

Lesen Sie die Kerbe!

Verlag und Bestelladresse:

Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-0, e-Mail: regina.schuller@evangemeindeblatt.de

Bezugspreis:

Jahresabonnement für vier Hefte 22,80 Euro (einschließlich Versandkosten), Einzelheft: 6 Euro, ISSN 0724-5165

1

2008

Februar
März
April
26. Jahrgang
ISSN 0724-5165

Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie

Themenschwerpunkt: Weg(e) mit der Chronizität

Sind Menschen mit sogenannten chronischen Erkrankungen chronisch schlecht versorgt? Sind verbreitete Wohnungslosigkeit, die zunehmende Unterbringung in forensischen Einrichtungen oder in Einrichtungen der Altenhilfe, die steigende Mortalität Anzeichen einer bedrückenden Entwicklung?

Langzeiterkrankte Menschen sind eine weithin vergessene Gruppe, die endlich in den Mittelpunkt der Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgungsstrukturen gerückt werden muss.

Für die professionell Tätigen stellt sich dabei die Frage: mit welchen Strukturen, Konzepten und Haltungen kann man demoralisierendem Pessimismus und Chronizität begegnen, damit „Hoffnung Sinn macht“?



3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

■ **Die unendliche und die endliche Psychose**
Über Chronizitätskonzepte in der psychiatrischen Ideengeschichte
Jochen Schweitzer, Seite 4

■ **Recovery: Wider den demoralisierenden Pessimismus**
Genesung auch bei langzeit-erkrankten Menschen
Andreas Knuf, Seite 8

■ **Wie konnte ich wieder selbst bestimmt leben?**
Franz-Josef Wagner, Seite 11

■ **Chronisch psychisch krank – chronisch schlecht versorgt?**
Was hat die Psychiatriereform für chronisch Kranke gebracht?
Hartmut Berger, Seite 13

■ **Junge psychisch kranke Menschen**
Wie lassen sich Chronifizierungen im Hilfesystem vermeiden?
Lisa Schulze Steinmann, Seite 16

■ **Die Zahl psychisch Kranker unter den Wohnungslosen nimmt zu**
Auswirkungen, Probleme, Lösungen
Theo Wessel, Seite 19

■ **Chronische Hilfe oder chronisch krank?**
Reinhard Peukert, Seite 22

■ **Zur Versorgung psychisch Kranker aus Sicht psychiatrischer Kliniken**
Harald Freyberger, Seite 25

■ **Das Aushalten der Realität ermöglicht Entwicklung**
Niklas Baer, Seite 27

■ **Die Hoffnung stirbt zuletzt – wenn sie erst einmal geboren ist**
Karl-Heinz Menzler-Fröhlich, Seite 31

■ **Wie kann die Integration chronisch psychisch kranker Menschen in die Gemeinde (wirklich) gelingen?**
Günter Ernst-Basten, Seite 34

37 Spectrum

■ **SBT: Stressbewältigung für psychisch kranke Menschen**
Matthias Hammer, Irmgard Plöbl, Tanja Hundsdörfer, Seite 37

■ **Disability Mainstreaming**
Konsequente Perspektive der Sozialpsychiatrie
Katrin Grüber, Seite 39

41 Nachrichten

43 Termine

Themenvorschau 2008

- 1 Weg(e) mit der Chronizität
- 2 Risiken und Nebenwirkungen psychiatrisch-psychotherapeutischer Arbeit
- 3 Zukunft der klinischen Behandlung
- 4 Stimmen hören

Liebe Leserin,
lieber Leser

Editorial



Weg(e) mit der Chronizität – unter dieser mehrdeutigen Überschrift beschäftigen wir uns in der vorliegenden Kerbe u.a. mit der Frage, ob Menschen mit sogenannten chronischen Erkrankungen tatsächlich chronisch schlecht versorgt sind und damit zu den „Verlierern“ der Psychiatriereform zu zählen sind. Die Zahlen und Fakten, die beispielsweise Hartmut Berger und Theo Wessel in ihren Beiträgen darstellen, bestätigen diese Einschätzung in bedrückender Weise. Die überwältigende Mehrheit der Menschen mit Langzeiterkrankungen lebt in der eigenen Wohnung, ohne die Möglichkeit, angemessene Hilfen und Unterstützung – gerade auch in Krisensituationen – in Anspruch nehmen zu können.

Weitere Wege für Menschen mit einer chronischen Erkrankung scheinen in den letzten Jahren und Jahrzehnten vielfach in die Wohnungslosigkeit, in forensische Einrichtungen, in Gefängnisse oder in die dauerhafte Unterbringung in Wohnheime geführt zu haben. So spiegeln punktuelle Erhebungen unter wohnungslosen Menschen in Deutschland eine hohe Belastung mit psychiatrischen Erkrankungen wider. Die steigende Anzahl an forensisch untergebrachten Patienten ist auch auf einen hohen Anteil an Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung zurückzuführen und immer mehr langzeiterkrankte Menschen, die einen Anspruch auf Eingliederungshilfe haben, werden in Einrichtungen der stationären Altenhilfe oder spezialisierten Pflegeheimen untergebracht. Statt von Enthospitalisierung sollte in diesem Kontext eher von Umhospitalisierung gesprochen werden.

Darüber hinaus belegen Studien, dass die Mortalität und Morbidität von Menschen mit schizophrenen Störungen in den letzten 20 Jahren stark angestiegen ist.

Angesichts dieser stichwortartigen Darstellung wird deutlich, dass es höchste Zeit ist, die weitgehend vergessene bzw. verdrängte Gruppe der sogenannten chronisch Kranken in den Mittelpunkt der Weiterentwicklung psychiatrischer Strukturen zu rücken und damit eine alte Forderung umzusetzen: die Qualität der Versorgungsstrukturen daran zu bemes-

sen, wie weit sie die Bedürfnisse und Bedarfe der „Schwächsten“ aufgreift und ihnen gerecht wird. Die Beobachtung, dass die „Alten Chroniker“, also die früheren Langzeitpatienten der psychiatrischen Großanstalten von der Gruppe der „Neuen Chroniker“, also jungen Menschen, oft mit Doppeldiagnose, abgelöst wurden, wirft folgende Frage auf: Inwieweit ist Chronizität als Gemeinschaftsleitung aller Beteiligten – also der Psychiatrie-Erfahrenen, der Professionellen wie auch der Angehörigen – zu verstehen? Wie die Chronizitätskonzepte in der psychiatrischen Ideengeschichte das professionelle Tun, die eigene Haltung und die Gestaltung der Beziehung nachhaltig beeinflusst haben, wird im zweiten Teil der Kerbe aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet.

Weg mit der Chronizität oder wider den demoralisierenden Pessimismus – diese beiden Parolen greifen den Gedanken der Koproduktion von Chronizität auf und nehmen auch uns professionell Tätige in die Verantwortung: Wie gelingt es, Hoffnung aufrecht zu erhalten, auch wenn von außen über lange Zeit keine sichtbaren Veränderungen bei langzeiterkrankten Menschen wahrnehmbar sind? Wie kann Zuversicht vermittelt und Möglichkeiten eröffnet werden, auch wenn scheinbar kein Veränderungswille formuliert oder gezeigt wird? Welche Strukturen geben Halt, ohne zu chronifizieren?

Dass Hoffnung Sinn macht – um ein Tagungsthema aus 2007 zu zitieren – belegen eindrucksvoll die Forschungsergebnisse zu „Recovery“ und zahlreiche Erfahrungsberichte von Betroffenen. Gleichzeitig bleibt die Frage, wie wir denjenigen Menschen begegnen, die trotz aller Bemühungen um Dekonstruktion von Krankheitskonzepten und trotz aller Zuversicht, über lange Jahre an ihren Symptomen leiden und in ihrem Leiden auch ernst genommen werden wollen. Wie Hilfen für diese Menschen leitungsrechtlich und finanziell gestaltet werden müssen und welche Angebotsstrukturen und fachlichen Haltungen hier Sinn machen, stellen zentrale Fragen dar.

Katharina Ratzke

Andreas Knuf

Die unendliche und die endliche Psychose

Über Chronizitätskonzepte in der psychiatrischen Ideengeschichte

Von Jochen Schweitzer

Einleitung

Die chronischen Psychosen, besonders die chronische Schizophrenie, gelten als eines der bis heute nicht befriedigend gelösten Kernprobleme der Psychiatrie. Ich möchte im Folgenden über die chronische Psychose schreiben nicht als etwas, das es gibt, sondern über die chronische Psychose als Idee mit eigener Ideengeschichte. Ich will nach den Auswirkungen dieser Idee fragen: Wozu führt es, was tut und was unterlässt man, wenn man dieser Idee folgt?

Eine Geschichte der Ideen über die Unendlichkeit von Psychosen

Kraepelin und Bleuler

Die Idee der endogenen Psychosen und ihrer schizophrenen und manisch-depressiven Formenkreise wurde von Kraepelin 1896 formuliert und von Bleuler 1911 weiterentwickelt.

Sie enthält folgende Grundelemente (nach Huber 1981): Endogene Psychosen sind alle Seelenkrankheiten, die nicht psychologisch verursacht und verstehbar sind. Sie haben genetisch-biologische Ursachen, die leider nur bisher noch nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden konnten. Sie folgen einem eigengesetzlichen, eben endogenen Prozess, der in Epochen, Phasen und Schüben verläuft. Dieser Prozess, mit seiner eigenen inneren Uhr, kann durch Umwelt und Ausgangspersonlichkeit lediglich variiert, aber nicht dauerhaft beendet werden. Jenseits dieser Essentials beginnen die Unterschiede zwischen Kraepelin und Bleuler. Kraepelin unterschied nach dem Verlauf. Die ungünstig verlaufenden Entwicklungen benannte er „Dementia

Praecox“, also vorzeitige Verblödung. Die günstiger, phasisch wellenförmig verlaufenden nannte er Zykllothymien. Die Dementia Praecox, die heutige Schizophrenie, war für Kraepelin also ein kontinuierlicher, in Verblödung mündender Prozess. Bleuler hingegen unterschied allein nach den Symptomen. Kraepelins Idee von der zwangsweisen Verblödung lehnte er ab und benannte die Dementia Praecox in Schizophrenie (dt.: „Spaltungsirresein“) um.

Beide Konzepte weisen Elemente einer sich selbsterfüllenden Prognose auf. Nach Kraepelin gilt die Faustregel: Was ungünstig verläuft, ist Dementia Praecox beziehungsweise Schizophrenie und wird weiterhin in Richtung Defekt laufen; verläuft es günstig, war es keine Schizophrenie. Für unsere heutige Praxis hieße das: Wenn Sie einen Schizophrenen erfolgreich behandelt haben, dann war es keiner. Nach Bleuler hingegen kann Schizophrenie günstig verlaufen. Sie bleibt aber immer eine Schizophrenie, selbst wenn sie ausheilt. Beide Formulierungen enthalten also wenig Ideen, ob oder wie man diesem vermeintlichen Schicksal auch wieder enttrinnen kann.

Verlaufsstudien

Mit dem Aufkommen medizinischer und psychotherapeutischer Behandlungsansätze wuchs in der Psychiatric Community das Unbehagen an diesen Ideen. Um 1970 kam es zu Langzeitstudien, die an großen Stichproben ehemaliger schizophrener Patienten deren späteren Lebenslauf verfolgten. Die drei großen deutschsprachigen Untersuchun-

gen von Manfred Bleuler in Zürich (1972), von Ciompi und Müller in Lausanne (1976) und von Huber, Gross und Schüttler in Bonn (1979) relativierten in unerwarteter Übereinstimmung das von Kraepelin gezeichnete düstere Bild.

Ihr Tenor: bei zwei Dritteln kommt es im Langzeitverlauf zu einer Besserung. Von diesen bleibt bei einem Viertel die Schizophrenie ein einmaliges Erlebnis. Ein knappes Drittel nimmt einen sich chronisch dahinziehenden Verlauf. Aber nur bei sehr wenigen (nach Ciompi u. Müller: 6 Prozent) zeigt sich der Zustand schlechter als im frühen Erkrankungsstadium. Nach fünf Jahren Krankheitsverlauf zeigt der durchschnittliche schizophrene Patient keine weitere Verschlechterung mehr (Bleuler). In höherem Alter überwiegen Zustandsverbesserungen, und bei einer Reihe Schizophrener werden überraschende nachhaltige Veränderungen noch im hohen Lebensalter berichtet. (Ciompi u. Müller). Mit diesen Befunden differenzierte sich die Idee der chronischen Schizophrenien: Chronifizierung ja, aber nicht bei der Mehrzahl der einmal als schizophren Diagnostizierten. Oder wie es C. Müller formulierte: „Der Verlauf ist nicht einheitlich, sondern bis zuletzt offen, wie das Leben selbst.“

Prognose des Verlaufs

Wovon hängt es ab, ob der Verlauf günstig oder chronifiziert wird? Ciompi und Müller verweisen auf drei grundlegende Zusammenhänge:

1. Je harmonischer die Persönlichkeitsstruktur, und je besser sozial eingebettet der Patient vor Beginn der Erkrankung war, um so besser.



Jochen Schweitzer
Prof. Dr., Dipl.-Psych.,
Leiter der Sektion
Medizinische Organisationspsychologie,
Institut für Medizinische
Psychologie im
Zentrum für Psychosoziale
Medizin des
Universitätsklinikums
Heidelberg
Bergheimer Str. 20,
69115 Heidelberg
Tel: 06221-568152
(-568151, -568156)
Fax: 06221-565303