstaatliche Versicherung

Hiermit versichere ich, Anika Stitz, dass ich die vorliegende Masterthesis selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinne nach anderen Werken entnommen wurden, sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Ich erkläre weiterhin, dass die vorliegende Arbeit noch nicht im Rahmen eines anderen Prüfungsverfahrens eingereicht wurde.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Masterthesis in der Bibliothek bereitgestellt wird.

Berlin, den 20.02.2014 _____