

Diakonischer Grundkurs	Diakonie  Diakonische Arbeitsgemeinschaft evangelischer Kirchen
2008 bis 2010	

Diakonischer Grundkurs

In der Tat ankommen

Harald Sadowski, Frieder Niestrat

**Studienbrief 8: „Psychische Erkrankungen im Kontext von Familie und
Gemeinde: Psychosen – Schwerpunkt Schizophrenie“**

Vorbemerkung zu den Studienbriefen des Diakonischen Grundkurses der Diakonischen Arbeitsgemeinschaft evangelischer Kirchen (DA)

A. Theologische Prägung

Die Studienbriefe spiegeln die Vielfalt der in der Diakonischen Arbeitsgemeinschaft evangelischer Kirchen (DA) zusammengeschlossenen Kirchen wider. Daher kann der jeweilige theologische sowie gemeindliche und kirchliche Hintergrund der Verfasser in den Studienbriefen zum Ausdruck kommen.

B. Verwendungszweck

Die Studienbriefe werden nur an die Teilnehmenden des Diakonischen Grundkurses der DA abgegeben. Sie sind als Unterrichtsmaterial zum Selbststudium im Rahmen des Diakonischen Grundkurses bestimmt. Es bedarf der Ergänzung durch regelmäßige Gespräche, auch Erläuterungen, im Rahmen der Seminare.

Die Studienbriefe unterliegen dem Urheberrecht. Sie dürfen nur mit schriftlicher Zustimmung der DA vervielfältigt oder weiterverwendet werden.

C. Hinweise zu den Aufgaben durch die Kursteilnehmenden

Die Inhalte der Studienbriefe und die jeweilige Pflichtlektüre bilden die Grundlage für das Gespräch der Kursteilnehmenden in Kleingruppen im nächsten Basiskurs.

Die Fragen zur schriftlichen Beantwortung ...

- ... sollten Sie pro Studienbrief in **maximal zwei Stunden Zeit** auf maximal zwei Seiten beantworten!
- ... sollten Sie ca. zehn Tage vor Beginn des nächsten Kurses an Ihre/n zuständige/n Tutorin/ Tutor schicken.
- ... werden nicht benotet, bewertet, korrigiert. Die Inhalte werden auch nicht öffentlich in der Gesprächsgruppe mit Namensnennung bekannt gegeben und diskutiert. Es sind keine Prüfungsfragen!

- ... dienen dazu, Ihre Gedanken zum Studienbrief zu bündeln oder weiterzuführen.
 - ... dienen der/ dem Tutorin/ Tutor als Anhaltspunkt für das Rundgespräch in den Kleingruppen.
 - ... werden Ihnen in der Gesprächsgruppe wieder zurückgegeben zum Verbleib bei Ihnen und werden nicht archiviert oder kopiert.
- Sollten Sie Rückfragen in der Auseinandersetzung mit den Studienbriefen haben, können Sie gerne Kontakt zu Ihrer/Ihrem Tutorin/ Tutor aufnehmen. Der E-Mail-Weg bietet sich hier als beste Möglichkeit an.
- Sollten Sie es zeitlich nicht schaffen, die Fragen zu beantworten, teilen Sie dies doch bitte Ihrer/Ihrem Tutorin/ Tutor vorher per Mail mit.

Diakonische Arbeitsgemeinschaft evangelischer Kirchen (DA)

Geschäftsstelle

Reichensteiner Weg 24

14195 Berlin

Postfach 33 02 20

14172 Berlin

Telefon: (030) 83 001 320

Telefax: (030) 83 001 8320

Internet: www.daek.de

(DGK der DA 2008-2010)

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
Beschreibung des Lernziels	6
Psychosen	6
Schizophrenie	7
Krankheitsursache	10
Wirkungsweise von Medikamenten	12
Symptome	14
Verlaufsformen	15
Umgang mit Betroffenen	17
Drei Thesen zur Bündelung	18
Vier Fragen zur schriftlichen Beantwortung	19
Exkurs: Psychose und Sucht	21
Ruhe im Kopfkino	21
Eigene kurze Stellungnahme – Fazit	24
Pflichtlektüre	24
Weiterführende Literatur	25

„Psychische Erkrankungen im Kontext von Familie und Gemeinde: Psychosen – Schwerpunkt Schizophrenie“

„Psychisch Kranke sind Menschen.

Die Krankheit ist Teil ihrer Biografie. Aber sie sind nicht nur Kranke. Sie haben ein Leben jenseits der Krankheit -- davor, danach, daneben.“

Prof. Dr. Asmus Finzen, Basel

Einleitung

„Die meisten Menschen wissen wenig über Schizophrenie – und wenn sie etwas wissen, ist es häufig falsch....“ So beginnt ein Ratgeber für Patienten und Angehörige seine Information über diese Erkrankung. Psychosen sind die psychischen Erkrankungen, die wenig verstehbar, bizarr und damit beunruhigend ungreifbar bleiben, dadurch werden sie interessant für Spielfilme, für Talkshows, aber auch manche Witzeleien, mit denen wir solchen Phänomenen gerne begegnen. Da psychotische Erkrankungen jedoch im gesellschaftlichen und gemeindlichen Kontext vorkommen, haben die meisten Gemeinden damit direkt zu tun, da das Leiden der Betroffenen und der Angehörigen extrem hoch ist, erscheint eine Beschäftigung mit dem Thema wichtig zu sein. Daher ist es wichtig sein Wissen zu steigern, um ein besseres Verstehen und Umgehen mit diesen Menschen zu finden. Psychotisch zu werden, bedeutet vorübergehend aus der Realität auszusteigen, sie verändert wahrzunehmen und zu verarbeiten. Es ist ein Schutzmechanismus des Körpers und damit auch schon eine Form der Verarbeitung.

Vorrangig werden die Sinneswahrnehmungen „eigensinnig“ und das Denken sprunghaft assoziativ (schizophrene Psychosen). Oder diese Veränderungen sind eher Ausdruck starker Schwankungen von Stimmung und Antrieb (affektive Psychose) – in eine meist depressive Richtung (unipolar) oder in beide, manisch-depressive Richtungen

(bipolar).

An Psychosen Erkrankte haben nicht mehrere Persönlichkeiten, es ist nicht ein unheilbarer fortschreitender, zum geistigen Abbau oder zur Persönlichkeitszerstörung führender Prozess.

Für die Schizophrenie gilt entgegen vieler Meinungen, es ist keine Seelenspaltung und an Schizophrenie Erkrankte sind nicht unberechenbar und gefährlich. Menschen mit dieser Erkrankung sind nicht grundsätzlich unzurechnungsfähig und die Krankheit ist nicht ansteckend.

Beschreibung des Lernziels



1. Psychische Erkrankungen sind Äußerungen und Schutzmaßnahmen des Menschen, die wir verstehen sollten.
2. Psychosekranken Menschen sind und bleiben Menschen.
3. Ein Gespür für die Psychose besonders der Schizophrenie entwickeln, Symptome, Verläufe und Erklärungsmodelle kennen lernen (Verletzlichkeits-Stress-Modell).
4. Wirkweise von Medikamenten verstehen.
5. Hinweise zum Umgang mit Betroffenen und weitergehende Hilfen wahrnehmen.

Psychosen

Unser Oberthema sind die Psychosen, die schwersten Formen psychischer Erkrankung, früher oft Geisteskrankheiten (Irresein, Verrücktsein) genannt.

Folgende Unterteilung stellt eine Übersicht dar: (Wikipedia)

- Organische Psychosen:
 - aufgrund von Hirnerkrankungen (z.B. Demenz)
 - aufgrund von Hirnverletzungen (Schädel-Hirn-Trauma)

- Nichtorganische Psychosen:
 - Psychosen des schizophrenen Formenkreises (aufgrund der Vielfalt der hier zu beobachtenden Symptomatik wird diese Formulierung heute üblicherweise anstelle des Begriffes Schizophrenie verwendet)
 - affektive Psychosen (hierunter fallen der Wechsel zwischen Manie und Depression und u. U. auch einfache, schwere Depressionen)
 - die Mischform der sogenannten schizo-affektiven Psychose.

Psychosen sind relativ häufige Erkrankungen, etwa 2% der Gesamtbevölkerung erkranken einmal im Leben daran. Allein an Schizophrenie leiden derzeit weltweit 51 Millionen Menschen. Übertragen auf eine Großstadt wie Hamburg mit seinen 1,8 Millionen Einwohnern bedeutet dies, dass dort zurzeit etwa 36.000 Menschen an Psychosen erkrankt sind. In ganz Deutschland sind hochgerechnet etwa 1,6 Millionen Menschen betroffen. Das Alter beim ersten Ausbruch der Erkrankung liegt zumeist zwischen 15 und 25 Jahren, d. h. Jugendliche und junge Erwachsene sind häufiger betroffen. Etwa 20% der Betroffenen sind bei der ersten Psychose noch im Jugendalter. In diesem Altersspektrum erkranken drei von 100 Menschen. Psychosen treten also häufiger auf als Diabetes.

Schizophrenie

Das Zählen und Bestimmen der Häufigkeit solcher Erkrankungen ist wichtig, vermittelt uns aber nichts über die Erkrankung selber. Da wir es im Markus-Haus Essen vorwiegend mit Schizophrenien zu tun haben, widmen wir uns diesem Thema auch im Rahmen dieser Ausarbeitung ausführlich, da es auch das ist, was am stärksten in der Öffentlichkeit steht und auch im Gemeindealltag vorkommen kann.

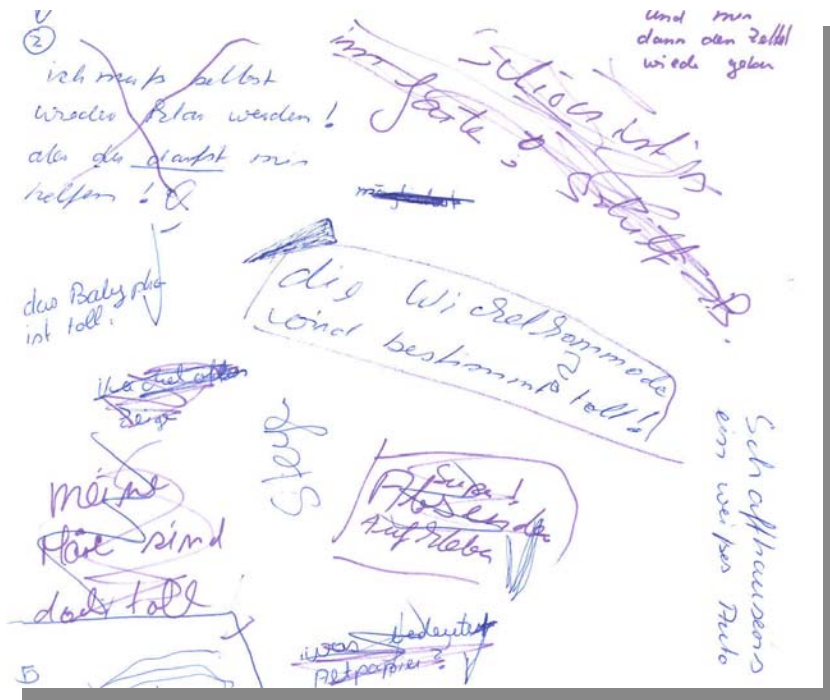
Wir wollen einen anderen Zugang wählen als den über eine Beschreibung von Symptomen. Am Anfang soll der Beginn einer Selbstbeschreibung einer betroffenen Person stehen:

„Zuerst hast du nur gewisse körperliche Symptome, dann hast du plötzlich neue Erkenntnisse über die Welt und deine Lebenssituation. Von einer Minute auf die andere bist du Mittelpunkt einer geheimen Konspiration der Weltmächte. Du wirst von Spezialagenten beider Seiten verfolgt, überwacht und zu einem ungewissen Ziel geführt. Natürlich stehst du auf der guten Seite und hast eine Mission. Aber welche? Auf dich sind Satelliten angesetzt und eine Gehirnabtastrmaschine. Die gegnerische Seite will dich verrückt machen. Alle Fernsehprogramme werden extra für dich gemacht. Du willst Mut und Tapferkeit beweisen. Du ißt nichts mehr und machst Ausdauerstehen. Nach einer Narkose glaubst du, das Weltall hätte sich in deinem Kopf umgestülpt und die Weiterexistenz des Universums hinge von einer Instabilität in deinem Kopf ab. Du glaubst deshalb, nicht mehr klar denken zu dürfen. Die Wissenschaftler der Erde überwachen deshalb deinen Kopf! Du bist bereit, dich zerstrahlen zu lassen. Schließlich ist der Alptraum vorbei. Dies ist die merkwürdige, aber wahre Geschichte einer schweren psychotischen Episode, wie ich sie erlebt habe.“

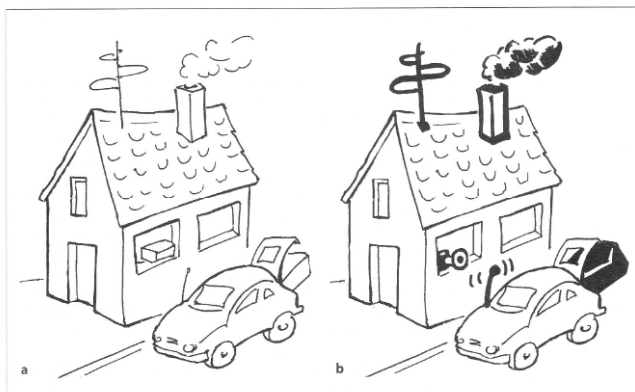
Aus: Tagebuch einer Psychose oder Wie man verrückt wird
(<http://home.arcor.de/pahaschi/tagebuch.htm>)

Unter der angegebenen Emailadresse kann man den weiteren Verlauf in eindrucksvoller Weise verfolgen.

Ein weiteres wichtiges Merkmal ist die Zerfahrenheit dieser Menschen, die nach außen sichtbar wird, in dem, wie gesprochen wird, z.B. unzusammenhängend, frei assoziierend, aber auch wie geschrieben wird:



Mit der folgenden Abbildung kann man eine der verwirrenden Merkmale der Schizophrenie deutlich machen, nämlich das zeitweise Abgleiten in eine andere Realität. Dieses Erleben ist für den Betroffenen zwar auch erschreckend und Angst machend, ist aber gleichzeitig auch schon Form der Verarbeitung, weil er eine Erklärung für Vorgänge in seinem Inneren hat und dies wirkt dann Angst reduzierend. In einer solchen Phase darf man den Betroffenen die Wahnideen auch nicht auszureden versuchen, was auch nicht gelingen würde.



Die Szene a zeigt eine gewöhnliche Alltagssituation mit einem parkenden Auto vor einem Wohnhaus. In der Szene b ist deutlich gemacht, wie bei einem psychotisch erkrankten Menschen eine solch harmlose Situation Todesängste auslösen kann. Die Antenne auf dem Hausdach wird zum Radarempfänger, die Autoantenne zum dazugehörigen Sender. Die Truhe im Kofferraum stellt einen Sarg dar und der Rauch aus dem Kamin ist der untrügliche Beweis dafür, dass hier eben eine geheime Leichenverbrennung stattfindet. Das Kästchen im Fenster wird zur getarnten Kamera, die Ausschau nach neuen Opfern hält.

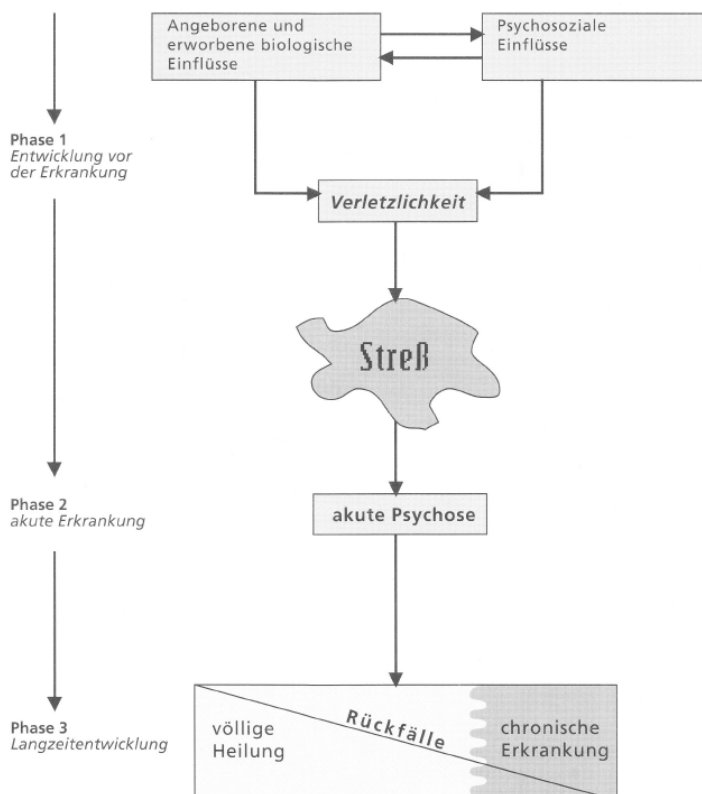
Etwa 800.000 Bundesbürger erkranken mindestens einmal im Leben an einer Schizophrenie, erstmals meist zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr. Erste Anzeichen: Bereits Jahre **vor dem Ausbruch** der Krankheit bestehen bei ca. 75% der Betroffenen Erlebnisveränderungen und Verhaltensauffälligkeiten, die heute **oft** unerkannt bleiben oder als vorübergehende Krisen oder andere psychische Störungsformen fehl gedeutet werden. **Solche ersten Anzeichen können starker sozialer Rückzug, Antriebsarmut und Unwilligkeit sich untersuchen und behandeln zu lassen sein.** Je später eine sachgemäße Therapie beginnt, desto ungünstiger gestaltet sich der weitere Verlauf. Die Hauptsymptome schizophrener Psychosen – Realitätsverlust mit Wahnideen und Halluzinationen, Identitätsverlust, sozialer Rückzug – verdeutlichen Art und Schwere dieser psychischen Störung.

Krankheitsursache

Die Krankheitsursache ist bis heute nur unzureichend aufgeklärt. Es kommt zum Zusammenspiel von sehr unterschiedlichen Faktoren, deren Gewichtung unklar ist, beziehungsweise die bei den einzelnen Menschen unterschiedlich ausgeprägt sind. Gesichert ist, dass eine genetisch bedingte Grundvoraussetzung zur Erkrankung beiträgt, ohne dass man von einer Erbkrankheit sprechen kann. Diese Grundbedingung, die auch durch Schädigungen während der Schwangerschaft oder unter der Geburt erlangt werden kann, tritt

dann in Wechselwirkung mit psychosozialen Einflussfaktoren. Sie zu erforschen und zu bestimmen ist sehr schwer und unser Wissen darüber noch lückenhaft. Zu einer besonderen Verletzlichkeit für Schizophrenie können vor allem unklare, widersprüchliche und für die Kinder schwer einschätzbare Gefühlsäußerungen und Verhaltensweisen von wichtigen Bezugspersonen sein. So werden z.B. in einer Botschaft zugleich Ablehnung und Zuneigung ausgedrückt oder es kommt zu verdeckt ablehnender Haltung bei äußerer Überfürsorglichkeit. Das Erleben solch widersprüchlicher und unklarer Gefühlsäußerungen kann zu einer inneren Instabilität und Verunsicherung des Kindes führen, die zu einer erhöhten Verletzlichkeit für Schizophrenie führen kann. Dies kann in Kombination mit Stress (z.B. Prüfungssituationen, Geldsorgen, Todesfälle) zum Krankheitsausbruch führen (Verletzlichkeits-Streß-Modell).

3-Phasen-Modell der Entwicklung von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis



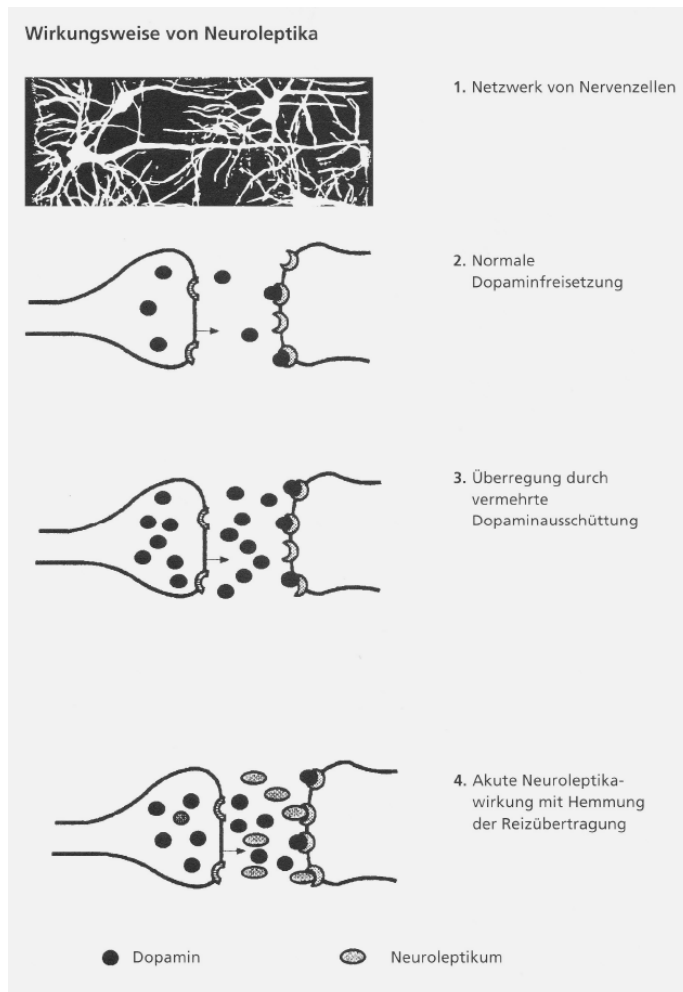
Wie in dieser Abbildung zu erkennen ist, gibt es in der Phase 3 in Abhängigkeit von vielen Faktoren ganz unterschiedliche Langzeitentwicklungen. Hier gilt noch immer eine Drittelregelung. Also bei einem Drittel der Betroffenen heilt die Erkrankung, oft nach nur einer psychotischen Akutphase völlig aus und sie können ihr Leben auch ohne Dauermedikation uneingeschränkt weiterführen. Ein anderes Drittel hat leichte bis mittlere Symptome über längere Zeiträume und ein anderes Drittel behält starke Symptomatik trotz Medikation ein Leben lang. Hierbei kommt es oft zu Aufnahmen in entsprechenden Einrichtungen.

Die Veränderungen des Hirnstoffwechsels, die zur Steigerung der Sensibilität führen, kann man sich folgendermaßen vorstellen. Steigerung der Sensibilität bedeutet tatsächlich, dass die Betroffenen besser und mehr z.B. hören, sehen, schmecken und/oder riechen können. Dies hat nicht nur Vorteile. Daher bezeichnen wir dies auch als Dünnhäutigkeit. Gerade im Kontakt mit anderen Menschen wird den Betroffenen schnell alles zu viel und sie ziehen sich zurück.

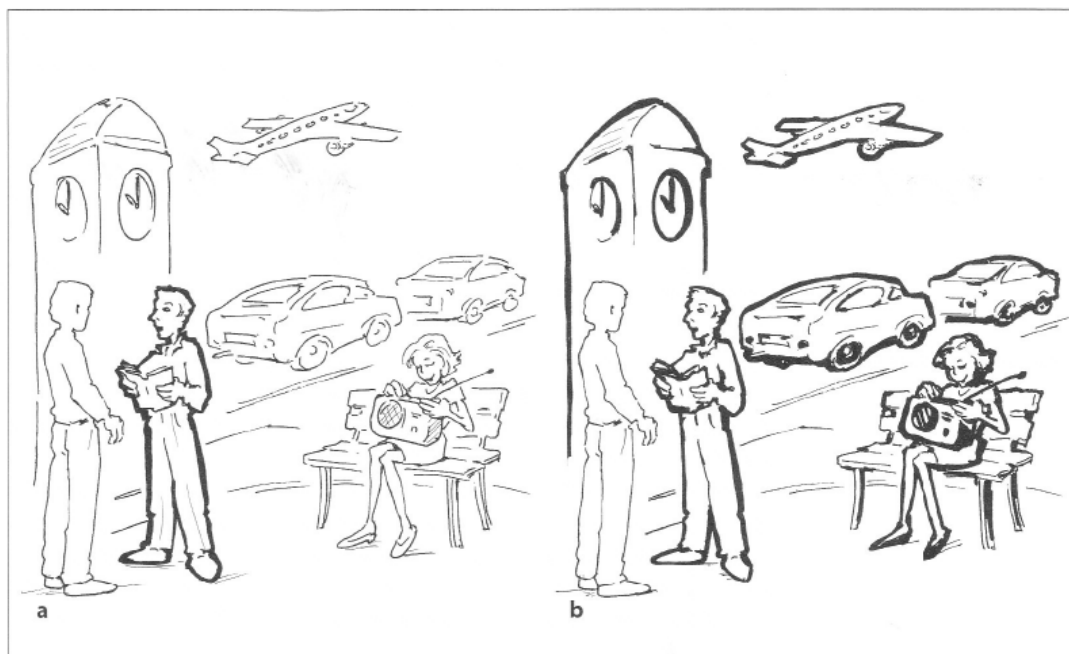
Dieser Ausstieg in die Erkrankung kann ein Schutzmechanismus sein, weil die Realität zu schmerzhaft, die Widersprüche zu stark und Entscheidungen unmöglich oder Gefühle nicht auszuhalten sind.

Wirkungsweise von Medikamenten

Mit der folgenden Abbildung soll die Wirkweise von Medikamenten gezeigt werden.



Der Gehirnbotsstoff Dopamin spielt in dem gesamten Prozess eine wichtige Rolle. Die Sensibilität, die Dünnhäutigkeit und damit auch die



erhöhte Verletzlichkeit gehen einher mit einer vermehrten Dopaminausschüttung im sog. synaptischen Spalt. An dieser Stelle können dann, wie in der Abbildung zu sehen, Medikamente ansetzen und für eine Beruhigung der Symptomatik sorgen. Auf diesem Hintergrund ist die Schizophrenie als Wahrnehmungsstörung in dem Sinne zu verstehen, dass in den betroffenen Menschen zu viele Informationen gleichzeitig ankommen. Es kommt also zu einer Reizüberflutung, wie in der folgenden Abbildung zu sehen ist.

Bild a zeigt eine normale Gesprächssituation zwischen den beiden Personen neben dem Turm. Alle anderen Geräuschquellen werden nur am Rande wahrgenommen. Die Person links kann dem Gespräch, trotz vieler anderer ablenkenden Geräusche ohne Probleme folgen. Die Situation b will die dramatischen Veränderungen während einer akuten Psychose veranschaulichen: Alle Geräusche und Vorgänge in der unmittelbaren Umgebung stürmen ungebremst auf den Betroffenen ein. Er muss sich geradezu erdrückt und überwältigt fühlen. Die Unterscheidung von wichtigen und unwichtigen Reizen sowie das ausschließliche Konzentrieren auf den Gesprächspartner ist kaum möglich. Aus diesem Grunde ziehen sich viele Betroffene gerne zurück. Sie wirken dann antriebsarm und faul, tatsächlich läuft in ihnen aber zuviel ab und sie brauchen diesen Rückzug als Schutzraum.

Die jeweils vorherrschende Symptomatik kann sich jedoch sehr unterscheiden. Daher kann der Krankheitsverlauf sehr unterschiedlich und manchmal kaum vergleichbar sein. Eine Unterscheidung liegt darin, ob eher Positiv- oder Negativsymptome vorherrschen.

Symptome

Negativsymptome sind herabgesetzte oder verlorengegangene Merkmale, die jeder Mensch im Normalfall hat (Antrieb, Konzentration, Gefühle).

Negativsymptome

- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsmangel
- Verlust des klaren, zusammenhängenden Denkens
- Verlust des vorausschauenden Handelns
- eingeschränkte, unklare Sprache
- Verlust von Initiative und Durchhaltevermögen
- abgestumpfte Gefühle
- Verlust der Fähigkeit, Freude zu empfinden (Anhedonie)
- Unfähigkeit, tiefe Beziehungen aufzubauen und zu erhalten

Positivsymptome sind dagegen Erlebens-, Verhaltens- und Ausdrucksweisen, die unter normalen Umständen im Leben eines Menschen nicht vorkommen.

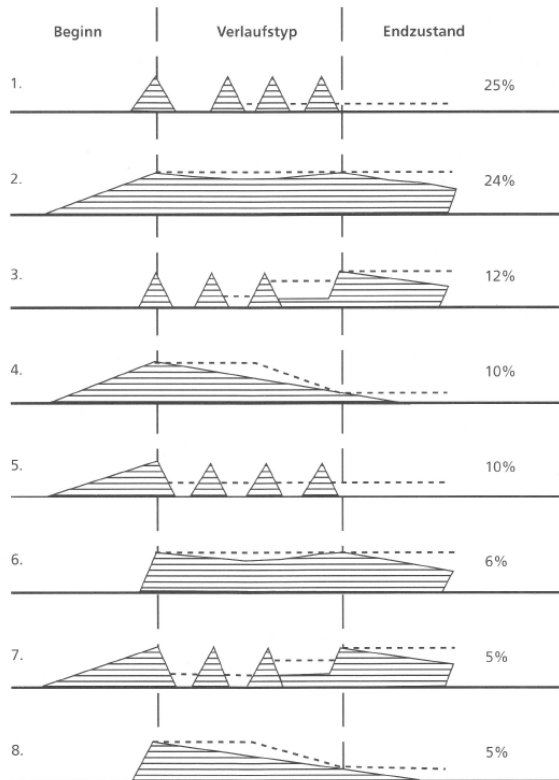
Positivsymptome

- Wahn (z.B. Verfolgungs- oder Eifersuchtwahn)
- Halluzinationen (z.B. Stimmenhören, Gedankeneingebung)
- Ich-Erlebens-Störungen
- erleichtern die Diagnose
- machen Menschen auffällig
- werden von anderen als störend erlebt und führen zur Ablehnung

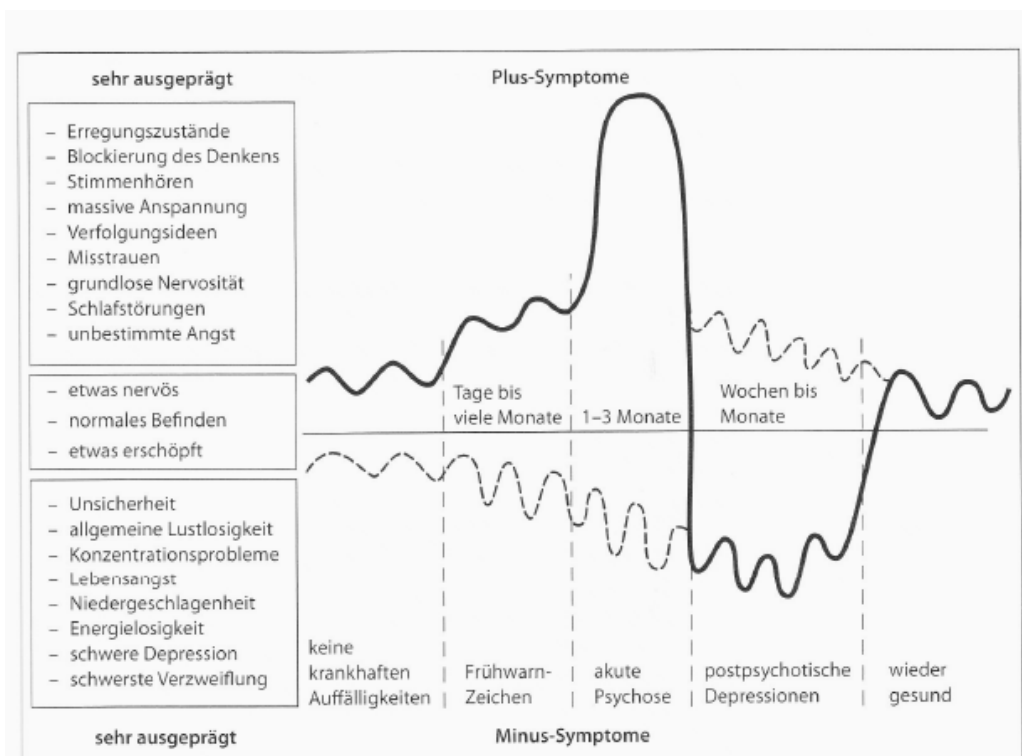
Verlaufsformen

Die jeweiligen Verläufe bei unterschiedlichen Betroffenen sind wie schon gesagt sehr unterschiedlich, wie die folgende Grafik deutlich macht. Manchmal bestimmen schnelle Anstiege mit deutlicher Positivsymptomatik das Krankheitsbild, die jedoch auch schnell wieder verschwinden können. Diese Zustände können sich auch mehrfach wiederholen (Verlaufsform 1). Manchmal herrschen eher Negativsymptome vor, die über einen sehr langen Zeitraum bestimmend sein können.

Verlaufsformen schizophrener Psychosen (nach CIOMPI & MÜLLER 1976)



In der Kombination mit Positiv- und Negativsymptomatik kann ein Verlauf der schizophrenen Erkrankung folgendermaßen aussehen. Wichtig bei der folgenden Darstellung ist auch ein Gefühl für die zeitlichen Verläufe zu bekommen.



Umgang mit Betroffenen

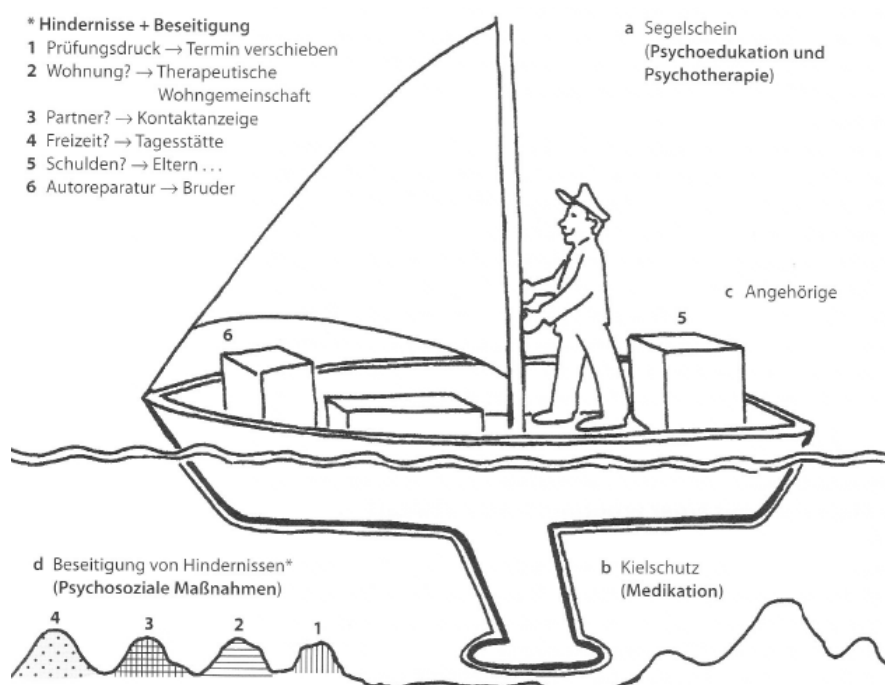
Wir können die akute Phase abheben von der postpsychotischen (siehe letzte Abbildung). In der Akutphase muss das Ziel die Zuführung zu einer ärztlichen Behandlung sein.

Verhalten in der Akutphase

- Ruhig bleiben und auf der realen Ebene ansprechen
- Konsequent sein und in ärztliche Behandlung bringen
- Natürlich sein und soziales Verhalten voraussetzen
- Besuchen während des Aufenthaltes in einer Klinik
- Praktische Hilfe für Patienten/Angehörige
- Die Hoffnung nicht aufgeben, für den Betroffenen hoffen, manchmal auch glauben

Wie kann dann weitergehend eine gute Versorgung für betroffene Menschen aussehen?

Da sehr unterschiedliche Bereiche innerhalb und außerhalb des erkrankten Menschen betroffen sind, braucht es auch ein ganzes Bündel von Hilfen, die notwendig sind. Diese Hilfen sind in der folgenden Abbildung mit den Maßnahmen verglichen, die ein Segler mit seinem Boot braucht, um sicher segeln zu können. Der Segelschein besteht in Psychoedukation und Psychotherapie. Hierbei lernt der Betroffene sich und seine Erkrankung kennen und verstehen.



Er lernt sich zu schützen, lernt, wie er Gefahren ausweichen kann, wann er langsamer fahren oder vor Anker gehen muss.

Den Kielschutz bieten die richtigen Medikamente in der geeigneten Dosierung. Sie bewirken, dass die beschriebene Verletzlichkeit oder Dünnhäutigkeit einen besseren Schutzschild bekommen. Dadurch gelingt es wieder besser die eigene Wahrnehmung zu strukturieren. Einschränkend muss jedoch gesagt werden, dass die Medikamente nicht bei jedem Betroffenen wirken und auch heute noch z.T. erhebliche Nebenwirkungen haben.

Psychosoziale Hilfen durch Angehörige und Freunde können dazu beitragen, Lasten abzunehmen. Solche Lasten können Schulden, Ärger mit anderen Menschen oder andere Alltagsprobleme sein.

Auch durch Fachkräfte im sozialpädagogischen Feld kann Hilfestellung erfolgen. Dies können spezielle Hilfen in Ausbildung und Beruf sein, oder Angebote in beschützten Werkstätten oder auch Betreuung in ambulanten oder stationären Wohnformen. Hier gibt es mittlerweile ein gut ausgebautes Netz unterschiedlichster Hilfen in Deutschland. Über die Gesundheitsämter sind die verfügbaren Adressen schnell zu beziehen. Auch Selbsthilfegruppen spielen eine immer größere und wichtigere Rolle, wobei die Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten (trialogischer Prozess) auch zunehmend Bedeutung gewinnt.

Die Betroffenen werden oft über eine sehr lange Zeit eine erhöhte Labilität zeigen, ihre Belastbarkeit ist oft auf Dauer reduziert. Die oft genannte Dünnhäutigkeit und damit auch psychische Verletzlichkeit, sowie die Schwankungen in der Leistungsfähigkeit wird ständiger Begleiter bleiben, die auch für Angehörige und Begleiter eine Belastung darstellen.

Drei Thesen zur Bündelung

1. *„Psychisch Kranke sind Menschen. Die Krankheit ist Teil ihrer Biografie. Aber sie sind nicht nur Kranke. Sie haben ein Leben jenseits der Krankheit -- davor, danach, daneben.“ – Prof. Dr.*



Asmus Finzen, Basel. Diese These gilt im übertragenen Sinn für viele Bereiche unseres Lebens. Wir neigen dazu auf abweichendes Verhalten zu sehen. Diese Sicht ist oft zu kurz und vergisst den Menschen mit seinen Bedürfnissen und Sehnsüchten dahinter.

2. Wissen um Krankheitsbilder und Interesse an den einzelnen Menschen und ihrem Gewordensein hilft beim besseren Verstehen. Der Blick der Fachleute auf eine psychische Störung greift oft zu kurz. Krankheitsbilder nur störungsspezifisch zu sehen wird den Betroffenen nicht gerecht. Systemische Fragen (Familien-, Gemeindeeinbindung) lassen manches in einem neuen Licht erscheinen und sind manchmal Schlüssel zur Verbesserung des Leidens eines Einzelnen.
3. Die Bedeutung der Dünnhäutigkeit, der seelischen Verletzlichkeit einer betroffenen Person vor Ausbruch der Erkrankung ist zentral. An dieser Stelle haben alle beteiligten Personen große Bedeutung auf die Stabilisierung und Wiedereingliederung der Erkrankten oder auf Destabilisierung und Ausgrenzung, je nach Gelingen und Gestalten der Beziehung.

Vier Fragen zur schriftlichen Beantwortung

1. Überlegen sie, ob sie in ihrem Umfeld jemand mit einer schizophrenen Erkrankung kennen. Wenn sie niemanden kennen, nehmen sie das Beispiel aus der inhaltlichen Ausarbeitung (Tagebuch einer Psychose) mit den Ausführungen unter der angegebenen Internetadresse. Schildern sie die Symptomatik und den Verlauf.
2. Versuchen sie sich in die beschriebene Situation einzufühlen und drücken sie dies für verschiedene Bereiche aus: Was bedeutet die Erkrankung für: die Lebensperspektive, die Beziehungen, den Glauben?



3. Welche Möglichkeiten sehen sie für sich selbst, um Betroffenen oder Angehörigen in der Gemeinde in Zukunft beistehen zu können?
4. Suchen sie nach Adressen und Telefonnummern in ihrer Stadt (oder Kreis) für weitergehende Hilfen (Klinik, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, 2-3 Ärzte oder Therapeuten (mit gutem Ruf))

Exkurs: Psychose und Sucht

Die Autoren sind die Leiter des Wohnverbundes Markus-Haus in Essen. Diese Einrichtung ist spezialisiert auf den Bereich Psychose und Sucht. Wir betreuen ungefähr 80 Menschen mit dieser Erkrankung in ganz unterschiedlichen Wohnformen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu erwähnen, dass es bei knapp 50% der Menschen die an einer Schizophrenie leiden auch zu einem Suchtmittelmissbrauch oder einer Suchterkrankung kommt. Dies wirft ein Schlaglicht darauf, dass viele Betroffene sich nicht anders zu helfen wissen. Die Symptomatik der Psychose wird durch die Suchterkrankung gesteigert, es kommt zu vermehrten und längeren Krankenhausaufenthalten und nicht selten auch zu strafbaren Handlungen. Einer unserer Bewohner schildert im Folgenden seine Biographie, an der sie den Zusammenhang zwischen Sucht und Psychose beispielhaft erkennen können. Ebenso wird deutlich, wie die familiären Probleme erschwerend und mitauslösend zur Krankheit hinzukommen.

Ruhe im Kopfkino

Mein Name ist J.S., ich bin 48 Jahre alt. Ich wurde in Delfzyl/Niederlande geboren. Mein Vater war Schiffsbauer und meine Mutter Korrespondentin in Holland. Mit zwei Jahren kam ich nach Deutschland zu meinen Großeltern. Die Ehe meiner Eltern wurde zu dieser Zeit geschieden. Meine Mutter arbeitete weiterhin in Holland. Eingeschult wurde ich in Weener/Ems, aber nach einem halben Jahr, holte mich meine Mutter nach Holland zurück. Nach einem weiteren halben Jahr holten mich meine Großeltern wieder nach Deutschland zurück, wo ich wiederum für ein halbes Jahr in Weener zur Schule ging. Danach ging ich für ein gutes Jahr nach Amsterdam, wo ich in eine Pflegefamilie kam. Mittlerweile war ich 9 Jahre alt und psychisch schwer angeschlagen. Ich unternahm einen Suizidversuch mit einem Messer und kam in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Nach einem kurzen Aufenthalt in einem Internat zog ich mit meiner Mutter nach Bremen. Wo ich dann schon nach recht kurzer Zeit mit den Drogen in Berührung kam. Ich war fast 11 als ich meinen ersten Joint rauchte. Ich hatte eine besonders dicke Hornbrille, wurde von Lehrern und Schülern gehänselt und gemieden. Meinen Mitschülern machte es Spaß mir die Brille wegzunehmen und mich zu verprügeln. Aber auch von meinen Großeltern und von meiner Mutter bekam ich häufig Schläge, ohne zu wissen wofür. In der Pflegefamilie erlebte ich Zeiten ohne Gewalt. In den holländischen Schulen gab es auch diese Hänseleien der Mitschüler nicht. Ich war oft allein und hatte große Ängste, besonders in der Dunkelheit und in kleinen engen Räumen.

In den ersten zehn Jahren meines Gebrauchs von Suchtmitteln habe ich jeden ausgelacht, der mir etwas über meine Sucht erzählen wollte. Aber wie hätte man mir auch helfen können, wo ich doch völlig krankheitsuneinsichtig war. Zuletzt bekam ich auch schon mal Wutanfälle, wenn mich jemand auf meine Sucht ansprach. Aber langsam aber sicher waren die typischen Anzeichen nicht mehr von der Hand zu weisen. Zu Anfang war es nur die leicht schmutzige Art wie ich herumlief, ich machte immer öfter einen leicht desolaten Eindruck und wurde immer öfter krank. Ich bekam Halluzinationen und war immer in einem Zustand permanenter Angst. Durch die Drogen konnte ich für eine gewisse zeitlang meine Angst steuern, bis zu Zuständen höchster Euphorie.

Es war ein schleichender Prozess, bis ich zur Einsicht meiner Krankheit kam. Irgendwann kam aber doch die Erkenntnis, dass ich süchtig war. Es begann eine lange Reihe von Psychiatrie- und Krankenhausaufenthalten, wo ich in verschiedenster Art behandelt wurde. Der Aufenthalt in den Kliniken war nur zum Teil gut. In einigen Häusern wurde ich so mit Medikamenten abgefüllt und ruhig gestellt, dass ich mich kaum bis gar nicht mehr bewegen konnte. Aber auch jetzt noch war es noch ein weiter Weg bis ich zu der Einsicht kam, dass ich ohne fremde Hilfe nicht weiter kommen würde. Es war dann auch nicht verwunderlich, dass die ersten Therapien nur Versuchsballons waren. Mit der Zeit kamen aber dann doch Erfolge zum Vorschein.

Vor etwa fünfzehn Jahren gab es dann einen echten Durchbruch in meiner Suchtgeschichte. Ich hatte die Möglichkeit in das Methadonprogramm zu kommen. Damit waren meine Probleme aber nicht beendet, im Gegenteil es sollte alles noch viel schwieriger werden. Denn jetzt musste ich ein völlig neues Leben erlernen, quasi von neuem Laufen lernen. Das bedeutete, hinzufallen und wieder aufzustehen, und das wieder und wieder und wieder und ... und... und.... Ich hatte ja jetzt keine körperlichen Beschwerden mehr. Zumindest nicht mehr als alle Anderen auch. Ich merkte wieder wie es ist, wenn man erkältet ist, oder Zahnschmerzen hat und all die Dinge, die ein normaler, nicht zu gedränkter Mensch eben auch fühlt. Ich merkte aber auch, wie es ist zu altern und gerade das Älterwerden war ein großes Problem für mich, denn ich hatte eine mörderische Angst davor zu sterben, obwohl ich mir den Tod täglich in's Haus holte.

Zunächst musste ich wieder lernen mich bewusst mit meinem Gegenüber auseinander zu setzen, was gar nicht so leicht war, denn mir waren fasst alle vernünftigen Umgangsformen abhanden gekommen. Ich hatte ständigen Suchtdruck und hab es immer noch, die Suche nach ein bisschen Ruhe in meinem Herzen. Hier möchte ich einmal erklären was überhaupt Suchtdruck ist, weil ich in vielen Gesprächen festgestellt habe, dass viele sich unter Suchtdruck nichts vorstellen können.

Man könnte sagen, dass es wie eine kalte Grippe ist. Zumindest passt dies Bild auf mich. Ich bin voller Unruhe, mir tun sämtliche Knochen weh, ich bin einfach nicht in der Lage einen klaren Gedanken zu fassen, stets auf dem Sprung losgehen zu wollen, um mir irgendein Suchtmittel zu besorgen. Am einfachsten ist Alkohol, aber ein Schluck reicht aus, um die ganze nüchterne Zeit, die man schon erreicht hat zu kippen. Aber die Gedanken rotieren weiter und weiter, „wenn ich doch nur ein paar Pillen hätte, dann wäre endlich Ruhe in meinem Kopfkino“ oder“ Einen Schuss, ein ganz kleiner nur, dann würde endlich Ruhe in meinem Herzen einkehren,“ Und solche Gedanken verfolgen mich Tag und Nacht. Ich bekomme sie kaum weg. Geholfen haben mir in dieser Zeit die Gespräche, die ich in der Drogenberatungsstelle hatte.

Trotzdem ging auch meine bis dahin zweite Ehe in die Brüche; Grund: meine Rückfälle und vor allem mein Griff zum Alkohol.

Zur Zeit wohne ich in einem Wohnheim. Auch hier helfen mir bei Suchtdruck viele Gespräche. Diese Gespräche sind immer sehr intensiv und für mich auch körperlich sehr anstrengend.

Oft kommt dabei sehr persönliches aus Kindheit und Jugend zum Vorschein. Es sind dies oft Verletzungen, die ich schon lange für vergessen hielt.

Zurzeit erhalte ich ein Präparat, das mir sowohl bei meiner Psychose als auch gegen meine Depressionen hilft. Es heißt Zyprexa und wird mir vom Psychiater verschrieben. Ich hoffe hier ein ausreichendes Bild meiner Selbst abgegeben zu haben.

In diesem Sinne Ihr J.S.

Eigene kurze Stellungnahme – Fazit

Die eigene Stellungnahme zieht sich, so denken wir, durch die gesamte Ausarbeitung. Sie sieht so aus, dass wir psychische Erkrankungen als eine Äußerungsform des Menschen in einer bestimmten Situation ansehen. Psychosen sind extreme Äußerungsformen, aber auch gleichzeitig schon eine Form der Bewältigung von eigenem Erleben. Wir haben es hier mit einem äußerst spannenden Bereich menschlichen Lebens zu tun. Dies hat mit großer Wertschätzung vor der Leistung dieser Menschen, aber auch von Angehörigen und professionellen Helfern zu geschehen. Wir erleben diese Personen im Markus-Haus als sehr dankbare Gruppe, die froh ist endlich eine adäquate Hilfe für ihre großen Probleme bekommen zu können. In die Begleitung von Menschen mit Psychosen sollte sich niemand begeben, der nicht selber weiß, wo er oder sie Hilfe bekommen kann.

Pflichtlektüre



Weiterführende Literatur



- Bäuml, Josef; Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, 2. Auflage, Springer 2008
- Frankl, V., *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn*, Serie Piper 1985
- Kriz, Jürgen, *Grundkonzepte der Psychotherapie*, Psychologie Verlags Union, München 1989, ISBN: 3-621-27090-6
- Längle, Alfred und Christian Probst (Hrsg.), *Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten*, Facultas Universitätsverlag, Wien 1997, ISBN: 3-85076-428-1
- Tagebuch einer Psychose
(<http://home.arcor.de/pahaschi/tagebuch.htm>)
- Wienberg, Günther u.a., *Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Menschen / PEGASUS. Manual und Materialien*, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2002, ISBN: 3-88414-327-1
- Wikipedia Internetlexikon
- Pitschel-Walz, Bäuml, Kissling, *Psychoedukation Depression*, Verlag Urban & Fischer, ISBN 3-437-56430-7

Harald Sadowski,
Jahrgang 1958, Dipl. Sozialarbeiter, Suchttherapeut,
Leiter des Markus-Haus Essen,
Ev.- freikl. Gemeinde Essen Nord

Frieder Niestrat,
Jahrgang 1963, Dipl. Psychologe,
stellv. Leiter des Markus-Haus Essen,
Ev.- freikl. Gemeinde Essen-West,