

Fachhochschule Jena

Bereich Sozialwesen

Freie wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Grades einer Diplom-
Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin

D I P L O M A R B E I T

"Bedeutung der Psychoedukativen Gruppenarbeit (PEGASUS-Projekt) im
Rahmen der Betreuung und Behandlung psychisch Kranker aus der Sicht des
Sozialarbeiters/Sozialpädagogen"

- Eine qualitative Studie -

eingereicht bei: Prof. Dr. med. Dresler
Prof. Dr. rer. soc. Lakemann

von : Angelika Viola Weirich
geb. 9. September 1972
in Hildburghausen

Weimar, den 15. Dezember 1997

Danksagung

Mein herzlichster Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Dresler für die Themenstellung. Seine kontinuierliche Hilfestellung in fachlichen Fragen, sowie seine Geduld und Ermutigung bei der Erreichung des Zieles, die Vollendung der Arbeit durchzustehen. Er gab mir regelmäßig wichtige Denkanstöße, die mir verhalfen, einen immer tieferen Einblick in die Thematik der Schizophrenie zu bekommen.

Zu besonderem Dank bin ich Herrn Prof. Dr. rer. soc. Lakemann verpflichtet, der mir mit Rat und Tat zur Seite stand. Das gilt besonders für Fragen hinsichtlich der Forschungsarbeit. Seinem Interesse, sowie seiner fachlichen Kompetenz verdanke ich das Gelingen dieser Arbeit.

Mein besonderen Dank gilt Herrn Wienberg für die Ermöglichung der qualitativen Erhebungen in Bielefeld, Detmold und Gütersloh. Sein Engagement half mir, Kontakt mit den zu befragten SozialarbeiterInnen/SozialpädagogenInnen aufzunehmen.

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen beteiligten interviewten SozialarbeiterInnen/Sozialpädagogen für ihre Teilnahme und ihr Interesse recht herzlich bedanken.

Weiter möchte ich meinen Freunden, besonders Ines Schellenberg danken, die mich immer wieder ermutigten, an diesem Thema weiter zu arbeiten. Mein Dank gilt Karsten Koch, der mich großer Geduld hinsichtlich technischer Rahmenbedingungen der Arbeit unterstützte.

Der größte Dank gilt jedoch meiner Familie, ohne deren emotionale Unterstützung und Geduld diese Zeit der Diplomarbeit nicht möglich gewesen wäre. Ihnen möchte ich die diese Diplomarbeit widmen.

KAPITEL 1	EINLEITUNG	6
KAPITEL 2	EINFÜHRUNG IN EIN SCHIZOPHRENIEVERSTÄNDNIS	8
2.1.	DER VERSUCH, DIE SCHIZOPHRENIE AUS SICHT DES BETROFFENEN DARZUSTELLEN	8
2.2.	BEGRIFFSBESTIMMUNG SCHIZOPHRENIE	10
2.3.	DAS DREI-PHASEN-MODELL DER SCHIZOPHRENIE VON LUC CIOMPI	12
KAPITEL 3	DIE THERAPIEANSÄTZE	19
3.1.	KÖRPERBEZOGENE THERAPIE	19
3.1.1.	TANZ UND MUSIKTHERAPIE	19
3.1.2.	SOMATO-THERAPIE	20
3.2.	KOGNITIVE THERAPIEVERFAHREN	21
3.2.1.	THEORETISCHE GRUNDLAGEN	21
3.2.2.	INTERVENTIONSVERFAHREN	22
3.3.	VERHALTENSBEZOGENE ANSÄTZE	28
3.3.1.	SOZIALE KOMPETENZ UND SOZIALE FERTIGKEITEN	29
3.3.2.	SOZIO-UND MILIEUTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNGSVERFAHREN	30
3.3.3.	TRAINING SOZIALER FERTIGKEITEN (SOCIAL PROBLEM SOLVING-, SOCIAL PERCEPTION- UND SOCIAL COGNITION- ANSATZ) NACH LIBERMAN UND MITARBEITER (1985; 1986 A,B, 1993)	31
3.4.	SCHIZOPHRENIEBEHANDLUNG IN DER FAMILIE	32
3.5.	DIE PSYCHOEDUKATION	33
3.5.1.	BEGRIFFSKLÄRUNG DER PSYCHOEDUKATION	33
3.5.2.	FORSCHUNGSERGEBNISSE EINER AMERIKANISCHEN STUDIE LESEARCH UPDATE ON THE PSYCHOSOCIAL OF SCHIZOPHRENIE VON DAVID L. PENN, PH.D., AND KIM T. MUESER, PH.D. (1996)	33
3.5.3.	DIE RAHMENBEDINGUNGEN DES PEGASUS-PROJEKTES	36
3.6.	PSYCHOEDUKATIVE ANGEHÖRIGENARBEIT	40
KAPITEL 4	EINORDNUNG DER PSYCHOEDUKATION	41

KAPITEL 5	THEORIE ZUR ERHEBUNG	45
------------------	-----------------------------	-----------

5.1.	METHODISCHE ÜBERLEGUNG ZUR ERHEBUNG	45
5.1.1.	<i>FORSCHUNGSGEGENSTAND</i>	45
5.1.2.	<i>FORSCHUNGSMETHODE</i>	46
5.1.3.	<i>VORBEREITUNG ZUM INTERVIEW</i>	47
5.1.4.	<i>INTERVIEWSITUATION</i>	47
5.2.	DIE AUSWERTUNG	49
5.2.1.	<i>DIE FORSCHUNGSMETHODE</i>	49

KAPITEL 6	FORSCHUNGSERGEBNISSE	52
------------------	-----------------------------	-----------

6.1.	AUSBILDUNG UND ARBEITSBEREICHE DER BEFRAGTEN PERSONEN	52
6.1.1.	<i>SOZIALARBEITER HERR A</i>	52
6.1.2.	<i>SOZIALARBEITERIN FRAU B.</i>	55
6.1.3.	<i>SOZIALARBEITER HERR C.</i>	58
6.1.4.	<i>SOZIALARBEITERIN FRAU D.</i>	60
6.1.5.	<i>SOZIALARBEITERIN FRAU E.</i>	62
6.1.6.	<i>SOZIALARBEITER HERR F.</i>	64
6.2.	STELLUNG DES SOZIALARBEITERS GEGENÜBER ÄRZTEN/PSYCHOLOGEN	67
6.2.1.	<i>HERR A/ FRAU B.</i>	67
6.2.2.	<i>HERR F.</i>	70
6.3.	AUSWIRKUNG DER MODERATORENTÄTIGKEIT AUF DIE ARBEIT DES SOZIALARBEITERS	72
6.4.	DIE ROLLE DES SOZIALARBEITERS IN DER GRUPPE	73
6.5.	STELLUNG DES BETROFFEN GEGENÜBER DEM PROFESSIONELLEN	75
6.6.	FUNKTION DER GRUPPE	76
6.7.	VERBESSERUNG DER LEBENSQUALITÄT DER TEILNEHMENDEN BETROFFENEN	78
6.8.	LEGITIMATION VON PSYCHOSEN	81
6.9.	ANGEHÖRIGENGRUPPEN	83
6.10.	GRUPPENARBEIT UND STUDIUM	85
6.11.	PEGASUS ZUR ALLGEMEINEN METHODENAUSBILDUNG/ERGÄNZUNG	
	<i>IM PSYCHIATRISCHEN BEREICH</i>	86
6.12.	NOTWENDIGKEIT ZUR EVALUATION	87
6.13.	WÜNSCHE UND ERWARTUNGEN FÜR DIE ZUKUNFT DES PEGASUS	87

KAPITEL 7	ABSCHLIEßENDE BETRACHTUNGEN	90
------------------	------------------------------------	-----------

7.1.	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	90
	DISKUSSION	98

ANHANG	102
---------------	------------

LITERATURVERZEICHNIS	107
-----------------------------	------------

Die folgende Arbeit befaßt sich mit der Bedeutung der Psychoedukativen Gruppenarbeit (PEGASUS-Projekt) im Rahmen der Betreuung und Behandlung psychisch Kranker aus der Sichtweise des Sozialarbeiters/Sozialpädagogen.

Im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung der Schizophrenieproblematik stieß ich auf die Psychoedukative Gruppentherapie (PEGASUS-Projekt). Durch Herr Prof. Dresler hat sich das Interesse an diesem Thema verstärkt, so daß wir uns voller Tatendrang mit Herrn Wienberg in Verbindung setzten. Herr Wienberg und die Bielefelder Arbeitsgruppe haben das wegweisende Konzept der Psychoedukativen Gruppenarbeit (PEGASUS-Projekt) entwickelt.

Von ihm bekam ich die Möglichkeit, qualitative Erhebungen mit SozialarbeiterInnen/SozialpädagogenInnen, die als Moderatoren in der Psychoedukativen Gruppenarbeit tätig sind, durchzuführen.

Nun stand die Frage im Raum, welchen Schwerpunkt die Arbeit haben sollte. Bei der intensiveren Betrachtung der Thematik fiel mir auf, daß dieses aus sozialarbeiterischer/sozialpädagogischer Sichtweise noch nicht bearbeitet wurde. So beschloß ich in Absprache mit Herrn Prof. Dresler dieses zu tun.

Auf diesem Wege kam ich dazu dieses hoch brisante Thema zu bearbeiten.

Die Arbeit ist folgendermaßen aufgebaut. Das 2. Kapitel wird ein allgemeines Schizophrenieverständnis dargelegt. Dieses soll zum was zum Verständnis und zur Einfühlung für das sensible Thema dienen, was zum Verständnis unbedingt notwendig ist. Es muß jedoch beachtet werden, daß es recht verschiedenen Ansätze dafür gibt. Meine Arbeit stützt sich auf das Vulnerabilitäts-Streß-Coping-Modell von Luc Ciompi i.V.m. Herrn G. Wienbergs Buch und Manual "Schizophrenie zum Thema machen".

Das 3. Kapitel stellt verschiedene Therapieansätze der Schizophreniebehandlung dar, um im 4. Kapitel soll eine Einordnung der Psychoedukation geben, die i.V.m. der Begriffsbestimmung von Psychoedukation, sowie die Darstellung der Rahmenbedingungen des PEGASUS-Projektes, daß Ausgangspunkt der Diplomarbeit war, aus sozialarbeiterischer/sozialpädagogischer Sichtweise angemessen erschienen.

Das 5. Kapitel soll einen theoretischen Hintergrund für die qualitative Sozialforschung verschaffen, worauf basierend das 6. Kapitel aufbaut und die Ergebnisse detailliert aufgeschlüsselt.

Am Ende der Arbeit wird im 7. Kapitel die Ergebnisse zusammengefaßt, die anschließend zur Diskussion standen.

Die Schwierigkeit bei der Diskussion war, daß aus sozialarbeiterischer/sozialpädagogischer Sichtweise noch kein fundiertes wissenschaftliches Material hinsichtlich der Psychoedukativen Gruppenarbeit (PEGASUS-Projekt) zur Verfügung stand. Aus diesem Grund wurden die Ergebnisse der qualitativen Erhebung i.V.m. 3.3.3. und 3.5.2. dargestellt.

Hier sehe ich auch die Bedeutung meiner Arbeit, einen Grundstein für weitere sozialwissenschaftliche Forschungsarbeiten hinsichtlich dieser Therapiemethode zu legen.

Kapitel 2

EINFÜHRUNG IN EIN SCHIZOPHRENIEVERSTÄNDNIS

Diese Krankheit Schizophrenie ist immer noch ein Leiden was Angst macht. Den meisten "gesunden" Menschen die nur davon hören, stehen der Erkrankung eher skeptisch, ja zweifelnd gegenüber. Keiner weiß so recht, wie man mit solchen Menschen umgehen soll. Die Redewendung: "Du bist ja schizophren!" ist so weit verbreitet, aber die Mehrheit weiß nicht was damit gemeint ist. Diese recht alltäglichen Formulierungen tragen eben nicht dazu bei, Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu respektieren, Sie in die Gesellschaft zu integrieren. Viele der nicht Beteiligten, sei es ein Betroffener selbst, ein Angehöriger, ein Mensch aus dem Freundeskreis oder ein Arbeitskollege, vergessen, daß auch sie jederzeit an einem psychischen Leiden erkranken können.

2.1. DER VERSUCH DIE SCHIZOPHRENIE AUS SICHT DES BETROFFENEN DARZUSTELLEN

Ein Betroffener schreibt: "Eine Psychose gehört zu den stärksten und aufwühlendsten Erlebnissen im Leben eines Menschen. Einmal, weil man alle Einbildungen felsenfest für wahr hält und - so sie abklingen mögen oder nicht - diese Krankheit die weitreichendsten Folgen für den Kranken hat, wie Verlust des erlernten Berufs, evtl. Verlust des Partners und Bruch der Familien und Freundesbeziehungen... Die Qualität der seelischen Aufregung - und die Quantität - möchte ich vergleichen mit dem Aufgewühltsein bei großen Ereignissen im Leben eines Menschen wie Examen, Verliebtsein, Liebe, Tod eines nahestehenden Menschen, wohl auch Geburt eines Kindes und starkes Engagement im Beruf, als Künstler oder für eine Ideologie. Nur sind die seelischen Ereignisse meist gemildert oder erträglich gemacht durch eine größenwahnhaft Komponente, daß man allen Verfolgungen entgeht und da und dort triumphiert. So fest wie an meine psychotische Einbildung habe ich sonst nichts in meinem Leben geglaubt, vielleicht als Kind noch an den lieben Gott..."¹

¹Hell/Fischer-Gestefeld,1993:51 zit. nach Buck u.Bock 1991,S.21.

Wenn bei einem Menschen erstmalig in seinem Leben ein psychotisches Erlebnis auftritt, kann er keine Trennung zwischen einem realen Erlebnis und seinem psychotischen Symptom durchführen. Er merkt wohl, "daß etwas nicht stimmt", jedoch wendet er sich in diesem Stadium äußerst selten an professionelle Hilfe. Das Erlebnis wird so lange verdrängt, bis es wieder auftritt. Wenn er spürt, daß dieses Erlebnis krankhaft sein könnte, ist auch gleichzeitig damit die Angst vorhanden, daß es sich ja um eine psychische Erkrankung, um Schizophrenie handeln könnte.

Es lassen sich daraus zwei Aspekte schlußfolgern:

1. "Einerseits die frühe, wenn auch unvollständige eigene Einsicht in das krankhafte Geschehen der akuten schizophrenen Psychose einschließlich der diagnostisch richtigen Zuordnung durch ihn (den Betroffenen) selbst ohne fremde Hilfe und andererseits das heftige Zurückschrecken vor dieser Erkenntnis, offensichtlich aufgrund äußerst negativer Vorstellungen zur Schizophrenie...

2. Dies stellt zum Teil eine adaptive Leistung des Patienten an kognitive Störung dar. Die Einsicht in die Tatsache des Bestehens einer psychiatrischen Erkrankung erfordert eine Verarbeitung auf einer normalpsychologisch-psychodynamischen Ebene wie bei jeder anderen schweren Erkrankung, deshalb die Fähigkeit zu geeignetem Coping..."²

Die Mehrzahl der Patienten haben starke vorentsbesetzte Ängste hinsichtlich der Diagnose Schizophrenie. Wie erst sollen Betroffene, die erstmalig mit der Psychiatrie in Berührung kommen, ohne massivste Ängste, sich auf eine Behandlung einlassen. Es kursieren immer noch die Gerüchte beispielsweise der Zwangsmedikation, der Zwangsfixierung und des Festhaltens gegen den eigenen Willen. Daraus läßt sich auch die vehemente Ablehnung von Psychopharmaka schlußfolgern.

Im Verlauf der Krankheit rückt sich das Bild der Psychiatrie meist in eine realistischere Perspektive. Das ist für die weitere Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Professionellen auch unabdingbar.

"Vorurteile eines schizophrenen Patienten gegenüber seiner Erkrankung müssen dazu führen, daß er aus seiner subjektiven Sicht mit der Notwendigkeit psychiatrischer Therapie gleichzeitig eine einschneidende persönliche Wertminderung verbindet, die

²Psychiatrische Praxis 20, 1993:148.

seine schwierige Situation weiter verschlimmert."³ Zusammenfassend kann man feststellen, daß Vorurteile gegen die Psychiatrie, sowie gegen deren Patienten immer noch der Realität entsprechen. Begründet sind diese in der vorherrschenden Meinung in der Gesellschaft, die auf noch bestehenden Unsicherheiten der wissenschaftlichen Grundlagen im Bereich der schizophrenen Erkrankung beruhen. Sobald man eine Sache nicht so kurz und präzise, für die breite Öffentlichkeit verständlich definieren kann, rückt dies in ein zwiespältiges Bild, woraus Mißverständnisse und Spekulationen entstehen. Dieses Bild setzt sich bei Betroffenen mit einer Ersterkrankung fort.

Diese Arbeit soll einen Schritt dazu beitragen, daß das Verständnis in der Gesellschaft wächst und psychisch erkrankten Menschen, insbesondere schizophren Erkrankten die Möglichkeit gegeben wird, so zu leben das ihnen echte Chance gegeben wird, ihre Krankheit zu verstehen und Wege zu finden, die für sie zu einer günstigeren Prognose führen können.

Durch die Öffentlichkeitsarbeit besteht zwar die Möglichkeit, bestehende Vorurteile zu entschärfen, jedoch hat sie ganz klar ihre Grenzen. Aus diesem Grund ist es wichtig, daß das Verständnis bei den Professionellen sich einer Änderung unterzieht. Auf dieser Basis kann sich ein Veränderungsprozeß über die Grenzen der professionellen Arbeit hinaus schrittweise entwickeln.

2.2. BEGRIFFSBESTIMMUNG SCHIZOPHRENIE

"Die Schizophrenie gibt es nicht. Oder: Jeder entwickelt seine eigene Schizophrenie.

Einerseits genetisch-organisch-biochemisch und andererseits psycho- und soziogene Faktorenbündel führen in wechselnder Kombination zu verletzlichen, praemorbiden Persönlichkeiten welche dazu neigen, auf Belastungen überdurchschnittlich stark mit Spannungen, Angst, Verwirrung, Denkstörung, Derealisations- und Depersonalisationserlebnissen bis zu Wahn und Halluzinationen zu reagieren. Nach (einer oder mehreren) akut-psychotischen Phasen ist die weitere Entwicklung in Wechselwirkung mit der Auseinandersetzungspersönlichkeit vorwiegend durch psychosoziale Faktoren bestimmt, woraus die enorme Vielfalt der Verläufe zwischen völliger Heilung, Residualzuständen verschiedenen Ausmaßes und schwerster Chronifizierung resultiert." ⁴

³Psychiatrische Praxis 20, 1993:149.

⁴Dörner/Plog, U.(1996):151 zit. nach Luc Ciompi,1982.

Dieses Zitat von L.Ciampi macht die Komplexität und die Schwierigkeit der eindeutigen Definition der Erkrankung sichtbar.

Wenn man den Begriff Schizophrenie aus sprachlicher Sicht betrachtet, kann man feststellen, daß er aus dem griechischen schizo (spalten) und phren (Verstand, Gemüt) abgeleitet wird. Dies bedeutet Sinngemäß "Seelenspaltung". Der Begriff als Krankheitsbezeichnung wurde Anfang des Jahrhunderts von dem Schweizer Psychiater Eugen Bleuler eingeführt. Dies bedeutet eine einsetzende Veränderung, mit einhergehender Entfremdung, die es dem Betroffenen und den Angehörigen nicht möglich macht, sich mit seiner Umwelt auseinanderzusetzen. Es tritt eine sogenannte Fremdartigkeit des Erlebens und des Handelns ein.

Es stellt sich nun die Frage, wie diese Erkrankung auftreten kann. "Man kann schizophrenes Handeln als eine allgemein-menschliche Reaktion auf bestimmte Situationen bezeichnen, die beispielsweise auftritt, wenn Stressoren in einer bestimmten Konstellation im Alltag auftreten, die von dem jeweiligen Betroffenen nicht ausgehalten werden kann. "Ein Beispiel ist der Brückenbau: ... Vorher war alles gut gefügt, paßte. Aus welchen Gründen auch immer, wegen Materialschwäche, zu großen oder geringen Drucks, starker Reibung kann ein Teil aus den Fugen geraten. Damit geht das ganze System entzwei"⁵ und das führt in die Krise. Normalerweise wird der Begriff Krise wird in dem Zusammenhang von Auswirkungen traumatisch hereinbrechender Ereignisse wie Tod, Trennung, Untreue, Umzug ect. verwendet. Betrachtet man sich klassische Krisentheorien die sich wesentlich mit "normalen" Lebenskrisen im Rahmen von Entwicklungs- und Reifungsprozessen befassen, kann man die Auffassung feststellen, "... , daß die Überwindung einer Krise zur Reifung verhilft, das Scheitern dagegen in Krankheit führen kann." ⁶ Der Zustand einer Psychose bedeutet für den Betroffenen in jeder Hinsicht des täglichen Lebens einen tiefen Einschnitt. Jedoch kann man einen solchen Zustand durchaus auch als Chance für den Betreffenden verstehen. Jeder Mensch entwickelt in völlig aussichtslosen Situationen ab einem gewissen Punkt Mechanismen, die ihm dazu verhelfen, in eine andere Position zu gelangen. Er erlebt einen Zustand, der jenseits von "Gut und Böse" liegt. Dieser Prozeß beinhaltet ganz verschiedene Phasen, in denen man ganz verschiedene Erfahrungen machen muß. Diese Erfahrungen können positiver und negativer Natur sein. Wenn man lernt, diese zu für

⁵Dörner/Plog, U.1996:149.

⁶Schnyder/Sauvant, 1996: 111 zit. nach Hobbs 1984; Slaiken 1990; Smith 1990.

sich positiv zu nutzen, kann von einer positiven Wirkung einer Krise gesprochen werden.

Auf einen schizophrenen Menschen bezogen heißt das: Er geht bewußt in die Psychose, da für ihn beispielsweise kein anderer derzeitiger Weg möglich ist. Er macht seine ganz individuellen, auch oftmals beängstigenden und schmerzhaften Erfahrungen in bzw. mit der Psychose. Daraus können sich für ihn nach Beendigung der Psychose neue Perspektiven entwickeln, die es ihm ermöglichen, bei einer ähnlichen Situation nicht nochmals in der Form zu dekompensieren.

Jedoch muß man diese Aussage individuell betrachten, da hier nicht aus der Sichtweise eines Betroffenen geschrieben wurde. Mir war es jedoch wichtig, diesen Punkt herauszustellen, da in meinen Erhebungen wiederholt die Frage der Legitimation von Psychosen aufgeworfen wurde (vgl. 6.8.).

2.3. DAS DREI-PHASEN-MODELL DER SCHIZOPHRENIE VON LUC CIOMPI

Die Psychoedukative Gruppenarbeit orientiert sich inhaltlich, sowie vom Aufbau her eng an dem integrativen psycho-biologischen Modell der Schizophrenie von L. Ciompi. Dieses Modell basiert hauptsächlich auf den Ergebnissen seiner eigenen Langzeitstudie. In seinem Zentrum steht die Vulnerabilitätshypothese Zubins. Dieses Modell ist aus wissenschaftlicher Perspektive gesehen, daß meist verbreitetste in der Schizophrenieforschung.

Seine Zielsetzung, besteht darin die Wechselwirkung zu klären zwischen:

- biologisch-körperlichen und psychosozialen Faktoren;
- angeborenen und erworbenen Faktoren;
- intrapsychischen und zwischenmenschlich-kommunikativen Prozessen;
- kognitiven und affektiven Prozessen (Denken und Fühlen);
- strukturellen und dynamischen Aspekten;
- akut-produktiven und chronisch-unproduktiven Zuständen (Ciompi 1986 a).⁷

⁷vgl. Dörner/Plog 1996.

Das Modell umfaßt drei Phasen. Die **erste Phase** wird auch die prämorbid Phase genannt. Sie beschreibt die Phase bis zum Auftreten der ersten akuten Psychose. In dieser entsteht die besondere Verletzlichkeit auch Vulnerabilität genannt, des schizophrenen Menschen durch ein Zusammenspiel von angeborenen und erworbenen biologischen und psychosozialen Einflüssen und Bedingungen. Diese können untereinander in Wechselwirkung treten. Man kann davon ausgehen, daß es noch weitere unerforschte Bedingungsfaktoren der schizophrenen Verletzlichkeit existieren. Sie stellen potentiell unendlich verschiedene Anfangszustände dar, die mit der schizophrenen Verletzlichkeit enden.

Folgende Einflußbedingungen gelten für die Vulnerabilität:

- keine ist obligatorisch,
- sie sind mehr oder weniger unspezifisch,
- sie stehen in Wechselwirkung untereinander,
- sie stellen Beispiele für Einflüsse dar, die nach unserem heutigen Wissen bei der Entstehung der schizophrenen Verletzlichkeit von Bedeutung sein können,
- ihre jeweilige Gewichtung ist interindividuell verschieden.⁸

Man kann jedoch nicht davon ausgehen, daß die Vulnerabilität bei allen schizophren erkrankten Menschen gleich ist. Sie ist bei jedem in einer unterschiedlichen Gewichtung vorhanden. Sie ist keine Voraussetzung dafür, daß sich ein psychotischer Zustand entwickelt.⁹

Das Wesen der schizophrenen Verletzlichkeit liegt in der Störung der Informationsverarbeitung. Es umfaßt alle Prozesse der Aufnahme (Input), Zuordnung, Verknüpfung, Bewertung von inneren und äußeren Informationen, die dem Erleben und Verhalten (Output) zugrunde liegen. Der schizophrene Mensch zeigt in allen Phasen erhebliche Abweichungen. Hier kann man ein typisches Charakteristikum dieser Erkrankung feststellen. Weiter kann man feststellen, daß diese Abweichungen weitgehend unabhängig vom Lebensalter, dem Alter der Ersterkrankung und der Krankheitsdauer sind.

⁸vgl. Wienberg, 1995.

⁹Abbildung zur individuellen Verletzlichkeit und Äquifinalität siehe Anhang

Sie umfaßt folgende Funktionsbereiche:

Eher sensorisch-perzeptionelle Störung:

- quantitative und qualitative Beeinträchtigungen der Reizerkennung und Reizspeicherung,
- erhöhte Ablenkbarkeit und Kontextabhängigkeit bei der Informationsaufnahme,
- verringerte Aufnahmekapazität ("Kanalkapazität") und Verarbeitungsgeschwindigkeit,
- Probleme bei der Integration unterschiedlicher sensorischer Reizmodalitäten,
- Schwierigkeiten bei der Auswahl relevanter und der Hemmung irrelevanter Reize, verminderte Fähigkeit, einen Aufmerksamkeitsfokus aufrecht zu erhalten und flexibel zu verlagern.

Eher konzeptionelle Störungen:

- beeinträchtigte Abstraktionsleistungen, auffällige Konzeptbildung,
- Probleme beim deduktiven und analogen Schließen sowie beim Erkennen logischer Klassen,
- gestörte Suchprozesse im Kurzzeitspeicher, Störungen in der Organisation des Kurzzeitspeichers und beim Zugriff auf den Langzeitspeicher." ¹⁰

Ein weiterer Aspekt, der in diesem Zusammenhang eine Rolle spielt ist, "... daß bei von Schizophrenie gefährdeten Menschen der Einfluß gespeicherter Regelmäßigkeiten früherer Erfahrungen auf die aktuelle Wahrnehmung und Verarbeitung geschwächt ist."¹¹ Der Schwerpunkt liegt hier bei der selektiven Aufmerksamkeit, wobei gerichtete kategorial auswählende Aufnahme und Verarbeitung innerer und äußerer Reize phasenweise beeinträchtigt sind.. In der Praxis sieht das dann wie folgt aus: Ein Betroffener wird beispielsweise an seinem Arbeitsplatz von tausenden von Reizen überströmt wird. Da sind Reize, denen er sich gar nicht entziehen kann (akustische Reize: knarren von Stühlen, Fenstern, Motorengeräusche des Verkehrs..., optische Reize: das gesamte Arbeitsfeld, wie Arbeitsfläche, Sitzgelegenheit..., propriozeptive

¹⁰ Wienberg, 1995:27 zit. nach Brenner 1983, 1986; Braff 1993.

¹¹Wienberg, 1995:30.

Reize: schwitzen, frieren einzelner Körperteile, Druck auf den Kopf, Verspannungen; subjektive Reize Emotionen).

Wenn nun phasenweise die selektive Aufmerksamkeit gestört ist, kommt es zu einem inneren Chaos. Er erlebt die Situationen besonders intensiv und ist einer Welt ausgesetzt, in der er nicht vollständig agieren kann. Das bringt erhebliche Angstzustände, Verwirrungen und Unsicherheiten mit sich. Zusätzliche Unsicherheit kommt hinzu, wenn er sich die Lage nicht verständlich machen kann, da man nicht weiß, was in einem abläuft. Dieser Punkt ist ein sehr wesentlicher bei der Psychoedukativen Gruppenarbeit schizophrener Menschen.

Jedoch kann man durchaus auch von positiven Aspekten sprechen, wenn es um eine besondere Sensibilität und Offenheit der Wahrnehmung geht. Sie kann auch als "...eine Normvariante, die sich unter geeigneten Umständen auch als besondere Begabung entfalten kann. Denn während "die Schizophrenen ... die Welt eher so (sehen), wie sie eigentlich ist." ¹², wirft der Gesunde vielleicht oft allzu schnell das Netz seiner geistigen Orientierung über die Welt. Dies erlaubt ihm zwar einerseits, sich relativ ökonomisch und sicher zurechtzufinden, allerdings auf Kosten der Vernachlässigung von Details und Besonderheiten. Wenn es stimmt, daß das Leben gerade in den Details liegt (John Stauss auf dem Berner Schizophrenie-Symposium 1993), dann erleben schizophrene Menschen besonders intensiv - mit allen Chancen, aber auch mit allen Risiken, die damit verbunden sind" ¹³

Die **zweite Phase** wird als die Phase der akuten psychischen Dekompensation bezeichnet, in der produktive Symptome charakteristisch sind. "Der Überstieg besteht darin, daß der Erkrankte die Konfrontation seines psychischen Lebens mit der Realität (in maßgebenden Belangen) ganz und gar aufgibt... Seine inneren Entwicklungen hat einen Stellenwert erreicht. Das Ringen um Einheit, um Harmonisierung seiner inneren Welt ist ihm jetzt zu schmerzhaft, zu schwierig, ist ihm unmöglich geworden, er gibt auf." ¹⁴ "Die akutpsychotische Dekompensation läßt sich als krisenhafte Störung der Informationsverarbeitung im Sinne der Überforderung eines von vornherein mehr oder weniger labilen und stellenweise defektiven affektiv-kognitiven Bezugs- bzw. Verarbeitungssystems empfindlicher und vulnerabler Menschen auffassen, wobei Disposition und aktuelle Umstände im Sinne einer Ergänzungsreihe von Fall zu Fall auf

¹²Kline, zit. nach Straube 1992

¹³Wienberg, 1995:32.

¹⁴Bleuler, 1972: S.147.

verschiedene Weise zusammenwirken." ¹⁵ Es handelt sich hierbei um einen zeitlich mehr oder weniger ausgedehnter Dekompensationsprozeß. Das bedeutet, daß ein solcher Zustand nicht aus heiterem Himmel auftritt, sondern sich über einen bestimmten Zeitraum hin entwickelt. Dies bietet potentiell die Möglichkeit der Intervention und Deeskalation." Es läßt sich nun zeigen, daß es eine Frage von Intensität, Tempo und Rhythmus aller zusammenwirkenden Faktoren sein muß, ob es zu einfachen, linearen Verläufen - z.B. zu einer steten, proportionalen Zunahme von Angst und Spannung bei zunehmender Belastung ohne schließlichen Qualitätssprung - zum plötzlichen, nichtlinearen Umschlag in psychotische Verhaltensweisen, zu chaotischen Turbulenzen oder andersartigen pathologischen Funktionsweisen kommt. Eine kritische Verrückung des multifaktoriellen Systems tritt also keineswegs obligat, sondern nur unter ganz bestimmten, besonders ungünstigen Voraussetzungen auf." ¹⁶ Diese vom Betroffenen aber auch von seiner Umgebung wahrgenommenen psychotischen Dekompensationen besitzen sogenannte Signalfunktionen. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von den sogenannten Frühwarnzeichen. Dies sind unspezifische Reaktionen auf Streß und Überforderung. Wenn diese über einen längeren Zeitraum auftreten, kommt es in den meisten Fällen zu akuten Psychosen. Beispiele dafür sind: Nervosität und Gespanntheit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Ruhelosigkeit, Depressivität, verminderte Lebensfreude, "Besetzsein" von ein oder zwei Dingen, sowie Interessenlosigkeit.¹⁷ Jedoch kann man nicht davon ausgehen, daß sich alle Psychosen mittels Frühwarnzeichen diagnostizieren lassen. Man kann davon ausgehen, daß sie in einem hohem Maße individuell hinsichtlich der Qualität als auch der Intensität sind. Wenn man Frühwarnzeichen erkennen und nutzen möchte, bedarf es einer gezielten Sensibilisierung der Wahrnehmung durch psychoedukative Verfahren. Diese Schulungen sollten über einen längeren Zeitraum durchgeführt bzw. sollten die Gruppensitzungen mehrmals wiederholt werden. Auf diese Weise wird das sehr straff gebündelte Wissen verfestigt und es besteht eine optimale Voraussetzung, dieses im Alltag anwenden zu können.

Jedoch sollten in diesem Zusammenhang die höchst individuellen, nicht generalisierbaren Gefahrensignale außer acht gelassen werden. Wenn ihre Signalfunktion erkannt wird, können entsprechende Coping-Maßnahmen des Einzelnen oder Unterstützungsmaßnahmen seines sozialen Umfeldes dazu beitragen, die psychotischen

¹⁵ Wienberg, 1995: 57 zit. nach Ciompi 1982, S. 275f.

¹⁶ Wienberg, 1995: 60 zit. nach Ciompi 1988 a, S. 336.

¹⁷ vgl. Wienberg, 1995.

Dekompensationen zu vermeiden.¹⁸ Der Streß ist ein besonders wichtiger Bedingungsfaktor, der eine akute Psychose auslösen kann. Er spielt jedoch in allen drei Phasen eine Rolle.

"Streß ist eine Reaktion eines Organismus auf Anforderungen seiner Umgebung, und zwar auf solche Anforderungen, die seine Ressourcen überfordern. Diese Reaktion ist interindividuell weitgehend unspezifisch und kann unterschiedlichste biopsychische Funktionen in Abhängigkeit von ihrer Reagibilität treffen (Smith 1987, HATFIELD 1986). Streß ist also zu unterscheiden von den Belastungen oder Stressoren, die ihn auslösen."¹⁹ Bei der Analyse der Streß-Komponente des Drei-Phasen-Modells berücksichtigt man die zeitliche Dimension die sich aus folgenden Punkten zusammenstellt:

- Alltägliche, stark fluktuierende Stressoren z.B. Unterhaltung von und mit Menschen;
- plötzliche, akut auftretende Belastungen z.B. Unfälle, Umzug, Heirat, Geburt;
- relativ überdauernde Belastungen ;
- lebensphasisch auftretende Belastungen z.B. die Pubertät, Schwangerschaft.²⁰

Die **dritte Phase** des Drei-Phasen-Modells definiert die langfristige Entwicklung nach dem Durchleben einer oder mehrerer akutpsychotischer Phasen. Einen einheitlichen Krankheitsverlauf gibt es bei der schizophrenen Erkrankung nicht. Bei 10-20% akut schizophren Erkrankter bleibt es bei einem einmaligen Psychoseerleben. In den meisten Fällen heilt diese auch mehr oder weniger folgenlos aus. Dies betrifft nur einen geringen Teil der Betroffenen. Bei der Mehrzahl muß man jedoch feststellen, daß sie mehrmals über einen langen Zeitraum erneut erkranken. Im Vergleich zu zurückliegenden Jahrhunderten kann man heute hinsichtlich der Prognose von Schizophrenie betreffend recht optimistisch sein.

Folgende Faktoren haben sich für eine langfristige positive Entwicklung für günstig erwiesen:

- Gute soziale Anpassung vor der Ersterkrankung (z.B. schulisch, beruflich);

¹⁸vgl. Wienberg,1995.

¹⁹ Wienberg, 1995:67.

²⁰vgl. Wienberg

- harmonische, kontaktfähige Persönlichkeit vor der Ersterkrankung (vor allem die Beziehungsfähigkeit zum anderen Geschlecht ist von Bedeutung);
- plötzlicher, akuter Beginn der Ersterkrankung;
- überwiegend produktiv-psychotische Symptomatik (verbunden mit gutem initialen Ansprechen auf die neuroleptische Behandlung).²¹

Bei den eben dargelegten günstigen Faktoren muß man jedoch bedenken, daß diese nur statistisch belegt sind, außerdem daß das durchaus noch weitere Bedingungsfaktoren existieren können, die den Lebenslauf eines psychisch Kranken beeinflussen können und damit auch auf den weiteren Verlauf Einfluß nehmen. Wenn sich der Betroffene vor seiner Erkrankung und auch während des Krankheitsprozesses in einem gefestigten sozialen Umfeld befindet, wirkt sich das meist positiv auf den weiteren Verlauf der Erkrankung aus. Hier spielt auch die Beziehung zu den Angehörigen eine tragende Rolle.

Die dargestellten drei Phasen²² zeigen deutlich die Komplexität der schizophrenen Erkrankungen. Diese machen deutlich das man in einem therapeutischen Verlauf nicht nach "Schema F" vorgehen kann, da jeder schizophren Erkrankter mit seiner Erkrankung eine Besonderheit darstellt. Sie geben aber auch berechtigte positive Prognosen für die Zukunft der Schizophrenieforschung und für den Umgang mit schizophren erkrankten Menschen.²³

²¹ vgl. Wienberg, 1995

²² Das Drei-Phasen-Modell der Schizophrenie: Schematische Darstellung der Möglichkeit der Langzeitentwicklung unter dem Einfluß von günstigen und ungünstigen biologischen und psychosozialen Faktoren (nach Ciompi 1986 a) (vgl. Wienberg, 1995).

²³Die folgende Abbildung soll den Konzeptionellen Rahmen zum Verständnis und Ausgang der Schizophrenie mit den Faktoren Vulnerabilität, Streß, Bewältigung und Kompetenz (Lieberman et al., 1986a; aus Böker & Brenner, 1986) (vgl. Böker, 1994) zusammenfassend darstellen.

Um eine korrekte Einordnung der Psychoedukation gewährleisten zu können, sollen folgende Therapieansätze vorgestellt werden:

3.1. KÖRPERBEZOGENE THERAPIE

3.1.1. TANZ UND MUSIKTHERAPIE

"Schizophrene Psychosen greifen so weit in die Identität des Erkrankten ein, daß es zu sehr basalen, leibnah erlebten Störungen kommt."²⁴ Eines der Basissymptome in prä- und postpsychotischen Phasen der schizophrenen Erkrankung, sind die Leibgefühlsstörung.²⁵ Eine weitere Symptomatik, die bei schizophren erkrankten Menschen eine Rolle spielt, ist unter anderem das gestörte sprachliche Symbolisierungsvermögen. Sie kann dazu führen, daß der Betroffene sich aus der verbalen Kommunikation zurück zieht. Das bedeutet, daß er sich seiner Außenwelt nicht mehr mitteilen kann. Das führt den Betroffenen in eine zusätzliche Isolation. Er erlebt seine Sprache als defizitär. Das kann beispielsweise die Ursache für den Rückzug sein.

Auf diese eben erwähnten Symptomatiken nimmt die körperbezogene Therapie Einfluß. Ihre Abläufe sind konkret, handlungsbezogen hinsichtlich dem Ziel der Realitätsorientierung in der Behandlung von Psychosen.

Die Bewegungstherapie, die Tanz- und Musiktherapie sind die am häufigsten verwendeten körperbezogenen Therapien.

Jedoch sollte man auch auf die Gefahren dieser Methodik bei schizophren erkrankten Menschen hinweisen. Wie oben schon erwähnt verfügt der schizophrene Mensch über eine ganz besondere Verletzlichkeit. Menschen mit solch einer Verletzlichkeit nehmen bestimmte Dinge des Alltags, Reaktionen von anderen Menschen, nonverbale und verbale Äußerungen ganz besonders sensibel wahr. Masken, die andere Menschen

²⁴Wienberg. 1995:145.

²⁵vgl. Gross 1986 / Wienberg,G. 1995.

aufsetzen und sich damit auf ihre Art und Weise von der Außenwelt abschotten, durchschauen sie eher. In der körperbezogenen Therapie werden besondere Techniken angewandt, die eine vorübergehende Schwächung des Realitätsbezuges beispielsweise durch meditative Techniken bewirken.

"Nach der Umfrage, die Maes (1994) bei 89 in psychiatrischen Krankenhäusern tätigen Körpertherapeuten durchgeführt hat, ist bei der Behandlung Psychoseerkrankter folgende Grundorientierung zu realisieren: spielerisches und lustbetontes, nicht konfliktzentriertes Arbeiten im Hier und Jetzt, bei dem der Therapeut den Gruppenprozeß aktiv strukturiert und steuert."²⁶

3.1.2. SOMATO-THERAPIE

Ziel dieser Therapie ist, vordergründige Symptomaten zu beeinflussen. Dieses wird durch die medikamentöse Therapie gewährleistet. Die Pharmakotherapie, die zu den biologischen Behandlungsmethoden zählt, sollte phasenorientiert sein.

Sie beseitigt nicht die Ursachen der schizophrenen Erkrankung, sondern nimmt Einfluß auf die psychotischen Symptomaten. Sie stellt ein mögliches Hilfsmittel dar, um eine Basis für andere Interventionsverfahren zu schaffen. Die Pharmakotherapie sollte in Verbindung mit begleitenden psycho- und soziotherapeutischen Maßnahmen angewandt werden. In diesem Rahmen stellt sie ein nützliches Werkzeug der Behandlung von schizophrenen Psychosen dar. Die Behandlung wird nach den unterschiedlichen Phasen der Erkrankung unterschieden. Man unterscheidet zwischen einer Behandlung während der akuten Phase, der Stabilisierungsphase und der Remissionsphase bzw. der chronisch produktiven Phase. In einer Akutbehandlung haben Psychopharmaka die Funktion der Verringerung bzw. Beseitigung der psychotischen Symptome. Bei einem chronifizierten Leiden, kann eine Dauermedikation die Folge sein. Hier hat sie die Funktion der Symptomunterdrückung bei bestehenden psychotischen Symptomen, sowie der Verringerung psychotischer Rezidive. Dies findet im Rahmen der Rückfallprophylaxe statt.

Bei den oben genannten positiven Wirkungen darf man die unerheblichen Nebenwirkungen nicht außer Acht lassen. Je höher die antipsychotische Komponenten sind, um so eher ist mit extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen zu rechnen, wobei vegetative Nebenwirkungen sich eher bei Neuroleptika mit beruhigenden Effekt äußern.

²⁶Wienberg. 1995:147.

Beispiele für extrapyramidal-motorischen Störungen:

- "Frühdyskinesen (z.B. Krämpfe in Gesicht, Zungen-und Schlundbereich);
- neuroleptisch verursachtes Parkinson-Syndrom (Parkinsonoid; z.B. Zittern, steifer, hölzerner Gang);
- Akathisie (motorische Unruhe in den Armen, Beinen, Rumpf)."²⁷

Außerdem können durch die Neuroleptikatherapie Spätdyskinesen auftreten, die oftmals auch zum Dauerschaden werden. "Diese bestehen aus unwillkürlichen, unkontrollierbaren, meist stereotypen Bewegungen des Mundes oder anderer Gesichtspartien, selten sind die Extremitäten oder der ganze Körper betroffen. Diese Störungen werden von der Umwelt des Patienten wahrgenommen."²⁸ Ob ein Zusammenhang mit der Dosierung besteht, ist nicht hundertprozentig bewiesen. Jedoch sollte man prophylaktisch auf eine möglichst niedrig dosierte Anwendung achten.

3.2. KOGNITIVE THERAPIEVERFAHREN

3.2.1. THEORETISCHE GRUNDLAGEN

Kognitive Therapieverfahren verändern Denkabläufe. In Abhängigkeit vom Therapieziel werden die Interventionsansätze für die Anwendung unterschieden. Beim Krankheitsbild der Schizophrenie unterscheidet man aus therapeutischer Sicht drei Störungsebenen: Störung der Wahrnehmung und des Denkens und die Störung der emotionalen Verarbeitung.

Wenn man von einer gestörten Informationsverarbeitung des schizophren Erkrankten spricht, meint man vorwiegend die Defizite der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses, sowie eine fehlerhafte Auswahl von Verhaltensantworten.

"Wahrnehmungs- und Denkstörungen werden vorwiegend als Halluzinationen und Wahnideen beschrieben, die sich auf Fehlinterpretationen und auf Fehlerwartungen von (Umwelt-) Reizen zurückführen lassen."²⁹ Worauf lassen sich Halluzinationen

²⁷ Wienberg, 1995:157.

²⁸Wienberg, 1995:158.

²⁹Böker,1997:90 zit. nach Hemsley und Garety 1986, Kingdon et.al. 1994; Alford und Beck 1994.

zurückführen? "Nach Alford und Correia (im Druck) können Halluzinationen einerseits auf eine schizophreneispezifische zentralnervöse Übererregung (Hyperarousal), andererseits vor allem auf die oben beschriebenen Auffälligkeiten innerhalb der Informationsverarbeitung zurückgeführt werden." ³⁰ Die eben genannten Ursachen können zu einer Fehlinterpretation von wahrgenommenen Reizen und zu Fehlerwartungen und letztlich zu Halluzinationen führen. Laut Kingdon et. al.(1994) und Alford und Beck (1994) stammen auch die oben genannten Wahnideen aus diesen Fehlinterpretationen und Fehlerwartungen. Jedoch muß man anmerken, daß diese Ansicht nicht auf fundierten Annahmen basiert.

Wenn man von Störungen der emotionalen Verarbeitung bei schizophren Erkrankten spricht, muß man drei Aspekte betrachten:

1. Die Fehlinterpretation oder Negierungen der im sozialen Umfeld gezeigten Emotionen;
2. die Folge von Störungen des zentralnervösen Erregungsniveaus;
3. das Resultat einer bereits seit der Kindheit bestehenden Vulnerabilität.³¹

Zwischen diesen drei Ebenen besteht eine Wechselwirkung, so daß am Ende der Bezug zur Außenwelt des schizophren Erkrankten zunehmend fragmentiert und zufallsbedingt erscheint. Den genannten Störungen lassen sich folgende Interventionsverfahren zuordnen:

3.2.2. INTERVENTIONSVERFAHREN

3.2.2.1. STÖRUNG DER INFORMATIONSVERARBEITUNG

"...aktuelle Studien versuchen nicht nur Funktionsveränderungen, sondern auch die Relevanz und die Wirksamkeit der jeweiligen Interventionsart zu analysieren." ³²

³⁰Böker, 1997:90.

³¹vgl. Böker, 1994.

³²Böker, 1994:95 zit. nach Spaulding et al 1986, Saupe et al 1991.

- **direkte Intervention**

ist primär auf die Störung selbst ausgerichtet, d.h. primär die Leistungen einzelner Funktionen der Informationsverarbeitung zu verbessern;

Mittel:

- repetitives Training von kognitiven Aufgaben.

Ziel:

- unmittelbare Störungen- oder Symptomreduktion durch exakt definierte therapeutische Schritte.

·indirekte Intervention

setzt am Umfeld der Störung an, d.h. sie zielen primär auf Störungen der sozialen Fertigkeiten und der Verhaltenssteuerungen ab und sekundär auf die kognitiven Funktionsstörungen;

Mittel:

- durch therapeutisch bewirkte Veränderungen der Verhaltensplanung

Ziel:

- die Stabilisierung des Störungs- oder Symptombfeldes bzw.
- sekundär Störungen anderer Symptombfelder zu reduzieren.³³

³³vgl. Böker, 1994.

Es "konnte in einer... kontrollierten Gruppenstudie gezeigt werden, dass bei schizophren Erkrankten indirekte Interventionen, welche auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten zugeschnitten sind, stärkere Verbesserungen von kognitiven Dysfunktionen erreichen als standardisierte, rein funktionsbezogene kognitive Trainingsverfahren."³⁴

kombinierte Intervention verbinden beide Interventionsansätze,

Mittel:

- Anwendung von entsprechenden Trainingsaufgaben zum Erlernen alternativer Strategien

Ziel:

- Störungs- oder Symptomreduktion.
- Stabilisation erreicht eine Verbesserung langfristig.³⁵

"Therapeutische Effekte des Integrierten Psychologischen Therapieprogramm (IPT) konnten in voneinander unabhängigen kontrollierten Studien auf den kognitiven, den sozialen und den psychopathologischen Funktionsebenen schizophrener Erkrankter festgestellt werden (Überblick über IPT-Evaluationsstudien bei Brenner et al.1987, 1990, 1992, Roder et al.1988, 1992, Blumenthal et al.1993). Brenner et al.(1987) führten zudem eine Follow-up-Untersuchung auch 18 Monate nach Therapieende durch, bei welcher sich auf den Ebenen der kognitiven Verarbeitung bei Patienten mit ausgeprägter Negativsymptomatik deutlich mehr signifikante Verbesserungen als bei Patienten mit geringen negativen Symptomatiken zeigten."³⁶

³⁴Böker, 1994:97.

³⁵vgl. Böker, 1994.

³⁶Böker, 1994:98.

3.2.2.2. INTERVENTION ZUR VERBESSERUNG VON STÖRUNGEN DER WAHRNEHMUNG UND DES DENKENS

- **direkte Intervention,**

Mittel:

- operante Verfahren;

Ziel:

- Auftrittshäufigkeit von Wahrnehmungsstörungen zu reduzieren.³⁷

Therapieergebnisse zeigen, "dass mit diesen Interventionen nur kurzfristig positive Effekte erzielt werden können, d.h. Wahrnehmungs- oder Denkstörungen werden nur temporär in der Häufigkeit ihres Auftreten, nicht aber an sich behoben und treten deshalb nach kürzerer oder längerer Zeit wiederum auf."³⁸

- **indirekte Intervention,**

Mittel:

- Techniken der Realitätskontrolle,

Ziel:

- Reduktion von Halluzinationen und Wahnideen indirekt über neu gelernte Kontrollmechanismen.

"Aktuelle Forschungen schließen entweder Vergleiche mit Kontrollgruppen (z.B. Kingdon et.al.1994), oder mit Baseline-Erhebungen der teilnehmenden Patienten (z.B.Chadwick und Lowe 1990, 1999) ein und fassen in follow-up-Messungen längerfristige Interventionseffekte. Die Resultate solcher Untersuchungen zeigen, daß indirekte Interventionen bei Halluzinationen oder Wahnideen- besonders bei neuroleptika- resistenten Symptomen - erfolgreich sind und zudem auch andere

³⁷ vgl. Böker, 1994.

³⁸Böker, 1994:99 zitiert nach Himadi et al. 1991, Alfrord und Beck 1994.

psychopathologische Symptome wie Feindseligkeit, sozialer Rückzug etc. positiv verändern können."³⁹

3.2.2.3. INTERVENTIONEN ZUR VERBESSERUNG VON STÖRUNGEN DER VERARBEITUNG VON EMOTIONEN

- **direkte Intervention,**

Mittel:

-Erlernen von situationsbezogenen Bewältigungsstrategien (die die Toleranzschwelle gegenüber emotionalen Reizen erhöhen);

Ziel:

-Toleranzschwelle gegenüber emotionalen Reizen zu erhöhen.⁴⁰

Es "sind definierte Aussagen über die Wirksamkeit dieser direkten Intervention gegenwärtig noch nicht möglich."⁴¹

- **indirekte Intervention:**

Mittel:

- Darbietung emotions-evozierender Therapiematerialien

Ziel:

- Habituation an emotionale Reize zu verbessern

- Erhöhung der Toleranzschwelle gegenüber emotionalem Erleben.⁴²

"Obwohl die Rate - aufgezeichnet innerhalb eines follow-up-Zeitraumes von drei Jahren - erstaunlich gering ist, können keine eindeutigen Wirksamkeitsaussagen gemacht werden, da Kontrollgruppen fehlen und somit weitere relevante Einflußvariablen nicht ermittelt worden sind (wie Einflüsse der Patientenbehandlung in kleinen therapeutischen Wohngemeinschaften, Einflüsse der Aufrechterhaltung des Kontaktes

³⁹Böker, 1994:100 zit. nach Chadwick und Lowe 1994, Kingdon et al. im Druck.

⁴⁰vgl. Böker, 1994.

⁴¹Böker, 1994:101.

⁴²vgl. Böker, 1994.

zu den Patienten nach der Entlassung aus der Wohngemeinschaft oder der Einbettung der Interventionen in Trainingsverfahren zur Verbesserung von Störungen der Informationsverarbeitung, des sozialen Verhaltens und des Körperbewußtseins etc.).⁴³

- **kombinierte Intervention**

Mittel:

- Arbeit mit dem Film/Video für jüngere schizophren Erkrankte;

Ziel:

- Reduktion von maladaptive emotionale Verarbeitungsprozessen,
- Verminderung psychopathologischer Symptome.⁴⁴

"Die Resultate zeigen folgendes: das Therapieprogramm zur 'Bewältigung von maladaptiven Emotionen' ist auf den Ebenen der Befindlichkeit, der Informationsverarbeitung und des Verhaltens signifikant wirksamer als das bewegungstherapeutische Programm und als das IPT Unterprogramm 'Kognitive Differenzierung'. Erwerben dadurch Funktionen der komplexeren Informationsverarbeitung und des Verhaltens sowie die psychopathologische Symptomatik verbessert und es wirkt zudem auch positiv auf die Funktionen des verbalen Gedächtnisses, das nach Untersuchungen von Corrigan und Green (1993) für das Erlernen von neuen sozialen Fertigkeiten speziell relevant ist. Weiterhin scheinen nach den Ergebnissen einer Auswertung von Patientenberichten mit dem Therapieprogramm zur 'Bewältigung von maladaptiven Emotionen' präventive Schutzmechanismen gegenüber Belastungen aufgebaut werden zu können."⁴⁵

⁴³Böker, 1994:101.

⁴⁴vgl. Böker, 1994.

⁴⁵ Böker, 1994:103 zit. nach Hoder et al. 1995.

3.3. VERHALTENSBEZOGENE ANSÄTZE

In diesem Ansatz geht es um die Entwicklung der Fähigkeiten zur sozialen Kompetenz und sozialen Fertigkeiten.

"Schwerwiegende Beeinträchtigungen des Sozialverhaltens gelten in der klinischen Praxis als eines der grundlegenden Symptome der Schizophrenie (Kelly und Lamparski 1985). Im ICD-10...'werden soziale Rückzugstendenzen bzw. Nachlassen der sozialen Leistungsfähigkeit sowohl als Kriterium für die Diagnose einer akuten schizophrenen Erkrankung herangezogen, als auch unter möglichen Prodromal- und Residualsymptomen klassifiziert' "⁴⁶ Dies wurde in verschiedenen Studien festgestellt. Diese Daten zeigen, wie störanfällig das Leben eines schizophren Erkrankten ist, wie schwierig es nach einer Ersterkrankung ist, sein geregeltes Leben, was er vor der Erkrankung lebte, weiterzuführen. Ein stabiles Familiengefüge, eine feste Partnerschaft, ein geregelter Berufsalltag, Beziehungen zu anderen Menschen/Freundschaften ect. sind jedoch wesentliche Faktoren die entscheidend auf den Verlauf der Schizophrenie mit einwirken.

Damit der Betroffene einen verbesserten Umgang mit seinem sozialen Umfeld erhält, ist es wichtig, mit ihm soziales Verhalten wieder zu erlernen. Darauf richtet sich die Aufmerksamkeit Verhaltenstherapeutischer Ansätze.

⁴⁶Böker, 1994:111.

3.3.1. SOZIALE KOMPETENZ UND SOZIALE FERTIGKEITEN

Es hat sich gezeigt, daß es von enormer Tragweite ist, daß die Betroffenen mit verschiedenen Fertigkeiten ausgerüstet werden, um einer sozialen Isolation entgegenzuwirken.

"Soziale Kompetenz... kann nur in bezug auf die konkrete Lebenswelt der Betroffenen beschrieben werden, beinhaltet also eine (Fremd-) Beurteilung bzw. Bewertung beobachtbaren Verhaltens in verschiedenen sozialen Rollenbereichen."

"Soziale Fertigkeiten beschreibt Mc Fall dagegen als personenspezifische Handlungskompetenz, die situative Anforderungen in Abhängigkeit von kognitiven, perzeptuellen und motivationalen Faktoren in Verhaltensantworten transformieren.

'Fertigkeiten' sind dabei vom offenen Verhalten abzuleitende hypothetische Konstrukte, deren Verfügbarkeit und Einsatz von der individuellen Lerngeschichte des Betroffenen abhängen....es lassen sich dabei Wahrnehmungs-, Verarbeitungs- und Durchführungsfertigkeiten unterscheiden."⁴⁷

"Soziale Fertigkeiten beschreibt Libermann und Mitarbeiter wie folgt: als personenspezifische Set von Verhaltenskompetenzen, das zur effektiven Bewältigung zwischenmenschlicher Anforderungen dient."

'Fertigkeiten' beinhalten dabei sowohl Kognition als auch motorische, verbale und nicht verbale Verhaltensweisen."

"Soziale Kompetenz...die darauf aufbauende Fähigkeit, sich im sozialen Umfeld in günstiger Weise zurechtzufinden. Eine solche Fähigkeit schließt auch die selbständige Lösung von Alltagsproblemen und die Erreichung selbst gesteckter Ziele mit ein."⁴⁸

"Weiterhin unterscheiden sie...die Ebenen der sozialen Anpassung ("social adjustment"), die als Spiegelbild der sozialen Kompetenz im Spannungsfeld zwischen individuell zweckdienlichen und sozialen Bedürfnissen, also solchen nach Zugehörigkeit und Akzeptanz, variiert."⁴⁹

⁴⁷Böker, 1994:113.

⁴⁸Abb. zur schematischen Darstellung der Definition von Mc Fall und Liberman (siehe Anhang)

⁴⁹Böker, 1994:114.

3.3.2. SOZIO-UND MILIEUTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNGSVERFAHREN

"Sie sind weniger als abgrenzbares psychotherapeutisches Konzept sondern vielmehr als Bündel grundsätzlicher, patientenorientierter therapeutischer Haltungen zu verstehen, die auf verschiedenen Ebenen institutionalisierter Betreuungsangebote umgesetzt werden. In Anlehnung an Petres (1990) muß also jede Behandlungsform darunter subsumiert werden, welche die zwischenmenschlichen Beziehungen und die Umgebung psychisch Kranker in dem Sinne psychotherapeutisch beeinflusst, daß sozialer Behinderung vorgebeugt oder diese zu beseitigen bzw. zu verringern versucht wird."⁵⁰

Man versucht dieses unter zwei Aspekten zu realisieren. Zum einen durch die Milieugestaltung, zum anderen durch schrittweises Verfügbarmachen institutionalisierter Betreuungsangebote. Daraus soll eine stufenförmige Behandlungskette entstehen. Diese Behandlungskette soll über ambulante Dienste bis zu einer möglichen stationären Behandlung weiter laufen. Von diesem Punkt an soll sie über teilstationäre Einrichtungen, Angebote für beschütztes Wohnen und Arbeiten, berufliche und soziale Rehabilitationsmaßnahmen zur baldmöglichsten Integration, sowie ambulante Nachsorgeeinrichtungen gehen. Wenn diese Vernetzung von Betreuungsangeboten realisiert werden kann, ist eine wesentliche Voraussetzung für eine optimale Versorgung psychisch Kranker geschaffen worden.⁵¹

"Infolge seiner unscharfen Konzeptualisierung entzieht sich der milieutheraeutische Behandlungsansatz weitgehend einer empirischen Überprüfung."⁵² Aus diesem Grund kann man eine differentielle Wirksamkeit der unterschiedlichen Störungsebenen nur schwer beweisen.

Angesichts unterschiedlichster Studien die von Wing und Brown (1970), Ellsworth (1983), Dauwalder et al.(1984), Vaitl et al. (1989) ander Heiden et al. (1989), sowie von Ciompi und Mitarbeiter (1991, 1993) durchgeführt wurden, konnte man keine generelle Wirksamkeit eines milieutheraeutischen Ansatzes nachweisen.

⁵⁰Böker, 1994:117.

⁵¹ vgl. Böker, 1994.

⁵²Böker, 1994:118.

3.3.3. TRAINING SOZIALER FERTIGKEITEN (SOCIAL PROBLEM SOLVING-, SOCIAL PERCEPTION- UND SOCIAL COGNITION- ANSATZ) NACH LIBERMAN UND MITARBEITER (1985; 1986 A,B, 1993)

Das Training sozialer Fertigkeiten beruht auf dem verhaltenstherapeutischen Ansatz. Das Konzept zielt bei schizophren Erkrankten darauf ab, sowohl die Fähigkeit zu verbessern, "unter Berücksichtigung der eigenen Befindlichkeit (Gefühle, Einstellungen) relevante situative Parameter in interpersonellen Situationen zu erkennen und angemessen zu interpretieren, als auch das Verarbeitungsvermögen in solchen Situationen zu erhöhen."⁵³ Daraus soll sich eine selbständige Lebensführung entwickeln. In einem Rahmen kognitiver Problemlöseprozesse wird der schizophrene Erkrankte angeleitet, unterschiedliche Positionen zu seinem Verhalten zu entwerfen. Ein weiterer Schritt ist die Überprüfung seiner persönlichen Bewältigungsfertigkeiten und seiner noch vorhandenen Ressourcen. Realisiert wird dieses über die nonverbale Kommunikationsform. Bewertet wird sie abschließend über eine Mittel-Ziel-Analyse.

Das Training sozialer Fertigkeiten beinhaltet therapeutische Techniken zur verbesserten sozialen Wahrnehmung, Informationsverarbeitung, Problemlösefähigkeit, sowie der interpersonellen Fertigkeiten. Dieser Therapieansatz ist auf verschiedene Bereiche des Lebens fixiert. Beispiele dafür sind: die Gestaltung der Freizeit, Fertigkeiten zur Kommunikation, Umgang mit Symptomen der Schizophrenie, Besprechung von Medikamentenproblemen. Diese eben genannten Fertigkeiten sind stärker auf eine Bewältigung im Umgang mit der Erkrankung orientiert und werden aus diesem Grund unter den bewältigungsorientierten Therapieansätzen eingeordnet.⁵⁴

Um einen empirisch fundierten Nachweis erbringen zu können, ob die Trainingsprogramme zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten auf die soziale Anpassung, die Symptomatik und/oder den Krankheitsverlauf Einfluß haben, wurden verschiedene Studien von Belack et al. (1984), Liberman et al.(1986b), Hogarty et al.(1986,91), Eckman und Mitarbeiter (1992), Vaccara (1992), Liberman und Wallace (1990) durchgeführt.

"Dem Training sozialer Fertigkeiten nach Liberman muß somit zwar zuerkannt werden, die ... Störungsebenen sozialer Beeinträchtigungen schizophrener Erkrankter differenziert in das therapeutische Vorgehen einzubeziehen, doch läßt der derzeitige

⁵³Böker, 1994:122.

⁵⁴Struktur des Modul-Trainingsprogramms nach Libermann vgl.Böker,1994.

Forschungsstand noch keine abschließende Bewertung der Frage zu, ob dieser Versuch der Umsetzung des derzeitigen theoretischen Wissenstandes in jedem Fall zu den angestrebten therapeutischen Erfolgen führt."⁵⁵

3.4. SCHIZOPHRENIEBEHANDLUNG IN DER FAMILIE

Wenn man sich die Geschichte der familientherapeutischen Behandlungsansätze betrachtet, kann man einen erheblichen Wandel feststellen. Frühere Ansätze vertraten die Auffassung, daß eine schizophrene Erkrankung durch familiäre Faktoren verursacht würde. Im Laufe der Entwicklung der Schizophrenieforschung ging dieses bestehende Dogma systematisch verloren.

Heute ist die Arbeit mit Angehörigen schizophrener Erkrankter zu einem wesentlichen Bestandteil der multidimensionalen Arbeit im Rahmen einer umfassender Rehabilitation Betroffener geworden.

"Patienten und Angehörige bemängeln immer wieder, zu wenig über die Erkrankung informiert und in die Behandlung einbezogen zu werden. Geradezu Ignoranz und Gleichgültigkeit gegenüber dem Bedürfnis von Angehörigen nach Unterstützung und Beratung beobachtete z.B. Liberman unter seinen amerikanischen Kollegen. Auf diesen Mißstand haben Angehörigengruppen und psychoedukative Angehörigensätze geantwortet."⁵⁶

Untersuchungen von Hahlweg et al., 1989; Müller et al., 1992 zeigten, daß zwischen emotionalem Familienklima und dem Krankheitsverlauf ein empirisch nachweisbarer Zusammenhang besteht. "Im sogenannten Vulnerabilitäts-Streß-Bewältigungs-Kompetenz-Modell (VSBK-Modell; Liberman et al., 1986) fungiert das ungünstige Familienklima als einer von mehreren psychosozialen Risikofaktoren, die im Zusammenwirken mit biologischen und psychologischen Vulnerabilitätsfaktoren den Ausbruch akuter schizophrener Episoden begünstigen, während effektives familiäres Problemlösen und antipsychotische Medikation neben weiteren sozialen und persönlichen Schutzfaktoren die zur Manifestation hinführende Dynamik bremsen."⁵⁷ Die Familie stellt in diesem Zusammenhang eine natürliche Ressource dar, die eine gesicherte Betreuung von schizophren erkrankten Angehörigen darstellt.

⁵⁵Böker, 1994:125.

⁵⁶Psychiatrische Praxis/Klimitz, H., 1997:110.

⁵⁷Stark, 1996:283.

3.5. DIE PSYCHOEDUKATION

3.5.1. BEGRIFFSKLÄRUNG DER PSYCHOEDUKATION

"Psychoedukation ist eine pädagogische Behandlungsform der sekundären Prävention in der Medizin (Psychiatrie), die im Rahmen einer umfassenden Behandlung oder Rehabilitation

stattfindet. Sie ersetzt die jeweilige Standardbehandlung nicht, sondern baut auf ihr auf und zielt darauf, das Verhalten von Patienten oder Angehörigen in einem gesundheitsfördernden Sinn zu beeinflussen. Zentrale Momente sind die strukturierte Vermittlung präventiv relevanter Information durch Experten und der Einsatz behavioraler Elemente (Verhaltensmodelle) zur Umsetzung der vermittelten Inhalte in praktische Fertigkeiten. Psychoedukation bezieht die Erfahrungen der 'Edukationsnehmer' in den Lernprozeß ein. Sie zielen auf pragmatische Problembewältigung und grenzt sich damit gegen beziehungsorientierte Ansätze psychotherapeutischer Verfahren ab. Vom Training sozialer Fertigkeiten unterscheidet es sich durch die Betonung des Informationsaspekts. Einzelne Elemente aus Verfahren der Psychotherapie und des Trainings sozialer Fertigkeiten werden jedoch häufig eingezogen. Im Unterschied zu Selbsthilfegruppen spielen Experten eine zentrale Rolle."⁵⁸

3.5.2. FORSCHUNGSERGEBNISSE EINER AMERIKANISCHEN STUDIE LESEARCH

UPDATE ON THE PSYCHOSOCIAL OF SCHIZOPHRENIE VON DAVID L. PENN, PH.D., AND KIM T. MUESER, PH.D. (1996)

Wenn man die eben genannten Ergebnisse mit amerikanischen Forschungsergebnissen (David L. Penn., and Kim T. Mueser, Ph. D.,1996.) in Beziehung setzt, kann man folgendes feststellen:

Hier wurden Studien betrachtet die eine kontrollierte Behandlung nach social skills training und Familienintervention, außerdem wurden verschiedene Modelle der Familienintervention gegenübergestellt und bestehender wissenschaftlich fundierter Literatur zusätzlich untersucht.

⁵⁸Stark, 1996:195.

Durch das social skills training wurden Verbesserungen in spezifischen Verhaltensmaßstäben festgestellt. Um dieses Ergebnis zu erzielen, wurden sechs kontrollierte Gruppenversuche unternommen. Es ist festgestellt worden, daß Betroffene an dem social skills training teilgenommen haben, ihre gesetzten Zielstellungen erreichten und für die Dauer eines Jahres beibehielten. Außerdem konnten diese Patienten die erlangten Fähigkeiten in ihr soziales Umfeld mit einfließen lassen und erreichten dadurch eine signifikante bessere soziale Integration.

Wenn man die Familienintervention betrachtet, kann man eine hohe Effektivität hinsichtlich der Verringerung emotionaler Ausbrüche in der Familie feststellen, sowie eine Verbesserung der Patientenbehandlung hinsichtlich der Rückfallquote. Dies war die meist untersuchte Therapiemethode, welche die meistversprechendsten Resultate lieferte. Hier werden folgende Techniken angewendet:

Die Identifikation der Stressoren, die einen Rückfall begünstigen können, kognitive Techniken wie z.B. Streßmanagement und Kommunikationstraining, sowie Problemetechniken.

Das Ziel der Familienintervention ist, über Verhaltensstörungen und über Strategien eine Lösung zu finden, um mit vorhandenen gemeinsamen Problemen zurechtzukommen.

In diesem Zusammenhang wird Schizophrenie als durchdringende, um sich greifende Beeinträchtigung charakterisiert die sich im sozialen, sowie im kognitiven Alltag widerspiegelt.

Um akute Symptomaten zu behandeln, sowie Rückfällen vorbeugen zu können, ist die medikamentöse Therapie sinnvoll, jedoch kann sie am Kern der Erkrankung nichts ändern.

Hinsichtlich der sozialen Fertigkeit ist festgestellt worden, daß durch chronischen Nichtgebrauch solche Fertigkeiten verloren gehen.

Außerdem wurden Studien zu der Wirksamkeit von kognitiven Techniken durchgeführt. Ziel der Untersuchungen war die Wiedervermittlung grundlegender Informationsverarbeitungstechniken. Aus diesem Grund bezeichnet man diesen Ansatz auch als "kognitive Rehabilitation". Die zugrundeliegende Idee ist, daß die Rückfälle durch die Zuwendung zu den kognitiven Defiziten vermieden werden können, da dies meist der Grundstein für folgende psychotische Episoden ist. Die Folgerungen aus der Forschung bezüglich der Wirksamkeit dieser Interventionen sind folglich nur tendenziöser Natur.

Betrachtet man die kognitive Rehabilitation (Prozeßansatz) genauer, stellt man fest, daß ein Großteil der Forschung sich auf die Behandlung und Wiedervermittlung durch wiederholende Übungen bzw. damit verbundenen Techniken fokussiert.

Zusammenfassend kann man folgende gemeinsamen Charakteristika feststellen:

- 1.** Der enge Rahmen erfaßt nicht die ganze Bandbreite der kognitiven Defizite.
 - 2.** Es gibt kein systematisches Programm, bei der einmal wiedererlangte kognitive Fähigkeiten die Aneignung weiterer erleichtern würde.
 - 3.** Die individuelle Behandlung darf weder kostspielig noch zeitaufwendig werden.
- Der Schweizer Brenner hat sich genau diesem Problem zugewendet und ein Gruppenprogramm entwickelt. Er nennt dies "integrierte psychologische Therapie".

Sie umfaßt fünf Ebenen: (Wobei nur die ersten beiden Ebenen klassisch kognitive Ebenen sind.)

- 1.** Die kognitive Differenzierung,
- 2.** die soziale Wahrnehmung (social perception),
- 3.** die Kommunikationsfertigkeiten,
- 4.** zwischenmenschliches Problemlösen,
- 5.** social skills Training.

Diese haben die Zielstellung, kognitive Defizite aufzuheben und die Aneignung und Bewahrung wesentlicher komplexerer Fertigkeiten zu erleichtern. Die Dauerhaftigkeit der positiven Effekte ist jedoch noch nicht klar.

Daraus kann man schlußfolgern, daß psycho-soziale Maßnahmen unbedingt nötig sind, um Menschen mit einer bestehenden schizophrenen Erkrankung zu befähigen, mit ihrer Krankheit einen Umgang zu finden, eine höhere Selbständigkeit zu erhalten und um daraus eine höhere Lebensqualität zu erzielen.

Die Ergebnisse unterstreichen die Unabdingbarkeit der Integration psychosozialer Ansätze, einschließlich der beruflichen Rehabilitation und dem Case Management.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß der amerikanische Ansatz die Psychoedukation vom Begriffsverständnis her umfangreicher auffaßt.⁵⁹

⁵⁹vgl. Am J Psychiatrie 153:5, 1996.

3.5.3. DIE RAHMENBEDINGUNGEN DES PEGASUS-PROJEKTES

Folgende Darstellung soll stichpunktartig die Ziele, den Inhalt und die Rahmenbedingungen des PEGASUS- Projektes zusammenfassend aufzeigen.

Ziele des PEGASUS-Konzept

- beruht auf der Basis der Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modells in der Auffassung des Drei-Phasen-Modells von Ciompi,
- neue Rollenverteilung zwischen Betroffenen, Professionellen, Angehörigen,
- Betroffener kein hilfloses Objekt von professionellen Behandlungsmaßnahmen

Therapeut / Helfer

- sollte kompetenter und selbstbewußter Helfer sein,
- sollte den Fähigkeiten und Bemühungen der Betroffenen mit Respekt und Anerkennung gegenüberstehen,
- sollte sich seiner eigenen Grenzen der Verstehens- und Hilfsmöglichkeiten bewußt sein.

Ziele des PEGASUS-Konzeptes auf zwei Betrachtungsebenen

Mit Blick auf die schizophren Erkrankten geht es um:

- Förderung des Verstehens und der subjektiven Verarbeitung des Krankheitsgeschehens,
- Reduzierung von Angst und Unsicherheit, Förderung eines positiven Selbstkonzeptes,
- Unterstützung von Selbstverantwortung und Autonomie im Umgang mit der eigenen Verletzlichkeit,
- Stärkung der aktiven Krankheitsbewältigung und der Mitverantwortung für die medikamentöse Therapie,
- schafft günstige Beeinflussung des weiteren Krankheitsverlaufs.

Mit Blick auf den psychiatrischen Kontext geht es um:

- die Einlösung des (Rechts-) Anspruches der Betroffenen, angemessen über ihre Erkrankung, die Behandlungsmöglichkeiten sowie deren Chancen und Risiken aufgeklärt zu werden
- die Relativierung von stigmatisierenden (Geisteskrankheit), falschen (Unheilbarkeit), mystifizierenden (Uneinfühlbarkeit) Krankheitsvorstellungen
- Beitrag zur Vereinheitlichung der verfügbaren Infos auf Seiten von Betroffenen, Professionellen, Angehörigen und der Förderung einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Professionellen.

Inhalt

- 14 Gruppenstunde gliedern sich in drei inhaltlich aufeinander aufbauende und gleichzeitig thematisch abgrenzbare Teile

1. Teil - Krankheitskonzept (1-7 h)

- die Vermittlung des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungsmodells als Rahmenbedingung zur Einordnung des eigenen Erlebens und Verhaltens,
- die Akzeptanz und sensiblere Wahrnehmung der persönlichen Verletzlichkeit,
- positive Aspekte der "Dünnhäutigkeit" werden bewußt thematisiert,
- die Bewußtmachung persönlicher Belastungsfaktoren,
- verbesserte Wahrnehmung der eigenen Belastungsgrenzen,
- realistisch-positive Zukunftserwartungen fördern.

2. Teil - Psychopharmaka-Behandlung (8-10 h)

- Vermittlung von Basiswissen über die Funktion der Neuroleptika, ihre erwünschten und unerwünschten Wirkungen,
- Bedeutung der Neuroleptika-Prophylaxe,
- Förderung eines eigenverantwortlichen Umgangs mit den Medikamenten ,
- Förderung der konstruktiven Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt.

3. Teil - Rückfallvorbeugung und Krisenbewältigung (11-14 h):

- Teilnehmer ihren persönlichen Handlungsspielraum im konstruktiven Umgang mit der persönlichen Verletzlichkeit,
- erkennen des individuellen Zusammenhangs zwischen Belastungen und Frühwarnzeichen,
- ihre Belastungsgrenze sensibel wahrnehmen ,
- Erarbeitung eines Konzepts für die persönliche und aktive Krisenbewältigung verfügen,
- sowie Möglichkeiten des Selbstschutzes.

Rahmenbedingung der praktischen Durchführung

Zeitlicher und räumlicher Rahmen:

- unifokale Gruppentherapie,
- geschlossene Gruppen, optimal 6-8 Teilnehmer,
- 4 Std. a 60 Min. (ohne eventuelle Pause), wöchentlicher Abstand,
- jeweils am selben Wochentag, am selben Ort und zur selben Tageszeit,
- in angenehmer, reizarmer räumlicher Umgebung, Sitzordnung mit Tischen.

Methodik/Didaktik

- Gruppenteilnehmer als Gesprächspartner,
- direktiv-strukturiertes Vorgehen der Moderatoren (siehe Manual),
- die Kenntnisse und Erfahrungen der Teilnehmer (T). werden in jeder Sequenz der Gruppenprogramms berücksichtigt,
- "Doppelstrategie gleicht einer Gradwanderung und nötigt immer wieder zu Kompromissbildungen"⁶⁰ ,
- festgelegte Rollenverteilung der Moderatoren (M.),
- Wechsel von Informations(v)erarbeitung und Gruppengesprächen,
- Erleichterung der Infoverarbeitung durch einfache, klare und dosierte Infos,
- Unterstützung der Info(v)erarbeitung durch Tafelbilder, Folien etc.,
- Verteilung vorbereiteter Informations- und Merkblätter an die T.,

Teilnehmer/Moderatoren

⁶⁰Wienberg 1996:5.

- T: Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis,
 - nicht akut psychotisch, rementiert,
 - Interesse an Inhalten, Bereitschaft zur Teilnahme,
-
- M: mehrjährige Praxiserfahrung in der Arbeit mit psychosekranken Menschen,
 - psychotherapeutische Basiskompetenz,
 - fundierter Überblick über den Forschungsstand und aktuellen Modellvorstellungen zur Schizophrenie,
 - pädagogisch-didaktisches Interesse bzw. Geschick,
 - mind. im 2. Teil sollte Arzt Co-Moderator sein.

Kontext

- ambulant/komplementär, als Baustein eines langfristigen Behandlungs- bzw. Betreuungsprozesses,
- als Ergänzung, nicht als Ersatz für Information und Aufklärung durch den behandelnden Arzt,
- einrichtungsübergreifende Kooperation bei der Umsetzung,
- die Angehörigen der T. sollen Gelegenheit haben, an psychoedukativen Gruppen auf der gleichen inhaltlichen Grundlage Teilzunehmen.

Die Psychoedukative Gruppenarbeit ist "ein obligatorischer Therapiebaustein im Regelangebot einer psychiatrischen Einrichtung; oder mehreren Einrichtungen gemeinsame realisieren psychoedukative Therapiegruppen als zusätzliches, offenes Gruppenangebot in einer Region."⁶¹

"Entscheidend für die Akzeptanz und hilfreiche Wirkung des Konzeptes auf Seiten der Patienten dürfte jedoch sein, ob es den Therapeuten gelingt, ihnen mit einer Grundhaltung zu begegnen, die getragen ist von Respekt, Interesse, Anerkennung und Ermutigung."⁶²

⁶¹Wienberg, 1996:4.

⁶²Wienberg, 1996:5.

3.6. PSYCHOEDUKATIVE ANGEHÖRIGENARBEIT

Psychoedukative Angehörigengruppen steigern das Wissen der Angehörigen um Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten. Dadurch sollen bestehende Ängste, Vorurteile und Vorwürfe in der Familie abgebaut werden. Parallel zu dieser Arbeit sollte immer auch eine Arbeit mit den Betroffenen erfolgen, um eine optimale Rückfallprophylaxe gewährleisten zu können.

Es konnte fast bei allen bestehenden Ansätzen psychoedukativer Angehörigenarbeit ein positiver Aspekt festgestellt werden.

"Mc Farlan et al. stellte zusammenfassend fest: Mounting evidence suggests that family psychoeducation is more effective in the prevention of relapse in schizophreniathan is individual treatment or medication alone."⁶³

⁶³Psychiatrische Praxis, 1997:111.

Kapitel 4

Einordnung der Psychoedukation

Die folgende Einordnung der Psychoedukation basiert auf die eben beschriebenen Therapieansätze.

Im Rahmen der multidimensionalen Schizophreniebehandlung haben verschiedene psychotherapeutische-, somato-, sowie kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden ihre Anwendung gefunden und damit an Bedeutung gewonnen. Wenn man sich diese in der Gesamtheit betrachtet, kann man feststellen, daß sie ein relativ großes Spektrum umfassen.

Einer der neueren Ansätze ist der Psychoedukative. Er wird von dem Verständnis des 3-Phasen-Modells von Luc Ciompi geleitet. "Demnach ist eine überdauernde angeborene oder erworbene Disposition (Diathese; Vulnerabilität) die Grundlage für spätere durch 'Streß' ausgelöste manifeste Erkrankung. Als 'Vulnerabilitäts-Marker' kommen am ehesten kognitive Störungen (Nuechterlein & Dawson,1984) in Betracht."⁶⁴

Die verschiedenen Therapieansätze versuchen die unterschiedlichen Ausprägungen der Störungen der Schizophrenie zu beheben bzw. einen veränderten Umgang damit zu erreichen.

An der Psychoedukation haben mehrere dieser Ansätze ihren Anteil. Die Psychoedukation hat zum Ziel, das Verhalten von Patienten und/oder Angehörigen in einem positiven Sinne hinsichtlich des Krankheitsverlaufes zu beeinflussen. Es fließen bewährte Methoden des Social-Skills-Training (SST) ein, die dem Betroffenen einen verbesserten Umgang mit den Symptomen der schizophrenen Erkrankung, sowie mit der Einnahme von Medikamenten verschaffen sollen. Dieser Ansatz ist bewältigungsorientiert.

Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit in der Psychoedukation ist den Betroffenen die schizophrene Erkrankung verständlich zu machen. Dies soll bewirken, daß sie ihre Erkrankung akzeptieren lernen und damit zusammenhängend ihnen weniger bedrohlich erscheint. Auf dieser Basis lernen die Betroffenen Frühsymptomaten zu erkennen und gewinnen damit eine Selbstkontrolle psychotischer Symptome. Dieses findet seine Anwendung beispielsweise im Bereich des Krisenmanagement. "Unter methodischen Gesichtspunkten betrachtet, weisen diese Programme eine Bandbreite auf von rein

⁶⁴Kieserg/Hornung, 1996:7.

edukativen, auf Wissensvermittlung ausgerichteten bis stark psychotherapeutisch akzentuierten Programmen."⁶⁵

"Der familiäre Interaktionsstil hat, wenn er stark von Kritik, Feindseligkeit und emotionalen Überengagement geprägt ist, einen inzwischen mehrfach empirisch bestätigten negativen Effekt auf die Rückfallrate schizophren Erkrankter. Das gilt besonders für PatientInnen mit längerem Krankheitsverlauf."⁶⁶

Weitere Aspekte für die Notwendigkeit der Angehörigenarbeit sind, typische "Knackpunkte" in der Alltagsbewältigung zu finden, das gemeinsame Krisenmanagement beim Auftreten von Frühsymptomen, die psychoedukativ orientierte Aufklärung über die Erkrankung.⁶⁷

Ein nicht zu unterschätzender Aspekt, der durch die Gruppenarbeit mit Angehörigen erreicht wird, ist der gegenseitige intensive Erfahrungsaustauschcharakter. So kann eine Spiegelung und damit verbunden auch Gemeinsamkeiten aufgezeigt werden. Das Verständnis kann so untereinander wachsen. Auf diese Weise stehen die Angehörigen mit den alltäglichen Problemen nicht mehr alleine dar.

In diesem mehrdimensionalen Ansatz der Psychoedukation sind außerdem Elemente des Trainings sozialer Fertigkeiten von Liberman enthalten. Bei Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, besteht die Gefahr, daß sie mit zunehmenden Krankheitsverlauf in eine soziale Isolation geraten. Sie leben mit der ständigen Angst mit anderen Menschen in Interaktion zu treten. Im Laufe der Zeit geht die Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit zu anderen Menschen verloren. Diese zunehmende Vereinsamung spürt ein schizophren erkrankter Mensch sehr sensibel. Infolge dessen ist das der Betroffene zunehmend frustriert, da er sein normales Bedürfnis nach Kommunikation mit anderen Menschen nicht befriedigen kann. Dadurch verliert der Betroffene erheblich an Lebensqualität. Ziel der Gruppenarbeit ist es, daß der Betroffene in seiner sozialen Kompetenz, sowie seiner sozialen Fertigkeit gefestigt wird.

In diesem Zusammenhang spielt die Pharmakotherapie weiterhin eine wichtige Rolle. Jeder schizophrene Erkrankte verbindet im Laufe seiner Krankheitskarriere Kontakt mit der Einnahme von Neuroleptika mehr oder weniger freiwillig bekommen. Meist klagen die Betroffenen über die nicht unerheblichen Nebenwirkungen dieser Medikamente

⁶⁵Kieserg/Hornung,P.,1996:8.

⁶⁶ zit. nach Schulz Mönking, 1993, Kieserg/Hornung, 1996:9.

⁶⁷vgl. Kieserg/Hornung, 1996.

und über eine Einschränkung der Lebensqualität. Das führt dazu, daß der Patient seine Medikamente relativ unregelmäßig bzw. nicht mehr einnimmt.

Auch hier setzt das Psychoedukative Programm an folgenden zwei Schwerpunkten an:

1. "PatientInnen wird Wissen über die schizophrene Erkrankung, deren Ätiologie und den Verlauf vermittelt, und es wird mit ihnen ein funktionales Krankheitsmodell entwickelt. Darüber hinaus werden sie über die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten, deren Wirkungsweise und die Bedeutung der Medikation für die Rezidivphrophylaxe informiert bzw. aufgeklärt.

Der Bezug in den meisten psychoedukativen Programmen ist das Vulnerabilitätsmodell bzw. ein Diathese-Streß-Modell (Zubin & Spring, 1977; Nuechterlein & Dawson,1984).

Durch die Informationsvermittlung sollen Wissenslücken geschlossen, aber auch verzerrte und dysfunktionale Einstellungen gegenüber der Erkrankung und der Medikation modifiziert werden. Die Akzeptanz gegenüber der neuroleptischen Langzeitmedikation soll erhöht und damit langfristig die Rezidivgefahr gesenkt werden. Methodisch geht es neben der Wissensvermittlung also auch um eine kognitive Umstrukturierung.

2. Im Hinblick auf die Vermeidung von Rückfällen in akute Krankheitsphasen werden die PatientInnen darin geschult, Frühsymptome zu erkennen bzw, zu identifizieren und adäquate Möglichkeiten zum Krisenmanagement als Reaktion darauf zu entwickeln.

Grundgedanke ist, daß die PatientInnen lernen, die Möglichkeit von Rückfällen einzubeziehen und erste Anzeichen eines nahenden Rezidivs zu erkennen. In einem weiteren Schritt werden dann verschiedene Möglichkeiten des Umgangs damit im Sinne eines Krisenmanagements erarbeitet. Auch hier wird kognitiv gearbeitet, ein wichtiger Schwerpunkt liegt jedoch zusätzlich auf dem Erlernen und praktischen Einüben alternativen Verhaltensweisen."⁶⁸

Das Konzept der Psychoedukation ist eine pädagogische Behandlungsform. Wie die Darlegungen zeigten, findet eine strukturierte Wissensvermittlung in der Gruppenarbeit statt. Um dieses Wissen verständlich zu vermitteln, werden pädagogische Hilfsmittel verwendet." Wer im sozialpädagogischen Bereich tätig ist - ob als ... Sozialpädagoge,

⁶⁸Kieserg/Hornung., 1996:10.

Sozialarbeiter ... arbeitet an einer letzten Endes unlösbaren Aufgabe: er soll ungleiche Bildungs- und Lebenschancen ausgleichen, soll störend abweichendes Verhalten, Kommunikationsbarrieren...benachteiligter Gruppen lindern ..."⁶⁹ In welchen Punkten unterscheidet sich das berufliche Handeln des Sozialpädagogen von anderen Formen des pädagogischen Handeln?

- Ein Konflikt stellt den Anlaß der Maßnahme dar,
- die individuelle Erfahrungs- und Problemlage eines einzelnen oder einer problematischen Gruppe bildet den Inhalt,
- der methodisch eingesetzte Kombinationsreichtum kennzeichnet das Handeln des Sozialpädagogen,
- sozialpädagogische Arbeit enthält immer ein mehr oder weniger deutlich hervortretendes Moment der Planung. Wo bei einzelnen oder in der Gruppen besondere Probleme und Konflikte auftreten, müssen die Voraussetzungen, die Ausgangslage für das pädagogische Handeln erfaßt werden.⁷⁰

⁶⁹Martin, 1992:34.

⁷⁰vgl. Martin, 1992.

5.1. METHODISCHE ÜBERLEGUNG ZUR ERHEBUNG

5.1.1. FORSCHUNGSGEGENSTAND

Am Anfang bestand die Frage, unter welcher Problemstellung die Untersuchung laufen sollte. Der untersuchende Gegenstand lautete:

Die Bedeutung der Sozialarbeit in der Psychoedukativen Gruppenarbeit (PEGASUS-Projekt) im Rahmen der Versorgung und Rehabilitation psychisch Kranker.

Um einen Überblick über dieses Thema zu erhalten, habe ich mir ein theoretisch-wissenschaftliches Vorverständnis gebildet.

Vor diesem Hintergrund habe ich einen Interviewleitfaden erstellt, der folgende Schwerpunkte beinhaltet:

1. Arbeitskontext in denen der Sozialarbeiter/in ihre Arbeit schildern:

- Schilderung des derzeitigen Arbeitsbereiches
- ersten Kontakte mit PEGASUS-Projekt
- Ansiedlung der Therapie im gemeindepsychiatrischen Verbundsystem

2. Schilderung des Gruppenkontextes:

- Beschreibung der Psychoedukativen Gruppenarbeit aus Sicht des Sozialarbeiters/Spezialpädagogen
- Rolle der Sozialarbeit im PEGASUS-Projekt
- Veränderung der Alltagsarbeit (Basisarbeit am/mit Klienten) die Tätigkeit des Sozialarbeiters/Sozialpädagogen
- Auswirkung der Gruppenarbeit hinsichtlich der Lebensqualität der Betroffenen
- Effektivität des PEGASUS-Projekt

3. Arbeitskontext: (Einschätzung/ Erfolge)

- Auswirkung auf ihre Arbeit als Sozialarbeitsers/Sozialpädagoge
- Gruppenarbeit funktionstüchtiges Handwerkszeug

4. Ausbildung/Fortbildung:

- Studium als wichtiger Pfeiler für die Durchführung der Therapie
- Enthaltung von notwendigen Handwerkszeugen
- Notwendigkeit der Ergänzung
- Ergänzung zur allgemeinen Methodenausbildung in der Psychiatrie
- "Anklang" der bisherigen Fortbildungen von Sozialarbeitern
- Methode evaluierungsbedürftig.

Der Leitfaden war eine grobe Orientierung für die Interviewführung. Es bestand genügend Freiraum, um sich sukzessive entwickelte Gespräche der Interviewsituation anzugleichen. Das hatte zur Folge, daß die Themen nicht immer chronologisch und in der vorhandenen Vollständigkeit angesprochen wurden.⁷¹

Der Leitfaden lag nur dem Interviewer vor. Der Befragte wurde davon in Kenntnis gesetzt. Dies war zweckmäßiger, da so der Befragte nicht voreingenommen und auf diese Themen festgelegt war.

Das Kriterium des qualitativen Paradigmas, die Offenheit des Forschungsprozeß wurde durch den Leitfaden nicht gefährdet.

5.1.2. FORSCHUNGSMETHODE

Bei der Herangehensweise der Interview war zu überlegen, welche die geeignete Erhebungsmethodik für dieses Thema ist. Es mußte eine Methode sein, die der Lebenswelt der Befragte nicht allzu fremd ist.

Die Schwierigkeit bestand darin, daß das Thema aus dieser Sicht noch nicht betrachtet wurde und es daher auch keinerlei Erfahrungen gab, an denen ich mich orientieren konnte.

⁷¹vgl. Lamnek,1995.

Da dies eine schwierige und sehr sensibel zu behandelnde Situation ist, habe ich ein standardisiertes Verfahren aus folgenden Gründen für *nicht* zweckmäßig gehalten:

1. Bei Anwendung eines solchen Verfahrens ist man meist auf einen Fragenkatalog begrenzt, da dieses Thema jedoch aus sozialarbeiterischer/sozialpädagogischer Sicht noch nicht untersucht wurde, hätte ich nicht die Möglichkeit der Nachfrage besessen.
2. Ein standardisiertes Verfahren hätte mögliche Entwicklungen des untersuchten Gegenstandes nicht zugelassen.
3. Da ich meine Erhebung nur auf die Berufsgruppe, des Sozialarbeiters/Sozialpädagogen gerichtet habe, hielt ich den persönlichen Kontakt für wertvoller und effektiver.

Ich wählte daher die Form des Leitfaden - Interviews, das ein relativ offenen Charakter besaß. Aus technischen Gründen mußte ich mich auf sechs Interview beschränken.

5.1.3. VORBEREITUNG ZUM INTERVIEW

Durch die Unterstützung von Herrn Wienberg und meiner Professoren Herrn Dresler, sowie Herrn Lakemann war es mir möglich, Kontakt mit den zu befragten SozialarbeiterInn aufzunehmen.

Die Auswahl der betreffenden SozialarbeiterInn nahm Herr Wienberg vor. Durch einen telefonischen Kontakt vergewisserte ich mich des Einverständnis der zu befragten Sozialarbeiter/Sozialpädagogen und vereinbarte mit ihnen Termine für die Interviews.

Für die lückenlose Dokumentation der Informationen war es unabdingbar, ein Diktiergerät einzuschalten, das bei jedem Interview mitlief.

Alle Interviews sind anonym behandelt worden.

5.1.4. INTERVIEWSITUATION

Die Interviews fanden alle in dem gewohnten Arbeits- bzw. Wohnumfeld statt. "Um wirklich gute Interviews zu bekommen, muß man... in die Lebenswelt dieser betreffenden Menschen gehen und darf sie nicht in Situationen interviewen, die ihnen unangenehm oder fremd sind."⁷²

⁷²Lamnek, 1995:95.

Das hineingehen in die gewohnte Umgebung des Befragten, hat sich als positiv ausgewirkt. "Durch die gewohnte Umgebung in Verbindung mit dem Befragungsthema, mit dem der Befragte ja sehr vertraut ist, erfährt der Interviewpartner einen Expertenstatus, was ihm das Antworten sehr erleichtert."⁷³ Im Interviewprozeß wurde deutlich, daß eine Basis des gegenseitigen Verständnisses vorhanden war. Das erleichterte Situationen, die zu stagnieren zu begannen und trug dazu bei, die Situation zu entschärfen. Gründe der Stagnation waren folgende:

- 1.** Die Situation war für den Befragten wie auch für mich als Interviewer neu und damit ungewohnt.
- 2.** Das Gespräch kam an Punkte, wo ein Verständigungsmangel bzw. Verständigungsmißverständnisse zur Stagnation führte.
- 3.** Teilweise wurden eventuell. weitreichende bzw. kurze Informationen geliefert.

Als Einstieg für ein Interview gab ich eine Einleitung zum befragtem Thema. Das war für den Rahmen und für die grobe Orientierung der zu befragten Person sehr hilfreich. So wurde ein Einstieg in das Gespräch gegeben und eine erste Annäherung geschaffen. Ich informierte über das vorhanden sein und den Sinn des Leitfadens, sowie über die absolute Diskretion der Interviews. Mit dem einschalten des Diktiergerätes begann das eigentliche Interview. Im Verlauf dieses benutzt ich verschiedene Verstärker der Kommunikation die dem Befragten das Gefühl vermitteln sollten, daß eine Verständigungsbasis vorhanden ist und gleichzeitig mein Interesse des Gesprächs bekundet.

Eine durchgängige Asymetrie der Kommunikationssituation war nicht feststellbar.

Sie unterschieden sich schon mal in dem Punkt, daß die Interviews an unterschiedlichen Stellen stattfanden. Bei drei der zu befragten SozialarbeiterInnen befanden wir uns nicht in dem gewohnten Arbeitsumfeld. Das stellte sich meist als Vorteil heraus. Auf diese Weise wurde die Situation entkrampfter und von außen kommende Störfaktoren wie beispielsweise Telefon läuten, neugierige Klienten etc. waren nicht vorhanden. Dies wurde bei den Interviewsituationen deutlich, wo diese genannten Störfaktoren der täglichen Arbeit eine Rolle spielten. Als zusätzlicher, war eine gewisse Hemmschwelle vor der ungewohnten Interviewsituation vorhanden.

Der Interviewstil war weich bis neutral.

⁷³Lamnek, 1995:95.

Das Interview endete mit ausschalten des Diktiergerätes, wobei ich festgestellt habe, daß das Gespräch meist noch fortgeführt bzw. intensiviert wurde. Das lag sehr wahrscheinlich auch daran, daß die Hemmschwelle des Diktiergerätes nicht mehr vorhanden war.

5.2. DIE AUSWERTUNG

Für die Auswertung lagen mir die Tonbandaufzeichnungen vor. Um die Aufnahmen analysieren zu können, mußte das Material vollständig transkribiert werden. Das gestaltete sich an manchen Punkten schwierig, da es sich um ein Alltagsgespräch handelte und dieses situations- und inhaltsgetreu zu Papier gebracht werden mußte.⁷⁴ Auch nonverbale Äußerungen wie z.B. Lachen, Räuspern und längere Pausen wurden mit einbezogen. Sie waren für den Gesamteindruck des Interview bedeutsam. In der Phase der Transkription konnte ich schon offensichtlich Besonderheiten offensichtlich hervorheben.

Da das gewonnene Material sehr umfangreich war, bot sich eine Paraphrasierung an, die den Text komprimierte, wichtige Aspekte deutlicher hervorhob und unwichtige Punkte verschwinden ließ, was für die Auswertung eine erhebliche Erleichterung darstellte.

5.2.1. DIE FORSCHUNGSMETHODE

Als nächster Schritt bestand die Frage der Auswertungsmethodik. Dies gestaltete sich als sehr kompliziert. "In der qualitativen Sozialforschung gibt es keinen Konsens über eine bestimmte anzuwendende Analysemethode, vielmehr wird angestrebt, dem jeweiligen Projekt eine an Thema und Erhebungsmethode orientierte Auswertungsmethode auf dem Leib zu schneiden."⁷⁵ Nach reiflicher Prüfung habe ich die interpretativ-reduktive Auswertung in Anlehnung nach Lamnek gewählt. Diese Methode hielt ich aus folgenden Gründen für angebracht:

- 1.** Es handelte sich bei der Betrachtungsweise des Themas um sozialwissenschaftliches Neuland.
- 2.** Aus sozialarbeiterischer Sicht war es mir nicht möglich, auf Vorkenntnisse bzw. Vorerfahrung aus diesem Bereich zurückzugreifen.

⁷⁴vgl. Lamnek, 1995.

⁷⁵Lamnek, 1995:114.

Ziel der Methode ist es, mögliche Strukturen zu finden, sowie Zusammenhänge aufzeigen zu können. "So interessiert sich eine qualitative Methodologie primär für das 'Wie' dieser Zusammenhänge und deren innere Struktur, vor allem aus der Sicht der jeweils Betroffenen."⁷⁶ Als nächsten Schritt verschaffte ich mir einen Überblick über das gesamte Material, wobei ich die Transkription systematisch durcharbeitete und wichtige Textpassagen festhielt und unwichtige Äußerungen selektierte. Darauf basierend versuchte ich in jedem Interview thematische Verläufe zu finden, die sich teilweise untereinander gleichen. Grund dafür war, dass alle SozialarbeiterInnen, obwohl sie in unterschiedlichen Institutionen arbeiteten, durch die PEGASUS-Moderatorenausbildung gleiche Ausgangsvoraussetzungen hatten.

Um die Informationen weiter verdichten zu können, verband ich gleiche Themen mit relativ identischen Aussagen, die den Kern des betreffenden Themas trafen. Hilfestellung gab mir dabei das angefertigte Transkript und die erste Zusammenfassung dessen. Das Transkript verhalf mir, das sogenannte "Rohmaterial" zu vergleichen, um mögliche wichtige Aspekte die noch nicht in die Auswertung mit eingeflossen sind, zu bearbeiten.

Gemeinsamkeiten faßte ich weiter zusammen, so daß eine Bündelung von gehaltvollen Informationen entstand. Bei vorhandenen Unterschieden betrachtete ich diese gesondert

Als letzten Schritt untersuchte ich das vorliegende Material nach vorhandenen Typen. "In der qualitativen Sozialforschung geht es nicht um statistische Repräsentativität, sondern um das Typische, um Formen der Typenbildung."⁷⁷ Dies soll eine möglichst ganzheitliche und realitätsgerechte Darstellung bewirken.

Die Typenbildung war aufgrund des beschränkten Auswertungsmaterials nicht möglich gewesen.

Die Zusammenfassung der Auswertung gliedert sich in zwei Teile.

Der **erste Teil** beschäftigt sich hauptsächlich mit den Gebieten, die speziell die Arbeit in und außerhalb der Gruppe beeinflussen, sowie Auswirkungen die die ModeratorenInnen und die TeilnehmerInnen der Gruppe betreffen. Der Punkt der Angehörigengruppen ist ebenfalls in diesem Teil enthalten.

Aus sozialarbeiterischer Sichtweise ist der erste Teil von besonderer Bedeutung.

⁷⁶Lamnek, 1995:112.

⁷⁷Lamnek, 1995:118.

Dazu gehören:

- die Darstellung der Arbeitsbereiche der befragten SozialarbeiterInn (6.1.1.),
- die Zusammenarbeit und Stellung des Sozialarbeiters gegenüber Ärzten und Psychologen (6.2.),
- die Auswirkung der Moderatorentätigkeit auf die Alltagsarbeit des Sozialarbeiters (6.3.),
- die Rolle des Sozialarbeiters in der Gruppe (6.4.),
- die Stellung der Betroffenen gegenüber dem Professionellen (6.5.),
- die Funktion der Gruppe (6.6.),
- die Verbesserung der Lebensqualität der TeilnehmerInnen (6.7.),
- die Legitimation von Krisen (6.8.), sowie
- die Angehörigengruppen (6.9).

Der **zweite Teil** befaßt sich mit Gebieten die nicht mehr auf die Gruppenarbeit ansich Einfluß nehmen.

Dazu gehören:

- Studium-Moderatorentätigkeit (6.10.),
- PEGASUS-Projekt zur allgemeinen Methodenausbildung (6.11.),
- Notwendigkeit der Evaluation des Themas (6.12.),
- Wünsche und Erwartungen zum PEGASUS-Projekt (6.13.).
- Als Forscher sollte man subjektiven Wahrnehmungen ausschließen. Das ist wichtig, um vorurteilsfreies und fundiertes Material zu erhalten. Dies war mir nicht durchgängig möglich, da ich kein Team zur Seite hatte. Aus diesen Gründen ist es nicht vollständig auszuschließen, daß sich die Interpretationen mit subjektiven Wahrnehmungen vermischt haben.

6.1. AUSBILDUNG UND ARBEITSBEREICHE DER BEFRAGTEN PERSONEN

Hier konnten folgende Gemeinsamkeiten gefunden werden:

Alle sechs befragten SozialarbeiterInnen sind im Bereich Bielefeld, Gütersloh bzw. Dethmold seit mehreren Jahren im Bereich der Psychiatrie als ausgebildete Diplom Sozialarbeiter/Sozialpädagogen tätig. Sie haben alle umfangreiche Kenntnisse über das Krankheitsbild der Schizophrenie, sowie praktische Erfahrungen mit diesem Klientel. Außerdem arbeiten sie alle als ModeratorenInnen im PEGASUS-Projekt. Die Gruppen finden integriert in den jeweiligen Einrichtungen des betreffenden Sozialarbeiters statt. Sie arbeiten mit einem multiprofessionellen, sowie multinstitutionellen Therapieansatz. Durch die verschiedenen Einrichtungen, wo die befragten SozialarbeiterInnen tätig sind bzw. waren, ergaben sich folgende Unterschiede, aus dem Aufgabenbereich (und damit auch in seiner Stellung im Team.) Diese werden in der folgenden Auswertung dargestellt.

6.1.1. SOZIALARBEITER HERR A⁷⁸

Herr A. arbeitet in einer Tagesklinik für psychisch erkrankte Menschen. Das Klientel umfaßt 24 Erwachsene. Bei 2/3 der zu betreuenden Personen kann man hinsichtlich des Krankheitsbildes von einer Schizophrenie sprechen. Außerdem werden Betroffene mit einer manisch depressiven Erkrankung betreut. Das Klientel ist in drei Gruppen aufgeteilt und durchläuft ein Wochenprogramm von Montag bis Freitag. Am Wochenende leben die Betroffenen in ihrem gewohnten sozialen Umfeld. Neben dem Programm der Tagesklinik finden laufende PEGASUS-Gruppen statt.

Die Aufgabe des Professionellen ist, Krisenherde im Alltag der Betroffenen zu finden und in gemeinsamer Arbeit mit ihm, Lösungswege bzw. Strategien zu finden. Sie sollen dazu dienen, Krisen vorbereiteter zu begegnen bzw. ihnen entgegenzuwirken.

⁷⁸ siehe ff. Abb.

Herr A. arbeitet mit einer Kollegin zusammen, die eine halbe Stelle als Sozialarbeiterin einnimmt. Außer seinen sozialarbeiterischen Funktionen in der Tagesklinik, sowie seiner Moderatorentätigkeit im PEGASUS-Projekt hat Herr A. die Funktion, die stattfindenden Psychoedukativen Gruppen, zu organisieren. Ein Hauptaugenmerk legt Herr A. darauf, daß für die Klienten nach Beendigung der ambulanten Betreuung in der Tagesklinik eine Anschlußperspektive gefunden wird.

"Ja ein anderer Bereich ist ganz eng, das hängt ja mit der Sozialarbeit zusammen, der Arbeitsbereich. Dies ist auch ein wichtiger Schwerpunkt, wo wir sehen, daß alle Patienten in irgendeiner Form auch weiter eine Anschlußperspektive haben" (T:A.1).

Um dieses realisieren zu können arbeitet die Einrichtung eng mit dem Arbeitsamt bzw. mit der "Projektintegration" zusammen.

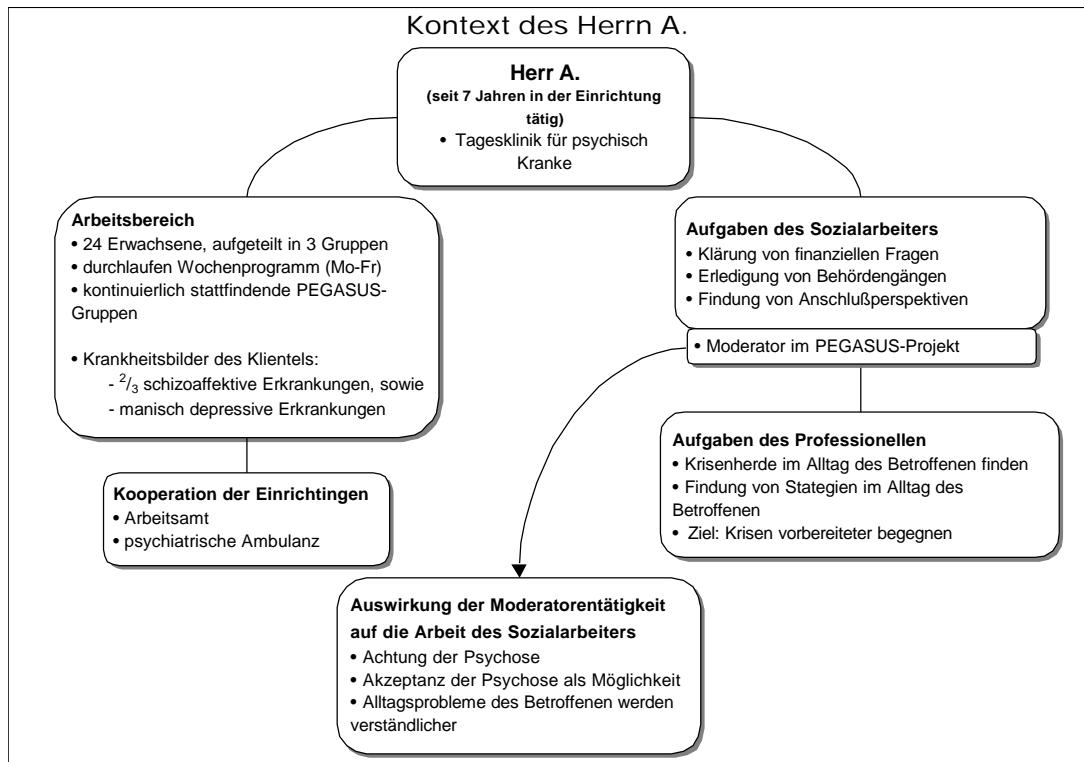
Durch seine "volle" Stelle als Sozialarbeiter in der genannten Einrichtung und die Funktion die stattfindenden Psychoedukativen Gruppen zu organisieren, besitzt Herr A. eine stabile Position gegenüber anderen Teammitgliedern.

"...,ich muß dazu sagen, daß ich die Funktion habe, diese Gruppen zu organisieren (T. A. 2)."

Herr A. stellte fest, daß er die PEGASUS-Gruppen sehr gerne durchführt. Da er das PEGASUS-Projekt regelmäßig unter seinen Kollegen zum Thema macht, hat das Auswirkungen auf seine Kollegen.

"..., das ist auch etwas ganz besonderes an der Klinik hier für mich als Sozialarbeiter diese Gruppe hier zu machen. Das immer wieder anzusprechen, das hat Auswirkungen auf meinen Status..." (T.A.7).

Die herausgehobene Stellung des Herrn A. hat keine negative Auswirkungen auf andere Mitglieder im Team bzw. auf die mit ihm eng zusammenarbeitende Sozialarbeiterin hat. Das ist es im Verlauf des Interview deutlich geworden.



6.1.2. SOZIALARBEITERIN FRAU B.⁷⁹

Frau B. arbeitet in einer psychiatrischen Ambulanz. Sie arbeitet in einem Team zusammen mit Fachärzten, Assistenzärzten in der Weiterbildung, Pflegepersonal, sowie mit einem Psychologen.

Ihre Aufgabenbereiche umfassen die Vor- und Nachsorge des Klientels, die sich das erste Mal in psychiatrische Behandlung begeben haben bzw. schon eine längere Krankheitskarriere hinter sich haben. Die Klienten leben außerhalb der Klinik in ihrem sozialem Umfeld.

Frau B. hat zu ihrer Ausbildung zum Diplom Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, die große Gesprächs- und Psychotherapieausbildung nach Rogers, eine sozialtherapeutische Rollenausbildung, die PEGASUS- Moderatorenausbildung, außerdem ist Frau B. BSHG-Sprecherin und Gründung der EU-Untergruppe BSHG-Psychiatrie, die sie seit zweieinhalb Jahren kontinuierlich betreibt.

Um eine optimale Versorgung gewährleisten zu können, arbeitet die Einrichtung mit dem Betreuten Wohnen, dem Zuverdienstbereich, der ambulanten psychiatrischen Pflege, der Werkstatt für Behinderte, mit dem allgemeinen sozialen Dienst, der sozialpädagogischen Familienhilfe, sowie mit dem sozialpsychiatrischen Dienst zusammen.

Durch die Kooperation mit den verschiedenen Einrichtungen, kommt es zu einer immer dichter werdenden Versorgungssystem. Die Mitarbeiter der unterschiedlichen Einrichtungen lernen sich kennen und erfahren, was die betreffende Einrichtung für Zielstellungen besitzt.

"Man lernt viele neue Kollegen aus der Region kennen. Man macht gemeinsam was, man kommt sich ein Stück näher und bekommt eine gemeinsame Basis" (T.B.19).

Weiter werden institutionsübergreifende Fortbildungen organisiert und durchgeführt. Frau B. hat eine dieser Veranstaltungen durchgeführt.

"...Diese Fortbildung war die erste institutionsübergreifende. Das war eine tolle Sache... Ich habe andere Veranstaltungen gemacht, da ging es um Pflegeversicherung. Wir haben Leute mit denen wir etwas zu tun haben und andere Einrichtungen dazu eingeladen..." (T.B.19).

Es kristallisiert sich im Verlauf des Interviews heraus, daß Frau B. eine hoch qualifizierte, engagierte und hoch motivierte Sozialarbeiterin ist. Ihre Arbeit ist stark therapeutisch geprägt.

⁷⁹ siehe ff Abb.

"Ich bin ein ziemlich weit entwickelter Sozialarbeiter. Ich hab die therapeutische Ausbildungen gemacht. Ich hab schon einen therapeutischen Ansatz. (T.B.12)"

Dieser therapeutische Ansatz, besonders der von Rogers hat wiederum Auswirkungen auf die Alltagsarbeit von Frau B.

"Mh, schon mehr nach Rogers. Also es schlägt sich...in meinen Einzelkontakten wieder. Ich mache zwischen einer Alltagsbetreuung und hier und jetzt. Wie geht es Ihnen? Was machen Sie? Was fällt ihnen schwer?... Wir bringen das in Verbindung zur Krankheit, zu den Folgeschäden der psychischen Erkrankung.. Ich sehe ihre Störung oder Einschränkung wie sich im Alltag niederschlagen z.B. in Beziehungen; in Arbeitsanforderungen, in familiären Beziehungen... Das ist ein Teil dessen, der hier in der Gesamtarbeit und im PEGASUS. Und ich schon so mehr sensibilisiert bin...Vielleicht ist Sozialarbeit auch in dem Ansatz...den Patienten verständlich zu machen, sich selber näherzukommen und sich besser zu verstehen. Und durch diese Theorie oder,...was hab ich, wie wirkt sich das aus...Alltagssprachlich umzusetzen und somit eine konkrete Kommunikation zu fördern" (T.B.13).

Im Verlauf des Interviews wird eine unterschwellige Unzufriedenheit bei Frau B. spürbar. Diese rührt zum einen daher, daß sie trotz ihrer hohen Motivation und Begeisterung hinsichtlich des PEGASUS-Projektes, nicht die gewünschte Rückmeldung und Anerkennung von ihren Kollegen erhält.

"Nach wie vor leiste ich noch Motivationsarbeit bei den anderen Moderatoren... Ich bin von den denen die, die am meisten Gruppen hat und die anderen auch immer mal wieder trete, hier wann wollt ihr, wann macht ihr die nächste Gruppe (T.B.12)."

Andererseits könnte ein weiterer Aspekt für die unterschwellige Unzufriedenheit von Frau B. sein, daß es innerhalb Klinik ein sogenanntes "Kompetenzgerangle" vorhanden ist.

"Es prötschelt jeder vor sich hin. Ich weiß nicht ob es Neid ist ?" (T.B.12).

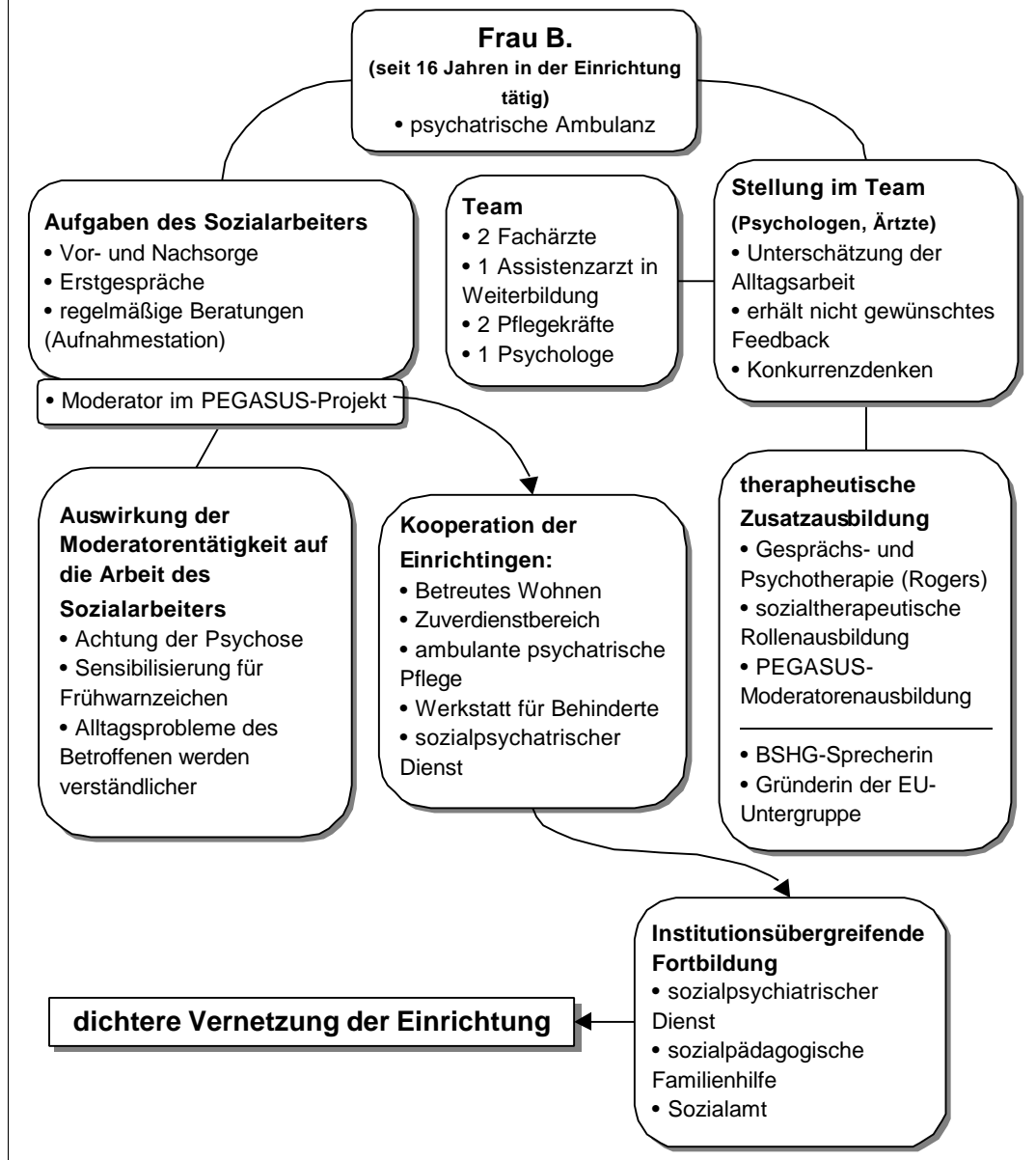
Als Grund dafür führt Sie den nicht vorhandenen Stellenwert unter den anderen Berufskollegen an, wo auch die geringe Unterstützung resultieren.

"Es gibt sicherlich Leute die sagen, das ist verkehrt und ich habe die reine Sozialarbeit/Sozialpädagogik verlassen" (T.B.12).

Ein weiterer Aspekt könnte auch ein Konkurrenzdenken der Kollegen untereinander sein. Es war spürbar geworden, daß Frau B. durch ihre hohe Qualifikation einen besonderen Stellenwert unter ihren Kollegen besitzt.⁸⁰

⁸⁰Dieser und die eben genannten Gründe, könnten für eine fruchtbare Teamarbeit hinderlich sein.

Kontext der Frau B.

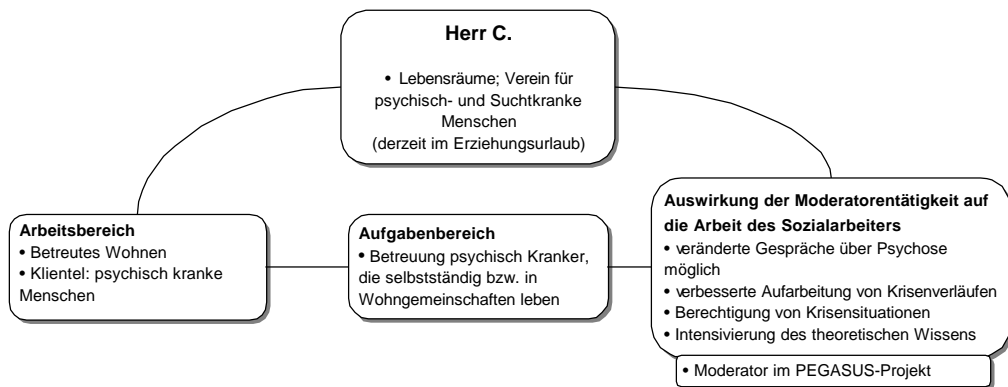


6.1.3. SOZIALARBEITER HERR C.⁸¹

Herr C. ist momentan im Erziehungsurlaub. Sein bisheriger Arbeitsbereich war bei Lebenräume ein Verein für psychisch und suchtkranke Menschen im Rahmen des Betreuten Wohnen. Der Personalschlüssel pro Bewohner der Einrichtung beträgt 1/2. Sein hauptsächlicher Arbeitsbereich befand sich im psychiatrischen. Er betreute psychisch Kranke Menschen, die in ihren eigenen Wohnungen selbständig bzw. in Wohngemeinschaften leben. Neben dieser Aufgabe hat er Kontaktstellenarbeit betrieben. Dieser Teil nahm jedoch nur einen geringen Teil der Arbeit ein. Phasenweise führte er die PEGASUS-Gruppenarbeit durch. In den ersten durchgeführten Gruppen war Herr C. Bezugsperson von Betroffenen.

⁸¹ siehe ff Abb. Herr C.

Kontext des Herrn C.



6.1.4. SOZIALARBEITERIN FRAU D.⁸²

Frau D. arbeitet in einer Klinik für mittelfristige Behandlung (Rehabilitationsklinik). In dieser Einrichtung werden psychisch Kranke betreut, die ein Mindestalter von 18 Jahren haben. Die Mehrzahl ist jedoch zwischen 25 und 35 Jahre alt sind.

Die Klinik für Mittelfristige Behandlung ist meist eine Anschlußeinrichtung für Patienten, die nach mehreren akuten klinischen Behandlungen aus der Akutklinik kommen. Sie vertreten hauptsächlich das Krankheitsbild der schizophrenen Psychose.

Die Behandlung verfolgt das Ziel, den Betroffenen innerhalb eines Jahres eine Wohn- und Arbeitsperspektive zu ermöglichen. Das ist ein Punkt von enormer Tragweite. Der Grund dafür ist, daß viele der Betroffenen im Verlauf ihrer psychischen Erkrankung aus ihrem Lebensumfeld herausgerissen werden.

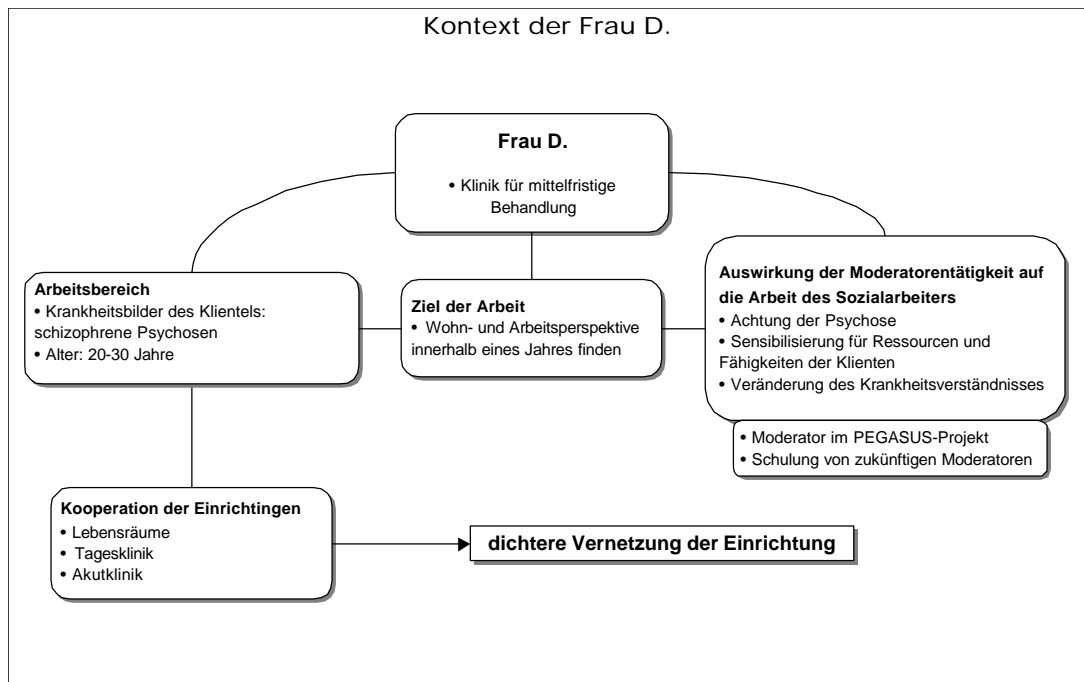
"Im Zuge der psychischen Erkrankung fallen ja viele Menschen aus ihrem Lebensumfeld heraus. Also Arbeitsabbrüche sind bei fast allen vorhanden. Wir haben auch Studienabbrecher. Ganz unterschiedliche Menschen. Und meist ist es auch so, daß sie aus ihrem Wohnumfeld wo sie her kommen, manchmal familiär, manchmal auch Wohnungen wo sie nicht mehr zurück können, wollen, sollten. In dieser Zeit geht es darum zu gucken, wo jeder einzelne möglichst selbständig leben kann" (T.D.27).

Neben ihrem sozialarbeiterischen Aufgabenfeld, sowie ihrer Tätigkeit als Moderator in den PEGASUS-Gruppen, schult Frau D. zukünftige Moderatoren, die dann selbständig diese Gruppen durch führen können.

Es zeigt sich im Verlauf des Gesprächs, daß die Aufgabengebiete in dieser Einrichtung gut abgegrenzt sind.

Im Zuge ihrer Arbeit kooperiert Frau D. beispielsweise mit der Tagesklinik, der Akutklinik, sowie mit den Lebensräumen.

⁸² siehe ff Abb. Frau D.



6.1.5. SOZIALARBEITERIN FRAU E.⁸³

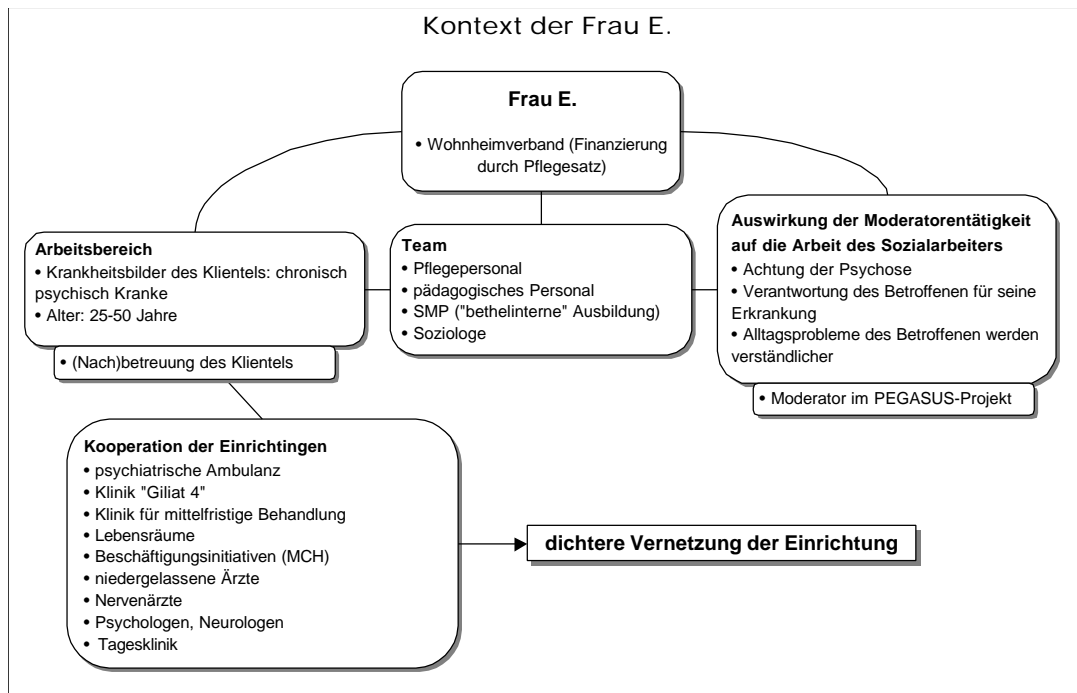
Frau E. ist in einem Wohnheimverband tätig. Das ist eine Teilanstalt von "Bethel". Der gesamte Wohnverband verfügt über 60 Plätze. Der Bereich, in dem Frau E. tätig ist, verfügt über 31 Plätze.

Die Einrichtung betreut vorwiegend chronisch psychisch kranke Menschen im Alter von 25 bis 50 Jahren. Die großen Schwankungen im Altersunterschied machen es häufig schwierig, geeignete Beschäftigungsmöglichkeiten für die Betroffenen auf längere Sicht zu finden. Die potentiellen Bewohner kommen vorwiegend aus der psychiatrischen Ambulanz, der Klinik "Gilat 4", der Klinik für Mittelfristige Behandlung. Weitere Kooperation findet zwischen "Lebensräumen" statt. Dies ist für eine mögliche Anschlußperspektive für Bewohner, die aus der Einrichtung ausziehen wichtig. Folgende Einrichtungen gehören mit zum Versorgungssystem: Beschäftigungsinitiativen (MCH), niedergelassene Ärzte, Nervenärzte, Psychologen, Neurologen und die Tagesklinik.

Um eine optimale Betreuung gewährleisten zu können, sind im Team der Frau E. pädagogisches Personal, Pflegepersonal, SMP (Bethelinterne Ausbildung mit pflegerischen Anteil), ein Diplompädagoge und Sozialarbeiter vertreten.

Neben ihrer Arbeit als SozialarbeiterInn arbeitet Frau D. als Moderator in der Psychoedukativen Gruppenarbeit.

⁸³ siehe ff Abb. Frau E.



6.1.6. SOZIALARBEITER HERR F.⁸⁴

Herr F. arbeitet seit sechs Jahren in einer psychiatrischen Tagesklinik. Sein Aufgabenbereich liegt in der Ambulanz und in der Tagesklinik.

Ca. 40% des Klientels im teilstationären und ambulanten Bereich weißt das Krankheitsbild einer schizophrenen Psychose auf.

Das Team besteht aus Ärzten, Psychologen, SozialarbeiterInnen, Pflegepersonal, Ergotherapeuten, Schmuckdesingern, ArzthelferInnen, sowie Hauswirtschaftspersonal. Alle Mitarbeiter der Einrichtung arbeiten nach einem multiprofessionellen Arbeitsansatz.

"...d.h. sie arbeiten nicht nur in einem Bereich, sondern in ganz vielen Bereichen" (T.F.34).

Dieses spiegelt sich bei Herrn F. im Bereich der Gesprächs- und Einzelpsychotherapie wieder. Sie beziehen sich auf Einzelgespräche, Bewegungstherapie und der Arbeitstherapie.

"Diese Teile mache ich sowohl im ambulanten wie auch im teilstationären Bereich...Dadurch mischt sich das auch" (T.F.34).

Weitere Aufgaben des Herrn F. sind, daß er für die Außenkontakte der Klinik, d.h. für Gremienkontakte zuständig ist, sowie regelmäßig als Moderator im PEGASUS-Projekt tätig ist. Die Psychoedukative Gruppenarbeit (PEGASUS-Projekt) führt Herr F. integriert in der Einrichtung durch.

Im Verlauf des Interview wurde deutlich, daß Herr F. ein engagierter und flexibler Sozialarbeiter ist. In seiner Arbeit ist er sehr bemüht, die Tagesklinik auch nach außen hin gut zu vertreten. Er ist bestrebt alle möglichen Neuheiten und wissenschaftlichen Erkenntnisse aus dem psychiatrischen Bereich in seiner Einrichtung zu integrieren.

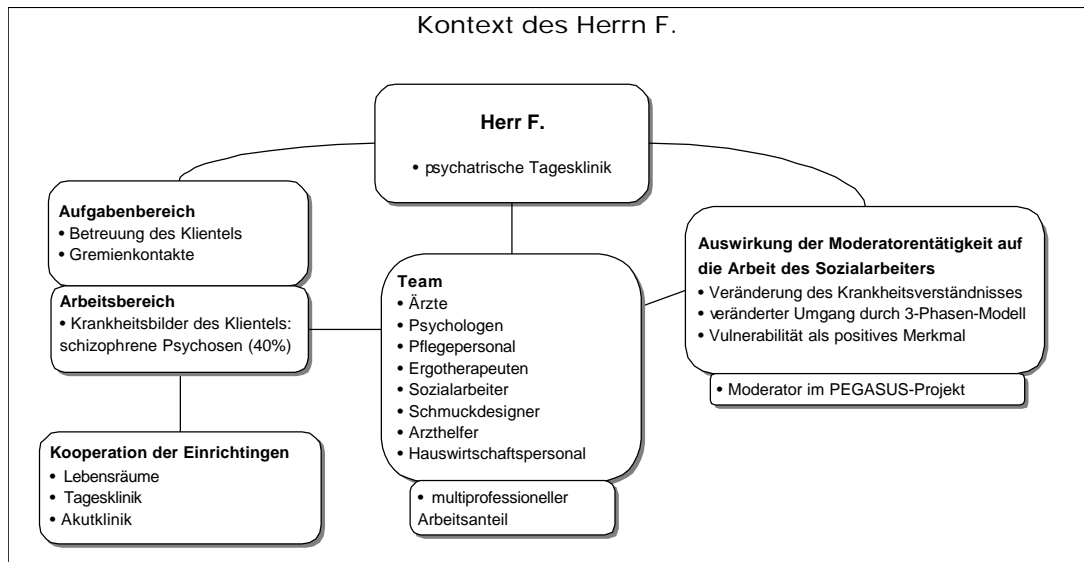
"Der Ansatz für Angehörigengruppen ist da. Wenn das Programm steht, sind wir die ersten die es umsetzen werden... Es gibt hier ein sehr starken Angehörigenverein für psychisch Kranke. Sie haben eine eigene Firma aufgebaut. Über die Gremienkontakte gibt es da regelmäßigen einen Informationsaustausch. Und auch dort gibt es Bedarf " (T.F.36).

Dabei leistet er unter seinen Kollegen, sowie überregional viel Motivationsarbeit.

"Ich versuche jeden zu motivieren. Ein großes Problem dabei ist, daß die Arbeitssituation für die meisten Kollegen in anderen ambulanten Diensten so eng wird, so daß sie sich kaum in der Lage sehen, auch an so einer Moderatorenausbildung teilzunehmen." (T.F.39)

⁸⁴ siehe ff Abb. Herr F.

"Es ist in so fern wichtig, daß andere Kollegen durch wissenschaftliche Ergebnisse zu beeindrucken, um zu sehen, daß die Rückfälle geringer werden. Ich denke, man könnte die Arbeit dadurch transparenter machen, daß man harte Zahlen hat." (T.F.39)



6.2. STELLUNG DES SOZIALARBEITERS GEGENÜBER ÄRZTEN/PSYCHOLOGEN

Dieser Punkt wurde in drei von den sechs geführten Interview deutlich, (Herr A., Frau B., Herr F.). Dabei unterschied sich eines der drei genannten Interview in ihrer Aussage, so daß ich dieses einzeln betrachtete (Herr F).

6.2.1. HERR A/ FRAU B.⁸⁵

Häufig stufen sich SozialarbeiterInnen zu gering in ihrer Kompetenz gegenüber Psychologen und Ärzten ein. Das könnte ein Grund dafür sein, daß der Status des Therapeuten eine Aufwertung gegenüber seiner Person und den Kollegen gegenüber mit sich bringt.

"Was mich an meinen Berufskollegen immer wieder ärgert, daß sie sich auf die formal administrativen Angelegenheiten reduzieren lassen" (T.B.23).

Als weiterer interessanter Aspekt, hat sich im Verlauf des Interviews herauskristallisiert, ist daß Mediziner, Psychologen sich Methodenansätze der Sozialarbeit zu eigen gemacht haben, ohne diese im richtigem Zusammenhang zu gebrauchen. Ein Beispiel dafür ist das Case Management.

"Wie viele Ärzte nehmen das Wort Case Management in den Mund. Wir Sozialarbeiter sind zu bescheiden" (T.B.23).

Als Ursache dafür zeigt Frau B. ein vorherrschendes Minderwertigkeitsgefühl der Sozialarbeiter auf. Ein Beispiel dafür ist der unterentwickelte Forschungsbereich in der Sozialarbeit.

Ein weiterer Aspekt den Frau B. anspricht ist, daß die gesamte Alltagsarbeit die man als SozialarbeiterInnen leisten von den Psychologen und Ärzten häufig unterschätzt wird. Das könnte ein Grund dafür sein, daß eine Tendenz vorherrscht, daß Sozialarbeit mehr eine therapeutische Richtung einschlägt.

"Und so diese Alltagsarbeit die wir leisten, das ist ja so viel... ,.....so die Tendenz das Sozialarbeit in Therapie verläuft und das die Gefahr vorhanden ist sich nach oben zu orientieren und das andere der

⁸⁵ siehe ff Abb. Herr A. Frau B.

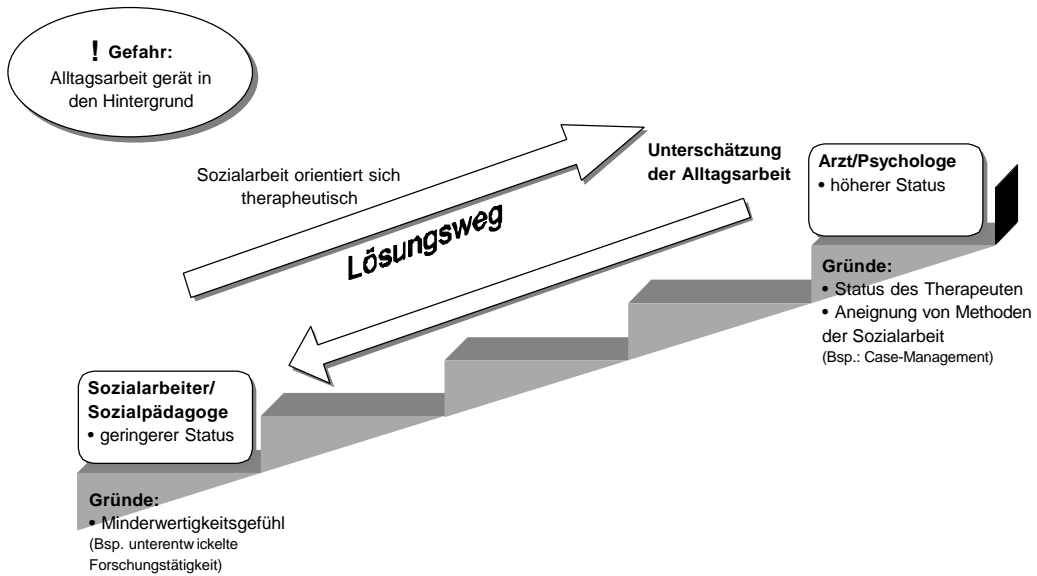
wichtige Punkt der Alltagsarbeit wir selber auch drücken, statt es deutlicher auszudrücken" (T.B.23).⁸⁶

Die Interpretation zeigt, daß eine relativ kontinuierliche Tendenz vorherrscht, daß sich Sozialarbeit immer mehr therapeutisch orientiert. Ursache dafür ist, daß die Anerkennung dieser Arbeit von anderen Berufsgruppen noch nicht in der erforderlichen Form vorhanden ist.

Die Gefahr besteht dabei, daß der wichtige Bereich der Alltagsarbeit immer mehr in den Hintergrund rückt und der Pfad der ursprünglichen Sozialarbeit schrittweise verlassen wird.

⁸⁶Eine Möglichkeit warum sich Frau B. mehr therapeutisch in ihrer Arbeit orientiert, könnte ein unterschwelliges Minderwertigkeitsgefühl *ihrerseits* gegenüber den oben genannten Berufsgruppen sein. Das hat jedoch nichts mit ihrer Arbeitsqualität zu tun, sondern viel mehr mit der kollegialen Situation in ihrem Arbeitsbereich.

STELLUNG DES SOZIALARBEITERS (Herr A., Frau B.) GEGENÜBER ÄRZTEN/PSYCHOLOGEN



6.2.2. HERR F.⁸⁷

Herr F. räumt in pädagogischen Aspekten den Sozialarbeiter gegenüber anderen Moderatoren, wie beispielsweise Psychologen und Ärzten, Vorteile bzw. Kompetenz ein.

"Was mir geholfen hat, war die Wissensvermittlung, pädagogisches Handwerkszeug, Umgang mit Medien z.B. der Umgang mit Gruppen, diese gruppenspezifischen Elementen und die Grundlagen der Gesprächstherapie" (T.F.38).

Unter pädagogisch versteht er in diesem Zusammenhang das Veranschaulichen von Informationen, die in den Gruppenstunden vermittelt werden, durch Folien, Tafelbilder etc. anschaulicher zu machen und damit deutlicher hervor zu heben.

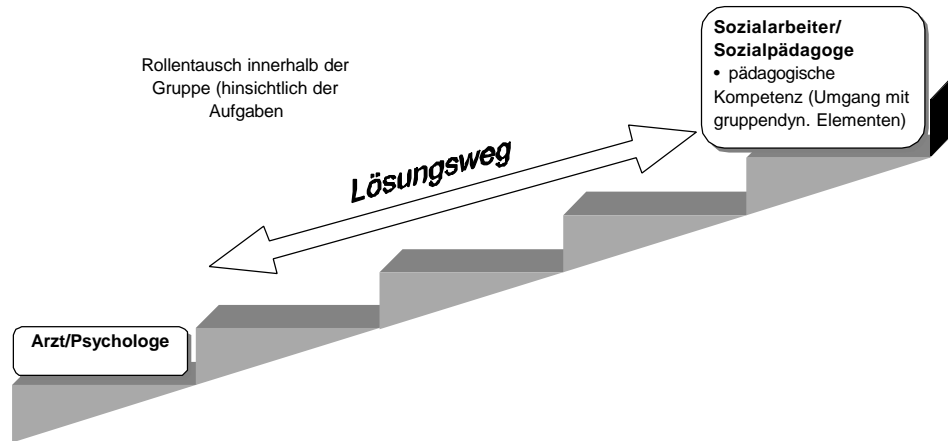
"...ich merke, da habe ich mich als Sozialarbeiter/Sozialpädagoge leichter getan da einzusteigen als andere Kollegen" (T.F.38).

Da die Rollen der Moderatoren in den unterschiedlichen Gruppen wechseln, besteht die Möglichkeit, dass sie von einander lernen können. Auf diese Weise kann ein gesunder Austausch zwischen allen vorhandenen Berufszweigen entstehen.

Im Vergleich zu Herrn A. und Frau B. lässt sich hier durchaus einen Kompetenzvorsprung zu anderen Berufskollegen erkennen. Sie liegt in den pädagogischen Aspekten der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen. Diese äußern sich in der Handhabung pädagogischer Werkzeuge (Folie, Tafelbilder etc.) in der Gruppenarbeit.

⁸⁷ siehe ff Abb.

STELLUNG DES SOZIALARBEITERS (Herr F.) GEGENÜBER ÄRZTEN/PSYCHOLOGEN



6.3. AUSWIRKUNG DER MODERATORENTÄTIGKEIT AUF DIE ARBEIT DES SOZIALARBEITERS

Sehr positiv wird der intensive Austauschcharakter zwischen Moderatoren und TeilnehmerInnen bewertet. Dadurch werden Dinge des Alltags, die dem Betroffenen Schwierigkeiten bereiten, auf eine Art und Weise hervorgehoben, die in der normalen Betreuungssituation nicht möglich wäre.

"...Ich profitiere dadurch, weil es ein sehr intensiver Austausch ist auch unter den Patienten. Und das dadurch manchmal Dinge gerade aus dem häuslichem Umfeld, meinerwegen aus dem Arbeitsumfeld deutlicher werden, die so im Tagesablauf hier nicht deutlich würden oder auch nicht angesprochen würden... es kommen manchmal so andere Freiheiten raus, andere Aspekte raus. Ich gebe mal ein Beispiel: Wenn ich in der Gruppe bin und es geht darum, was hat in eine Krise geführt oder was ist wichtig nach einer Krise, was wirkt stabilisierend und jemand erzählt von seinen Schwierigkeiten und er dann zwei Tage später kommt und sagt: 'Mensch da hab ich ein Problem!' Dann ist ein ganz anderer Kontakt geknüpft" (T.A.3).

Ein weiterer Aspekt ist das Hineinversetzen können in eine Psychose. Da ein Moderator meist noch kein Psychoseerlebnis in der Form hatte, ist es für ihn fast nicht möglich, sich in diesen beängstigenden Zustand hineinzusetzen. Durch den schon erwähnten intensiven Austauschcharakter und die enge Zusammenarbeit zwischen beiden Parteien, besteht die Möglichkeit, daß das Psychoseerleben für den Moderator ein Stück mehr nachvollziehbar wird.

"... der Umgang ist patenschaftlicher geworden..., daß wird in den Gruppen immer deutlicher , das wir als Nächstbetroffener viele Dinge nicht nachvollziehen können und viel von den Betroffenen lernen können und das Gefälle nicht so groß ist" (T.C. 28).

Der Moderator erhält im Laufe der Gruppenarbeit eine veränderte Haltung gegenüber dem Betroffenen, die auf Akzeptanz und erhöhter Sensibilität beruht.

"Durch ein kleines bißchen mehr Verstehen von Psychosen und mehr gehört zu haben von Betroffenen und mehr theoretisches Wissen, was sich angesammelt hat im Rahmen der Beschäftigung des PEGASUS-Modells. Und das hat natürlich Auswirkungen auf meine Alltagsarbeit... Ich glaube da setzt eine gewisse Entwicklung ein und da begegnen sich Leute auch ganz anders... Ich habe mich als Mitarbeiter dieser Einrichtung in dieser Zeit verändert" (T.C.24).

Ein nächster Punkt ist, daß das Aufarbeiten von Krisenverläufen nach Beendigung einer Gruppe ganz anders möglich ist. Die Ursache liegt darin, da sowohl der Professionelle als auch der Betroffene z.B. das Eskallationsmodell vor Augen haben. Das erleichtert

die Zusammenarbeit beider Parteien, was konkrete Auswirkung auf die Betreuungssituation hat.

Um dieses zu gewährleisten, ist eine veränderte Haltung auf Seiten des Professionellen erforderlich.

"Die veränderte Haltung gegenüber zu psychisch kranken Menschen zeigt sich ja nicht nur im Manual, sondern in der gesamten Psychiatriebewegung. Und das ist natürlich, wenn man eher auf die Fähigkeiten und Ressourcen der Leute guckt" (T.D. 28).

Ein nächster Aspekt, der sich im Verlauf der Auswertung gezeigt hat, ist der Vernetzungsgedanke. Da die Moderatoren auch untereinander regelmäßig in Kontakt zu einander stehen, lernen sie die unterschiedlichen Einrichtungen des Verbundsystem besser kennen und können auf dieser Basis umfangreicher den Klienten beraten.

"So dieses besser informiert zu sein und über das Verbundsystem einen regelmäßigen Austausch zu haben mit anderen Moderatoren. Man lernt die Einrichtungen besser kennen, kann daher auch besser beraten und bekommt einfach ein besseres Verständnis für den Betroffenen" (T.E.33). Ein nicht zu unterschätzender Nebeneffekt ist dieser, das es dichtere Vernetzung der Institutionen untereinander zur Folge hat.

6.4. DIE ROLLE DES SOZIALARBEITERS IN DER GRUPPE

Es war interessant festzustellen, daß alle sechs Befragten auf diese Frage eher "stutzig" reagierten. Meiner Ansicht nach lag das daran, daß sie sich als SozialarbeiterInnen keine vordergründige oder untergeordnete Rolle zugewiesen haben, sondern eine relativ gleichwertige hinsichtlich der anderen Mit-ModeratorenInnen die aus anderen Berufszweigen stammten. In der Gruppenarbeit sind im Moderatorenteam, pflegerisches Personal, Krankenschwestern und Krankenpfleger, Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter vertreten. Sie stehen untereinander in einer gleichberechtigten Position zu einander, wobei jeder sein Aufgabenfeld besitzt, worin entweder gewechselt wird bzw. ein anderer Moderator mit moderiert.

Es wurde immer wieder deutlich hervor gehoben, daß die Gruppenarbeit an sich nichts mit Sozialarbeit/Sozialpädagogik ist nicht unbedingte Voraussetzung für die Moderatorenausbildung ist.

"Ich glaube, daß es erstmalig von dem Berufszweig Sozialarbeit/Sozialpädagogik unabhängig ist... Was ich damit sagen wollte, daß es in dieser Situation reinzugehen und was aufzunehmen und da mit Betroffenen konstruktiv weiter zu machen. Das ist nichts ausschließlich mit der Berufsgruppe Sozialarbeiter begrenzt ist" (T.C.22).

Die Basis für sozialarbeiterische Handlungsmöglichkeiten wird im Anschluß an die Gruppenarbeit verbessert. Der Betroffene verfügt nach der Gruppenarbeit über neue Handlungsmöglichkeiten und kann Stressoren besser entgegenwirken. Sowohl Sozialarbeiter und Betroffener haben auf der Basis des Vulnerabilitätsmodells von L. Ciompi den gleichen Erklärungsgrundsatz für die schizophrene Erkrankung.

6.5. STELLUNG DES BETROFFENEN GEGENÜBER DEM PROFESSIONELLEN

In diesem Punkt vertraten alle Interviewten die gleiche Meinung, so daß die Interpretation von allen sechs SozialarbeiternInnen zusammengefaßt wurde.

Die psychoedukative Gruppenarbeit macht die Schizophrenie zum Thema. Ein grundlegender Ausgangspunkt für die Gruppenarbeit ist, welche Erfahrungen, Kenntnisse, Hypothesen und Krankheitsmodelle der Betroffene über sein Krankheitsbild verfügt. Betroffene haben meist ein vielfältiges Wissen darüber, was ihnen in Krisensituationen gut tut und was nicht. Der Betroffene ist nicht mehr ein hilfloses Wesen, was dem professionellen Helfer ausgesetzt ist. Er wird zum *aktiven* Partner im Gruppenprozeß.

"Der Umgang zwischen Professionellen und Betroffenen ist patenschaftlicher geworden, da man als professioneller Helfer viel von den Betroffenen gelernt hat" (T.C.15).

Im Gruppenrozeß findet eine neue Rollenverteilung zwischen Betroffenen und Professionellen statt. Der Professionelle ist der kompetente Ratgeber, der mit seinem fachlichen Wissen dem Betroffenen zur Seite steht und dafür der Experte ist. Das bedeutet beispielsweise, dem Betroffenen alltagsprachlich zu erklären, was er für eine Erkrankung hat und wie sie sich im Alltag auswirkt. Somit wird eine konkrete Kommunikation gefördert. Der Betroffene ist Experte über seine Erkrankung. Beide Parteien stehen sich als gleichberechtigte Partner gegenüber.

"Nicht ich als Profi bringe ihm erstmal bei, daß er der Experte ist, sondern ich geh davon aus, er weiß es am Besten. Und jetzt komme ich mit ihm ins Gespräch" (T. B.54).

Zwischen den Parteien besteht der Grundsatz: "Verhandeln statt behandeln". Es wird deutlich, daß dieser Grundsatz ein weiterer Schritt zur Entstigmatisierung der Schizophrenie ist.

6.6. FUNKTION DER GRUPPE⁸⁸

Die Psychoedukative Gruppenarbeit kann nur in einer geschlossenen Gruppe stattfinden. Das ist eine unabdingbare Voraussetzung für eine Entwicklung einer Vertrauensbasis. Da die Gruppe dem Betroffenen ein Sicherheitsgefühl gibt, ist es ihm auf dieser Basis möglich sich zu öffnen, sich mit belastenden Situationen und mit seiner Erkrankung aktiv auseinanderzusetzen.

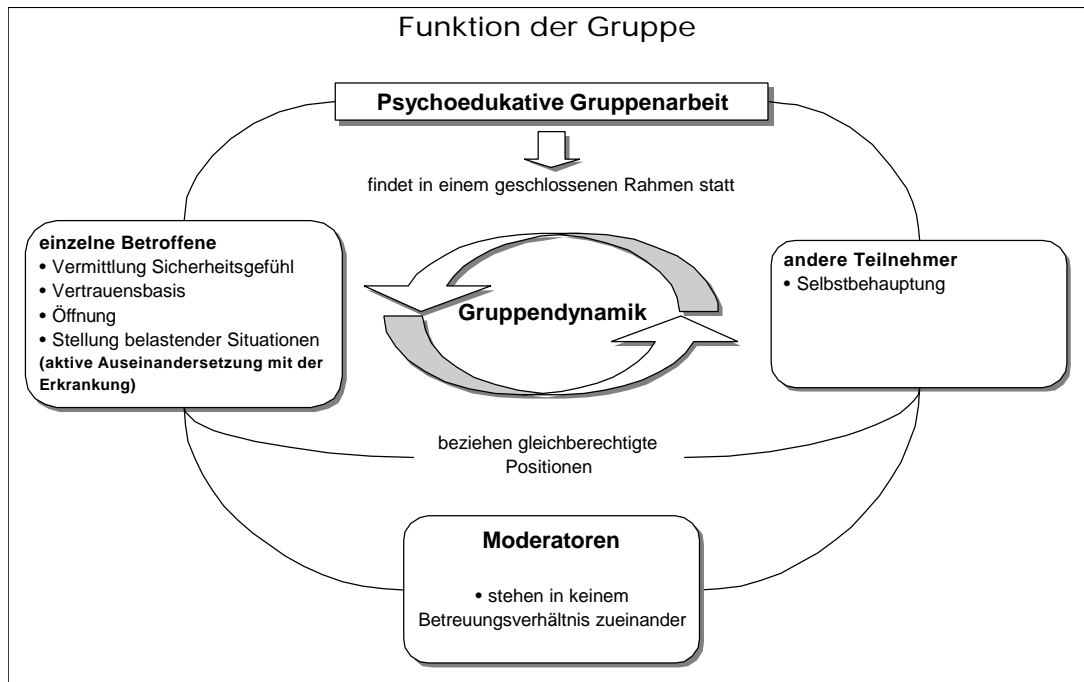
"In den Gruppen habe ich es erlebt, aus dieser Situation herausgehoben oft ganz andere Gespräche über Psychosen, über das Erleben möglich ist. Ich habe mehr Offenheit von den Leuten erlebt, auch den Professionellen gegenüber" (T.C. 22).

Der Betroffene ist gezwungen, sich in dem relativ kleinen Rahmen der Gruppe mit allen Teilnehmern auseinanderzusetzen. Er lernt, sich in diesem geschütztem Rahmen zu behaupten. Die Voraussetzungen sind für alle Teilnehmer gleich, so daß alle in völlig gleichberechtigten Positionen zu einander stehen.

"Nach dem ersten Behandlungsdrittel werden die Patienten deutlich mutiger und selbstbewußter" (T.A.4).

Ein wichtiger Aspekt, der sich auf die Atmosphäre der Gruppe auswirkt, ist die "ungebundene" Stellung unter dem Moderator und den TeilnehmerInnen. Der Betroffene steht in keinem Betreuungsverhältnis und damit auch in keinem Abhängigkeitsverhältnis gegenüber dem Moderator. Das hat ganz entscheidend Auswirkungen auf die Offenheit. Die Betroffenen gehen unbefangener in die Gruppe hinein. Dadurch sind veränderte und verbesserte Gespräche über die Psychose möglich.

⁸⁸ siehe ff Abb. Funktion der Gruppe



6.7. VERBESSERUNG DER LEBENSQUALITÄT DER TEILNEHMENDEN BETROFFENEN⁸⁹

Bei der Betrachtung dieses Punktes konnte bei allen sechs Befragten eine klare Linie festgestellt werden. Aus diesem Grund habe wurde dieses zusammengefaßt dargestellt und aussagekräftige Zitate gewählt, die den Kerngedanken der Aussage widerspiegeln.

Diesen Punkt ist aus sozialarbeiterischer Sicht besonders interessant, da man aus ihm für die Alltagsarbeit wichtige Informationen, sowie Denkanstöße erhält.

Für den Betroffenen ist es Ziel der Gruppenarbeit, sich mit seiner bestehenden Erkrankung der Schizophrenie vertraut zu machen und neue Erkenntnisse zu erhalten.

"...Ich finde es ist ein guter sozialarbeiterischer Ansatz Also eine Informationsweitergabe an Erwachsene und es umzusetzen, was es für den Einzelnen bedeutet, so daß er es in sein Leben integrieren kann" (T.C.13).

Darauf basierend erfahren die TeilnehmerInnen, welche geeignete Handlungsmöglichkeiten es im Umgang mit ihrer bestehenden Verletzlichkeit gibt. Das bedeutet, daß der schizophren erkrankte Mensch hinsichtlich seiner Erkrankung sensibilisiert wird und anderen Personen gegenüber nicht mehr so machtlos gegenübersteht. Er lernt, seine Erkrankung zu akzeptieren. Für die Mehrzahl der Betroffenen ist das eine ganz neue Erfahrung, da sie vorher von ihrem behandelten Arzt klare *Anweisungen* erhalten, was sie zu tun und zu lassen haben. Der Betroffene erhält seine Eigenverantwortlichkeit wieder.

"Das ist der Unterschied, wenn man sich nicht nur als Patient und angewiesen fühlt, sondern jemand der nicht nur Mitspracherecht, sondern Entscheidungsrecht hat" (T.D.28).

Deutlich zeigt sich dieses auch wie der Patient gegenüber seinem Arzt auftritt.

"Ich habe es erlebt..., daß die Betroffenen viel offensiver und mit viel mehr Kenntnissen zu ihren behandelnden Ärzten gegangen sind und haben ihre medikamentöse Behandlungssituation recht offensiv geklärt. Und das hat mich beeindruckt" (T.C.21).

Die oben genannte Sensibilisierung führt dazu, daß der Betroffene seine Stressoren im Alltag besser einschätzen, Vorwarnzeichen erkennen und damit eventuellen Krisen, die bei entsprechender Überbelastung ausbrechen könnten, vorbeugen kann. So kann er seine Ziele realistischer stecken.

"Sichtbar wird es bei denen, die anders mit Frühwarnzeichen und Medikamenten umgehen." (T.C.23).

⁸⁹ siehe ff Abb. Auswirkungen der Gruppenarbeit auf die Lebensqualität der Betroffenen

Dieses zeigt sich in verschiedenen Bereichen des sozialen Umfeldes. Ein Beispiel dafür ist der eventuell vorhandene Arbeitsplatz.

"Als Beispiel bei der Arbeit zu sagen:...Ich kann nicht mehr. Das wird mir zu viel. Oder mehr Pausen einzulegen" (T.A.3).

Es entsteht ein verbesserter Umgang mit der schizophrenen Erkrankung und verleiht dem Betroffenen mehr Lebensqualität.

Die Erkenntnis, dass er auf seine eigenen Handlungsstrategien vertrauen kann, verleiht dem Betroffenen ein neues Selbstwertgefühl und bestärkt ihn, daß er als eigenverantwortlicher Mensch wieder handeln kann und auch ernst genommen wird.

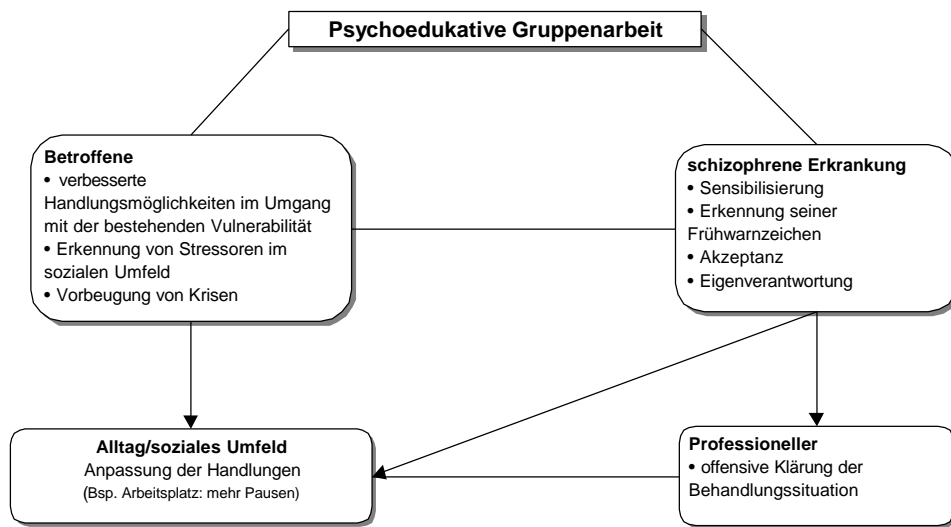
Die gewonnene Selbstständigkeit wirkt sich auch auf den stationären Bereich aus. Der Betroffene weiß nun genau, basierend auf seine Erkenntnisse, was ihm in dieser Situation gut tut, mit welchem Medikament er gute Erfahrungen gemacht hat etc. Es hat sich gezeigt, daß der Betroffene seine gewonnene Autonomie gegenüber dem behandelnden Arzt deutlich einfordert. Je mehr Zusammenhänge die Betroffenen hinsichtlich ihrer Erkrankung erkennen, verstehen und auf ihr Leben übertragen können, desto gefestigter sind sie und können so dem Arzt gegenüber selbstbewußt auftreten. Das bedeutet jedoch nicht, daß man auf einen professionellen Helfer, wie einem Arzt verzichten kann. Diese neue Situation ist für manche Ärzte nicht einfach, da sie sich häufig in ihrer Kompetenz angegriffen fühlen.

"Die Chance besteht, daß sich die Lebensqualität der Betroffenen verbessert schon in dem Punkt, daß die Leute sehr initiiert werden mit ihrer Erkrankung verantwortlich umzugehen und sich verantwortlich mit Ärzten und mit der Behandlung auseinander setzt" (T.F.68).

Damit diese positive Auswirkung nicht in Laufe der Zeit verloren geht, wäre es wichtig den Kursus nach einer gewissen Zeit zu wiederholen.

"Wir haben gemerkt, daß es wichtig ist, einen zweiten Durchlauf zu machen... Man merkt das am meisten indirekt bei Leuten, die dieses Programm mitgemacht haben und eine Krise auftritt und sie auf Station kommen... Sie kommen und wissen genau, was für ein Medikament sie brauchen, in was für einer Dosis und daß sie jetzt Ruhe brauchen. Das ist für die Ärzte total neu" (T.E.37).

Auswirkung der Gruppenarbeit auf die Lebensqualität der Betroffenen



6.8. LEGITIMATION VON PSYCHOSEN⁹⁰

Die meisten Betroffenen ringen darum, aus ihrer Psychose einen Sinn zu machen, sie in ihr Leben zu integrieren. Hierbei spielt die Schuldfrage eine entscheidende Rolle.

Jede Krise- egal in welcher Situation sie auftritt,- hat ihre Berechtigung. Sie signalisiert, daß etwas nicht stimmt. Häufig führt einen Betroffenen in akuten Situationen der einzige Weg in eine Krise. Das hinein gehen in eine Krise kann eine weitere Lösungsmöglichkeit für Ihn sein. Jeder "normal" gesunde Mensch durchlebt Situationen, wo er sich rational nicht steuern kann. Warum soll es bei einem Schizophrenen anders sein?

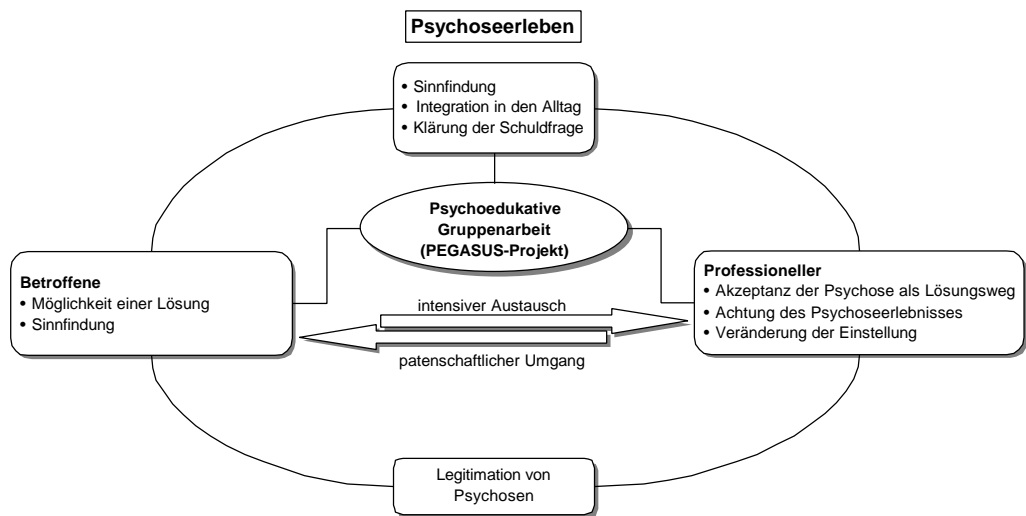
"..., daß auch Krisen sicherlich eine Bedeutung haben. Das find ich ganz wichtig. Gerade wenn es um das PEGASUS-Projekt geht, alles dafür zu tun, daß Krisen nicht mehr auftauchen oder daß sie relativ schnell abgefangen werden. Ich glaube nicht, daß das Allheilmittel ist..., das Leute /Patienten auch davon für sich in den Situationen profitieren. Wichtig ist, den Lebensweg in eine Psychose zu gehen oder vielleicht das einzige Mittel. Ich glaube, wir müssen uns davon lösen, das hat im Laufe des PEGASUS-Projekt auch eine ganz andere Dimension bekommen, auch die Berechtigung von Krisensituationen. Daß es nicht gilt, in einer psychotischen Krise möglichst durch die Gruppe zu verhindern, sondern es hat auch einfach seine Berechtigung" (T.C. 23).

Es ist für einen Professionellen fast nicht nachvollziehbar, was in einem Menschen vor sich geht der eine Psychose durchlebt. Demnach ist von entscheidender Wichtigkeit, daß sich auch ein Professioneller annähernd ein Bild vom Erleben einer Psychose machen kann. Durch den intensiven Austausch zwischen Betroffenen und Moderator ist dieses gewährleistet.

"Manchmal ist die Hilflosigkeit des Erlebens erschreckend. Also gerade die Hilflosigkeit des Erlebens...Und das hat ein bißchen dafür gesorgt, wieder auf den Teppich zu kommen..., sich nicht drüber zu stellen, sondern die Psychose des anderen zu achten als seine Möglichkeit, in eine Krise reinzugehen oder einen Lebensabschnitt zu bewältigen. Das nicht zu verurteilen, sondern das auch als Chance zu begreifen" (T.A.9).

⁹⁰Die Legitimation von Psychosen stellte sich im Verlauf des Interview als zentrales Thema heraus. Aus diesem Grund fließt dieser Punkt mit in die Auswertung ein.

Die Legitimation des Psychoseerlebens



6.9. ANGEHÖRIGENGRUPPEN⁹¹

Zu dem Zeitpunkt der Befragung befanden es alle Interviewten als äußerst sinnvoll, Psychoedukative Gruppenprogramme auch für Angehörige anzubieten. Es war auch schon ein Konzept erarbeitet worden, was im Herbst diesen Jahres starten soll.

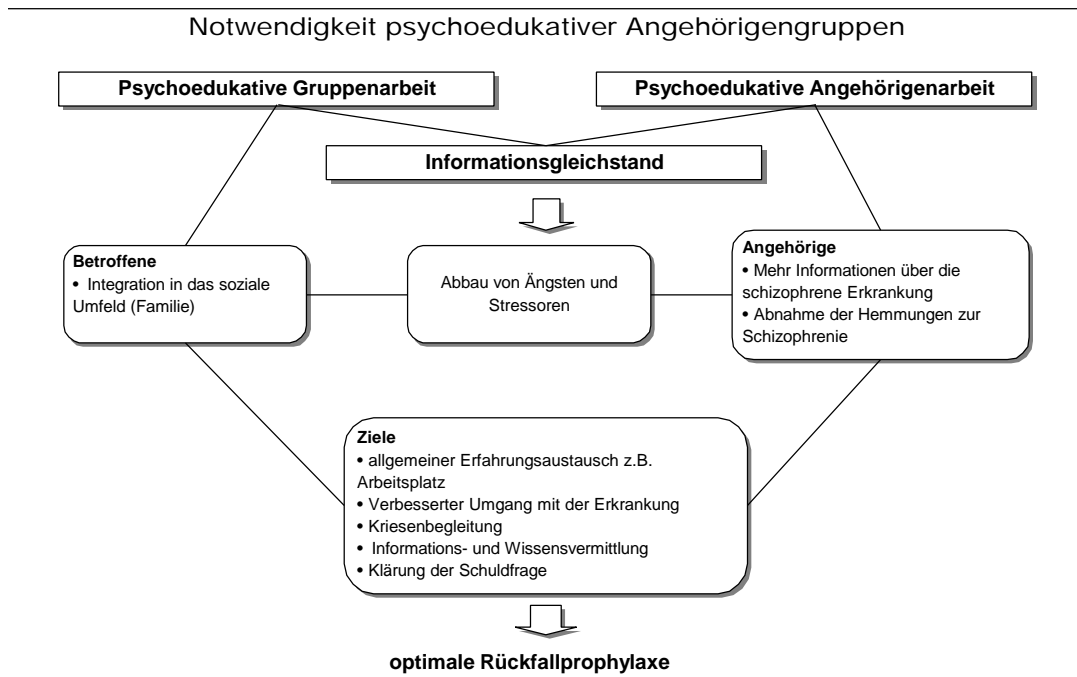
Der Wunsch der Angehörigen Betroffener schizophrener Erkrankter, mehr Informationen über diese Erkrankung zu bekommen, ist vorhanden und wird immer wieder deutlich. Erste Erfahrungen auf diesem Gebiet wurden auch schon gesammelt.

"Das haben wir auch schon gemacht, aber das war mehr zufällig. Wir haben das mal versucht Angehörigengruppen anzubieten, die dann parallel zu der Rückfallprophylaxe lief... Das war eine gute Erfahrung" (T.A.7).

Regelmäßige Psychoedukative Gruppenprogramme für Angehörige schizophrener Patienten wären eine effektive Ergänzung. Zum einen würde Seiten der Angehörigen und auf Seiten der Betroffenen ein Informationsgleichstand hinsichtlich des Wissens über die schizophrene Erkrankung erreicht. Zum anderen ist es eine Möglichkeit, den Betroffenen in sein jeweiliges Familiengefüge zu integrieren, was die meist bestehende zwischenmenschliche Hemmschwelle überwinden könnte. Außerdem würden Ängste, die meist zusätzliche Streßfaktoren bedeuten, sowie bestehende Vorurteile systematisch auf beiden Seiten abgebaut. Da der Angehörige einen neuen Wissensstand erhält, kann er möglichen Stressoren, die im täglichen Umfeld auftreten, zusätzlich entgegenwirken und somit kann eine Akutsituation vermieden werden.

In dieser Konstellation ist eine optimale Rückfallprophylaxe gewährleistet.

⁹¹ siehe ff Abb. Angehörigengruppen



6.10. GRUPPENARBEIT UND STUDIUM

Bei allen Befragten liegt das Studium schon einige Jahre hinter ihnen, so daß sie sich kaum an detailliertes Wissen erinnern können. Weiter wird ausgesagt, daß nicht alle den Schwerpunkt Psychiatrie hatte, so daß sie ihre Kenntnisse in der praktischen Arbeit erhalten haben.

"Ich glaube das auch wirkliche praktische Erfahrung dazu gehört. Ich glaube einfach während eines Seminars das hin zu bekommen ohne das auch zu erleben, da bin ich mir nicht sicher was das für einen Sinn macht" (T.A.5).

Außerdem kam hervor, das die Vermittlung von theoretischen Kenntnissen ohne praktische Erfahrung für die Tätigkeit des Moderators unzureichend sind.

"..., glaube ich das der frisch ausgebildeter Sozialarbeiter in der konkreten Gruppensituation des PEGASUS-Projektes kein gutes Gegenüber für die Leute ist, die im Prinzip im Laufe der Stunden sehr mit ihren persönlichen Erfahrungen beschäftigt sind. Wenn man selbst keine persönlichen Erfahrungen in der Alltagsarbeit gemacht hat mit Leuten, ist man ein schlechtes Gegenüber" (T.C.35).

Jedoch sollte die Schwerpunkte wichtiger Elemente die für die Arbeit als Moderator hilfreich sind, wie z.B. der Gesprächsführung, das Drei-Phasen-Modell von Ciompi, Sozialmanagement, besser verteilt werden.

"Aber die Gesprächsführung, die finde ich eigentlich möglichst viele Leute machen" (T.B.17).

Hilfreich waren außerdem die Kenntnisse im Umgang mit Medien und pädagogisches Handwerkszeug.

"Was mir geholfen hat war die Wissensvermittlung, pädagogisches Handwerkszeug, Umgang mit Medien z.B. im Umgang mit Gruppen, diese gruppenspezifischen Elemente und Grundlagen der Gesprächsführung" (T.F.55).

6.11. PEGASUS ZUR ALLGEMEINEN METHODENAUSBILDUNG/ERGÄNZUNG IM PSYCHIATRISCHEN BEREICH

Hier lassen sich zwei Positionen heraus stellen:

1. *"Ich denke das es ein fester Bestandteil werden sollte in der Moderatorenausbildung" (T.A.10).*

Differenziert wird die Aussage, daß für Leute die Bereich Psychiatrie tätig sind sehr nützlich wäre, wenn sie sich damit auseinander setzen.

"Wenn man Psychiatrie macht, ist es bestimmt sehr hilfreich, wenn man sich mit diesem Thema auseinander setzt... Wenn man diesen Schwerpunkt hat, sollten Krankheitsmodelle unbedingt vorkommen... Das fände ich sehr hilfreich" (T.D.30).

Dadurch das man eine intensive theoretische Ausbildung auf dem Weg zum Moderator geht, erhält man einen neuen Blickwinkel für die Arbeit.

"Das könnte durchaus ein Punkt sein in der Ausbildung z.B. zur Fachkrankenschwester von Psychiatrie oder in der Zusatzausbildung bei Sozialarbeitern oder Ärzten in der Psychiatrie. Es verändert die Sichtweise und den Arbeitsstil..." (T.F.50).

2. *"So der Punkt der Berufserfahrung ist wichtig...Man kann es nicht so in dem Sinne als Methode lernen. Der Umgang mit dem Gegenüber ist wichtig" (T.B.19).*

Der theoretische Rahmen des Projekts ist eine gute Ausgangsbasis für die Arbeit. Diese könne auch weiter vermittelt werden. Als ein weiterer Aspekt der dagegen spricht ist, daß ohne regionale Vernetzung dieses Projekt keinen Sinn ergibt.

"Ich glaube ich finde es wichtig, daß es in so einem Verbund angeboten wird. Es macht wenig Sinn, finde ich, wenn das ein Einzelner macht... und setzt sich hin und macht Therapiestunde" (T. E.41).

"..., wenn ganz viele Leute heraus gelöst von Arbeitszusammenhängen das machen, weiß ich nicht ob das so gut wäre für das PEGASUS-Projekt" (T.C.23).

Man konnte bei allen Interviewten einen guten Anklang der PEGASUS-Ausbildung feststellen. Jedoch lassen sich zwei Haltungen erkennen. Zum einen wird eine Ergänzung für wichtig und notwendig gehalten. Jedoch mit der Einschränkung, daß man in dem Bereich der Psychiatrie tätig sein sollte.

Zum anderen wird eine Moderatorenausbildung nur Berufstätigen empfohlen, die langjährige praktische Erfahrung in diesem Bereich haben. Die Praxis verändert die Sichtweise der Jenigen. Diese ist Voraussetzung für eine Moderatorenausbildung. Weiter

wird gesagt, daß das PEGSUS nur im Verbund seine optimale Tragweite erfährt. Heraus gelöst aus diesem Verbund macht es keinen Sinn.

6.12. NOTWENDIGKEIT ZUR EVALUATION

Alle Befragten vertraten den Standpunkt, das es wichtig wäre, das PEGASUS-Projekt zu evaluieren. Auf diesem Wege könnten die neusten Erkenntnisse der Schizophrenieforschung zusammengefaßt werden. So könnte die Methode an eine breitere Masse der Berufskollegen heran geführt werden, die da von noch nicht überzeugt sind, da sie keine brauchbaren Fakten in der Hand haben.

"Es ist insofern wichtig, daß die meisten Kollegen sich nur durch wissenschaftliche Ergebnisse beeindrucken lassen, um zu sehen, daß die Rückfälle geringer werden..., um auch Klarheit zu finden, was sich durch so ein Programm verändert" (T.F.57).

Ja klar, nur so kann das PEGASUS-Projekt aus den Kinderschuhen herauskommen und mehr Verbreitung finden und ernst genommen werden" (T.B.9).

6.13. WÜNSCHE UND ERWARTUNGEN FÜR DIE ZUKUNFT DES PEGASUS

Bei der Betrachtung dieses Punktes fiel auf, daß alle befragten Sozialarbeiter ähnliche bis identische Wünsche und Erwartungen an das PEGASUS-Projekt haben. Sie variieren im Umfang, unterscheiden sich jedoch nicht in den Basisantworten.

Das war ein sehr interessanter Aspekt, denn in der Regel unterscheiden sich Wünsche und Erwartungen zweier Menschen untereinander stark. Der Grund dafür könnte die klare Struktur des Projekts und deren Zielsetzung sein. Ziel ist die Befähigung des Betroffenen, sich mit seiner Erkrankung auseinander zu setzen, Strukturen zu erkennen, die erneute Krisen ausbrechen lassen um daraus veränderte Umgangsformen zu finden, die es ihm ermöglichen den Alltag verbessert zu bestehen.

Deutlich wurde der Wunsch hervorgehoben, daß ein Manual entwickelt wird, welches es erlaubt auch mit Angehörigen schizophrene erkrankter Menschen psychoedukativ zu arbeiten. Die sehr hohe Nachfrage auf Seiten der Angehörigen zeigt den Bedarf auf und macht den Nachholbedarf von qualifizierten Informationen deutlich. Ein weiterer Aspekt warum die Erweiterung des Programms auch für Angehörige wichtig wäre ist, daß auf diese Weise die nahe stehenden Bezugspersonen der Betroffenen mit

einbezogen werden und damit keine weitere Ausgrenzung einer der beiden Parteien geschieht.

"Ein Wunsch ist, daß ein Manual entwickelt wird, daß geeignet ist, auch mit anderen zu arbeiten. Weil wenn das nicht passiert, bleibt ein ganz wesentlicher Teil in dem Bezugsfeld des einzelnen psychisch Kranken ein bißchen außen vor" (T.C.26).

Ein weiterer Wunsch, der angesprochen wurde ist, daß man dieses Konzept auch im Hinblick auf andere Krankheitsbilder übertragen könnte. Auf diesem Weg könnte anderen Betroffenen einer bestimmte Erkrankung geholfen werden und das Konzept könnte langfristig bestehen. Es wurde das Krankheitsbild des Alkoholismus und die depressiven Erkrankung angesprochen.

"Ich könnte mir auch sehr gut vorstellen, daß andere Personengruppen mit ähnlichen Projekten ganz gute Möglichkeiten hätten weiterzukommen. Gerade die depressive Erkrankung.." (T.C.25).

"Und daß es auch unabhängig von Psychosen auf andere Erkrankung übertragen wird" (T.F.53).

Um das gewährleisten zu können ist eine dichte Vernetzung zwischen den einzelnen Einrichtungen Voraussetzung. Ohne dieses bestehende Vernetzungssystem wäre PEGASUS in der Form nicht möglich gewesen.

"Was ich auch ganz gut finde, diesen Verbund, den es hier in Bielefeld gibt..., daß da auch Kontinuität da ist, daß es als Basisangebot vorhanden ist" (T.E.33).

Um den Verbund weiter ausbauen zu können, ist es wichtig, daß sich beispielsweise Nervenärzte die sich noch nicht angegliedert haben dieses tun. Sie sind meistens diejenigen mit denen der Betroffene relativ schnell in Kontakt kommt.

"Daß sich vielleicht noch mehr Nervenärzte und so freie Praxen arbeiten sich daran beteiligen, weil wir im Grunde nur erreichen, die institutionell gebunden sind. Es gibt ja ganz viel Menschen mit schizophrenen Psychose, die nur nervenärztlicher Behandlung sind. Wenn da eine höhere Beteiligung wäre, wär das ganz hilfreich...Gerade für Menschen, die in ihrer Wohnung so vor sich hin leben und im Grunde dieses Netz nicht haben" (T.E.35).

Alle guten Wünsche und Erwartungen nützen nichts, wenn die Psychoedukative Gruppenarbeit von den örtlichen, rechtlichen Krankenkassen nicht anerkannt wird.

"Es wird immer schwieriger diese Gruppen zu finanzieren. Wir...sind bißchen pauschal finanziert worden...Jetzt wird zunehmend auf Einzelfallhilfe nach BSHG umgestellt. Das ist fragwürdig ob es über Eingliederungshilfe abrechenbar ist, da dies nicht zu ganz konkreten Betreuungspflichten gehört" (T.C.21).

Gesondert wurde von Herrn A. erwähnt, daß er sich "... einen ganz normalen Umgang mit diesem Konzept wünscht."

Das PEGASUS hat immer noch eine besondere Stellung im Verbundsystem. Diese resultiert jedoch daraus, daß es ein verhältnismäßig junges Projekt in diesem Gebiet ist. Weiter wurde von *Frau D.* der Wunsch geäußert, daß *"... es da nochmal eine Nachbefragung gibt und das daß ausgewertet wird (T.D.42)."*

7.1. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Bei der zusammenfassenden Betrachtung konnten folgende Gemeinsamkeiten und Unterschiede festgestellt werden:

Alle sechs Interviewten sind als SozialarbeiterInnen tätig und üben die Tätigkeit des Moderators in der Psychoedukativen Gruppenarbeit durch (PEGASUS-Projekt). Sie unterscheiden sich untereinander in den verschiedenen Arbeitsbereichen.

Ein weiterer Punkt, der in der Auswertung betrachtet wurde, ist die Stellung der SozialarbeiterInnen gegenüber Psychologen und Ärzten. Hierbei konnte ein typisches Rollenverhalten festgestellt werden, was sich in der Alltagsarbeit manifestiert hat. Es wird jedoch versucht, daß alle an der Gruppe teilnehmenden Moderatoren in einer gleichberechtigten Stellung sich gegenüber stehen.

Ursache für die klassische Rollenverteilung könnte die Sonderposition sein, die Ärzte und Psychologen im psychiatrischen Bereich bestimmt ist. Ein Pfeiler des PEGASUS-Projektes ist, ein gleichberechtigtes Klima zwischen Professionellen und Betroffenen herzustellen. Gleichberechtigt heißt in diesem Zusammenhang, daß keiner der Beteiligten eine "Sonderstellung" gegenüber einer anderen Person besitzt. Alle beteiligten Moderatoren- egal aus welchem Arbeitsbereich sie stammen- stehen auf gleicher Stufe.

Die Durchsetzung dieses Grundsatzes ist sicherlich mit einigen Schwierigkeiten verbunden. Wenn sich einmal ein bestimmtes Rollenverhalten eingespielt hat, bedarf es erheblicher Anstrengungen, um dieses wieder zu verändern. In der oben beschriebenen Auswertung wird dieses sichtbar.

Dieses eingeschliffene Rollenverhalten könnte mit ein Grund sein, warum Sozialarbeit gegenüber anderen Berufsgruppen weniger anerkannt ist. Da auch Sozialarbeit ihre Legitimation nach außen benötigt, schlägt sie relativ konsequent den therapeutischen Weg ein.

Dies soll keine negative Bewertung darstellen, denn die weitere Auswertung zeigt, daß sich beispielsweise die PEGASUS-Moderatorenausbildung positiv auf die Alltagsarbeit

des Sozialarbeiters niederschlägt. Komplikationen würde es an dem Punkt geben, wenn der Klient keinen noch "Nutzen" von der Sozialarbeit davon trägt.

Als positiv hat sich ein deutlicher Kompetenzvorsprung gegenüber den anderen oben angeführten Berufsgruppen erwiesen (Interview mit Herrn F.). Dieser liegt in dem pädagogischen Handwerkszeug.

In der Psychoedukativen Gruppenarbeit werden Informationen zum Thema der Schizophrenie mit pädagogischen Hilfsmitteln untermauert. Das Studium des Sozialarbeiters vermittelt Grundelemente methodisch und didaktischer pädagogischer Möglichkeiten. Man nennt das auch "methodisches Handeln". "Bei dem "methodischen Handeln" geht es um die Art und Weise, wie wir in irgendeinem Gebiet vorgehen, wie wir unsere Tätigkeit ordnen und an einem Ziel orientieren. Kurz: die Methode setzt eine Absicht um in einen Weg."⁹² Dies ist in eine Voraussetzung, die sich in der konkreten Gruppenarbeit positiv niederschlägt.

"Je konkreter die Ziele dabei formuliert sind, desto eher lassen sich daraus Folgerungen für die methodische Vorgehensweise ableiten."⁹³

Ein weiterer Punkt der in der Auswertung untersucht wurde, ist die "Stellung des Betroffenen gegenüber dem Professionellen".

Ausgangsbasis der Gruppenarbeit ist, daß der schizophrene Erkrankte durch den Verlauf seiner Erkrankung selbst zum Experten für diese herangereift ist. Der Betroffene steht als Experte für seine Erkrankung der Schizophrenie da und wird als solcher behandelt, integriert und akzeptiert.

Das heißt das der Betroffene über die Krankheitserfahrungen verfügt. Er hat sich im Laufe der Zeit einerseits durch anlesen von theoretischen Konzepten, andererseits durch seine Erfahrungen Hypothesen aufgestellt. Er ist derjenige, der die Erkrankung Tag für Tag trägt und damit einen Umgang gefunden hat. Eine Besonderheit in der Psychoedukativen Gruppenarbeit ist es, daß die Betroffenen gegenüber dem professionellen Helfer in keiner minderwertigen bzw. untergeordneten Rolle steht. Hinzu kommt, daß die TeilnehmerIn in keinem Betreuungsverhältnis zu einem der Professionellen steht. Man kann also hier von einer wirklichen Akzeptanz des psychisch Kranken sprechen. Er wird zum aktiven Partner im Gruppenprozeß. Das bedeutet eine Klarheit im Gruppenprozeß die im "Verhandeln statt Behandeln" liegt. Das heißt, das dem Betroffenen keine Verhaltensänderungen beispielsweise in der Einnahme von

⁹²Martin, 1992:117.

⁹³Martin, 1992:117.

Psychopharmaka aufgezwungen werden, sondern er wird über die positiven Wirkungen, sowie über Nebenwirkungen, wann es Sinn macht diese einzunehmen etc. aufgeklärt und beraten. In diesem Punkt gibt es ein hohes Maß an Nachholebedarf. Vor diesem Hintergrundwissen entscheidet der Betroffene eigenständig über sein Verhalten. Das ist für ihn eine ganz neue Situation. Diese bewirkt jedoch das Gefühl ernst genommen zu werden und bestärkt ihn in seiner Eigenverantwortlichkeit hinsichtlich seiner Erkrankung.

"Rückblickend wurde uns durch die Mitarbeit in der Gruppe bewußt, daß wir uns als professionelle ExpertInnen verstehen, die durchaus ein gewisses "Know how" einzubringen haben, die aber andererseits nur zusammen mit den Betroffenen, die selbst ExpertInnen für ihre Erkrankung sind, zu einer sinnvollen und individuellen Therapieplanung gelangen können."⁹⁴

Voraussetzung für die effektive Teilnahme an der Psychoedukativen Gruppenarbeit ist es, daß der Betroffene mindestens zwei akute Dekompensationen durchlebt hat, denn erst auf diesem Wege erhält der Betroffene seine Krankheitseinsicht. Der Versuch, den Betroffenen zu motivieren ist ineffektiv, solange er nicht selbst daran interessiert ist. Von Seiten des Professionellen ist es eine Voraussetzung, hinsichtlich der schizophrenen Erkrankung, daß man den eingeschlagenen Weg der Psychose des Betroffenen akzeptieren muß. Diese genannten Erfahrungen und Kenntnisse über die Erkrankung sind Ausgangspunkt für die Gruppenarbeit im PEGASUS-Projekt.

Der nächste Punkt ist das ganz zentrale und elementare Verlangen der Betroffenen, einen Sinn in der Psychose zu finden. Das Psychoseerleben stellt für denjenigen eine außerordentliche Situation dar. In dieser Situation ist er von einer noch größeren Verletzlichkeit geprägt, woraus sich schließen läßt, daß er auf bestimmte Situationen, Wahrnehmungen aus dem sozialen Umfeld etc. noch sensibler reagiert. In dieser akuten Phase besteht für den Betroffenen die Gefahr in eine psychiatrische Klinik eingewiesen zu werden. Damit werden sie aus der gewohnten Umgebung die Schutz bietet, herausgerissen. Viele TeilnehmernInnen haben zusätzlich einschneidende Erlebnisse in diesen Einrichtungen gemacht.

Es soll nicht der Sinn und Zweck der Gruppenarbeit sein, Krise auszuschalten oder sie zu bagatellisieren. Die Psychose soll als ein berechtigter Weg verstanden werden, einen bestimmten Lebensabschnitt zu begehen und eventuell daraus Möglichkeiten zu finden, für den weiteren Umgang.

⁹⁴Wienberg, 1995: 53.

"Deshalb kann ein derartiges "Überschnappen" paradoxerweise befreiend wirken; wie ein Gewitter entlädt sich darin eine lange aufgestaute, ins Unertägliche gewachsene untergründige Spannung im ganzen System plötzlich in spektakulärem Blitz und Donner. Kein Wunder, daß...in der Folge massive, sogenannte homöostatische Regulationsmechanismen wirksam werden können, die jede Rückkehr ins alte Regime verhindern oder erschweren."⁹⁵

Umgang bedeutet in diesem Zusammenhang, daß der Betroffene für sich selbständig versucht hat einen bzw. mehrere Wege zu finden. Welchen Weg er gewählt hat sei- es bewußt oder unbewußt- ist dahin gestellt. Wichtig ist, daß sich etwas getan hat und der Betroffene nicht zum Stillstand kommt. Man kann das auch mit einem Uhrwerk vergleichen, wenn dem Uhrwerk einmal das Öl verloren geht und es anfängt mit rosten, dauert es nicht lange , da kommt es zum Stillstand.

Weiter soll die Gruppe die Möglichkeit bieten, die erwähnten verletzenden Erfahrungen mit der Psychiatrie zu verarbeiten. Bei dem Betroffenen hat sich meist so viel Frust und Aggression angestaut, die es ihm meist nicht ermöglicht, einen unbeschwerten Umgang mit dem Thema und gegenüber Professionellen zu finden. Auf diesem Wege kann eine weitere Annäherung zwischen beiden Parteien geschaffen werden, welche die Beziehung patenschaftlicher macht.

Auch für die ModeratorenInnen ist es eine wichtig zu erfahren, was in einem Menschen mit einer Psychose vor sich geht. Die Psychoedukative Gruppenarbeit bietet hier für den Rahmen.

Ein weiteres Resultat der Erhebung war, daß der Sozialarbeiter/Sozialpädagoge in der Gruppenarbeit keine herausgehobene Rolle spielt. Vielmehr ist es so, daß durch die Gruppenarbeit Voraussetzung geschaffen werden, die eine verbesserte Arbeitsbasis außerhalb der Gruppe darstellt. Die Voraussetzung ist, daß der Betroffene durch das Erkennen seiner Eigenverantwortung mit verbessertem Handwerkszeug in den Betreuungsprozeß geht. Auf der Basis des Vulnerabilitäts-Streß-Modells von Luc Ciompi ist eine optimale Grundlage geschaffen wurden, um Krisenverläufe verbessert aufzuarbeiten, sowie krankheitsbedingte Problemstellungen mit gleichen Vorverständnis aufarbeiten zu können. Auf der Basis des patenschaftlich-kompetenten Umgangs beider Parteien können beide voneinander lernen.

⁹⁵Wienberg, 1995:59 zitiert nach Ciompi 1988 a, S. 334 .

Dadurch begibt sich der Betroffene nicht mißmutig in eine Betreuungssituation hinein. Dadurch ist eine günstige Basis für eine effektive Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Sozialarbeiter geschaffen.

"Die Erfahrung, die wir in der psychoedukativen Gruppenarbeit gemacht haben, wirken sich auch auf unseren beruflichen Alltag ... aus. Wir achten inzwischen mehr darauf, inhaltliche Fragen in Zusammenhang mit Psychosen und ihrer Behandlung anzubrechen und die Betroffenen zu ermutigen, stärker 'Frau/Mann zu im eigenen Haus' zu werden."⁹⁶

Oftmals ist es notwendig, daß ein Betroffener mehrmals die Gruppe durchläuft. Die Ansammlung von Informationen und die Wissensvermittlung sind so geballt, daß diese kaum in einem Durchgang zu bewältigen bzw. zu verarbeiten sind. Das erworbene Wissen soll ja im günstigsten Fall dazu führen, daß der schizophrene Erkrankte es in seinen Alltag bzw. in sein soziales Umfeld einfließen lassen kann.

Der Professioneller wie auch der Betroffene finden in der Gruppenarbeit eine gleiche Sprache, mit der sie sich verständigen können. Das heißt beispielsweise da beide Parteien das 3-Phasen-Modell von Luc Ciompi⁹⁷ vor Augen haben", kann bei krankheitsspezifischen Unklarheiten auf dieses Modell zurückgegriffen werden.

Eng mit dem eben geschilderten Punkt hängt die daraus resultierende Verbesserung der Lebensqualität zusammen.

Durch die Informationsweitergabe erhält der Betroffene eine Sensibilisierung für seine Erkrankung. Durch die Reflexion seines Alltags lernt er seine Stressoren zu erkennen. Daraus entwickelt er veränderte, angepaßtere Handlungsmöglichkeiten. Er erkennt seine Eigenverantwortlichkeit für seine Erkrankung. Diese spiegelt sich beispielsweise in der aktiven Auseinandersetzung mit dem behandelten Arzt und seiner Behandlungsmethoden wieder. Er spricht Probleme offen an und stellt sich damit der Situation. Seine Rolle des passiven Partners wandelt sich in eine Rolle des aktiven Partners um.

Diese gewonnene Eigenverantwortlichkeit über seine Erkrankung hat auch Auswirkungen auf die Arbeit zwischen SozialarbeiterIn und Betroffenen.

Damit dieses eben beschrieben sich überhaupt entwickeln kann, bedarf es eines funktionstüchtigen Rahmens. Die Psychoedukative Gruppe bildet einen geschlossenen Rahmen. Er vermittelt den TeilnehmerInnen das Gefühl der Sicherheit. Auf dieser Basis kann sich eine Vertrautheit entwickeln, die Arbeitsmöglichkeit schafft. Die

⁹⁶Wienberg, 1995:223.

TeilnehmerInnen können sich in diesem Rahmen öffnen und können sich gemeinsam mit dem ModeratorInn belastenden Lebenssituationen stellen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt die Gruppe bewirkt ist folgender: Kein Betroffener stellt eine Besonderheit dar. Alle stehen zueinander in einer gleichberechtigten Beziehung.

Hier kann man eine Gemeinsamkeit auch auf Seiten der ModeratorenInnen feststellen. Unabhängig von ihrem Berufsstatus stehen sie auch in einer gleichberechtigten Beziehung zueinander.

Die TeilnehmerInnen der Gruppe lernt sich im kleinem Rahmen zu behaupten. Dies fördert sein Selbstwertgefühl.

In der Gesamtheit kann man sagen, daß die Gruppe eine wichtige Voraussetzung schafft, damit der Betroffene sich aktiv mit seiner Umwelt auseinandersetzen und bestehen kann. Hier kann dann Sozialarbeit im Rahmen der Rehabilitation, sowie der integrierten Behandlung von chronisch psychisch Kranken tätig werden.

Es hat sich heraus kristallisiert, daß die Moderatorentätigkeit auch Auswirkung auf die sogenannte Alltagsarbeit hat. Der intensive Austauschcharakter der Gruppe bietet die Möglichkeit, Dinge des Alltags, die den Betroffenen beschäftigen, zu besprechen und daran zu arbeiten. Die Situation, in der sich die TeilnehmerIn der Gruppe, sowie die Moderatoren befinden, ist eine herausgehobene aus der normalen Betreuungssituation. Dadurch das sich beide in keiner Betreuungssituation zu einander befinden, ist eine ganz andere Arbeitsbasis möglich. Ein zweiter wichtiger Aspekt, der dieses begünstigend beeinflusst, ist das auf der eben genannten Basis den Moderatoren eher möglich ist, sich in ein Psychoseerleben hineinzusetzen. Als dritten Aspekt sei noch die Aufarbeitung von Krisenverläufen genannt, die nach Beendigung einer Gruppe verbessert möglich ist. Aber auch die Moderatoren untereinander stehen im engen Kontakt. Auf diese Weise erhalten sie einen Überblick, was für Einrichtungen im Verbund vorhanden sind und welche Ziele diese verfolgen.

Diese vier Aspekte wirken sich positiv auf die Alltagsarbeit des Sozialarbeiters aus. Sie erhalten ein verbessertes Verständnis für die Situation der Betroffenen erlangen. Das setzt allerdings bei allen Beteiligten ein Veränderung in ihrem Denken, sowie in ihrem Handeln voraus.

Den letzten Punkt, der in diesem ersten Teil der zusammenfassend betrachtet wurde, ist die Angehörigenarbeit. Er schließt in einer optimalen Perfektion den Rahmen.

Der Wunsch der Angehörigen, daß Psychoedukative Gruppenprogramme auch für Angehörige angeboten werden sollten, kam sehr deutlich hervor. Erste Erfahrungen wurden auch schon auf diesem Gebiet zu dem Zeitpunkt der Befragung gesammelt.

Es stellt sich nun die Frage, warum dieser Punkt von so besonderer Wichtigkeit ist. Lange Zeit war es so, daß nur die Angehörigen über die psychische Erkrankung etwas erfuhren und der eigentlich Betroffene außen vorblieb. Wenn nun nur die Betroffenen einen neuen, verbesserten Wissensstand und die daraus resultierenden Handlungsmöglichkeiten erhält, würde wieder ein Ungleichgewicht entstehen. Aus diesem Grund ist es wichtig, daß beide Seiten auf gleicher Ebene stehen.

Durch Psychoedukative Angehörigenprogramme kommt es zu einem Informationsgleichstand. Der Betroffene wird mit seiner Erkrankung in die Familie integriert, aber auch der Angehörige erhält Zutritt zu dem Krankheitsbild. Aufgrund seines verbesserten Wissenstandes kann der Betroffene, wie auch der Angehörige möglichen Stressoren aus dem sozialen Umfeld vorbeugen und damit eventuellen Akutsituationen ausschalten. Damit ist die Basis einer relativ optimalen Rückfallprophylaxe geschaffen.

Ein nicht zu unterschätzender Nebeneffekt wäre die Veränderung der Haltung zu psychischen Erkrankungen und speziell zur Schizophrenie über die "normalen" Grenzen der Betroffenen und ihren Angehörigen hinaus, so daß sich auch schrittweise Veränderung des Denken der allgemeinen Bevölkerung einstellt.

Ein weiterer Schwerpunkt der Auswertung war, ob das Studium günstige Voraussetzung geschaffen hat, um in die Gruppenarbeit einzusteigen.

Da bei allen Befragten das Studium schon einige Jahre her ist, konnte kaum einer auf Wissen zurückgreifen. Herr F. erwähnte positiv die Kenntnisse, die er im methodischen Umgang mit den Medien erhalten hatte. Diese wirken sich positiv auf die Arbeit als Moderator in der Gruppe.

Es hat sich deutlich heraus kristallisiert, daß theoretische Kenntnisse ohne die praktische Erfahrung nutzlos sind. Nur auf diesem Wege erhält man die Möglichkeit, wichtige Erfahrungen zu sammeln, die bei der eventuellen späteren Moderatorenarbeit unterstützend wirken könnten. Erfahrungen kann kein Lehrbuch und keine Vorlesung ersetzen, die muß jeder Mensch für sich erleben. Die Basis bietet das theoretische Hintergrundwissen, den Rahmen den Halt bietet die praktische Erfahrung.

Es stellte sich in diesem Zusammenhang heraus, daß Elemente wie die Gesprächsführung, das Case Management, sowie das Drei-Phasen-Modell von Ciompi hilfreich ist. In diesen Punkten wäre eine Integration in das Studium sinnvoll. Durch die Gesprächsführung beispielsweise erhält man wichtige Voraussetzung zur freien Rede.

Als zweites wurde der Punkt befragt, ob das PEGASUS-Projekt in die allgemeinen Methodenausbildungen der Psychiatrie integriert werden sollte. Hier traten zwei Positionen zum Vorschein.

Die erste vertrat den Standpunkt, daß für psychiatrisch Tätige eine Auseinandersetzung mit dem PEGASUS-Konzept daraus resultieren würde. Durch diese erhält der Professionelle einen veränderten Blickwinkel für seine Arbeit.

Der zweite ist der Standpunkt der Berufserfahrung Er spielt eine wesentliche Rolle. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für die Arbeit mit psychisch kranken Menschen.

Ein weiteres Kriterium ist die regionale Vernetzung. Darin sehe ich den Wert für die Behandlung und Rehabilitation chronisch psychisch Kranker im Rahmen des Verbundsystems des PEGASUS-Projektes.

Da die Mehrzahl der Berufskollegen lassen sich nur von stichhaltigen Argumenten bzw. wissenschaftlichen Ergebnissen überzeugen. Der zweite Grund warum eine Evaluationsstudie wichtig wäre, ist das auf diesem Wege dieses Thema einer breiteren Masse zugänglich gemacht wird und es damit eine weitere Verbreitung und eine hoffentlich baldige Etablierung des PEGASUS-Projektes ermöglicht.

Als vierten und letzten Punkt wurde nach den Wünschen und Erwartungen zum PEGASUS-Projekt gefragt. Es stellte sich heraus, daß sich alle sechs Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen sehr ähnliche Wünsche aufzeigten. Das war ist eine interessante Feststellung, da sich die Wünsche unterschiedlicher Personen häufig unterscheiden. Die Ursache dieses Phänomens liegt wahrscheinlich daran, daß das PEGASUS-Projekt eine klare Zielsetzung verfolgt und klaren gut nach vollziehbaren Strukturen unterliegt.

Das Konzept erhält ein noch unschätzbares Potential an Einsatzmöglichkeiten hinsichtlich des Einsatzes bei anderen Krankheitsbildern, wie beispielsweise dem Alkoholismus übertragen wird.

Jedoch als ersten Schritt sollte sich das Projekt bei allen Krankenkassen durchsetzen, um damit eine festen Etablierung im Verbundsystem zu ermöglichen. Das PEGASUS-Projekt gewinnt erst seine wirkliche Legitimation, sowie seine Effektivität im Verbundsystem.

DISKUSSION

Ziel meiner empirischen Arbeit war, die Bedeutung der Psychoedukativen Gruppenarbeit (PEGASUS-Projekt) im Rahmen der ambulanten Behandlung und Rehabilitation aus der Sicht der Sozialarbeit zu betrachten.

Die gewonnen Ergebnisse sollten mit schon bestehenden Ergebnissen an dieser Stelle in eine Gegenüberstellung gebracht werden. Jedoch besteht hier die Schwierigkeit, das aus der Sicht des Sozialarbeiters/Sozialpädagogen noch keine fundierten Ergebnisse in der Art vorliegen.

Es liegen Ergebnisse zu den einzelnen kognitiven Therapieprogrammen vor (vgl. 3.2. ff), sowie quantitative Untersuchungen von Herrn Wienberg, G., Bielefeld 1996 im Rahmen des PEGASUS-Projektes hinsichtlich der Wirksamkeit und des Nutzen des Therapieansatzes. Die Bewertung beschränkt sich auf eine Machbarkeits-Studie unter der Mithilfe eines Fragebogen. Daraus "... wurden Meinungen und Einstellungen von Patienten und Therapeuten erhoben, die Erfahrungen mit dem PEGASUS-Konzept gemacht haben."⁹⁷ Es läßt sich daraus schlußfolgern, daß die Sozialarbeiter/Sozialpädagogen nicht gesondert befragt wurden. Zum damaligem Zeitpunkt meiner Befragung, war diese Studie noch nicht abgeschlossen, so daß an diesem Punkt Zwischenergebnisse vorlagen, die mit in diese Arbeit eingeflossen sind.

Was hat mich dazu motiviert eine qualitative Erhebung mit Sozialarbeitern/Sozialpädagogen zu führen? Grundlage der Arbeit im PEGASUS-Projekt ist eine gleichberechtigte Beziehung sowohl zwischen TeilnehmernInnen und Professionellen, wie auch zwischen den Moderatoren/Inn untereinander. Das bedeutet, daß das Pflegepersonal- Arzt- Sozialarbeiter/Sozialpädagogen- Psychologe zueinander in keiner heraus gehobeneren Stellung stehen sollten.

Der "Grundstein der Bausubstanz" des PEGASUS-Projektes erschien mir jedoch von außen betrachtet als sehr effektiv. Hypothetisch gesehen habe ich mir die Frage gestellt, wo die Sozialarbeit/Sozialpädagogik für einen Platz einnehmen könnte. Sozialarbeit im eigentlichen Sinne, wird ganz offensichtlich nicht in der Gruppenarbeit praktiziert. Jedoch werden stabile Fundamente gelegt, die Auswirkung auf die Alltagsarbeit des Sozialarbeiters wie auch auf die Lebensqualität der TeilnehmerIn besitzt.

⁹⁷Wienberg, 1996: 8.

Ich möchte im folgendem Text auf einige wichtige Pfeiler, welche die Psychoedukative Gruppenarbeit bietet eingehen, um die Bedeutung der qualitativen Studie zu unterstreichen.

Die Psychoedukative Gruppenarbeit bietet eine Quelle, welche die Möglichkeit bietet, daß Betroffenen, sowie den Angehörige kompetente und verständige Antworten gegeben werden, auf die Fragen die sich hinsichtlich des Krankheitsbildes der Schizophrenie besitzen. "Psychoedukative Therapieansätze sind deshalb auch als ein Versuch zu verstehen, die Sprach- und Ratlosigkeit zu überwinden, die bis heute typisch dafür sind, wie psychiatrisch Tätige und Patienten mit dem sicherlich und komplexen Thema "Schizophrenie" umzugehen."⁹⁸

Basierend auf dem 3-Phasen-Modell bzw. dem Vulnerabilitäts-Streß-Coping-Modells findet die Psychoedukative Gruppenarbeit statt, d.h. das Modell schafft die Grundlage für die Gruppenarbeit. Dies bietet den Betroffenen wie auch den Moderatoren eine Möglichkeit an, die eine gemeinsame Erarbeitung des Krankheitsverständnisses, sowie eine Ausgangsbasis, die es ermöglicht Krisenverläufe aufzuarbeiten. Dies wirkt sich ganz entscheidend auf die Zusammenarbeit beider Parteien auf die folgende der Alltagsarbeit aus.

Zwischen Betroffenen und Moderatoren besteht ein intensiver Austauschcharakter der getragen wird von dem Grundsatz: "Verhandeln statt Behandeln". Der Betroffenen wird als vollwertiger Partner im Gruppenprozeß integriert. Das bedeutet, daß er ein Mitbestimmungsrecht bei der Einnahme von Medikamenten. Er lernt die Verantwortung über seine schizophrene Erkrankung zu übernehmen.

Durch den intensiven Austauschcharakter der Gruppenarbeit bekommt der Professionelle eine Sensibilisierung für das Psychoseerleben (vgl. 6.8.). Nur durch den Betroffenen kann er diese Erfahrung erhalten. Ein Außenstehender kann sich kaum in das Psychoseerleben hineinversetzen. Daraus entwickelt sich eine Basis, die durch ein neues Krankheitsverständnis getragen wird.

Mit dieser Haltung ist ein weiterer Schritt getan, um einen Wandlungsprozeß gegenüber psychisch kranken Menschen fortzusetzen.

Eine weitere nicht zu unterschätzende Rolle spielt die Gruppe als solches. In der Gruppe ist der Betroffene mit vielen anderen Mitbetroffenen zusammen. Er ist dazu gezwungen sich mit den anderen Teilnehmern auseinander zusetzen. Dadurch kann sich

⁹⁸vgl. Wienberg, 1995.

ein stabileres "Rückrat" entwickeln, daß für die "Meisterung" des Alltags hilfreich sein kann.

Das Bild des Sozialarbeiter als potentieller Helfer, rückt damit in den Hintergrund. Daraus kann das Bild eines professionellen Helfers entstehen. Er gibt unter Einbezug anderer Dienste bzw. professionelle Helfer, eine Hilfe zur Selbsthilfe.

Die Psychoedukative Gruppenarbeit ist eine uniforme Gruppentherapie. Untersuchungen belegen, daß eine bifokale Therapie effektiver hinsichtlich der Rückfallprophylaxe ist (vgl. 3.6.). Aus diesem Grund ist ein Konzept für die Angehörigen schizophrener Erkrankter unabdingbar. Das Konzept der Angehörigenarbeit war zu dem damaligen Zeitpunkt in Erprobung.

Zu unterscheiden hinsichtlich familientherapeutischen Konzepten die auf dem psychoedukativen Ansatz beruhen, ist das die Betroffenen und die Angehörigen in getrennten Gruppen zueinander behandelt werden. Der Vorteil dabei ist das beide Seiten sich mit ihren "Leidensgenossen" untereinander austauschen und arbeiten können. Gestärkt gehen sie dann mit dem gewonnenen Wissen in ihr soziales Umfeld zurück.

Betrachtet man die eben dargestellten Punkte, so lassen sich im Vergleich zu denen im Teil 1. dargestellten Therapieansätze (3.3.3./ 3.5.2.) folgende Gemeinsamkeiten aufzeigen.

Beide Ansätze zielen darauf ab, soziale Fertigkeiten durch kognitive/therapeutischen Techniken zu verbessern. Die Ansätze sind auf verschiedene Bereiche des täglichen Lebens gerichtet. Wenn ein Nichtgebrauch von sozialen Fertigkeiten durch eine Chronifizierung der Erkrankung entsteht, können diese verloren gehen (vgl. 3.5.2.). Um diesen vor bzw. entgegenzuwirken, ist ein Training sozialer Fertigkeiten nach Liberman (vgl. 3.3.3) für den weiteren Krankheitsverlauf günstig.

Im Vergleich zu den Ergebnissen der Qualitativen Erhebung (vgl. Kapitel 6), kann man positive Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen feststellen.

In der Psychoedukativen Gruppenarbeit (PEGASUS-Projekt), wird überwiegend auf dem kognitiven Aspekt mit den Teilnehmern gearbeitet. Zum Training sozialer Fertigkeiten kann man feststellen "... das Training sozialer Fertigkeiten (social problem solving-, social perception- und social cognition- Ansatz) therapeutische Techniken zur Verbesserung der sozialen Wahrnehmung, der Informationsverarbeitung, der Problemlösetraining und der interpersonellen Fertigkeit. Berücksichtigung findet dabei auch die durch kognitive Defizite schizophrener Erkrankter bedingte Limitierung

möglicher Lernvorgänge bei der Aneignung sozialer Fertigkeiten (Lieberman et al. 1993)."⁹⁹

Jedoch muß bei der Betrachtung dieser Ansätze beachtet werden, daß diese aus der Perspektive des Therapeuten geschah. Hier möchte ich den Wert der vorliegenden Arbeit unterstreichen. Sie ist eine Arbeit die aus der Sicht des Sozialarbeiters/Sozialpädagogen betrachtet wurde.

Die Arbeit soll Auswirkungen, welche die Psychoedukative Gruppenarbeit für die Alltagsarbeit des Sozialarbeiters in einem multiprofessionellen und multiinstitutionellen Therapieansatz, sowie Auswirkungen auf die Teilnehmer der Psychoedukativen Gruppenarbeit aufzeigen.

Außerdem soll sie ein Fundament für folgende Forschungsarbeiten liefern und eine Legitimation der Sozialarbeit im Forschungsbereich erzielen.

⁹⁹Böker, 1997:123.

ANHANG

LITERATURVERZEICHNIS

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.: Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken, Projekt 1994-1996.

ARBEITSHILFE FÜR DIE REHABILITATION PSYCHISCH KRANKER UND BEHINDERTER: Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 9.

BECHTER, K., Gestörte Krankheitsverarbeitung durch eigene Vorurteile bei Patienten mit schizophrenen Psychosen aus Psychiatrische Praxis 20, S.148- 151, New York 1993.

BERNLER, G./ JOHNSEN, L.: Psychosoziale Arbeit, Eine Praktische Theorie, 1996.

BRENNER, D./KIENZLE/ LIBERMANN,R.:Integrat Psychological Therapy for Schizophrenic Patient (IPT): II.Title, Seattle 1993.

BRENNER, H./ KRAEMER, S./ HERMANUTZ, G./ HODEL, B.: Cognitive treatment in schizophrenia, in STRAUBE, E. R./ HAHLOWEG, K.: Schizophrenia: Concepts, Vulnerability and Intervention, Berlin 1990.

BOCK,TH./ DERANDERS, J.E./ ESTER, I.: Stimmenreich, Mitteilungen aus dem Wahnsinn, Bonn 1992.

BOCK, TH./ WEIGAND, H.: Hand-werks-buch PSychiatrie, Bonn 1992.

BOONEN, M./ BOCKHORN, M.: Schizophreniebehandlung in der Familie aus Psychiatrisch Praxis 19, 1992.

BÖKER,W./ BRENNER.H. D unter Mitarbeit von ANDERS,K.:Behandlung schizophrener Psychosen.: Stuttgart 1997.

BÖKER, W./ BRENNER, H. D.: Bewältigung der Schizophrenie, Multidimensionale Konzepte, psychosoziale und kognitive Therapien und autoprotektive Anstrengungen, Bern 1985.

CASEY,F.J./ WILSON,L.:Ich bin viele, Reinbeck bei Hamburg, 1992.

CIOMPI, L.: Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt?- Argumente und Gegenargumente aus Neurologische Psychiatrie 48, S.237- 248, New Yourk 1980.

CIOMPI, L./ DAUERWALDER,H.P./ AGUE,C.: Das Pilotprojekt "Soteria Bern" zur Behandlung akut psychisch Kranker.I., Konzeptionelle Grundlagen, praktische Realisierung, klinische Erfahrung; Nervenarzt 62, 1991.

CLAUSEN,J./DRESLER,K.- D./EICHENBRENNER,I.:Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie. Eine Einführung, Freiburg im Breisgau 1996.

DÖRNER, K.: Neue Praxis braucht neue Theorie, Ökologische und andere Denkansätze für gemeinde psychiatrisches Handeln, 38. Gütersloher Fortbildungswoche 1986.

DÖRNER,K./ PLOG, U.: Irren ist menschlich, Lehrbuch der Psychiatrie/ Psychotherapie, 1.Aufl., Bonn 1996.

DÜRR, H./ HAHLOWEG, K.: Familienbetreuung bei schizophrenen Patienten: Analyse des Therapieverlaufes aus Klinische Psychologie 25 (1), S. 33- 46, Göttingen 1996.

FIEDLER,P/ NIEDERMEIER,T./ MUNDT,C.: Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten, Materialien für die therapeutische Gruppenarbeit mit Angehörigen und Familien, München; Weinheim 1986.

FISCHER-GESTEFELD,M./ HELL,D.: Schizophrenien Verständnisgrundlage und Orientierungshilfen, 2. neuerarbeitet Auflage, Berlin 1993.

GARZ,D./ KRAIMER,K. (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung; Konzepte, Methoden, Analysen, Opladen 1991.

HAHLWEG, K.: Familienbetreuung schizophrener Patienten, Ein verhaltensttherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe, Konzepte, Behandlungsanleitung und Materialien, München Weinheim 1995.

HEIDEN, W./ KRUMM, B./ MÜLLER, S./ WEBER, I., BIEHL, H./ SCHÄFER, M.: Mannheimer Langzeitstudie der Schizophrenie. Erste Ergebnisse zum Verlauf der Erkrankung über 14 Jahre nach stationärer Erstbehandlung aus Der Nervenarzt Hft. 66, S.820- 827, 11/1995.

HORNUNG, W. P./ HOLLE, R./ SCHULZE MÖNKING, H./ KLINGBERG, S./ BUCHBRENNER, G.: Psychoedukativ- psychotherapeutische Behandlung von schizophrenen Patienten und ihren Bezugspersonen. Ergebnisse einer 1-Jahres Katamnese aus Der Nervenarzt Hft. 66, S.828- 834, 11/ 1995.

KATERS, J./ LAWRENCE, H./ ROCKLAND, M.D.: Supportive Psychotherapy of the Schizophrenic Patient, Psychoeducation for Families aus American Journal of Psychotherapy, Volume 48, Number 4, Fall 1994.

KLIMITZ, H.: Psychoedukative Familienarbeit bei Schizophrenen- ein populäres Konzept? aus Psychiatrische Praxis 24, S. 110- 116, Stuttgart 1997.

KULENKAMPFF, C./ PICARD, W.: Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker, Ein internationaler Vergleich, Köln 1989.

KÜHNE, G.-E./ BRENNER, H. D./ HUBER, G.: Kognitive Therapie bei Schizophrenen, Jena 1990.

MNEK, S. Qualitative Sozialforschung, Bd.1, Methodologie, 1995.

LAMNEK, S.: Qualitative Sozialforschung, Bd. 2, Methoden und Techniken, Weinheim 1995.

MARTIN, E.: Didaktik der sozialpädagogischen Arbeit, Eine Einführung in die Problematik und Möglichkeiten, München 1992.

MAYRING, PH.: Einführung in die qualitative Sozialforschung, Weinheim 1993.

PENN, L./ KIM, PH. D./ MUESER, PH. D.: Leseart Update on the Psychosocial Treatment of Schizophrenie aus Am J Psychiatrie 153: 5, 5/1996.

RETERS, U. H.: Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie, München 1990.

RODER, V./ BRENNER, H.D./ KIENZLE, N./ HODEL, B.: IPT. Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten, Bern 1995.

RÖSSLER, W./ FÄTKENHEUER/ LÖFFLER/ W.: Forum der Psychiatrie, Soziale Rehabilitation Schizophrener, Modell Sozialpsychiatrischer Dienst, Stuttgart 1993.

RETZER, A.: Die Behandlung psychotischen Verhaltens, Heidelberg 1991.

RUFER, M.: Irrsinn Psychiatrie. Psychiatrisches Leiden ist eine Krankheit. Die Medizinalisierung abweichenden Verhaltens - ein Irrweg, Bern 1989.

SCHNYDER, U./ SAUVENT, J.-D.: Krisenintervention in der Psychiatrie, Bern 1992.

SCHREIBER, F.R.: Sybil Persönlichkeitsspaltung einer Frau, 3. Aufl., Frankfurt am Main 1984.

SCHÜTTLER, R.: Theorie und Praxis kognitiver Therapieverfahren, San Francisco 1996.

STARK, A.: Verhaltenstherapeutische Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten, Konzepte-Praxis- Perspektiven, Tübingen 1996.

THÜRINGER LANDESPSYCHIATRIEPLAN: Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit.

LIBERMAN, M. D.: Das Training sozialer Fertigkeiten, "Conceptions of Modern Psychiatrie", 1947.

WEDEKIND, R./ ENGLER, U./ STARKE, W.: Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/ psychosomatische Versorgung", Bd.228, Stuttgart 1991.

WIENBERG, G.: Schizophrenie zum Thema machen, Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen, Bonn 1995.

WIENBERG, G./ SCHÜNEMANN- WURMTHALER, S./ SIBUM, B.: Manual und Materialien zu Schizophrenie zum Thema machen, Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen/ PEGASUS.

WIENBERG, G.: Auszug aus Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv Erkrankten: Konzeption und erste Ergebnisse einer Nutzer- und Anwenderbefragung, Bielefeld.

ZENZ, H.: Die Rolle des Hedonischen im kognitiven Prozeß schizophrener Patienten, Günzburg/ Ulm 1990.

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich, daß ich die Diplomarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfaßt, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die Diplomarbeit hat keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Weimar, den 12.12.1997