

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang **Sozialpädagogik**
Kurs **TZ 2016-2021**

Linda Suter

Schizophrene Psychosen im Übergang der Jugend ins Erwachsenenalter

**Untersuchung von Entwicklungsaufgaben und Lebenslagen sowie möglichen
psychosozialen Interventionen**

Diese Arbeit wurde am **11.01.2021** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repository veröffentlicht und sind frei zugänglich.

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialpädagogisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialpädagoginnen und Pädagogen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2021

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Die häufigsten schizophrenen Erkrankungen entstehen im Alter zwischen 15 - 35 Jahren, also in einer Zeit, welche von Neuorientierung geprägt ist. Die Erfahrung einer Psychose bewirkt eine tiefgreifende Verunsicherung und erschüttert das Selbstbild der jungen Menschen bis ins Innerste. Häufig ist der somatische Verlauf mit bleibenden Beeinträchtigungen verbunden, welche sich auf den Alltag der jungen Menschen auswirken.

Die vorliegende Bachelorarbeit beschreibt zunächst, wie sich schizophrene Erkrankungen zeigen und unter welchen Bedingungen sie sich entwickeln. Danach werden längerfristige Auswirkungen auf die Lebenslagen und die damit verbundenen Entwicklungsrisiken aufgezeigt. Es sind vor allem die Wechselwirkungen, welche zur Folge haben, dass wichtige normative Aufgaben in hohem Masse erschwert sind. Es drohen somit Entwicklungskrisen, die längerfristig zu sozialer Isolation und dem Verlust von Lebensqualität führen.

Darum ist es das Ziel, im letzten Teil der Arbeit Möglichkeiten der Sozialpädagogik aufzuzeigen, die Jugendliche unterstützen kann, mit einem gestärkten Selbstbild wieder in Kontakt mit der Umwelt zu treten. Die Basis dafür liegt in einer vertrauensvollen Beziehungsgestaltung und der Gestaltung einer Umgebung, welche auch die besondere Sensibilität der Betroffenen berücksichtigt. Dabei sind die verborgenen Potentiale einerseits bei und mit den Betroffenen aufzuspüren, andererseits können sie darüber hinaus auch in der Lebenswelt identifiziert und mobilisiert werden. Die vorliegende Arbeit richtet sich an alle Fachkräfte aus der Sozialen Arbeit und insbesondere der Sozialpädagogik, die mit Jugendlichen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis zu tun haben.

Dank

Die Autorin richtet ihren Dank an alle Dozierenden der Hochschule Luzern im Fachbereich Soziale Arbeit. Im Speziellen Marius Metzger und Elke Brusa für die fachliche Unterstützung in den Fachpoolgesprächen sowie Alina Schmutziger und Andreas Pfister im Rahmen des Bachelor-Kolloquiums.

Ein spezieller Dank gilt auch der Korrektorin Larissa Waibel sowie Karin Thörig, die das erarbeitete psychiatrische Wissen überprüfte. Auch soll das gesamte nahe Umfeld der Autorin nicht unerwähnt bleiben, das ihr während dieser Zeit zur Seite stand

Inhaltsverzeichnis

VORWORT DER SCHULLEITUNG	I
ABSTRACT	II
DANK	III
TABELLENVERZEICHNIS.....	1
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	1
EINLEITUNG.....	2
VORGEHEN UND AUFBAU	4
ABGRENZUNG	4
1 THEORETISCHE GRUNDLAGEN PSYCHOSE UND SCHIZOPHRENIE	5
1.1 BEGRIFFSDEFINITIONEN	5
1.1.1 <i>Psychose</i>	6
1.1.2 <i>Schizophrenie</i>	6
1.2 EPIDEMIOLOGIE	7
1.3 URSACHEN FÜR DIE ENTSTEHUNG EINER SCHIZOPHRENEN ERKRANKUNG	8
1.3.1 <i>Biologische Faktoren</i>	8
1.3.2 <i>Familiäre Faktoren</i>	10
1.3.3 <i>Zusätzliche Umweltfaktoren</i>	11
1.3.4 <i>Das Vulnerabilitäts-Stressmodell</i>	12
1.4 VERLAUF EINER ERKRANKUNG AUS DEM SCHIZOPHRENEN FORMENKREIS	13
1.4.1 <i>Die Prämorbid Phase</i>	14
1.4.2 <i>Prodromale Phase</i>	14
1.4.3 <i>Akute Phase</i>	15
1.5 HETEROGENITÄT DER VERLAUFSFORMEN.....	15
1.6 SYMPTOME BEI EINER ERKRANKUNG AUS DEM SCHIZOPHRENEN FORMENKREIS	15
1.6.1.1 Positive und negative Symptome	16
1.6.2 <i>Ich-Störungen</i>	16
1.6.3 <i>Denkstörungen</i>	17
1.6.4 <i>Sinnestäuschungen</i>	18
1.6.5 <i>Affektive Symptome</i>	19
1.7 DIAGNOSE UND KLASSIFIKATION DER SCHIZOPHRENIE	19
1.8 DERZEITIGE PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNGSFORMEN	20
1.8.1 <i>Biologisch somatische Ansätze</i>	20
1.8.2 <i>Psychologisch-psychotherapeutische Therapie</i>	20
1.8.3 <i>Soziotherapeutisch-rehabilitative Massnahmen</i>	21
1.9 FOLGERUNGEN UND BEZUG ZUR SOZIALEN ARBEIT.....	21
2 ASPEKTE DER ADOLESCENTEN ENTWICKLUNG UNTER ERSCHWERTEN BEDINGUNGEN 22	22
2.1 JUGENDALTER DEFINITION	22
2.2 ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHE ASPEKTE.....	23
2.2.1 <i>Die Entwicklung einer Identität</i>	24
2.2.2 <i>Probleme der Individuation als Ursache und Folge der psychischen Erkrankung</i>	

2.3	PROBLEMLAGEN UND IHRE AUSWIRKUNGEN AUF ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNGSAUFGABEN	26
2.3.1	<i>Familiäre Problemlagen</i>	26
2.3.2	<i>Auswirkungen auf Beziehungen und Partnerschaft</i>	27
2.3.3	<i>Stigmatisierung und sozialer Ausschluss</i>	27
2.3.4	<i>Kommorbide Störungen und Abhängigkeit</i>	28
2.3.5	<i>Erwerbslosigkeit als Folge der Erkrankung</i>	29
2.3.6	<i>Schnittstellenproblematik</i>	30
2.4	FAZIT HANDLUNGSBEDARF FÜR DIE SOZIALPÄDAGOGISCHE ARBEIT.....	30
3	GRUNDLAGEN FÜR DIE SOZIALPÄDAGOGISCHE BEGLEITUNG VON PSYCHOSEBETROFFENEN JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN	31
3.1	SOZIALPÄDAGOGISCHE FELDER PSYCHOSOZIALER ARBEIT	31
3.1.1	<i>Ambulante, Integrative Kontexte</i>	32
3.1.2	<i>Ausserklinische Einrichtungen und Jugendhilfe</i>	33
3.2	STRUKTURELLE RAHMUNG DER SOZIALEN ARBEIT UND DER SOZIALPÄDAGOGIK	33
3.3	GRUNDLEGENDE ORIENTIERUNGEN UND PRAXISKONZEPTE DER PSYCHOSOZIALEN PRAXIS.....	34
3.3.1	<i>Subjektorientierung</i>	34
3.3.2	<i>Lebensweltorientierung</i>	35
3.3.3	<i>Ressourcenorientierung</i>	36
3.3.4	<i>Systemisch-Lösungsorientierte Betrachtung</i>	36
3.4	ASPEKTE UND KOMPETENZEN DER BEZIEHUNGSGESTALTUNG.....	37
3.5	SOZIALTHERAPEUTISCHE PRINZIPIEN IM UMGANG MIT MENSCHEN MIT EINER SCHIZOPHRENEN ERKRANKUNG NACH LUC CIOMPI (1989)	39
4	SOZIALPÄDAGOGISCHE INTERVENTIONEN UND HANDLUNGSANSÄTZE	42
4.1	ALLTAGSPRAKTISCHE HILFEN UND UNTERSTÜTZUNG	43
4.1.1	<i>Alltagsstrukturierung im Verlauf der Phasen</i>	44
4.2	FÖRDERLICHE BEZIEHUNGEN STÄRKEN	45
4.2.1	<i>Netzwerkarbeit</i>	45
4.2.2	<i>Analyse von sozialen Netzwerken</i>	46
4.2.3	<i>Interventionseben bestimmen</i>	47
4.3	MIT ANGEHÖRIGEN ZUSAMMENARBEITEN	48
4.3.1	<i>Stärkung der Funktionen der Familie</i>	48
4.3.2	<i>Aspekte für eine gelingende Zusammenarbeit</i>	48
4.3.3	<i>Ziele und Massnahmen</i>	49
4.3.4	<i>Veränderungen anstoßen</i>	50
4.4	ÜBERGÄNGE BEGLEITEN	50
4.4.1	<i>Vorraussetzungen für eine gelingende berufliche Eingliederung</i>	51
4.4.2	<i>Suported- Employment</i>	51
5	FAZIT.....	53
	QUELLENVERZEICHNIS	56

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Erkrankungsrisiko von Verwandten.....	9
Tab. 2:	Verlaufsformen der Schizophrenie	15
Tab. 3:	Diagnostische Kriterien nach ICD -10.....	19
Tab. 4:	Kompetenzen für die Beziehungsgestaltung.....	38

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Dreiphasenmodell nach Luc Ciompi.....	13
---------	---------------------------------------	----

Einleitung

*„Es ist eine unermessliche Kluft zwischen ihm und dem Rest der ganzen Menschheit. Er ist entschieden aus ihr hinaus getreten, wie ihm auch ihre Kräfte versagt haben“
Nun versteh` ich den Menschen erst, da ich fern von ihm und in der Einsamkeit lebe“*

(Wilhelm Waiblinger, 1862/1982; zit. in Uwe Gonther, 2017, S. 237)

Als „Landschaft der Zerreißprobe“ bezeichnet Gonther (2017) diejenige Zeit, in welcher der Mensch neue Wege einschlägt, um eine eigene Position in der Welt zu finden (S. 235 –240). Jugendliche, die sich an der Schwelle zum Erwachsenenalter befinden, werden auf die Probe gestellt; sprich, sie haben viele Herausforderungen zu überwinden, die sich im Spannungsfeld zwischen inneren Bedürfnissen und Äußeren Erwartungen ergeben. Gemeint sind Entwicklungsaufgaben – sei dies die Ablösung vom Elternhaus, das Eingehen von Partnerschaften und ganz allgemein der Aufbau eines tragfähigen sozialen Netzes oder die Hinwendung zu neuen Tätigkeiten und einer Arbeit, um sich eine eigene Existenzgrundlage zu schaffen. In dieser Zeit sind auch Rückschläge zu bewältigen. Viele junge Menschen durchlaufen diesen Prozess ohne schwerwiegende Probleme. Das Gedicht von Wilhelm Waiblinger an Friedrich Hölderlin, das diese Arbeit einleitet, zeugt aber von einem Menschen, der diesen Weg verlässt. Bei manchen Menschen kann diese Zerreißprobe Risse bilden und sich entweder kurz und heftig als Psychose zeigen, oder aber in überdauernder Weise in eine chronische Schizophrenie führen (Gonther, 2017, S. 237).

Auch die Autorin dieser Arbeit hat erfahren was es bedeutet, wenn ein Mensch sich im Zustand einer Psychose mehr und mehr entfremdet und sich in eine eigene Welt zurückzieht. Sie hat aber auch erfahren, welche Nöte und Unsicherheiten damit verbunden sind, wenn sich Betroffene zurück in die Gesellschaft wagen. Aus der Frage, wie es möglich ist, zu helfen, damit Hilfe zur Selbsthilfe möglich wird, wurde ein Interesse und daraus schliesslich die Notwendigkeit, sich dem Thema in dieser Arbeit zu widmen.

In dieser Arbeit soll der Fokus auf junge Menschen im Übergang zum Erwachsenenalter gerichtet werden, die an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis erkranken und im Rahmen der sozialen oder beruflichen Rehabilitation auch von Sozialpädagog*innen begleitet werden. Schizophrene Erkrankungen entstehen häufig zwischen dem 15. und dem 30. Lebensjahr. Meist treffen sie junge Menschen in drastischer Weise und verunsichern Betroffene und ihr Umfeld zutiefst. Dies ist oft mit weitreichenden Folgen in verschiedenen Lebensbereichen verbunden. So können viele Betroffene normative Entwicklungsaufgaben nicht mehr bewältigen, verlieren ihre

Freunde und erleben Brüche in der Berufsbildung. Auch das familiäre Anspannungsrisiko steigt. Auf dem Spiel stehen die Autonomie und die soziale Eingebundenheit.

Doch eine einfache Erklärung für die Ursachen gibt es nicht. Vielmehr entwickelt sich das Phänomen aufgrund einer besonderen Vulnerabilität, welche stets in einem Wechselwirkungsverhältnis zwischen Psyche, Körper und Umwelt steht. Die Verläufe sind auch aus diesem Grund vielgestaltig und heterogen.

Auch die Soziale Arbeit als Profession ist einem mehrdimensionalen und ganzheitlichen Zugang verpflichtet, welcher die Menschen und somit auch das psychische Wohlbefinden in ihren sozialen Bezügen und in ihrer Lebenswelt umfassend betrachtet (Ursula Hochuli Freund & Walter Stotz, 2017, S. 53). An der Schnittstelle zwischen psychiatrischen Hilfen und der Jugendhilfe kommen auch Fachkräfte der Disziplin Sozialpädagogik in Berührung mit Jugendlichen, die sich in einer psychischen Krise befinden. So z.B. in sozialpsychiatrischen Einrichtungen der Jugendhilfe, in Tageszentren, gemeindenahen ambulanten oder teilambulanten Einrichtungen wie betreuten Wohnformen, aber auch in den Feldern der sozialen und beruflichen Rehabilitation. Es sind diejenigen Bereiche, die sich mit den Fragen nach sozialer Gerechtigkeit, Benachteiligung, aber auch mit den Bildungsmöglichkeiten und Entwicklungschancen von Jugendlichen auseinandersetzen. Doch um die sozialpädagogische Betrachtungsweise zu vervollständigen, soll auch psychiatrisches Fachwissen integriert werden. Viele gut gemeinte pädagogische Angebote scheitern nicht zuletzt daran, dass den einschränkenden Folgen psychischer Störungen zu wenig Beachtung geschenkt wird.

Anhand der soeben beschriebenen Ausgangslage haben sich für die Erstellung dieser Bachelorarbeit folgende Fragen ergeben:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Was sind schizophrene Erkrankungen? Wie zeigen sie sich und aus welchem Krankheitsverständnis lassen sie sich begreifen? |
| <ul style="list-style-type: none">• Mit welchen Problemlagen sind Jugendliche und junge Erwachsene mit einer schizophrenen Erkrankung im Alltag konfrontiert und welche Entwicklungsrisiken sind damit verbunden? |

- Wo sind Aufgabenfelder und Möglichkeiten der Sozialpädagogik zu verzeichnen, um junge Menschen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis bei der Identitätsentwicklung zu unterstützen?

Vorgehen und Aufbau

Der Hauptteil dieser Arbeit wird in vier Teile gegliedert. Im ersten Teil wird die erste Frage, im zweiten die zweite Frage bearbeitet. Die letzten beiden Teile widmen sich der Frage 3. Diese Bachelorarbeit bedient sich der Methode einer „Literaturarbeit“. Entsprechend wurde für die Beantwortung erwähnter Fragen vorwiegend Literatur aus Büchern, Fachzeitschriften und Studien beigezogen.

Im ersten Kapitel soll in das Thema Psychose und Schizophrenie eingeführt werden.

Es soll dargestellt werden, was mögliche Ursachen für die Entstehung einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis sind und welches Krankheitskonzept sich dahinter verbirgt. In etwas umfangreicherer Form werden auch die Symptome beschrieben. Besonders wird zu zeigen sein, dass die Symptomvielfalt riesig ist und sich im Krankheitsverlauf stetig verändert.

Im zweiten Kapitel soll der Blick weg vom Somatischen und hin zu den mittel- und längerfristigen sozialen Folgen gerichtet werden. Es wird beschrieben, welche Entwicklungsrisiken in welchen Lebenslagen drohen. Auch hier schliesst das Kapitel mit einem Fazit, das den Handlungsbedarf in Form konkreter Ziele ableitet.

Im dritten Kapitel wird die Soziale Arbeit mit ihren Positionen und Leitlinien ins Zentrum gerückt. Es sollen Arbeitsfelder und Aufgabenbereiche der Fachrichtung Sozialpädagogik beschrieben werden, in denen Jugendliche mit psychotischen Erkrankungen begleitet werden. Auch werden einige Ausführungen über die strukturelle Rahmung gemacht, sowie handlungsleitende Prinzipien herausgestellt, welche insbesondere in der Arbeit mit psychotisch erkrankten Jugendlichen zentral sind. Das vierte und letzte Kapitel des Hauptteils widmet sich den Interventionen und Handlungsansätzen der Alltagsbegleitung, der Netzwerkförderung und der Zusammenarbeit an den Schnittstellen von verschiedenen Lebensbereichen der Jugendlichen.

Abgrenzung

Im letzten Kapitel wird der Fokus aufgrund der Fragestellung ausschließlich auf die pädagogische Begleitung von psychosebetroffenen Jugendlichen gelegt. Das Ziel ist es, sozialpädagogischen

Fachkräften eine Handlungsorientierung im Umgang mit diesen jungen Menschen zu geben, sowie Interventionsmöglichkeiten aufzuzeigen, die im Kontext der ambulanten und stationären Jugendhilfe anwendbar sind. Aufgrund des besonderen Fokus auf die Jugend und ihre Entwicklungsmöglichkeiten soll die psychosoziale Arbeit aus der Sicht der Sozialpädagogik im Zentrum stehen, was bedeutet, dass sie sich auch gegenüber anderen am Prozess beteiligten, aber vorwiegend behandelnden, Professionen klar abgrenzt. Damit richtet sich diese Arbeit erstrangig an Fachkräfte der Sozialpädagogik, welche in diesen Bereichen arbeiten. Der gesamte Bereich der klinischen Sozialarbeit wurde deshalb nicht zum Thema gemacht, da diese sich im heutigen Paradigma eher als psychosozial behandelnde Profession versteht und sich auch dahingehend professionalisiert hat.

Um sich der Vielseitigkeit des Krankheitsbildes in der subjektiven Bedeutung anzunähern, liegt ein besonderes Augenmerk der Arbeit darin, die umfangreiche Symptomatik sowie die Heterogenität der Verlaufsformen umfangreich abzubilden. Dabei konzentriert sich die Arbeit ausschließlich auf die Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Andere psychotische Störungen wie affektive Psychosen bleiben unerwähnt.

Gründe für diese Wahl liegen in der prognostischen Dringlichkeit der zukünftigen Entwicklung. Bei schizophrenen Erkrankungen, welche sich im jungen Alter manifestieren, besteht ein hohes Risiko zur Chronifizierung. Das bedeutet, dass bleibende Behinderungen Betroffene und ihre Familien vor große Herausforderungen im Alltag stellen.

1 Theoretische Grundlagen Psychose und Schizophrenie

Im vorliegenden Ersten Kapitel werden die in mancher Hinsicht etwas verwirrenden Begrifflichkeiten „Psychose“ und „Schizophrenie“ definiert und – voneinander abgegrenzt. Danach folgen einige Angaben zur Epidemiologie. Weiter werden die wichtigsten Erkenntnisse sowohl aus der biologischen wie auch aus der psychosozialen Forschung vorgestellt, die bei der Entstehung und im Verlauf der Krankheit eine Rolle spielen. Anschließend folgen Ausführungen zu den einzelnen Symptomen und dem Verlauf. Das erste Kapitel schliesst mit den Angaben zu den diversen medizinischen und psychiatrischen Behandlungsformen und einem anschließenden Fazit für die Soziale Arbeit.

1.1 Begriffsdefinitionen

Im Folgenden werden Begriffe wie „Psychose“ und „Schizophrenie“ erläutert und definiert.

1.1.1 Psychose

Die Bezeichnung „Psychose“ leitet sich vom Wort „psychisch“ ab und bedeutet „mit der Seele zusammenhängend“ (Josef Bäuml, 1994, S. 3). „Das Wort Psychose wird verwendet, um Zustände zu beschreiben, die durch eine vorübergehende Veränderung im Erleben der Realität gekennzeichnet sind. Das Denken, Wollen, Fühlen und Handeln sind eigenartig verändert. Eine Person, die solche Veränderungen erlebt, hat eine psychotische Episode“ (Zürcher Erstpsychosen Netzwerk, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, 2020). Die Psychose kann metaphorisch auch als „Traum ohne den Schutz des Schlafes“ bezeichnet werden (Thomas Bock, Angela Urban, Gwen Schulz & Gyöngyver Sielaf, 2014, S. 189). Die Welt, der Betroffene mit einer schizophrenen Psychose begegnen, unterscheidet sich deutlich von ihrer realen Umwelt. Somit sind Betroffene in einem Zustand von „fundamentaler Vereinsamung“ (Benno G. Schimmelmann & Franz Resch, 2014, S. 73) was weitreichende Folgen für ihr Leben hat.

1.1.2 Schizophrenie

Die Terminologie „Schizophrenie“ leitet sich von der griechischen Bezeichnung „schizein“ (dt. abspalten) und „phren“ (dt. Zwerchfell) ab (Schimmelmann & Resch, 2014, S. 20) und kann sinngemäß als „Spaltungsirresein“ übersetzt werden. Eugen Bleuler (2011) führte den Begriff für eine Gruppe von Störungen ein, um die Spaltung der psychischen Funktionen im Denken, Fühlen und Wollen in der Wahrnehmung der Betroffenen zu charakterisieren. „Noch heute spielt die Missdeutung der Schizophrenie als Persönlichkeitsspaltung, üblicherweise in Gut und Böse, in der Vorstellung von Laien, aber auch Patienten und Angehörigen eine zentrale Rolle und verleiht der Erkrankung eine mysteriös-unheimliche und auch gefährliche Aura“ (Schimmelmann & Resch, 2014, S. 20). Die Bezeichnung „Schizophrenie“ trägt deswegen auch eine stigmatisierende Komponente. Doch die Bezeichnung steht auch unmissverständlich für ein Phänomen, dass sich im Wesen der Betroffenen niederschlägt. Yrjö Alanen (2001) führt dies folgendermaßen aus:

„Die Schizophrenie ist eine schwere psychische Erkrankung, die sich üblicherweise in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter manifestiert. Sie ist gekennzeichnet durch eine partielle Desorganisation von Persönlichkeitsfunktionen, durch Regression der Entwicklung und eine Tendenz, sich aus zwischenmenschlichen Kontakten oft in eine subjektive, innere Welt mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen zurückzuziehen“ (S. 41).

Schizophrenie kann als Oberbegriff für all jene Störungen aufgefasst werden, die mit Veränderungen der Wahrnehmungswelt, von Denken, Fühlen und Verhalten zu tun haben. Diese Störungen sind vorallem durch den Verlust des Realitätsbezugs gekennzeichnet (Schimmelmann & Resch, 2014, S. 73).

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Begrifflichkeiten der „Psychose“ und der „Schizophrenie“ uneinheitlich definiert sind und zum Teil auch synonym verwendet werden. In der bestehenden Literatur scheinen die Begriffe selten klar voneinander abgegrenzt. Aus der Lektüre kristallisierte sich aber mehr und mehr heraus, dass sich hinter dem Begriff „Schizophrenie“ eher der längerfristige Verlauf einer Krankheit verbirgt, während die Psychose eher eine Störung oder einen Zustand beschreibt. In diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoll, situativ von Erkrankungen- bzw. Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis zu sprechen. Mit dieser Terminologie ist es wohl am ehesten möglich, die Krankheit in ihrem offenen Verlauf zu fassen, ohne dabei die innere Komplexität und die damit einhergehende soziale Konsequenz aus den Augen zu verlieren. Mit dem Einbezug der sozialen Dimension sei noch kurz auf einen weiteren Begriff verwiesen, der im Verlauf dieser Arbeit ebenfalls Verwendung findet. Es ist der Begriff der „psychischen Behinderung“. Die Terminologie bezieht sich insbesondere auf Beeinträchtigungen welche die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bedrohen.

Im folgenden Teil werden Angaben zu den Erkrankungsraten und dem geografischen und geschlechtsspezifischen sowie altersspezifischen Auftreten der Krankheit gemacht. Es folgen einige Angaben zur Epidemiologie.

1.2 Epidemiologie

Gemäß den neuesten S3-Leitlinien der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) aus dem Jahre 2019 zeigt sich, dass die Inzidenz, also die Anzahl Neuerkrankungen innerhalb eines definierten Zeitraumes im internationalen Vergleich bei 15 Personen pro 100'000 Einwohner liegt (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2019, S. 19). In städtischen Gebieten sind die Erkrankungsraten im Vergleich zu ländlichen Gebieten leicht erhöht. Die Lebenszeitprävalenz, das Risiko im Laufe eines Lebens an einer Schizophrenie zu erkranken, liegt im internationalen Vergleich im Mittel bei 4-8 – 7.2 pro 1000 Einwohner (ebd.). Die Krankheit kommt bei Männern wie Frauen praktisch gleich häufig vor, wobei Frauen in der Regel einige Jahre später von der Erkrankung betroffen sind. Weiter betont die DGPPN, dass in 65% der Fälle die Diagnose vor dem 30 Lebensjahr gestellt wird

Gemäß älteren Schätzungen nehmen etwa 4–15 % aller Schizophrenen Erkrankungen vor dem 18. Lebensjahr ihren Lauf (Häfner et al. 1995; zit. in Schimmelmann & Resch, 2014, S. 22). Bis zu 18 % aller Ersterkrankungen vor dem 29. Lebensjahr manifestieren sich bereits vor dem 18. Lebensjahr (ebd.). In diesem Fall wird von „Early Onset Psychosis“ gesprochen. Erkrankungen vor dem 13 Lebensjahr oder über einem Alter von 40 Jahren sind eher selten (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2019, S.

19 – 20). Dennoch ergibt sich eine Spätmanifestation in einem Drittel der Fälle. Außerdem wird bei Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung des Öfteren ein niedriger Bildungsabschluss und ein tieferer sozioökonomischer Status festgestellt, wobei nicht sicher ist, ob die erwähnten verminderten Stati vermehrt zu Erkrankung führen oder die Betroffenen durch die Erkrankung einen verminderten sozialen Status erreichen, da die Erkrankung oftmals im frühen Erwachsenenalter erstmals auftritt und somit gewisse Entwicklungsaufgaben erschweren oder gar verunmöglichen kann (ebd.).

Zudem ist aus den S3-Leitlinien (2019) zu entnehmen, dass Abhängigkeitserkrankungen in ca. 50 bis 80% der Fälle als häufige Begleiterkrankung auftreten. Die Sterberate ist um das 2.6-Fache erhöht. Als Gründe dafür werden somatische Begleiterkrankungen, eine erhöhte Suizidrate, Unfälle mit Todesfolgen, ungünstige Lebensstilfaktoren und eine verminderte Inanspruchnahme einer Behandlung aufgeführt (ebd.).

1.3 Ursachen für die Entstehung einer schizophrenen Erkrankung

„Psychosen sind nicht eindimensional“ (Thomas Bock & Andreas Heinz, 2016, S. 204). Tatsächlich können auch nach zahlreichen Untersuchungen zur Entstehung einer schizophrenen Erkrankung, keine monokausalen Erklärungsmodelle für eindeutige Ursachen gefunden werden. Der heutige vorherrschende Diskurs betont ein multifaktorielles Bedingungsgefüge (Bäumel, 1994, S. 27). Im Folgenden werden mögliche Ursachen für die Entstehung einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis erläutert werden. Zuerst werden einige biologische Faktoren aufgeführt welche möglicherweise zu der Entstehung der Krankheit beitragen.

1.3.1 Biologische Faktoren

Als eine der ältesten Hypothese zur Ursache gilt die Annahme, dass *strukturelle Veränderungen des Gehirns* zu einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis führen. Lange wurde vermutet, dass diese im letzten Drittel der Schwangerschaft pränatal oder während und nach der Geburt entweder durch Infektionen, eine immunologische Störung, Perinatales Trauma oder toxischen Stress erworben werden (Alanen, 2001, S. 64). Diese Annahme wurden über Jahrzehnte mittels bildgebender und anderer technologischer Verfahren mehrfach untersucht (ebd.). Doch laut den Angaben durch Alanen (2001) konnte die die Hypothese nach dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Möglichkeiten nur teilweise bekräftigt werden. So fand man lediglich bei 6-40% der Personen mit Schizophrenie solche Anomalien des Hirns. Außerdem waren die Ergebnisse zu den Anomalien nicht nur spezifisch auf die Schizophrenie bezogen, sondern traten auch bei anderen psychischen Krankheiten auf (S. 64 – 66).

Ein Modell, das außerordentliche Aufmerksamkeit erlangt hat, ist die sogenannte *Dopamin-Hypothese*. Insofern wird angenommen, dass es sich bei der Entstehung und Entwicklung einer schizophrenen Erkrankung um eine Störung des Neurotransmittersystems handelt. Neben anderen Stoffwechselsystemen ist der Botenstoff Dopamin für die Reizübertragungen zwischen verschiedenen Subsystemen im Gehirn zuständig (Tanja Lincoln & Eva Heibach, 2017, S. 26). Vieles weist darauf hin, dass der Dopamin Rezeptor bei allen schizophrenen Störungen sensibilisiert ist, das bedeutet, dass zu viel Dopamin in bestimmten Regionen des Gehirns ausgeschüttet wird (ebd.).

Für die meisten gegenwärtigen Theoretiker*innen ist die Dopaminhypothese als einfaches Ursache- Wirkungsschema als Erklärung der Ursache einer psychotischen Dekompensation nicht ausreichend. Obwohl die Schizophrenie als „Krankheit des Gehirns“ gilt, muss davon ausgegangen werden, dass die Entstehungsbedingungen für solche Prozesse weitreichender sind. Entsprechend Volkmar Aderhold und Ulrike Borst (2009) gibt es beispielsweise Hinweise darauf, dass Gene eine Rolle bei der Regulierung von pathophysiologischen Prozessen im Gehirn spielen. Die Wahrscheinlichkeit an einer Psychose zu erkranken steht dann in jeweiliger Abhängigkeit mit den Interaktionserfahrungen und Umweltbedingungen (S. 373).

Genetische Faktoren spielen eine Rolle bei der Entstehung einer Schizophrenie (Peter Falkai, Rebecca Schennach, Tania Lincoln, Annette Schaub und Alkomiet Hasan, 2016, S. 4). Die aktuelle Literatur zeigt, dass eine Häufung der Erkrankungen in Familien schon seit langem beobachtet und schliesslich auch durch zahlreiche Studien bestätigt werden konnte. Die folgende Abbildung zeigt wie hoch die Erkrankungswahrscheinlichkeit bei Verwandten ist:

<p>Erkrankungsrisiko von Kindern, wenn</p> <ul style="list-style-type: none">• ein Elternteil erkrankt ist 10-15%• beide Elternteile erkrankt sind 30-50% <p>Erkrankungsrisiko von Geschwistern, wenn</p> <ul style="list-style-type: none">• ein eineiiger Zwilling erkrankt ist 25-50%• ein zweieiiger Zwilling erkrankt ist 10-15%• keine Zwillingsverwandschaft besteht 6-10% <p>Erkrankungsrisiko, wenn ein</p> <p>Verwandter zweiten Grades erkrankt ist 3-4% (z. B. Onkel, Tante, Nichte, Neffe usw.)</p>
--

Tabelle 1: Erkrankungsrisiko von Verwandten (Bäumli, 1994, S. 44).

Kinder eines erkrankten Elternteils haben gemäß der oben genannten Studie ein erhöhtes Risiko, später selbst an von der Krankheit betroffen zu sein. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass fast 90% der Menschen mit einer diagnostizierten Schizophrenie keinen Elternteil mit einer vergleichbaren Störung haben (Carter et al. zit. in Borst & Aderhold, 2009, S. 371). Dieser hohe Prozentsatz spricht dafür, eine rein biologische Erklärung zu verlassen um einem erweiterten Modell Platz zu machen.

Die Debatte zum *Einfluss von Rauschmitteln*, insbesondere von Cannabis, wird kontrovers geführt. Verschiedene Berichte der letzten Jahre beschreiben eine Zunahme von Erstpsychosen, die durch Cannabis oder andere psychogene Rauschmittel ausgelöst wurden (Allerbeck et al., 1993; zit. in Alanen, 2001, S. 117–118). Diese Zunahme wurde insbesondere in urbanen Milieus festgestellt (ebd.). Dabei konnte jedoch nicht geklärt werden, wie psychotrope Substanzen wie LSD, Cannabis oder Meskalin zu einer schizophrenen Psychose führen. Verschiedenen Studien zufolge fanden sich Hinweise auf einen zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Konsum von Cannabis in der Adoleszenz und einer späteren Schizophrenie (Lincoln & Heibach, 2017, S. 29). Ebenfalls fanden sich Ergebnisse, die sich vorallem auf den Verlauf der Erkrankung bezogen. So konnte nachgewiesen werden, dass die Menge des fortgesetzten Konsums von Cannabis nach einer Erstpsychose einen signifikant negativen Einfluss auf den Verlauf hatte (Matthias Hammer & Irmgard Plöbl, 2012, S. 63). Auch aus den erwähnten Ergebnissen geht hervor, dass die Psychose nicht allein durch einen Faktor - in diesem Fall Drogen - induziert wird. Sogar Psychosen, die aufgrund des Konsums psychotroper Mittel erstmals ausbrechen, sollten womöglich im Zusammenhang mit der Vulnerabilität einer Person betrachtet werden (ebd.).

1.3.2 Familiäre Faktoren

Im folgenden Abschnitt wird eine Auswahl der bekanntesten psychosozialen und systemischen Modelle im Zusammenhang mit dem familiären Klima erläutert.

Mit der *Double-bind-Hypothese* von Bateson et al. (1956-1978) wird versucht zu erklären, wie das Kind „Opfer einer doppelt gebundenen und in sich widersprüchlichen Kommunikationsstruktur“ wird (Bateson et al. 1956-1978; zit. in Hartwich & Grube, 2015, S. 37). Nach Stierlin (1995) befindet sich das Kind somit in einer „Beziehungsfalle“ (Stierlin, 1995 zit. in Peter Hartwich & Michael Grube, 2015, S. 37). „Derartige Kommunikationsstrukturen bestimmen die Lerngeschichte eines Kindes über Jahre hinweg und tragen zur schizophrenen Ich-Schwäche bei“ (Hartwich & Grube, 2015, S. 37). Weiter hat sich gezeigt, dass diese Formen der Kommunikation nicht nur in Familien vorkommen, in denen später ein Familienmitglied an einer schizophrenen Psychose erkrankt.

Macbeth et al. (2011) fanden bei 62 % von psychotisch erkrankten Patienten einen unsicher-ablehnenden, bei 12 % einen unsicher verstrickten und bei 27 % einen unsicheren *Bindungsstil*. Dieses Wissen ist vor allem für den therapeutischen Prozess nicht unerheblich. So scheint ein vermeidender Bindungsstil mit der Ablehnung von Hilfsangeboten und Krankheitseinsicht einherzugehen (Macbeth et al., 2011; zit. in Falkai et al., 2016, S. 18-19)

In den 70er Jahren konnte man feststellen, dass es in Familien mit einem hohen Maß an kritischen Äußerungen und Feindseligkeiten öfters zu Rückfällen kommt. Auch in Familien, die sich überaus fürsorglich und engagiert bis hin zur Aufopferung um ihre kranken Angehörigen kümmerten, konnte eine ähnliche Tendenz aufgezeigt werden. Dieses Phänomen wird als *Expressed Emotion (EE-Konzept)* bezeichnet (Johan Cullberg, 2008, S. 90).

Verschiedene Untersuchungen ergaben einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem späteren Ausbruch einer Psychose und den Belastungen in der Kindheit und Jugend *durch traumatisierende Erlebnisse* (Exner und Lincoln, 2012; zit. in Falkai et al., 2016, S. 17). Des Weiteren zeigte sich ein „Dose-Response-Effekt“: Je mehr traumatische Erfahrungen neu hinzutraten, desto eher zeigte sich eine stärker ausgeprägte Symptomatik (Scott et al., 2007; zit. in Falkai et al., 2016, S. 17).

1.3.3 Zusätzliche Umweltfaktoren

Alltägliche Stressoren können ebenfalls als Ursache gelten. Beispielsweise liegen Nachweise vor, dass *Migration sowie Ausgrenzungs- und Diskriminierungserfahrungen* einen Einfluss auf die Ausbildung von paranoiden Vorstellungen haben (Janssen et al., 2003; zit. in Falkai et al., 2016, S. 17). So sind Migranten in der 1. Generation sowie ihre direkten Nachkommen einem 2-4 Mal höheren Risiko ausgesetzt, an Schizophrenie zu erkranken (ebd.).

Ausgrenzende und stigmatisierende Erfahrungen stellen auch in anderen Zusammenhängen einen entscheidenden Risikofaktor dar. So spielen auch *Arbeitslosigkeit* (Boydell et al., 2013; zit. in Falkai et al., 2016, S. 17), *verminderte soziale Integration* und *Mobbingerfahrungen* in der Kindheit (Wolke et al., 2014; zit. in Falkai et al., 2016, S. 17) eine wesentliche Rolle, sowohl bei der Entstehung wie auch im Verlauf der Krankheit.

Aderhold und Borst (2009) führen *Urbanizität* als ein weiterer wichtiger Umweltfaktor auf (S. 376). Sie erklärt 30% der Neuerkrankungsraten und wird als einer der Grösseren Umweltfaktoren angesehen, die im Zusammenhang mit der genetisch geprägten Vulnerabilität wirksam werden (Aderhold & Borst, 2009, S. 376). Hier wird von einer echten „Gen-Umwelt-Interaktion“ ausgegangen (ebd.), wobei die Effekte nur dann auftreten, wenn die betroffenen Personen unter

dem 15. Lebensjahr in einer städtischen Umgebung aufgewachsen sind. Bis heute kann nicht genau erklärt werden, warum dem so ist. Eine schützende Wirkung während Kindheit und Jugend hingegen haben spezifische Nachbarschaftsbeziehungen im Sinne von „sozialem Kapital“. Gemeint sind damit „zwischenmenschliches Vertrauen, Wechselseitigkeit, Kooperation, gegenseitige Hilfe und Sicherheit“ (ebd.).

1.3.4 Das Vulnerabilitäts-Stressmodell

Neuere Studien der letzten Jahre konnten vermehrt zeigen, dass das Zusammenspiel genetischer und psychosozialer Einflussfaktoren sowohl die Entstehung der Erkrankung wie auch den Verlauf beeinflusst. Diesbezüglich wurden insbesondere die umfangreichen finnischen Adoptionsstudien von Pekka Tienari et al. (1992-1994) bekannt, welche bedeutsame Erkenntnisse lieferten. Den Adoptionsstudien gelang es, genetisches und psychosoziales Fachwissen zusammenzuführen (Tienari et al., 1992-1994; zit. in., Alanen, 2001, S. 72). Somit wurden wichtige Erkenntnisse zum Einfluss von familiären Milieus gewonnen. Beispielsweise konnte in Adoptionsstudien eindrücklich herausgestellt werden, dass ein gesundes Familienklima auch dann eine Schutzfunktion ausübt, wenn es sich um Adoptivkinder handelt, deren biologische Mütter an einer Schizophrenie erkrankt sind (Hartwich & Grube, 2015, S. 31).

Schon in den 70iger Jahren wurden integrative Konzepte entwickelt die sich auf die Entstehung psychischer Krankheiten bezogen. Eine Variante eines solchen Modells stellt die Vulnerabilität ins Zentrum der Entstehung einer psychischen Krankheit. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell nach Zubin und Spring (1977) besagt, dass die Verletzlichkeit, auch Vulnerabilität genannt, individuell ausgeprägt ist (Zubin & Spring, 1977; zit. in Cullberg, 2008, S.65). Somit wird die Vulnerabilität bei jedem Menschen durch das Zusammenspiel biologischer Faktoren auf der einen Seite und psychosozialen Faktoren auf der anderen Seite bestimmt. In der Literatur wird immer wieder auf den Arzt und Autor Luc Ciompi (1982) verwiesen, welcher die Vulnerabilität auch als prämorbid Verletzlichkeit beschrieben hat (siehe Darstellung unten). Das Hinzutreten von Belastungen und Stress im Alltag bewirkt eine besondere Erlebnisverarbeitung (Bäumel, 1994, S. 31). Was Bäumel (1994) als „Externalisierung von Gefühlen“ bezeichnet hat, zeigt sich im Ausbruch einer akuten Psychose (ebd.). Danach wirken sowohl schützende wie auch schädigende Einflüsse der Umwelt weiterhin auf die Betroffenen ein. Was folgt, sind individuell unterschiedliche Verläufe zwischen Genesung, Residualzuständen und schwerer Chronifizierung (Ciompi 1982; zit. in Gonther, 2017, S. 250).

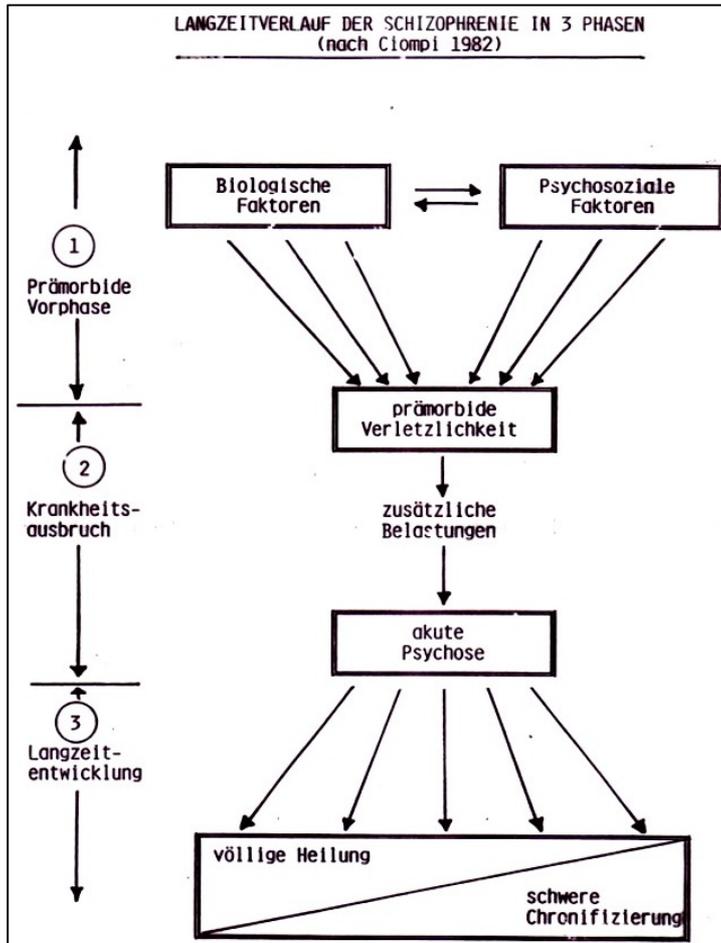


Abbildung 1: Dreiphasenverlaufsmodell (Ciompi.com, ohne Datum)

Vulnerabilitäts-Stressmodelle sind in vielfacher Ausführung und je nach Ausrichtung weiterentwickelt worden. Sie besitzen nicht nur für die schizophrenen Erkrankungen Gültigkeit, sondern haben sich auch im Zusammenhang mit anderen psychischen Krankheiten bewährt.

1.4 Verlauf einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis

Cullberg (2008) legt nahe, den Verlauf einer Psychose in Phasen zu betrachten (S. 57). Die besonderen Merkmale der einzelnen Phasen zu kennen, hat auch zur Folge, dass frühe Warnzeichen insbesondere bei vulnerablen Personengruppen aufgespürt werden können und mit einer frühzeitigen Behandlung begonnen werden kann. Dies verringert das Risiko, dass bleibende psychosoziale Behinderungen die Betroffenen längerfristig beeinträchtigen. Auch den Betroffenen soll es helfen, Warnzeichen einer drohenden Psychose früh genug zu erkennen (ebd.). In den folgenden Abschnitten wird die Bedeutung der Symptomatik innerhalb der Phasen näher beleuchtet.

1.4.1 Die Prämorbid Phase

Die Phase, in der sich erste Vorzeichen einer nahenden Psychose ankünden, ist sehr schwer festzulegen. (Asmus Finzen, 2011, S. 61). Bevor sich die ersten psychotischen Symptome manifestieren, erleben viele Betroffene eine ausserordentlich spannungsreiche Zeit, die geprägt ist durch ein unruhiges Innenleben, emotionale Empfindsamkeit und Verletzlichkeit (ebd.) Über diese Veränderungen der Wahrnehmungs- und Gefühlswelt wird in der Literatur Unterschiedliches berichtet. Darüber hinaus besteht auch Uneinigkeit, wann und in welcher Weise eine schizophrene Psychose ihren Verlauf nimmt. Schimmelmann und Resch (2014) empfehlen darum, die Zeit des Auftretens von Verletzlichkeits- und Stressfaktoren als „prämorbid Phase“ zu bezeichnen (S. 24). Obschon solche Basissymptome noch nicht als schizophrenientypisch bezeichnet werden können, gelten sie trotzdem als Nährboden für psychotische Endsymptome und sind darum auch im Nachblick von prognostischem sowie therapeutischem Wert (ebd.).

1.4.2 Prodromale Phase

Bevor es zu einer akuten Psychose kommt, treten bei mehr als 2/3 der Menschen sogenannte Prodrome auf. Dies bedeutet, dass sich erste Anzeichen (Frühwarnzeichen) einer beginnenden Psychose bemerkbar machen. Diese Phase kann von Monaten bis zu mehreren Jahren dauern (Finzen, 2011, S. 93). Von Aussen betrachtet wird sozialer Rückzug beobachtet, der oft mit einem Leistungsknick in der Schule oder im Beruf einhergeht. Meist wird auch eine Tendenz zu eigentümlichen Vorstellungsweisen, die auch als magisches Denken bezeichnet wird, augenscheinlich

Von einer Wahnstimmung wird gesprochen, wenn die Betroffenen in dieser Phase skeptisch gegenüber anderen werden, beispielsweise meinen, es werde unablässig über sie geflüstert und gelästert oder sie stehen unter ständiger Beobachtung. Neben einer hohen Tendenz, alles auf sich zu beziehen, berichten viele Betroffene auch von einem Andrängen von Gedanken und Stimmungsschwankungen – diese gehen einher mit Schlafstörungen und Einschränkungen der Konzentration. Diese schleichende Veränderung in der Erlebniswelt von Betroffenen ist nach außen vor allem vor einer ersten Episode einer akuten Psychose schwer einschätzbar und erschwert die Erkennung von Frühsymptomen. Finzen (2011) verweist in diesem Zusammenhang auf die Problematik einer Unterscheidung normaler adoleszenter Verhaltensweisen die in mancher Weise den psychotischen Symptomen ähneln, aber nicht zwingend in eine Psychose führen (S. 91).

1.4.3 Akute Phase

Auf die Prodrome folgt der Beginn der akuten Psychose. In dieser Zeit zeigt sich das individuelle Vollbild der Erkrankung, mit einem verstärkten hinzutreten von Wahnsymptomen, desorganisiertem Verhalten und formalen Denkstörungen (Falkai et al., 2016 S. 34). Auf diese wird im Folgenden noch näher eingegangen. Erst in dieser Phase kann die Diagnose einer affektiven oder nichtaffektiven schizophrenen Psychose nach dem ICD-10 oder dem DSM-V folgen.

1.5 Heterogenität der Verlaufsformen

Der Verlauf einer Schizophrenie verläuft in der Regel nie linear, sondern episodisch. Somit können Symptome einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis sowohl einmalig auftreten als auch in einer chronisch fortschreitenden Symptomatik enden. Das Erscheinungsbild der Verlaufsformen ist dabei sehr heterogen. Zwischen den psychotischen Episoden kommt es bei einigen Betroffenen zu einer völligen Symptombefreiung. In vielen Fällen verbleiben jedoch depressive und kognitive sowie soziale Beeinträchtigungen bestehen (Falkai et al., 2016, S. 35-36) Die Verteilung der verschiedenen Verlaufsformen wird in der folgenden Darstellung sichtbar:

20 % der Betroffenen erleben eine einmalige Episode ohne weitere Einschränkungen.
30% erleben weitere Episoden ohne Einschränkungen.
10% erleben Einschränkungen welche zwischen den Episoden bestehen bleiben.
40% sind von weiteren Episoden und zunehmenden Einschränkung des beruflichen und sozialen Funktionsniveaus betroffen.

Tabelle 2: Verlaufsformen der Schizophrenie (Lincoln & Heibach, 2017, S. 16)

Die Rückfallwahrscheinlichkeit und der Verlauf der Krankheit stehen im Zusammenhang mit einer Vielzahl von schützenden, aber auch ungünstigen Faktoren. Neben der eigenen Widerstandskraft spielen auch spannungsreiche Verhältnisse in der unmittelbaren Lebenswelt der Betroffenen und belastende Lebensereignisse eine Rolle (Heinz Häfner, 2010, S. 46). Dies hängt auch von der Passung der Therapie und, wie im vorausgegangenen Teil erwähnt, von einer frühzeitigen Behandlung ab. Viele Faktoren, welche zum Verlauf beitragen, wurden im Kapitel über die Ursachen bereits aufgeführt. Hierzu gehört der Gebrauch von Rauschmittel, allgemeine Umweltfaktoren aber auch die Dichte des Versorgungsnetzes.

1.6 Symptome bei einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis

Im nächsten Kapitel des Grundlagenteils werden die einzelnen Symptome beschrieben, die im Zusammenhang mit einer schizophrenen Erkrankung auftreten. Dabei geht es nicht nur darum,

sich einen Überblick zu verschaffen, sondern sich der inneren Logik der einzelnen Phänomene verstehend anzunähern. Bock und Heinz (2016) zufolge, werden alle, die mit Psychosen in Berührung kommen, mit „zutiefst menschlichen Fragen konfrontiert“ (S. 12). Doch stellt die Berührung mit dem psychotischen Verhalten auch viele Selbstverständlichkeiten grundlegend in Frage. Darum scheint es wichtig aufzuzeigen, dass die psychotischen Phänomene immer auch ein Bewältigungsbemühen darstellen, welches im Grunde gut nachvollziehbar ist.

1.6.1.1 Positive und negative Symptome

Im klinischen Vollbild der Psychosen zeigen sich verschiedene Symptome. Diese werden seit den 70er Jahren in sogenannte positive und negative Symptome unterteilt (Falkai et al., 2016, S. 24). Zu den positiven Symptomen gehören jene, die sich produktiv zeigen und in einer Psychose meist nur für eine kurze Zeitdauer hinzutreten (Reinhard Lütjen, 2014, S. 59). Sie können in der akuten Phase als Verhaltensänderung wahrgenommen werden und zeigen sich als Wahn, Ich-Störungen und Denkstörungen. Was dies bedeutet, wird nachfolgend näher erläutert. Zuerst soll jedoch auf die negativen Symptome eingegangen werden. Diese werden als „Minderung von normalen Leistungen“ verstanden. Hierzu zählen Beeinträchtigungen in Bezug auf den Antrieb, die Motivation und die Kommunikation. Der Außenwelt zeigen sie sich beispielsweise durch Rückzugsverhalten und in Form von Kontaktstörungen sowie Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit. Auch eine Verlangsamung der Sprache ist bezeichnend. Typischerweise sind Negativsymptome in der frühen Phase einer Psychose und nach Abklingen der produktiven Phase dominanter. Sie können aber auch als Residualzustand nach der eigentlichen Besserung bestehen bleiben. Die sogenannte Minussymptomatik ist schwerer zu erfassen, was sich auch im Behandlungserfolg niederschlägt (Cullberg, 2008, S. 133). So können ähnliche Störungen auch infolge Langzeitisolation und Nebenwirkungen durch Neuroleptika auftreten (ebd.). Hier bedarf es eines besonders achtsamen Umgangs in der klinischen Bestimmung solcher Krankheitszeichen.

Laut Lütjen (2014) stellen diese „Extremsituationen“ eines psychotischen Prozesses zwei Pole „subjektiver Lebensdeutung- und Bewältigung“ dar (S. 59). Die durch Passivität geprägte Negativsymptomatik kann auch eine notlindernde und identitätsschützende Funktion annehmen, während die produktiven Symptome eher eine Identitätserweiterung bewirken (ebd.).

1.6.2 Ich-Störungen

Die „Ich-Störung“ wird in der Literatur oft als wichtiges Merkmal, einer schizophrenen Erkrankung hervorgehoben. In der Psychose gelingt es Betroffenen meist nicht mehr, das eigene Selbst aufrechtzuerhalten. Gemäß Schimmelmann und Resch (2014) droht die psychische Grenze, die das Selbst von anderen unterscheidet und sich unter normalen Umständen durch eine

Kontinuität stabilisiert, sich aufzulösen und wird durchlässig (S. 74–75). Das subjektive Empfinden kann sich so drastisch verändern, dass Betroffene das Gefühl haben, sich im Körper von anderen zu befinden. Dieser Zustand wird als Störung der Ich-Aktivität bezeichnet. Auch kann das Gefühl entstehen, andere seien imstande, jemandem die eigenen Gedanken zu entziehen, auszulöschen oder zu manipulieren. In diesem Falle spricht man von einer Störung der Ich-Demarkation. Dazu kommen Symptome wie „Gedankenlautwerden“ und „Gedankenausbreitung“ und das Gefühl eines Verlustes seiner Selbst, in dem Gedanken und Gefühle zerrinnen. Weiter können Störungen der Ich-Konsistenz auftreten, was bedeutet, dass das Fühlen, Denken und Handeln nicht mehr hergestellt werden kann. Im Erleben dieser Auflösung der Grenzen zwischen dem Selbst und anderen können kaum mehr „Du“-Beziehungen aufrechterhalten werden, was auch als „Kontaktstörung“ bezeichnet wird (Cullberg, 2008, S. 5).

1.6.3 Denkstörungen

Alanen (2001) spricht im Zusammenhang mit den Denkstörungen im psychoanalytischen Sinn von einer „Regression von Ich-Funktionen“. Persönlichkeitsfunktionen, die für die strukturierende, logische Integration, das Herstellen einer Inneren Balance und die Anpassung an die Umwelt erforderlich sind, werden in der Psychose ersetzt durch archaische Muster der Träume und des Unbewussten (S. 42). Dieser Prozess steht in engem Zusammenhang mit den sogenannten Denkstörungen.

In der Literatur wird zwischen *inhaltlichen und formalen Denkstörungen* unterschieden. Die formalen Denkstörungen entstehen womöglich daraus, dass Menschen, die akut psychotisch sind, unter „Assoziationslücken und logischen Sprüngen“ leiden (Alanen, 2001, S. 42). Reize können nicht mehr sortiert und interpretiert werden, dadurch werden der Gedankenfluss, die Einschätzung einer Gesamtsituation sowie das Verfolgen von Absichten beeinträchtigt (ebd.). Hieraus lassen sich viele Symptome erklären, die in der Literatur aufgeführt werden.

Zu den formalen Denkstörungen gehört beispielsweise die „ungewöhnliche Verwendung eines Wortes“ (Wortneuschöpfungen, auch Neologismen genannt), Vorbeireden, Gedankenabreißen, Sperrungen des Denkens oder das Erleben von Gedanken, welche nicht mehr losgelassen werden können (Perseveration), und die Ideenflucht. Die Ideenflucht, auch assoziative Lockerung genannt, beschreibt ein beschleunigtes Denken. Die Betroffenen sind vielen Gedanken gleichzeitig ausgesetzt. Die Themen werden häufig gewechselt, wodurch der Gedankenzusammenhang teilweise nicht nachvollzogen werden kann (Horst Dilling, 2009, S. 87). Diese Symptome äussern sich oft schon sehr eindeutig im Gespräch mit Betroffenen und sind gerade durch ihre subjektive eigentümliche Ausdrucksweise für die Aussenwelt äusserst schwierig nachvollziehbar.

Wahnvorstellungen wie Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Vergiftungswahn und Beziehungswahn gehören zu den inhaltlichen Denkstörungen und können als Ausdruck der veränderten Wahrnehmungswelt und dem Verlust des Identitäts- und Realitätserlebens von Betroffenen während einer Psychose verstanden werden. Sie treten in der Regel vorübergehend auf, lösen aber bei ihrem Umfeld große Betroffenheit und Angst aus, was meist zu einer Einweisung in eine psychiatrische Einrichtung führt. Von einer „absoluten Wahngewissheit“ wird gesprochen, wenn die Betroffenen in keiner Weise mehr von den eigenen Überzeugungen abzubringen sind (Bäuml, 1994, S. 4). Viele binden „Zweifler“ sogar in das Wahnerleben mit ein, damit werden Familienangehörige oder andere Menschen im Umfeld nicht selten verdächtigt, beispielsweise im gemeinsamen Pakt an der eigenen Vergiftung beteiligt zu sein (ebd).

Gemäß Gonther (2017) ermöglicht die Konstruktion wahnhafter Wahrnehmungen eine Neuorientierung im Versuch, wieder Kohärenz (S. 152–253) also das sichere und einheitliche Empfinden seines Selbst herzustellen. Diese Tatsache erkläre die Starke Ich- Bezogenheit die zu beobachten ist aber auch die Angst die entsteht, wenn die eigenen Wahnkonstruktionen von Aussen hinterfragt werden (ebd.). Hierzu meint Hartwich und Grube (2015) dass die Idee der „Symptome der Psychosen als Reorganisierungsversuch der Psyche zu verstehen sind“ keineswegs neu sei (S. 70) Insofern habe schon Freud (1909-1913) zum Ausdruck gebracht:

„der Paranoiker baut sie wieder auf, nicht prächtiger zwar aber wenigstens so, dass er wieder in ihr leben kann: er baut sie auf durch die Arbeit des Wahnes. Was wir für die Krankheitsproduktion halten, die Wahnbildung ist in Wirklichkeit der Heilungsversuch, die Rekonstruktion“ (Freud, 1909-1913, zit. in Hartwich & Grube, 2015, S. 70).

1.6.4 Sinnestäuschungen

Zu den häufigsten Sinnestäuschungen während einer Psychose gehören die Halluzinationen. Sie sind eng verknüpft mit dem Wahn, wobei sich Wahn und Halluzinationen gegenseitig bedingen. Im Gegensatz zu einer Illusion entsteht die Halluzination nicht aufgrund eines von außen kommenden Sinnesreizes (Brigitta Bondy, 2008, S. 28). „Halluzinationen können auf allen Sinnesebenen stattfinden; weitaus am häufigsten in der Schizophrenie sind die akustischen Halluzinationen“ (Bondy, 2008, S. 30).

Während einer akuten Psychose berichten Betroffene oft von Stimmen, welche entweder aus dem eigenen Inneren oder aus Gegenständen wie Schränken oder Fernsehern dringen. Diese sind mal lauter und mal leiser. Manche Stimmen können auch als wohlwollend wahrgenommen werden, doch in vielen Fällen sind sie bedrohlich und üben einen machtvollen Einfluss auf Betroffene aus, indem sie Befehle erteilen. Solche sogenannten „imperative Stimmen“ dürfen gemäß Bäuml

(1994) keinesfalls ignoriert werden, da die Betroffenen stark verängstigt werden und das Risiko besteht, dass diese Stimmen Betroffene in lebensbedrohliche Situationen bis hin zu suizidalen Handlungen führen (S. 16).

1.6.5 Affektive Symptome

Grosse Angst und Unruhe zeigen sich meist in der akuten Phase einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis und sind als Reaktion der „fatalen Veränderungen der Erfahrungswelt“ von Betroffenen zu verstehen (Alanen, 2001, S. 44.). Doch auch außerhalb einer akuten Episode prägen sie in der Regel das klinische Bild. Solche Störungen der Affektivität zeigen sich sowohl in produktiver Weise als auch in Form negativer Symptome. Sie treten sehr unberechenbar auf und sind häufig widersprüchlich in ihrer Ausdrucksweise (Falkai et al., 2016, S. 22). Viele Betroffene spüren neben einer latenten Ängstlichkeit, die in einem frühen Stadium meist noch nicht begründet werden kann, ein Gefühl der inneren Leere bis hin zu einer Auslöschung der Gefühlswelt. Was früher gemäss Alanen (2001) als „Autismus“ bezeichnet wurde, beschreibt eine weitere Form einer „affektiven Verflachung“. Zu beobachten ist, dass Betroffene sich in sich selbst zurückziehen (Ich-Versunkenheit). Dies kann bis zu einer körperlichen Regungslosigkeit (Stupor) führen. (S. 45).

1.7 Diagnose und Klassifikation der Schizophrenie

Im Folgenden soll nur kurz auf die Klassifikation und die Bestimmung der Diagnose eingegangen werden. In der psychiatrischen Praxis werden im europäischen und amerikanischen Kontext vorwiegend zwei Klassifikationssysteme dafür eingesetzt. So wird im ICD-10, der zehnten Revision der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichte Klassifikation der Krankheiten, die Schizophrenie gemäß folgenden Kriterien diagnostiziert (Leucht et. al, 2015; zit. in Hans-Jürgen Möller, 2015, S. 171). Sie sind in der Folgenden Darstellung abgebildet.

Diagnostische Kriterien nach ICD-10 (F20)
Symptomgruppe 1-4 <ol style="list-style-type: none">1. Gedankenlautwerden2. Kontroll- oder Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, Wahnwahrnehmung3. kommentierende oder dialogische Stimmen4. anhaltender, bizarrer Wahn
Symptomgruppe 5-8 <ol style="list-style-type: none">1. Halluzination (jeder Sinnmodalität) oder undeutlich ausgebildete Wahngedanken mit wenig affektiver Beteiligung

<ol style="list-style-type: none">2. Danebenreden, Neologismen, Zerfahrenheit3. katatone Symptome (Erregung, wächserne Biagsamkeit, Negativismus...)4. „Negative Symptome“ wie Apathie, verflachte Affekte (nicht medikamentös bedingt!) Sprachverarmung etc.
<ul style="list-style-type: none">• Für die Diagnose einer Schizophrenie ist mindestens eines der Symptome 1-4 oder mindestens zwei der Symptome 5-8 erforderlich.• Zusätzlich müssen die Symptome fast ständig mindestens während eines Monats vorhanden sein.

Tabelle 3: Diagnostische Kriterien nach ICD-10 (Leucht et. al, 2015; zit. in Möller 2015, S.171)

1.8 Derzeitige psychiatrische Behandlungsformen

Aus der Sichtung unterschiedlicher Literatur geht hervor, dass aufgrund der multifaktoriellen Äthiopathogenese von der Notwendigkeit einer mehrdimensionalen, multiprofessionellen Therapie ausgegangen wird. Die Voraussetzung für eine Therapie war bis anhin, dass eine Diagnose der Schizophrenie gestellt worden ist und diese nach den einzelnen Krankheitsphasen ausgerichtet ist (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2019, S. 42-47). Im diagnostischen Rückblick wurde erkannt, dass oftmals vor dem Auftreten einer akuten schizophrener Formen Psychose eine Phase auftritt, welche für die Entwicklung einer Psychose ein erhöhtes Risiko darstellt. In dieser Phase werden die Kriterien für eine Diagnose einer Erkrankung aus dem schizophrener Formenkreis noch nicht erfüllt.

Gemäss den S3-Leitlinien, in denen die verschiedenen Therapieformen nach dem neuesten Stand der Forschung gemäss Evidenzgraden ausgewiesen werden, finden sich die nachfolgend aufgeführten Behandlungsformen.

1.8.1 Biologisch somatische Ansätze

Dazu zählt die Psychopharmakotherapie mit Antipsychotika und Beruhigungsmitteln, welche vor allem in der Akutphase und zur Vermeidung eines Rückfalls eingesetzt wird. Bei einer ausgeprägten Negativsymptomatik können zusätzlich Antidepressiva zum Einsatz kommen (Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2019, S. 69-81).

1.8.2 Psychologisch-psychotherapeutische Therapie

Zu den psychologisch-psychotherapeutischen Verfahren zählen die kognitive Verhaltenstherapie und andere psychotherapeutische Verfahren sowie die Psychoedukation, Familieninterventionen, das Training sozialer Fertigkeiten, kognitive Trainings bei Vorliegen von kognitiven

Einschränkungen, Ergotherapie, künstlerische Therapien sowie Körper- und Bewegungstherapien (Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2019, S. 120-153).

1.8.3 Soziotherapeutisch-rehabilitative Massnahmen

Unter soziotherapeutisch-rehabilitativen Massnahmen versteht man alle Interventionen, welche eine Verbesserung der Lebensqualität zur Folge haben und die soziale und berufliche Integration fördern. Dazu zählen zum Beispiel Wohnangebote (betreutes Wohnen, begleitetes Wohnen), psychiatrische Spítex, Tagesstätten oder Supported Employment zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt (Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2019, S. 209-219).

Allen Behandlungsformen gemeinsam ist, dass eine selbstbestimmte Lebensführung mit verminderten oder gar fehlenden Krankheitssymptomen und eine Vermeidung einer Chronifizierung angestrebt wird (Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2019, S. 42).

1.9 Folgerungen und Bezug zur Sozialen Arbeit

Wie sich nun im letzten Abschnitt des ersten Teiles dieser Arbeit gezeigt hat, knüpfen die therapeutischen und präventiven Behandlungsmöglichkeiten von Menschen, die von einer schizophrenen Erkrankung betroffen sind, an einem prozessorientierten und mehrdimensionalen Krankheitsverständnis an. Beteiligt an diesem Wissen sind verschiedene Fachdisziplinen, welche das Bild eines integrativen bio-psycho-sozialen Modells über die Entstehungsbedingungen dieser Krankheit erweitern. Dabei ergeben sich auch im Feld der sozialen Arbeit auf unterschiedlichen Ebenen Chancen und Interventionsmöglichkeiten (Silvia Denner, 2008, S. 21).

Der Gegenstand der Sozialen Arbeit befindet sich an der Schnittstelle zwischen dem Individuum und der Gesellschaft, wobei hier die Person-Umwelt-Probleme stärker ins Blickfeld rücken als bei der klinischen Psychologie (Dieter Wälte, Michael Borg-Laufs & Burkhard Brückner, 2019, S. 135). Ein spezifisches Merkmal der sozialen Diagnostik ist, dass versucht wird, menschliche Probleme „ganzheitlich“ oder auch „multifaktoriell“ zu greifen (Röh 2009; zit. in Wälte et al., 2019, S.135).

Im nächsten Abschnitt wird versucht, die Problemstellungen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, welche von einer Erkrankung aus dem Schizophrenen Formenkreis betroffen sind, in ihren sozialen Bezügen näher zu beleuchten. Dabei stehen vor allem die Entwicklungsprobleme unter erschwerten Bedingungen im Fokus.

2 Aspekte der Adoleszenten Entwicklung unter erschwerten Bedingungen

In diesem Kapitel werden im Speziellen Entwicklungsrisiken und die besonderen Lebenslagen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen beschrieben, welche von einer schizophrenen Erkrankung betroffen sind. Zuerst sollen jedoch zentrale Begriffe rund um das Thema „Jugend“ und „Adoleszenz“ eingeführt werden. Ein weiterer Schritt wird sein, die normativen und nichtnormativen Entwicklungsaufgaben der Jugend und des frühen Erwachsenenalters zu erläutern und Entwicklungsrisiken abzuleiten, welche unter den besonderen Bedingungen zu berücksichtigen sind. Schliesslich wird ein spezieller Fokus auf die Lebenslagen gerichtet, in denen sich Jugendliche häufig befinden. Auch dieses Kapitel endet mit einem abschließenden Fazit zum pädagogischen Handlungsbedarf in der Arbeit mit den Betroffenen.

2.1 Jugendalter Definition

In der Literatur finden sich unterschiedliche rechtliche oder entwicklungspsychologische Bezeichnungen zu den Begriffen *Jugend* und *frühes Erwachsenenalter*. Gemäss Christine Köckeritz (2004) findet das Jugendalter zwischen 12 und 18 Jahren statt. Das frühe Erwachsenenalter beginnt rechtlich mit der Volljährigkeit und endet mit dem 25. Lebensjahr (S. 26- 51). Ein wichtiger Begriff für das folgende Kapitel ist die Adoleszenz. „Unter Adoleszenz versteht die Psychologie den Entwicklungsabschnitt, der mit dem Einsetzen der körperlichen Reifung (= Pubertät) beginnt und mit der Erlangung elementarer Erwachsenenautonomie in typischen Tätigkeitsfeldern endet“ (Flammer August, 2002, S. 318). Auch hier existieren in der Literatur verschiedene Auffassungen zu Beginn und Ende der Adoleszenz. Nach Helmut Fend (2001) ist die Gesamtdauer der Adoleszenz in 5 Teile zu segmentieren (S.91):

- Präadoleszenz (10. - 12. Lebensjahr)
- Frühadoleszenz (13. - 15. Lebensjahr)
- Mittlere (eigentliche) Adoleszenz (15. - 17. Lebensjahr)
- Späte Adoleszenz (18. - 20. Lebensjahr) und
- Postadoleszenz (21. - 25. Lebensjahr).

Im Weiteren soll von Jugendlichen und jungen Erwachsenen gesprochen werden. Gemeint sind damit adoleszente Menschen zwischen 15 und 25 Jahren. Sie stehen am Übergang ins Erwachsenenalter. Dieser Wechsel kann nicht nur mit enormen Leistungen des Individuums

bezüglich wechselnder Rollen und sozialer Reife verbunden sein, sondern bringt möglicherweise auch für das Versorgungssystem einige rechtliche organisatorische Herausforderungen mit sich.

2.2 Entwicklungspsychologische Aspekte

Nur selten werden schizophrene Erkrankungen vor dem 13. Lebensjahr diagnostiziert. Nach dem 15. Lebensjahr steigt die Häufigkeit jedoch stark an (Gianni Zarotti & Philipp Lehmann, 2012, S. 352). Diese Phase ist für die meisten Jugendlichen von Umbrüchen und Übergängen gekennzeichnet und es finden emanzipatorische Prozesse in Richtung Übernahme neuer Rollen, Verantwortungen und Ablösungsschritten statt. Gemäss Resch (1998) werden „Aspekte der Selbstentwicklung“ in der Adoleszenz im Sinne von Entwicklungsaufgaben – auch als mögliche Stressoren bei der Entstehung früher Psychosen gesehen (S. 111). Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass eine Krankheit wie die Psychose weitere Folgen in Bezug auf spätere Entwicklungsaufgaben haben wird. Um eine Grundlage zu schaffen, soll kurz darauf eingegangen werden, was in der Entwicklungspsychologie unter Entwicklungsaufgaben verstanden wird und welche davon spezifisch für das Jugendalter sind.

In der Literatur zu tiefenpsychologischen Ansätzen wird aufgeführt, dass sich die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen immer im Austausch zwischen einem Individuum und seiner Umwelt vollzieht. Gemäß Kitty Cassée (2010) setzen sich solche Herausforderungen zusammen aus (S. 39):

- den individuellen, biologischen Veränderungen,
- den Erwartungen der Meso- und Makrosysteme,
- individuellen Bedürfnissen und Erwartungen.

Erik H. Erikson (1902-1994) betrachtete Entwicklung als stufenweisen Aufbau im Spannungsfeld der zwischenmenschlichen Beziehungen (Flammer, 2017, S. 104). Dabei treten über das gesamte Leben in jeder Altersphase spezifische Aufgaben und Bewältigungsvorgänge auf (ebd.). Robert Havighurst (1948) betont, welche Relevanz die Bewältigung dieser stufenweisen Entwicklung hat: „Ihre Bewältigung führt zu Glück und Erfolg, während Versagen das Individuum unglücklich macht, auf Ablehnung durch die Gesellschaft stößt und zu Schwierigkeiten bei der Bewältigung späterer Aufgaben führt“ (Havighurst; zit. in Rolf Oerter & Leo Montana, 1998, S. 121)

Infolge der Lebensphasen erlebt jeder Mensch krisenhafte Situationen, vor allem bei den Übergängen von einer Entwicklungsphase in die nächste. Insofern räumte schon der Psychoanalytiker Erikson (1965) dem Übergang der Kindheit ins Erwachsenenalter - der Adoleszenz - besondere Bedeutung ein, indem er sie als individuelle Herausforderung im Sinne

einer normativen Krise bezeichnete (Erikson 1965; zit. in Bock & Heinz, 2016, S. 46). Doch hängt die Bewältigung der Aufgaben in der Adoleszenz im Sinne Eriksons nicht nur von der vorausgegangenen Stufe ab, sondern ist auch abhängig von früheren Phasen, welche bis ins Säuglingsalter zurückreichen können (Flammer, 2017, S. 104).

Im Folgenden sollen einige „normative“ Lebensereignisse (Kitty Cassée, 2010, S. 39) aufgeführt werden, welche in der Phase der Adoleszenz von Bedeutung sind. Im Zentrum der adoleszenten Entwicklung stehen tiefgreifenden körperliche Veränderungen, welche die geschlechtliche Reife einleiten. Viele mentale Wandlungsprozesse psychosozialer Art, wie das Finden einer sexuellen Identität, sind damit verbunden, aber auch die Ablösungsschritte von dem familiären Umfeld, die damit einhergehen, dass neue Beziehungen eingegangen werden können und müssen (Peter Schwab, 2011, S. 152). Parallel dazu werden normative Erwartungen aus dem Umfeld und der jeweiligen Kultur an das Individuum gestellt. Beispielweise könnte erwartet werden, dass Jugendliche einen Beruf erlernen, von zuhause ausziehen und eine eigene Existenz aufbauen. Auch auf der kognitiven Ebene bedeuten diese Faktoren große Herausforderungen. Diesbezüglich müssen gesellschaftliche Werte und Normen der Erwachsenenwelt entwickelt werden. Doch darin sind Jugendliche anfangs gänzlich unerfahren. In dieser Zeit sind sie darum oft auch verunsichert und verletzlich (Peter Schwab, 2011, S. 154).

2.2.1 Die Entwicklung einer Identität

Im Sinne Eriksons ist die Herausbildung einer eigenen *Identität* die bedeutsamste Aufgabe im Jugendalter. Heinz Abels (2010) bezeichnet Identität als

„das Bewusstsein, ein unverwechselbares Individuum zu sein, in seinem Handeln gewisse Konsequenz zu zeigen und in der Auseinandersetzung mit Anderen eine Balance zwischen individuellen Ansprüchen und sozialen Erwartungen gefunden zu haben“ (Abels, 2010; zit. in Bock & Heinz, 2016, S. 46).

Die Herausbildung einer Identität ist vor allem für die Übernahme *sozialer Rollen* im Erwachsenenalter zentral (Schwab, 2011, S. 156). Hierzu führen Bock und Heinz (2016) an, dass Identität keine in sich starre Eigenschaft ist, sondern eine Aufgabe des Individuums, sich über die Entwicklungsstufen hinweg zu verändern. Trotzdem müsse eine Lebensgeschichte gestaltet werden, die für sich und nach außen vertretbar ist (S. 46). Die Auseinandersetzung eines Jugendlichen mit der Identität eines anderen ist dabei zentral, um „kommunikations- bzw. anschlussfähig“ zu werden und es auch zu bleiben (Schwab, 2011, S. 156 – 158). Wenn solche Prozesse gelingen, entwickelt sich im Sinne von Antonovsky (1923-1994) ein „Kohärenzgefühl“ (ebd.). Dieses ist dann vorhanden, wenn sich im subjektiven Empfinden Selbstsicherheit, aber auch ein Gefühl der *Sinnhaftigkeit* und Verstehbarkeit sowie das Gefühl der *Bewältigbarkeit* von

neuen Aufgaben ergibt (Klaus Hurrelmann & Ullrich Bauer, 2020, S. 71). Das Kohärenzgefühl ist für die Widerstandskraft und die Bewältigung von Spannungsgefühlen entscheidend (ebd.).

Nach den Ausführungen von Schwab (2011) birgt die Adoleszenz durch die Gleichzeitigkeit verschiedener Wandlungs- und Anpassungsvorgänge auf biologischer, psychologischer und kultureller Ebene auch viele neue Chancen, um beispielsweise negative Kindheitseinflüsse zu korrigieren. Doch wie im oberen Abschnitt erwähnt, ist die Phase ebenfalls mit Risiken verbunden, denn die Jugendlichen müssen alte Identifikationen aufgeben, um neue zuzulassen und sich in neuen Rollen auszuprobieren (ebd.). Er fügt zudem an, dass der junge Mensch durch diesen Prozess mit neuen kulturellen Anforderungen konfrontiert wird, die in mancherlei Hinsicht auch widersprüchlich sind. Je mehr sich die Jugendlichen aber in diesen Widersprüchen ausprobieren und sich beispielsweise dem Lebensentwurf unter anderem der Herkunftsfamilie oder der Schule kritisch gegenüberstellen, desto mehr laufen sie Gefahr, den unterstützenden Halt der Familie oder der Gesellschaft zu verlieren. Sie befinden sich also im Spannungsfeld zwischen freiheitlichem Selbstentwurf und Anpassung an die soziale Umwelt (S. 160-161). Es scheint, als haben innere Bedürfnisse, welche nicht mit den von außen kommenden Erwartungen an die eigene Rolle zusammenpassen, eine negative Auswirkung auf die Persönlichkeitsformung (Andreae, 2006; zit. in Schwab, 2011, S. 161). Die Identität wird somit nicht mehr durch Kohärenz und Einheit zusammengehalten. Gemäß Klika (2000) werden auch schizophrene Psychosen als Pathologie der Ich-Identität bezeichnet (Klika 2000; zit. in Bock & Heinz, 2016, S. 49). Auch bezüglich Wahnbildung hat sich im ersten Kapitel dieser Arbeit gezeigt, dass der Wahn immer auch die Funktion hat, die vom „Zusammenbruch bedrohte Identität“ wieder zu erlangen und Kontinuität aufrechtzuerhalten (Gonther, 2017, S. 154).

2.2.2 Probleme der Individuation als Ursache und Folge der psychischen Erkrankung

Gemäss Franz Resch & Max Friedrich (1994) spielen bei der Entstehung einer psychotischen Symptomatik entwicklungstypische Konflikte eine Rolle. In unterschiedlichen Untersuchungen, welche mit Jugendlichen mit einer schizophrenen Erkrankung durchgeführt wurden, konnte beispielsweise aufgezeigt werden, dass im Vorfeld der Erstmanifestation einer Psychose Erlebnisse verzeichnet wurden, die sich negativ auf das Selbstbild der Jugendlichen auswirkten. Als Auslöseereignisse einer psychotischen Symptomatik wurden vor allem subjektiv erlebte Versagenserlebnisse verzeichnet, die im Zusammenhang mit adoleszenten Entwicklungsaufgaben standen (S. 277- 280). Entsprechend den Angaben durch Resch & Friedrich (1994) wurden beispielweise viele Jugendliche zum ersten Mal psychotisch, nachdem sie versuchten, sich von ihrem Elternhaus abzulösen, dies aber aus verschiedenen Gründen nicht gelang (S. 277-280). Altersentsprechende Entwicklungsaufgaben, welche mit der Identitätsbildung, dem Gewinn von Autonomie und der Selbstwertstabilisierung

zusammenhängen, können gemäss Resch (1998) zum Ausbruch einer Psychose oder zum weiteren Verlauf der Erkrankung beitragen (S. 112). Die deutlich erschwerte Lebenslage, in der sich die betroffenen Jugendlichen nun befinden, kann nachfolgende Entwicklungsaufgaben zusätzlich erschweren.

2.3 Problemlagen und ihre Auswirkungen auf zukünftige Entwicklungsaufgaben

Im Folgenden, soll auf die spezifischen Problemlagen, im Alltag von Jugendlichen und jungen Erwachsenen eingegangen werden, welche mit einem hohen Risiko für die Bewältigung normativer Entwicklungsaufgaben verbunden sind.

2.3.1 Familiäre Problemlagen

Gemäß Finzen (2011) wird die Erkenntnis einer schizophrenen Erkrankung eines Familienmitgliedes in der Familie einhellig als Katastrophe erlebt (S. 30). Jedenfalls können die Auswirkungen der Krankheit die Familie vor große Herausforderungen stellen, welche auch den familiären Zusammenhalt einer Belastungsprobe unterziehen. Martin Hambrecht (2009) fügt an, dass durch das Krankheitsbild Kontakte innerhalb der Herkunftsfamilie wieder verfestigt werden (S. 328). Denn die von einer Psychose betroffenen Jugendlichen bleiben gemäss Christiane Uhlmann (2014) oft bei ihren Eltern wohnen oder ziehen gar wieder zurück ins Elternhaus (S. 125). Ein großer Teil der Begleitungsaufgaben verbleibt so langfristig bei den Eltern. Daraus ergeben sich für diese, gemäss den Angaben von Niklas Baer & Tanja Fasel (2009), viele Einschränkungen, die nicht zuletzt sozialer und finanzieller Art sind (S. 355).

Auch die Jugendlichen erleben sich vermutlich nach der Psychose erneut abhängig und hilfsbedürftig, was für sie einen deutlichen Rückschritt in der Autonomieentwicklung bedeutet. In ihrer Situation schwanken sie oft zwischen Autonomie und Abhängigkeit hin und her (Brigitte Brehmer, 2014, S. 269). Für viele Eltern bedeutet dies, dass sie gleichzeitig Entwicklungsaufgaben berücksichtigen und Beziehungskonflikte aushalten müssen (Uhlmann, 2014, S. 125). Solche Konflikte entstehen meist dadurch, dass die Jugendlichen noch nicht bereit sind, Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen (Resch & Friedrich, 1994, S. 281). Womöglich sind es auch die Erwartungshaltungen der Eltern an die Kinder– dass diese zum Beispiel eine Ausbildung absolvieren und Kontakte zu Gleichaltrigen pflegen sollen –, welche sie nur bedingt erfüllen können. In dieser Hinsicht ist es nicht verwunderlich, wenn sich auch Eltern ambivalent zeigen. Denn gemäss Uhlmann (2014) wollen viele Eltern eigentlich Loslösung erlauben, sehen sich aber durch die Krankheit ihrer Kinder gezwungen, existentielle Bindungen aufrechtzuerhalten (S. 125- 126).

Diese Verhaltensweisen lassen sich gut aus der Situation heraus erklären, haben aber womöglich zur Folge, dass sie zu erstarrten Beziehungsmustern führen, welche die Entwicklung der Jugendlichen längerfristig hemmen und einen nachhaltig negativen Einfluss auf das Selbstkonzept haben.

2.3.2 Auswirkungen auf Beziehungen und Partnerschaft

Gemäß den Aussagen von Peter Rüesch & Martin Neuenschwander (2004) verringert sich das soziale Netz von Jugendlichen mit einer schizophrenen Erkrankung beträchtlich. Somit beschränken sich die Kontakte, wenn überhaupt, auf die Herkunftsfamilie (S. 10). Allerdings sind solche Beziehungen aufgrund der häufig einseitigen Abhängigkeit der Betroffenen von Asymmetrie geprägt. Auch der Kontakt zu einem besten Freund oder einer besten Freundin kann, vor allem bei einem schweren ersten Verlauf, oft nur selten aufrechterhalten werden. Vielen Betroffenen fällt es zudem schwer, neue Beziehungen aufzubauen, zum Beispiel trauen sich viele Betroffene nicht, eine Liebesbeziehung oder Partnerschaft einzugehen. Unsicherheiten in der Kontaktaufnahme sowie generelle soziale Hemmungen tragen zu einem Teufelskreis bei. Soziale Bezüge werden daraufhin häufig vermieden, was die Unsicherheiten noch weiter verstärken kann (Kirsten Stelling & Katharina Kuhn, Steffi Riedl-Heller & Johannes Jungbauer, 2009, S. 121). Kontakte werden auch aus diesem Grund meist nur mit Personen geknüpft, welche sich in einer ähnlichen Lebenssituation befinden (Rüesch & Neuenschwander, 2004, S. 10). Dies kann wertvoll sein, vor allem dann, wenn aufgrund der geteilten Erfahrungen Unterstützung erfahren wird. Oft handelt es sich aber um Kontakte mit Personen, die ähnliche soziale Defizite aufweisen. Diese Beziehungen können den psychosozialen Stress begünstigen, sind eher brüchig oder einfach kurzlebig (Stelling et al. 2009, S. 121). Die Gründe für das häufig verarmte soziale Netzwerk der Betroffenen sind vielgestaltig. Dabei spielen das soziale Funktionsniveau und die kognitive Leistungsfähigkeit der Betroffenen, aber auch negative Reaktionen aus dem Umfeld sowie gesellschaftliche Rahmenbedingungen eine Rolle (Rüesch & Neuenschwander, 2004, S. 11).

2.3.3 Stigmatisierung und sozialer Ausschluss

Die erwähnte Unsicherheit in der Beziehungsaufnahme der Betroffenen selbst sowie die geringe Resonanz des Umfeldes, mit einem an Schizophrenie erkrankten Mitglied den Kontakt zu pflegen, liegt womöglich auch in der Stigmatisierungsproblematik. Es zeigt sich, dass Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis in besonderem Masse unter den Vorurteilen leiden, welche in Bezug auf die Schizophrenie in der Gesellschaft herrschen. An diesen Vorurteilen sind einseitige Medienberichte über die Gewalttätigkeit und Gefährlichkeit von an Schizophrenie erkrankten Personen maßgeblich beteiligt (Bock et al., 2014, S. 185- 186).

Des Weiteren nennen Bock et al. (2014) Fehleinschätzungen der Psychiatrie, welche in eine ähnliche Richtung gehen und aus heutiger Sicht als längst überholt gelten (ebd). Im Zusammenhang mit der Psychiatrie macht Finzen (2011) auch auf das Stigma durch die Krankheitsbezeichnung „Schizophrenie“ aufmerksam, die oft mit Unheilbarkeit gleichgesetzt wird. Der zum Teil stark somatisch-medizinische und defizitäre Blickwinkel einiger psychiatrischen Fachkräfte verstärkte diese Thematik zusätzlich (S. 28).

Finzen (2011) zufolge sind nicht nur die Betroffenen selbst mit Vorurteilen und Stigmatisierungen in Bezug auf ihre Krankheit konfrontiert, sondern auch wichtige Bezugspersonen im Umfeld der Betroffenen (S. 30). Auch hier wird vor allem die subjektive Deutung und Wahrnehmung von Stigmatisierung wirksam. Die verinnerlichte negativen Einstellungen in Zusammenhang mit der Krankheit erzeugen Scham und Schuldgefühle und haben zur Folge, dass die Krankheit negiert oder gar sorgsam versteckt wird (Hambrecht, 2009, S. 327). Dies erschwert den Umgang mit dem eigenen Schicksal erheblich und führt darüber hinaus zu einer verminderten Behandlungseinsicht (Bock et al., 2014, S. 187).

2.3.4 Kommorbide Störungen und Abhängigkeit

Gemäß Finzen (2011) sollte der Gebrauch von Rauschmitteln bei den Personen, die gleichzeitig an einer schizophrenen Erkrankung leiden, als „sekundäre Krankheitsfolge“ betrachtet werden (S. 200), da Rauschmittel oft in erster Linie als Selbstmedikation gegen anhaltende negative Symptome und Angst eingesetzt werden.

Meist hat sich der Konsum aber schon vor dem ersten Ausbruch eingeschlichen und den Ausbruch mitbegünstigt. Doch obwohl bei fast der Hälfte der psychisch Erkrankten eine gleichzeitige Suchtmittelabhängigkeit vorliegt (US Department of Health and Human Services, 1999; zit. in Rudolf Stohler, 2004, S. 40), ergeben sich dadurch Probleme bezüglich psychiatrischer Behandlung und auch in den Settings von Rehabilitationsmassnahmen (Stohler, 2004, S. 40). In Folge einer zusätzlichen Suchterkrankung fallen Jugendliche sowohl in der Psychiatrie wie auch in anderen Settings zwischen Stuhl und Bank, da sie in kein Raster passen und die Settings nicht auf Komorbiditäten ausgerichtet sind (Finzen, 2011, S. 200).

Abhängigkeit im Zusammenhang mit Rauschmitteln wirkt sich nicht nur auf die Gesundheit und damit auch auf den Verlauf der Erkrankung negativ aus, sie bewirkt vielmehr auch zusätzliche soziale und rechtliche Probleme sowie Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der beruflichen Situation (Stohler 2004, S. 40). Solche Situationen sind zusätzliche Erschwernisse, die sich auf die verschiedenen Lebensbereiche auswirken und einen „Drehtüreffekt“ (Finzen, 2011, S. 185) zur Folge haben. Auch die Beziehungen zu denjenigen Akteuren, von denen Erkrankte abhängig

bleiben, wird durch den Drogenkonsum anfälliger. Dieses Spannungsniveau führt nicht zuletzt oft zum Ausschluss aus dem jeweiligen Bezugssystem (Stohler, 2004, S. 40).

2.3.5 Erwerbslosigkeit als Folge der Erkrankung

Baer und Fasel (2009) führen aus, dass junge Menschen nach einer psychotischen Krise im weiteren Verlauf der Erkrankung gefährdet sind, rasch aus dem Erwerbsleben ausgeschlossen zu werden. Für Betroffene und ihre Angehörigen bedeutet dies einen Verlust der allgemeinen Lebensqualität. Doch eine Erwerbstätigkeit trägt eine große Bedeutung für ein gesichertes Einkommen und führt darüber hinaus zur Unabhängigkeit in der Lebensgestaltung. Auch kann eine Arbeitssituation zu einem wichtigen Lernfeld werden, um Kontakte zu knüpfen, kooperieren zu lernen und sich in neuen Rollen auszuprobieren. Ein Beruf oder eine Tätigkeit trägt in hohem Masse zur Identitätsbildung bei und im besten Fall können das Gefühl von Anerkennung sowie Selbstwert und Zugehörigkeit verbessert werden (Baer & Fasel, 2009, S. 346). Mueser et al. (2001) konnten zeigen, dass sich die meisten Betroffenen eine Erwerbstätigkeit wünschen (Mueser et al., 2001; zit. in Baer & Fasel, 2009, S. 346). Jedoch stehen ihnen dabei auch Ängste im Weg, den Anforderungen einer Ausbildung bzw. eines Jobs nicht gewachsen zu sein (Baer & Fasel, 2009, S. 346).

Viele von Psychose betroffene Jugendliche berichten, dass die Krankheit einen Riss in ihren Bildungsbiografien hinterließ (Stelling et al., 2009, S. 122). Häufig verfügen Betroffene demnach weder über eine abgeschlossene Berufsbildung noch über Berufserfahrung. Die psychische Instabilität, welche in vielen Fällen schon in der prodromalen Phase der Erkrankung besteht, kann auch schon vor der Manifestation der Psychose zu Lücken und Abbrüchen in der Bildungslaufbahn führen. Hinzu kommen möglicherweise Krankheitsrückfälle, welche eine realistische Berufswahl erheblich erschweren (Dirk Richter, 2018, S. 108). Auch weisen Jugendliche, sofern es ihnen gelingt, eine Ausbildung zu absolvieren, eine eher geringe Belastbarkeit in Bezug auf Stress und Anforderungen auf (Denner, 2008, S. 267).

Doch die Ursachen für die durchaus hohe Arbeitslosigkeit von Betroffenen mit einer schizophrenen Erkrankung dürfen nicht nur beim Individuum gesucht werden. Gerade bei der Diagnose „Schizophrenie“ und im Zusammenhang mit der Arbeitssituation seien Vorurteile über die Unheilbarkeit und Aussichtslosigkeit unberechtigtweise fest verankert (Baer & Fasel, 2009, S. 352- 353).

Soziale Leistungen, welche die berufliche Rehabilitation unterstützen, sind meist mit einer Prognose der Eingliederungswahrscheinlichkeit verbunden (Dorothee Pöhler-Ruhrmann, 2008, S. 263). Diese wird in vielen Fällen der Schizophrenie als eher gering gewertet. Weiter verweisen

Baer und Fasel (2009) auf die Strukturen der psychiatrischen und rehabilitativen Massnahmen. Während die psychiatrische Behandlung auf der einen Seite sich kaum um die Arbeitssituation ihrer Patienten kümmert, orientieren sich Rehabilitationsmassnahmen auf der anderen Seite vor allem an pädagogischen Konzepten. Die Massnahmen würden so die Problematiken in Bezug auf Vulnerabilität und die symptomatische Dynamik der Erkrankung ausblenden (S. 346).

2.3.6 Schnittstellenproblematik

Im vorausgegangenen Abschnitt wurde eine Schnittstellenproblematik bezüglich der Verzahnung von Arbeitsrehabilitation und Psychiatrie angedeutet. Eine weitere wurde im Zusammenhang mit der Komorbidität von Sucht und psychischer Störung im vorausgegangenen Abschnitt erwähnt. Diesbezüglich sind Behandlung und Rehabilitation meist kaum auf multikomplexe Störungen ausgerichtet und bewegen sich nicht an den Schnittstellen der Problemlagen von Jugendlichen (Roland Vauth & Anita Riecher-Rössler, 2004, S. 529).

Auch In Bezug auf eine kontinuierliche Langzeitförderung nach der Manifestation einer Erkrankung bestehen insbesondere in der Schweiz große Lücken im Versorgungssystem (Helmuth Braun-Scharm & Hans Christoph Steinhausen, 2004, S. 453). Die Gründe dafür liegen in den Zuständigkeits- und Finanzierungsproblemen, da sich die benötigten Einrichtungen „an der Schnittstelle verschiedener Kostenträger und Entscheidungsgremien“ befinden (ebd.).

Eine weitere Problematik, die im Versorgungssystem begründet liegt, sich aber insbesondere im Verlauf der Erkrankung niederschlägt, betrifft den Übergang der Kinder- und Jugendhilfe zum Versorgungssystem von Erwachsenen. Gemäß Schimmelman & Resch (2014) beginnt die prodromale Phase mit sozialen und kognitiven Funktionseinbussen schon Jahre vor dem 18. Lebensjahr, zeigt sich aber erst nach Erreichung der Volljährigkeit als Vollbild einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (S. 23-24). Dies hat zur Folge, dass die soziale Reife entsprechender Betroffener eher einem jüngeren Adoleszenten entspricht als einer erwachsenen Person. Gleichzeitig fehlt es den Fachleuten der psychiatrischen Versorgung an Fachwissen und Erfahrung, um adäquat auf die entwicklungsbedingten Bedürfnisse der Jugendlichen zu reagieren (Schimmelman & Resch, 2014, S. 457). In diesem Abschnitt könnten noch viele weitere Schnittstellenprobleme aufgeführt werden. Dies würde allerdings den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

2.4 Fazit Handlungsbedarf für die sozialpädagogische Arbeit

Es wurden nun mögliche Problemlagen Jugendlicher und junger Erwachsenen mit einer schizophrenen Erkrankung aufgezeigt, die ein deutliches Risiko für die spätere Identitätsentwicklung und die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben in Bezug auf Autonomie,

Selbstwert und soziale Integration bedeuten. Diese Tatsachen sind eng verknüpft mit der allgemeinen Lebensqualität im Alltag der Betroffenen – ob nun eine chronische Erkrankung fortbesteht oder nicht. Zudem befinden sich Jugendliche oder junge Erwachsene mit einer psychischen Erkrankung „in einem besonders komplizierten Prozess der Identitätsfindung, bei dem die eigene Erkrankung in Selbstbild und Alltag integriert werden -sprich, eine Krankheitsidentitätsarbeit geleistet werden muss“ (Stelling et al., 2009, S. 119). An dieser Stelle stellt sich die Frage, welche Möglichkeiten und Massnahmen die Jugendlichen in ihren Entwicklungsaufgaben unterstützen können. Um Veränderungen hinsichtlich der alltäglichen Situation von diesen Jugendlichen und jungen Erwachsenen anzustoßen, sollten aber auch Schutzfaktoren identifiziert werden. Diesbezüglich lohnt es sich, den Ressourcen und Möglichkeiten einer Person und ihrer Umgebung mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Um dies zu erreichen, könnte, wie Hoffmann (2006) betont, die pädagogische Begleitung dieser Jugendlichen darauf fokussieren, dass auch die „Erhaltung oder Wiederherstellung einer möglichst großen, den individuellen Fähigkeiten angepassten sozialen Autonomie und die Eröffnung neuer Handlungsoptionen“ angestrebt werden sollte (Hoffmann, 2006; zit. in Ute Roos, 2008, S. 126).

3 Grundlagen für die sozialpädagogische Begleitung von psychosebetroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Das folgende Kapitel vermittelt eine Übersicht über die Grundlagen der Sozialen Arbeit und vorallem der Sozialpädagogik im Feld der psychosozialen Begleitung von jungen psychosebetroffenen Menschen. Zuerst werden Arbeitsfelder und Hilfsangebote der Sozialen Arbeit beziehungsweise der Sozialpädagogik vorgesehlt, die sich an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Sozialer Arbeit befinden. Danach soll auf die übergeordnete strukturelle Rahmung der Sozialen Arbeit eingegangen werden. Aus diesen Betrachtungen werden schliesslich zentrale Grundorientierungen und Konzepte einer subjektorientierten psychosozialen Arbeit abgeleitet, welche eine Grundlage für die Beziehungsgestaltung in der psychosozialen Arbeit bilden. Das Kapitel schliesst mit zentralen Leitprinzipien nach Ciompi (1989) für einen adäquaten Umgang mit psychosebetroffenen Jugendlichen.

3.1 Sozialpädagogische Felder psychosozialer Arbeit

Noch im 19. Jh. wurden Menschen mit psychischen Krankheiten vorwiegend in Anstalten außerhalb der städtischen Ballungsräume untergebracht. Die gängige Lehrmeinung war damals, dass mit der geografischen Abgeschlossenheit auch alle krankmachenden Einflüsse durch die Gesellschaft abgewehrt werden können (Rössler, 2004, S. 2). Seit den 60er und 70er Jahren gab

es mehrere Reformphasen, welche darauf abzielten, dass psychisch Erkrankte Anspruch auf Hilfeleistungen haben, ohne dass sie dafür ihre Lebenswelt verlassen müssen. Daraus hat sich eine Vielzahl von Einrichtungen und Diensten etabliert, die für die Behandlung sowie die Begleitung und Betreuung im Alltag zuständig sind.

Im folgenden Abschnitt soll eine Übersicht über die wichtigsten Hilfsangebote und Aufgabenfelder der Sozialpädagogik im Kontext psychosozialer Arbeit vorgestellt werden.

3.1.1 Ambulante, Integrative Kontexte

Im heutigen Kontext werden Menschen, die sich in einer akuten Krise befinden, stark psychotisch oder suizidal sind oder in ihrem Zustand sogar eine Gefahr für ihre Mitmenschen darstellen, meist nur vorübergehend in einer Klinik behandelt und medikamentös stabilisiert. Danach werden sie, häufig schon nach wenigen Wochen, wieder entlassen. Dieser Übergang kann sowohl für die Betroffenen als auch für ihre Angehörigen mit Schwierigkeiten, bezüglich Begleitung und mit Ängsten verbunden sein. Unter anderem aus diesem Grund hat sich in den letzten Jahren in der Behandlung von psychisch Erkrankten ein Paradigmenwechsel abgezeichnet. Vorallem in England und den USA werden zunehmend Versorgungsmodelle erprobt, welche auch für schwererkrankte Menschen eine intensive Betreuung in der Lebenswelt ermöglichen, sodass damit die Notwendigkeit einer stationären Behandlung entfällt (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2019, S. 220).

Unter dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ soll auch in der Schweiz eine integrative und ambulante Versorgung einer stationären vorgezogen werden. Der Grundsatz verwirklicht sich in gemeinde-orientierten Versorgungsmodellen, mithilfe von aufsuchenden, teambasierten - psychiatrischen Behandlungsformen, in denen teilweise auch Sozialpädagog*innen eingesetzt werden. Gerade bei jungen Erwachsenen, die sich in Multiproblemlagen befinden und nicht bereit sind, sich in die Obhut einer sozialpädagogischen oder sozialtherapeutischen Institution zu begeben, ist es sinnvoll, dorthin zu gehen, wo es für sie selbst am besten aushaltbar ist (Reinmar du Bois, 2004, S. 5). Eine Möglichkeit, die zum Teil auch in der Schweiz angeboten wird, ist das *Home Treatment*, „definiert als zeitlich begrenzte aufsuchende Behandlung psychisch Erkrankter im häuslichen Umfeld“ (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2019, S. 222). Aufgaben der Sozialen Arbeit in diesem Setting beinhalten insbesondere Hilfen in der Alltagsgestaltung und konkrete Hilfeleistungen in Bezug auf die soziale Integration. Das Home Treatment wurde in einigen Kantonen der Schweiz auch auf den Bereich der Rehabilitation ausgeweitet. Leider ergeben sich bei vielen Pilotprojekten in der Schweiz Finanzierungsprobleme bezüglich Versicherungen und Krankenkassen (Nicole Westenfelder, Schweizer Radio und Fernsehen, Puls, vom 29.04.2018)

3.1.2 Ausserklinische Einrichtungen und Jugendhilfe

Einsatzmöglichkeiten der Sozialpädagogik in der Begleitung von Adressat*innen, die von einer psychischen Krankheit betroffen sind, kommen vor allem in der außerklinischen Psychiatrie zur Anwendung. Dies sind in erster Linie Dienste der sozialen und beruflichen Rehabilitation und Integration (Sigrid Haselmann, 2010, S. 231). Berührungspunkte mit Jugendlichen, die allgemein an einer psychischen Erkrankung leiden, haben Sozialpädagog*innen in verschiedenen Settings der stationären, teilstationären und ambulanten Jugendhilfeeinrichtungen oder in speziell auf psychische Erkrankungen ausgerichteten Institutionen. Die Einrichtungen bieten betreutes Wohnen, therapeutische Wohngruppen, ambulante Tagestätten oder geschützte Werkstätte an. All dies sind Orte der Interventionen von Sozialpädagog*innen. In diesen Bereichen könnte die Arbeit folglich als psychosoziale Arbeit bezeichnet werden. Die personenbezogene Begleitung wird gemäss dem Auftrag der Institution am Anliegen der Klientel ausgerichtet. Es sind Aufgaben der Betreuung und Begleitung sowie verschiedene Formen der Beratung, welche die Entwicklung und Förderung der individuellen Fähigkeiten, der Alltagsstrukturierung und der Zukunftsgestaltung unterstützen. (Denner, 2008, S. 57–62).

In dieser Arbeit scheint es nicht zwingend, Handlungsansätze an einem spezifischen Setting im Kontext von Jugendlichen mit einer schizophrenen Erkrankung zu beleuchten. In den folgenden Kapiteln werden vielmehr Interventionsmöglichkeiten vorgestellt, die sich in verschiedenen sozialpädagogischen Kontexten anwenden lassen.

3.2 Strukturelle Rahmung der Sozialen Arbeit und der Sozialpädagogik

Die personenbezogenen Dienstleistungen im Kontext der psychosozialen Bearbeitung von individuellen und sozialen Problemstellungen von Jugendlichen mit einer psychischen Erkrankung unterliegen, wie alle anderen Aufgaben der Sozialen Arbeit, den Anforderungen des Doppelten Mandats. Dies bedeutet, dass Hilfe und Kontrolle sich beidseitig bedingen: „Der Sozialen Arbeit kommt dabei die Aufgabe zu, zwischen Individuum und Gesellschaft, zwischen System und Lebenswelt zu vermitteln“ (Ursula Hochuli-Freund & Walter Stotz, 2017, S. 35). Innerhalb dieser Vermittlung setzt sie sich allerdings, anders als die Justiz oder die Polizei in erster Linie mit den Problemlagen ihrer Adressat*innen auseinander und agiert somit quasi anwaltschaftlich aus deren Perspektive (ebd.).

Auch die Sozialpädagogik setzt sich mit dem Verhältnis von Individuum und Gesellschaft auseinander. In der Arbeit mit Jugendlichen richtet sie den Fokus insbesondere auf die Entwicklungsprobleme die sich in Bezug zur Gesellschaft ergeben können (Hochuli-Freund & Stotz, 2017, S. 24-25). Gemäß Michael Tetzner (2012) besteht die Aufgabe der Sozialpädagogik

darin, „Orte, Räume und Zeiten zur Verfügung zu stellen sowie soziale Beziehungen zu ermöglichen, die Orientierung in dieser gesellschaftlichen Offenheit bieten und den Adressaten die Entwicklung von Handlungsfähigkeit ermöglichen“ (S. 67). Dabei bewegt sie sich in vielfältigen Arbeitsfeldern und Unterstützungskontexten. Unter den sich stetig ändernden Bedingungen und Situationen sind Methoden stets situativ und institutionell anzupassen. Eine Fallbearbeitung ist damit immer auch ein Produkt der gemeinsamen Aushandlung zwischen den Adressat*innen und den Professionellen. Die ethischen Prinzipien und Rahmenbedingungen richten sich dabei nach den Maximen „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Hochuli-Freund & Stotz S. 35 – 42) mit einer Akzentuierung des Rechts auf Selbstbestimmung und der gesellschaftlichen Teilhabe.

3.3 Grundlegende Orientierungen und Praxiskonzepte der Psychosozialen

Praxis

Die im letzten Abschnitt erwähnte ethische Rahmung entfaltet nur dann ihre Wirkung, wenn sie sich in der Haltung der Professionellen zur Klientel widerspiegelt und auch in dieser Beziehung zum Ausdruck kommt. Diese Haltungsfragen bewegen sich jeweils im Raum des Kontextes, des Berufsverständnisses und der jeweiligen Kultur einer Profession (Haselmann, 2010, S. 235). Sie sind nicht nur handlungsbestimmend, sondern zeigen sich auch in den Interaktionen und Kommunikationen innerhalb dieses Rahmens, wie auch in der Gestaltung des Ortes. Im Folgenden wird eine Auswahl an grundlegenden Orientierungen und Praxiskonzepten für die psychosoziale Arbeit vorgeschlagen. Psychosoziale Arbeit beinhaltet Betreuung, Begleitung, Beratung und Krisenintervention und fokussiert sich auf Psychiatrieerfahrene vor allem im außerklinischen Kontext (Haselmann, 2010, S. 231).

3.3.1 Subjektorientierung

Gemäß Haselmann (2010) stellt die Subjektorientierung eine wichtige Leitlinie für die psychosoziale Arbeit mit psychosebetroffenen Personen dar (S. 238), nach der sich die Beziehungsgestaltung und die Art des Umgangs mit den Adressat*innen zu richten hat. Die Subjektorientierung steht in der psychosozialen Praxis als Paradigma neben einem eher medizinisch-defizitären Fürsorgemodell und dem ressourcen- und lösungsorientierten systemischen Modell (Haselmann, 2015, S. 85- 87).

Subjektorientierung auf der Basis eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses bedeutet, dass psychisch erkrankte Personen grundsätzlich als vollwertige Subjekte anerkannt werden und ihre Autonomie respektiert und gefördert wird (ebd.). Die Handlungen und Deutungen des Gegenübers werden gewürdigt. Die Krankheit oder Störung steht dabei nicht im Vordergrund, sondern das dahinterliegende Bewältigungsbemühen. Die Begegnungen zwischen Professionellen und Klient*innen finden von Subjekt zu Subjekt, also auf Augenhöhe und mit

einer Rücknahme der Expertenmacht, statt (Haselmann, 2008, S. 90). In diesem Sinne wird auch der Selbstverantwortlichkeit sowie der Selbstbestimmung ein hoher Stellenwert eingeräumt. Die Balance zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung wird insofern gesucht und hergestellt, als dass sie nicht Bevormundung und Kontrolle ins Zentrum stellt, sondern die Ausgestaltung einer Fürsorgehaltung, welche darauf ausgerichtet ist, die Autonomie der Adressat*innen so weit wie möglich zurückzugewinnen (Haselmann, 2015, S. 86.).

3.3.2 Lebensweltorientierung

Das Konzept der Lebensweltorientierung nach Thiersch (1969) lässt sich gemäß Klaus Obert (2015) durch das ihr eigene Verständnis von Gesundheit und Krankheit gut in den Kontext psychosozialer Arbeit übertragen (S. 50). Zugleich ist sie ein Rahmenkonzept, an welchem sich die Soziale Arbeit und insbesondere die Sozialpädagogik orientiert (Tetzer, 2012, S. 63). Eine alltags- und lebensweltorientierte Soziale Arbeit betrachtet den Menschen als Handelnden im Mittelpunkt seiner Lebenswelt. Der Blick wird sowohl auf objektive Lebensverhältnisse und Lebenslagen gerichtet als auch darauf, wie diese subjektiv bewältigt und gedeutet werden. Gerät die Balance zwischen dem Individuum und seiner Umgebung in Schiefelage, wird ein „misslingender Alltag wahrscheinlich“ (Tetzer, 2012, S. 50- 51).

Thiersch (1969) versteht es als eine Aufgabe der Sozialen Arbeit, zu „einem gelingenderen Alltag“ der Betroffenen beizutragen (Thiersch 1969; zit. in Obert, 2015, S. 51). Insofern stellt das Konzept auch eine Orientierung für die Arbeit mit Menschen dar, welche Mühe bekunden, die eigene Krankheit in den Alltag zu integrieren, oder es vermeiden, sich mit krankheitsbedingten Einschränkungen im Alltag auseinanderzusetzen. Konsequenterweise bedeutet lebensweltorientiertes Handeln, dass es am Ort der Betroffenen stattfindet (ebd). Denn dies ist zum einen der Ort, an dem Probleme erst entstanden sind, zum anderen aber auch der Ort, wo der Schlüssel zu den Ressourcen und zu den verborgenen Möglichkeiten liegt. Das Ziel der Sozialpädagogik besteht auch in diesem Rahmen darin, Ressourcen zu identifizieren und soziale Netzwerke zu erweitern, um zu einem gelingenderen Alltag beizutragen (Tetzer, 2012, S. 64). Die Hilfeplanung, Begleitung und Unterstützung orientiert sich an den zentralen Kategorien alltagsorientierter Ansätze (Obert, 2015, S. 54 -55):

- Strukturierung und Gestaltung des Ortes
- Strukturierung der Zeit in Verbindung mit der Sinnstiftung von Tun und Beschäftigung
- Strukturierung der Kommunikation und Beziehungen im sozialen Gefüge

Als eine übergeordnete Kategorie betrachtet Obert (2015) „die Frage nach dem individuellen Lebensentwurf und die damit zusammenhängenden Deutungs- und Handlungsmuster im Alltag“

(S. 53). Der Versuch, den subjektiven Sinn einer Handlung (oder auch der Krankheit) zu verstehen, erfordert eine Annäherung in Form eines Sich-Einlassens, Verstehen-Wollens und insgesamt einer echten Auseinandersetzung, die sowohl das geduldige Zuhören voraussetzt als auch heftige Diskussionen zulässt. Diese Annäherung ist zugleich die Voraussetzung für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den Betroffenen und einer Fachperson (ebd.).

3.3.3 Ressourcenorientierung

Den Blick auf Ressourcen zu richten, heißt, die Auffassung zu vertreten, dass Betroffene über Selbsthilfekräfte verfügen, auch wenn diese in gewissen Situationen nicht erkennbar sind (Haselmann, 2008, S. 174). Statt an Defiziten orientiert zu sein, soll die Aufmerksamkeit auf die Stärken und Interessen gerichtet werden. Dies ist eine Blickrichtung, durch die auch im Unangepassten und im Eigensinn der Klient*innen ein Ausdruck für Individualität und Lebenskraft entdeckt werden kann (Bock & Heinz, 2016, S. 302). Diese Forderung orientiert sich am Salutogenese-Modell von Aaron Antonovsky. Die Salutogenese beschreibt als Gegenmodell der Pathogenese die Entstehung und den Erhalt von Gesundheit trotz widriger Umstände. Gemäß Antonovsky (1997) wird hierbei ein Zusammenhang von Lebensqualität und Gesundheit hergestellt: Die eigenen Schutzfaktoren sind dann gegeben, wenn Menschen die Vorgänge in ihrem Leben verstehen, wenn diese händelbar sind und sie darin Sinnhaftigkeit erkennen können. Dieser Zustand wird unter der Bezeichnung „Kohärenzgefühl“ zusammengefasst (Antonovsky, 1997; zit. in Hurrelmann & Baur, 2020, S.71). Das Handwerk, die Erfahrung sowie Techniken der Gesprächsführung sollen genutzt werden, um solche brachliegenden Fähigkeiten aufzudecken und nutzbar zu machen (Haselmann, 2008, S.174).

3.3.4 Systemisch-Lösungsorientierte Betrachtung

In der Theorie gibt es eine breite Verwendbarkeit des Systembegriffs, weshalb kurz definiert werden sollte, was ein System hier charakterisiert. Laut der Definition von Holger Lindemann (2018) ist ein System „ein Gebilde, das aus verschiedenen Einzelteilen (Komponenten) zusammengesetzt ist. Zwischen diesen Einzelteilen bestehen Beziehungen (Relation)“ (S. 50). So gesehen kann ein junger Mensch (Einzelteil) mit seiner alleinerziehenden Mutter (Einzelteil) bereits als ein eigenes System betrachtet werden. Die beiden stehen in einer Relation zueinander und haben ein bestimmtes Interaktionsverhalten, welches in einer systemischen Denk- und Handlungsweise ebenso beobachtet wird, wie beispielsweise die Verhaltensmuster des jungen Menschen. Die subjektive Beobachtung der (direkten) Umwelt gehört demnach zu einem systemischen Fallverständnis.

Gemäß Lindemann (2018) darf in einer systemischen Haltung davon ausgegangen werden, dass alles miteinander verbunden ist. Ähnlich wie bei einem „Mobile“ bewegen sich die einzelnen

Teile im System ebenso, wenn ein anderes in Bewegung gesetzt wird. Dies ermöglicht es der psychosozialen Fachkraft, an verschiedenen Orten Veränderungsprozesse anzustoßen (S. 60). Begleiten und beraten psychosoziale Fachkräfte (wenn wir das obige Beispiel nochmals aufgreifen) die alleinerziehende Mutter, so kann dies ebenfalls zu einer Verbesserung der Problembeschreibung beitragen. Ausführlicher wird im Unterkapitel „Mit Angehörigen zusammenarbeiten“ (4.3.3.) darauf eingegangen.

Eine lösungsorientierte Haltung konzentriert sich weniger auf die Problem- als vielmehr auf die Lösungsfaktoren. Dabei wird nicht (nur) versucht, das Problemverhalten zu „bekämpfen“, sondern nach Lösungsaspekten, beispielsweise in veränderten Rahmenbedingungen, Abläufe, Anforderungen und Bewertungen, gesucht. Die Handlungsmöglichkeiten für Interventionen werden dadurch erweitert. Eine Fokussierung liegt daher auf Aspekten wie: Ausnahmen von geschilderten Problemen, bisher erfolgreiche Strategien, gute Erfahrungen und Erfolge, vorhandene Fähigkeiten und Stärken, hilfreiche Personen im Umfeld, Vorlieben und Neigungen sowie Wünsche und Visionen (Lindemann, 2018, S. 61-62).

3.4 Aspekte und Kompetenzen der Beziehungsgestaltung

Die im letzten Abschnitt genannten Orientierungskriterien sind insbesondere für die Beziehungsgestaltung von großer Bedeutung. Im Folgenden werden weitere Aspekte aufgeführt, die spezifisch im Kontext mit psychosebetroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zentral sind.

Gerade in der Arbeit mit Jugendlichen werden Sozialpädagog*innen oft mit verschiedenen entwicklungspezifischen Verhaltensweisen konfrontiert, bei denen es häufig auch um den Umgang mit fremden und eigenen Grenzen geht (Gianni Zarotti & Philip Lehmann, 2012, S. 365). Bei der Arbeit mit zusätzlich psychosebetroffenen Jugendlichen steigen die Ansprüche und die Herausforderungen im Umgang mit ihnen. In diesem Kontext werden Professionelle vielleicht mit Jugendlichen konfrontiert, deren Biografien schon von Brüchen und Zerwürfnissen in der Kindheit und Jugend geprägt sind, oder die Jugendlichen haben Traumatisierungen im Zusammenhang mit ihren Psychosen - beispielsweise bei einer unfreiwilligen fürsorglichen Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung - erlebt. Isolierung, Fixierung, Polizeieinsätze und Zwangsmedikation sind bei suizidalen Absichten oder Fremdgefährdung keine Seltenheit. Solche Erlebnisse stehen dann neben den wahnhaften Erlebensweisen und erschweren einen Beziehungsaufbau zu den Fachkräften. Grund für diese Schwierigkeiten sind oft Misstrauen und vor allem Angst (ebd.). Diese Angst kann auch auf Professionelle der Sozialen Arbeit übertragen werden. Gemäß Zarotti und Lehmann (2012) finden aber auch Gegenübertragungsprozesse statt (S. 365– 366), was bedeutet, dass die Angst und die Unsicherheit auch beim Gegenüber ausgelöst

werden kann. Es kann aber auch bedeuten, dass die Betroffenen sich nur schwer auf einen neuen Kontext und auf neue Beziehungen einlassen und auf ein Angebot mit Widerstand bis hin zu Verweigerung reagieren. Deshalb muss zuerst ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden: „Vertrauen erleben bedeutet dabei nicht das Befolgen fachlicher Ratschläge, sondern das Erleben gegenseitiger Wertschätzung und Achtung (...)“, auch dann, wenn die jungen Menschen einwillig sind und andere Entscheidungen treffen, als von ihnen erwartet wird (ebd.).

Die Bezeichnung der „Adhärenz“ steht für dieses gegenseitige, auf Kooperation ausgerichtete Vertrauensverhältnis. Sie ist ein vielseitig erforschter und diskutierter Begriff aus der Sozialpsychiatrie (ebd.). Adhärenz wird als wichtigster Motor für Veränderung und Therapieerfolg gesehen (ebd.). Im Bemühen um Adhärenz spricht Bock (2017) auch von einem „Ringeln nach Kooperation“ zwischen Adressat*in und der Fachperson (S. 41-43). Gemäß Bock (2017) sei die Eigenwilligkeit der Klientel auch notwendig im Kampf um Autonomie, nicht zuletzt auch aufgrund des psychotischen Erlebens, in dem die Grenze zwischen der Innen- und Außenwelt oft durchlässig zu sein scheint (S. 20-22).

Diese Erkenntnisse aus dem Kontext der Sozialpsychiatrie sollten, so die These dieser Arbeit, auch in die psychosoziale Arbeit in sozialpädagogischen Kontexten einfließen. Gemäß Karl-Heinz Stange (2015) bilden sie die Grundhaltung der Beziehungsgestaltung mit psychisch erkrankten Jugendlichen. Im Umgang mit Psychosebetroffenen, sind Beziehungskompetenzen sowie selbstreflexive Beziehungskompetenzen erforderlich (S. 43). Diese werden in der folgenden Darstellung aufgeführt.

Selbstreflexive Beziehungskompetenzen	Beziehungskompetenzen
<ul style="list-style-type: none"> • Reflexion über die eigene biografische Entwicklung, welche sich in der Beziehung zur Klientel widerspiegelt • Bereitschaft, die eigenen Gefühle in der Beziehung zum Klienten zu reflektieren, damit Übertragungen, Gegenübertragungen, Verstrickungen und negative emotionale Reaktionen kontrolliert werden können (ebd.) • Hinterfragung eigener Dankbarkeitserwartungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Fähigkeit, Nähe und Distanz zu regulieren, was bedeutet, dass man sich auf jeden Klienten neu einlässt und trotzdem seine Grenzen kennt. • Selbstsorge • Regulierung von Nähe und Distanz unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Klientel und • Angemessene Kompetenzpräsentation, d.h. eine kompetente Unterstützung, Sicherheit und Geborgenheit vermitteln.

	<ul style="list-style-type: none">• Ergebnisse der Fallsupervision offenlegen.• Eigene Unsicherheiten transparent machen.
--	--

Tabelle 4: Kompetenzen für die Beziehungsgestaltung (stark modifiziert nach Stange, 2015, S. 46)

Für die Spiegelung der zwischenmenschlichen Prozesse und den Erwerb der selbstreflexiven Kompetenzen ist ein fachlicher Austausch unter Professionellen, zum Beispiel im Rahmen der Inter- und vor allem der Supervision, unabdingbar (Zarotti & Lehmann, 2012, S. 366).

Gemäß Zarotti und Lehmann (2012) ist es besonders wichtig, eigene Gefühle transparent zu machen. Gerade die Angst stelle in der Begleitung von Menschen mit psychotischen Erfahrungen eine typische Reaktion auf beiden Seiten dar. Diese sollte ernstgenommen und thematisiert werden. Das Vermeiden oder Negieren der Angst könne im Gegenzug zu gefährlichen Reaktionen bis hin zur körperlichen Gewalt führen (S. 366).

3.5 Sozialtherapeutische Prinzipien im Umgang mit Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung nach Luc Ciompi (1989)

Gemäß Ciompi (2019) ist das Seelische oder das Psychische einer verletzlichen Person eng mit der Beschaffenheit ihrer sozialen Umwelt verknüpft (S. 336). Dabei stellt Ciompi nicht die Krankheit als solche ins Zentrum, „sondern einen besonderen Menschen in einer kranken und krankmachenden Situation (...)“ (Ciompi, 2019, S. 336). Der Austausch mit dem Milieu strukturiere die Psyche und verwirre sie. So hänge diese eng mit Deutungen und Erwartungen der Umwelt zusammen. Gemäß Ciompi (2019) haben diese Verhältnisse aber nicht nur ein pathogenes, sondern auch ein grosses therapeutisches Potential (ebd).

Die Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt, ist die nach der Beschaffenheit des sozialen Umfeldes, das auf diese Weise die Gesundheit anregt und eine positive Entwicklung fördert.

Ciompis Ausführungen, die sich nicht nur auf Alltagsbeobachtungen, sondern auch auf wissenschaftliche Untersuchungen beziehen, könnten auch zum Anlass genommen werden, zu vermuten, dass nicht nur die medizinische und psychotherapeutische Behandlung alleine eine therapeutische Wirkung entfalten, sondern auch die soziale Umgebung. Insofern wird aus der

Frage nach der Beschaffenheit des sozialen Umfeldes auch eine Frage der Sozialpädagogik. Diese kommt unter Umständen während verschiedenen Stadien des Krankheitsverlaufs zum Zuge.

Jugendliche und junge Erwachsene befinden sich bei einer Ersterkrankung oder im akuten Stadium meist in jugendpsychiatrischen Einrichtungen. Dieses spezifische Setting soll in dieser Arbeit nicht im Fokus stehen. Doch auch in pädagogisch-therapeutischen Wohngruppen und Nachsorge-einrichtungen und Settings der sozialen und beruflichen Rehabilitation soll der Umgang die spezifischen Bedürfnisse psychisch erkrankter Jugendlichen berücksichtigen. Ciompi (2019) formuliert grundlegende therapeutische Prinzipien für den Umgang mit psychosebetroffenen Menschen. Diese werden durch Matthias Hammer & Irmgard Plöbl, (2012, S. 67–69) in zehn Arbeitsprinzipien zusammengefasst. Im Folgenden soll auf diese Prinzipien mit Ergänzung von weiteren Autoren kurz eingegangen werden

1. Systematische Einbeziehung des relevanten sozialen Umfeldes

Die Einbeziehung des relevanten Umfeldes bedeutet, dass alle wichtigen Bezugspersonen am therapeutischen Prozess beteiligt sind. Familie, Freunde, andere Angehörige und Fachkräfte können sowohl pathologisch als auch protektiv wirken (Hammer & Plössl, 2012, S.67).

2. Vereinheitlichung der verfügbaren Informationen

Dabei kann es auch zu Differenzen im Bezugssystem kommen, weil alle Beteiligten andere Prioritäten setzen. Verschiedene Erwartungshaltungen können, falls sie nicht strukturiert werden, zu Stagnation und Verwirrung führen. Dabei kann es vorkommen, dass Betroffene selbst in Zielkonflikte geraten. Die *Vereinheitlichung der verfügbaren Informationen* stellt darum eine wichtige Arbeitsgrundlage dar (Hammer & Plöbl, 2012, S. 67). Eine Abstimmung und Priorisierung sollte, wenn möglich, gemeinsam mit der betroffenen Person vorgenommen werden (Hammer & Plössl, 2012, S.67).

3. Weckung gemeinsamer positiver Zukunftserwartungen

Eine wichtige Regel in Bezug auf das Setzen von Zielen ist, dass diese realistisch und einfach angelegt sind. Trotzdem sollten diese eine *gemeinsame, positiv-realistische Zukunftserwartung* wecken und anregen (ebd). Dabei werden von Seiten der Klientel Erwartungen vielleicht zu weit gesteckt. Die Erwartungen müssen deswegen jedoch nicht abgewertet werden, sondern es besteht die Möglichkeit, zu überlegen, wie kleinere Schritte zum Ziel führen (Hammer & Plössl, 2012, S.67).

4. Erarbeitung von expliziten und konkreten Zielsetzungen

Als eines der obersten Prinzipien bei der psychosozialen Arbeit mit psychosebetroffenen Jugendlichen erachtet Ciompi (2019) die Erarbeitung von expliziten und konkreten Zielsetzungen (S. 339). Das scheinbar konfuse, chaotische sowie kontraproduktive und in sich erstarrte System, das gemäß Ciompi (2019) bei Menschen mit Schizophrenien oft anzutreffen ist, kann damit gebündelt und in eine Richtung gelenkt werden (S. 339). Den Ausgangspunkt solcher Ziele soll der *Alltag und die Lebenswelt* der Klientel bilden. Darum werden die Ziele in erster Linie gemeinsam mit den Betroffenen ausgehandelt und beziehen bestenfalls das gesamte System in den Gestaltungsprozess mit ein (Hammer & Plössl, 2012, S.67).

5. Koordination und Kontinuität

Obwohl die „Wirksamkeit psychosozialer Interventionen“ entscheidend von einer positiven Gestaltung der Beziehung zwischen den Betroffenen und ihren Betreuer*innen abhängt, weist die Realität in Bezug auf die Versorgungsstrukturen meist wenig *Kontinuität* auf. Die Klienten haben es im Verlauf ihres jungen Lebens oft mit verschiedenen autonomen sozialpsychiatrischen und sozialpädagogischen Institutionen zu tun und werden in der Folge mit wechselnden Programmen, Erwartungen und Professionellen konfrontiert: „Mit Jedem Wechsel gehen die geknüpften Beziehungen verloren“ (Cullberg, 2008, S. 218). Zwischen den Krankheitsphasen nehmen Betroffene ihr altes Leben wieder auf, bis zum nächsten Rückfall. Sie und ihre Familien sind in dieser Zeit weitgehend auf sich selbst gestellt. Die erwiesene Wirksamkeit von Langzeit- gegenüber Kurzzeitprogrammen zeigt, dass eine *optimale Koordination und Kontinuität*, wie sie von verschiedenen Vertreter*innen der Sozialpsychiatrie vorgeschlagen wird, die Grundlage für Entwicklungsmöglichkeiten bildet (Ciompi, 2019, S. 358).

6. Flexible Kombination von unterschiedlichen Therapieansätzen

Die medikamentöse Therapie, die psychosoziale Begleitung sowie die Beratungen beim sozialpsychiatrischen Dienst spielen in der Behandlung ebenso eine Rolle wie die Betreuung im Wohnbereich und die Förderung in der beruflichen Rehabilitation (Hammer & Plössl, 2012, S.67).

7. Einfachheit und Klarheit im Umgang

Klarheit, Eindeutigkeit und Verlässlichkeit, Freundlichkeit und Kongruenz sind wichtig für Menschen mit einer Schizophrenie. Zu vermeiden sind Widersprüchlichkeiten, Unklarheiten und Zweideutigkeiten. Dies betrifft die Art und Weise, wie Professionelle gegenüber den Betroffenen kommunizieren. Durch klare Kommunikation können Betroffene viel besser einordnen, wo sie stehen. Die Ruhe im Gespräch wird so hergestellt, dass sich Professionelle mit Ratschlägen und Kommentaren zurückhalten und vor allem aufmerksam zuhören (Hammer & Plössl, 2012, S. 68).

All dies kann einen Gegenpol zu den verwirrenden, diffusen und ambivalenten Erfahrungen bilden, welche die Betroffenen im Zuge ihrer Erkrankung bereits gemacht haben.

8. Vereinfachung des therapeutischen Settings

Dasselbe gilt auch für die Gestaltung des Räumlichen (Ciompi, 2019, S. 336–337). Eine klare Strukturierung des Ortes sowie Übersichtlichkeit sollten das Bild prägen (Hammer & Plöbl, 2012, S. 68). Die wichtigsten Informationen über die Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten oder zur beruflichen Eingliederung und anderen Lebensbereichen soll für die Jugendlichen zur selbstständigen Aneignung zugänglich sein (ebd.).

9. Beachtung der spezifischen Zeitfaktoren

Unter dem Stichwort einer „optimalen Stimulation“ sollten der Ort der Intervention, der räumliche Kontext und der Umgang mit den Betroffenen ausgleichend gestaltet sein. Treten akut produktive Erscheinungen, wie sie im ersten Kapitel als Positivsymptome beschrieben worden sind, ein, ist vor allem eines angesagt: „Ruhe, Gelassenheit, Entspannung sind in jeder Hinsicht zentral“. Bei den vorherrschenden negativen Symptomen ist eine „sorgfältig dosierte – soziale Aktivierung, Anforderung und Stimulationsvermehrung“ ebenfalls wichtig. Professionelle können ein Gegengewicht zur Minussymptomatik anstoßen, indem sie soziale Kontakte und schrittweise Veränderungen, zum Beispiel ausgehend von Gruppenprogrammen, oder Anstösse zur beruflichen Rehabilitation initiieren. (Ciompi, 2019, S. 339- 340)

10. Ausbalancierung der Ziele und Anforderungen

Dabei sollte bedacht werden, dass es stets ein schmaler Grat zwischen Unterforderung und Überforderung ist. Die Ausbalancierung der Ziele und Anforderungen ist darum in der pädagogischen Begleitung betroffener Jugendlicher zentral. Auf Basis einer sorgfältigen Beobachtung sowie in regelmäßigen Gesprächen mit den Betroffenen können Zeichen von Stress erkannt und thematisiert werden (Manuela Reinmann – Merse, 2008, S. 186). Das Ziel ist, dass auch die Betroffenen selbst für einen Umgang mit wechselnden Bedürfnissen, Symptomen oder Frühwarnzeichen einer beginnenden Psychose sensibilisiert werden (ebd.).

4 Sozialpädagogische Interventionen und Handlungsansätze

Im zweiten Kapitel wurden Entwicklungsrisiken aufgeführt, welche Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer schizophrenen Erkrankung drohen und die immer auch mit den Möglichkeiten und der Beschaffenheit des sozialen Umfeldes verknüpft sind. Im dritten Kapitel wurden die strukturellen Rahmenbedingungen und die Grundelemente der psychosozialen Arbeit

mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen in verschiedenen sozialpädagogischen Kontexten aufgezeigt. In diesem Kapitel soll nun eine Auswahl an Interventionsmöglichkeiten und Handlungsansätzen vorgestellt werden, welche an die Lebenswelt der Jugendlichen und jungen Erwachsenen anknüpfen und sie ausgehend von ihren individuellen Ressourcen in ihrer Persönlichkeitsentwicklung unterstützen. Zuerst soll jedoch versucht werden, Ziele zu formulieren, welche mit Blick auf die individuellen und sozialen Problemlagen von Bedeutung sind. Diese gestalten sich, in Anlehnung an Tanja Lincoln (2014), folgendermaßen (S. 220):

- Arbeit am Selbstbild der Jugendlichen. Dazu gehört ein konstruktiver Umgang mit Symptomen im Alltag sowie selbstwertstabilisierende oder -aufbauende Massnahmen.
- Förderung neuer Bezugsnormen außerhalb der Familie, indem Altersgenoss*innen und Identifikationsmodelle einbezogen, aber auch unterstützende und helfende Kontakte identifiziert werden.
- Einbezug und Unterstützung der Familie von Betroffenen.
- Hilfe für die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und Unterstützung für zentrale Lebensentscheidungen. Hierzu gehört auch die Erarbeitung realistischer Perspektiven in Bezug auf Berufsbildung, die Wohnsituation und die Möglichkeit, sich vom Elternhaus abzulösen.
- Erlernen von konstruktiven Stressbewältigungsstrategien. Dazu gehört auch, dass Stress im Alltag sowie Unterschiede zwischen förderlichen und hinderlichen Stressbewältigungsstrategien erkannt werden.
- Abbau von Zugangshürden und Schnittstellenproblematik im Rahmen der Pädagogik.

Als erstes werden Hilfen im Alltag von Jugendlichen und jungen Erwachsenen vorgestellt, welche zu einem Wiedererwerb eines gelingenden Alltags führen können, gefolgt von einer Einführung über Netzwerkarbeit. Im Anschluss daran folgt ein Teil zu Familieninterventionen. Hier sollen vor allem Aspekte einer gelingenden Zusammenarbeit beleuchtet werden. Das Kapitel schliesst mit dem Aufzeigen von Handlungsmöglichkeiten dafür, wie mit der Problematik der unzureichenden Schnittstellen von verschiedenen Versorgungssystemen umgegangen werden kann.

4.1 Alltagspraktische Hilfen und Unterstützung

Ein aus sozialpädagogischer Sicht wichtiges Lernfeld stellt vor allem der *Alltag* dar. Im Rahmen von betreuten Wohnformen, stationären oder ambulanten Rehabilitationsstrukturen können Adressat*innen darin unterstützt werden ihre Möglichkeiten und Grenzen der Lebensgestaltung auch nach der Erkrankung kennenzulernen. Letztlich sollen Interventionen darauf ausgerichtet sein, dass Betroffene einen „selbstverantwortlichen und emanzipierten Umgang“ mit der

Erkrankung in ihrem Alltag finden (Obert, 2004, S.297). Dies setzt allerdings voraus, dass die Jugendlichen lernen, sich mit ihrer Krankheit, die oft mit psychosozialen Leistungseinbußen einhergeht, zu arrangieren. Die Bereitschaft zur Kooperation mit den psychosozialen Fachkräften hängt in entscheidendem Masse von der Beziehungsgestaltung der Professionellen ab (Ute Roos, 2008, S.134). Darüber hinaus spielen aber auch weitere Faktoren mit hinein. Zu nennen sind Suchtproblematik, Bindungsfähigkeit, Vorgeschichte oder fehlende Krankheitseinsicht.

In der Praxis werden Professionelle sowohl mit Jugendlichen konfrontiert, die schon früh einen verantwortungsvollen Umgang mit der Erkrankung pflegen, aber auch mit solchen, die eine Auseinandersetzung vorerst meiden (Obert, 2004, S.297). Gerade im Auftrag der sozialen Arbeit soll dieses Ziel des selbstverantwortlichen Umgangs mit der Krankheit nicht zum Ausschlusskriterium für eine adäquate Begleitung werden. In der Realität der Jugendlichen werden auch Hilfen erforderlich, welche sich an pragmatischen Dingen im Alltag orientieren und die sozialen Folgen und den Leidensdruck der Betroffenen und ihrer Angehörigen mindern.

4.1.1 Alltagsstrukturierung im Verlauf der Phasen

Sowohl im stationären wie auch im ambulanten Rahmen sind einige Dinge mitzubedenken. In der akuten Phase geht es in erster Linie um Ruhe und Sicherheit. Dabei soll die Begegnung eher deeskalierend und wenig konfrontativ stattfinden. Reize sind, wenn möglich, zu reduzieren. In dieser Phase ist das Einhalten „eines normalen pädagogischen Alltags“ nicht anzustreben. Auch wenn die Jugendlichen sich selbst oft mehr zutrauen, ist es die pädagogische Aufgabe, die Anforderungen an sie zu reduzieren (Zarotti & Lehmann, 2012, S. 361).

In der stationären oder ambulanten Begleitung von Jugendlichen mit einer schizophrenen Erkrankung begegnet man Jugendlichen häufig in einer Phase, in der die akuten Symptome nicht mehr überwiegen. In dieser Phase geht es zunächst meist um einfache alltägliche Handlungen, welche erst oder wieder erlernt und eingeübt werden müssen (Reinmann-Merse, 2008 S. 181). Gemeinsames Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten, Rechnungen bezahlen oder Körper- und Raumpflege sind nur Beispiele dafür. Je stabiler Betroffene sind, desto stärker treten Beziehungsaspekte in den Vordergrund (Zarotti & Lehmann, 2012, S. 362). Der Kontakt und die Beziehung zur Familie oder zu Peers können aktiviert werden. Auch der Aufbau einer niederschweligen Tagesstruktur ist in dieser Phase wichtig. Eine vorsichtige Aktivierung geht mit der Auseinandersetzung der Jugendlichen mit ihrer Krankheit und dem Erkennen von Stress einher, wie auch mit dem Herausfinden, wie dieser Stress reduziert werden kann. In dieser Phase sind regelmässige Gespräche im Alltag sehr wichtig. Sobald Jugendliche sich mehr stabilisieren, kann es als gutes Zeichen gedeutet werden, wenn adoleszente Verhaltensweisen wieder vermehrt in Erscheinung treten. Es ist jene Zeit, in der bisweilen entwicklungsbedingtes oppositionelles

Verhalten wieder vermehrt hervortritt und ausgehalten werden muss. Dies erfordert aber auch, dass Normen und Anpassungen an die Gruppe wieder ein höherer Stellenwert eingeräumt wird (Zarotti & Lehmann, 2012, S. 362).

Wenn sich Jugendliche weitgehend stabilisiert haben, gewinnen Fragen der Integration, die berufliche Eingliederung und die Entwicklung von Perspektiven an Relevanz. Normative Entwicklungsaufgaben sollen, wenn möglich, wiederaufgenommen werden. Die Jugendlichen können und sollen nun vermehrt Eigenverantwortung übernehmen: „Was der Jugendliche selbst kann, soll er auch selbst tun“ (Winfried Ramb & Herbert Ernst Colla, 2012, S. 364). In der stabilen Phase vergrößert sich für gewöhnlich wieder der Aktivitäts- und Beziehungsraum der Jugendlichen. Diese Ressource kann genutzt werden. Durch das Beziehungsangebot der psychosozialen Fachkraft und das gegenseitig entstehende Vertrauen können Erfahrungen und Verhaltensweisen miteinander ausgewertet werden. Gesundheitliche Risiken sind aufzuzeigen. Immer noch wird der Umgang mit Belastung und Stress und den eigenen Grenzen thematisiert, aber auch die Auseinandersetzung mit den Grenzen der Anderen (ebd. S.364). In diesen Prozess soll das nahe Bezugssystem, wenn möglich, stärker eingebunden werden.

4.2 Förderliche Beziehungen stärken

Die Erkenntnis, dass Umweltfaktoren und damit auch Beziehungen der sozialen Umwelt sowohl einen protektiven wie auch einen risikobehafteten Einfluss auf die Vulnerabilität und vor allem auf den späteren Verlauf haben, wurde in den vorausgegangenen Kapiteln bereits beschrieben. Weiter wurde die Wichtigkeit sozialer Anerkennung durch Andere und die Übernahme von sozialen Rollen und Autonomie als wichtiger Schritt für eine gelingende „Identitätsentwicklung“ genannt.

Wenn Jugendliche und junge Erwachsene an einer psychischen Erkrankung wie Schizophrenie erkrankt sind, ist davon auszugehen, dass die soziale Einbettung schon in jungen Jahren stark reduziert ist. Vielleicht bestehen noch vereinzelt Beziehungen, aber auch diese Personen verfügen über begrenzte Ressourcen, um sie unterstützen zu können, oder tragen womöglich sogar zu einem Anstieg der Stressoren bei. Im Gegensatz dazu konnte in vielen Studien nachgewiesen werden, dass auch nur wenige positive Beziehungen zu einer Reduktion von Stress führen und auch bei chronisch kranken Personen zu mehr Wohlbefinden beitragen können (Rüesch & Neuenschwander, 2004, S. 10).

4.2.1 Netzwerkarbeit

Ein wichtiges Handlungsinstrument der Sozialen Arbeit ist die Netzwerkarbeit. Laut Michael Galuske (2013) bemüht sie sich, unzureichende und brüchige Netzwerke der Adressat*innen zu

stabilisieren und auszubauen. Vorhandene Potenziale innerhalb der Netzwerke werden dabei identifiziert und genutzt. Unter sozialer Netzwerkarbeit versteht Galuske (2013) ein sozialpädagogisches Handlungsmodell, welches auf „Methoden und Befunde der sozialen Netzwerkforschung durch Analyse, Nutzung, Gestaltung und Ausweitung des Beziehungsgeflechts der Klienten zu Personen, Gruppen und Institutionen auf eine Optimierung ihrer Unterstützungsnetzwerke und damit auf die Stärkung ihrer Selbsthilfepotentiale abzielt“ (S. 330).

Durch die Netzwerkarbeit können *Unterstützungsressourcen* mobilisiert werden. Dabei spielen laut den Angaben drei Typen von Netzwerken eine Rolle (Bullinger & Nowak, 1998; zit. in Galuske, 2013, S. 331–332):

- Die primären oder mikrosozialen Netzwerke, zu denen Familie, Freunde oder Nachbarn zählen.
- Die sekundären oder makrosozialen Netzwerke betreffen das institutionelle Netzwerk, welches das Alltagsleben der Betroffenen prägt, wie Schule, Freizeiteinrichtungen, betreutes Wohnen.
- Die tertiären oder mesosozialen Netzwerke, welche Subjekte mit Institutionen verbinden, beispielsweise Selbsthilfegruppen.

Nestmann (2001) betont, dass mit der Methode der Netzwerkarbeit ein Fokus weg von individuellen und familiären auf weitere soziale Strukturen gelegt wird, welche ebenfalls eine Rolle spielen (Nestmann; zit. in Hans Uwe Otto & Hans Thiersch, 2001, S. 1684). Gerade für Jugendliche im Ablösungsprozess hat die konstruktive Erweiterung von unterstützenden Netzwerken eine zentrale Bedeutung. Gemäß Rüesch & Neuenschwander (2004) sind dabei verschiedene Unterstützungsformen wirksam: Emotionale Unterstützung erzeugt ein Gefühl von Vertrauen, des Geliebtwerdens und von Wertschätzung oder auch Anerkennung. Die instrumentelle Unterstützung bezieht sich auf konkrete Formen der Hilfe wie beispielweise Beratungen oder finanzielle Unterstützung (S. 12).

4.2.2 Analyse von sozialen Netzwerken

Bei der Erfassung eines sozialen Netzwerkes steht der oder die Adressat*in grundsätzlich im Zentrum der Betrachtungen. Es handelt sich in diesem Fall um eine egozentrierte Netzwerkarbeit. Das Beziehungssystem ist durch bestimmte Merkmale charakterisiert. Wird nach strukturellen Merkmalen gefragt, zeigt sich die Menge an engen oder losen Beziehungen im System. Wird nach der *Qualität* der Kontakte und deren *Funktion* gefragt, wird sichtbar, wer in welcher Weise unterstützen kann oder wer aus welchen Gründen eher eine Belastung darstellt. Von zentraler

Bedeutung sind nicht nur die objektiven Massstäbe, sondern auch die subjektiven Wahrnehmungen vorhandener sozialer Unterstützung (Anette Kupfer & Frank Nestmann, 2016, S. 97).

Ein Instrument zur Analyse sozialer Netzwerke im Allgemeinen stellt die egozentrierte Netzwerkkarte dar. Diese kann auf unkomplizierte Weise gemeinsam mit dem Adressaten oder der Adressatin erarbeitet werden. In dieser Karte werden vor allem subjektiv bedeutsame und weniger bedeutsame Personen und Beziehungsgeflechte untereinander und aus verschiedenen Lebensbereichen veranschaulicht. Bei der Erarbeitung dieser Karte wird vor allem der Ist-Zustand erfasst, doch für die sozialpädagogische Begleitung und als Interventionsgrundlage ist auch von Bedeutung, wie die Person ihre Lebenslage einschätzt und welche persönlichen Geschichten und Deutungen sich dahinter verbergen (Galuske, 2013, S. 337).

Im gemeinsamen Gespräch während der Erstellung der Karte können, solche Aspekte herausgeschält werden. Auch die Adressat*innen begeben sich in dieser Weise in eine Auseinandersetzung mit sich und der Beschaffenheit des Beziehungsgefüges. Es findet ein Bewusstseinsprozess statt, welcher nicht nur für die sozialpädagogischen Interventionen hilfreich sein kann, sondern darüber hinaus auch für die Betroffenen selbst. Beispielsweise werden selbstreflexive Prozesse angeregt oder es wird darüber nachgedacht, wie vernachlässigte Beziehungen wiederaufgebaut werden könnten. Solche Gespräche können zudem eine methodische Möglichkeit zur Beziehungsarbeit zwischen dem Adressaten oder der Adressatin und der Sozialpädagogischen Fachkraft darstellen (Johannes Herwig-Lempp, 2009, S. 214).

4.2.3 Interventionseben bestimmen

Gemäß Rüesch und Neuenschwander (2004) sollen Netzwerkinderventionen in erster Linie Hilfspotentiale im sozialen Netzwerk anregen und fördern (S. 16). Daraus können verschiedene Interventionsebenen hervorgehen:

- Auf das Individuum bezogene Interventionen, beispielsweise die Förderung von sozialer Kompetenz
- Angehörigenbezogene Interventionen, beispielsweise bei der Unterstützung/Entlastung der Angehörigen
- Interventionen im weiteren sozialen Netzwerk als Form von Erweiterung/Veränderung oder Ersetzen des sozialen Netzwerkes

Gemäß Pankoke (1997) ist das Modell der sozialen Netzwerkarbeit darauf ausgerichtet, den pädagogischen Blick zu sensibilisieren, um Probleme, aber auch Stärken in den Lebensfeldern zu identifizieren, zu fördern und anzuregen (Pankoke, 1997; zit. in Galuske, 2013, S. 339).

4.3 Mit Angehörigen zusammenarbeiten

In der Literatur wird besonders auf die Bedeutung und die Rolle der Familie der Betroffenen eingegangen. Auch bildet die Arbeit mit den Angehörigen einen wichtigen Bestandteil der therapeutischen Arbeit im psychiatrischen sowie im rehabilitativen Kontext (Zarotti & Lehmann, 2012, S. 380). Im psychiatrischen Behandlungssetting haben Formen der Psychoedukation mit Angehörigen, verhaltenstherapeutische Familienarbeit sowie auf dem expressed-emotion-Modell basierende Ansätze und Methoden in den letzten Jahren einen Aufschwung erfahren. Ebenfalls haben die systemische und die psychodynamische Familientherapie an Bedeutung gewonnen (Günter Reich 2014, S. 225).

4.3.1 Stärkung der Funktionen der Familie

Auch für die Sozialpädagogische Arbeit stellt sich die Frage, wie die Zusammenarbeit mit Eltern und Angehörigen gestaltet wird und anhand welcher Interventionen die Familie in ihren verschiedenen Funktionen gestärkt werden kann. Ob die Adressaten geografisch getrennt von ihren Eltern leben oder ob sie nach einer stationären Behandlung heimkehren; in vielen Fällen gehören sie und weitere Angehörige immer noch zu einem der wichtigsten Bezugssysteme für die Betroffenen (Helmut Pauls, 2013, S. 339). Dabei sind Familien nicht nur enormen Belastungen ausgesetzt, sondern übernehmen auch wichtige Aufgaben. Dazu gehören Betreuungsaufgaben wie die Alltagsbegleitung, die Versorgung sowie das Handeln in Krisensituationen (Pauls, 2013, S. 340). Meist übernehmen sie auch emotionale Unterstützung und vermitteln Sicherheit in Krisen. Darüber hinaus haben sie eine bedeutsame Funktion als kontrollierende Instanz, die Forderungen und Erwartungen an die Betroffenen stellt, beispielsweise wenn es um die Aufnahme einer Ausbildung geht (Zarotti & Lehmann, 2012, S.380). Auch Pauls (2013) würdigt die Leistungen der Angehörigen in diesem Zusammenhang. die meist auch mit enormen psychischen, sozialen und materiellen Benachteiligungen einhergehen (S. 339). Dabei verweist er auf die Wichtigkeit einer Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Professionellen.

4.3.2 Aspekte für eine gelingende Zusammenarbeit

Gemäss Pauls (2013) bedeutet Familienpflege, dass die Familie als Unterstützung in der Behandlung gesehen und nicht von Hypothesen über die familiären Dysfunktionen überfrachtet wird. Allerdings verweist er auch darauf, dass eine „Komplizenschaft“ zwischen den Angehörigen und Helfern über den Kopf der Klientel in jedem Falle vermieden werden muss. Gerade bei Adressat*innen, welche das Alter der Volljährigkeit erreicht haben und nicht bereit

sind, Angehörige in den Prozess miteinzubinden, muss dies nur schon aufgrund der rechtlichen Aspekte und der damit verbundenen Schweigepflicht so akzeptiert werden (S. 340– 341). Allerdings meint Finzen (2011) in diesem Zusammenhang, dass Professionelle Gefahr laufen, sich zu schnell auf ihre Schweigepflicht zu berufen und die Familie mit ihren berechtigten Anliegen und Fragen auszuklammern. Diesbezüglich stellt es auch eine wichtige Aufgabe dar, zusammen mit den Adressat*innen in einem gemeinsamen kooperativen Prozess auszuhandeln, wie stark das familiäre System in den Hilfeprozess einbezogen werden kann und darf. Dabei sind Abgrenzungswünsche immer zu berücksichtigen. Es gehört jedoch auch zur pädagogischen Aufgabe, den Jugendlichen aufzuzeigen, dass quasi ein moralischer Anspruch zwischen den Familienmitgliedern besteht, besonders dann, wenn das Verhältnis von gegenseitiger Fürsorge geprägt ist und auch in materieller Hinsicht Hilfeleistungen bereitgestellt werden (Finzen, 2011, S. 171–174).

4.3.3 Ziele und Massnahmen

Es ist vor allem die erhöhte Sensibilität der Betroffenen, die zu einer hohen Verunsicherung führt, wenn Hilfen nicht aufeinander abgestimmt werden oder unterschiedliche Haltungen bezüglich der Ziele und Lösungsansätze vorhanden sind (Zarotti & Lehmann, 2012, S. 379). Auf diesen Aspekt wurde bereits im Abschnitt zu den Grundprinzipien in der therapeutischen Arbeit verwiesen. Was in diesem Zusammenhang von Hammer & Plöbl (2015) an Anlehnung an Ciompi als „Abstimmung und Priorisierung gemeinsamer Ziele“ aufgeführt wird, bestätigen auch Zarotti & Lehmann (2012) in ähnlicher Weise. Sie erachten es als wichtig, dass Eltern nicht bloß informiert werden, sondern Aushandlungsprozesse bezüglich Zielen und Maßnahmen einer Intervention vorrausgehen. Gemeint sind damit Fragestellungen rund um Themen wie die Wiederaufnahme der Schule, einer Ausbildung oder die Eingliederung in eine Arbeit. Dabei ist es im Angesicht der Situation oft normal, dass sowohl Ängste und Sorgen oder ein Gefühlsdurcheinander bestehend aus Trauer, Wut und Schuldgefühlen bis hin zu einer Ablehnung ihres kranken Angehörigen ebenfalls im hohen Masse berücksichtigt werden müssen (Zarotti & Lehmann S. 379- 380). Insofern geht es in der Arbeit mit Familien und in der Beratung neben der Abstimmung von Zielen und der Motivation für die Zusammenarbeit auch um weitere wichtige Aspekte, die von Zarotti und Lehman aufgeführt werden:

- Offene und transparente Information über Befunde und die mögliche Diagnose (Psychoedukation)
- Coaching der Angehörigen im Umgang mit ihrem erkrankten Kind
- Förderung der kongruenten Kommunikation und der gemeinsamen sozialen Problemlösekompetenz der Familien

- Vermitteln von Perspektiven und Aufzeigen von unterstützenden Massnahmen durch Familie und Umgebung
- Allenfalls Trauerarbeit bei chronischen Verläufen oder solchen mit starken Residualsymptomen und starkem kognitivem Abbau.

4.3.4 Veränderungen anstoßen.

Gemäss Pauls (2013) sind es vor allem Generationenkonflikte sowie Ablösungsprobleme Jugendlicher, aber auch Schwierigkeiten und Konflikte, die zu einer existentiellen Herausforderung im System werden können (S. 280). Sie erfordern manchmal eine effektive und rasche Veränderung, um beispielsweise eine „blockierte Autonomie zu provozieren“ (Haselmann, 2008, S. 335). Damit sei noch einmal auf die Ansätze der systemischen Beratung zurückzukommen. Methoden und Gesprächstechniken aus der systemischen Therapie wie beispielsweise das Spiegeln, das Vornehmen von Umdeutungen, paradoxe Interventionen oder Verstörungen des Systems beziehen sich dabei mehr auf Muster, Relationen und Formen der Interaktion und der Kommunikation untereinander (Haselmann, 2008, S.356). Dabei werden Lösungen und die Aktivierung der im System vorhandenen Ressourcen angestrebt. Hierbei wird der Beschaffenheit von Problemen und der Rekonstruktion der gewachsenen Sorgen eher wenig Raum eingeräumt. Vielmehr geht es darum, den aktuellen Handlungs- und Verstehensspielraum auf die verschiedenen Partner zu erweitern (ebd.).

4.4 Übergänge begleiten

Eine Studie durch das Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien in der Schweiz BRASS (2016) zeigte, dass eine Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen vor allem dann funktioniert, wenn bei allen eine Sensibilisierung hergestellt wird und Fachkompetenzen über den jeweiligen Bereich heraus aufgebaut werden (BRASS, 2016, S. 16). Dies schafft die nötige Grundlage dafür, in besonderen Situationen frühzeitig reagieren zu können. Das Wissen beispielsweise über Frühsymptome, aber auch die Vernetzung in der Versorgungslandschaft ermöglicht, dass bei einem drohenden Rückfall der Übergang in eine spezialisierte Behandlung unmittelbar folgen kann.

Wie im Kapitel zu der Schnittstellenproblematik erwähnt, gilt dies auch für die Übergänge zwischen einem psychiatrischen Setting, beispielsweise einem stationären Aufenthalt, und den Rehabilitationsprogrammen wie z.B. einer Arbeitsintegrationsstelle. Damit die psychosebetroffenen Jugendlichen in ihrem Versuch, sich neu zu orientieren, nicht an den zwar „gut gemeinten“, aber unwirksamen pädagogischen Konzepten scheitern, müssen auch in diesem Bereich Schnittstellen geschaffen und Wissen erarbeitet werden. Dies geschieht beispielsweise, indem psychiatrisches Wissen auch in den rehabilitativen Kontext übersetzt wird (Baer & Fasel,

2009, S. 358). Gemäss Baer & Fasel (2009) sollte eine wirksame berufliche Unterstützung junger Menschen nach einer Psychose interdisziplinär und langfristig gestaltet werden (S. 346). Darum ist es wichtig, dass die Bemühungen einer zuständigen Person, beispielweise der Bezugsperson eines betreuten Wohnens, dahingehend stattfinden, dass sowohl psychiatrische wie auch Fachpersonen der beruflichen Eingliederung und Angehörige in die Planung miteinbezogen werden können.

4.4.1 Voraussetzungen für eine gelingende berufliche Eingliederung

Gemäss Baer & Fasel (2009) ist bei psychosebetroffenen Jugendlichen eine ambivalente Beziehung zur Aufnahme einer Arbeit oder Ausbildung typisch (S. 348). In den meisten Fällen sind sie gefangen zwischen „arbeiten wollen“ und dem Gefühl „den Anforderungen am Arbeitsplatz nicht mehr gewachsen“ zu sein, sowie negativen Reaktionen von Anderen ausgesetzt zu werden (Stuart, 2006; zit. in Baer & Fasel, 2009, S. 348). Dies führt zu einer Handlungsunfähigkeit und dem Vermeiden einer aktiven Stellensuche. Trotzdem ist bei den meisten Rehabilitations-programmen der Arbeitswille das entscheidende Kriterium, um Massnahmen der beruflichen Eingliederung anzubieten (Baer & Fasel, 2009, S. 348- 349).

Vieles spricht dafür, dass der Erfolg der beruflichen Eingliederung bei den Jugendlichen stark vom Selbstwertgefühl und dem Selbstvertrauen abhängt (ebd). Dabei muss darauf geachtet werden, Forderungen und Erwartungen bezüglich einer beruflichen Eingliederung nicht zu früh an die Jugendlichen zu stellen. Vielmehr geht es darum, einen subjektiven Zugang zu den Jugendlichen zu schaffen (Baer & Fasel, 2009, S. 357). Insofern können Motive und Ängste ergründet und auf dieser Basis vorerst ein positives Selbstbild und Selbstbewusstsein aufgebaut werden. Dies bedeutet aber nicht, dass Defizite der Funktionseinschränkungen bagatellisiert oder ausgeblendet werden sollen, vielmehr ist es Aufgabe zum Beispiel einer Bezugsperson, Massnahmen zu ergreifen, damit Jugendliche über ihre Möglichkeiten und Einschränkungen, eine ehrliche und konkrete Beratung erhalten (ebd.) Dies ist womöglich auch die Voraussetzung dafür, dass Jugendliche befähigt werden, Defizite in das eigene Selbstbild zu integrieren und eine realistische Einschätzung ihrer Lage vorzunehmen. .

4.4.2 Supported- Employment

Eine Möglichkeit, auf welche in der Literatur immer wieder verwiesen wird, ist die Implementierung eines Supported Employment in die bestehenden sozialen Sicherungssysteme. Gemäss der Definition durch die European Union of Supported Employment EUSE (2007) bezeichnet der Begriff die „Unterstützung von Menschen mit Behinderung oder von anderen benachteiligten Gruppen beim Erlangen und Erhalten von bezahlter Arbeit in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarkts“ (EUSE, 2007; zit. in Daniel Schaufelberger, 2013, S. 20). Auch Menschen mit einer schweren psychiatrischen Diagnose sollen somit die Möglichkeit erhalten,

im ersten Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Dabei wird die Person längerfristig und über mehrere Eingliederungsphasen durch einen Job Coach unterstützt. In den meisten Fällen wird ein Supported Employment über die IV finanziert. Es gibt allerdings auch andere Wege, beispielsweise über die AHV, welche das Verfahren unterstützt (Schaufelberger, 2013, S. 58 – 59).

Im Umfang dieser Arbeit ist es nicht möglich, genauer auf die strukturelle und konzeptuelle Ausrichtung des Supported Employment einzugehen. Für eine umfangreichere Auseinandersetzung sei darum auf Schaufelberger (2013) verwiesen. Das Konzept stellt sicherlich eine interessante Perspektive dar, um jungen Menschen das Recht auf berufliche Teilhabe trotz psychischer Behinderung zu eröffnen. Gerade auch bei Schwierigkeiten bei den Übergängen von der Schule in eine Ausbildung sowie von einer Ausbildung in den Berufsalltag hat das Supported Employment mit der Möglichkeit einer Supported Education, der „begleiteten Lehre“, einiges zu bieten.

Es zeigt sich, dass Fachpersonen in einem sozialpädagogischen Kontext, welche mit psychisch erkrankten Jugendlichen arbeiten, nicht alle Aufgaben übernehmen können, die zu einer gelingenden beruflichen und sozialen Integration führen können. Im Rahmen einer integrierten Behandlung oder Rehabilitation nimmt die Begleitung und Koordination einer kontinuierlichen Bezugsperson jedoch einen wichtigen Stellenwert ein, wenn es darum geht, Schnittstellen zu verbinden und Zugangshürden zu verringern, nur schon über das Fachwissen der bestehenden Versorgungslandschaft oder die Sozialgesetze. Zudem haben sozialpädagogische Fachpersonen durch die intensive Bezugspersonenarbeit die Möglichkeit, mittels eines subjektiven Zugangs zu Betroffenen auf der Basis einer guten Beziehung mit den Jugendlichen direkt zu arbeiten.

5 FAZIT

Im Folgenden sollen die vier Teile dieser Arbeit zusammengefasst werden. Die wichtigsten Punkte der einzelnen Kapitel zu den drei grundsätzlichen Fragestellungen in der Einleitung sollen nochmals aufgegriffen und miteinander verbunden werden.

In der vorliegenden Arbeit wurde zunächst versucht, schizophrene Erkrankungen in ihrer Regelmäßigkeit zu begreifen und darzustellen. Es wurde nach dem allgemeinen Bild gefragt, welches die Schizophrenie im Kern ausmacht und ermöglicht, sie von anderen psychischen Krankheiten abzugrenzen.

In der eingehenden Beschäftigung mit der Literatur über das schizophrene Krankheitsbild wurde der Verfasserin die eindruckliche Menge an verschiedenen Symptomen aufgezeigt. Eine Auseinandersetzung damit könnte grenzenlos sein und musste für diese Arbeit stark eingegrenzt werden. Eine alleinige Beschreibung der Anzeichen einer Erkrankung wird den Betroffenen vermutlich nicht gerecht. Denn die Symptome zeugen von den Erlebensweisen und dem Kampf der Betroffenen im Ringen um Autonomie, besonders dann, wenn die Ich-Grenze zwischen Betroffenen und Umwelt bedrohlich durchlässig werden. Auch der Verlauf der Schizophrenie kann nur durch eine verblüffende Heterogenität und Dynamik charakterisiert werden.

Das Spektrum zwischen einmaligen oder vorübergehenden Episoden, mehrmaligen oder chronifizierten Formen bis zu verbleibenden Residualsymptomen ist riesig. - Eine Psychose zu haben bedeutet, dass alles möglich ist und der Verlauf ein offener ist! Im Ersten Kapitel dieser Arbeit war es das Ziel herauszufinden, welche Ursachen und Gründe einer schizophrenen Krankheit zugrunde liegen. Erklärungen dafür sollten stets differenziert betrachtet werden. Eine einfache Auslegung gibt es dazu nicht. Viele Hypothesen der verschiedenen Forschungsrichtungen mussten im Verlaufe der Zeit wieder verworfen oder modifiziert werden – durchgesetzt hat sich ein Modell, welches sowohl biologische, psychodynamische als auch soziale Aspekte in ihrem Zusammenwirken begreift und in deren Zentrum das Individuum mit seiner biografischen Geschichte steht.

Doch welche Bedeutung hat eine psychische Erkrankung wie die Schizophrenie für das Leben der Einzelnen? Dies kann womöglich nicht verallgemeinernd, sondern nur individuell beantwortet werden. Allem Anschein nach beeinträchtigt einen Ausbruch der Erkrankung die jungen Menschen erheblich in ihrem Alltagserleben. Den Betroffenen, aber auch ihrem Umfeld stellen sich große Herausforderungen, welche es zu bewältigen gilt. Die Gleichzeitigkeit von Abhängigkeit (zu den unmittelbaren Bezugspersonen) und dem Bedürfnis nach Autonomie, die unterschiedlichen Phasen der Krankheit und die damit einhergehenden wechselnden

Bedarflagen, der phasenhafte Rückzug in die eigene innere Welt der Psychose, und der Verlust von Identifikationspersonen im weiteren sozialen Netzwerk, erschweren eine gelingende Identitätsentwicklung. Doch auch die Beschaffenheit sowie die Reaktionen der sozialen Umwelt spielen diesbezüglich eine Rolle. Vorurteile und Stigmatisierungen im Umfeld, Verunsicherungen und verstärkte Kontrolle der Angehörigen, erschwerte Zugänge zu den Versorgungssystemen und geringe Kontinuität der Behandlung und Hilfeleistungen sowie fehlende Chancen einer Arbeit nachzukommen, können die weitere Entwicklung ebenso beeinträchtigen. Damit drohen Entwicklungskrisen, welche sich auch auf den weiteren Verlauf ungünstig auswirken können. Die Soziale Eingebundenheit ist längerfristig gefährdet.

Die Sozialpädagogik interessiert sich -wie die Psychiatrie für die menschlichen Entwicklungsprozesse. Dabei bewegt sie sich an der Schnittstelle zwischen dem Individuum und seiner Lebenswelt, vorallem in ihrem Alltag. Ihre Arbeitsfelder sind vielfältig, und sie bedient sich verschiedener Konzepte und Methoden, welche situativ eingesetzt werden. Sie arbeitet an den Schnittstellen, zusammen mit anderen Berufsgruppen und erschließt neue Räume und Handlungsmöglichkeiten. Dies macht die Arbeit komplex und vielschichtig. Aus diesem Grund scheinen Rahmenkonzepte wichtig zu sein.

Die Orientierung am Subjekt ist vorallem für die Beziehungsgestaltung zentral. Dieser Blickwinkel soll den Dialog über die subjektive Bedeutsamkeit von Verhalten oder auch Krankheit fördern. Individuelles Bewältigungsbemühen soll mit Respekt begegnet werden. Dies ist die Basis, dass die bestehende Situation integriert werden kann und Identitätsprozesse angeregt und gestärkt werden können.

Auch die Lebenswelt- und Alltagsorientierung stellt das subjektive Bewältigungsbemühen ins Zentrum der Betrachtung. Doch zusätzlich richtet sie den Fokus auf die Strukturen des Alltags der Adressat*innen, berücksichtigt die Rahmenbedingungen und die sozialen Netzwerke und sucht gemeinsam mit Ihnen nach Möglichkeiten, diese zu erweitern. Gerade in der Arbeit mit Jugendlichen, die von einer psychischen Behinderung betroffen sind, ist es bedeutsam, den Blick auf die Ressourcen und Möglichkeiten zu richten. Eine systemisch Lösungsorientierte Haltung ist die Basis, um rasche Veränderungen anzustoßen und wegzukommen von der individuellen und subjektiven Problemdeutung.

Psychosen sind häufig eine Grenzerfahrung, welche nicht nur die Betroffenen, sondern auch die Angehörigen und die Fachkräfte stark verunsichern. Um eine Beziehung herzustellen oder aufrecht zu erhalten, sind Ziele und Massnahmen stets flexibel zu halten. Die pädagogische Fachkraft wechselt ihre Rolle regelmäßig, indem sie unterstützt, kompensiert, begleitet,

entschleunigt, fordert, moderiert... Trotzdem folgt sie einem Plan, und vermittelt Ruhe und Sicherheit. Das psychiatrische Wissen hilft, die Dynamik und die Besonderheiten der Erkrankung zu verstehen und im Alltag zu erkennen. Mit den betroffenen jungen Menschen kann das Wissen geteilt und thematisiert werden. Daraufhin können gemeinsam Wege erarbeitet werden, damit die Adressat*innen irgendwann einen Umgang mit ihrer Erkrankung finden.

Das letzte Kapitel befasste sich mit Interventionen und Ansätze der Sozialpädagogik, um Jugendliche in ihrer Identitätsentwicklung zu unterstützen. In Anbetracht der Lektüre und in der Auseinandersetzung mit dem Thema Schizophrenie zeigte sich, dass vorallem Massnahmen und Interventionen wirksam sind, welche eine Art Gegenpol zur Krankheit bilden. Das „Auseinanderfallen“ von Fühlen, Denken und Wollen, die Durchlässigkeit der Ich-Funktionen, der fehlende Kontakt zur Umwelt, die Verwirrungen und Verstrickungen im System, sowie die fehlenden Übergänge im Hilffsystem, erfordern eine Umgebung die durch Konstanz und Kontinuität sowie Klarheit geprägt ist. Die Interventionen zielen darauf ab, gemeinsam mit den Adressat*innen den Alltag neu zu ordnen, Tätigkeiten schrittweise wieder zu erlernen, brüchige Netze wieder zu stärken und die Schnittstellen im System zu verbinden.

Quellenverzeichnis

- Aderhold, Volkmar & Borst, Ulrike (2009). Viele Wege in die Psychose. Neue Empirie zur alten Hypothese von Vulnerabilität und Stress *Familiendynamik. Systemische Praxis und Forschung. Psychosen und Familiendynamik*, 34 (4), 370-385. Stuttgart: J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH. Gefunden unter https://www.klett-cotta.de/ausgabe/Familiendynamik_Heft_04_Oktober_2009/16357
- Baer, Niklas & Fasel, Tanja (2009). »Sie wäre so begabt« - Die Arbeitssituation von Menschen nach Psychosen. *Familiendynamik. Systemische Praxis und Forschung. Psychosen und Familiendynamik*, 34 (4), 346-359. Stuttgart: J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH. Gefunden unter https://www.klett-cotta.de/ausgabe/Familiendynamik_Heft_04_Oktober_2009/16357
- Bäumel, Josef (1994) *Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. ein Ratgeber für Patienten und Angehörige*. Berlin, Heidelberg: Springer – Verlag. DOI 10.1007/978-3-662-09597-3.
- Bock, Thomas (2017). *Eigensinn und Psychose: „Noncompliance“ als Chance* (6. Aufl.). Neumünster: Paranus-Verlag.
- Bock, Thomas & Heinz, Andreas (2016). *Psychosen: Ringen um Selbstverständlichkeit* (1. Aufl.). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Bock, Thomas, Klapheck, Kristin & Ruppelt, Friederike (2014). *Sinnsuche und Genesung: Erfahrungen und Forschungen zum subjektiven Sinn von Psychosen*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Bock, Thomas, Urban, Angela, Schulz, Gwen & Sielaff, Gyöngyver (2014). Antistigma-Arbeit und Prävention. In Benno Graf Schimmelmann & Franz Resch (Hrsg.), *Psychosen in der Adoleszenz. Entwicklungspsychopathologie, Früherkennung und Behandlung* (S. 185-202). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. ISBN 978-3-17-023878-7.
- Bondy, Brigitta (2008). *Was ist Schizophrenie? Ursachen, Verlauf, Behandlung* (4. Aufl.). München: Beck.
- Braun-Scharm Steinhausen & Hellmuth Hans-Christoph (2004). Behandlungsprobleme bei Kindern und Jugendlichen. In Wulf Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 425-456). Wiesbaden: Springer VS. DOI 10.1007 /978-3-642-18823-7.
- Lütjen, Reinhard (2014). Zum Verständnis und zur Verstehbarkeit von Psychosen. In Ariane Brensstell & Klaus Weber (Hrsg.), *Störungen* (4. Aufl., S. 33-63). Hamburg: Argument Verlag.
- Cassée, Kitty (2010). *Kompetenzorientierung: Eine Methodik für die Kinder- und Jugendhilfe: ein Praxisbuch mit Grundlagen, Instrumenten und Anwendungen* (2. überarb. Aufl.). Bern: Haupt.
- Ciampi, Luc (2019). *Affektlogik: Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung*. Heidelberg: Carl Auer Verlag. Gefunden unter <http://ebookcentral.proquest.com/lib/hslu-ebooks/detail.action?docID=5731583>
- Cullberg, Johan (2008). *Therapie der Psychosen: Ein interdisziplinärer Ansatz* (1. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Denner, Silvia (Hrsg.). (2008). *Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. [DGPPN]. (2019). *S3-Leitlinie Schizophrenie*. AWMF-Register Nr. 038-009. *Langfassung*. Publiziert bei AWM online. Gefunden unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009l_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf
- Dilling, Horst (2009). *Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Begriffe der Psychiatrie, der Psychotherapie und der seelischen Gesundheit, insbesondere auch des Missbrauchs psychopropoer Substanzen sowie der transkulturellen Psychiatrie* (Vollst. überarb. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber Hogreve AG.
- Du Bois, Reinmar (2004). „Wenn Helfer an ihre Grenzen stoßen. Eine Annäherung an den Umgang mit schwierigen Jugendlichen“. *Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie*, 22 (2), 4-6. Gefunden unter https://www.kerbe.info/files/Kerbe_ausgaben/Kerbe%20_2004.pdf
- Falkai, Peter, Schennach, Rebecca, Lincoln, Tanja, Schaub, Annette & Hasan, Alkomiet (2016). Schizophrene Psychosen. In Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux, & Hans-Peter Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (S. 1-92). Berlin Heidelberg: Springer. DOI 10.1007/978-3-642-45028-0_64-1.
- Fend, Helmut (2001). *Entwicklungspsychologie des Jugendalters: Ein Lehrbuch für pädagogische und psychologische Berufe*. Wiesbaden: Springer. ISBN 978-3-663-06721-4.
- Finzen, Asmus (2011). *Schizophrenie: Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Flammer, August (2017). *Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung* (5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Flammer, August (2002). Zentrale Entwicklungsprozesse in der Adoleszenz. [PiD]. *Psychotherapie im Dialog* (4), 318-322. Gefunden unter https://www.researchgate.net/profile/August_Flammer/publication/247467113_Zentrale_Entwicklungsprozesse_in_der_Adoleszenz/links/5eb2dfd545851523bd46af3f/Zentrale-Entwicklungsprozesse-in-der-Adoleszenz.pdf
- Galuske, Michael (2013). *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (10. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Haselmann, Sigrid (2010). Die neue Hilfeplanung in der Psychiatrie - Soziale Arbeit zwischen alten Spannungsfeldern und aktuellen Kontroversen. In Brigitta Michel-Schwartz (Hrsg.), *Methodenbuch Soziale Arbeit: Basiswissen für die Praxis* (2., überarb. Aufl., S. 231-278). Wiesbaden: Springer Fachmedien. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Haselmann, Sigrid (2008). *Psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie - systemisch oder subjektorientiert? Ein Lehrbuch*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. ISBN 978-3-525-49138-6.
- Haselmann, Sigrid (2015). Zur Diskussion der neuen Hilfeplanung mit Blick auf Praxiskulturen Sozialer Arbeit im Psychiatriebereich. In Margret Dörr (Hrsg.), *Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit* (S. 83-97). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Hammer, Matthias & Irmgard Plöbl (2012). *Irre verständlich: Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

- Hartwich, Peter & Grube, Michael (2015). *Psychotherapie bei Psychosen: Neuropsychodynamisches Handeln in Klinik und Praxis* (3., voll. überarb. Aufl.), Berlin, Heidelberg: Springer.
- Häfner, Heinz (2010). *Schizophrenie: Erkennen, verstehen, behandeln*. München: Beck.
- Hambrecht, Martin (2009). Junge Menschen und beginnende Psychose. *Familiendynamik. Frühe Psychosen und Familiendynamik* 34 (4) 324-332. Stuttgart: J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH gefunden unter https://www.klett-cotta.de/ausgabe/Familiendynamik_Heft_04_Oktober_2009/16357
- Herwig-Lempp, Johannes (2009). Ressourcen im Umfeld: Die VIP-Karte. In Brigitta Michel-Schwartz (Hrsg.), *Methodenbuch Soziale Arbeit. Basiswissen für die Praxis* (S. 207-226). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. VS ISBN 978-3-531-16163-1.
- Hurrelmann, Klaus & Bauer, Ullrich (2020). *Einführung in die Sozialisationstheorie das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung* (13. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Hochuli-Freund, Ursula & Stotz, Walter (2017). *Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit: Ein methodenintegratives Lehrbuch* (4. aktual. Aufl.). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Köckeritz, Christine (2004). *Entwicklungspsychologie für die Jugendhilfe: Eine Einführung in Entwicklungsprozesse, Risikofaktoren und Umsetzung in Praxisfeldern*. Weinheim, München: Juventa-Verlag.
- Kupfer, Anette & Nestmann, Frank (2016). Netzwerkintervention und soziale Unterstützung. In Frank Früchtel, Mischa Strassner & Christian Schwarzeloos (Hrsg.), *Relationale Sozialarbeit. Versammelnde, vernetzende und kooperative Hilfeformen* (S. 95-110). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Lincoln, Tanja (2014). Kognitiv-behaviorale Psychotherapie. In Benno G. Schimmelmann & Franz Resch (Hrsg.), *Psychosen in der Adoleszenz: Entwicklungspsychopathologie, Früherkennung und Behandlung* (S. 207-224) Stuttgart: W. Kohlhammer ISBN 978-3-17-023878-7.
- Lindemann, Holger (2018). *Systemisch-lösungsorientierte Gesprächsführung in Beratung, Coaching, Supervision und Therapie. Ein Lehr-, Lern- und Arbeitsbuch für Ausbildung und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Lütjen, Reinhard (2014). Zum Verständnis und zur Verstehbarkeit von Psychosen. In Ariane Brensell & Klaus Weber (Hrsg.), *Störungen* (4. Aufl., S. 33-63). Hamburg: Argument Verlag
- Möller, Hans-Jürgen (2015). Schizophrene Psychosen. In Hans Jürgen-Möller, Gerd Laux, Arno Deister (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (6. Aufl., S. 156-183). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Oerter, Rolf & Montana, Leo (1998). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlag Union.
- Obert, Klaus (2015). Alltags- und Lebensweltorientiertes Sozialpsychiatrisches Handeln aus Sicht der Sozialen Arbeit. In Margret Dörr (Hrsg.), *Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit* (S. 49– S.64). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

- Obert, Klaus (2004). Alltags- und lebensweltorientierte Sozialpsychiatrisches Handeln. In Wulf Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 293–319). Wiesbaden: Springer VS. DOI 10.1007/978-3-642-18823-7.
- Otto, Hans-Uwe & Thiersch, Hans (2001). *Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik*. Neuwid: Leuchthand.
- Pauls, Helmut (2013). *Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Pöhler-Ruhrmann, Dorothee (2008). Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) für psychisch kranke junge Menschen. In Silvia Denner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen* (S. 263–266). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ramb, Winfried & Ernst Colla, Herbert (2012). Menschliche Würde in der Lebensphase natürlicher Abhängigkeit – Jugendpsychiatrische und sozialpädagogische Aspekte. In Marc Schmid, Michael Tetzler, Katharina Rensch, Susanne Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 193-201). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. ISBN 978-3-647-40442-4.
- Reich, Günter (2014). Familientherapie. In Benno. G. Schimmelmann & Franz Resch (Hrsg.), *Psychosen in der Adoleszenz: Entwicklungspsychopathologie, Früherkennung und Behandlung* (S. 225-234). Stuttgart: W. Kohlhammer ISBN 978-3-17-023878-7.
- Reich, Günter & Klütsch, Verena (2014). Familiendynamik und juvenile Psychose. In Benno. G. Schimmelmann & Franz Resch (Hrsg.), *Psychosen in der Adoleszenz: Entwicklungspsychopathologie, Früherkennung und Behandlung* (S. 103-118). Stuttgart: W. Kohlhammer. ISBN 978-3-17-023878-7.
- Reinmann-Merse, Manuela (2008). Soziale Arbeit in einer stationären pädagogisch-therapeutischen Nachsorgeeinrichtung für psychisch kranke Jugendliche und junge Erwachsene. In Silvia Denner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen* (S. 125-138). Stuttgart: Kohlhammer.
- Resch, Franz (1998). *Zur präpsychotischen Persönlichkeitsentwicklung in der Adoleszenz*. In Psychotherapeut 98 (2). gefunden unter [file:///Users/admin/Downloads/Resch1998 Article ZurPr%C3%A4psychotischenPers%C3%B6nlichk.pdf](file:///Users/admin/Downloads/Resch1998%20Article%20ZurPr%C3%A4psychotischenPers%C3%B6nlichk.pdf)
- Resch, Franz & Friedrich, Max (1994). Entwicklungsdynamik und Auslöser bei Adoleszentenpsychosen. In Platz T., König P., Schubert H. (Hrsg.), *Brennpunkte der Schizophrenie* (S. 277-284). Wien: Springer-Verlag DOI: 10.1007/978-3-7091-9285-6.
- Roos, Ute (2008). Soziale Arbeit mit psychisch kranken jungen Menschen im stationären Rahmen medizinischer Rehabilitation. In Silvia Denner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen* (S. 177-1889). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ruf, Gerhard-Dieter (2014). *Schizophrenien und schizoaffektive Störung. Störungen systemisch behandeln*. Heidelberg: Carl Auer Systeme Verlag.
- Rüesch, Peter & Neuenschwander, Martin (2004). Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. In Wulf Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 7-20). Wiesbaden: Springer VS. DOI 10.1007/978-3-642-18823-7.

- Schwab, Peter (2011). Kohärenz- und Identitätsentwicklung durch biografische Arbeit mit kreativen Medien in der Adoleszenz. In Christina Hölle & Irma Jansen (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Biografearbeit Grundlagen – Zielgruppen – Kreative Methoden* (2.Aufl., S. 152-172). Wiesbaden: Springer Fachmedien VS. ISBN 978-3-531-17774-8
- Stange, Karl-Heinz (2015). Sozialpsychiatrie Heute und die Entwicklung der Sozialen Arbeit. In Margret Dörr (Hrsg.), *Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit* (S. 33-48). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Schauvelberger, Daniel (2013). *Supported Employment. Arbeitsintegration für Personen mit erschwertem Zugang zum Arbeitsmarkt*. Luzern: Interact. ISBN 978-3-906036-09-0.
- Schimmelmann, Benno. G. & Resch, Franz (Hrsg.). (2014). *Psychosen in der Adoleszenz: Entwicklungspsychopathologie, Früherkennung und Behandlung* Stuttgart: W. Kohlhammer ISBN 978-3-17-023878-7.
- Schmid, Marc (2012). Forschung an der Schnittstelle von Psychiatrie und Sozialpädagogik In Marc Schmid, Michael Tetzer, Katharina Rensch, Susanne Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 110-127). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. ISBN 9783647404424.
- Sommerfeld, Peter & Franz Hierlemann (2004). Soziale Arbeit in der Psychiatrie und im Rehabilitationsprozess. In Wulf Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 326-332). Wiesbaden: Springer VS. DOI 10.1007 /978-3-642-18823-7.
- Stelling, Kisten, Kuhn, Katharina, Riedel-Heller, Steffi & Jungbauer, Johannes (2009). *Entwicklungsprobleme bei jungen Erwachsenen mit einer psychischen Erkrankung: Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. Psychiatrische Praxis* 36 (03), 119-124. Gefunden unter <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067572>
- Stange, Karlheinz (2015). Sozialpsychiatrie Heute und die Entwicklung der Sozialen Arbeit. In Margret Dörr (Hrsg.), *Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit* (S. 33 -48). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Stohler, Rudolf (2004). Behandlungsprobleme bei Dual- und Drogenpatienten. In Wulf Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 527–531). Wiesbaden: Springer VS. DOI 10.1007 /978-3-642-18823-7.
- Tetzer, Michael (2012). Sozialpädagogische Theorieperspektiven und der Capabilities Approach. In Marc Schmid, Michael Tetzer, Katharina Rensch, Susanne Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 58–77). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. ISBN 9783647404424.
- Uhlmann, Christiane (2014). Der Sinn der Krise - auch für die Familie?. In Thomas Bock, Kristin Klapheck & Friederike Ruppelt (Hrsg.), *Sinnsuche und Genesung: Erfahrungen und Forschungen zum subjektiven Sinn von Psychosen* (S.125-130). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Vauth, Roland & Riecher-Rössler, Anita (2004). Behandlungsprobleme bei schizophrenen Störungen. In Wulf Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 532-546). Wiesbaden: Springer VS. DOI 10.1007 /978-3-642-18823-7.
- Wälte, Dieter, Borg-Laufs, Michael & Brückner, Burkhart (2019). *Psychologische Grundlagen der Sozialen Arbeit* (2., überarb. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer.

- Westenfelder, Nicole (Moderatorin). (2018, 29. April). *Chance «Home Treatment» Hilfe für die Psyche – zuhause statt in der Klinik. SRF Sendung Puls*. [Fernsehsendung]. Zürich: Srf. Gefunden unter <https://www.srf.ch/news/schweiz/chance-home-treatment-hilfe-fuer-die-psyche-zuhause-statt-in-der-klinik>
- Richter, Dirk (2018). Inklusive, Exkursion und Integration: Schlüsselkonzepte für die psychiatrische (Arbeit-) Rehabilitation. In Wolfram Kawohl & Wulf Rössler (Hrsg.), *Arbeit und Psyche. Grundlagen, Therapie, Rehabilitation, Prävention*. Ein Handbuch (S. 102–111). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Zarotti Gianni & Lehmann, Philipp (2012). Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis im Kindes- und Jugendalter. In Marc Schmid, Michael Tetzler, Katharina Rensch, Susanne Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 352-368). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. ISBN 9783647404424.
- Zürcher Erstpsychosen Netzwerk [ZEN] (2020). *Psychiatrische Universitätsklinik Zürich Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Zentrum für Soziale Psychiatrie*. Zürich: Autor. Gefunden unter https://www.pukzh.ch/default/assets/File/A200250_00_puk_fs_zen_WEB_20200527.pdf