

FACETTEN

Das Magazin des ZfP Südwürttemberg

Psychosen: Wenn nichts ist, wie es scheint



**Überblick: Ursachen,
Symptome, Therapien**

**Interview: Gemeinsame
Basis für die Behandlung**

**Reportage: Soteria –
gelebte Geborgenheit**



Youtube Stichworte: Facetten bewegt



In diesem Heft _

_ Auftakt

Therapie

Stigma

Angst

Halluzinationen

Wirklichkeit

Wahn

Antriebslosigkeit

Stimmen

Verunsicherung

Ich-Störung

Aggression

Vulnerabilität

Recovery

Rückzug

Schizophrenie

Psychosen. Wenn nichts ist, wie es scheint

- 4 _ Von wegen „gespalten“
- 6 _ Wenn nichts ist, wie es scheint
- 12 _ Zahlen, Daten, Fakten
- 13 _ In kleinen Schritten arbeiten
- 16 _ Gemeinsame Basis für die Behandlung
- 18 _ Nicht nur Schizophrenie
- 20 _ Psychosen in verschiedenen Lebensphasen
- 23 _ Hier laufen die Fäden zusammen
- 26 _ Die Symptome im Überblick
- 28 _ Soteria – gelebte Geborgenheit
- 31 _ So viel Unterstützung wie nötig
- 34 _ Mit Wissen gegen den Wahn
- 36 _ Psychosen und Drogenkonsum
- 38 _ Das Leben selbst gestalten
- 40 _ Bücher, Filme, Podcasts, Blogs
- 42 _ Information, Dialog und Recht
- 43 _ Gewinnspiel, Impressum



6 _ Wenn nichts ist, wie es scheint
Ursachen, Symptome, Therapien – eine Einführung
in ein komplexes Krankheitsbild.

28 _ Gelebte Geborgenheit
Die Soteria in Zwiefalten setzt bei der
Behandlung auf ein besonderes Milieu.



16 _ Interview: Gemeinsame Basis für die Behandlung
Welche Konsequenzen für die Behandlung bringt
fehlende Krankheitseinsicht mit sich?

Wie lebt es sich als Mensch, der an einer Psychose erkrankt ist? Wie sieht der Alltag eigentlich aus? Wie das Familien- und Arbeitsleben? Mit welchen Vorurteilen haben Betroffene zu kämpfen, was hilft ihnen medizinisch, was sozial? Wie überhaupt muss man es sich vorstellen, wenn das, was man denkt, fühlt und erlebt, einfach nicht zusammenpasst? Wenn das Erleben überlagert wird durch Wahrnehmungen, die alle anderen nicht haben? Und wie groß muss die Verunsicherung sein, wenn nichts ist, wie es scheint?

Für den Einstieg in diese Facetten-Ausgabe haben wir uns für Fragen entschieden. Es sind einige, aber natürlich längst nicht alle, die sich ergeben können, wenn einem das Thema Psychosen zum ersten Mal begegnet. Fragen sind bekanntlich immens wichtig, wenn neue Sachverhalte verstanden werden wollen. Und darum geht es letztlich, wenn über Schizophrenie und andere Psychose-Formen gesprochen wird: Verständnis aufzubringen für die unterschiedlichen Symptome, für die notwendigen Therapien und vor allem für die an einer Psychose erkrankten Menschen selbst, die eben keine „gespaltene“ Persönlichkeit haben, die nicht aus reiner Bosheit gewalttätig oder gar selbst schuld an ihrem „Irresein“ sind.

Seit mehr als 200 Jahren zählt die Behandlung von an Psychosen erkrankten Patientinnen und Patienten zum Kerngebiet der Psychiatrie. Mehrere zehntausend Menschen erkranken allein in Deutschland Jahr für Jahr an einer psychotischen Störung. Entsprechend sind in fast allen Bereichen des ZfP Südwürttemberg auch Psychose-Betroffene Ziel der vielfältigen therapeutischen Bemühungen. Und viele Vereine, Initiativen und Einrichtungen investieren Zeit und Energie in die Anti-Stigma-Arbeit. Dennoch scheint noch sehr viel Aufklärung vonnöten, damit Betroffene als das wahrgenommen werden, was sie sind: kranke Menschen, denen bestmöglich geholfen werden muss. Das mag traurig anmuten. Oder sogar erschreckend. Aber sicher nicht schizophoren.

Stefan Angele

Stefan Angele

Von wegen „gespalten“

Gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen bestehen so manche Vorurteile, die Stigmatisierung und Ausgrenzung zur Folge haben. Bei den Betroffenen führen sie oft zu Ängsten und sozialem Rückzug. Stigmata gefährden therapeutische Erfolge, belasten die Familien zusätzlich und behindern letztlich auch Fortschritte in der Psychiatrie. Besonders betroffen von solch pauschalen Vorurteilen sind Patientinnen und Patienten, die an einer schizophrenen oder affektiven Psychose leiden. Wir halten mit Fakten dagegen.

HABEN PSYCHOSE- BETROFFENE EINE „GESPALTENE“ PERSÖNLICHKEIT?

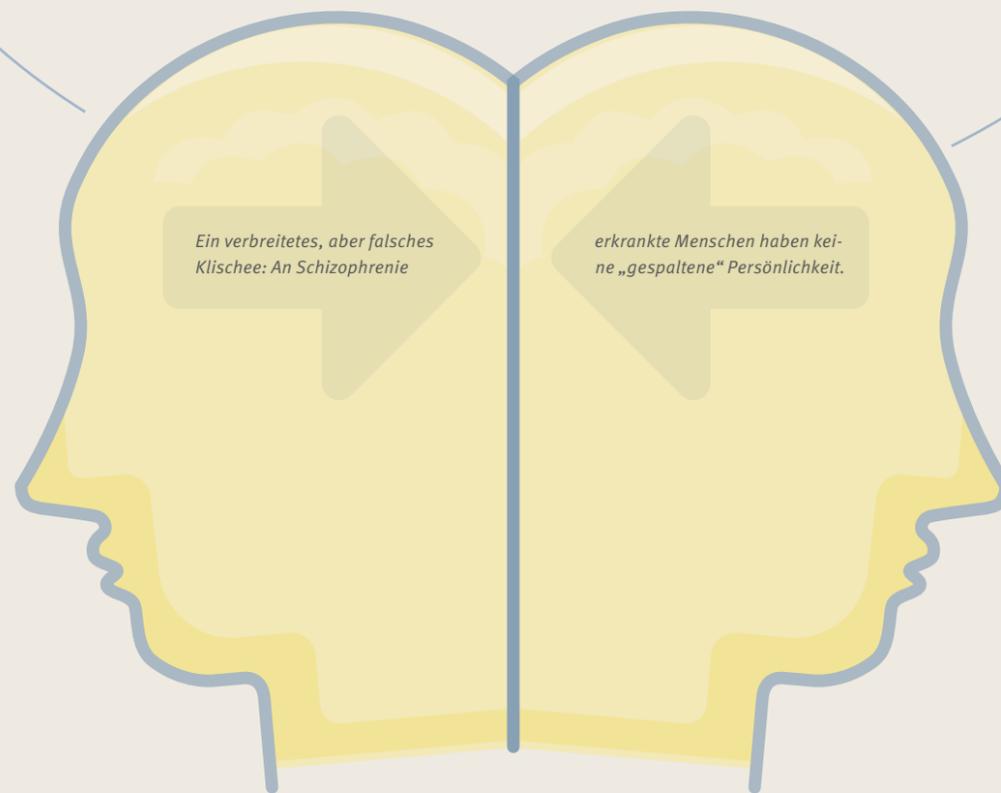
Fakt ist: Eine Schizophrenie als prototypische Form der psychotischen Störung ist keine „Persönlichkeitsspaltung“, sondern stellt eine tiefgreifende Störung der Wahrnehmung und des Denkens dar. Leitsymptome sind in erster Linie Halluzinationen sowie Wahnvorstellungen. Anders als der Ursprung des Begriffs (altgriechisch: „Spaltung der Seele, des Geistes“) vermuten lässt, entwickelt ein Mensch mit Schizophrenie aber nicht mehrere Persönlichkeiten. Dieser Mythos hält sich vermutlich auch wegen der häufig metaphorischen Verwendung des Begriffs für etwas Widersprüchliches.

SIND MENSCHEN, DIE AN EINER PSYCHOSE LEIDEN, GEWALTTÄTIG?

Fakt ist: Ausgelöst durch Halluzinationen und Wahnvorstellungen verhalten sich Psychose-Erkrankte tatsächlich manchmal feindselig und aggressiv, meist gegenüber Angehörigen oder Betreuenden und auch gegen sich selbst. Diese Gewalttätigkeit ist allerdings fast nie heimtückisch, sondern meist vorhersehbar. Psychose-erkrankte haben rein statistisch gesehen ein höheres Risiko, gewalttätig zu werden. Allerdings spielen bei diesen Gewalttaten zumeist Alkohol oder andere Drogen eine Rolle. Ohne solchen Suchtmittelkonsum kann das aggressive Verhalten bei entsprechender Therapie in der Regel zügig reduziert und langfristig nahezu vollständig vermieden werden.

Ansichten _

_ Ansichten



ENTSTEHEN PSYCHOSEN DURCH ILLEGALEN DROGENKONSUM?

Fakt ist: Das kommt in der Tat vor, trifft aber für die meisten psychotischen Erkrankungen nicht zu. Für Psychosen wie für psychische Störungen generell gilt: Die eine Ursache gibt es nicht. Vielmehr wird in der Regel von einem Zusammenwirken biologischer, psychischer und sozialer Faktoren ausgegangen. Deshalb gibt es alle Übergänge. In manchen Fällen kann die Einnahme von Drogen einen mehrere Tage dauernden hochpsychotischen Zustand auslösen, der wieder völlig abklingt. Das würde man als typische Drogenpsychose bezeichnen. In anderen Fällen ist Drogenkonsum eher ein Auslöser, aber sicher nicht die alleinige Ursache. Das gilt auch für Rückfälle.

SIND PSYCHOSE-PATIENTEN UNHEILBAR KRANK?

Fakt ist: Bei sekundären, also auf eine körperliche Ursache zurückzuführenden Psychosen sind Verlauf und Prognose von der Ursache abhängig. Also davon, ob die der Psychose zugrundeliegende Erkrankung behandelt werden kann oder ob beispielsweise ein Drogenmissbrauch, der zur Psychose führte, eingestellt wird. Und Besserungen bei chronischen Psychosen sind bei adäquater Behandlung ebenfalls möglich. Auch primäre Psychosen (solche, bei denen keine andere Ursache gefunden wird, zum Beispiel Schizophrenie) sind keine unheilbare Erkrankung, bei vielen Betroffenen nimmt sie richtig therapiert einen günstigen Verlauf. Typischerweise ist die Meinung der psychiatrischen Professionellen über die von ihnen behandelten Erkrankungen negativ verzerrt: Diejenigen mit ungünstigen Krankheitsverläufen sehen sie immer wieder; diejenigen, die deutlich besser oder gesundet sind und keine Behandlung mehr brauchen, sehen sie nicht mehr. Generell ist Heilung im Kontext psychischer Erkrankungen ein umstrittener Begriff, gemeinhin hat sich stattdessen das Konzept der Recovery etabliert.

Stigma stammt aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie Wundmal. Durch Stigmatisierung wird ein Mensch oder eine Gruppe auf ein einzelnes, hervorstechendes Merkmal hin negativ als etwas hervorgehoben, das auf eine unerwünschte Art und Weise anders ist als die Norm. Es handelt sich um eine pauschale Herabsetzung, die soziale Ausgrenzung und Diskriminierung zur Folge hat.

Wenn nichts ist, wie es scheint



Psychosen haben komplexe Ursachen und äußern sich in teils bizarren Symptomen. Denken, Fühlen und Verhalten der Betroffenen werden dabei grundlegend beeinflusst. Dies kann nicht nur Außenstehende, sondern auch die Erkrankten selbst stark verunsichern. Entsprechend langwierig sind oft die Verläufe. Psychotische Störungen sind eines der häufigsten psychischen Krankheitsbilder, dennoch gibt es viele Missverständnisse.



Veränderte Wahrnehmung: An einer Psychose erkrankte Menschen können unter anderem unter visuellen Sinnestäuschungen leiden.

Psychose ist ein Oberbegriff für tiefgreifende Störungen des Befindens und Erlebens. Diese geht einher mit einer Störung des Realitätsbezugs, unter-

» Bei einer psychotischen Störung ist das gesamte Gehirn und damit auch die gesamte Persönlichkeit betroffen.



scheidet sich aber deutlich von Störungen, die das Gehirn beeinträchtigen und nach und nach zerstören wie das beispielsweise bei Demenz der Fall ist. Eine Psychose ist im Unterschied dazu nicht chronisch fortschreitend, sondern sie fluktuiert stark: „Das bedeutet, dass die Menschen am einen Tag sehr beeinträchtigt sein können, und eine Woche später wieder ziemlich normal“, erklärt Prof. Dr. Tilman Steinert, Leiter des Zentralbereichs Forschung und Lehre im ZfP Südwürttemberg.

Bei einer psychotischen Störung ist das gesamte Gehirn und damit auch die gesamte Persönlichkeit betroffen. „In gewisser Weise ist es auch eine soziale Funktionsstörung der schwereren Art“,

erklärt Steinert. Denn: Sowohl das Denken und Fühlen als auch das Verhalten werden beeinflusst – dementsprechend äußert sich eine Psychose unter Umständen in allen Bereichen des Lebens. „Besonders deutlich in Erscheinung tretende Symptome, womit Betroffene natürlich auffallen, sind Wahnvorstellungen und Halluzinationen – letztere zumeist in Form des Hörens von Stimmen.“

Darüber hinaus gebe es weitere Symptome, die sich unterscheiden lassen bezüglich eines Zuviel oder eines Zuwenig von etwas: „Zu wenig Antrieb etwa, oder übertriebene Emotionen, zu viel Erregung.“ Die Verhaltensaüßerungen passen dann nicht zur Situation, in der sich die Person gerade befindet. Das Zuviel und das Zuwenig wechseln sich meistens ab, wobei das Zuwenig, also die sogenannte Negativsymptomatik, in der Regel vom Zeitlichen her gesehen überwiege. „Aber das ist je nach Einzelfall sehr unterschiedlich.“

Eine tiefgreifende Erschütterung

Eine Psychose löse bei den Betroffenen eine große Verunsicherung aus, so Steinert weiter: „Wenn man realisiert, dass man manchmal sich selbst nicht trauen und sich nicht auf seine eigenen Gedanken und Wahrnehmungen verlassen kann, stellt das eine tiefgreifende Erschütterung dar.“ In der Regel führe dies auch zu einer Selbststigmatisierung, die zur Stigmatisierung durch andere, welche Psychose-Patienten ohnehin oft erleben, noch hinzukommt. „Dabei gibt es oft ein Bedürfnis, es zu verleugnen, um eben dieser Selbststigmatisierung zu entgehen, was das Umfeld dann wiederum als fehlende Krankheitseinsicht wahrnimmt.“





Titelthema _



Gefühlte Gefahr: Manche Psychose-Patienten sind überzeugt davon, dass sie von anderen bedroht oder zu bestimmten Handlungen gezwungen werden.

_ Titelthema



Verschwommenes Denken: Betroffene haben oftmals mit Zerrahrenheit und dem plötzlichen Abreißen von Gedanken zu kämpfen.



Es sei für viele Betroffene schwer zu ertragen, sich bewusst zu machen, dass man beispielweise letzten Monat felsenfest von Dingen überzeugt war, die ganz offensichtlich falsch sind. Dies führe zu der Frage: „Wie weiß ich, ob ich auf der richtigen Spur bin, und wie erkenne ich die falsche?“ Während viele Patientinnen und Patienten in nicht-psychotischen Phasen durchaus in der Lage sind, ihre Erkrankung zu reflektieren, gehe in den akuten Episoden zumeist jegliche Kritikfähigkeit verloren. „Die falsche Überzeugung, welche sie sich einbilden, ist dann unumstößlich – eben das ist das Merkmal von Wahnvorstellungen.“

» Die Vernetzung der einzelnen Gehirnfunktionen untereinander ist gestört.



Genetische und weitere Faktoren

Bezüglich der Ursachen für psychotische Störungen wird in der Regel von einem Zusammenwirken mehrerer Faktoren aus ganz unterschiedlichen Lebensbereichen ausgegangen. Steinert: „Es gibt deutlich ausgeprägte genetische Faktoren. Wobei es nicht das Schizophren-Gen gibt, sondern eine große Vielzahl an Risiko-Genen, die in der Bevölkerung sehr weit verbreitet sind, und es im Einzelfall dann darauf ankommt, welche und wie viele davon in welcher Kombination vorliegen.“ Ein weiterer Faktor seien geburtsnahe Schädigungen des Gehirns, die also im Laufe der Schwangerschaft oder während der Geburt geschehen. Auf hirnpathologischer Ebene spreche man auch von einem „Dyskonnektivitäts-Syndrom“: „Weil die Vernetzung der einzelnen Gehirnfunktionen untereinander gestört ist.“

Außerdem spielen dem Experten zufolge negative Kindheits-erfahrungen wie körperliche oder seelische Traumata – ausgelöst etwa durch sexuellen Missbrauch – eine nicht unwesentliche Rolle. Auch löse häufig der Konsum von Cannabis Psychosen aus. „Alles in ungefähr der gleichen Größenordnung“, weiß Steinert. „Wenn mehrere dieser Faktoren im Einzelfall zusammenkommen und die Betroffenen darüber hinaus in wenig Halt gebenden sozialen Strukturen aufwachsen, sie das Gefühl haben, dass alle gegen einen sind, und über sie vielleicht tatsächlich schlecht gesprochen wird, als Ausgangspunkt für Wahnvorstellungen, dann ist das Erkrankungsrisiko natürlich erhöht.“

Die Summe aller Risikofaktoren werde mit dem Begriff Vulnerabilität, wörtlich Verletzlichkeit, beschrieben. „Dies drückt die individuelle Wahrscheinlichkeit aus, an einer Psychose zu erkranken, sagt aber nichts darüber aus, wie die Krankheit letztlich entsteht.“ Emotionaler Stress beispielsweise kann bei erhöhter Verletzlichkeit für einen Rückfall sorgen, ist aber nie die alleinige Ursache einer Psychose.

Ein gut nachvollziehbares Beispiel dafür sei der Konsum von Cannabis oder stimulierenden Drogen wie etwa Amphetaminen, die bei manchen Konsumenten dann zufällig auf eine genetische Disposition treffen, bei der diese Substanzen im Gehirn nur schlecht beziehungsweise sehr langsam abgebaut werden. In Verbindung mit anderen Anlage- oder Stressfaktoren könne dann eine Psychose entstehen. Steinert: „Und welche genetische Enzymvariante man hat, weiß man natürlich normalerweise nicht.“

Schizophrenie als Kerngruppe

Die Kerngruppe der Psychosen wird als Schizophrenie bezeichnet. „Diese ist der Definition nach immer dann gegeben, wenn Drogen oder andere körperliche Ursachen wie eine Gehirnentzündung ausgeschlossen werden können und

wenn die Störung über eine längere Zeit anhält“, erläutert Steinert. Es handle sich somit um ein Muster an typischen Symptomen, von denen zumindest einige persistierend, also andauernd vorhanden sind. „Alle anderen Psychose-Typen sind quasi unvollständige Formen, bei denen diese oder jene Symptomatik nicht zutage tritt.“ In der Fachwelt gebe es indes keine Einigkeit bei der Frage, was die Kernsymptomatik der Psychose darstellt: Die einen sehen den kleinsten gemeinsamen Nenner eher in den Wahnvorstellungen und Halluzinationen, andere in den subtilen Entgleisungen der Denkvorgänge. Steinert: „Tatsache ist, dass es beides gibt und dass beides auch typischerweise bei Psychosen vorhanden ist.“

Der Begriff Schizophrenie setzt sich aus den altgriechischen Wörtern schizein (abspalten) und phrēn (Seele) zusammen. Aus heutiger Sicht ist der Begriff mindestens unglücklich, da er fälschlicherweise suggeriert, dass Betroffene eine „Persönlichkeitsspaltung“ haben oder auf irgendeine andere Weise „gespalten“ sind. Zu diesem Missverstehen trägt Steinert

Bei psychotischen Erkrankungen spielt die Pharmakotherapie eine große Rolle. Alle eingesetzten Antipsychotika wirken ähnlich: Sie blockieren Dopamin-Rezeptoren in den Synapsen des Gehirns. Von außen betrachtet wirkt sich das so aus, dass sie Denkprozesse strukturieren und die Wahrnehmung ordnen helfen. Bei der Wahl der Medikamente kommt den Nebenwirkungen eine große Bedeutung zu, da diese individuell sehr unterschiedlich ausfallen und von Bewegungsstörungen über Stoffwechselstörungen bis hin zur Schädigung von Blutzellen reichen können.



Prof. Dr. Tilman Steinert
ist Leiter des Zentralbereichs Forschung und Lehre, Ärztlicher Leiter der Klinik I – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Mitglied der Geschäftsleitung des ZFP Südwürttemberg.



Unter Kontrolle: Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind, fühlen sich zum Beispiel unter ständiger Beobachtung oder glauben, dass sie durch einen implantierten Mikrochip fremdgesteuert werden.

Titelthema _



Titelthema

glossar

Was genau bedeutet eigentlich ...

zufolge nicht zuletzt auch die metaphorische Verwendung des Begriffs bei, denn in den Medien werde „schizophren“ sehr häufig einfach im Sinne von „widersprüchlich“ genutzt: „Das hat sich im Sprachgebrauch so eingebürgert, diskriminiert aber jene Menschen, die unter dieser Erkrankung leiden.“



» —————
Männer und Frauen sind in etwa gleich häufig betroffen.



Generell sei die mit der Diagnose Schizophrenie einhergehende Stigmatisierung ein großes Problem, weshalb es auch Bestrebungen gebe, die Begrifflichkeit nicht mehr zu verwenden. „Schon vor einigen Jahren gab es Untersuchungen in führenden deutschen Medien, welche ergaben, dass der überwiegende Teil der Artikel, in denen die Wörter Schizophrenie oder schizophren vorkamen, sich nicht mit dem Krankheitsbild, sondern mit Politik und anderen gesellschaftlichen Sachverhalten befassen.“ In Japan etwa wurde der Begriff „Schizophrenie“ offiziell abgeschafft und durch ein neues Wort ersetzt. Anders als Schizophrenie sei „Psychose“ ein Begriff, den auch Betroffene häufig gut akzeptieren können.

30 Prozent chronische Verläufe

Psychosen treten in der Regel zwischen der Pubertät und dem 30. Lebensjahr erstmalig auf. Männer und Frauen sind in etwa gleich häufig betroffen. Männer erkranken allerdings durchschnittlich drei bis vier Jahre früher. „Während die Wahr-

scheinlichkeit bei Männern ab mittlerem Alter sehr gering ist, noch an einer Psychose zu erkranken, kommt es bei Frauen in der zweiten Lebenshälfte noch einmal zu einem zweiten Häufigkeitsgipfel.“ Die Krankheit verlaufe meistens episodisch, erklärt Steinert. Eine große Rolle spiele dabei natürlich auch die Behandlung, welche die Phasen mit akuten Symptomen (nicht selten nach Weglassen der Medikamente) oft nach einigen Wochen wieder beenden könne. In der Ära vor der Einführung der antipsychotischen Medikamente in den 1950er-Jahren des 20. Jahrhunderts waren dagegen chronische Verläufe mit schweren Behinderungen und dauerhafter Anstaltsunterbringung sehr häufig.

Etwa ein Fünftel der Erkrankten bleibt nach einer einmaligen Krankheitsperiode auch ohne weitere Medikamenteneinnahme dauerhaft gesund. Bei einem Drittel der Betroffenen nimmt die Krankheit einen eher ungünstigen, chronischen Verlauf mit dauerhaften Beeinträchtigungen. Bei den übrigen Betroffenen ist der Verlauf wechselhaft mit weiteren Krankheitsepisoden, aber auch weitgehend unbeeinträchtigten Phasen. Die meisten werden allerdings vorzeitig erwerbsunfähig. Das Hören von Stimmen ist eine sehr häufige Begleiterscheinung bei Psychosen und kommt in unterschiedlicher Ausprägung vor: „Das reicht von der Wahrnehmung einer inneren Stimme bis hin dazu, dass Betroffene überzeugt davon sind, andere Menschen reden zu hören.“ In entsprechenden Studien sei es mithilfe von funktioneller Kernspintomographie ersichtlich geworden, dass dabei die Hörrinde im Gehirn aktiviert wird. „Und das interessanterweise sogar auch bei Psychose-Patienten mit angeborener Taubheit.“ Ebenso häufig sind Wahnvorstellungen, die vom einfachen Verfolgungswahn über bizarre Vorstellungen, die eigenen Gedanken würden über eingebaute



In der Medizingeschichte des Krankheitsbilds der Psychosen, welche sehr stark in der deutschsprachigen Psychiatrie verortet ist, können zwei wesentliche Marksteine genannt werden. Emil Kraepelin beschrieb 1896 erstmals die zwei großen Formen der „endogenen“ psychischen Erkrankungen: das episodische „manisch-depressive Irresein“ und die fortschreitende „Dementia praecox“ (deutsch: vorzeitige Demenz). Der zweite große Schritt ist verbunden mit dem Namen Eugen Bleuler, der 1911 in Zürich den damals fortschrittlichen Begriff der Schizophrenie formte und sich damit abhob von Kraepelins Vorstellung, es handle sich bei Psychosen um eine Art fortschreitender Demenz.

Sender manipuliert, bis zu komplexen Wahn-systemen reichen, die eine ganz eigene Realität schaffen.

Beobachtungen und Gespräche



Wie fast alle psychiatrischen Diagnosen erfolgt auch jene einer Psychose klinisch. Das heißt: Es gibt keinen Apparat, der die Diagnose ausspuckt, und auch kein Testverfahren und keinen Fragebogen. Steinert: „Eine klinische Diagnose ist das Ergebnis einer Gesamtschau aus den Wahrnehmungen des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin, der Eindrücke und Beobachtungen aus den Gesprächen, und dem, was über die Vorgeschichte des Patienten in Erfahrung zu bringen ist.“ Labortests oder apparative Untersuchungen wie beispielsweise die Kernspintomographie dienen darüber hinaus meistens nur dazu, andere Erkrankungen als Ursache auszuschließen.

Sei es auf den Stationen der Allgemeinpsychiatrie, in den Institutsambulanzen, in den Werkstätten oder im Betreuten Wohnen: In vielen Bereichen des ZfP Südwürttemberg haben es die Mitarbeitenden auch mit Psychose-Patient*innen zu tun. Je nach Schweregrad der psychotischen Erkrankung und des allgemeinen Zustands der Betroffenen werden diese kurzzeitig ambulant oder dauerhaft betreut. „Eine stationäre Aufnahme erfolgt in der Regel dann, wenn eine Selbst- oder Fremdgefährdung besteht“, erläutert Steinert. In den meisten Fällen erfolge eine medikamentöse Behandlung, ergänzt durch psycho- und soziotherapeutische Angebote. **1**

Text: Stefan Angele
Fotos: Ernst Fessler, pixabay

— Wahnvorstellungen

Eine Wahnvorstellung ist eine unangemessene beziehungsweise falsche Interpretation der Umwelt, also eine Fehlbeurteilung der Realität, bei der sich die Betroffenen aber ganz sicher sind, dass sie real ist. Zum Beispiel fühlen sie sich verfolgt oder bedroht, ohne dass es objektive Beweise dafür gibt.

— Halluzinationen

Halluzinationen (lateinisch: „Träumereien“) sind Trugwahrnehmungen, für die es keine nachweisbaren äußerlichen Reize gibt. Sie gehören zu den bekanntesten psychischen Symptomen. Diese Form der Sinnestäuschung kommt für alle Sinnesorgane vor: Manche hören Stimmen, ohne dass jemand spricht, andere wiederum sehen Menschen, die gar nicht anwesend sind.

— Denkstörungen

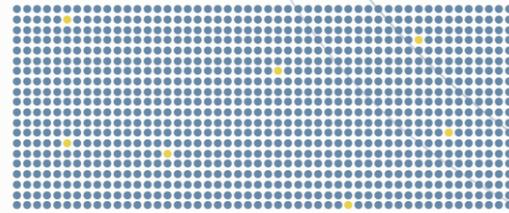
Es wird unterschieden zwischen inhaltlichen und formalen Denkstörungen. Während unter anderem Wahnvorstellungen eine inhaltliche Denkstörung darstellen, beziehen sich formale Denkstörungen auf den Ablauf der Gedanken, der beispielsweise verlangsamt oder zerfahren ist. Betroffene zeigen etwa eine deutliche Gedankenarmut, denken auf sehr umständliche Weise oder erfinden ständig neue Wörter.

— Recovery

Recovery ist ein Konzept, das bei psychischen Störungen, aber auch bei Suchtkrankheiten zum Tragen kommt. Es hebt das Genesungspotenzial der Betroffenen hervor. Der englische Begriff hat sich auch im deutschen Sprachgebrauch etabliert, während die wörtliche Übersetzung mit „Heilung“ für viele unpassend religiös aufgeladen klingt und auch inhaltlich nicht stimmig ist. Recovery bedeutet nicht unbedingt vollständige Gesundung, was für viele Betroffene ein unerreichbares Ziel wäre, sondern das Sich-Aussöhnen mit den Folgen der Erkrankung und die Bewältigung in einer sinnstiftenden Lebensführung.

Zahlen, Daten, Fakten.

Circa **7 von 1000** Menschen in der Bevölkerung erkranken im Lauf ihres Lebens einmal an einer schizophrenen Psychose – in Deutschland sind dies rund **700.000**, weltweit **60 Millionen** Menschen. Der Anteil von Menschen, die an sonstigen, beispielsweise durch Drogen ausgelösten Psychosen erkranken, ist deutlich höher.



Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt bei Männern bei **22 Jahren**, bei Frauen bei **27 Jahren**.

Schon einige Jahre vor der Diagnose verändern sich oft Stimmung, Erleben und Verhalten. Betroffene ziehen sich von Familie und Freunden zurück, neigen zum Grübeln, die Leistungsfähigkeit nimmt ab.



Die Behandlung besteht im Wesentlichen aus 3 Bausteinen:

- Arzneimitteltherapie**
- Psychotherapie**
- Gemeindepsychiatrische Hilfen**



Die Weltgesundheitsorganisation **WHO** stuft Psychosen als weltweit eine der teuersten Erkrankungen ein. Die Gründe sind ihre Häufigkeit, der oft chronische Verlauf und die Beeinträchtigung der Fähigkeit zu selbstständigem Leben.

Ungefähr **20 Prozent** der Betroffenen erleben nur eine einmalige psychotische Episode. Bei **80 Prozent** kommt es zu mindestens einer erneuten Krankheitsphase.



Die Suizidrate bei Menschen mit Schizophrenie beträgt rund **10 Prozent**.

Das Risiko einer erneuten Krankheitsphase innerhalb eines Jahres liegt **ohne antipsychotische Medikamente** bei circa 70 Prozent, **mit der Einnahme solcher Medikamente** bei circa 30 Prozent.

In kleinen Schritten arbeiten



Eine psychotische Erkrankung bedeutet für Betroffene oft Einschränkungen im täglichen Leben. Nicht immer ist eine stationäre Therapie nötig. Wenn Erkrankte wie Markus F.* gut begleitet werden, ist auch eine ambulante Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz möglich. Ziel ist es, ein eigenständiges Leben zu führen.

Markus F. leidet seit mehreren Jahren an einer Schizophrenie und wird in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) des ZFP Südwürttemberg in Riedlingen behandelt. Er befindet sich zurzeit in einem stabilen Zustand, berichtet Psychiaterin Dr. Susanne Kliebhan. „Er ist gut mit Medikamenten eingestellt, alle vier Wochen kommt er hier in die Ambulanz zu Gesprächsterminen“, sagt die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Vor der PIA-Behandlung war der 35-Jährige über Jahre hinweg schon mehrmals stationär in einer psychiatrischen Klinik. Über diese Zeit und die Jahre zuvor spricht er aber nicht gerne. Er lebt mit seiner Mutter zusammen in der Nähe von Riedlingen.

Alleine leben könnte der Betroffene derzeit wahrscheinlich nicht, vermutet Kliebhan. „Der junge Mann ist nicht mehr arbeitsfähig und lebt von einer vorzeitigen Rente, außerdem hat er eine gesetzliche Betreuung.“ Wie sich die Schizophrenie bei Markus F. äußert? Seine Gedanken sind geprägt von starkem Misstrauen. „Er hat einen ausgeprägten Wahn bezüglich Männern. Er kann keine anderen Männer leiden und denkt, sie wollen ihm Böses“, erklärt die Ärztin. Ob der Erkrankte dies als Stimmen hört oder ob er die herabwürdigenden Gedanken als Vorstellung hat, sei nicht ganz klar. Wegen der Männer-Problematik wollte Markus F. ausdrücklich eine Frau als gesetzliche Betreuung und eine Therapeutin.

In einer Psychiatrischen Institutsambulanz werden Menschen mit Psychosen verschiedene Therapieelemente angeboten.





Die ambulante Behandlung hilft Betroffenen, in einen strukturierteren Alltag zu finden und mit ihrer Erkrankung umzugehen.

Zur PIA in Riedlingen kam der Betroffene nach einem mehrwöchigen Klinikaufenthalt in der Allgemeinpsychiatrie des ZfP am Standort Bad Schussenried. Er stabilisierte sich dort und wurde medikamentös gut eingestellt. Deshalb wurde er in der Riedlinger Ambulanz zur Weiterbehandlung angemeldet. Das einstündige Aufnahmegespräch in der PIA hatte er damals schon mit seiner aktuellen Psychiaterin Dr. Susanne Kliebhan. Derzeit finden alle vier Wochen Gesprächstermine statt, zusätzlich gibt es regelmäßig Termine zur Blutabnahme. Normalerweise dauern die Gespräche etwa eine halbe Stunde. Dies sei abhängig von der jeweiligen Situation und den akuten Problemen der Betroffenen. „Wenn jemand Suizidgedanken hat oder große Konflikte im Umfeld vorliegen, müssen die Termine öfter stattfinden oder es kann auch eine stationäre Behandlung nötig werden“, erläutert Kliebhan.

Wenn der Verdacht besteht, dass die Medikamente nicht regelmäßig eingenommen werden, würde der oder die Erkrankte auch öfter einbestellt werden und der Medikamentenspiegel im Blut würde bestimmt werden. Das ist bei Markus F. zwar nicht der Fall, jedoch akzeptiert er seine Krankheit nicht: „Wie es leider oft vorkommt, fehlt ihm die Krankheitseinsicht“, beschreibt die Psychiaterin ihren Patienten. Auf seine Diagnose angesprochen, würde er entgegnen: „Mir geht es schlecht, aber ich habe diese Krankheit nicht.“ Seine Medikamente nimmt der junge Mann trotzdem zuverlässig ein. „Das ist ein guter Schritt“, findet die behandelnde Ärztin. Die Verordnung der Medikamente erhält der Erkrankte in der Ambulanz.

Die Gedanken schränken ein

In den Gesprächen fragt Kliebhan ihren Patienten nach seinem Tagesablauf, wie es mit Freunden läuft und wie die Beziehung zur Mutter ist, ob irgendwo Konflikte auftreten. Große Probleme mit seiner Schizophrenie hat Markus F. im täglichen Leben: Zusätzlich zu seinen Wahngedanken leidet er unter Konzentrations- und Denkstörungen sowie unter Antriebslosigkeit. Es fällt ihm schwer, sich auf einen Film oder ein Buch zu konzentrieren und er wäre auch nicht in der Lage, körperlich oder am

PC zu arbeiten. Eine Arbeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) lehnt der junge Mann derzeit noch ab. Er kann keine konstanten Beziehungen eingehen, Freundschaften wie zum Beispiel aus seinen Online-Computerspielen zerbrechen schnell wieder. Die wahnhaften Gedanken hindern Markus F. daran, mehr am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen: Er zieht sich zurück und meidet Situationen, in denen er anderen Männern begegnen würde. Er hat auch keinen Kontakt zu männlichen Verwandten. „Markus F. ist der Meinung, diese würden ihn beschimpfen und sagen, er sei nichts wert“, berichtet die Psychiaterin. Durch die Medikamente treten die Wahngedanken in den Hintergrund und es sei nicht mehr so belastend.

„Viele jüngere Psychose-Erkrankte wollen die Medikamente nicht einnehmen wegen der Nebenwirkungen“, weiß Kliebhan. Unter anderem führen manche Antipsychotika zum Verlust der Libido, was für Betroffene belastend ist. Auch Markus F. hat mit verschiedenen Nebenwirkungen zu kämpfen. Einen Wechsel des Präparats verweigert er nicht, er meldete sich nach wenigen Tagen und meinte: „Das geht so nicht, ich kann nicht schlafen.“ Die individuelle Anpassung der Medikation sei schwierig, erklärt die Ärztin. Man versuche, mit einem gut wirkenden Medikament mit möglichst wenigen Nebenwirkungen die bestmögliche Lösung zu finden. Bei den Gesprächsterminen fragt sie ihren Patienten deshalb nach der Verträglichkeit. Regelmäßig werden die Leber- und Nierenwerte überprüft.

Eine Tagesstruktur aufbauen

Helfen würde dem Betroffenen laut der Psychiaterin eine geregelte Tagesstruktur. „Er schläft sehr viel und sitzt oft vor dem Computer“, beschreibt sie den derzeitigen Alltag ihres Patienten. Kliebhan gibt Markus F. in den Gesprächen Tipps, was er noch machen könnte, und versucht, ihn aus der sozialen Isolation herauszuholen. Sie fragt regelmäßig, ob er nicht doch in eine WfbM möchte, um dort mit anderen in Kontakt zu treten. Markus F. versteht, dass es ihm nicht gut geht, seine Erkrankung akzeptiert er jedoch nicht. „Ich versuche, ihm die Dia-

Einblick _

_ Einblick & Nachgefragt

gnose näherzubringen, sodass er sie annehmen kann. Da muss man sehr diplomatisch vorgehen, um ihn nicht zu verletzen“, erläutert Kliebhan. Wenn eine psychotische Erkrankung diagnostiziert wird, sei das für viele jüngere Betroffene insgesamt schwer zu akzeptieren, da sie in der Altersspanne normalerweise noch viele Pläne haben, zum Beispiel selbstständig zu leben oder eine Familie zu gründen.

Markus F. akzeptiert seine Betreuung und seine Rente, mit seiner Mutter und der Situation zu Hause kommt er soweit klar. Langfristig sei das Ziel für den Patienten, ein möglichst eigenständiges Leben zu leben und Hobbies wahrzunehmen. Markus F. sagt selbst: „Ich habe genug davon, dass es mir schlecht geht.“ Seine Psychiaterin hat mit ihm kleinere Zwischenschritte festgelegt, um ihn nicht zu überfordern. „Er hat mir versprochen, mehr rauszugehen und zu joggen. Das verhilft ihm zu mehr körperlichem Wohlbefinden“, erzählt Kliebhan. Gut fände sie für den jungen Mann, wenn er einmal die Ergotherapie ausprobieren würde. „Da findet er vielleicht ein neues Hobby und eine Beschäftigung.“ Und vielleicht könnte er eines Tages in einer betreuten Wohnform in einer WG oder sogar alleine leben. ■

*Name von der Redaktion geändert
Text: Elke Cambré
Fotos: Elke Cambré, Ernst Fesseler

Nachgefragt

Ambulante Behandlung von Psychosen



Welche Möglichkeiten der Unterstützung die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) des ZfP Südwürttemberg in Riedlingen für Psychose-Erkrankte bietet, erklärt **Christoph Vieten**. Er ist Leiter des Tagesklinik-Ambulanz-Zentrums in Riedlingen und selbst in der PIA als Psychiater tätig.

FACETTEN: Wie häufig kommen Menschen mit einer Psychose in eine Psychiatrische Institutsambulanz?

CHRISTOPH VIETEN: Die Diagnosen der Behandelten verteilen sich wie folgt: Schizophrene Erkrankungen kommen zu 25 Prozent vor, Depressionen zu 35 Prozent, Suchterkrankungen sowie Angsterkrankungen zu jeweils 15 Prozent. Andere Erkrankungen wie Demenzen kommen zu etwa 10 Prozent vor. Die Zahlen beziehen sich auf die PIA in Riedlingen. In Spezialambulanzen sieht das wieder anders aus.

FACETTEN: Welche Elemente beinhaltet die PIA-Behandlung?

VIETEN: Es findet eine multimodale Behandlung statt: Verschiedene Behandlungsansätze werden miteinander kombiniert, um bessere Ergebnisse zu erzielen. Neben medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten kommen psychotherapeutische, sozialtherapeutische, pflegerische und kreativtherapeutische Elemente zur Anwendung. Im Vordergrund steht jedoch der Beziehungsaufbau zu den Erkrankten. Dieser ist essenziell, um einen Zugang zu finden.

FACETTEN: Welche Unterstützungsmöglichkeiten gibt es neben der PIA?

VIETEN: In der PIA bieten wir in Zusammenarbeit mit unseren Partnern wie den Betreuungsformen im Ambulant und Stationär Betreuten Wohnen, den Werkstätten, dem sozialpsychiatrischen Dienst, dem Psychiatrischen Pflegedienst Ambulant und der Ergotherapie ein differenziertes und auch intensives Behandlungs- und Betreuungsangebot. Stationäre Behandlungen sind nur erforderlich, wenn entweder eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung bestehen oder eine Distanzierung vom sozialen Umfeld nötig ist. Die Wünsche der Betroffenen werden berücksichtigt. Darüber hinaus bieten eine Tagesklinik sowie die stationsäquivalente Behandlung ausgezeichnete Behandlungsmöglichkeiten für psychotisch erkrankte Menschen.

Aufgezeichnet von Elke Cambré
Foto: Ernst Fesseler

Gemeinsame Basis für die Behandlung

Wer an einer Psychose leidet, verfügt nicht immer über eine entsprechende Krankheitseinsicht. Welche Konsequenzen das für die Behandlung hat, erklärt Dr. Sophie Hirsch im Interview mit Facetten.

FACETTEN: Warum fehlt Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind, häufig die Krankheitseinsicht?



DR. SOPHIE HIRSCH: Bei Psychosen ist ein Organ betroffen, welches normalerweise für Einsicht und kritische Reflexion zuständig ist: das Gehirn. Deshalb ist bei einigen neurologischen oder psychiatrischen Krankheiten die Einsicht in die Erkrankung verringert. Warum genau das so ist, ist bisher noch nicht abschließend nachvollziehbar. Man vermutet, dass die Beeinträchtigung bestimmter Gedächtnisfunktionen und der sozialen Kognition dazu beitragen. Betroffene schätzen ihre Umwelt also anders ein, als ein Großteil ihres Umfelds das tut. Beim Wahn, einem Symptom der Psychose, ist das Beharren auf eigene Ansichten trotz stichhaltiger Gegenargumente sogar ein Kriterium für die Diagnose.

FACETTEN: Das heißt, dass Betroffene gar nicht in der Lage sind, den Wahn als Symptom ihrer Erkrankung zu erkennen?

HIRSCH: Zumindest nicht spontan. Im Verlauf der Behandlung ist das durchaus möglich. Insgesamt handelt es sich bei der Krankheitseinsicht wahrscheinlich mehr um ein Kontinuum. Oft bestehen psychotische und nichtpsychotische Erklärungen nebeneinander oder wechseln sich je nach Befinden ab. Man sollte daher in den meisten Fällen von verminderter statt von fehlender Krankheitseinsicht sprechen. Insbesondere bei den Menschen, die sich an das ZfP Südwestfalen wenden. Das zeigt, dass sie selbst den Verdacht haben, an einer psychischen Erkrankung zu leiden. Denn sonst würden sie sich sicher an einen in ihren Augen geeigneteren Experten wenden, beispielsweise bei Verfolgungswahn an die Polizei.

FACETTEN: Kommen denn die meisten Menschen, die an einer Psychose leiden, auch im Hilfesystem an?

HIRSCH: Nicht alle. Eine vor einigen Jahren im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichte Studie ergab, dass beispielsweise viele Obdachlose unter schweren psychischen Erkrankungen leiden, darunter auch Psychosen. Wenn man nicht erkennt, dass man eine Erkrankung hat, lässt man diese auch nicht behandeln. Und je mehr Zeit vergeht, desto ungünstiger ist die Prognose für den Krankheitsverlauf.

FACETTEN: Welche weiteren Risiken bringt eine verminderte Einsicht in die Erkrankung mit sich?

HIRSCH: Neben der fehlenden Behandlung ergeben sich Risiken aus Verhaltensänderungen, die durch eine Psychose beziehungsweise die fehlerhafte Einordnung ihrer Beschwerden entstehen können. Man vernachlässigt zum Beispiel soziale Kontakte, da man den Stimmen lauscht, die man hört. Man hört auf zu essen und zu trinken, da man fürchtet, Nahrung könnte vergiftet sein. Somit kann eine vom Betroffenen nicht erkannte und daher nicht behandelte Psychose die körperliche und psychische Gesundheit weiter beeinträchtigen.

FACETTEN: Wo setzt man bei der Behandlung von Psychosen an?



HIRSCH: Die meisten Menschen, die sich in Behandlung begeben, haben eine gewisse Ahnung, dass sie krank sind. Das ist ein guter Ansatzpunkt. Zudem geht eine Psychose meist mit einem hohen Leidensdruck einher. Die Aussicht, sich wieder besser zu fühlen, ist eine gute Grundlage, um ein Therapiebündnis abzuschließen.

FACETTEN: Es geht also darum, sich gemeinsam auf eine Behandlungsstrategie zu verständigen?

HIRSCH: Das ist richtig. Anstatt dem Gegenüber die eigenen Vorstellungen von Normalität überzustülpen, geht es vielmehr darum, sich aufeinander zuzubewegen und Vertrauen aufzubauen. Was muss sich für den Betroffenen ändern, um ein selbstbestimmtes und zufriedenes Leben zu führen? Mit welchen Schritten lässt sich das erreichen? Auch wer keine Krankheitseinsicht hat, kann sich Hilfe wünschen, da die Inhalte der Psychose vielleicht Angst auslösen. Trotz unterschiedlicher Modelle zwischen Behandelnden und Betroffenen gilt es, eine gemeinsame Basis zu schaffen, auf der man aufbauen kann.

FACETTEN: Was ist außerdem wichtig?



HIRSCH: Betroffene sollten über alle Angebote, vom niederschweligen Beratungsangebot bis hin zur Krankenhausbehandlung, informiert werden und zu jedem Zeitpunkt der Behandlung zumindest eine gewisse Wahl haben. Außerdem sollten Behandelnde genau erklären, was eine

Psychose ist und warum sie der Meinung sind, es liege eine solche vor. Wichtig ist zudem, Hoffnung zu vermitteln und wirksame Behandlungsmethoden, beispielsweise Verhaltenstherapie oder Pharmakotherapie, zu erläutern.

FACETTEN: In welchen Fällen können Betroffene auch gegen ihren Willen behandelt werden?

HIRSCH: Das ist von Bundesland zu Bundesland etwas unterschiedlich geregelt. Allerdings sind allein das Vorliegen einer Psychose und fehlende Krankheitseinsicht keine ausreichenden Voraussetzungen. Gegen den Willen behandelt werden kann nur, wer auch eine akute Gefährdung für sich oder andere darstellt. Zudem muss die Entscheidungsfähigkeit aufgehoben sein, das heißt, Betroffene sind nicht mehr in der Lage, einer Behandlung aus freien Stücken zu widersprechen oder zuzustimmen. Ein weiterer Punkt ist, dass die Erkrankung nach heutigem Stand behandelbar sein sollte. Bei Psychosen stehen zum Beispiel wirksame Medikamente und verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur Verfügung.

FACETTEN: Wie müssten die Strukturen gestaltet sein, um Menschen mit Psychosen noch passgenauer behandeln zu können?

HIRSCH: Es gibt leider noch zu wenig niederschwellige Angebote wie etwa Beratungsstellen, die sich auch schwerkranken Menschen annehmen. Denn auch Psychoseerkrankte, die keine Behandlung möchten, profitieren von Expertise und praktischen Hilfen. Ein großer Gewinn ist die ambulante, tagesklinische und stationsäquivalente Behandlung, denn damit erreicht man auch Menschen, die den Weg in die Klinik nicht auf sich nehmen können oder möchten.

Aufgezeichnet von Heike Amann-Störk
Foto: privat



Anstatt dem Gegenüber die eigenen Vorstellungen von Normalität überzustülpen, geht es vielmehr darum, sich aufeinander zuzubewegen.



Dr. Sophie Hirsch

ist seit 2014 im ZfP Südwestfalen tätig. Die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie gehört seit 2015 zum Team der Versorgungsforschung Weissenau, wo sie unter anderem die S3-Leitlinie „Vermeidung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ erarbeitete. Seit März 2021 obliegt ihr die chefarztliche Leitung der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Standort Biberach.



Nicht nur Schizophrenie

DIE EINE Psychose gibt es nicht. Psychose ist der Oberbegriff für verschiedene Erkrankungen. Die Symptomatik ist ähnlich, aber die Ursachen sind sehr unterschiedlich.

„Die Einordnung der Ursache einer Psychose ist Grundlage für die Behandlung“, erläutert Dr. Petra Laichinger. Die Fachärztin für Psychiatrie ist Leiterin der Psychiatrischen Institutsambulanz des ZfP Südwürttemberg am Standort Bad Schussenried und behandelt dort auch Menschen mit verschiedenen psychotischen Erkrankungen. Insbesondere müsse beim ersten Auftreten einer psychotischen Episode eine körperliche Ursache ausgeschlossen werden. „Manchmal ist auch die Kenntnis der eigenen Vorgeschichte und die der Familie hilfreich, da ein Teil der Psychosen genetisch mitbedingt ist“, weiß die Psychiaterin. Die Therapie richtet sich nach der Ursache und der individuellen Situation. Meistens ist eine Kombination aus medikamentöser Behandlung und Psychotherapie hilfreich.



Psychosen in verschiedenen Lebensphasen

Die Bedürfnisse und Probleme von Menschen mit einer Psychose sind je nach Alter unterschiedlich. Schon Kinder können erkranken, wobei eine psychotische Erkrankung vor allem bei Jugendlichen auftritt. Bei alten Menschen mit einer Psychose sind die zusätzlichen körperlichen Beschwerden herausfordernd.

Auftreten im Kindesalter

Nur 0,1 Prozent aller Betroffenen erkranken vor dem zehnten Lebensjahr an einer psychotischen Störung. Bei nur vier Prozent wird die Diagnose vor einem Alter von 15 Jahren gestellt. „Eine Psychose kann auch im Kindesalter mit zehn bis zwölf Jahren auftreten“, berichtet Prof. Dr. Isabel Böge, Chefärztin der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters in Weissenau. In diesem Alter liege dann meistens eine Schizophrenie vor. „Wird diese schon so früh diagnostiziert, ist die Prognose schlecht und die Erkrankung wird meist chronisch“, skizziert Böge. Verläufe seien jedoch schwer vorherzusehen und sehr individuell. Diese Kinder können dann aber ihr Leben lang mit der Schizophrenie zu tun haben.

Bei einer kindlichen Psychose besteht laut der Expertin oft eine jahrelange Vorphase, in der unmerkliche Veränderungen des Kindes stattfinden. Diese können erst im Nachhinein als erste Symptome identifiziert werden. Die Diagnosefindung sei daher nicht einfach. „Kinder haben beispielsweise zum Teil Fantasiegefährten, die sich im ersten Moment wenig von akustischen oder optischen Halluzinationen unterscheiden. Da ist es schwer zu differenzieren“, erklärt Böge. Je jünger das Kind sei, desto

Im Kindesalter wird eine Psychose vergleichsweise selten diagnostiziert.



weniger offensichtliche Symptome haben, die eindeutig auf eine Psychose schließen lassen. Der Handlungsbedarf werde deswegen oft spät erkannt. „Die Kinder kommen dann leider erst zu uns, wenn sie stark im Alltag beeinträchtigt sind und nicht mehr in die Schule gehen können“, berichtet Böge. In der stationären Behandlung gehe es dann vorrangig zunächst um Reizabschirmung und darum, wieder einen geregelten Alltag zu erlangen sowie dieses Funktionsniveau dann zu erhalten.

Die durchschnittliche Verweildauer auf den kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen des ZfP Südwürttemberg am Standort Weissenau beträgt etwa drei Wochen. Bei an Schizophrenie erkrankten Kindern ist die Dauer der notwendigen stationären Behandlung überdurchschnittlich lang: Je jünger die Kinder sind, umso länger ist meist die Behandlungsdauer. Diese kann dann auch einmal sechs bis acht Monate betragen. Dann ist auch die medikamentöse Behandlung unumgänglich, wie Böge klarstellt: „Man kommt um Medikamente nicht herum.“ Es sei oft nicht leicht, dies den Eltern zu vermitteln, sie müssten gut miteinbezogen werden. Insgesamt leiden nur circa zwei Prozent aller Behandelten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Weissenau an einer psychotischen Störung.



Eine psychotische Erkrankung tritt vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf. Wird die Erkrankung adäquat behandelt, ist ein eigenständiges Leben möglich.

Jugendliche erkranken öfter

Psychosen treten am häufigsten mit etwa 16 Jahren auf, dreimal so viele Jungen wie Mädchen sind betroffen. Die Gründe sind unterschiedlich. „Oftmals die in emotionale Überlastungssituationen kommen und wenig Problemlösungsstrategien haben“, beschreibt Chefärztin Böge. Nicht immer seien Drogen der Auslöser. Bei Jugendlichen mache sich eine beginnende Psychose oft durch einen Leistungsabfall in der Schule bemerkbar, an Veränderungen im Sozialverhalten wie sozialem Rückzug, an Denkstörungen und bizarrem Verhalten. Wahn und Verfolgungsideen kommen bei jungen Patient*innen eher weniger vor. Böge: „Bis zu 70 Prozent der erkrankten 16-Jährigen hören Stimmen, etwa 40 Prozent haben optische Halluzinationen.“ Gebe es keinen klaren Auslöser und sei der Verlauf schleichend mit langem Vorlauf, sei die Prognose schlechter.

20 Prozent der betroffenen Jungen erkranken vor dem 18. Geburtstag an einer psychotischen Störung, bei Mädchen sind es 16 Prozent. Die Gefahr, eine Psychose zu entwickeln, sei in dieser Lebensspanne vermehrt gegeben, wenn es Schwierigkeiten in der Persönlichkeitsentwicklung gebe oder aber Entwicklungsschritte noch nicht gegangen wurden. In der Behandlung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen stehen neben der Einnahme von Antipsychotika eine Strukturgebung beziehungsweise Reizabschirmung sowie das Einhalten von Schlaf- und Ruhezeiten im Vordergrund. Ein wichtiger Punkt sei auch Psychoedukation, um die Krankheit zu verstehen. Hierbei wird der Umgang mit eigenen Ängsten bearbeitet und der Umgang mit Frühwarnzeichen erlernt, sollte die Erkrankung in Phasen wiederkommen. Das familiäre Umfeld wird in die Therapie integriert, Stressfaktoren sollen eliminiert werden. „Insbesondere ist es essenziell, dass die Jugendlichen verstehen, dass sie die Medikamente nicht zu früh absetzen dürfen“, erläutert die Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Rückfallquote liege sonst mit 70 Prozent sehr hoch. Wird die Erkrankung chronisch, also treten vermehrt psychotische Episoden über einen längeren Zeitraum auf, fällt die Prognose für ein eigenständiges Leben schlechter aus. „Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen benötigen dann oft eine betreute Wohnform“, sagt Böge. Erwachsene Männer erhalten die Diagnose durchschnittlich am häufigsten im Alter von 24 Jahren, junge Frauen mit 27 Jahren. „Ein normaler Lebensverlauf ist bei entsprechender Behandlung aber möglich. Dann kann man gut mit einer Psychose leben“, bekräftigt die Chefärztin. Es hänge davon ab, wie junge Erwachsene und ihr Umfeld mit der Krankheit umgehen.

Herausforderungen bei alten Menschen

Maximal ein Prozent der Schizophrenen treten im Alter erstmals auf. „Unsere Behandelten mit einer Schizophrenie haben die Erkrankung oft schon 30 bis 40 Jahre lang“, berichtet Dr. Mirjam Meyer. Die Chefärztin der Abteilung Alterspsychiatrie des ZFP Südwürttemberg in Bad Schussenried behandelt psychisch Erkrankte ab 65 Jahren. Von ihren Patient*innen leiden circa 20 Prozent an einer Psychose. Bei 80 Prozent davon tritt die Psychose nicht im Rahmen einer Schizophrenie auf, sondern ist Folge einer anderen organischen Störung. „Die Ursachen sind beispielsweise Parkinsonerkrankungen oder Hirnentzündungen“, erläutert die Neurologin. Auch Alterserkrankungen wie Schlaganfälle, ein entgleister Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen oder Epilepsie wirken sich auf das Gehirn aus.



Alte Menschen mit einer Psychose haben häufig Probleme mit den Nebenwirkungen der Medikamente und den zusätzlichen altersbedingten Einschränkungen.

Ältere Psychosekranken werden häufig in der Klinik aufgenommen, wenn zu Hause eine Verwahrlosung droht. „Sie gehen in ihrem Wahn nicht mehr raus, sie denken, das Essen sei vergiftet, haben Streit mit Nachbarn“, gibt die Chefärztin Beispiele. Soziale Isolation und fehlende Kontaktpersonen wie Angehörige, die in der Nähe wohnen, begünstigen die Symptomatik. Bei Fremd- oder Eigengefährdung komme nur eine stationäre Behandlung in Frage, etwa wenn eine Betroffene durch ihre Paranoia die Miete nicht mehr zahlt und die Obdachlosigkeit droht. In der Regel sind Erkrankte dauerhaft auf Medikamente angewiesen. Häufig sei es der Fall, dass Tabletten eigenmächtig abgesetzt werden und der Wahn dadurch schlimmer werde.

„Antipsychotika wirken bei Älteren genauso wie bei Jüngeren“, erklärt Meyer. Problematisch seien die Nebenwirkungen, die im Alter verstärkt zu weiteren Beschwerden führen. Nieren- und Leberfunktion sowie Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten müssten beobachtet werden. Antipsychotische Medikamente können zu Muskelversteifungen führen, ältere Betroffene stürzten häufiger. „Ein großes Problem ist auch die Negativsymptomatik, die bei manchen nach langjähriger Erkrankung im Vordergrund steht“, verdeutlicht die Alterspsychiaterin. „Sie sind gleichgültig und haben keinen Antrieb mehr.“ Die Behandlungsteams setzen dann auf Mobilisation, aktivierende Pflege, Ergo- und Physiotherapie. Wichtig sei auch, dass Hilfsmittel wie Brille oder Hörgerät gut angepasst seien. Meyer dazu: „Sieht jemand schlecht, werden Schatten beispielsweise als Personen interpretiert. Ist das Gehör beeinträchtigt, dann halluziniert das Gehirn eigene Geräusche.“ Die Chefärztin kennt positive Beispiele, wie 70-Jährige mit bizarren Wahnvorstellungen nach einem Klinikaufenthalt wieder eigenständig leben konnten. Meyer betont: „Grundsätzlich ist es schon so, dass man Psychosen auch im Alter erfolgreich behandeln kann.“ Zentral dafür sei, dass das Misstrauen der Betroffenen abgebaut und der Beziehungsaufbau zu ihnen gelungen ist. ■

Text: Elke Cambré
Fotos: Pixabay

Hier laufen die Fäden zusammen

Der Arbeitsalltag mit Psychosen in der Weberei

Mit den eigenen Händen etwas schaffen, gestalten, bearbeiten und das Ergebnis unmittelbar vor Augen haben. Kaum eine andere Tätigkeit stärkt das Bewusstsein für das eigene Handeln so sehr wie es das Handwerk tut. Eine Eigenschaft, welche Menschen mit Psychosen hilft, den Bezug zu ihren eigenen Fähigkeiten und ihren Grenzen wiederherzustellen.

Bunte Wolle schmückt das schwere Holzregal, das sich über die gesamte Wandlänge erstreckt. An einer Ecke hängt eine selbstgenähte Tasche aus Jeansstoff mit verspielten Aufnähern. Es ist ruhig. Bis auf Stricknadeln, die hell aufeinander treffen, und ein Lachen hier und da ist wenig zu hören in der Weberei des ZFP Südwürttemberg am Standort Weissenau.

derte Menschen (WfbM) tätig und das ausschließlich in der Weberei. Hier fertigt sie Pferddecke und Fußbodenteppiche an. „Ich webe an zwei Teppichen gleichzeitig und schaffe jeweils zwischen 30 und 40 Zentimeter pro Tag. In etwa zehn Tagen ist so ein Teppich also fertig, wenn man das Abweben miteinbezieht.“

Der große Webstuhl steht still. Mehr als zwei Meter lang ist die mächtige Holzvorrichtung, in welche Garn und Wolle eingespannt sind. „Man arbeitet gegen den Druck der Kettfäden, die Arbeit am Webstuhl ist körperlich also auch etwas anstrengend“, erklärt Bettina S.* Sie leidet an Schizophrenie und schizoaffectiven Psychosen, die sich episodenhaft äußern. Seit eineinhalb Jahren ist Bettina in den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) tätig und das ausschließlich in der Weberei.



In den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) können psychisch kranke Menschen wieder Zugang zu eigenen Fähigkeiten erlangen und Entwicklungspotenziale nutzen.



Einblick –

– Einblick & Nachgefragt

Nachgefragt

Die Bedeutung der Beschäftigung



Dagmar O.* kommt ganz unterschiedlichen Aufgaben nach: „Ich habe schon Kartons gefaltet, Schrauben verpackt, beim Einrichten des großen Webstuhls geholfen oder Seife eingetütet“, zählt sie auf und fügt an: „Manchmal mache ich ein oder zwei Wochen dasselbe und in der nächsten mache ich täglich was anderes.“ Das hänge davon ab, welche Aufträge anstünden und davon, was sie sich zutraue. Auch Dagmar hat eine schizoaffektive Erkrankung, bei der zu den psychotischen Episoden immer wieder eine Depression hinzukomme, wie sie berichtet. Seit 2001 hat Dagmar in unterschiedlichsten Bereichen der WfbM gearbeitet, war in der industriellen Fertigung und in der Gärtnerei beschäftigt. „In der Weberei habe ich jetzt meinen Platz gefunden, hier gehör' ich her“, betont sie mit einem Nicken: „Mir macht die Arbeit wirklich Spaß und auch die Kollegen sind überwiegend in Ordnung, das ist mir wichtig.“

Zwischen Qualitätsanspruch und Fehlertoleranz

Auch Bettina hilft der gute kollegiale Umgang, um mit ihrer Angst, einen größeren Fehler zu machen, umgehen zu können. „Am Anfang wusste ich nicht so genau, was die Erwartungen der Chefs sind, das hat mir große Sorgen gemacht“, erzählt sie offen. Das Verständnis der Vorgesetzten gebe ihr die notwendige Sicherheit bei der Arbeit. Genauso bedeutend sei aber auch die Qualität der Arbeit. „Dass die Kundenaufträge sorgfältig bearbeitet werden, darauf wird sehr geachtet und dementsprechend auch öfters korrigiert“, berichtet Bettina. Gute Arbeit zu machen ist dabei auch ihr selbst ein großes Anliegen: „Hier kann ich meine Tätigkeit ordentlich erledigen und echte Qualität abliefern“, sagt sie stolz und fügt an, dass das jedoch Zeit gebraucht habe. „Viele Aufgaben in der Weberei sind Gefühlssache, und dieses Gefühl stellt sich nun einmal erst durchs Tun und im Laufe der Zeit ein.“

Die eigenen Grenzen achten lernen

Neben dem Bewusstsein für die eigenen Ressourcen ist auch jenes für die eigenen Grenzen wichtig. „Mir wird hier viel zuge-
traut“, macht Dagmar klar, „ich kann aber auch sagen, wenn mir was zu viel ist“. Sie berichtet aus früheren Zeiten, in denen sie einen vollen Tag mit siebeneinhalb Stunden gearbeitet hat. „Das habe ich zwar gepackt, aber es war zu viel für mich.“

Umso mehr sei sie froh über die halben Tage, die sie nun arbeitet. Sowohl bezüglich der täglichen Arbeitszeit gilt es für die Beschäftigten auf ihre eigenen Grenzen zu achten als auch was die individuelle Leistungsfähigkeit betrifft. „Im geschützten Rahmen der WfbM ist es möglich zu sagen, wenn ich etwas nicht schaffe oder mehr Zeit brauche - auf dem ersten Arbeitsmarkt hingegen ist das schwierig“, verdeutlicht Dagmar. Sie habe vor ihrer Erkrankung eine Ausbildung gemacht, danach etwa ein Jahr Praxiserfahrung in der Altenpflege gesammelt und sei später in der Produktion eines Industrieunternehmens tätig gewesen. „Irgendwann wurde mir alles zu viel und dann“, bricht sie den Satz ab, „dann folgte ein Suizidversuch“.

Der erste Arbeitsmarkt sei für sie keine Aussicht mehr. „Will ich auch nicht“, stellt Dagmar klar: „Ich habe festgestellt: Ich pack' das nicht mehr.“ Eine Einsicht, die sie mittlerweile ganz offen äußern kann. Sie sei froh über ihren Arbeitsvertrag mit der WfbM. „Und es ist ja nicht mehr lang“, witzelt sie mit einem breiten Grinsen, „nur noch gute 15 Jahre, dann geh' ich in Rente“. Bettina hat zusätzlich zu ihrer Beschäftigung in der Weberei des ZfP einen Arbeitsvertrag mit einem Nachhilfe-Institut in Ravensburg. „Bedarfsweise gebe ich dann Nachhilfe in Deutsch und Mathe“, berichtet sie. „Vor allem aber bin ich sehr dankbar für meinen Arbeitsplatz hier – ohne Zeitdruck und mit dem richtigen Mix aus Qualitätsanspruch und Nachsicht.“

*Name von der Redaktion geändert.
Text: Sarah-Lisa Nassal
Fotos: Ernst Fessler

Dr. Markus Hoffmann leitet den Bereich Arbeit und Reha des Versorgungsgebiets Ravensburg-Bodensee sowie die Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) in Weissenau. Der Neuropsychologe weiß, wie der Arbeitsalltag für Menschen mit Psychosen und anderen psychischen Erkrankungen gelingen kann.

FACETTEN: Welche Effekte hat eine Beschäftigung auf diese Menschen und ihren Alltag?

DR. MARKUS HOFFMANN: Durch die Betreuung bei der Arbeit findet vor allem ein Beziehungsaufbau statt. Die Beschäftigten werden angeleitet, unterstützt und begleitet. Hierbei entstehen Gespräche und sie spüren, dass sie auch mit ihrer Erkrankung wertgeschätzt und angenommen sind. Im gemeinsamen Alltag wird außerdem deutlich, was den Menschen schwerfällt, welche Situationen bei der Arbeit kritisch sind oder was Stress auslöst und wie auf diesen reagiert wird. All das hat einen wichtigen Einfluss auf die Selbstwahrnehmung der Beschäftigten und das Kennenlernen eigener Grenzen und der eigenen Leistungsfähigkeit.

FACETTEN: Worauf wird im Arbeitsalltag besonders Wert gelegt?

HOFFMANN: Grundlegend wichtig ist, zu reflektieren. Mit den Arbeitserzieher*innen wird immer wieder gemeinsam und vor allem wertfrei auf die Arbeit geblickt: Hat eine*r der Beschäftigten einen Auftrag eher gut oder weniger gut oder vielleicht auch gar nicht erledigt? Hierbei ist zum einen die Selbstreflexion der Arbeitserzieher*innen wichtig. Es wird geprüft, ob es Missverständnisse bei der Anleitung oder der Einschätzung des Klienten gab. Genauso wesentlich ist die Reflexion der Beschäftigten und wie sie die jeweilige Arbeit empfunden haben. In gemeinsamen Gesprächen wird geklärt, welche Probleme oder Ängste es gab, was Spaß gemacht hat und gut geklappt hat. Daraus werden Folgemaßnahmen abgeleitet.

FACETTEN: Was sind die therapeutischen Ziele hierbei?

HOFFMANN: Zum einen geht es darum, den Menschen mit psychischen Erkrankungen wieder einen Zugang zu ihren Ressourcen und Fähigkeiten zu ermöglichen. Das bedeutet auch, Belastungen niedrig zu halten und die Menschen zu stabilisieren. Ein anderes Augenmerk liegt darauf, Entwicklungspotenziale zu nutzen. In regelmäßigen Abständen stimmen sich die Betreuungspersonen mit den Klienten ab, ob die Maßnahmen die richtigen sind, ob der Betrieb stimmt. Auch die Vermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt ist ein wichtiges Ziel, steht aber nicht im Vordergrund.

Aufgezeichnet von Sarah-Lisa Nassal
Foto: Ernst Fessler

Weben, nähen, stricken, filzen – die Weberei des ZfP Südwürttemberg gehört neben der Holz- und Kreativwerkstatt zum Fachbereich Handwerk der Weissenauer Werkstätten.

Die Symptome im Überblick

Psychosen sind ein vielschichtiges Krankheitsbild, welches sich in einer Vielzahl von Symptomen äußern kann. Unterschieden werden diese in sogenannte positive und negative Symptome, was aber nicht wertend gemeint ist. Positive Symptome sind Vorstellungen, die hinzukommen, also bei Gesunden in dieser Ausprägung nicht vorhanden sind - beispielweise Halluzinationen oder Wahnvorstellungen. Negative Symptome bezeichnen dagegen etwas, das fehlt, also in geringerer Ausprägung vorkommt als man es bei gesunden Menschen erwarten würde - zum Beispiel Antrieb, Mimik oder Gestik.

Positive Symptome

Positive Symptome fallen rasch auf und werden damit relativ schnell diagnostiziert und im günstigsten Fall auch behandelt. Außerdem bilden sie sich durch eine gezielte Behandlung, vorwiegend mit Medikamenten, meistens relativ schnell wieder zurück. Sie treten vor allem in akuten Phasen auf.

Merkmale

Negative Symptome

Diese Symptome wirken auf den ersten Blick weniger auffällig, behindern die Lebensgestaltung und das Zusammenleben mit anderen Menschen aber besonders nachhaltig.

Verhaltensstörungen

Chaotisches, desorganisiertes Verhalten, bizarre Handlungen, Verwahrlosung

Asozialität

Kontaktunfähigkeit, sozialer Rückzug, Isolationsneigung; gelegentlich feindseliges und aggressives Verhalten

Bewegungsstörungen

Stereotypien (monoton wiederholte Bewegungen), Agitation (Unruhe), Stupor (Erstarren in einer Körperhaltung)

Alogie

unlogisches Denken

Antriebslosigkeit

Verlust von Antrieb und Interessen

Halluzinationen

Sinnestäuschungen aller Sinne – des Gehörs (akustisch), des Sehens (visuell), des Fühlens (haptisch), des Schmeckens (gustatorisch) oder des Riechens (olfaktorisch)

Affektverflachung

Verarmung des gezeigten Gefühlsausdrucks, Einbuße von Stimmung, Befindlichkeit usw. Betroffene wirken uninteressiert, unbeteiligt, ungerührt, unterkühlt, gleichgültig, gelangweilt

Kognitive Symptome

Beispielsweise Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen

Formale Denkstörungen

Zerfahrenheit (Sätze und Satzteile verlieren den Sinnzusammenhang), Gedankenabreißen (plötzliches Abreißen einer Idee oder einer Vorstellung)

Verarmung des Denkens

Verlust an Themenvielfalt und Ideen

Anhedonie

Unfähigkeit, Freude und Vergnügen zu empfinden

Apathie

Mangel an Energie, Schwung, Ausdauer, Dynamik

Ich-Störungen

Gedankeneingebung („fremde Gedanken sind in meinem Kopf“), Gedankenausbreitung („andere können meine Gedanken hören“), Gedankenentzug („andere entziehen mir meine Gedanken, zum Beispiel mit speziellen Apparaten“), Beeinflussungserlebnisse („mein Denken wird durch einen Mikrochip gesteuert, der mir implantiert wurde“)

Willensschwäche

Unfähigkeit zu Entscheidungen oder starkes Schwanken (Ambivalenz)

Wahnvorstellungen

Zum Beispiel Verfolgungswahn, Größenwahn, Beziehungswahn, bizarre Wahnvorstellungen (ohne jeden Bezug zur Realität)

Gelebte Geborgenheit

Eine wohnliche und ruhige Umgebung, enge Beziehungen zu den Betreuenden sowie Alltag und Normalität: Die Soteria setzt bei der Behandlung von jungen Erwachsenen mit Psychose auf ein besonderes Milieu.

Vorsichtig schiebt Sina* die weiße Stickgardine wenige Zentimeter zur Seite. Da steht er wieder: der schwarze Kombi. Die Mittagssonne spiegelt sich in der Windschutzscheibe. Sina kann nicht erkennen, ob jemand hinter dem Steuer sitzt. Doch sie spürt den stechenden Blick des Mannes. Da klopft es an der Tür, ihr Bezugspfleger betritt den Raum und setzt sich neben Sina ans Fenster: „Du brauchst keine Angst zu haben, hier bist du sicher. Ich passe auf dich auf.“

Der altgriechische Begriff Soteria bedeutet so viel wie Schutz, Rettung oder Geborgenheit. Die Mitarbeitenden der gleichnamigen Station des ZfP Südwürttemberg am Standort Zwiefalten wollen ihren Patient*innen genau das vermitteln. Die Soteria bietet einen alternativen Ansatz in der Behandlung von Menschen mit Psychosen. Bei der Milieuthherapie zählt vor allem der gemeinsame Alltag. Manfred Wittig arbeitet seit 20 Jahren auf der Station, die 1999 als erste Soteria in Deutsch-

land eröffnet wurde. Der Fachkrankenpfleger für Psychiatrie erklärt: „Wir wollen eine heilsame Atmosphäre schaffen und gleichzeitig eine Stimulation erzeugen, die an die Befindlichkeit unserer Patienten angepasst ist.“

Wer wie Sina noch akut in den eigenen psychotischen Gedanken ist, brauche vor allem Ruhe und die Möglichkeit, sich zurückzuziehen. In der sogenannten Ankommensphase gehe es daher oft erst einmal um Reizabschirmung, berichtet Wittig: „Ich versuche dann nicht, solche Gedanken auszureden, sondern zeige, dass ich die dahinterstehenden Gefühle ernst nehme.“ Viele der frisch aufgenommenen Patient*innen waren kurz zuvor auf einer allgemeinpsychiatrischen Station, wo sie sich zunächst etwas stabilisieren können. „Bei uns haben sie dann die Zeit, ihre Erkrankung zu verarbeiten und herauszufinden, was dahintersteckt“, berichtet Wittig: „Sie sollen in den Alltag hineinfinden und diesen sozusagen auch trainieren.“

Das Soteria-Haus liegt abgelegen vom übrigen ZfP-Klinikgelände inmitten eines großen Gartens.



Titelthema _

_ Titelthema

Heilsames Milieu

Sina ist vertieft in den Klang. Immer wieder streicht sie über die Saiten ihrer Gitarre, schlägt den C-Dur-Akkord an. Sie hebt den Kopf, lässt ihren Blick über die grüne Wiese, die im Wind tanzenden Blätter an den Bäumen und die unzähligen Sträucher des Gartens schweifen. Zwei junge Männer kommen aus dem Soteria-Haus und setzen sich zu Sina auf die Terrasse. Schnell kommen die drei ins Gespräch. Schließlich brechen sie zu einem gemeinsamen Spaziergang auf.

Das zweistöckige Soteria-Haus liegt abgelegen vom übrigen ZfP-Klinikgelände den Zwiefalter Hang hinauf, inmitten eines großen Gartens. „Das ist kein Zufall, sondern eine räumliche Rahmenbedingung für unsere Behandlung“, klärt Wittig auf. Allein die Lage vermittele schon Ruhe und Ausgleich. Maximal zehn Patient*innen nimmt die Station auf, fast alle wohnen in Einzelzimmern. „Hier ist alles etwas kleiner und überschaubarer gehalten“, sagt der Fachpfleger. Es seien auch weniger Mitarbeitende als auf anderen Stationen tätig.

Nicht nur der Essbereich, auch die Küche wird von allen gemeinsam genutzt. Wer einkauft und kocht, darüber wird wöchentlich neu abgestimmt. Eine Steinwand grenzt den Essbereich vom übrigen Gemeinschaftsraum und dem Kaminzimmer ab. Warme Farben, gemütliche Sofas und der in die Wand eingelassene Kaminofen schaffen eine wohnliche Atmosphäre und Gemütlichkeit. Wittig erklärt: „Psychose-Erkrankte können sich so eher auf die Behandlung einlassen.“ Die Soteria nimmt junge Erwachsene zwischen 18 und 35 Jahren auf, die meisten Patient*innen sind etwa Mitte 20. „Sie befinden sich in der gleichen Lebensphase. So kann das Miteinander gut funktionieren“, ist Wittig überzeugt. Die Behandlung kann vor, während oder nach einer Psychose erfolgen.

Beziehungen gestalten

„Mir wurde erzählt, dass du letzte Nacht allein in der Küche gegessen bist. Konntest du nicht schlafen?“, fragt der Bezugspfleger. Er wischt den Esstisch ab, Sina ordnet bereits das Geschirr vom Abendessen in die Spülmaschine ein. „Zuerst schon“, gibt Sina knapp zurück. Nach kurzer Stille fügt sie mit leiser Stimme hinzu: „Aber dann habe ich Geräusche gehört. Ein Rascheln. Ich glaube, da war jemand im Garten.“



Warme Farben, gemütliche Sofas und der in die Wand eingelassene Kaminofen schaffen eine wohnliche Atmosphäre und Gemütlichkeit.

„Oft sind es die Gespräche nebenbei, die wichtig sind“, weiß Wittig. „Wir haben keine festen Gruppen dafür, wir wollen im Alltag ins Gespräch kommen.“ Wie miteinander in Kontakt getreten wird, ist wichtiger Teil der Milieuthherapie. Die Mitarbeitenden bieten sich immer wieder für Gespräche bei ihren zugewiesenen Bezugspatienten an. Alle Patient*innen haben eine Bezugsperson, die sie über die gesamte Behandlungszeit begleitet, in Krisensituationen unterstützt oder einfach nur zuhört. „Normalität schaffen und den Patienten auf Augenhöhe begegnen – so können diese auch emotional runterfahren“, kommentiert Wittig.

Badminton, Kochen, Gärtnern oder Basteln – alle Mitarbeitenden haben Hobbies oder Stärken, die sie bei ihrer Arbeit einbringen können. „Wir probieren möglichst präsent im Alltag zu sein, bieten alle Aktivitäten selbst an und machen mit“, schildert Wittig. Einerseits gehe es darum, Beziehungen zu gestalten. Zudem habe man eine Vorbildfunktion. „Für all das brauchen wir viel Zeit. Leider geht viel davon mittlerweile durch wachsende administrative Aufgaben verloren.“

Was macht eine Soteria aus?

- Die Zwiefalter Soteria ist Teil der Abteilung für Allgemeinpsychiatrie und versteht sich als akutenpsychiatrische Station. Im deutschsprachigen Raum gibt es insgesamt sechs Soteria-Einrichtungen und drei Stationen mit Soteria-Elementen. 1997 wurde die Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria (IAS) mit dem Ziel gegründet, alle Soteria-Projekte und Initiativen zu unterstützen sowie Impulse zu geben für die Gründung solcher Einrichtungen in Europa. Die IAS hat Kriterien entwickelt, die eine Einrichtung als „Soteria“ oder als „Station mit Soteria-Elementen“ beschreiben, wie etwa das soziale Umfeld oder das wohnliche, offene Setting.



Titelthema

Die Soteria will eine heilsame Atmosphäre schaffen und gleichzeitig eine Stimulation erzeugen, die an die Befindlichkeit der Patient*innen angepasst ist.

Wahrnehmungen hinterfragen

Es ist Nacht, Sina liegt in ihrem Bett. Dann hört sie es wieder: das Rascheln. Sie geht zu ihrem Bezugspfleger: „Das Geräusch ist wieder da. Es ist bestimmt jemand im Garten.“ Kurzerhand greift sich der Bezugspfleger eine Taschenlampe: „Du brauchst keine Angst zu haben. Wir schauen jetzt gemeinsam draußen nach.“ Die beiden gehen um das Haus – und lauschen. Schließlich bleibt Sina vor dem Gemüsebeet stehen. Über das Beet ist eine Kunststoffolie gespannt. Sie flattert im Wind.

Eine solche Selbst- und Realitätsüberprüfung ist ein wichtiger Schritt bei der Behandlung von Psychosen. Betroffene sollen lernen, ihre Wahrnehmungen und Irritationen auf den Prüfstand zu stellen: Kann das wirklich sein? Und warum sollte das so sein? Warum sollten sich Fremde im Garten aufhalten? „Die eigenen Erlebensstrukturen zu hinterfragen, ist schon ein guter Schritt hin zur Stabilisierung“, ist Wittig überzeugt.

Auf dem Prüfstand steht in der Soteria auch die Medikation der Patient*innen. „Diese muss oft angepasst werden. Wir klären ab, wie gut einzelne Medikamente vertragen werden und reduzieren diese mit der Zeit auch soweit wie möglich“, erläutert der Fachpfleger. Viele der Behandelten nehmen Antipsychotika ein, manche auch zusätzlich Antidepressiva. Trotzdem werden in der Soteria verhältnismäßig wenige Medikamente gegeben. Wittig betont: „Bei uns soll sich niemand zur Einnahme gezwungen fühlen. Nur wenn die Patienten dahinterstehen, funktioniert eine dauerhafte Einnahme.“ Die Behandelten sollen ihre Autonomie wahren und selbst Entscheidungen treffen können. „Wir sind beratend tätig und geben Empfehlungen.“ Dabei wird regelmäßig auf die ZfP-Stationsapothekerin des Standortes zurückgegriffen, die neutral berät und wichtige Unterstützung bei der Aufklärung leistet.

Perspektiven aktivieren

„Da sind ja schon welche!“, ruft Sina und reißt die Arme hoch. Lächelnd beäugt sie die kleinen Pflänzchen auf dem Hochbeet. Erst vor einigen Tagen hatte sie, unterstützt von einer Pflegerin, die Petersilien- und Bohnenkrautsamen gesetzt. Konzentriert lockert Sina die Erde zwischen den angepflanzten Kulturen mit einer kleinen Harke, bevor sie die Erde um die Setzlinge vorsichtig wässert.

„Im fortgeschrittenen Behandlungsverlauf geht es oft darum, wieder aktiver zu werden“, erläutert Wittig. Hobbys und Interessen wie Lesen, Basteln oder Sport sollen neu oder wiederentdeckt werden. „Eine sinnvolle Beschäftigung mit Erfolgserlebnissen steigert das Selbstwertgefühl. Da ist der Weg das Ziel“, ist der Fachpfleger überzeugt. Aktiviert werden in der Soteria auch die Kommunikation und der Umgang mit Konflikten. „Im alltäglichen Miteinander werden soziale Fähigkeiten trainiert. Man lernt, auf andere zuzugehen, aber auch Konflikte anzusprechen und mit diesen umzugehen.“

Wer weiß, wo die eigene Belastungsgrenze liegt und Perspektiven für sich gefunden hat, ist gut für die Zeit nach der stationären Behandlung vorbereitet, ist Wittig überzeugt. Die Betreuenden erarbeiten mit den Patient*innen dafür unter anderem einen umfassenden Vorsorgebogen: Was belastet mich? Was könnten konkrete Auslöser für eine Psychose sein? Wie erkenne ich frühe Symptome? Mit wem und wie kann ich dann Kontakt aufnehmen? „Eine Psychose ist eine schwerwiegende Erkrankung, die immer wieder akut werden kann“, weiß Wittig. Die Betreuenden lernen die Betroffenen oft nur in ebendieser akuten Krankheitssituation kennen. Doch die tiefgreifenden Beziehungen, die in der Soteria entstehen, reichen nicht selten auch über die Entlassung hinaus. „Es freut mich immer unheimlich, wenn ein ehemaliger Patient anruft, um zu berichten, dass es ihm gut geht und was er so macht.“

*Name von der Redaktion geändert
Text: Rieke Mitrenga
Fotos: Ernst Fessler

Darf's mehr sein?



YouTube
Youtube Stichworte:
Facetten bewegt, Soteria

Beim Besuch in Zwiefalten haben wir mit dem Chefarzt der Abteilung für Allgemeinpsychiatrie Dr. Alex Gogolkiewicz gesprochen. Er ist Vorstandsmitglied der Internationalen Arbeitsgemeinschaft Soteria.



Einblick

So viel Unterstützung wie nötig



Erkrankt ein Mensch an einer Psychose, kann das enorme Auswirkungen auf die Lebenssituation haben. Durch unterstützte Wohnangebote behalten Menschen trotz psychischer Erkrankung ein möglichst hohes Maß an Selbstständigkeit.

Wer an einer Psychose erkrankt, hat oft einschneidende Krankheitserfahrungen zu verarbeiten. Neben den seelischen Beeinträchtigungen bleiben auch häufig Probleme im sozialen und beruflichen Bereich, die Bewältigung des Alltags fällt schwer. Um ein möglichst hohes Maß an Selbstständigkeit zu erhalten, bietet das ZfP Südwürttemberg verschiedene Formen des unterstützten Wohnens an. Betroffene werden bei der eigenverantwortlichen Lebensführung, aber auch im Umgang mit der Erkrankung und mit krankheitsbedingten Einschränkungen unterstützt.

Hilfe im Alltag



Berta M.* ist seit vier Monaten im Ambulant Betreuten Wohnen (ABW). Gemeinsam mit zwei Frauen und einem Mann lebt sie in einer der Wohnungen, die das ZfP im Raum Ravensburg angemietet hat. „Eigentlich wollte ich nach dem letzten Klinikaufenthalt in der Allgemeinpsychiatrie zurück in meine eigene Wohnung“, erzählt sie. Doch aufgrund ihrer Erkrankung war sie immer weniger in der Lage, für sich selbst zu sorgen und die Wohnung zu halten. „Inzwischen bin ich froh, dass ich jemanden habe, auf den ich mich verlassen kann“, sagt die 42-Jährige. „Ich glaube, dass ich alleine nicht mehr zurechtgekommen wäre.“ Täglich besucht sie eine ABW-Mitarbeitende des ZfP und sieht nach dem Rechten.

Die Wohnformen, in denen Betroffene unterstützt werden, sind beinahe so vielfältig wie die Menschen selbst. Sie reichen von aufsuchender Hilfe in

Die Diagnose Psychose bedeutet nicht automatisch den Verlust der Selbstständigkeit. Mit der richtigen Unterstützung ist ein Leben in der eigenen Wohnung möglich.





Bei Bedarf werden Betroffene im Alltag professionell begleitet, beispielsweise bei der Medikamenteneinnahme oder der Hausarbeit.

der eigenen Mietwohnung über Ambulant Betreute Wohnungen, die von einem Träger angemietet werden, bis hin zur Rund-um-die-Uhr-Betreuung im Heim. „Um möglichst wirksam zu sein, muss das Angebot zum Menschen passen, nicht umgekehrt“, erklärt Susanne Jaeger, „also personenzentriert statt institutionenzentriert“. Die Forscherin des ZfP hat sich in einer Studie mit verschiedenen Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung auseinandergesetzt. „Wir wollten wissen, wie es den Menschen mit ihren Wohnangeboten geht, welche Art von Unterstützung ihnen gut tut und was sich bei ihnen verändert, wenn sie in eine unterstützte Wohnform gehen.“

Weder zu viel noch zu wenig  

Nicht alle Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind, benötigen dauerhafte Unterstützung. Ein Teil schafft nach der Klinik wieder die Rückkehr in den Alltag, lebt weiterhin mit der Familie, dem Partner oder auch alleine. „Die Erfahrung zeigt, dass dies besonders gut gelingt, wenn ein stabiles soziales Umfeld vorhanden ist“, weiß Jaeger. Wenn die Psychose zu einer dauerhaften Behinderung führt und ein tragfähiges Umfeld fehlt, müssen andere Lösungen gefunden werden.

Auch sehr kranke Menschen haben meist den Wunsch, so selbstständig wie möglich zu leben. Und das ist gut so. Denn wer mehr Hilfe erhält als benötigt,

verliert möglicherweise noch vorhandene Fähigkeiten, zum Beispiel selbst für seine Mahlzeiten oder für seine Freizeitgestaltung zu sorgen. Möglicherweise traut er sich dies irgendwann auch nicht mehr alleine zu. „Zu viel Fürsorge kann dann sogar schädlich sein“, so die Forscherin. „Gerade wenn Wohnen, Arbeit und Freizeitangebote aus einer Hand kommen, gibt es wenig Anreize, sich mit der Welt und den Möglichkeiten außerhalb des psychiatrischen Umfelds auseinanderzusetzen.“ Daher sei auch eine Vernetzung mit der Gemeinde so wichtig. Es gibt aber auch die andere Seite, wenn Betroffene die eigenen Fähigkeiten überschätzen und sich damit schwer tun, sich auf Unterstützung einzulassen. Hier ist ein sensibles Vorgehen seitens der Professionellen gefragt.

Berta M. ist zwar die meiste Zeit in ihrem WG-Zimmer, sucht aber auch immer wieder den Kontakt zu anderen Menschen. Dazu wird sie von den Betreuenden auch ermutigt. Einmal war sie mit einer Mitbewohnerin im Ravensburger Kunstmuseum. „Es war ein richtig toller Nachmittag und ich habe Lust bekommen, selbst auch mal wieder zu malen.“ Möglich gemacht hatte den Besuch die sogenannte Ticket-Tafel. Die Stadt ermöglicht Personen mit geringem Einkommen den kostenlosen Besuch von kulturellen und sportlichen Veranstaltungen in Ravensburg – und somit ein Stück Teilhabe am öffentlichen Leben.

Studie „Wie Wohnen“

Forschende des ZfP Südwürttemberg untersuchten in einem gemeinsamen Projekt mit der Universität Heidelberg die Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung. Mehr Informationen zu der vom Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS) geförderten Studie unter www.kvjs.de/forschung/kvjs-forschung/projekte/unterstuetztes-wohnen



Zu viel Hilfe kann schädlich sein. Daher ist es wichtig, die vorhandenen Fähigkeiten der Psychosekranken zu erhalten und weiterzuentwickeln. Besonders profitieren die Betroffenen von tragfähigen, vertrauensvollen Beziehungsangeboten.

Eigene Ziele und Visionen 

So ideal wie bei Berta M. läuft es nicht immer. „Es gibt auch Menschen, die sich völlig zurückziehen und nur sehr schwer zu erreichen sind“, berichtet Susanne Jaeger. Dennoch gilt: Es sollte immer der Betroffene selbst im Vordergrund stehen, mit eigenen Zielen, eigenen Visionen, dem eigenen Bedarf. „Nur, weil jemand vor der Erkrankung gern gewandert ist, kann man ihn jetzt nicht dazu nötigen, in den Alpenverein einzutreten – auch wenn das von außen betrachtet vielleicht genau das Richtige wäre“, erklärt Jaeger.

Vielmehr gehe es darum, herauszufinden, wo jemand im Leben steht und was die Person erreichen möchte. Gemeinsam mit den Betreuenden wird dann überlegt, wie sich ein Ziel wie „Einsamkeit überwinden“ in kleinen Schritten erreichen lässt. So kann es auch ein Erfolg sein, wenn ein Klient, der sich monatelang abgekapselt hat, mal auf einen Ausflug mitgeht. Und auch die Strukturen, die mit dem jeweiligen Wohnangebot einhergehen, müssen zum Tagesablauf der Bewohnenden passen. „Wer beispielsweise eine Arbeitsstelle hat, und das ist ja selten genug der Fall, kann dann eben nicht am Mittag an der WG-Besprechung teilnehmen“, meint Jaeger.

Tragfähige Beziehungen  

Ebenso wichtig wie passgenaue Angebote sind tragfähige Beziehungen zwischen Betroffenen und Professionellen. „Psychosekranke Menschen profitieren von einer verlässlichen, vertrauensvollen Beziehung“, berichtet Jaeger. Gleichzeitig spielen Respekt und

Augenhöhe eine wichtige Rolle. „Ich will nicht nur als psychisch Kranke, sondern als Mensch wahrgenommen werden“, sagt auch Berta W., der es krankheitsbedingt manchmal schwer fällt, auf regelmäßige Körperhygiene zu achten. Das war anfangs ein schwieriges Thema, da sie Aufforderungen zum Duschen als Beleidigung wahrnahm. Inzwischen hat sie aber mit der Betreuerin, die für sie die Bezugsperson ist, eine Abmachung getroffen: „Sie darf mir sagen, wenn ich mich waschen soll. Sie hat meine Erlaubnis eingeholt.“

Bis wirklich allen psychisch erkrankten Menschen, die vom unterstützten Wohnen profitieren könnten, ein passendes Wohnangebot gemacht werden kann, muss allerdings noch so manche Hürde bewältigt werden. Oft gibt es eine Warteliste für freie Plätze. Die angespannte Lage am Wohnungsmarkt verschärft die Lage zusätzlich. Hinzu kommt der meist komplexe Aufnahmeprozess, der viel Bürokratie und Zeit erfordert. „Vielleicht sollten wir uns als Gesellschaft generell fragen, wie wir mit Menschen umgehen, die weniger leistungsstark sind“, gibt Jaeger zu bedenken. „Schön wäre, wenn wir eines Tages nicht mehr zwischen behindert und gesund unterscheiden, sondern mehr darauf schauen, was uns gemeinsam ist.“ 

*Name von der Redaktion geändert
Text: Heike Amann-Störk
Fotos: Ernst Fessler

Darf's mehr sein?



Youtube Stichworte: KVJS, Wohnen



Mit Wissen gegen den Wahn

Wer über die eigene Erkrankung aufgeklärt ist und diese akzeptiert, kann besser auf sich achtgeben und sich vor einer erneuten Erkrankung schützen.

„Es kann Ihnen niemand sagen, was genau die Ursache Ihrer Erkrankung ist. Es gibt psychosoziale und neurobiologische Aspekte. Aber die Vorgänge im Gehirn sind nur bis zu einem gewissen Grad erforscht“, erklärt Regina Heller, Fachkrankenschwester für Psychiatrie im ZFP Südwürttemberg in Bad Schuslenried. Vier junge Männer sitzen ihr gegenüber an einem Tisch. Vor ihnen liegt eine blaue Mappe mit Arbeitsblättern. Für die vier ist es die zweite Psychoedukations-Stunde. Heller klärt sie heute über die Ursachen und Auslöser einer Psychose auf. Beim Auftakt wurden die Krankheitssymptome besprochen. In den nächsten Wochen werden noch vier weitere Einheiten folgen: Behandlungsmethoden, Frühsymptomatik, Rückfallprophylaxe, medikamentöse Behandlung. Die Patienten sollen zu Profis im Umgang mit der eigenen Krankheit werden.

Einer der vier Männer hat früher schon einmal an der Psychoedukations-Gruppe von Heller teilgenommen. „Allerdings hatte ich da immer das Gefühl, dass nichts bei ihm ankommt. Er hat

sich damals nicht krank gefühlt.“ In diesem Jahr kam er selbst auf Heller zu und erkundigte sich nach einem Platz in der neuen Gruppe. „Ich war positiv überrascht“, erinnert sich Heller. Vielen, die an einer Psychose erkrankt sind, fehlt die Krankheitseinsicht. Manchen auch nach mehrfacher Erkrankung. Ein wesentliches Ziel der Psychoedukation ist es daher, dass Betroffene die eigene Erkrankung akzeptieren und verstehen. Heller ergänzt: „Psychoedukation kann eine Psychose nicht heilen. Sie kann aber das Wissen um die Erkrankung erhöhen und dadurch das Wiedererkrankungsrisiko senken und auch die Medikamenten-Compliance erhöhen.“

Im Gleichgewicht



Konzentriert betrachten die Patienten das Arbeitsblatt mit dem Waage-Modell. Die linke Seite der Waage stehe für die jeweilige Belastung, die rechte Seite entspreche der aktuellen Belastbarkeit, erklärt Heller. „Probieren Sie mal, sich gedank-



Regina Heller vermittelt Betroffenen Wissen rund um deren Erkrankung.

lich zurückzusetzen: Wie war das bei Ihnen, als Sie erkrankt sind?“, fordert die Fachkrankenschwester auf. „Ich bin eigentlich ein sehr belastbarer Mensch. Ich mache gern viel für andere und bin auch gern Workaholic. Aber irgendwann waren die Anforderungen einfach zu hoch“, erinnert sich einer der Patienten. Heller erläutert daraufhin, wie wichtig es ist, dass die Belastbarkeitswaage immer wieder zurück ins Gleichgewicht kommt. „Das ist immer so einfach gesagt. Aber sich in dem Moment richtig zu entscheiden, ist nicht leicht“, kommentiert einer der Männer. „Man möchte ja nicht nur sich selbst, sondern auch anderen gefallen.“

In den Psychoedukations-Stunden muss immer auch Zeit für den Austausch sein, findet Heller. „Es passiert ganz viel mit den Patienten, wenn sie sehen, dass auch andere ähnliche Symptome kennen. Deshalb findet die Psychoedukation auch in der Gruppe statt.“ Genauso müsse sie aber auch akzeptieren, wenn jemand nichts erzählen möchte. „Manche schämen sich, andere sind aufgrund ihrer Erkrankung ziemlich misstrauisch.“ Je nachdem wie stark sich die Teilnehmenden einbringen, variiert die Länge der Unterrichtseinheiten.

Ein Patient wirkt bereits nach etwa 15 Minuten unruhig. Er wippt mit den Füßen, weiß nicht so recht wohin mit seinen Händen. „Wenn Betroffene noch am Anfang ihrer Erkrankung stehen und die akute Phase erst am Abklingen ist, haben sie oft Mühe, sich zu konzentrieren und zu öffnen. Sie sind noch zu sehr in ihrer eigenen psychotischen Welt“, weiß Heller das Verhalten einzuordnen. Deswegen seien auch die ersten beiden Unterrichtseinheiten nur etwa 30 Minuten lang. Dass die Patient*innen bei Heller offen über sich und ihre Erkrankung sprechen, hängt auch damit zusammen, dass die Psychoedukations-Gruppe losgelöst vom Stationsteam durch eine außerhalb stehende

Dozentin durchgeführt wird. Die Fachkrankenschwester ist sich sicher: „Die Patienten schätzen es, dass sie nochmal eine Meinung von einer anderen Fachperson erhalten.“

Achtung Auslöser

„Das Wichtigste sind nicht die Ursachen ihrer Erkrankung, sondern die Auslöser. Denn wenn diese bekannt sind, können sie sich selbst besser schützen“, macht Heller den Teilnehmenden deutlich. Sie greift sich einen Stift und stellt sich neben das Flipchart. Dann fragt sie die Patienten, ob sie ihr mögliche Auslöser nennen können. Stress, Todesfall, Trennung, finanzielle Not: Den Männern fallen zahlreiche negative Begebenheiten ein. Heller erläutert, dass auch positiv konnotierte Ereignisse, wie etwa sich zu verlieben oder ein Umzug, Auslöser sein können.

Die Patient*innen sollen vorbereitet sein, falls sich die Erkrankung wieder bemerkbar macht, und Frühsymptome erkennen lernen. „Wenn man zum ersten Mal an einer Psychose erkrankt, merkt man das nicht immer. Aber Sie wissen jetzt um Ihre Erkrankung und müssen künftig genau hinschauen. Und wenn Sie merken, dass sich Frühsymptome ankündigen, zögern Sie nicht, sich Hilfe zu suchen.“ Heller ist von dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ überzeugt. Es sei nachgewiesen, dass Psychoedukation das Rückfallrisiko vermindert. „Und wenn es doch zu einer erneuten Erkrankung kommt, ist der Verlauf weniger schwerwiegend.“ Am Ende der Unterrichtseinheit gibt Heller den vier Patienten noch mit auf den Weg: „Leben Sie ihr Leben weiter, ohne ständig darüber nachzudenken, ob es Ihnen gut geht. Aber wenn Auslöser auf Sie zukommen, passen Sie bitte besonders auf sich auf.“

Text und Foto: Rieke Mitrenga

Das Denken über das Denken

Metakognitives Training (MKT) befasst sich mit fehlerhaften Denkstilen und Denkverzerrungen, die oft unterbewusst ablaufen – wie etwa voreilige Schlussfolgerungen oder falsche Zuschreibungen. Geeignet ist das MKT vor allem für Menschen, die dauerhaft an einer Psychose erkrankt sind und unter Wahrnehmungsveränderungen leiden. Beim Gruppentraining werden zum Beispiel Bilder für wenige Sekunden gezeigt. Anschließend sollen Patient*innen erläutern, was sie gesehen haben. Dabei werden oft unterschiedliche Schwerpunkte deutlich. Ziel der MKT ist es, sich nicht so schnell zu festen unverrückbaren Urteilen verleiten zu lassen. Betroffene lernen, veränderte Wahrnehmungen zunächst nachzuprüfen: Stimmt das, was ich gerade empfinde, mit der Wirklichkeit überein? Sehen andere das genauso?

Psychosen und Drogenkonsum

Keine seltene Kombination

Menschen, die an einer psychotischen Erkrankung leiden, greifen deutlich häufiger zu Suchtmitteln als die Allgemeinbevölkerung. Vor allem werden Alkohol, Nikotin und Cannabis konsumiert. „Es sind Substanzen mit jeweils eigenen Wirkungsweisen und Konsequenzen“, erklärt Prof. Dr. Tilman Steinert, Leiter des Zentralbereichs Forschung und Lehre und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm am ZfP Südwürttemberg. Und es sind Konsequenzen, die über die Wirkungsweise der jeweiligen Droge hinausgehen und bei der Therapie enden.

Für die Entstehung einer Psychose wird in der Regel das Zusammenwirken genetischer, sozialer und psychischer Faktoren angenommen. Ähnliche Dispositionen, die bei Menschen auch zu anderen psychischen Störungen wie auch einer Sucht führen können. Manche Suchtmittel, allen voran Cannabis, haben eine stimulierende Wirkung auf die Nervenübertragung, die sogenannten Synapsen, im Gehirn und begünstigen die Entstehung von Psychosen. Umgekehrt gibt es auch Gründe, warum bereits an Psychosen erkrankte Menschen immer wieder zu Drogen greifen. Viele leiden an einer sogenannten Negativsymptomatik. Diese zeigt sich in Antriebslosigkeit, Interessensverlust, Unfähigkeit, Freude zu empfinden und sozialem Rückzugsverhalten. Drogen fungieren dann als eine Art Selbstmedikation, um sich selbst zu stimulieren und subjektiv besser zu fühlen. Das gilt auch für das Nikotin in der Zigarette. Das Verlangen der Raucher*innen, eine spürbare Nikotinwirkung aufrecht zu erhalten, führt sogleich zum erneuten Griff zur Zigarette, da schon nach kurzer Zeit Entzugssymptome einsetzen.

Wenig auffällig aber umso gefährlicher

Das Rauchen sei in Bezug auf das Verhalten zwar bei weitem nicht so auffällig wie die Folgen des Alkoholkonsums, nimmt Steinert vorweg und setzt nach, „aber am Ende sterben die Konsumenten daran.“ Menschen mit Psychosen haben eine etwa

zehn bis 15 Jahre kürzere Lebenserwartung als die Durchschnittsbevölkerung und daran hat das Rauchen einen nicht unerheblichen Anteil. Laut einer von der Forschungsgruppe der Versorgungsfor- schung in Weissenau veröffentlichten Untersuchung des Rauchverhaltens von Behandelten und Mitarbeitenden am dortigen ZfP-Standort rauchen Men- schen mit psychischen Erkrankungen je nach Diagnose um 40 bis 88 Prozent häufiger als der Bevölkerungsdurchschnitt, vor allem aber auch sehr viel mehr mit entsprechender Abhängigkeit.

Die genannte krankheitsbedingte Nega- tivsymptomatik ist vermutlich häufig eine Mit-Ursache des exzessiven Ziga- rettenkonsums. Aber mehr noch trage die Behandlung mit antipsychotischen Medikamenten dazu bei, so der Fach- mann weiter. Denn die Antipsychotika bewirken eine gewisse emotionale Ab- schirmung von krankhaften Eindrücken. „Das Rauchen führt dazu, dass diese Medikamente schneller abgebaut wer- den und ihre Wirkung abgeschwächt wird. Das führt bei den Patientinnen und Patienten zu einem Gefühl des grö- ßeren inneren Erlebens und dem Gefühl von mehr Aktivität, leider allerdings um den Preis eines höheren Rückfallrisikos.“

Rauchen führt bei Menschen mit Psychosen zu einem - subjektiv empfunden - größeren inneren Erleben.



Rauchen Patient*innen weniger oder hören gänzlich damit auf, könne und müsse die Dosierung der verordneten Medikamente manchmal sogar halbiert werden, um Überdosierungserschei- nungen zu vermeiden.

Alkoholmissbrauch fünfmal so hoch wie in Allgemeinbevölkerung

Auch Alkohol stellt für viele Menschen mit einer Psychose ein Problem dar. Und aus ärztlicher Sicht fallen die Auswirkun- gen des Alkoholkonsums besonders schwer ins Gewicht. „Von allen legal erhältlichen Substanzen ist Alkohol jene, die aggressives und gewalttätiges Verhalten am stärksten befördert“, legt Steinert dar und führt weiter aus: „Straf- taten von Menschen mit Psychosen stehen überwiegend in Zusammenhang mit Alkohol- oder Drogenkonsum.“ Zum erhöhten Aggressionspotenzial und weiteren Verhaltensauffälligkeiten kome eine nachgewiesene höhere Rückfall- quote hinzu. Erschwerend sei zudem, dass Menschen mit Psychosen und Substanzmissbrauch die übliche ärztl- che Empfehlung, Medikamente nicht mit Alkohol zu kombinieren, so inter- pretieren, dass sie die Medikamente dann „sicherheitshalber“ weglassen – meis- tens mit schlechten Folgen.

Spiel mit dem Feuer

Der vorübergehende Anstieg der durch das Kiffen ausgeschütteten neurochemi- schen Botenstoffe im synaptischen Spalt kann von vielen Menschen normal verarbeitet werden. Bei manchen gene- tischen Konstellationen gelingt das aber nicht so schnell und die Folge kann psychotisches Erleben sein. Statistisch erhöht deshalb Cannabis die Wahr- scheinlichkeit für das Auftreten einer Psychose um den Faktor fünf. Das ist vergleichbar mit einer erblichen Belas-



Alkoholmissbrauch erhöht die Rückfallquote bei psychotischen Erkrankungen.

tung mäßigen Grades, beispielsweise wenn ein Familienmitglied eine psy- chotische Erkrankung hat. „Es kann sein, dass diese Disposition bis zum Zeitpunkt des Drogenkonsums nicht in Erscheinung tritt und ohne diesen auch nie eine Rolle gespielt hätte. Wird aber eine Psychose ausgelöst, kann das im ungünstigsten Fall zu einer lebenslangen Behinderung führen“, so Steinert.

Genauso können auch kürzere psychotische Episoden durch den Suchtmit- telkonsum ausgelöst werden. In der Regel halten sie solange an, wie die Substanz im Körper ist und klingen dann ab. „Dauert dieser Zustand aber über mehrere Wochen, spricht man von einer drogeninduzierten Psychose“, erklärt Steinert. „Wenn die Wahnvorstellungen und Halluzinationen über einen noch längeren Zeitraum und unabhängig vom Drogenkonsum beste- hen, reden wir meistens von einer Schizophrenie. Ob sie auch ohne den Drogenkonsum aufgetreten wäre, ist im Einzelfall nicht beweisbar.“

Therapie der Doppeldiagnose

Psychosen bei Menschen mit Substanzmissbrauch werden im Grunde nicht anders behandelt als andere Psychosen auch. Aber die stets so wichtige Aufklärung über Krankheit, Behandlung und geeignete Lebensführung, die sogenannte Psychoedukation, muss gleichzeitig auch alle typischen Pro- bleme von Suchterkrankungen mit beinhalten. Denn im Verlauf der Erkran- kung steht manchmal die Psychose, manchmal die Sucht im Vordergrund. Entsprechend können und müssen auch Behandlungsschwerpunkte und Therapieziele gewählt werden. Besonders wichtig sei es aber, so Steinert, die betroffenen Personen – und es sind viele mit dieser Problematik – nicht auszuschließen. In vielen Behandlungseinrichtungen für Psychosekranke sind süchtige Verhaltensweisen ein Ausschlussgrund. Umgekehrt gelten in den vielen Einrichtungen des Suchthilfenetzwerks Menschen mit gleichzei- tig bestehenden psychotischen Symptomen als schwer zu integrieren und werden häufig abgelehnt. Der erfahrene Psychiater räumt freilich ein, dass manche Verhaltensweisen wie zum Beispiel Dealing mit Drogen in psychia- trischen Einrichtungen tatsächlich nicht tolerierbar seien und spätestens an diesem Punkt die Toleranz ende. Dennoch: „Die Gefahr ist also, dass diese Menschen aus beiden spezialisierten Netzwerken herausfallen und dann keine angemessene Versorgung bekommen. Diese Menschen dürfen nicht durchs Raster fallen“, schließt Steinert nachdrücklich ab. ■

Text: Sarah-Lisa Nassal
Fotos: Pixabay

Das Leben selbst gestalten

Wohnangebote, Beratungsstellen oder Filmvorführungen: Auf zwei Webseiten des Gemeindepsychiatrischen Verbundes erfahren Menschen mit Psychose und anderen psychischen Erkrankungen mit nur wenigen Klicks, welche Angebote sie in der Nähe ihres Wohnorts wahrnehmen können. Dies soll vor allem bei einer selbstbestimmten Lebensführung unterstützen, erklärt Sonja Zimmermann. Die Psychologin betreute eine Nutzerbefragung zu den Websites.

FACETTEN: Welche gemeindepsychiatrischen Angebote werden in der Region für Menschen mit Psychose vorgehalten?

SONJA ZIMMERMANN: Grundsätzlich gibt es für Menschen mit Psychose, aber auch mit anderen psychischen Erkrankungen, ganz viele wohnortnahe psychiatrische Angebote im Landkreis Ravensburg und im Bodenseekreis. Im Bereich Freizeit werden zum Beispiel Kulturveranstaltungen verschiedener Träger unter der Reihe Gemeinde-Psychiatrie-Kultur zusammengefasst, etwa Vorträge, Filmvorführungen, Musikveranstaltungen oder auch Lesungen. Die Initiativen für Psychiatrieerfahrene – IPERA oder IPEBO – organisieren Selbsthilfegruppen. Im Bereich Arbeit bietet unter anderem die Arkade Pauline 13 berufsbegleitende Dienste an. Der beruflichen Reintegration widmen sich die Sprungbrett-Werkstätten oder die Weissenauer Werkstätten. Auch die BruderhausDiakonie bietet tagesstrukturierende und arbeitsbegleitende Maßnahmen an. Im Bereich Wohnen ermöglichen die Arkade e.V. oder das ZfP Südwürttemberg Begleitung durch das Ambulant Betreute Wohnen. In jedem Landkreis wird zudem eine Informations-, Beschwerde- und Beratungsstelle (IBB) vorgehalten. Auch im Bereich Behandlung gibt es diverse ambulante, tagesklinische oder stationäre Angebote.

FACETTEN: Warum sind solche gemeindenahen Angebote so wichtig?

ZIMMERMANN: Menschen mit Psychose oder anderen psychischen Erkrankungen sollen befähigt werden, eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu leben. Deshalb erhalten sie nicht nur Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, sondern auch Hilfe bei der eigenen Lebensgestaltung. Die berufliche Wiedereingliederung soll genauso gefördert werden wie soziale Aktivitäten. Um ebendies gemeinsam zu erreichen, kooperieren alle wesentlichen Träger des Gesundheits- und Sozialwesens sowie Vertreter der Selbst- und Bürgerhilfe in einem Zusammenschluss miteinander – im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV).

FACETTEN: Wie erfahren Betroffene von den Angeboten und auch, worauf sie Anspruch haben?

ZIMMERMANN: Das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg unterstützt ein von Prof. Dr. Tilman Steinert konzipiertes Forschungsprojekt, das Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen Zugang zu digitalen Informationen und eine Stärkung ihrer Position ermöglichen soll. Im Zuge dessen wurden Webseiten für die Gemeindepsychiatrischen Verbände Ravensburg und Bodenseekreis erstellt, auf denen alle Angebote gebündelt sind. Dort gibt es eine Suchfunktion mit einer interaktiven Karte. So kann man gezielt suchen, welche Angebote es zum Beispiel im Bereich Arbeit in der Nähe gibt. Bei jedem Eintrag sind dann die jeweilige Einrichtung mit Kontaktdaten und ein Link zur Webseite hinterlegt. Und die Webseiten schließen noch eine weitere Informationslücke, indem aufgeführt wird, worauf Betroffene in den unterschiedlichen Bereichen grundsätzlich Anspruch haben. Zwar übernehmen Krankenkassen und die Landkreise viele Teilhabeleistungen, aber das Problem ist oft, dass Betroffene gar nicht wissen, welche das sind.

FACETTEN: Die Webseiten wurden Mitte 2019 erstellt. Gibt es Erkenntnisse zur Nutzung?

ZIMMERMANN: Wir haben Befragungen mit Test-Nutzerinnen und -Nutzern durchgeführt, die gemeindepsychiatrische Angebote in den beiden Landkreisen in Anspruch genommen haben. Uns ging es darum zu erfahren, ob die Seiten als nützlich empfunden werden. Befragt haben wir Betroffene mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen, die jeweils eine Webseite für ein paar Monate getestet haben. Also diese immer wieder besucht haben, um sich zu informieren. Vor und nach dieser Testphase haben die Teilnehmenden einen Fragebogen beantwortet. Auf diesem schätzten sie ein, wie gut sie sich in der Versorgungslandschaft auskennen. Die zwei Fragebögen wurden dann auch miteinander verglichen. Wir haben festgestellt, dass die Betroffenen einen Informationszuwachs in mehreren Bereichen hatten, etwa was Freizeitangebote oder Behandlungsangebote angeht.

FACETTEN: Welche Schlussfolgerungen ließen sich noch aus der Studie ziehen?

ZIMMERMANN: Die Webseiten wurden häufig gelobt. Wertgeschätzt wurde vor allem, dass einrichtungsübergreifende Informationen zugänglich gemacht und übersichtlich dargestellt werden. Gewünscht hatten sich die Befragungsteilnehmenden, dass Betroffene und auch die einzelnen regionalen Einrichtungen noch mehr in den Vordergrund gerückt werden. Wir haben uns nun überlegt, Interviews mit Betroffenen zu führen und kurze Unternehmensvideos zu drehen. Das erste wird von der BruderhausDiakonie im Beznerareal in Ravensburg sein.

FACETTEN: Welche Chancen ermöglichen solche Online-Angebote?

ZIMMERMANN: Das Ziel heißt Empowerment. Betroffene erhalten einen einfachen Zugang zu relevanten Informationen und Hilfe für den Notfall. Sie können den Professionellen also selbstständig informiert begegnen, zielorientiert mit Leistungsträgern in der Region kommunizieren und zu aktiven Partnern in der Bewältigung und im Umgang mit ihrer Erkrankung werden. Das bringt ganz viele positive Aspekte mit sich. Wenn man Einfluss auf das eigene Leben hat, erhöht das den Selbstwert und die Lebenszufriedenheit. Betroffene finden auch einfacher Gleichgesinnte und haben die Möglichkeit, sich sozial einzubinden und an der Gesellschaft teilzuhaben.

Aufgezeichnet von Rieke Mitrenga
Foto: Daniel Mock

Allgemeine Informationen sowie alle Hilfsangebote der Gemeindepsychiatrie in der Region mit Kontaktdaten:
Landkreis Ravensburg: www.gpv-rv.de
Bodenseekreis: www.gpv-bodenseekreis.de



Wenn man Einfluss auf das eigene Leben hat, erhöht das den Selbstwert und die Lebenszufriedenheit.



Sonja Zimmermann

hat Kommunikation und Psychologie studiert. Seit Ende 2019 ist sie im ZfP Südwürttemberg angestellt. Um ihre Ausbildung zur Psychotherapeutin abzuschließen, war die Österreicherin zunächst für ein Jahr auf einer gemeindepsychiatrischen Station tätig. Vor acht Monaten wechselte Zimmermann in die Versorgungsforschung und übernahm das GPV-Digitalisierungsprojekt.



Bücher, Filme, Podcasts, Blogs



Podcast: Jung und freudlos

Verfügbar auf allen gängigen Podcast-Portalen.

Schluss mit Halbwissen

Im Podcast aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg klären zwei sympathische Assistenzärzte über psychiatrische Störungsbilder auf. Dabei kommen auch Themen wie die Arbeit als Genesungsbegleitung oder Sinn und Zweck von Selbsthilfegruppen zur Sprache. Gleich zwei Episoden widmen sich dem Thema Psychose. Folge 12 gibt einen umfassenden

Überblick zu den verschiedenen Formen der Psychose, Folge 22 dreht sich um Symptome, Verlauf und Therapie der Schizophrenie und zeigt Betroffenen Wege zur Alltagsbewältigung auf. Die rund einstündigen Folgen sind vollgepackt mit gut verständlichen und kurzweilig präsentierten Informationen und lassen die Begeisterung für das Fachgebiet Psychiatrie spüren.

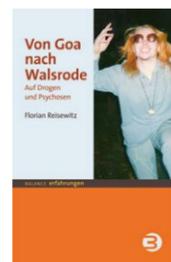
Ein perfekter Mix aus fundierter Information und gelungener Unterhaltung.

Heike Amann-Störk

Von Goa nach Walsrode

Florian Reisewitz

ISBN: 978-3-86739-124-5



und er versucht, sich das Leben zu nehmen.

Mehrfach führt ihn seine Erkrankung in die Psychiatrie nach Walsrode. Bis heute leidet Reisewitz unter der Psychose und ist sein restliches Leben auf Medikamente angewiesen.

Ein schonungslos ehrliches, aber auch hoffnungsvolles Erfahrungsbuch.

Sarah-Lisa Nassal



Feuer im Kopf

2016, 89 Minuten, Netflix

Regie: Gerard Barrett

Fesselnde Unwissenheit

Es läuft gut für Susannah: Sie ist jung, frisch verliebt und hat einen Job bei der New York Post ergattert. Doch auf einmal leidet sie unter Wahnvorstellungen, hört Stimmen, fühlt sich abgeschlagen. Die Symptome werden immer schlimmer. Susannah bekommt Anfälle, verliert immer mehr die Kontrolle. Die Ärztinnen und Ärzte können keine körperliche Krankheitsursache feststellen und vermuten eine Psychose. Doch es kommt anders.

Susannahs Ängste und Ratlosigkeit über ihre Symptome sind mitreißend. Schade und unnötig ist nur, dass psychiatrische Hilfe hier als eine vermeintlich einfache und bedenklliche Lösung dargestellt wird.

Rieke Mitrenga

Exzess mit Folgen

Florian Reisewitz ist 18 Jahre alt, als er das erste Mal Cannabis nimmt. Schrittweise taucht er in die Goa-Szene und experimentiert mit sämtlichen psychedelischen Drogen. Eine Zeit voller Exzesse, die für den jungen Mann nicht folgenlos bleibt. Während seines Zivildienstes erkrankt er erstmals an einer schizoaffektiven Psychose. Über die Jahre stellen sich neben den Halluzinationen und Wahnvorstellungen auch depressive Phasen ein

Redaktion

Heike Amann-Störk hätte nicht gedacht, dass ein Podcast zum Thema Psychose so unterhaltsam sein kann.

Stefan Angele lernte seinen inzwischen besten Freund bei einem Gerichtstermin kennen.

Elke Cambré entdeckte ihre Liebe zu Katzen neu, als ihr ein hilfloser

schwarzer Kater zulief, der bei ihr bleiben wollte.

Rieke Mitrenga war überrascht, wie viel Freude es bereiten kann, Pflanzen selbst aus Samen heranzuziehen.

Sarah-Lisa Nassal merkte erst, wie schön ihre Heimat im Ländle ist, als sie weggezogen war.

Redaktionstipp ...



Blog: Weltkehrt – Anna Kunze

Anna Kunze

Engagiert und aufklärend

Anna Kunze erkrankte schon als Jugendliche an einer Psychose. Heute berichtet die 24-Jährige auf ihrem Blog offen und ehrlich über den Verlauf ihrer Schizophrenie. Sie teilt ihre Erfahrungen mit stationären Klinikaufenthalten, berichtet über ihre Therapien und darüber, was sie sonst so beschäftigt. Zudem engagiert sie sich in der Aufklärungs- und Antistigmaarbeit: Sie besucht Schulklassen und hält Vorträge vor Studierenden, außerdem lässt sie sich zur EX-In-Genesungsbegleiterin ausbilden. Empfehlenswert ist auch die Dokumentation des MDR über Anna Kunze, zu finden auf YouTube unter dem Titel „Anna und die Stimmen im Kopf“.

Bewundernswert, wie sich die junge Frau von ihrer Erkrankung nicht unterkriegen lässt und zeigt, was man als Betroffene trotzdem alles schaffen kann.

Elke Cambré



Schnuffen im Kopf – Ein Leben mit der Psychose

2011, 92 Minuten
Regie: Gamma Bak

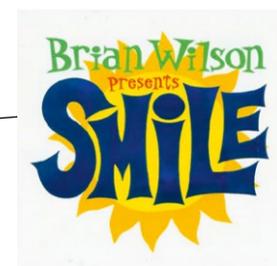
Intimes Selbstporträt mit der Filmkamera

Gamma Bak arbeitet als Regisseurin und Produzentin, als sie mit Anfang 30 ihre erste psychotische Episode erleidet. Es bleibt nicht bei dieser einen, ihr Leben verändert sich fundamental. Sie beginnt, einen Film zu drehen über sich und ihre Erfahrungen mit der Psychose. Über die Jahre entsteht ein intimes Selbstporträt, welches auf schonungslose Weise das Ringen mit dieser Erkrankung und dem damit verbundenen Stigma aufzeigt.

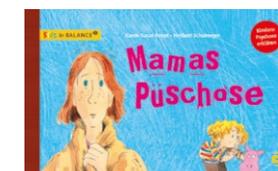
Experimentell, persönlich, mutig – ein sehenswerter Film, der nahe geht.

Stefan Angele

bemerkenswert



Musik: Im Jahr 2004 veröffentlichte Brian Wilson (The Beach Boys) sein Album **Smile** – fast 40 Jahre später als geplant. Der Grund für die Verzögerung: die psychotische Erkrankung des Musikers, die 1967 dazu führte, dass er die Studioarbeiten abbrechen musste. Seine Freunde hätten ihm geholfen, das wirre Songmaterial in seinem Kopf zu ordnen und das Album fertigzustellen, so Wilson. Sein Beispiel soll Menschen mit psychischen Erkrankungen Hoffnung machen.



Buch: Auf rund 40 Seiten gelingt **Mamas Püschose: Kindern Psychose erklären** von Autorin

Karen-Susan Fessel etwas Schwieriges: Kindern auf einfache Weise die beunruhigenden Veränderungen in der Familie zu vermitteln, die auftreten können, wenn ein Elternteil an einer Psychose erkrankt ist.

Information, Dialog und Recht

www Online-Angebote

www.kompetenznetz-schizophrenie.de

Das Kompetenznetz Schizophrenie (KNS) ist ein bundesweiter Forschungsverbund. Zentrale Themen sind etwa die Frühintervention sowie die Behandlungsoptimierung.

www.soteria-netzwerk.de

Die Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria (IAS) gibt Einblicke in das Soteria-Konzept sowie in Einrichtungen und Projekte und wendet sich damit an Betroffene, Angehörige und Behandelnde gleichermaßen.

www.psychose-frueherkennung.de

Das Früherkennungszentrum für Psychosen des Universitätsklinikums Bonn bietet online vielfältige Informationen an, unter anderem einen Psychose-Selbsttest.

www.stimmenhoeren.de

Das Netzwerk Stimmenhören e.V. hat sich zum Ziel gesetzt, die Öffentlichkeit über die sehr unterschiedlichen Erscheinungsformen des Stimmenhörens zu informieren.

www.bastagegenstigma.de

Die dialogisch besetzte Initiative BASTA wendet sich gegen Diskriminierung und Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen und bietet deutschlandweit Aufklärungsseminare etwa für Schüler*innen und Polizeibeamt*innen an.

Dialogischer Austausch

Das ZfP Südwürttemberg bietet an mehreren Standorten sogenannte Dialog-Foren an. Diese ermöglichen Gespräche und Erfahrungsaustausch. Dialog bedeutet, dass Fachkräfte, Betroffene und Angehörige zusammenkommen und alle ihr Wissen und ihre Sichtweisen einbringen können. Patientinnen und Patienten erzählen zum Beispiel ihre Krankheitsgeschichte und berichten, was ihnen geholfen hat. Auf diese Weise können alle Beteiligten die Erkrankung besser verstehen lernen, Kontakte knüpfen und sich gegenseitig unterstützen. Sind Dialoge geplant, werden diese auf der Website www.zfp-web.de in der Rubrik Veranstaltungen angekündigt.

§ Gesetzliche Betreuung

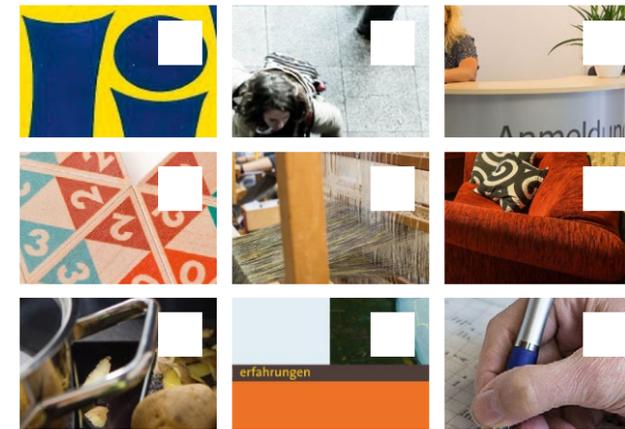
Manche Menschen mit Psychosen können zeitweilig oder auf Dauer wichtige Bereiche ihres Lebens nicht selbständig regeln. Dazu können Finanz- und Vertragsangelegenheiten zählen, aber – insbesondere bei mangelnder Krankheitseinsicht – auch die Gesundheitsfürsorge. Deshalb kann ein gesetzlicher Betreuer bestellt werden, der in Krisenzeiten die notwendigen Entscheidungen trifft (das Recht kennt bis jetzt nur die männliche Sprachform). Andere Möglichkeiten, wie Betroffene Vorsorge für Krisenfälle treffen können, sind Behandlungsvereinbarungen mit der Klinik, Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen oder Krisenpässe.

Rätsel

Mitmachen und gewinnen!

Von welchen Heftseiten stammen diese Bildausschnitte?

Addieren Sie die Seitenzahlen und schicken Sie die Lösungszahl per E-Mail an facetten@zfp-zentrum.de oder senden Sie eine frankierte Postkarte an das ZfP Südwürttemberg, Abteilung Kommunikation, Pfarrer-Leube-Str. 29, 88427 Bad Schussenried.



Summe

Genau hingeschaut? Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir ein „Triangolini“. Das klassische Legespiel mit farbig bedruckten Spielsteinen aus Holz stammt aus dem Sortiment der schweizerischen Stiftung Brändi. Einsendeschluss ist der 15. Juli 2021.



Impressum

Facetten — Das Magazin des ZfP Südwürttemberg — **Herausgeber** ZfP Südwürttemberg, Pfarrer-Leube-Straße 29, 88427 Bad Schussenried, www.zfp-web.de — **Redaktionelle Verantwortung** für diese Ausgabe Stefan Angele — **Redaktion** Prof. Dr. Tilman Steinert, Heike Amann-Störk, Stefan Angele, Elke Cambré, Rieke Mitrenga, Sarah-Lisa Nassal — **Konzept und Gestaltung** openminded, Inhaberin Ursi Zambrino, Ulm/Hamburg — **Druck** Druckerei der Weissenauer Werkstätten — **Auflage** 4.700 Exemplare — Gedruckt auf Arctic Volume — Facetten erscheint drei Mal jährlich und kann kostenlos bei der Abteilung Kommunikation unter 07583 33-1588 oder per E-Mail an facetten@zfp-zentrum.de bestellt werden — Die nächste Ausgabe erscheint im August 2021.

Um die Privatsphäre von Patientinnen und Patienten zu schützen, greifen wir bei Fotos für Facetten auch auf Mitarbeitende des ZfP als Statistinnen und Statisten zurück. Die abgebildeten Fotos sind teilweise vor der Corona-Pandemie erstellt worden.

Haben Sie's gewusst?

In der Dezember-Ausgabe lautete das Lösungswort: ZAPPELPHILIPP
Gewonnen hat Barbara Wizgall.

„Wenn man realisiert, dass man manchmal sich selbst nicht trauen und sich nicht auf seine eigenen Gedanken und Wahrnehmungen verlassen kann, stellt das eine tiefgreifende Erschütterung dar.“

Prof. Dr. Tilman Steinert

