universität wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit:

Aspekte der psychiatrischen Pflege anhand des Störungsbildes Schizophrenie

Verfasserin

Mag. Iris Lasser

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, Juli 2012

Studienkennzahl:	A 057/122
Studienrichtung:	IDS Pflegewissenschaft
Betreuer:	MMag. Dr. Ferdinand Holub

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Verwendung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Inhalte und Konzepte sind unter Angabe der Quellen gekennzeichnet.

Weiter erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Datum Iris Lasser

An dieser Stelle möchte ich mich herzlichst bei all jenen bedanken, die mich bei dieser Arbeit und bei meinem Pflegewissenschaftsstudium begleitet haben:

Danke

… meinem Diplomarbeitsbetreuer MMag. Dr. Ferdinand Holub, für die Annahme des Themas, für die stetige Betreuung und Unterstützung während des Verfassens meiner Diplomarbeit, insbesondere für die Ermöglichung sehr selbstständig arbeiten zu können.

… dem Personal der psychotherapeutischen Station 05B, an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der medizinischen Universität Wien, für die interessanten Gespräche, die ich während meiner Tätigkeit als Psychologin dort führen durfte, besonders für die Einblicke, die mir das Pflegepersonal in die Arbeit der psychiatrischen Pflege bot.

… meinen Eltern Angela und Othmar, für ihre Unterstützung und Liebe in allen Lebenslagen und besonders dafür, dass ihnen die Bildung ihrer Kinder immer wichtig war und sie diese stets unterstützt haben.

… meinem Bruder Gregor, für die humorvollen und aufmunternden Worte und dass er immer ein offenes Ohr für seine Schwester hat.

… meinem Freund Thomas, der viel Verständnis für meine Ausbildungen entgegenbringt, mich stets motiviert und dessen Liebe mich durch Höhen und Tiefen des Lebens begleitet.

… meinen Freunden, die mir Zerstreuung boten und die im Studium auftretenden Sorgen mit mir teilten.

Kurzfassung

Die Lebenszeitprävalenz an einer Schizophrenie zu erkranken, liegt in Europa bei circa einem Prozent (Gaebel & Falkai, 2003). Diese Störung geht mit grundlegenden Beeinträchtigungen im Denken und Wahrnehmen sowie mit Defiziten in der kognitiven Leistungsfähigkeit einher, die starke Auswirkungen auf das psychosoziale Funktionsniveau der Person haben (Green, 2006).

Menschen mit psychischen Störungen benötigen oft eine umfassende medizinisch-pflegerische Betreuung. Psychiatrische Gesunden- und Krankenpfleger leisten daher einen enormen Beitrag in der Versorgung dieser Patientengruppe, die sich vor allem durch zwischen-menschliche Interaktionen und einer pflegend-haltgebenden Beziehung auszeichnet

Mit welchen speziellen Themen sich Pflegende von psychisch kranken Personen neben allgemeinen Aspekten der psychiatrischen Betreuung auseinandersetzen müssen, ist Thema dieser Literaturarbeit.

Abstract

In Europe, the prevalence to contract on schizophrenia is one percent (Gaebel & Falkai, 2003). Fundamental deficits in mental activity and perception as well as cognitive impairments are core features of schizophrenia which tend to result in poor functional outcome (Green, 2006).

People with mental disorders often need all-embracing medical-care. Psychiatric nurses bear an enormous share in the treatment of patients of this group, which is mainly characterized by inter-human interactions and a nursing-supporting relationship.

The specific topics psychiatric attendants are facing besides general aspects of psychiatric treatment, the scope of this literature research work.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 13

1 Störungsbild der Schizophrenie 16

1.1 Geschichtlicher Abriss zum Schizophreniebegriff 16

1.2 Symptomatik der Schizophrenie 19

1.2.1 Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2005) 20

1.2.2 Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV (Saß, Wittchen, & Zaudig, 1998) 21

1.2.3 Positiv- und Negativsymptomatik 23

1.2.4 Kognitive Beeinträchtigungen 24

1.3 Prävalenz und Ätiologie der Schizophrenie 26

1.3.1 Biologische Ansätze 26

1.3.2 Soziokulturelle Ansätze 28

1.3.3 Psychologische Ansätze 29

1.4 Krankheitsstadien und Verlaufsformen der Schizophrenie 30

1.4.1 Prodromalphase 31

1.4.2 Floride Phase 31

1.4.3 Residualphase 32

1.4.4 Verlaufsformen 32

1.5 Subtypen und Differentialdiagnostische Abgrenzungen der Schizophrenie 34

1.5.1 Paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0) 34

1.5.2 Hebephrene Schizophrenie (ICD-10: F 20.1) 34

1.5.3 Katatone Schizophrenie (ICD 10: F20.2) 35

1.5.4 Undifferenzierte Schizophrenie (ICD 10: F20.3) 35

1.5.5 Postschizophrene Depression (ICD 10: F20.4) 35

1.5.6 Schizophrenes Residuum (ICD 10: F20.5) 36

1.5.7 Schizophrenia simplex (ICD 10: F20.6) 36

1.6 Diagnostik der Schizophrenie 37

1.6.1 Physische Abklärung 38

1.6.2 Strukturierte klinische Interviews 38
1.6.3 Fremdbeurteilungsverfahren 39
1.6.4 Selbstbeurteilungsverfahren 40
1.6.5 Testverfahren zur Abklärung kognitiver Leistungsfähigkeit 41
1.7 Komorbiditäten der Schizophrenie 43
1.7.1 Nikotin 44
1.7.2 Alkohol 45
1.7.3 Cannabis 46
1.8 Schizophrenie und Alltag 47
1.8.1 Schizophrenie als Stigma 49
2 Behandlung der Schizophrenie 51
2.1 Akut- und Langzeitbehandlung der Schizophrenie 51
2.2 Medikamentöse Behandlung 54
2.3 Psychologische und psychotherapeutische Behandlung 56
2.3.1 Kognitive Verhaltenstherapie 57
2.3.2 Training sozialer Kompetenzen 58
2.3.3 Kognitive Rehabilitation 59
2.4 Die Rolle der Pflege in der Behandlung 60
2.4.1 Pflege und Vermittlung 61
2.4.2 Pflege und Psychoedukation 61
2.4.3 Pflege und Medikamentencompliance 62
2.4.4 Pflege und Beziehung 63
2.4.5 Pflege und soziotherapeutische Behandlung 65
2.5 Präventionsmöglichkeiten 66
3 Spezielle Aspekte der psychiatrischen Pflege 68
3.1 Umgang mit Patienten mit akuter Psychose 68
3.1.1 Kommunikation 68
3.1.2 Nähe und Distanz 71
3.1.3 Suizidalität 72
3.2 Umgang mit Aggression und Gewalt 75
3.2.1 Deeskalationsmaßnahmen 78
3.2.2 Zwangsmaßnahmen 81

3.3 Die Rolle von Komorbiditäten für die Pflege 83
3.4 Schizophrene Patienten und deren Familien 87
3.4.1 Probleme familiärer Angehöriger 87
3.4.2 Forderungen familiärer Angehöriger 88
4 Diskussion und Ausblick 90
5 Zusammenfassung 97
6 Literaturverzeichnis 99
7 Abbildungsverzeichnis 111

Einleitung

Diskussionen rund um die Betreuung pflegebedürftiger Menschen sind ein ständiges Thema in Gesellschaft und Politik. Neben (chronisch) körperlichen Beeinträchtigungen nehmen psychische Störungen zunehmend eine bedeutende Rolle in der Versorgungsforschung ein (Stoppe, 2011). Menschen mit psychischen Störungen benötigen unterschiedlichste medizinische und psychologische Betreuung, die für Pflegekräfte große Herausforderungen bedeuten.

Ein psychisches Störungsbild, das in seiner Erscheinung eine äußerst unterschiedliche Charakteristik bei den jeweiligen Betroffenen haben kann, ist die Schizophrenie. Circa ein Prozent der Weltbevölkerung leidet an der schizophrenen Erkrankung (Maß, 2010), wobei in diesem Zusammenhang von einer prognostischen Daumenregel gesprochen wird. Demnach ist ein Drittel der erkrankten Personen in ihrer Rollenfunktion relativ unbeeinträchtigt, ein Drittel der Betroffenen weist deutliche Symptome auf, ist aber sozial relativ gut integriert; und das letzte Drittel der Erkrankten hat durch die Symptomatik der Schizophrenie eine sehr starke Beeinträchtigung und befindet sich daher häufig in stationärer Behandlung. Von diesen stark beeinträchtigten Personen sind wiederum circa 10 % dauerhospitalisiert und nicht in der Lage, sich alleine zu versorgen (Gaebel & Falkai, 2003). Diese und andere psychisch kranke Menschen benötigen oft eine lebenslange Rund-um-Versorgung, die für Medizin und Pflegewissenschaft eine zunehmende Herausforderung darstellt. Nach Weyerer (2011) sind etwa 25 % der älteren Menschen von schweren psychischen Störungen betroffen, wobei neben Demenzen, mit circa sieben Prozent, auch Alkoholerkrankungen und Psychosen einen erheblichen Teil

ausmachen. Dies bedeutet in Anbetracht der steigenden Lebenserwartung zusätzliche neue Aufgaben für die Pflege.

In der Literatur wird Schizophrenie selten aus der Sicht der Pflege betrachtet und es scheint so, als ob generell die medikamentöse Behandlung hierbei nach wie vor im Vordergrund steht. Dabei umfasst die Behandlung und Pflege von Schizophrenen neben der medikamentösen Therapie auch Psychotherapie und Soziotherapie, um die jeweilige Person bestmöglich zu rehabilitieren (Brinker, 2010). Die Symptomatik der Schizophrenie schließt ganze Symptomgruppen ein, die in Ausmaß und Intensität interindividuell stark variieren kann (Gaebel & Falkai, 2003; Maß, 2010). Ein Hauptproblem bei der Behandlung Schizophrener ist oft die fehlende Krankheitseinsicht, da die betroffenen Personen ihre Erkrankung meist selber nicht wahrnehmen können. Deshalb ist von den Ärzten und Pflegepersonen viel Einfühlungsvermögen und Verständnis erforderlich (Brinker, 2010). Hierbei stehen besonders zwischenmenschliche Interaktionen, Gespräche und Beziehungsgestaltung im Mittelpunkt, mit denen die Pflegepersonen tagtäglich konfrontiert sind. Brinker (2010) beschreibt die Pflege Schizophrener generell als eine Gradwanderung zwischen Unterstimulation, die die Negativsymptomatik der Schizophrenie begünstigen und andererseits einer Überstimulation, die wiederum die Positivsymptomatik des Patienten verstärken kann. Der Umgang mit psychisch Kranken erfordert daher viel Wissen, aber auch Geduld und Toleranz (Brinker, 2010). Es stellt sich die Frage, welche Anforderungen und Probleme an die Pflege im Zusammenhang mit psychisch kranken Patienten auftreten? In welchen Situationen sind Geduld und Toleranz gefragt, wo aber geht es um die Sicherheit der Patienten und was sind kritische Situationen im Stationsalltag?

Ziel dieser Arbeit ist es, einen Einblick in die Pflegesituation mit Patienten mit psychischen Störungen zu geben und verschiedene Teilaspekte und Probleme in diesem Zusammenhang zu beleuchten.

Diese Betrachtung anhand schizophrener Patienten vorzunehmen unterliegt folgenden Überlegungen; Einerseits bieten Personen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sehr viele unterschiedliche Symptome, auf die die Pflegepersonen differenziert eingehen und reagieren müssen. Beispielsweise stehen Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Depressionen, manische Episoden und kognitive Beeinträchtigungen ebenso im Vordergrund wie Apathie, desorganisiertes Verhalten und schlechtes soziales Funktionsniveau. Neben auftretenden medizinisch-pflegerischen Problemen oder Komorbiditäten sind auch zwischenmenschliche und psychologische Probleme, wie zum Beispiel der Umgang mit Aggression und Gewalt, Themen der psychiatrischen Pflege.

Andererseits ist die Schizophrenie eine nach wie vor stark stigmatisierende Erkrankung und Personen mit schweren psychischen Krankheiten werden teilweise immer noch von der Gesellschaft gemieden und ausgegrenzt. Diese Diplomarbeit soll daher neben pflegerischen Aspekten auch einen allgemeinen Beitrag zum besseren Verständnis dieser Erkrankung leisten.

In der folgenden Arbeit wurde bewusst auf geschlechterspezifische Bezeichnungen verzichtet und nur die männliche Form verwendet. Selbstverständlich erfolgt dies ausschließlich aus Gründen der flüssigeren Lesbarkeit.

1 Störungsbild der Schizophrenie

Die Schizophrenie ist nach wie vor eine der komplexesten psychischen Störungen, deren Behandlung beziehungsweise Symptomlinderung sich oft als sehr schwierig und langwierig erweist. Aufgrund sehr unspezifischer Symptome und oftmals einem sehr schleichenden Beginn, bleibt diese Störung meist lange unerkannt oder es kommt zu einer Reihe von Fehldiagnosen (Fleischhacker, Naber, & Lambert, 2006). Die Diagnose, die vor allem im jungen Erwachsenenalter gestellt wird, ist sehr häufig ein massiver Einschnitt in das Leben der Betroffenen, da Erkrankte nicht nur erst mit den psychischen Symptomen dieser Störung umgehen lernen, sondern oft auch mit sozialen und beruflichen Konsequenzen rechnen müssen (Maß, 2010). Da sich die Symptomatik der Schizophrenie äußerst unterschiedlich auswirken kann, gilt es seitens der medizinischen, psychologischen und vor allem pflegerischen Betreuung ein hohes Maß an Verständnis, beziehungsweise Wissen um die Erkrankung und Flexibilität im Umgang mit diesen Personen zu haben, das eine große Herausforderung für die psychiatrische Pflege darstellt. Im Folgenden soll nun das Störungsbild der Schizophrenie, deren Unterschiedlichkeit der Symptomatik sowie deren Ätiologie, Prävalenz und Verlauf genauer dargestellt werden, um die Aspekte psychiatrischer Pflege möglichst facettenreich beleuchten zu können.

1.1 Geschichtlicher Abriss zum Schizophreniebegriff

Das Störungsbild der Schizophrenie geht ursprünglich auf den deutschen Psychiater Emil Kraepelin zurück, der 1899 erstmals unter dem Begriff *Dementia praecox* Symptome beschrieb, die heutzutage dem Schizophrenie-Krankheitsbild zu zuordnen sind (Gaebel & Falkai, 2003). Dieses von ihm beschriebene Krankheitsbild war charakterisiert durch einen frühen Beginn im Erwachsenenalter und einem

progredienten Verlauf. Durch diese neue Begrifflichkeit grenzte Kraepelin dieses Störungsbild klar von dem Krankheitsbild des *manisch-depressiven Irreseins ab*, das heutzutage zu den affektiven Störungen zu zählen wäre. Diese Teilung ist nach wie vor in den aktuellen Klassifikationssystemen enthalten, die zwischen schizophrenen Erkrankungen und affektiven Störungen unterscheiden. Allerdings werden heutzutage Verbindungen zwischen diesen insbesondere in einer genetischen Prädisposition vermutet (Maß, 2010).

Diese erste systematische Beschreibung von Störungsbildern legte einen bedeutenden Grundstein in der Diagnostik von psychischen Störungen in der Geschichte der Psychiatrie. Weniger ruhmvoll waren Kraepelins eugenischen Ausführungen zu *erblicher Minderwertigkeit* und den Forderungen nach Zwangssterilisation, die dann im späteren nationalsozialistischen Deutschland zu schweren Verbrechen an psychisch Kranken führten (Maß, 2010). Der schweizer Psychiater Eugen Bleuler entwickelte das ursprüngliche Konzept der *Dementia praecox* von Kraepelin weiter und führte 1911 den Begriff *Schizophrenie* ein. Diese von Bleuler gewählte Kombination aus griechischen Wörtern sollte den Zerfall von Denkprozessen, eine Spaltung von Gedanken und Gefühlen, sowie den Realitätsrückzug bei den betroffenen Personen charakterisieren (Comer, 2008). Zusätzlich beschrieb Bleuler Grundsymptome der Schizophrenie, die zwingend für eine Diagnosestellung vorhanden sein müssen und akzessorische Symptome, die fallweise zusätzlich auftreten können. Zu den Grundsymptomen einer Schizophrenie ordnete Bleuler formale Denkstörungen, Störungen im Affekt, Ambivalenz, Autismus und Störungen des Wollens und Handelns zu. Halluzinationen, Wahnvorstellungen und katatone Symptome bezeichnete Bleuler als akzessorische Symptome, die zusätzlich zu den Grundsymptomen hinzukommen können (Maß, 2010). Kurt Schneider, ein deutscher Psychiater, unterteilte 1946 die psychopathologischen Symptome der

Schizophrenie in sogenannte Symptome ersten und zweiten Ranges. Demnach seien Erstrangsymptome, die bei Vorliegen zwingend eine Schizophrenie darstellen, folgende: „*Gedankenlautwerden; Hören von Stimmen in Rede und Gegenrede; Hören von Stimmen, die das eigene Tun mit Bemerkungen begleiten; leibliche Beeinflussungserlebnisse; Gedankenentzug und andere Gedankenbeeinflussungen; Gedankenausbreitung; Wahnwahrnehmung sowie alles „Gemachte" und Beeinflusste (Fühlen, Streben, Wollen)"* (Maß, 2010, S. 12). Damit legte Schneider im Gegensatz zu Bleuler den diagnostischen Schwerpunkt eher auf die von Bleuler genannten akzessorischen Symptome. Tatsächlich bestand über einen längeren Zeitraum hinweg wenig Einigkeit über die Diagnosekriterien für eine Schizophrenie, sodass diese Diagnose oft auch bei Unklarheit über verschiedenste nebeneinander auftretenden Symptomen gestellt wurde. Dies führte dazu, dass über Jahrzehnte hinweg, besonders in den Vereinigten Staaten Amerikas, die Diagnose Schizophrenie als „*Mülleimerkategorie*" galt, die bei all jenen Personen gestellt wurde, die verschiedenste Symptome aufwiesen und nicht klar zu einer anderen psychischen Störung zuzuordnen waren (Comer, 2008, S. 380). Diese Art von Umgang mit psychisch schwer beeinträchtigten Personen trug ebenfalls dazu bei, dass nach wie vor der Begriff Schizophrenie mit vielen Vorurteilen besetzt ist und stark stigmatisierend für Betroffene sein kann, worauf in Abschnitt 1.8 näher eingegangen wird.

Heutzutage wird unter dem diagnostischen Begriff Schizophrenie, als Weiterentwicklung der Konzeptionen von Bleuler und Schneider, eine Gruppe von seelischen Störungen beschrieben, die durch Veränderungen des Denkens und Wahrnehmens, durch Affekt- und Antriebsstörungen, durch Ich-Störungen und durch einen Verlust sozialer Kompetenzen charakterisiert sind (Lambert, 2005a). Die Diagnose Schizophrenie kann nach wie vor ausschließlich nur durch

eine umfassende klinische Untersuchung gestellt werden, da es bisher noch kein Verfahren gibt, mit Hilfe dessen die Diagnose objektiv zu sichern wäre (Gaebel & Falkai, 2003). Allerdings stehen heutzutage verschiedene internationale Klassifikationssysteme zur Verfügung, die an die ursprünglichen Konzepte Bleulers und Schneiders angelehnt sind. Die zwei international meist verwendeten Klassifikationssysteme sind die *International Classification of Diseases (ICD)*, herausgegeben von der *Weltgesundheitsorganisation (WHO)*, und das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, das von der *American Psychiatric Association (APA)* als amerikanisches Pendant zum ICD entwickelt wurde. Auf diese beiden Klassifikationssysteme und deren Unterschiede wird genauer in den Abschnitten 1.2.1 und 1.2.2 eingegangen.

1.2 Symptomatik der Schizophrenie

Bei einer voll ausgeprägten Schizophrenie können fast alle psychischen Funktionen beeinträchtigt sein, die nach Gaebel und Falkai (2003, S. 98) folgendermaßen zusammengefasst werden:

- „*Konzentration und Aufmerksamkeit*
- *Inhaltliches und formales Denken*
- *Ichfunktionen*
- *Wahrnehmung*
- *Intentionalität und Antrieb*
- *Affektivität und Psychomotorik*“

Diese Bereiche stellen eine umfassende Beeinträchtigung für die erkrankten Personen dar, wobei zu betonen ist, dass in der Regel Bewusstseinsklarheit und Orientierung klinisch unbeeinträchtigt sind (Gaebel & Falkai, 2003). Um eine spezifischere Symptombeschreibung beziehungsweise eine klare differentialdiagnostische Abgrenzung vornehmen zu können, werden Klassifikationssysteme herangezogen,

die Ein- und Ausschlusskriterien für eine Diagnose definieren. Die zwei weltweit bekanntesten Klassifikationssysteme werden im Folgenden angeführt.

1.2.1 Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2005)

Die von Kraepelin ursprünglich entwickelten Störungskategorien sind in dem von der Weltgesundheitsorganisation verwendeten Klassifikationssystem nach wie vor in seiner Grundstruktur vorhanden. Die *International Classification of Diseases (ICD)*, die sowohl medizinische als auch psychische Störungen umfasst, liegt gegenwärtig in seiner zehnten Fassung auf, wodurch dieses auch kurz *ICD-10* genannt wird. Psychische Störungen werden unter dem Kapitel *F* zusammengefasst (Comer, 2008).

Nach der ICD-10 sind schizophrene Störungen durch „*grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte*“ charakterisiert (Dilling & Freyberger, 2010, S. 93). Die allgemeinen Kriterien für eine Schizophrenie sind folgende Symptome:

1. „*Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung.*
2. *Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen.*
3. *Kommentierende Stimmen oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen.*
4. *Anhaltender, kulturell unangemessener, bizarrer und völlig unrealistischer Wahn, wie der, das Wetter kontrollieren zu können oder mit Außerirdischen in Verbindung zu stehen. […]*

5. *Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, täglich während mindestens eines Monats, begleitet von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutlichen affektiven Inhalt oder begleitet von langanhaltenden überwertigen Ideen;*
6. *Neologismen, Gedankenabreißen oder Einschiebungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit oder Danebenreden führt.*
7. *Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien oder wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus und Stupor.*
8. *„negative" Symptome wie auffällige Apathie, Sprech-verarmung, verflachte oder inadäquate Affekte*. (Dilling & Freyberger, 2010, S. 94-95)"

Um eine Diagnose nach der *ICD-10* stellen zu können, müssen mindestens ein Symptom aus den Gruppen eins bis vier oder mindestens zwei der Symptome aus den Gruppen fünf bis acht während eines Zeitraumes von circa einem Monat dauerhaft oder an den überwiegenden Tagen in diesem Zeitraum vorhanden sein.

Die *ICD-10*, als ein internationales Klassifikationssystem, führt generell in den Symptombeschreibungen psychischer Störungen auch interkulturelle Aspekte und Besonderheiten an, die gerade in der Diagnostik psychischer Störungen auch erhebliche Bedeutung haben kann. Dies ist als ein Vorteil der ICD-10 im Vergleich zu anderen Klassifikationssystemen hervorzuheben.

1.2.2 Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV (Saß, Wittchen, & Zaudig, 1998)

Um mittels des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen in seiner vierten Fassung, kurz *DSM-IV* genannt, eine Diagnose erstellen zu können, muss der Zustand der jeweiligen Person anhand fünf getrennter *Achsen* beziehungsweise Informations-

bereichen beurteilt werden. *Achse 1* bildet eine umfassende Liste an klinischen Syndromen, zu der auch die Schizophrenie und andere psychotische Störungen zählen. Auf *Achse 2* werden langandauernde Probleme beschrieben, die in zwei Hauptkategorien, geistige Behinderung und Persönlichkeitsstörungen, eingeteilt werden. Auf *Achse 3* ist es möglich, medizinische Krankheitsaspekte beziehungsweise somatische Komorbiditäten festzuhalten, die auch einen Einfluss auf die psychischen Störungen haben können. *Achse 4* dient dazu, eine Abschätzung der psychosozialen und umgebungsbedingten Probleme geben zu können. Anhand Achse 5 wird ein globaler Wert für das psychosoziale Funktionsniveau der jeweiligen Person geschätzt. Diese Einschätzung auf *Achse 5 (global assessment of functioning, GAF)* ermöglicht eine Globalbeurteilung des Funktionsniveaus in den Bereichen Psyche, soziale Beziehungen und Berufstätigkeit. Der große Vorteil des *DSM-IV* liegt in der umfassenden Beschreibung der jeweiligen Person, die wiederum den Kliniker dazu zwingt, eine exakte Erhebung der Symptome, sowie eine Fülle an Beobachtungen zu tätigen und Daten zu sammeln, bevor eine Einschätzung der betroffenen Person möglich ist (Comer, 2008). Ebenso wird beim *DSM-IV* ein besonderes Augenmerk auf die psychosoziale Funktionstüchtigkeit des Erkrankten gelegt, das für Prognose und weiteren Behandlungsverlauf valide Abschätzungen ermöglicht.

Für eine Diagnosestellung nach dem DSM-IV sind für die Schizophrenie folgende Kernsymptome notwendig (Saß, Wittchen, & Zaudig, 1998, S. 137):

1. „*Wahn*
2. *Halluzinationen*
3. *Desorganisierte Sprechweise*
4. *Grob desorganisiertes oder katatones Verhalten*
5. *Negative Symptome*“

Auch nach dem amerikanischen *DSM-IV*-Klassifikationssystems gilt, dass mindestens zwei der angeführten Symptome über einen Monat bestehen müssen, um die Diagnose Schizophrenie stellen zu können. Als weiteres Kriterium für diese Diagnose muss der *GAF*-Wert, der anhand der *Achse 5* eingeschätzt wird, unter das Ausgangsniveau der jeweiligen Person gefallen sein.

Sowohl bei der Klassifikation des ICD-10 als auch des DSM-IV werden als ein eigenes Symptom die negativen Symptome genannt. Was man darunter versteht und welche Symptome unter Positivsymptomatik zusammengefasst werden, soll der nachfolgende Abschnitt erläutern.

1.2.3 Positiv- und Negativsymptomatik

Seit den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts werden die Symptome der Schizophrenie in Positiv- und Negativsymptomatik eingeteilt. Unter Positivsymptomatik, auch Plus- oder Produktivsymptomatik genannt, werden all jene Symptome zusammengefasst, die als pathologische Überschussreaktion oder als zusätzliche bizarre Verhaltensweisen anzusehen sind und über das alltägliche Erleben hinausgehen. Zu den positiven Symptomen zählen Wahnvorstellungen, Halluzinationen, desorganisiertes Denken und Sprechen sowie ein inadäquater Affekt (Comer, 2008). Besonders die Positivsymptomatik kann ein sehr bizarres und eigentümliches Verhalten bei den Betroffenen hervorrufen und ist generell diagnostisch leichter eruierbar. Trotz dieser oft sehr auffälligen und bizarr anmutenden Symptomatik gilt die Positivsymptomatik als subjektiv weniger beeinträchtigend und leichter behandelbar als die Negativsymptomatik (Lambert, 2005a).

Als Negativsymptome werden solche Symptome bezeichnet, die als pathologische Defizite des Verhaltens anzusehen sind. Zu diesen gehören Spracharmut, abgestumpfter oder flacher Affekt, Störungen des Willens und sozialer Rückzug (Comer, 2008). Besonders die Negativsymptome gelten als schwerer behandelbar und äußerst

beeinträchtigend im Alltag des Patienten. Patienten mit ausgeprägter negativer Symptomatik weisen im Vergleich zu Patienten mit vorwiegend Positivsymptomatik ein schlechteres soziales Funktionsniveau, eine schlechtere prämorbide Anpassungsfähigkeit, vermehrte kognitive Störungen sowie häufig erweiterte Hirnventrikel auf. Je nach stärkerer Ausprägung der Symptomatik im positiven oder negativen Bereich über einen gewissen zeitlichen Abschnitt wird auch von positiver oder negativer schizophrener Episode gesprochen (Lambert, 2005a).

Aufgrund neuester Untersuchungen wird die bloße Einteilung der Schizophreniesymptomatik in Positiv- und Negativsymptome zunehmend als Übersimplifizierung angesehen. Neben dieser Zweiteilung wird immer häufiger auch von kognitiven Symptomen, ebenso desorganisiertes Syndrom oder Desorganisationsfaktor genannt, gesprochen, die im Folgenden erläutert werden.

1.2.4 Kognitive Beeinträchtigungen

Bereits 1911 betrachtete Bleuler kognitive Störungen als charakteristische und pathogenetisch bedeutsame Symptome der Schizophrenie (Moritz, 2005). Untersuchungen zeigten, dass mehr als 80% der schizophrenen Patienten von kognitiven Beeinträchtigungen betroffen (Moritz, 2005; Sachs, 2009) und diese unabhängig von Krankheitsverlauf und medikamentöser Behandlung sind (Sachs, 2009). Mittlerweile wird angenommen, dass kognitive Beeinträchtigungen, auch neuropsychologische Defizite genannt, ein Kernsymptom der Schizophrenie sind (Lautenbacher & Möser, 2004; Keefe R. , 2008; Riedel & Spellmann, 2010), da diese schon als Frühwarnsymptome vor Krankheitsausbruch vorhanden sind und keine Folgeerscheinung der medikamentösen Therapie darstellen, wie ursprünglich angenommen (Moritz, 2005). Die Beeinträchtigungen Schizophrener liegen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Lernen und Gedächtnis,

Exekutivfunktionen, motorische Funktionen, Funktionen der Sprache und in der Emotions- und Gesichtserkennung (Sachs, 2009). Es zeigte sich, dass kognitive Beeinträchtigungen bei Schizophrenen nicht nur im Vergleich zu Gesunden bestehen, sondern auch im Vergleich zu Personen mit zum Beispiel bipolarer Störung oder schweren Depressionen wesentlich stärker ausgeprägt sind (Tuulio-Henriksson, et al., 2011). Zunehmend werden allerdings nicht nur kognitive Leistungseinbußen in den beschriebenen Bereichen bei Schizophrenie untersucht, sondern auch sogenannte *metakognitive Störungen* schizophrener Erkrankter. Bei *metakognitiven Störungen* handelt es sich um Beeinträchtigungen in der Fähigkeit zur Introspektion und Einschätzungsfähigkeit der eigenen kognitiven Leistung, sowie um Beeinträchtigungen in der Fähigkeit Lösungsstrategien zur Bewältigung von Aufgaben zu entwickeln (Moritz, 2005).

Die große Bedeutung von kognitiven Störungen liegt in dem bereits mehrfach nachgewiesenen Zusammenhang zwischen kognitiver Beeinträchtigung Schizophrener und deren allgemeinem Funktionsniveau (Green, 2006). Die Fähigkeit zur sozialen Beziehungsgestaltung, Selbstständigkeit und Arbeitsfähigkeit kann durch kognitive Störungen massiv beeinträchtigt sein. Ebenso ist ein gewisses Maß an kognitiver Leistungsfähigkeit Voraussetzung für eine notwendige Krankheitseinsicht und Compliance, um einen Behandlungserfolg bewirken zu können (Moritz, 2005) und daher von äußerst hoher Bedeutung für die psychiatrische Pflege. Zusätzlich haben neuropsychologische Defizite eine hohe prognostische Relevanz, da sie Krankheitsmanifestationen und Krankheitsverläufe gut vorhersagen können (Lautenbacher & Möser, 2004). Trotz der Bedeutung kognitiver Beeinträchtigungen bei schizophrenen Patienten zählen diese bisher noch nicht zu den diagnostischen Kriterien schizophrener Störungen, obwohl dies auch eine wesentliche Information für Pflegekräfte im Umgang mit Schizophrenen wäre.

1.3 Prävalenz und Ätiologie der Schizophrenie

Die Lebenszeitprävalenz, jene Wahrscheinlichkeit, dass ein Mensch in seinem Leben an Schizophrenie erkrankt, wird weltweit zwischen 0,5 und 1,6% angegeben. Männer und Frauen scheinen gleich häufig betroffen zu sein, jedoch bricht diese Störung bei Männern meist früher aus. Im Schnitt erkranken Männer zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr, Frauen zwischen 25 und 30 Jahren. Der Grund für das spätere Erkranken beim weiblichen Geschlecht wird in der protektiven Wirkung des Östrogens vermutet (Falkai, 2007). Studien aus den Vereinigten Staaten Amerikas konnten zeigen, dass die Prävalenzzahlen für Personen afroamerikanischer Herkunft fast doppelt so hoch sind wie jener Personen weißer Abstammung. Dies scheint unabhängig von sozioökonomischer Schichtzugehörigkeit zu sein, sodass eine höhere Prädisposition für Schizophrenie bei Menschen mit afrikanischer Herkunft angenommen wird (Folsom, Fleisher, & Depp, 2006).

Die Ursachen für das Auftreten einer Schizophrenie sind nach wie vor weitgehend unbekannt. Es wird ein multifaktorielles Bedingungsmodell angenommen, das sich aus biologischen, psychologischen und soziokulturellen Faktoren zusammensetzt. Meist wird dafür ein *Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell* als Erklärungsmodell herangezogen. Demnach tritt eine schizophrene Störung bei jenen Personen auf, die eine biologische Vulnerabilität besitzen und zusätzlich enorme Belastungen erfahren. Das Zusammenwirken mehrerer Belastungen führt schließlich zu einer Dekompensation, im Sinne eines Krankheitsausbruchs (Falkai, 2007).

1.3.1 Biologische Ansätze

Zu den biologischen Belastungsfaktoren werden genetische Ursachen, im Sinne von Risikogenen gezählt, die durch Studien an Verwandten schizophrener Personen, Zwillingsuntersuchungen oder schizophrener

Adoptivkinder und Chromosomen oder Genkartierungen belegt wurden. Es zeigte sich, dass das Erkrankungsrisiko von 1% in der Durchschnittsbevölkerung bei Verwandten ersten Grades (Eltern, Geschwister und Kinder Schizophrener) auf das 10fache ansteigen kann (Falkai, 2007). Bei eineiigen Zwillingen besteht sogar eine Wahrscheinlichkeit von 30-80% dass bei Erkrankung eines Zwillings auch der Zweite erkranken wird (Grunst & Sure, 2010). Bei zweieiigen Zwillingen besteht ein Risiko von circa 17%, dass der zweite Zwilling ebenfalls erkrankt (Comer, 2008). Mittlerweile konnten verschiedene Risikogene, sogenannte *Kandidatengene*, eruiert werden, die mit einem höheren Schizophrenierisiko verbunden sind. Da diese Kandidatengene aber vermutlich evolutionär einen adaptiven Vorteil bei der Herausbildung höherer kognitiver Funktionen wie Intelligenz und Sprache mit sich bringen, werden diese stetig weitervererbt und begründen die Tatsache, wonach das Erkrankungsrisiko über die Zeit hinweg weltweit nicht abnimmt (Maß, 2010). Andererseits wird angenommen, dass das Zusammenspiel verschiedener Gene das Schizophrenierisiko ansteigen lässt (Comer, 2008). Diese Vermutungen zeigen, dass bisher genetische prädispositionierende Faktoren belegt wurden, jedoch noch präzisere Ergebnisse zur Wirkungsweise zwischen Kandidatengenen und der Schizophrenieerkrankung fehlen.

Ein weiterer biologischer Erklärungsansatz liegt in der sogenannten *Dopaminhypothese*. Demnach feuern die Neuronen, die durch den Neurotransmitter *Dopamin* aktiviert werden, zu oft, wodurch es zu einer Überaktivierung kommt, die die psychotische Symptomatik der Störung bedingen. Mittlerweile wird diese Theorie vermehrt bezweifelt, allerdings steht außer Frage, dass bei schizophrenen Patienten die Dopaminsynapsen überaktiviert sind und eine Senkung der Dopaminaktivität mittels Psychopharmaka die Symptome deutlich lindern (Comer, 2008).

Weiters konnten bei schizophrenen Personen veränderte Hirnstrukturen festgestellt werden. Einerseits zeigte sich, dass bei diesen Patienten eine Minderdurchblutung des Frontallappens vorherrscht, andererseits eine Vergrößerung der Hirnventrikel, die besonders mit einer stärker ausgeprägten Negativsymptomatik korrelieren (Comer, 2008). Zusätzlich konnten bisher mütterliche Virusinfekte, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sowie Cannabiskonsum als biologische Risikofaktoren für eine Schizophrenie identifiziert werden (Falkai, 2007).

1.3.2 Soziokulturelle Ansätze

Neben dem Problem der Etikettierung und Stigmatisierung psychisch Kranker, auf das im Zusammenhang mit Schizophrenie in Abschnitt 1.8.1 näher eingegangen wird, werden auch dysfunktionale Beziehungen innerhalb der Familie als Auslöser für Schizophrenie angesehen. Es wird angenommen, dass bestimmte Familienmuster für die Entstehung und Aufrechterhaltung dieser Erkrankung verantwortlich sind. Eine häufig diskutierte These hierzu ist die sogenannte *Double-bind-Kommunikations-Hypothese*. Nach dieser Hypothese kommunizieren Eltern permanent mit sich gegenseitig ausschließenden Doppelbotschaften, auf die das Kind nicht adäquat reagieren kann. In diesem Zusammenhang setzt sich die Kommunikation nach dem Anthropologen Gregory Bateson aus einer verbalen Ebene, der *Primärkommunikation*, und einer der verbalen Kommunikation widersprüchlichen emotionalen oder mimischen Kommunikation, der *Metakommunikation*, zusammen. Da das Kind allerdings bestrebt ist, auf die jeweilige Botschaft adäquat zu reagieren, kommt es zu Belastungen, auf die das Kind nach der *Double-bind-Kommunikations-Theorie* nur mit psychotischen Symptomen reagieren kann.

Ein anderer soziokultureller Ansatz, der Hinweise zur Aufrechterhaltung psychotischer Krankheitsphasen liefert, liegt in der Beobachtung von

familiären Interaktionsmustern, die als *high expressed emotion (high EE)* bezeichnet werden (Gaebel & Falkai, 2003). Es konnte beobachtet werden, dass schizophrene Patienten, die nach stationären Aufenthalten in die familiäre Pflege kamen, zum Teil schneller rückfällig wurden als Patienten, die in Heime entlassen wurden. Bei genauerer Betrachtung dieser Familien mit höherer Rückfallquote konnte ein besonders emotionsreicher Umgang der Familie mit dem Patienten beobachtet werden. Diese starke Gefühlsbetonung, die sich negativ im Sinne von Nörgeln und Kritik oder positiv im Sinne von ängstlicher Besorgtheit um den Patienten äußern kann, führte zu einer vierfach höheren Rückfallquote bei Patienten als ein sachlicher Interaktionsstil. Dieser Interaktionsstil sollte jedoch nicht pathologisch angesehen werden, sondern zeigt eher, wie Familien mit dieser belastenden Situation umgehen (Comer, 2008).

Diese soziokulturellen Erklärungsansätze liefern einen wichtigen Input für die psychiatrische Pflege, da besonders die Beziehungsgestaltung zwischen Pfleger und Patient im Mittelpunkt der Pflege steht.

1.3.3 Psychologische Ansätze

Zu den psychologischen Störungsursachen der Schizophrenie zählen die bereits unter Abschnitt 1.2.4 erwähnten neurokognitiven Defizite, die als ein besonders bedeutender Vulnerabilitätsfaktor angesehen werden. Ein weiterer kognitiver Erklärungsansatz befasst sich mit der Entstehung von Wahnphänomenen; Untersuchungen zeigten, dass Schizophrene einerseits überzufällig häufig voreilige Schlüsse ziehen, das man auch *jumping to conclusion* nennt, und andererseits, sich mit Inhalten, die mit dem momentan vorherrschenden Wahnkonstrukt zu tun haben, mit äußerst wenigen Informationen rasch zufrieden geben (Comer, 2008). Nach dieser These wird durch das rasche Schlussfolgern und der geringen Informationsaufnahme ein

Wahnkonstrukt leichter gebildet und länger aufrechterhalten, was ein Erklärungsansatz für Wahnsymptomatik sein kann.

Ein psychologischer Erklärungsansatz, der äußerst kritisiert wurde, aber eine hohe Popularität erreichte, war die Annahme, dass sogenannte *schizophrenogene Mütter*, die wegen ihrer kalten, dominierenden und nicht-emotionalen Verhaltensweise Schizophrenie bei ihren Kindern auslösen. Diese Theorie von *Frieda Fromm-Reichmann (1948)* steht eng im Zusammenhang mit der *Double-bind-Kommunikations-Theorie*, da sogenannte *schizophrenogene Mütter* aufopfernd liebevoll und ablehnend zugleich sein sollen, und ihre Kinder dazu benutzen würden, ihre eigenen Bedürfnisse zu stillen. Diese ambivalente Beziehungsstruktur dieser Mütter schaffe nach der Theorie die Voraussetzung für eine schizophrene Entgleisung der Kinder. Die Theorie konnte allerdings nie eindeutig bestätigt werden und wurde zunehmend kritisiert, da sie eine zusätzliche Belastung für Mütter darstellt (Comer, 2008).

Der eindeutige Nachweis von sozialen und psychischen Ursachen bei der Entstehung der Schizophrenie ist generell zwar noch nicht gelungen, allerdings konnte belegt werden, dass sich psychosoziale Faktoren deutlich auf den Verlauf der Störung auswirken. Sogenannte *life events*, belastende Lebensereignisse oder Traumata, werden als Auslöser einer Schizophrenie angesehen (Grunst & Sure, 2010).

1.4 Krankheitsstadien und Verlaufsformen der Schizophrenie

Einer schizophrenen Erstmanifestation gehen im Schnitt fünf Jahre unspezifischer Symptomatik oder Verhaltensauffälligkeiten voraus, bevor es zum Ausbruch oder zu einer Diagnose kommt (Gaebel & Falkai, 2003). Diese Zeit kann von Fehldiagnosen und falschen Behandlungsansätzen begleitet sein. Aufgrund der Unspezifität dieser Störung und einer meist stark verbreiteten Unwissenheit innerhalb des

sozialen Bezugssystems, wird eine Schizophrenie meist lange nicht erkannt oder erst dann, wenn eindeutig psychotische Symptome wahrzunehmen sind (Fleischhacker, Naber, & Lambert, 2006).

Prinzipiell unterscheidet man drei verschiedene Krankheitsstadien: eine *Prodromalphase*, auch *Prodrom* genannt, eine *akute*, auch als *aktive* oder *floride Krankheitsphase* bezeichnet, und eine *Residualphase* (Lambert, 2005b; Comer, 2008; Maß, 2010).

1.4.1 Prodromalphase

Als Prodrom werden erste Symptome und frühe Krankheitsauffälligkeiten bezeichnet, die schon vor einem Krankheitsausbruch bestehen und erste Hinweise zur Erkrankung liefern können. Die Prodromalphase der Schizophrenie kann einerseits gekennzeichnet sein durch sehr unspezifische Symptome wie depressive Verstimmung, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie andererseits durch psychosenahe Symptome wie Wahrnehmungsveränderungen oder Beziehungsideen (Maß, 2010). Im Zusammenhang mit schizophrenen Störungen kommt es häufig auch zu einem starken kognitiven Leistungsabfall oder einem plötzlichen Leistungsknick (Gaebel & Falkai, 2003). Dieser geht auch oft mit sozialem Rückzug, eigenartigen Gewohnheiten oder unangemessenem Affekt einher (Comer, 2008). Generell ist das Prodrom ein retrospektives Konzept, da erst nach Ausbruch der Störung eine Prodromalphase diagnostiziert werden kann, (Maß, 2010) die prinzipiell Monate bis Jahre dauert. Je unspezifischer und länger der Beginn ist, desto schwieriger entwickelt sich die Behandlung (Grunst & Sure, 2010).

1.4.2 Floride Phase

In der Akutphase oder floriden Phase, die durch psychosozialen Stress ausgelöst werden kann (Comer, 2008), treten die schizophrenen

Symptome immer weiter in den Vordergrund, können aber starken Schwankungen unterliegen. Generell herrscht ein Wechsel von akuten psychotischen Symptomen und Remissionen vor (Maß, 2010). Unter Remissionen versteht man die spontane Besserung der Symptome beziehungsweise das Zurücktreten dieser. Dieser Wechsel, der auch oft als Welle oder Episode bezeichnet wird (Grunst & Sure, 2010), ist typisch für die Schizophrenie.

1.4.3 Residualphase

Oft kommt es zu einer Remission der Positivsymptomatik und einer gleichzeitigen Zunahme der Negativsymptomatik, die als Residualphase oder Residuum bezeichnet wird (Lambert, 2005b). Obwohl die Symptome der Akutphase zurückgetreten sind, verbleiben die Patienten oft in einem allgemein stark beeinträchtigten Zustand (Comer, 2008). Die meist vorherrschende Negativsymptomatik gilt als medikamentös schwerer behandelbar (Lambert, 2005a), sodass viele Personen unter einer Restsymptomatik zu leiden haben.

1.4.4 Verlaufsformen

Der Verlauf einer schizophrenen Störung kann generell eine hohe inter- und intraindividuelle Variabilität aufweisen, der auch abhängig von der Gesellschaft sein kann. So konnte nachgewiesen werden, dass schizophrene Patienten in Entwicklungsländern stärker familiär unterstützt werden als in den Industrieländern, was sich günstig auf den Krankheitsverlauf auswirken kann (Comer, 2008). Abgesehen von soziokulturellen Einflüssen werden die unterschiedlichen Verlaufsformen der Schizophrenie nach der *ICD-10* (Dilling & Freyberger, 2010) folgendermaßen kategorisiert, wie Abbildung 1 veranschaulicht.

Ein *kontinuierlicher Verlauf* bedeutet, dass sich die schizophrene Symptomatik stetig zunehmend verschlechtert, während bei episodischen Verläufen die Symptomatik Schwankungen unterliegt.

Unter einem *episodischen Verlauf mit zunehmendem Residuum* versteht man, dass es in den Phasen der Symptomverbesserung zu einem stetigen Anstieg der Negativsymptomatik kommt; im Gegensatz zu einem *episodischen Verlauf mit stabilem Residuum*, wonach die Residualsymptomatik gleichbleibend ist. Bei einem *episodisch remittierenden Verlauf* tritt keine verbleibende Symptomatik auf und die Symptomatik verschwindet während dieser Episoden gänzlich. Unter einer *unvollständigen Remission* versteht man eine starke Besserung des Zustandsbildes, wobei im Vergleich zu einer *vollständigen Remission* eine gewisse Restsymptomatik bestehen bleibt (Maß, 2010).

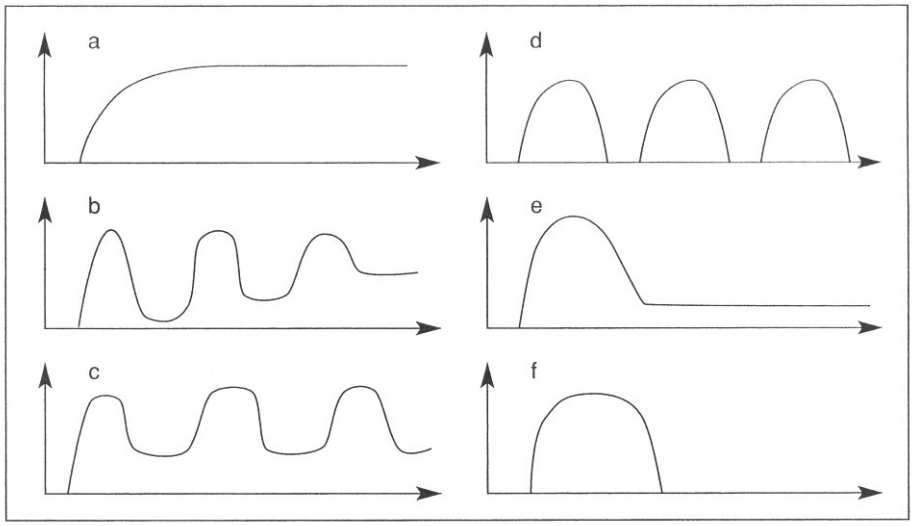

Abbildung 2:
Verlaufsformen der Schizophrenie nach ICD-10 (a: kontinuierlich; b: episodisch, mit zunehmendem Residuum; c: episodisch, mit stabilem Residuum; d: episodisch remittierend; e: unvollständige Remission; f: vollständige Remission)

Abbildung 1: Verlaufsformen der Schizophrenie laut ICD-10 Klassifikation aus Maß (2010, S. 27)

Diese äußerst unterschiedlichen Krankheitsverläufe der Schizophrenie zeigen, wie facettenreich und unterschiedlich sich diese Störung auf die Betroffenen auswirken kann und dass daher auch ein hohes Maß an Flexibilität seitens der zuständigen Pflegepersonen vorherrschen muss.

1.5 Subtypen und Differentialdiagnostische Abgrenzungen der Schizophrenie

Um das Störungsbild der Schizophrenie von anderen Störungsbildern abgrenzen zu können, aber auch die möglichen Subtypen der Schizophrenie zu beschreiben, werden diese nun im Folgenden anhand der ICD-10-Klassifikation kurz vorgestellt. Die Beschreibung der Subtypen anhand der ICD-10 begründet sich darin, dass dieses Klassifikationssystem in Österreich für die Diagnosestellung und Abrechnung bei Krankenkassen herangezogen wird (Bundesministerium für Gesundheit, 2012). Die Schizophrenie, als übergeordnete Störung, wird laut *ICD-10* im Kapitel *F2* mit dem Code *F20* kodiert, jede weitere der sechs Subtypen wird mit einer dritten Zahl kodiert. Meist kommen diese Subtypen nicht in reiner Form vor, sondern können ineinander übergehen, sich abwechseln oder kombiniert vorkommen (Stricker-Jannan, 2004).

1.5.1 Paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0)

Die *paranoide Schizophrenie* ist durch die zwei hervorstechenden Symptome, Wahnideen und Halluzinationen, gekennzeichnet. Die Wahnvorstellungen können dabei sehr bizarre Ideen beinhalten und bei den Halluzinationen handelt es sich meist um akustische Halluzinationen, die auf die Betroffenen stark beeinflussend einwirken können (Comer, 2008). Sowohl die Stimmung und der Antrieb als auch die Sprache sind meist auffallend verändert (Dilling & Freyberger, 2010) und daher Leitsymptome einer Schizophrenie paranoider Ausprägung.

1.5.2 Hebephrene Schizophrenie (ICD-10: F 20.1)

Bei dieser Subtypisierung der Schizophrenie stehen die affektiven Veränderungen sowie das desorganisierte Denken und Sprechen im Vordergrund, wodurch dieser Typ auch als *desorganisierte*

Schizophrenie bezeichnet wird (Comer, 2008). Besonders häufig treten Manierismen und inadäquate Affektivität bei dieser Subtypisierung auf. Im Vergleich zur paranoiden Schizophrenie sind Halluzinationen und Wahnvorstellungen eher flüchtig und bruchstückhaft (Dilling & Freyberger, 2010).

1.5.3 Katatone Schizophrenie (ICD 10: F20.2)

Beim *katatonen Typus* sind psychomotorische Störungen im Vordergrund. Diese können die Extreme Übererregung oder katatoner Stupor annehmen und mit Zwangshaltungen oder – stellungen einhergehen. Charakteristisch sind episodische starke Erregungs-zustände sowie traumähnliche passive Phänomene, die mit Halluzinationen verbunden sein können (Dilling & Freyberger, 2010).

1.5.4 Undifferenzierte Schizophrenie (ICD 10: F20.3)

Die Diagnose der *undifferenzierten Schizophrenie* wird dann gestellt, wenn die allgemeinen Kriterien für eine schizophrene Erkrankung bei der betroffenen Person vorhanden, allerdings nicht eindeutig einer bisher genannten Subtypisierung zuzuordnen sind (Dilling & Freyberger, 2010).

1.5.5 Postschizophrene Depression (ICD 10: F20.4)

Als eine *postschizophrene Depression* werden Episoden mit deutlich depressiver Stimmung bezeichnet, die zeitlich an eine schizophrene Erkrankung anschließen, wobei zusätzlich weiterhin schizophrene Symptome bestehen. Falls die schizophrene Symptomatik abklingt und rein die affektiven Komponenten vorhanden sind, sollte die Diagnose auf eine *depressive Episode (F32.x)* abgeändert werden (Dilling & Freyberger, 2010).

1.5.6 Schizophrenes Residuum (ICD 10: F20.5)

Als *schizophrenes Residuum*, das bereits unter Abschnitt 1.4.3 angeführt wurde, wird ein chronisches Stadium der Schizophrenie bezeichnet, in der „*eine eindeutige Verschlechterung von einem frühen zu einem späteren Stadium vorliegt und das durch langandauernde, jedoch nicht unbedingt irreversible „negative" Symptome und Beeinträchtigungen charakterisiert ist. Hierzu gehören psychomotorische Verlangsamung, verminderte Aktivität, Affektverflachung, Passivität und Initiativemangel, qualitative und quantitative Sprachverarmung, geringe nonverbale Kommunikation durch Gesichtsausdruck, Blickkontakt, Modulation der Stimme und Körperhaltung, Vernachlässigung der Körperpflege und nachlassende soziale Leistungsfähigkeit.*" (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2005, S. 100)

1.5.7 Schizophrenia simplex (ICD 10: F20.6)

Dieses seltene und schwer diagnostizierbare Störungsbild, das als Charakteristik eine stark ausgeprägte Negativsymptomatik ohne vorausgehende Produktivsymptomatik hat, ist ein Zustand merkwürdigen Verhaltens mit einer Verschlechterung der allgemeinen und sozialen Rollenerfüllung. Von dieser Diagnose, als ein Subtyp der Schizophrenie, wird aber von den Autoren der *ICD-10* deutlich abgeraten (Dilling & Freyberger, 2010), da diese sehr unspezifisch ist.

Zusätzlich werden im Kapitel *F2* des *ICD-10* noch weitere Störungsgruppen beschrieben, die sogenannten *schizotypen Störungen (F21)*, *anhaltende wahnhafte Störungen (F22), akute vorübergehende psychotische Störungen (F23), induzierte wahnhafte Störungen (F24), schizoaffektive Störungen (F24)* sowie die *sonstigen nichtorganischen psychotischen Störungen (F28)* und *nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychosen (F29)* (Dilling & Freyberger, 2010). Diese sind der Schizophrenie ähnliche, aber trotzdem von dieser

klar abgrenzbare Störungsbilder. Für eine detaillierte Beschreibung dieser weiteren Störungsbilder aus dem schizophrenen Störungskreis sei der Leser auf die *ICD-10* (Dilling & Freyberger, 2010) verwiesen.

1.6 Diagnostik der Schizophrenie

Die Diagnostik der Störung und die genaue Erfassung der einzelnen vorherrschenden Symptome ist ein wesentlicher Ausgangspunkt der psychiatrischen Behandlung. Um pflegerische Maßnahmen im Rahmen einer psychiatrischen Betreuung Schizophrener festlegen und optimieren zu können, muss die aktuelle Symptomatik der Betroffenen ausreichend exploriert werden. Dies stellt auch einen Baustein des psychiatrischen Pflegeprozesses dar (Stockwell, 2002), auf den in Abschnitt 2.4 eingegangen wird.

Prinzipiell gibt es noch kein Verfahren, das die Diagnose Schizophrenie objektiv sichern könnte, daher wird diese nach wie vor klinisch gestellt (Gaebel & Falkai, 2003) und basiert auf einer Reihe von Informationsquellen. Generell sollte der diagnostische Prozess von einer theorie-unbelasteten Beschreibung der vorherrschenden psychopathologischen Symptome über eine möglichst konkrete Beschreibung und Benennung dieser bis zu einer Diagnosestellung erfolgen. Am Anfang des diagnostischen Prozesses steht also eine ausführliche Anamnese sowie eine Exploration der biographischen und krankheitsanamnestischen Vorgeschichte. Um ein genaueres Bild der vorliegenden Symptomatik zu erhalten, wird empfohlen, Bezugspersonen des Patienten, insbesondere dessen Familie, miteinzubeziehen (Lambert, 2005b). Der Einbezug von Bezugspersonen stellt generell eine wichtige Ressource für die Arbeit mit dem Patienten dar, insbesondere im Bereich der Pflege (siehe Abschnitt 3.4).

Es gibt bereits eine umfassende Auswahl an Methoden und Verfahren, die eine systematische Beschreibung der Störung zulassen und eine

Symptomeinschätzung erleichtern. Bevor nun im Folgenden ein kurzer beispielhafter Einblick mit *strukturierten klinischen Interviews*, *Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren* sowie *psychologischen Testverfahren* zur genaueren Beschreibung der Schizophrenie folgt, soll an dieser Stelle noch auf die Notwendigkeit einer umfassenden körperlichen Untersuchung hingewiesen werden.

1.6.1 Physische Abklärung

Eine körperliche Durchuntersuchung ist vor der Stellung der Diagnose Schizophrenie unbedingt notwendig, um differentialdiagnostisch eine organische psychotische Störungen ausschließen zu können. Im Falle einer vorliegenden physischen Grunderkrankung, die eine psychotische Symptomatik bedingen kann, darf die Diagnose Schizophrenie nicht gestellt werden, auch wenn die psychopathologischen Kriterien dafür erfüllt wären. Bei psychotischen Erstmanifestationen wird daher vor der Stellung einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis eine komplette körperliche und neurologische Untersuchung, mit zusätzlicher Abklärung der kognitiven Leistungsfähigkeit, empfohlen. Ebenso sollten ein Blutbild, Leber-, Nieren- und Schilddrüsenwerte, ein Drogen-Screening und eine orientierende strukturelle Bildgebung des Gehirns, im Sinne eines CTs oder MRTs, erhoben werden. Letzteres sollte durchgeführt werden, um raumfordernde oder entzündliche Prozesse im Gehirn ausschließen zu können (Maß, 2010).

1.6.2 Strukturierte klinische Interviews

Verfahren zur störungsspezifischen Abklärung einer Diagnose sind zum Beispiel klinische Interviews, die herangezogen werden, um strukturierte Anamnesen und eine anschließende Diagnosestellung zu ermöglichen. Strukturierte klinische Interviews bestehen üblicherweise

aus vorformulierten symptom- und störungsspezifischen Fragenkomplexen in der Form eines Leitfadens (Fröhlich, 2010).

Ein Verfahren, das höchste Popularität erreichte, ist das *Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse I: Psychische Störungen (SKID-I)* von Wittchen, Zaudig und Fydrich (1997). Dieses semistrukturierte Interview, das nach dem Klassifikationsystem *DSM-IV* aufgebaut ist, ermöglicht Diagnosestellungen psychischer Störungen nach den Definitionen der *Achse I* des *DSM-IV* und eine Symptomerfassung über einen zeitlichen Verlauf hinweg (Maß, 2010).

Ein noch umfangreicheres standardisiertes Interview zur Erfassung psychischer Erkrankungen, stellt das *Composite International Diagnostic Interview*, kurz *CIDI* (Wittchen & Semler, 1990) genannt dar, das nach den Kriterien von ICD-10 und DSM-IV aufgebaut ist. Es wurde in Zusammenarbeit mit der *Weltgesundheitsorganisation (WHO)* erstellt und hat einen diagnostischen Schwerpunkt hinsichtlich psychotischen Erkrankungen. Durch den stark strukturierten Aufbau ermöglicht das *CIDI* auch eine Anwendung von wenig erfahrenen Personen und wird daher auch oft in epidemiologischen und nicht nur rein klinischen Untersuchungen verwendet (Lambert, 2005b; Maß, 2010).

Eine Weiterentwicklung des *CIDI* ist das *DIA-X* von Wittchen und Pfister (Wittchen & Semler, 1997), das ebenfalls wie die bereits genannten Verfahren zur Diagnostik zahlreicher psychischer Störungen dient. Damit können Diagnosen für den aktuellen Störungszustand und die vorausgehende Vorgeschichte gestellt werden.

1.6.3 Fremdbeurteilungsverfahren

Zur Verlaufsdokumentation der Störung beziehungsweise zwecks Dokumentation von Veränderungen durch therapeutische Maßnahmen eignen sich allerdings auch kürzere Verfahren (Lambert, 2005b), als die bisher vorgestellten. Als Beispiel für eine kurze und nach wie vor häufig eingesetzte Skala zur exakten Symptombeschreibung

sei die *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)* von Overall und Gorham (1962) genannt. Diese Skala besteht aus 18 Symptomen, deren Schweregrade auf einer siebenstufigen Skala, von „*nicht vorhanden*" bis „*extrem stark*", eingeschätzt werden. Die 18 Symptomgruppen der *BPRS* sind „*Sorge um die (körperliche) Gesundheit*", „*Angst*", „*Emotionale Zurückgezogenheit*", „*Zerfall der Denkprozesse*", „*Schuldgefühle*", „*Gespanntheit*", „*Manieriertheit, Affektiertheit, Positur*", „*Größenideen*", „*depressive Stimmung*", „*Feindseligkeit*", „*Misstrauen, paranoide Inhalte*", „*Halluzinationen*", „*Motorische Verlangsamung*", „*unkooperatives Verhalten*", „*ungewöhnliche Denkinhalte*", „*affektive Abstumpfung, Verflachung*", „*Erregung*" und „*Orientierungsstörungen*" (Maß, 2010).

Zwei Fremdbeurteilungsskalen, die der *BPRS* stark ähneln, jedoch speziell zur Dokumentation für Symptome der Schizophrenie erstellt wurden, sind die *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)* von Kay, Fiszbein und Opler (1987) und die *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)* von Andreasen (1981). Bei der PANSS handelt es sich um eine Skala zur detaillierten Beschreibung von 30 Symptomgruppen, die in die sogenannten positiven, negativen und globalen Symptome der Schizophrenie eingeteilt sind. Diese erlaubt eine detaillierte Beschreibung aller Symptome, die bei einer Schizophrenie auftreten können.

1.6.4 Selbstbeurteilungsverfahren

Verfahren, die die subjektive Sicht des Patienten abbilden können, sind äußerst wichtig, um die Intensität von Symptomen und die damit verbundenen Einschränkungen und Belastungen für die Betroffenen messbar zu machen. Meist handelt es sich bei diesen Verfahren um Fragebögen, die Symptome und ihre subjektiv wahrgenommene Intensität abfragen. Solche Fragebögen sind zum Beispiel das *Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (ESI)* von Maß (2001) und der

Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (FBF) von Süllwold (1991). Bei beiden Verfahren wird selbstständig eingeschätzt inwieweit Aussagen zutreffen. Dadurch gelingt eine Einschätzung der vom Patienten subjektiv wahrgenommenen Symptomatik und deren Belastungen für den Betroffenen.

Ein ganz anderer Zugang hat die *Beck Cognitive Insight Scale* (Beck, Baruch, Balter, Steer, & Warman, 2004), kurz BCIS genannt. Diese dient der Erfassung der „kognitiven Einsicht", ein psychologisches Konzept zur Erklärung der vorhandenen Krankheitseinsicht eines Patienten (Maß, 2010). Wie bereits erwähnt, ist mangelnde Krankheitseinsicht eines der Hauptprobleme in der Behandlung und Betreuung schizophrener Patienten, da diese mit einer geringen Compliance und einer ungünstigen Prognose einhergehen können. Kognitive Einsichtsfähigkeit, im Sinne der Fähigkeit zur Objektivierung, Relativierung, Korrigierbarkeit und angemessenem Schlussfolgern, wird als Voraussetzung angesehen, eine Krankheitseinsicht entwickeln zu können (Maß, 2010). Die BCIS versucht verschiedene Denkstile zu erheben, die Personen dazu befähigen, Standpunkte zu hinterfragen, mögliche eigene Irrtümer zu erkennen und die Gedanken einer anderen Person einzunehmen, um dieses Konstrukt der Krankheitseinsicht zu erheben.

1.6.5 Testverfahren zur Abklärung kognitiver Leistungsfähigkeit

Wie bereits im Abschnitt 1.2.4 erwähnt, treten bei Schizophrenen kognitive Beeinträchtigungen überzufällig häufig auf (Tuulio-Henriksson, et al., 2011; Kalkstein, Hurford, & Gur, 2010; Keefe R. , 2008; Kravariti, et al., 2009; Lencz, et al., 2005; McGurk & Mueser, 2004) und werden daher immer häufiger zu Kernsymptomen der Schizophrenie gezählt (Riedel & Spellmann, 2010). An dieser Stelle seien drei Testverfahren genannt, die speziell diejenigen Aspekte kognitiver Leistungsfähigkeit erfassen, die bei Schizophrenen beeinträchtigt sein

können. Die *MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB)* von Nüchterlein und Green (2006) ist eine umfassende psychologische Testbatterie zur Erfassung kognitiver Leistungsfähigkeit in den Bereichen Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis, verbales Lernen und Gedächtnis, visuelles Lernen und Gedächtnis, Problemlösefähigkeiten, Verarbeitungsgeschwindigkeit und soziale Kognition (Nüchterlein & Green, 2006). Die MCCB, mit einer Mindestbearbeitungsdauer von 70 Minuten, bietet die Möglichkeit im Rahmen einer umfassenden psychodiagnostischen Abklärung kognitive Defizite festzustellen.

Ein kürzeres störungsspezifischeres Verfahren ist die *Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS)* von Keefe et al. (2004), die mit einer durchschnittlichen Bearbeitungszeit von 40 Minuten ebenfalls eine gute Abschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit bietet (Keefe, Goldberg, Harvey, Poe, & Coughenour, 2004).

Da kognitive Beeinträchtigungen Studien zufolge bereits vor Krankheitsausbruch vorhanden sind (Lencz, et al., 2005), wird auch in der Schizophrenieforschung versucht, mittels psychodiagnostischer Screening-Verfahren eine Krankheitsfrüherkennung zu ermöglichen. Ein solches Screening-Verfahren stellt das *Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP)* von Purdon (2005) dar. Dieses kurze diagnostische Testverfahren bildet in fünf Untertests die kognitiven Bereiche Arbeitsgedächtnis, unmittelbares und verzögertes verbales Lernen, Wortflüssigkeit und psychomotorische Geschwindigkeit ab (Purdon, 2005). Durch seine kurze Testdauer und der einfachen Anwendung, könnte diesem auch im Rahmen der Pflege eine große Bedeutung zukommen, um bei Verdacht auf kognitive Defizite dieses kurze Screening seitens Pflegepersonen durchführen zu können.

1.7 Komorbiditäten der Schizophrenie

Unter Komorbiditäten versteht man allgemein die Anwesenheit weiterer Störungen zur bereits Vorhandenen (Fröhlich, 2010), somatischer oder psychischer Natur. Aus bisherigen Studien ist bekannt, dass circa 50% der schizophrenen Patienten an physischen Komorbiditäten leiden, insbesondere an Diabetes Mellitus, Hypertonie, Osteoporose, Erkrankungen des Atmungstraktes und Übergewicht (Cimpean, Torrey and Green, 2005, zitiert nach Weiser, et al., 2009). Die hohen Prävalenzzahlen somatischer Erkrankungen als Komorbiditäten der Schizophrenie können auf einen ungesunden Lebensstil wie Zigarettenrauchen, Fehlernährung, Bewegungsmangel, unzureichende Hygienemaßnahmen oder ungeschützten Geschlechtsverkehr zurückgeführt werden (Weiser, et al., 2009). Besonders hoch sind die Zahlen bei Suchterkrankungen als Komorbiditäten bei schizophrenen Patienten. Untersuchungen zufolge konsumieren bis zu 60% Schizophrener regelmäßig Substanzen, vor allem Nikotin, Alkohol, Cannabis und Kokain (Margolese, Malchy, Negrete, Tempier, & Gill, 2004). Verschiedenste Faktoren für diese hohen Prävalenzraten für die Doppeldiagnose Schizophrenie und Sucht wurden bisher untersucht.

Eine Hypothese, die gerade bei Schizophrenen einen möglichen Erklärungsansatz bietet, ist die Hypothese der Selbstmedikation (Batel, 2000). Der Konsum psychotroper Substanzen und die damit verbundenen, meist positiv besetzten ausgelösten Stimmungen und Gefühle, können nicht nur von den belastenden Symptomen ablenken, sondern nach Batel (2000) auch die Negativsymptomatik lindern. Dies sind allerdings nur kurzfristige Erleichterungen für die Betroffenen. Langfristig verstärkt ein Substanzkonsum die Anzahl an akuten psychotischen Episoden und Komplikationen in der Behandlung (Batel, 2000).

Im Folgenden sollen nun auf die Substanzen Nikotin, Alkohol und Cannabis eingegangen werden, da diese in Bezug auf die Schizophreniesymptomatik und auf die Pflegesituation in Institutionen eine große Bedeutung haben, wie auch noch in Abschnitt 3.3 genauer beschrieben wird.

1.7.1 Nikotin

Aus Metaanalysen ist bekannt, dass circa 59% der Personen, die an einer Psychose erstmals erkrankt sind, zum Zeitpunkt der Erstbehandlung Nikotin in Form von Zigaretten konsumieren (Myles, Newdall, Curtis, Nielssen, Shiers, & Large, 2012). Nikotin ist unter den konsumierten Substanzen bei schizophrenen Patienten an erster Stelle und kann als prädispositionierender Risikofaktor für weiteren Substanzkonsum angesehen werden (Margolese, Malchy, Negrete, Tempier, & Gill, 2004). Im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen rauchen Männer mit Schizophrenie siebenmal häufiger und schizophrene Frauen dreimal häufiger; Schizophrenie scheint ein zusätzlicher Vulnerabilitätsfaktor zu sein, Raucher zu werden (De Leon & Diaz, 2005). Die Gründe für diese erhöhten Prävalenzraten liegen in den subjektiv empfundenen Vorteilen für Schizophrene; Nikotinkonsum lindert vorübergehend akustische Halluzinationen (Margolese, Malchy, Negrete, Tempier, & Gill, 2004) und gewisse Nebenwirkungen mancher Medikationen. So fassen Weiser et al. (2009) in ihrer Metastudie zusammen, dass Zigarettenkonsum die Negativ-symptomatik der Schizophrenie lindern kann, insbesondere die extrapyramidalen Symptome, die in Form von Bewegungsstörungen oder -einschränkungen auftreten können. Zusätzlich wird Zigarettenkonsum zur vorübergehenden Steigerung der Konzentration und zur Reduktion von negativen Gefühlen und Ängsten sowie zur Ablenkung von Langweile eingesetzt (Weiser, et al., 2009). Gerade die Reduktion von Langweile oder die Möglichkeit zur sozialen Interaktion

durch den Kontakt mit anderen Rauchern sind ganz wesentliche Aspekte psychiatrischer Pflege, die Berücksichtigung seitens der involvierten Personen finden müssen.

1.7.2 Alkohol

Alkoholmissbrauch ist bei Schizophreniepatienten circa zweimal bis viermal häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung (Kilian, Becker, Krüger, Schmid, & Frasch, 2006; Steinert, 2008). Anders als Tabakkonsum kann Alkohol Nebenwirkungen der Psychopharmaka, wie zum Beispiel extrapyramidale Symptome, verstärken (Goldman, 1999). Schizophrene, die Alkohol missbräuchlich konsumieren, berichten verstärkt von Halluzinationen und Depressionen im Vergleich zu Schizophrenen ohne Alkoholkonsum (Pulver, Wolyniec, Wagner, Moorman, & McGrath, 1989) und sind daher oft stärker belastet. Mehr schizophrene Männer konsumieren Alkohol als schizophrene Frauen und das Alter bei Erstmanifestation der Schizophrenie ist bei Männern mit Alkoholmissbrauch niedriger als bei Männern, die nicht konsumieren (Pulver, Wolyniec, Wagner, Moorman, & McGrath, 1989). Starker Alkoholkonsum scheint bei dieser Patientengruppe mit Paranoia, desorganisiertem Sprechen, Depressionen und suizidalen Handlungen hoch korreliert zu sein (Drake, Osher, & Wallach, 1989). Grund für erhöhten Alkoholkonsum bei Schizophrenen ist die bereits erwähnte Ablenkung von schizophrener Symptomatik im Sinne der Selbstmedikation. Für die Patienten besteht die Hoffnung, dass sie durch die Rauschzustände vor den stark akustischen Halluzinationen entfliehen können, auch wenn Alkohol längerfristig die Symptomatik verschlechtert.

Ein weiteres Problem ist das erhöhte Aggressionspotential, das bei Personen mit vermehrtem Alkoholkonsum anzutreffen ist. Statistisch betrachtet gehen psychische Störungen mit einem erhöhten Gewaltrisiko einher, insbesondere bei Personen mit Alkoholmissbrauch

bei akuten Psychosen (Steinert, 2008). Dieses spezielle Problem bei der Doppeldiagnose Alkoholkonsum und Schizophrenie wird in Kapitel 3.2 genauer beleuchtet.

1.7.3 Cannabis

Cannabis spielt im Zusammenhang mit Schizophrenie eine besondere Rolle. Es wird vermutet, dass Cannabiskonsum die Entwicklung des präfrontalen Kortex stört und daher die Entstehung einer Schizophrenie begünstigt (Huber & Braus, 2005). Cannabiskonsum erhöht, in Abhängigkeit des Ausmaßes des Konsums, das Risiko an einer Schizophrenie zu erkranken um den sechsfachen Faktor. Zusätzlich scheint regelmäßiger Cannabiskonsum, ähnlich wie Alkoholmissbrauch, das Ersterkrankungsalter einer Schizophrenie zu verringern und gilt als stärkster Prädiktor für einen psychotischen Rückfall (Gouzoulis-Mayfrank, 2006). Nach Gouzoulis-Mayfrank (2006) kann der Cannabiskonsum als pharmakologischer Stressor bei der Entstehung bezeichnet werden, da dieser maßgeblich an der Entwicklung einer Schizophrenie beteiligt ist. Cannabiskonsum kann die Positivsymptomatik verschlechtern (Schmitt & Braus, 2005) und spielt daher sowohl bei der Entstehung als auch bei dem Weiterbestand der Schizophrenie eine große Rolle.

Zusammenfassend kann daher festgehalten werden, dass Substanzkonsum bei schizophrenen Patienten zu einer Verschlechterung der Symptomatik führen kann sowie zu einer anhaltenden Psychose und einem schlechteren psychosozialen Funktionsniveau. Zusätzlich ist bei der Doppeldiagnose Schizophrenie und Suchterkrankung generell die Medikamentencompliance sehr gering (Margolese, Malchy, Negrete, Tempier, & Gill, 2004), was eine adäquate Behandlung dieser Patienten stark erschwert und weitere Problembereiche für die Pflege schafft.

1.8 Schizophrenie und Alltag

Schizophrene Patienten sind durch ihre Symptomatik in vielen Bereichen des alltäglichen Lebens oft stark eingeschränkt. Wie bereits einleitend erwähnt, ist circa ein Drittel der schizophrenen Patienten in ihrer beruflichen und psychosozialen Rollenfunktion deutlich beeinträchtigt. Besonders kognitive Defizite sind für das Arbeitsleben und soziale Beziehungen problematisch (Green, Kern, & Heaton, 2004; McGurk & Mueser, 2004) und erschweren das eigenständige Wohnen sowie die selbstständige Lebensführung (Green, 2006). In einer Untersuchung von Green (2006) konnte gezeigt werden, dass kognitive Leistungsdefizite auch stärkeren Einfluss auf den Alltag der Patienten haben als die psychotische Symptomatik der Schizophrenie. Der Grund für Schwierigkeiten im Alltag durch kognitive Defizite liegt darin, dass kognitiv Beeinträchtigte mehr Fehler bei Aufgaben machen (Green, 1996) und dies in Arbeits- und Ausbildungssituationen zu Problemen führt. Fehlende soziale Kognitionen und Defizite in der Aufmerksamkeitsleistung können die soziale Rollenerfüllung beeinträchtigen (Shamsi, et al., 2011). Zusätzlich ist oft bei Schizophrenen die Gesichts- und Emotionserkennungsfähigkeit herabgesetzt (Sachs, 2009), das wiederum zu einem reduzierten emotionalen Verständnis Schizophrener in komplexen sozialen Interaktionen führt (Baslet, Termini, & Herbener, 2009).

Dies hat erhebliche negative Auswirkungen auf alle Bereiche des sozialen und beruflichen Lebens dieser Menschen. Der Einbezug von Angehörigen ist daher auch eine notwendige Voraussetzung für ein gutes psychosoziales Funktionsniveau des Patienten und verbessert oft neben Psychoedukation die Lebensqualität der Patienten (Maurel, et al., 2011). Generell scheint eine Verbesserung der subjektiv empfundenen Lebensqualität bei schizophrenen Patienten nicht direkt mit einer Verbesserung der Symptomatik im Zusammenhang zu stehen

(Wilson-d'Almeida, Karrow, Bralet, Bazin, & Falisard, 2011), das ein wichtiges Ergebnis für die Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Patienten darstellt.

In diesen Ergebnissen liegt auch die Bedeutung für die psychiatrische Pflege, da der Umgang mit schizophrenen Patienten durch die Symptomatik erheblichen Kommunikationsproblemen unterliegen kann. So können neben Defiziten in der sozialen Kognition beispielsweise auch Halluzinationen, Wahnvorstellungen und Aufmerksamkeitsdefizite in einer akuten Psychose dafür verantwortlich sein, dass ein Patient relevante Sachverhalte oder Informationen nicht mitbekommt. In diesem Zusammenhang spricht Brinker (2010) von der sogenannten *Filterstörung*. Es gelingt dem Psychosepatienten nicht, auf ihn einströmende irrelevante Reize auszublenden und zu ignorieren, sodass er alle Außenreize wahrnimmt und sich nicht auf einen spezifischen Reiz, zum Beispiel das Gesprochene der Pfegekraft, konzentrieren kann (Brinker, 2010). In weiterer Folge kann es passieren, dass der Patient die für ihn wichtigen Inhalte nicht mitbekommt und eine Kommunikation mit ihm nicht möglich ist oder Inhalte falsch verstanden werden. Eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit kann zu Aggressionen, depressivem Rückzug oder anderen Verhaltensauffälligkeiten führen (Kief, 2010).

Zusätzlich können Wahnvorstellungen das Verhalten einer Person leiten und ebenso ein Grund für aggressive Verhaltensweisen sein. Neben Fremdgefährdung durch aggressives Verhalten ist es wichtig, das Thema Selbstgefährdung bei Schizophrenen zu erwähnen. Selbstgefährdung darf hierbei nicht nur im Sinne von suizidalen Handlungen, auf die in Abschnitt 3.1.3 näher eingegangen wird, verstanden werden, sondern auch im Sinne von unbewusster Selbstverletzung. Zu unbewussten Selbstverletzungen können Selbstgefährdung durch Unachtsamkeit im Straßenverkehr, Körperschäden durch Substanzmissbrauch, Infektionen durch

Drogenmissbrauch, mangelnde bis fehlende Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme und schwerste Verwahrlosung gezählt werden (Steinert, 2008). Besonders bei schwer verlaufenden Schizophrenien sind diese Formen der Selbstverletzung oft über Jahre hinweg zu beobachten. Fehlende Krankheitseinsicht und fehlende Möglichkeit zur medikamentösen ambulanten oder stationären Behandlung führen in Kombination mit den gesetzlich festgelegten bürgerlichen Freiheiten Erwachsener oft zu prekären Konsequenzen für schizophrene Patienten. So können diese Faktoren häufig zu Obdachlosigkeit, Verwahrlosung und zu anderen Gefährdungen der materiellen, sozialen und physischen Existenz beitragen, das wiederum zur Folge haben kann, dass diese Personen komplett aus diversen Hilfesystemen herausfallen und sich selbst überlassen sind (Steinert, 2008).

1.8.1 Schizophrenie als Stigma

Die Diagnose Schizophrenie ist nach wie vor mit vielen Irrtümern und Fehlinterpretationen behaftet, das sich gesellschaftlich in Filmen und Aussagen zeigt. Für viele Laien ist der Begriff Schizophrenie, der frei übersetzt „Spaltungsirresein" bedeutet (Maß, 2010), mit der Annahme assoziiert, dass Schizophrene zwei Seelen oder zwei Persönlichkeiten hätten, zwischen denen sie wechseln würden. Dabei scheint oft die Geschichte des schottischen Schriftstellers *Robert Louis Stevenson* von *Dr. Jekyll and Mr. Hyde* für viele Laien das Bild eines Schizophrenen zu verkörpern (Kasper & Bauer, 2008). Diese Sichtweise wird nach wie vor oft in Medien und in der Literatur verwendet, sodass Schizophrene mit falschen Theorien und Annahmen über ihre Erkrankung konfrontiert sind. Neben den Alltagsproblemen, mit denen Schizophrene zu kämpfen haben, führen stigmatisierende Äußerungen zu gesellschaftlicher Isolation, Ausgrenzung und Vorurteilen sowie in weiterer Folge zu Arbeitslosigkeit, Verarmung und Obdachlosigkeit (Kasper & Bauer, 2008). Die Diagnose Schizophrenie ist daher von

vielen Patienten besonders schwierig anzunehmen, was aber wiederum zu einer Non-Compliance gegenüber der Behandlung führen kann und dies in weiterer Folge zu einem ungünstigeren Krankheitsverlauf. Dadurch kann sich ein Teufelskreis rund um die Behandlung Schizophrener schließen; ein Nicht-Annehmen der Diagnose kann zu einer Non-Compliance führen, die wiederum in einem ungünstigen Krankheitsverlauf münden kann, der mit Arbeitslosigkeit und Verwahrlosung und eventuellen kriminellen Handlungen im Zusammenhang steht. Dadurch werden Vorurteile gegenüber Schizophrenen benötigt, sodass diese erst recht wieder stigmatisiert werden.

So betrachtet haben Personen mit Schizophrenie ein doppeltes Risiko für materielle und soziale Existenzbedrohung. Nicht nur die Symptomatik, und die damit verbundenen Alltagsprobleme, sondern auch die gesellschaftliche Stigmatisierung können zu einer massiven Ausgrenzung aus kulturellen Rahmenbedingungen führen. Es gilt daher massive Aufklärungsarbeit in der Gesellschaft zu leisten, über das Krankheitsbild der Schizophrenie aufzuklären und eine Entstigmatisierung dieser Patienten zu erreichen. Nur so kann der Teufelskreis zwischen Symptomatik und sozialer Rollenerfüllung in dieser negativen Weise durchbrochen werden. Zusätzlich müssen therapeutische Maßnahmen so konzipiert sein, dass eine Verbesserung der Symptomatik so schnell wie möglich erreicht werden kann, sodass Folgekomplikationen erst gar nicht entstehen.

2 Behandlung der Schizophrenie

Generell gilt die Schizophrenie nach wie vor zu den schwer behandelbaren Störungen, wobei aber seit der Entdeckung der antipsychotischen Medikation in den 50er Jahren des vorigen Jahrhunderts wesentlich mehr Erfolge erzielt werden. Die Gabe von Psychopharmaka gilt daher als wesentliche Komponente in der Behandlung der Schizophrenie und ist oft die Voraussetzung für Krankheitseinsicht und realitätsbezogenes Denken (Comer, 2008). Aufgrund der Annahme einer multifaktoriellen Genese bei schizophrenen Störungen, die sich aus neurobiologischen, psychologischen und sozialen Teilfaktoren zusammensetzt, ist aber auch die Therapie mehrdimensional orientiert. Daher sollten die therapeutischen Angebote die biologisch-somatischen, psychologisch-psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Bereiche gleichermaßen beachten werden (Gaebel & Falkai, 2003).

Prinzipiell unterscheidet man bei der Schizophrenie die Akutbehandlung und die Langzeitbehandlung, die aber nicht zwei getrennte Ansätze beinhalten, sondern lediglich verschiedene Schwerpunkte setzen. Auch aus der Sicht der Pflege sind Akut- und Langzeitbehandlung zu unterscheiden, da diese für Pflegende differenzierte Rahmenbedingungen bedeuten. Die Anforderungen, Inhalte und Problemstellungen an die Pflege sind allerdings ähnlich, auf die in Abschnitt 2.4 näher eingegangen wird.

2.1 Akut- und Langzeitbehandlung der Schizophrenie

Eine Akutbehandlung ist jeweils dann erforderlich, wenn es zum Krankheitsausbruch oder zu einer akuten Verschlechterung bei einem episodischen Verlauf der Schizophrenie kommt. Bei einer akuten

Verschlechterung, also einem Krankheitsrückfall, können zwei Arten von Verschlechterungen unterschieden werden; einerseits das Wiederauftreten von schizophrenen Symptomen nach einer längeren beschwerdefreien Zeit, und andererseits eine Verschlimmerung von permanent vorhandener Positivsymptomatik (Meer Lueth & Needham, 2006). Gründe für einen Rückfall sind vor allem die Medikamenten-Noncompliance, aber auch psychosoziale Faktoren sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch (Ayuso-Gutiérrez & del Rio Vega, 1997).

In der Akutbehandlung wird vordergründig die Remission oder Suppression der Positivsymptomatik angestrebt (Gaebel & Falkai, 2003). Dies kann durch Psychopharmaka erreicht werden, wobei nach Gaebel und Flakai (2003) im optimalen Fall eine Distanzierung zu den psychotischen Phänomenen und dadurch Einsicht und Korrektur von Wahninhalten erfolgen kann. Die Behandlung in der Akutphase wird überwiegend stationär durchgeführt und durch eine Gabe von Neuroleptika kommt es in der Regel bei 60-70 Prozent aller Fälle nach vier bis sechs Wochen zu einer deutlichen Symptomreduktion (Gaebel & Falkai, 2003). Studien konnten zeigen, dass eine rechtzeitige somatische Behandlung einer schizophrenen Erstmanifestation einen günstigen Einfluss auf die Langzeitprognose hat und einer Chronifizierung entgegenwirken kann (Gaebel & Falkai, 2003). Aus diesen Gründen ist die Früherkennung dieser Störung von größter Bedeutung.

Die Langzeitbehandlung sollte an die Akutphase anschließen und eine überdauernde Symptomverbesserung und eine Rezidivprophylaxe zum Ziel haben, bei der die Einnahme von Neuroleptika sinnvoll ist. Diese Therapieempfehlungen stützen sich auf Forschungsergebnisse, die zeigen konnten, dass in einem Zeitraum von zwei Jahren ohne Verabreichung von Neuroleptika in etwa 80 Prozent der Fälle mit einem Rückfall gerechnet werden muss. Demgegenüber kommt es nur bei 40-50 Prozent der Personen zu einer Symptomverschlechterung,

wenn Neuroleptika eingenommen werden. Aus den bisherigen Untersuchungen wurden klinische Richtlinien abgeleitet, die eine niedrigdosierte Dauerbehandlung von ein bis zwei Jahren nach erstmaligem Auftreten schizophrener Symptomatik ausdrücklich empfehlen. Nach zwei oder mehreren Manifestationen ist eine Neuroleptika-gestützte Therapie für mindestens fünf Jahre angeraten. Nach einer akuten Verschlechterung ist die rezidivprophylaktische Neuroleptikawirkung unter kontrollierten Bedingungen bis zu fünf Jahre gesichert (Gaebel & Falkai, 2003) und daher ein Baustein der Standardbehandlung bei Schizophrenie.

Wie aber bereits erwähnt, sind komplementäre nicht-pharmakologische Therapieformen für die Behandlung gleichermaßen bedeutend (Gaebel & Falkai, 2003). Fleischhacker, Naber und Lambert (2006) sehen die Integration der Pharmakotherapie in einen Gesamtbehandlungsplan im Sinne einer langfristigen, setting-übergreifenden, multimodalen Behandlung als grundlegend, um Therapieerfolge erzielen zu können. Neben der medikamentösen Therapie schließt die multimodale Therapie alle Behandlungsformen ein, bei denen eine Effektivität bei psychotischen Störungen nachgewiesen werden konnte. Nach Fleischhacker, Naber und Lambert (2006) sind das vor allem die kognitive Verhaltenstherapie, Psychoedukation, Familienintervention, das Training sozialer Kompetenzen oder Interventionen zur (baldigen) Reintegration in Schule und Beruf. Ganz wesentlich für eine längerfristige Behandlungscompliance sind einerseits der Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung („*shared decision making*“) mit dem Betroffenen und dessen Familie (Hamann, Leucht, & Kissling, 2003) und andererseits die positive Einstellung zur Pharmakotherapie, die vor durch die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung beziehungsweise Arzt-Familien-Beziehung in der akuten Aufnahmesituation vermittelt wird und den weiteren Behandlungsverlauf prägt (Day, et al., 2005).

In den folgenden Kapiteln erfolgt anhand von Beispielen ein Einblick in pharmakologische, psychologische, psychotherapeutische und pflegerische Therapiebausteine.

2.2 Medikamentöse Behandlung

Vereinfacht ausgedrückt sind bei schizophrenen Patienten Dysbalancen in verschiedenen Neurotransmittersystemen vorhanden (Lambert, 2005c). Es wird davon ausgegangen, dass die Positivsymptomatik, wie zum Beispiel Wahn und Halluzinationen, mit einer Dopamin-Hyperaktivität im mesolimbischen System einhergeht. Der Negativsymptomatik, wie Anhedonie, Sprachverarmung oder Affektverflachung, soll eine Hypoaktivität im mesokortikalen System zugrunde liegen (Fleischhacker, Naber, & Lambert, 2006). Es gilt daher, mittels Psychopharmaka diese Dysbalancen wieder auszugleichen und ein Gleichgewicht im Neurotransmittersystem herzustellen.

Wie bereits erwähnt, führte die Entdeckung der Wirkung der Psychopharmaka zu einem enormen Aufschwung und fundamentalen Veränderungen in der Schizophreniebehandlung. Zuvor waren viele Schizophrene dauerhaft in Krankenhäusern und Langzeiteinrichtungen untergebracht. Mit der Erkenntnis um die Wirkung des ersten Antipsychotikums (Chlorpromazin) im Jahre 1952 und deren Einführung, ging die Hospitalisierungsrate drastisch zurück (Lambert, 2005c). Heutzutage sind nur mehr circa drei Prozent aller Schizophrenen dauerhaft in Krankeneinrichtungen untergebracht (Gaebel & Falkai, 2003).

Den Begriff *Neuroleptikum* prägte der französische Psychiater Delay, der 1955 diesen Namen für das *Chlorpromazin* und all jene Pharmaka vorschlug, die einerseits eine antipsychotische Wirkung erzielen und andererseits zu extrapyramidalen Nebenwirkungen führen. Diese konventionellen Neuroleptika, die heutzutage *Antipsychotika der*

ersten Generation genannt werden, können in hoch-, mittel- und niedrig- beziehungsweise schwachpotente Substanzen eingeteilt werden. Diese Einteilung, auch als „*neuroleptische Potenz*“ (Lambert, 2005c, S. 42) bezeichnet, ist ein Maß für die Affinität des Neuroleptikums an *Dopamin-D_2-Rezeptoren* zu binden. Durch diese Rezeptorbindung kommt die antipsychotische Wirkung auf die Positivsymptomatik zustande, sodass Symptome wie Wahn und Halluzinationen zurückgehen beziehungsweise verschwinden. Hochpotente Neuroleptika haben eine äußerst hohe Affinität an *Dopamin-D_2-Rezeptoren* zu binden, wodurch eine geringere Dosis angewendet werden muss, um dieselbe antipsychotische Wirkung zu erreichen, wie ein niedriges potentes Neuroleptikum. Die klinische Relevanz liegt allerdings in den mit dem Konzept der *neuroleptischen Potenz* verbundenen extrapyramidalen Nebenwirkungen; hoch-potente Neuroleptika gehen mit stärkeren extrapyramidalen Begleiterscheinungen einher, die sich in unkontrollierten Bewegungen und Zuckungen äußern können. Aufgrund dieser oft teilweise massiven neurologischen Nebenwirkungen, wurden seit den 1970er Jahren des vorigen Jahrhunderts die sogenannten *atypischen Antipsychotika*, oder auch *Antipsychotika der zweiten Generation*, entwickelt und erprobt. Die großen Vorteile der atypischen Antipsychotika im Vergleich zu den typischen Antipsychotika sind folgende; im wirksamen Dosierungsbereich treten kaum bis gar keine extrapyramidalen Nebenwirkungen auf; sie haben zusätzlich eine überlegenere Wirksamkeit auf die schizophrene Negativsymptomatik sowie eine bessere Wirksamkeit bei therapieresistenten Personen; und zeigten bisher eine höhere Effizienz bei der Behandlung kognitiver Störungen (Lambert, 2005c).

Neben Vorteilen der antipsychotischen Medikation für schizophrene Patienten, sind häufige Nebenwirkungen wie starke Gewichtszunahmen, aufgrund veränderter Appetit- und

Sättigungskontrolle, sowie endokrine Nebenwirkungen, wie zum Beispiel der Anstieg des Prolaktinspiegels, der zu Sexualstörungen oder unangenehmen Nebenwirkungen wie zum Beispiel Galaktorrhoe führen kann, zu erwarten. Auch Blutbildveränderungen und gastrointestinale Nebenwirkungen, wie Mundtrockenheit und Verstopfung, können bei Antipsychotika als unerwünschte Nebenwirkungen auftreten (Fleischhacker, Naber, & Lambert, 2006) und sollten bei der Pflege Schizophrener Berücksichtigung finden. Besonders die unerwünschten Nebenwirkungen der Psychopharmaka sind für das subjektive Erleben der betroffenen Patienten von großer Relevanz und müssen seitens des Betreuungsteams bei der medizinischen Nutzen-Risiko-Analyse sorgfältig abgewogen werden (Fleischhacker, Naber, & Lambert, 2006).

2.3 Psychologische und psychotherapeutische Behandlung

Psychopharmakologische Therapiebausteine sind notwendig, allerdings nicht ausreichend für eine umfassende Behandlung der Schizophrenie. Durch pharmakologische Unterstützung können Denk- und Wahrnehmungsstörungen gemildert werden, sodass ein schizophrener Patient in der Lage ist, an einer Behandlung aktiv mitzuwirken (Comer, 2008).

Psychotherapie ist generell in einer Akutphase der Schizophrenie nur begrenzt wirksam, doch aus den bisherigen Forschungsergebnissen konnte abgeleitet werden, dass ab einer Stabilisierung der Störung durch Medikation, eine Psychotherapie zusätzlich äußerst positive Effekte erzielen kann. Untersuchungen zeigten, dass Schizophrene, die nach einem stationären Aufenthalt mit psychotischen Erlebnissen mittels gelernter Strategien wie Ablenkung, Aufmerksamkeits-fokussierung auf bestimmte Aufgaben, Selbst-Verbalisierungen oder Entspannungstechniken, damit umgehen gelernt haben, remittierende

Krankheitsverläufe aufweisen im Gegensatz zu Personen, die sich diese Strategien nicht aneigneten. Der entscheidende Faktor hierbei war die Erkenntnis mit der psychotischen Symptomatik zurechtkommen zu können und eine gewisse Kontrolle über die psychotische Symptomatik zu haben, was augenscheinlich die Belastung dieses Zustandes lindert. Aufgrund dieser Forschungsergebnisse, die in den 80iger Jahren des 20. Jahrhunderts erzielt wurden, entwickelte sich die kognitive Verhaltenstherapie für Schizophrene (Comer, 2008).

2.3.1 Kognitive Verhaltenstherapie

Bei der kognitiven Verhaltenstherapie für schizophrene Patienten werden neben Bewältigungsstrategien für den Umgang mit Positivsymptomatik auch systematisch Wahngedanken und irrationale Überzeugungen exploriert und schrittweise hinterfragt (Comer, 2008). Diese Form der Psychotherapie kann nachweislich den Umgang mit Positiv- und Negativsymptomatik stark verbessern. Insbesondere die Krankheitseinsicht, die Behandlungscompliance und eine Reduktion von aggressiven Verhaltensweisen konnten mittels kognitiver Verhaltenstherapie verbessert werden, wie Studien zeigten (Rathod, Phiri, & Kingdon, 2010).

Beispielhaft sei an dieser Stelle das kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsmanual von Klingberg, Schaub und Conradt (2003) angeführt. Dieses Therapieprogramm, das die Rezidivprohylaxe bei schizophrenen Störungen anstrebt, sollte im Einzelsetting durchgeführt werden. Im Wesentlichen beinhaltet das Therapiemanual fünf Behandlungsstrategien (Klingberg, Schaub, & Conradt, 2003, S. 43):

1. „*Bearbeitung des Krankheits- und Behandlungskonzepts*
2. *Frühsymptom-Erkennung und Krisenmanagement*
3. *Erkennung und Bewältigung von Belastungen*
4. *Bewältigung andauernder Symptome*
5. *Einbeziehung von Angehörigen*“

Am Beginn dieses Behandlungsprogramms steht die Auseinandersetzung mit dem Krankheitskonzept durch Psychoedukation, im Sinne der Informationsvermittlung über psychotische Symptomatik und eine Förderung der Krankheitseinsicht durch Einbeziehung der Symptome des Betroffenen. Der nächste Therapiebaustein umfasst die Erkennung von eventuellen Frühsymptomen bei dem jeweiligen Patienten und die Möglichkeit in akuten Krisen oder bei Belastungen mit der auftretenden Symptomatik umzugehen und selbstständig Erleichterung zu erzielen. Ein weiterer Schritt im Manual ist die Auseinandersetzung mit individuellen Anforderungen und Belastungsfaktoren sowie die Abwägung von jeweilig zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien. Dies kann anhand des Manuals sehr personen- und situationsfokussiert für den einzelnen Patienten erarbeitet werden. Der vierte Schritt des Therapiekonzepts befasst sich mit der Bewältigung andauender Symptome und mit dem Umgang und der Akzeptanz dieser. Ein wesentlicher Punkt dieser kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapie ist der Miteinbezug von Angehörigen während des gesamten Therapiezeitraumes. Im Abstand von circa 14 Tagen finden Gespräche mit den Angehörigen des Betroffenen statt, deren Inhalte direkt bezogen und zeitlich abgestimmt auf den Patienten sind. Die Arbeit mit den Bezugspersonen des Patienten kann für alle Beteiligten entlastend sein und ein vertieftes Krankheitsverständnis bewirken (Klingberg, Schaub, & Conradt, 2003).

2.3.2 Training sozialer Kompetenzen

Soziales Kompetenztraining bei Schizophrenen hat nachweislich einen starken positiven Einfluss auf das Verhalten einer Person in sozialen Situationen. Durch das Training, das von geschultem Pflegepersonal in Rollenspielen mit dem Patienten erprobt und geübt wird, können Selbsteinschätzungsvermögen und Selbstsicherheit erhöht werden und

das psychosoziale Funktionsniveau wird verbessert. Auswirkungen dieses Trainings hinsichtlich geringerer Rückfallsraten zeigten bisher allerdings noch keine Studien eindeutig (Klingberg, Weinmann, & Becker, 2006).

Wie bereits in Abschnitt 1.2.4 erwähnt, sind Schizophrene in der Emotions- und Gesichtserkennung stark eingeschränkt. Dies ist allerdings im Umgang mit anderen beziehungsweise für ein uneingeschränktes psychosoziales Funktionsniveau unerlässlich. Ein Trainingsprogramm, das die Erkennung und Diskriminationsfähigkeit emotionaler Gesichtsausdrücke verbessert, ist das *Training zur Affekt-Dekodierung (TAD)* von Frommann, Streit und Wölwer (2003). Dieses mehrstufige Training, das aus Übungen in Kleingruppen und durch Aufgaben am Computer besteht, trainiert verschiedene Methoden im Umgang mit anderen und verbessert elementare Emotions-erkennungsprozesse bei Gesichtern und fördert deren exakte Interpretation. Das übergeordnete Ziel dieses Trainings ist eine korrekte ganzheitliche Verarbeitung emotionaler Ausdrucksfähigkeit verschiedener Intensität, die sich aus Mimik und Gestik zusammensetzt (Frommann, Streit, & Wölwer, 2003). Mittels des TAD können längerfristige Verbesserungen in der sozialen Kompetenz nachweislich erreicht werden (Wölwer, Frommann, Halfmann, Piaszek, Streit, & Gaebel, 2005; Sachs, et al., 2012), was für den Alltag Schizophrener von höchster Bedeutung sein kann.

2.3.3 Kognitive Rehabilitation

Neben mangelnder sozialer Kompetenz sind auch kognitive Einschränkungen maßgeblich an einem schlechten psychosozialen Funktionsniveau beteiligt. Beeinträchtigungen in der Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und den Exekutivfunktionen, die mit Handlungsplanung und Problemlösefertigkeiten in Verbindung stehen, sind die Haupt-probleme bei schizophrenen Patienten (Lautenbacher & Möser, 2004).

Mit Hilfe des Computertrainingsprogramms *Cogpack*, das speziell für Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis entwickelt wurde, (Marker, 2007) können kognitive Beeinträchtigungen nicht nur diagnostisch erfasst, sondern auch adaptiv Visumotorik, Auffassung, Reaktion, Aufmerksamkeitsleistungen, Merkfähigkeit sowie sprachliche, intellektuelle, ausbildungs- und berufsnahe Fertigkeiten trainiert werden (Marker, 2007). Aufgrund einer Patientenversion dieses Trainingsprogramms gibt es nicht nur die Möglichkeit des Patienten im gewohnten Umfeld selbständig zu üben, sondern auch die Option dies im stationären oder ambulanten Setting anzubieten. Das Training mit Cogpack verbessert nachweislich basale Kognitionen wie Aufmerksamkeit, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, verbales Lernen und Gedächtnis, aber auch komplexe mentale Prozesse wie Planungsfähigkeit, Rechenfertigkeiten und Aufmerksamkeitsleistungen (Sartory, Zorn, Groetzinger, & Windgassen, 2005).

2.4 Die Rolle der Pflege in der Behandlung

Pflegepersonen sind meistens im psychiatrischen Betreuungsteam jene Berufsgruppe, die am häufigsten Kontakt zu den Patienten haben. Andere Berufsgruppen, wie Psychiater, Psychologen, Ergo- und Physiotherapeuten oder Sozialarbeiter erleben Patienten oft nur punktuell oder in bestimmten Lebensbereichen, wie beispielsweise bei der Visite oder in Einzeltherapien. Mitarbeiter der Pflege gewinnen allerdings einen sehr umfassenden Einblick in das Leben der Patienten, da sie diese beim Essen, bei der Körperpflege, bei der Aufrechterhaltung oder dem Bemühen um Sozialkontakte, bei der Freizeitgestaltung und der Tagesstrukturierung, bei der Medikamenten-einnahme und bei der Regelung von finanziellen oder behördlichen Angelegenheiten erleben. Zusammengefasst sind Pflegepersonen sowohl aktiv als auch passiv mit den alltäglichen Bedürfnissen der psychisch Kranken konfrontiert. Gerade in diesen Bereichen, den so oft

unterschätzten Alltagstätigkeiten, manifestiert sich psychische Erkrankung oder Gesundheit am deutlichsten (Prins, 2006). Die Pflege nimmt daher im psychiatrischen Kontext eine beobachtende und daher auch besondere Rolle ein, die mit bestimmten Aufgaben verknüpft ist.

2.4.1 Pflege und Vermittlung

Die Aufgaben der Pflege in der Behandlung werden zunehmend in der partnerschaftlichen und unterstützenden Beziehung zwischen Patient und den verschiedenen Professionen gesehen (Meer Lueth & Needham, 2006). Pflegekräfte haben daher neben der Funktion als Ansprechpartner für eine medizinische Grundversorgung und für diverse Belange auch eine Verhandlungs- und Unterstützungsfunktion (Prins, 2006). In der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen sollte die Pflege nachhaltige Behandlungs- und Hilfsangebote für die stationäre, teilstationäre und ambulante Betreuung entwickeln und anbieten können. Als vorrangige Aufgaben der psychiatrischen Pflege werden die Psychoedukation, das Erarbeiten von Früh-warninterventionen, das Medikamentenmanagement und verschiedene Gruppenangebote wie zum Beispiel Möglichkeiten zum Erlernen sozialer Fähigkeiten, der Bewältigung von Stress oder Hilfe bei Wohn-, Freizeit-, und Arbeitsproblemen, genannt (Meer Lueth & Needham, 2006).

2.4.2 Pflege und Psychoedukation

Generell dient Psychoedukation dazu, Betroffene und deren Angehörige über eine Erkrankung und deren Behandlungsmöglich-keiten zu informieren. Zusätzlich sollen dadurch das Krankheits-verständnis und der selbstverantwortliche Umgang mit der Erkrankung gefördert sowie eine Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung geboten werden (Klingberg, Schaub, & Conradt, 2003). Neben

therapeutischen Interventionen konnte nachweislich gezeigt werden, dass psychoedukative Maßnahmen die Lebensqualität bei schizophrenen Patienten erhöhen (Maurel, et al., 2011).

Psychoedukation ist daher eine Hauptaufgabe der psychiatrischen Pflege (Meer Lueth & Needham, 2006), insbesondere bei Menschen mit Psychosen. Gerade bei einem Erstkontakt mit psychiatrischen Einrichtungen sind Pflegepersonen in einem hohen Ausmaß dafür verantwortlich, mit welchen Eindrücken und Gefühlen Patienten den einzelnen Therapien gegenüberstehen. Diese Ersterfahrungen sind daher von entscheidender Bedeutung für den weiteren Behandlungs- und Krankheitsverlauf (Prins, 2006). Neben Psychoedukation über die psychische Störung sollten auch Informationen über Strukturen der Einrichtung, über diverse beteiligte Professionen und über einzelne Therapiebausteine, wie zum Beispiel der psychopharmakologischen Therapie, erteilt werden.

2.4.3 Pflege und Medikamentencompliance

Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen müssen täglich Entscheidungen hinsichtlich des eigenverantwortlichen Selbst-Managements treffen (Meer Lueth & Needham, 2006). Dieses Selbstmanagement betrifft vor allem die bereits unter Abschnitt 2.1 angeführte Medikamenten-Compliance und die Abstinenz von Alkohol und Drogen. Für viele Patienten bedeutet ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Anstalt den ersten Kontakt mit Psychopharmaka. Sie bringen sehr unterschiedliche Ansichten und Vorstellungen über Psychopharmaka mit (Prins, 2006), die oft mit vielen Ängsten und Zweifeln, aber auch mit überhöhten Erwartungen behaftet sind. Patienten, die Psychopharmaka aus gewissen Prinzipien grundsätzlich ablehnen, bedeutet das Drängen auf Einnahme besonders viel Stress und Überwindung. Neben Aufklärung über erwünschte und unerwünschte Wirkungen seitens der Fachärzte,

können Pflegepersonen zusätzlich den Erläuterungs- und Gesprächsbedarf abdecken und dadurch Ängste und Unsicherheiten bei den Patienten verringern (Prins, 2006).

2.4.4 Pflege und Beziehung

Gerade diese Gespräche sind es, die die psychiatrische Pflege ausmachen und zur erwünschten pflegenden-haltgebenden Beziehung führen (Bernatzki, 2006). Sie besteht nach Bernatzki (2006) aus der Zuwendung zum Gegenüber, der Empathie, und dem gegenseitigen Verständnis, der Sympathie. Zusätzlich sind hierbei die Komponenten Verlässlichkeit, Sorgfalt und Respekt im Zusammenhang mit der psychiatrischen Pflege besonders wichtig. Im pflegerisch-therapeutischen Kontext, wie zum Beispiel auf einer psychiatrischen Station, sollte sich der Patient angenommen und „gut" fühlen können. Dieses Wohlbehagen kann die Pflegekraft durch das Gefühl von Sicherheit vermitteln, indem zuverlässig Anwesenheiten eingehalten und über Abwesenheiten rechtzeitig informiert wird (Bernatzki, 2006). Zusätzlich sollten Pflegekräfte Patienten die Sicherheit geben, in Krisen oder schwierigen Situationen für den Patienten da zu sein und sich Zeit für Gespräche nehmen zu können (Bernatzki, 2006). Wie eine qualitative, deskriptive Studie von Kirpal (2006) zeigen konnte, erwarten psychisch Erkrankte eine Vermittlung dieser Gefühle bereits im ersten Gespräch mit der Pflegeperson im Rahmen des Aufnahmeprozesses. Die Studienteilnehmer berichteten, dass sie sich ein bedürfnisorientiertes, flexibles und äußerst sensibles Vorgehen mit einem psychisch Kranken erhoffen (Kirpal, 2006). Pflege braucht daher auch Selbstbewusstsein und höchste soziale Kompetenz. Ähnlich wie bei Psychologen und Psychotherapeuten geht es nämlich in Gesprächen im Rahmen der psychiatrischen Pflege auch um ein Auseinandersetzen mit dem Gegenüber und den damit auslösenden Gefühlen und Gedanken bei der Pflegekraft (Bernatzki, 2006).

Psychiatrisch Pflegende, die bewusst entlastende und unterstützende Gespräche mit Patienten führen, sollten daher neben Empathie und Sympathie auch Reflexionsfähigkeit haben, um diesen Ansprüchen gerecht zu werden. Ahrens (2006) greift im Zusammenhang mit Beziehungen zwischen Pflegekräften und Patienten den Begriff der *kongruenten Beziehungspflege* auf. Dieser von Bauer (2002) geprägte Begriff umfasst ein Pflegekonzept, das eine zueinander zugewandte und fürsorgliche Beziehung zwischen Pfleger und Patient beinhaltet. Diese wohltuende Bindungsbeziehung im psychiatrischen Setting findet zwar auf der Alltagsebene statt, ist aber nicht zufällig oder ungeplant, sondern eher ein bewusstes, unterstützendes Gestalten zwischenmenschlicher Prozesse. Bei der psychiatrischen Pflege gehe es nach Ahrens (2006) daher auch nicht um Harmonie zwischen Pfleger und Patient, sondern um ein „*sich kennen*" und „*sich akzeptieren*" sowie unterstützen (Ahrens, 2006, S. 64). Die Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehung bei der Pflege kann aber nicht nur auf der psychischen Ebene festgemacht werden. Studien zeigten, dass durch eine wohltuende Bindungsbeziehung neurobiologische Veränderungen in der Amygdala und im Neurotransmittersystem entstehen, die zu einer Reduktion von Angst und Erregung und damit zu einer Verminderung von Stress führen können. Diese Ergebnisse sind nach Ahrens (2006) auch auf die psychiatrisch-pflegerische Bindungsbeziehung umlenkbar.

Die Beziehung zwischen psychisch Kranken und ihren Bezugspflegekräften ist auf alle Fälle von äußerst hoher Bedeutung für die Behandlung. Bei Schizophrenen werden die bisher dargestellten Aspekte der pflegerischen Beziehung insofern besonders relevant, da bei diesem Störungsbild oft das Vertrauen in andere Personen durch Wahn und Halluzinationen beeinträchtigt ist.

2.4.5 Pflege und soziotherapeutische Behandlung

Zu den *State of the Art* – Therapien bei Schizophrenie gehören auch die psychosozialen Therapien, basierend auf den Prinzipien Handlungsorientierung und Einsicht. In diesen Therapien übernimmt der schizophrene Patient eine aktive Rolle und das Ziel dieser Intervention ist die Änderung sozialer Interaktionen mit Einbezug des sozialen Umfelds des Patienten, wie beispielweise dessen Familie. Da die praktische Durchführung, die aus Gesprächen und Übungen besteht, oft von Pflegekräften übernommen wird (Weinmann & Becker, 2006), sei der Rolle der psychiatrischen Pflegekräfte zugeordnet. Im Vergleich zu somatischen oder individual-psychologischen Therapien liegt der Blickpunkt der Betrachtung bei den psychosozialen Therapien im *Empowerment*. Dies bedeutet, dass nicht das Ziel der Therapie der Umgang oder die Akzeptanz von Einschränkungen, Symptomen oder Defiziten ist, sondern die Förderung des Individuums zur Entfaltung von Autonomie, Selbstständigkeit und Unabhängigkeit. Zusätzlich wird ein ständiger Zuwachs an Handlungskompetenz angestrebt (Weinmann & Becker, 2006).

Psychosoziale Interventionen werden in äußerst vielen Bereichen der psychiatrischen Versorgung der Schizophrenie verwendet und in stationären oder teilstationären Behandlungssettings eng mit anderen Therapiebausteinen, wie Ergotherapie oder dem Training sozialer Fertigkeiten, kombiniert. Das zentrale Thema dieser Form von Unterstützung Schizophrener liegt in der aktiven Einbeziehung des Patienten in den therapeutischen Prozess, nicht nur im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung, sondern auch einer aktiven Mitgestaltung über Ziele und Zwecke von verfügbaren Angeboten oder Möglichkeiten (Weinmann & Becker, 2006). Durch die erlernte Handlungskompetenz und Autonomie können Schizophrene ihren

Alltag besser bewältigen und dies könnte auch eine bedeutende Rolle in der Rückfallprävention einnehmen.

2.5 Präventionsmöglichkeiten

Wie bereits in Abschnitt 2.1 erwähnt, wird empfohlen, Erstmanifestationen ein bis zwei Jahre und Mehrfacherkrankte über einen Zeitraum von bis zu fünf Jahren rezidivprophylaktisch mit antipsychotischer Medikation zu behandeln. Diese antipsychotische Rezidivprophylaxe sollte aber an das individuelle Risikoprofil der Person angepasst sein. Allerdings zeigen bisherige Rückfallstudien auch, dass trotz jahrelanger medikamentöser Rezidivprophylaxe oder Symptomsuppression das Absetzen oder Reduzieren der Antipsychotika mit einer großen Wahrscheinlichkeit zu Rückfällen beziehungsweise zum Wiederaufflammen von Positivsymptomatik führt. Es muss daher bei vielen schizophrenen Patienten davon ausgegangen werden, dass eine jahrelange medikamentöse Behandlung notwendig ist (Fleischhacker, Naber, & Lambert, 2006).

Eine primäre Präventionsmöglichkeit schizophrener Psychosen gibt es daher bis dato nicht (Gaebel & Falkai, 2003). Umso wichtiger erscheinen in diesem Zusammenhang die Unterstützung und das Aufbauen psychosozialer Fertigkeiten und Möglichkeiten im Umgang mit der schizophrenen Symptomatik. Im Vordergrund stehen tertiäre Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen. Dazu gehört die „*Strukturierung des Tagesablaufs, Beschäftigungs- und Arbeitstherapien, Vermittlung lebenspraktischer Fertigkeiten, beschütze Arbeitsplätze oder gestufte berufliche (Wieder) Eingliederung*“ (Gaebel & Falkai, 2003, S. 109). Pflegekräfte können besonders in diesen Bereichen der tertiären Präventionsmaßnahmen eine wesentliche Rolle übernehmen und so zur Gesundheitsförderung schizophrener Patienten beitragen (Meer Lueth & Needham, 2006).

Bei rehabilitativen Ansätzen im Kontext mit dem Störungsbild Schizophrenie ist es allerdings äußerst wichtig, einen interindividuell angemessenen Ausgleich zwischen sogenannter Über- oder Unterstimulation zu finden. Andernfalls kann durch Über- beziehungsweise Unterforderung der Patienten Positiv- oder Negativsymptomatik ausgelöst werden (Gaebel & Falkai, 2003).

3 Spezielle Aspekte der psychiatrischen Pflege

Das Tätigkeitsfeld der diplomierten psychiatrischen Gesundheits- und Krankenschwestern beziehungsweise -Krankenpfleger umfasst nach dem österreichischen Bundesministerium für Gesundheit die „*Beobachtung, Betreuung und Pflege sowie Assistenz bei medizinischen Maßnahmen sowohl im stationären, teilstationären, ambulanten als auch im extramuralen und komplementären Bereich von Menschen mit akuten und chronischen psychischen Störungen, einschließlich untergebrachten Menschen, Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und geistig abnormen Rechtsbrechern (§ 21 StGB) sowie von Menschen mit Intelligenzminderungen*" (Weiss, 2012, S. 73). Was in der Praxis mit *Beobachtung* von psychisch Kranken gemeint ist, wurde bereits in Abschnitt 2.4 angeschnitten. Anhand einzelner Aspekte des Störungsbildes Schizophrenie werden nun einige Besonderheiten der psychiatrischen Pflege aufgezeigt, die eine große Herausforderung für Pflegekräfte darstellen und unter den Begriffen *Betreuung* und *Pflege* oft leichtfertig subsumiert werden.

3.1 Umgang mit Patienten mit akuter Psychose

3.1.1 Kommunikation

Schizophrene Patienten in einer akuten Psychose befinden sich für Außenstehende in unverständlichen, auch als *abnorm* bezeichneten, Erlebnis- und Verhaltenswelten, oft verbunden mit der Unfähigkeit, den objektiven Gehalt von Erfahrungen oder Erlebnissen erkennen zu können. In dieser Phase der Erkrankung sind mit schweren

Beeinträchtigungen in der Kommunikationsfähigkeit sowie in der sozialen Anpassung zu rechnen (Fröhlich, 2010).

So können beispielsweise Halluzinationen, Wahnvorstellungen und Aufmerksamkeitsdefizite in einer akuten Psychose dafür verantwortlich sein, dass ein Patient relevante Sachverhalte oder Informationen nicht mitbekommt. In diesem Zusammenhang spricht Brinker (2010) von der sogenannten *Filterstörung*. Es gelingt dem Psychosepatienten nicht, auf ihn einströmende irrelevante Reize auszublenden und zu ignorieren, sodass er alle Außenreize wahrnimmt und sich nicht auf einen spezifischen Reiz, zum Beispiel das Gesprochene der Pflegekraft, konzentrieren kann (Brinker, 2010). Halluzinationen, beispielsweise in Form von dialogisierenden Stimmen, sowie Wahninhalte können als Störfaktoren maßgeblich in der Kommunikation des Patienten vorherrschend sein. Der Umgang mit Schizophrenen erfordert daher sehr viel Geduld und Toleranz seitens der Pflegenden. Für die Kommunikation mit Patienten in einer akuten Psychose gilt, besonders klare, einfache und übersichtliche Informationen zu erteilen. Der Kommunikationsstil sollte daher eindeutig sein, das heißt frei von ironischen Bemerkungen oder Anspielungen. Auch Zweideutigkeiten und komplizierte Erklärungen sowie Flüstern oder vage Aussagen gilt es auf alle Fälle zu vermeiden (Brinker, 2010). Dies könnte nämlich aufgrund der meist vorherrschenden paranoiden Reaktions-bereitschaft der Patienten missgedeutet werden und zusätzlich Schwierigkeiten im Umgang miteinander, wie zum Beispiel durch vermehrtes Misstrauen, aufwerfen.

Bei paranoid-halluzinierenden Patienten sollte das Betreuungsteam die Wahninhalte und Halluzinationen des Patienten ernst nehmen, allerdings in der Sichtweise bei der Realität bleiben und das vorherrschende Wahnkonstrukt keinesfalls verstärken oder zu wider-legen versuchen (Brinker, 2010). Vielmehr ist es wichtig, gegenseitige Meinungen über verschiedene Sachverhalte, in diesem Fall

Wahrnehmungen, akzeptieren zu können. Brinker (2010, S. 281) spricht in diesem Zusammenhang von *Konsens im Dissens*, also einer Einigung darüber, dass Patient und Pfleger unterschiedliche Sichtweisen haben, ohne den anderen zu etwas überzeugen zu müssen. Dies deckt sich generell mit dem Verständnis der psychiatrisch-pflegerischen Bindungsbeziehung nach Ahrens (2006), die bereits in Abschnitt 2.4.4 beschrieben wurde. Durch die Vermittlung des gegenseitigen Akzeptierens kann daher nicht nur die Beziehungsqualität verbessert werden, sondern bietet dem Patienten auch die Möglichkeit, nach Abklingen der *floriden Phase*, nicht das Gefühl entwickeln zu müssen, die Pflegekraft habe nur dem Patienten „zuliebe" etwas vorgespielt (Brinker, 2010).

Generell ist im Umgang mit akut psychotischen Patienten darauf zu achten, Ängste zu lindern und auf den Patienten einfühlsam einzugehen. Typische Befürchtungen von schizophrenen Patienten sind Ideen, vergiftet oder beobachtet zu werden. Vergiftungswahn kann bis zur Nahrungsverweigerung führen, was wiederum als massives selbst-schädigendes Verhalten einzustufen ist. Einfache Maßnahmen, wie zum Beispiel das Vorkosten oder gemeinsames Zubereiten von Nahrung mit dem Patienten könnte Sicherheit schaffen und Ängste abbauen (Brinker, 2010).

In der pflegerischen Betreuung paranoid-halluzinierender Patienten gilt es auch zu beachten, dass Schizophrene aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen und permanentem Auseinandersetzen mit irrelevanten Wahrnehmungsreizen, bei Aktivitäten schneller ermüden können als andere psychiatrische Patienten. Eine Überforderung in psychischer und physischer Sicht sollte vermieden werden (Brinker, 2010). Dies erfordert ein umfassendes Verständnis seitens der Pflege. Durch regelmäßige Kontakte zwischen Patient und Pfleger kann die verbale und nonverbale Kommunikation verbessert werden, indem die Pflegeperson zunehmend lernt, die Symbolsprache des Patienten

nachvollziehen zu können. Zusätzlich sollte der Patient ermuntert werden, Unsicherheiten anzusprechen sowie Fragen zu stellen (Brinker, 2010), was einen Mangel an Affekt- oder Emotionserkennung seitens des Patienten kompensieren kann. Dies bedeutet auch, dass ein gewisses Maß an Nähe zwischen Pflegeperson und Patient notwendig ist, um auf Bedürfnisse und Wünsche des Patienten eingehen zu können.

3.1.2 Nähe und Distanz

Jeder Mensch hat ein individuelles Bedürfnis nach Nähe und Distanz und dies wird verbal, aber auch nonverbal durch Gestik und Verhalten vermittelt. Bei psychiatrischen Patienten ist oftmals das Nähe-Distanz-Verhältnis verändert. Viele psychische Störungen gehen mit einem sozialen Rückzug einher, aber es kann auch zu einem Distanzverlust oder übergriffigem Verhalten seitens des Patienten kommen (Schädle-Deininger, 2008). Nach Schädle-Deininger (2008) gehört es zu den professionell pflegerischen Aufgaben, trotz intraindividueller oder eingeschränkter Möglichkeiten aufgrund einer psychischen Erkrankung, zu jedem Patienten individuell Kontakt aufzunehmen und eine Arbeitsbeziehung herzustellen. Dazu gehört emotionale Nähe ebenso wie professionelle Distanz. Diese professionelle Distanz seitens der Pflegekraft ist insbesondere dann vorrangig wahrzunehmen, wenn es um die Beurteilung von Problemen und Erarbeitung von Lösungsansätzen geht (Schädle-Deininger, 2008).

Bei Schizophrenen kommt dem Aspekt von Nähe beziehungsweise von Distanz eine ganz besondere Bedeutung zu. Zu viel Nähe kann Angst und Unsicherheit hervorrufen, was wiederum eine *floride Phase* oder einen Schub an *Positivsymptomatik* begünstigt. Ein Übermaß an Distanz kann jedoch auch die Tendenz des Patienten fördern, sich abzukapseln und zu isolieren. Zusätzlich löst häufig ein Zuviel an Zuwendung und Nähe aggressives Verhalten aus, (Stricker-Jannan,

2004), auf das in Abschnitt 3.2 eingegangen wird. Es ist daher die Aufgabe des Pflegepersonals herauszufinden, wie viel Nähe oder Abstand der jeweilige Patient wünscht. Ein einfühlsames Herantasten an die Bedürfnisse des Patienten auch in Bezug auf Unterstützung und Nähe, sowie der Wahrung von Intimsphäre scheint in der pflegerischen Beziehung unerlässlich.

3.1.3 Suizidalität

Unter *Suizid* wird ein vorsätzlich herbeigeführter Tod, aufgrund einer absichtlichen und bewusst-gesetzten Handlung verstanden (Comer, 2008). Nach der Fremdtötung zählt der Suizid nach wie vor zu den gefährlichsten Komplikationen einer psychischen Störung (Steinert, 2008). Die unmittelbare Suizidgefahr ist eine der häufigsten Gründe für psychiatrische Klinikeinweisungen, im Notfall durch Zwangseinweisung aufgrund des Verdachts der Selbstgefährdung. Manche psychischen Störungen gehen mit einem erhöhten Suizidrisiko einher. So stehen an erster Stelle für ein größeres Risiko einen Suizid zu begehen, Menschen mit Depressionen, gefolgt von Personen mit schizophrenen Erkrankungen, Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen (Steinert, 2008). Das Suizidrisiko schizophrener Patienten wird mit circa 10 Prozent angegeben (Brinker, 2010). Im Gegensatz zur verbreiteten Ansicht suizidieren sich Menschen nicht nur im Zustand schwerster Depression und Verzweiflung oder aufgrund von Halluzinationen, in Form von befehlenden Stimmen, die eine Selbsttötung fordern. Studien zufolge stehen Suizide bei Schizophrenen auch nicht im Zusammenhang mit kognitiven Beeinträchtigungen (Barrett, et al., 2011). Personen mit psychischen Erkrankungen werden suizidal aufgrund tiefster Hoffnungslosigkeit und Resignation über die Erkrankung. Diese Verzweiflung wird meist durch die vorherrschenden Lebensumstände ausgelöst, die charakterisiert sind von Armut, fehlenden sozialen Beziehungen und beruflichen Misserfolgen

(Steinert, 2008). Häufig sind Suizidhandlungen *Kurzschlussreaktionen*, die in dieser Form besonders oft bei Depressiven und Schizophrenen vorkommen. In sehr seltenen Fällen handelt es sich um sogenannte *Bilanzsuizide*, bei denen ein Betroffener aufgrund rationaler Überlegungen eine Negativbilanz seines Lebens und damit einen Schlussstrich zieht (Gühne, 2010).

Wesentlich häufiger kommen bei psychiatrischen Patienten *Suizidversuche* oder *parasuizidale Handlungen* vor. Hinter diesen steckt neben autoaggressiven Tendenzen oder Aggressionen gegenüber nahestehenden Personen oft auch der Wunsch nach einer spontanen Flucht aus der Realität beziehungsweise das Bedürfnis nach Ruhe oder einer Auszeit. Diese Handlungen sind nicht zu verharmlosen oder zu bagatellisieren, da dahinter ein dringender Ruf nach Hilfe verstanden werden sollte (Gühne, 2010).

Die meisten Patienten sprechen nicht über suizidale Absichten aufgrund der Befürchtung von negativen Konsequenzen, wie beispielsweise die Verhängung von Ausgangseinschränkungen bei stationären Aufenthalten. Mittlerweile ist bekannt, dass es besonders gefährliche Krankheitsphasen gibt, auf die Pflegekräfte bei Patienten vermehrt achten können. Bei Schizophrenien ist zum Beispiel die Rehabilitationsphase eine äußerst kritische Zeit für den Patienten, da es in dieser Phase vor allem um die Auseinandersetzung mit Defiziten und Leistungseinbußen geht. Eine wichtige Aufgabe des Pflegers ist es, bei Selbstmordabsichten oder -gedanken, den Betroffenen direkt darauf anzusprechen und die Situation abzuklären, wobei es gilt, die passenden Worte zu finden, was für die Pflegeverantwortlichen zu den schwierigsten Aufgaben zählt. Unter diesen Umständen steht der Vertrauensaufbau zum Suizidgefährdeten im Vordergrund. Der Patient darf nicht in seiner Todessehnsucht bestärkt werden, was passieren könnte, wenn die Pflegekraft dem Patienten in seiner Verzweiflung Recht gibt und diese verstärkt. Bagatellisierungen beziehungsweise

das Herunterspielen der momentanen Problematik des Patienten führt zu Unverständnis und dem Gefühl, mit den Sorgen alleingelassen zu werden. Empathisches Eingehen auf den Patienten in seiner akuten Notsituation, das Ansprechen und Teilen der vorherrschenden Sorgen sowie auch das Akzeptieren der momentanen Abwehrhaltung des Patienten auf die Hilfe des Betreuungsteams sind vorrangige Verhaltensweisen der Pflegeperson. Auch nach einer Distanzierung von Suizidideen gilt es für die involvierte Pflegeperson diese Situation mit dem Patienten aufzuarbeiten und nachzubesprechen. Als beste Suizidprophylaxe bei psychiatrischen Patienten gilt nach wie vor das gute Verhältnis zwischen Patient und Pflegeperson, sodass generell eine vertrauensvolle Patient-Pflege-Beziehung eine wichtige Basis darstellt (Gühne, 2010).

Im Falle eines Suizids eines Patienten gilt es für das gesamte Betreuungsteam, diesen Vorfall ausreichend aufzuarbeiten und im besten Fall im Rahmen einer Supervision Zeit und Raum zu schaffen, Emotionen wie Trauer, Angst, Schuldgefühle aber auch Ärger und Wut zulassen zu können. Für Pflegekräfte, die unter Umständen sehr viel Zeit mit dem verstorbenen Patienten verbracht haben, ist die Nachbereitung besonders wichtig.

Aber auch das Aufarbeiten des Suizids mit einer eventuell verbleibenden Patientengruppe, wie zum Beispiel bei stationär aufgenommenen Personen, darf nicht vergessen werden. Mitpatienten sind meist von einem Selbstmord schwer betroffen und sollten Gelegenheit bekommen, ebenfalls Gedanken und Emotionen besprechen zu können. Zusätzlich gilt die Aufarbeitung des Suizids mit den Mitpatienten gleich auch der Suizidprävention bei den Hinterbliebenen, da Patienten, die einen Suizid miterlebten, ebenfalls zu einem Suizid tendieren können, was auch als *Werthereffekt* bekannt ist. Eine Krisenintervention des gesamten Teams, insbesondere der Pfleger, dient der Stabilisierung der Patienten (Gühne, 2010). Die

Erkennung von Selbstmordabsichten und die damit verbundene Suizidprophylaxe von psychisch Kranken sind für Pflegende im psychiatrischen Setting eine ständige Herausforderung und Aufgabe.

3.2 Umgang mit Aggression und Gewalt

Im Vergleich zu Gesunden haben psychisch Kranke ein fünfmal höheres Risiko Gewalttaten zu begehen (Steinert, 2008). Der Umgang mit Aggression und Gewalt ist ein wesentlicher Teil der akut-psychiatrischen Grundversorgung. Um die Sicherheit der Patienten und Mitarbeiter an psychiatrischen Einrichtungen garantieren zu können, muss der professionelle Umgang mit Personen, die aggressives Verhalten zeigen, geübt und geschult sein (Pilsecker, Schillen, Walter, & Wolff, 2006).

Bei Personen mit Schizophrenien können während akuter Phasen Verhaltensveränderungen wie Agitiertheit, Aggressivität oder auch selbst- beziehungsweise fremdgefährdetes Verhalten auftreten (Lambert, 2005c). Agitation, also ein extremes Gefühl der Ruhelosigkeit und Angespanntheit, was oft auch mit wiederholenden unproduktiven Tätigkeiten verbunden sein kann (Fröhlich, 2010), steht häufig im Zusammenhang mit aggressivem Verhalten (Lambert, 2005c), das, wenn es als unvorhersehbarer Ausbruch auftritt, als Raptus bezeichnet wird. Dieser ist beim Klinikpersonal besonders gefürchtet, allerdings äußerst selten. Meist beginnt eine steigernde Eskalation mit Reizbarkeit, ärgerlichen Bemerkungen und Beleidigungen sowie einer motorischen Unruhe (Steinert, 2008). Bei circa neun Prozent der Patienten ist dann eine Fixierung als Selbst- oder Fremdschutz notwendig, wobei es aber selten, jedoch immer wieder, zu Todesfällen kommt. Ziele der Notfallbehandlung Schizophrener sind daher die Sicherheit von Patient und Behandelnden, sowie die Vermeidung von traumatischen Erfahrungen. Bei starker Agitation ist meist ein weiterer Schritt, nach

dem Versuch, die momentane Anspannung durch entlastende Gespräche zu lösen, die Gabe von Beruhigungsmitteln in Form von Benzodiazepinen. Diese können zum Beispiel auch als *Wafer-Tabletten*, als *Schmelztablette* bekannt, verabreicht werden, deren Vorteil die besonders schnelle Wirkung ist, da das Medikament, auf die Zunge gelegt, sich sofort auflöst und sublingual aufgenommen wird (Lambert, 2005c).

Ursachen für aggressives Verhalten werden nach Steinert (2008) grob in *normalpsychologisch verständliche* und *psychoreaktive* Ursachen unterschieden. Unter erstere fallen Verhaltensweisen aus subjektiver Notwehr beziehungsweise aus Gründen der Selbstverteidigung, häufig durch vermeintliche Übergriffe oder Einschränkungen des Pflegepersonals (Steinert, 2008). Eine differenziertere Betrachtung von Stefan und Cohen-Brichta (2006) zeigten in einer Untersuchung von 495 Aggressionsereignissen, die im Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe, Otto Wagner Spital Wien, analysiert wurden, dass in 25,9 Prozent aller Fälle der Aggressionsauslöser das Verwehren von etwas und in 67,1 Prozent das Pflegepersonal als Aggressionsziel betroffen war.

Gründe für aggressives Verhalten können auch in *psychologische*, *biologische*, *psychopathologische*, *toxische* und *soziale Bedingungen* eingeteilt werden. Psychologische Gründe sind häufig Enttäuschungen oder Rivalitäten, aber auch Motive wie *Ausübung von Macht*, *Sadismus*, das *Durchsetzen von Zielen* oder ein überhöhtes *Geltungsbedürfnis*. Biologische Ursachen für Aggression sind *Hormon- und Transmitterstörungen*, *Hirnschädigungen*, *Stoffwechselstörungen* und *Entzündungen*. Psychopathologische Aggressionsauslöser sind bei Schizophrenien meist vorrangig beteiligt, denn diese sind *Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn*, *imperative Halluzinationen* sowie *Personen- und Situationsverkennungen*. *Soziale Aggressoren* können *Armut*, *Benachteiligung* und *Unterdrückung* sein, die bei psychisch

Kranken eher selten als Ursache für aggressives Verhalten im Rahmen eines stationären Aufenthaltes vorkommen. Zu der Gruppe der toxischen Aggressionsauslöser werden *Alkohol- und Drogenkonsum*, aber auch *Medikamentennebenwirkungen* gezählt. (Steinert, 2008).

Internationale Studien konnten zeigen, dass das höchste Risiko für Gewaltakte von Personen mit Substanzmissbrauch ausgeht. Da der Alkohol-Missbrauch bei Schizophreniepatienten circa viermal so hoch ist wie bei der Durchschnittsbevölkerung, wird bei dieser Problemgruppe nach Steinert (2008) ein besonderes Gefahren-potenzial sichtbar. In einer Metaanalyse von Fazel, Gulati, Linsell, Geddes und Grann (2009) konnte belegt werden, dass Schizophrenie und andere Psychosen im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch ein besonders hohes Risiko darstellen, Gewaltakte und Tötungsdelikte zu verüben. Besonders die paranoide Form der Schizophrenie scheint in Kombination mit Substanzmissbrauch zu einem 17-fach höheren Risiko für Gewaltakte und Morde bei Männern zu führen (Richard-Devantoy, Olie, & Gourevitch, 2009).

Trotz der Ergebnisse dieser Untersuchungen ist festzuhalten, dass tatsächliche gewalttätige Übergriffe, im Rahmen stationärer Aufenthalte in psychiatrischen Anstalten, nach wie vor äußerst selten passieren. Risiken, mit denen das psychiatrische Pflegeteam schon eher rechnen muss, sind Konflikte mit erregten und angespannten psychisch Kranken bei routinemäßigen Stationsabläufen wie der Einhaltung von Essens- und Schlafzeiten, der Regelung von Ausgängen, der Medikamenteneinnahme und bei der Hygiene (Steinert, 2008). Eine mögliche Gefährdung in Form von aggressiven Übergriffen auf das Pflegepersonal lässt sich nach Steinert (2008) beispielsweise folgendermaßen frühzeitig erkennen:

- der Patient ist schon früher durch aggressives Verhalten aufgefallen,
- der Patient ist gereizt und reagiert feindselig,

- es wird mit Gewalt gedroht,
- der Patient erscheint ungewöhnlich erregt oder agitiert,
- der Patient zeigt sich in seinen formalen Gedankengängen und Handlungsabläufen beeinträchtigt,
- der Patient befindet sich unfreiwillig in Behandlung (Zwangseinweisung, gerichtliche Unterbringung),
- der Patient fühlt sich in die Enge getrieben, beispielsweise durch unfreiwillige Medikamentengabe.

Es gilt für geschultes Pflegepersonal Anzeichen wie diese individuell für jeden Patienten bezüglich eines eventuell erhöhten Aggressionspotenzials einzuschätzen, um dann möglicherweise Deeskalationsmaßnahmen rechtzeitig einleiten zu können.

3.2.1 Deeskalationsmaßnahmen

Psychiatrische Pflege inkludiert in seiner Definition Menschen vor Schaden durch sich selbst als auch durch andere oder durch die Umgebung zu schützen (Stockwell, 2002).

Gewaltsame Auseinandersetzungen führen sowohl auf der Seite des Pflegepersonals als auch auf der Seite der Patienten zu erheblichen Belastungen der therapeutischen Arbeit. So kann sowohl die Gesundheit der Betroffenen als auch der Genesungsfortschritt der Patienten nachhaltig negativ beeinflusst werden (Richter & Berger, 2001). Die professionelle psychiatrische Pflege inkludiert daher auch Maßnahmen der Deeskalation in Krisensituationen. Diese werden nach Steinert (2008) als die hohe Kunst des psychiatrischen Handelns beschrieben, da diese nicht nur eine gute Schulung sondern auch einen hohen Grad an Besonnenheit, Einfühlungsvermögen und Improvisationstalent erfordert.

Die drei grundlegenden Regeln der verbalen Deeskalation im psychiatrischen Setting nach Steinert (Steinert, 2008, S. 82) sind folgende:

1. *„Nicht provozieren lassen!*
2. *Beziehung herstellen!*
3. *Brücken bauen!“*

Der erste Punkt bezieht sich darauf, als Pflegeperson nicht auf dem Machtanspruch zu beharren, auch wenn dies ihr Recht wäre. Und sie sollte lauteren Tonfall und entsprechende provozierende Gesten vermeiden. Auch Zurechtweisungen, Verteidigungen und Gegenbeschuldigungen sind bei professionellem Deeskalieren fehl am Platz. Das Zurückspielen der Aggression sollte auf jeden Fall vermieden, dafür eine gute Gesprächsbasis und ein positives Beziehungsklima hergestellt werden, als Voraussetzung für das wichtigste Prinzip: das Reden. (Brinker, 2010). Aus dem Englischen wird in diesem Zusammenhang oft von dem Begriff „talking down“ gesprochen, also der Möglichkeit, durch das Reden mit einer angespannten Person die Erregung langsam abklingen zu lassen. Nach Sinken des Anspannungsniveaus können Sachverhalte mit dem Patienten erneut besprochen werden, wobei zu versuchen ist, Lösungen für die momentane Situation zu finden (Steinert, 2008; Brinker, 2010; Brinker & Gühne, 2010).

Mit dem dritten Punkt „*Brücken bauen*“ ist nach Steinert (2008) die hohe Kunst des Improvisierens im Zustand von höchstem emotionalen Stress gefordert. In angespannten Situationen besteht die Angst vor Demütigungen, die für jeden Beteiligten unbedingt vermieden werden sollten. Medikamente einnehmen, isoliert oder sogar fixiert werden, können von Patienten als extreme Demütigung empfunden werden. Es gilt daher von besonderer Feinfühligkeit, in einem Gespräch mit einer angespannten Person Einsicht über notwendige Maßnahmen zu erreichen und so ihr auch die Möglichkeit zu geben, freiwillig bestimmte Konsequenzen zu akzeptieren. Im besten Fall kann eine Pflegeperson erreichen, dem Patienten das Gefühl zu geben, die

angespannte Situation mit „erhobenem Haupt“ verlassen und freiwillig einer weiteren Behandlung zustimmen zu können (Steinert, 2008).

Weitere Vorgehensweisen bei drohenden Gewalttätigkeiten sind: das Organisieren von zusätzlichen Pflegekräften als Unterstützung; andere Patienten zu bitten, in ihr Zimmer zu gehen; eine Sicherheitsdistanz während der Gespräche einzuhalten; zwecks Selbstschutz den betroffenen Patienten nicht in die Enge zu treiben und nicht auf sein Fehlverhalten hinzuweisen (Brinker, 2010).

Falls diese vielfältigen Maßnahmen nicht greifen, muss der Patient wegen seines aggressiven Verhaltens vom Pflege- oder Sicherheitsteam festgehalten und überwältigt werden. Dies ist eine gefährliche Situation für alle Beteiligten, da das Verletzungsrisiko groß ist. Bei einer *Überwältigung*, oft auch *Immobilisierung* genannt, wird diese Person in Bauchlage auf den Boden gebracht, wobei die Extremitäten gesichert werden (Steinert, 2008).

Interessanterweise werden in verschiedenen Ländern unterschiedlich viele Personen für eine Personenüberwältigung eingesetzt. Während im Durchschnitt in Deutschland circa acht Personen beteiligt sind, sind es in Großbritannien meist weniger als vier. Dieser Unterschied kann auf das intensive Immobilisierungstraining zurückgeführt werden, das in Großbritannien gesetzlich regelmäßig durchgeführt werden muss. Generell sollten in der psychiatrischen Pflege diese Handgriffe für eine Überwältigung möglichst oft geschult und eingeübt werden, da bei unprofessionellem Vorgehen Verletzungen auftreten können. Neben einstudierten Handgriffen und Techniken ist auch das Verbalisieren des Überwältigungsvorganges währenddessen wichtig. Panik und extreme Angst seitens des Patienten gilt es unbedingt zu vermeiden (Steinert, 2008).

Die Überwältigung einer Person stellt für alle Beteiligten ein besonders unangenehmes Ereignis dar. Obligatorisches Nachbesprechen dieser

Situation mit den Beteiligten, aber auch vor allem mit dem Betroffenen selbst, kann ein unangenehmes aber wichtiges Vorgehen sein, um nachhaltig negative Erinnerungen zu vermeiden (Steinert, 2008).

3.2.2 Zwangsmaßnahmen

Wenn es nicht gelingt, einen Patienten durch Gespräche zu beruhigen oder das Betreuungsteam eine Selbst- beziehungsweise Fremdgefährdung nicht ausschließen kann, sind gegebenenfalls Zwangsmaßnahmen erforderlich, die nur auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden dürfen und dokumentationspflichtig sind. Zu diesen zählen im engeren Sinn *Zwangsmedikation*, *Sicherstellung*, oder auch *Fixierung* genannt, durch Bauch-, Hand- und/oder Fußgurte, und die *Isolierung*. Zwangsmaßnahmen werden in fast allen Fällen von den Patienten als traumatisch erlebt und bedeuten einen massiven Eingriff in die Grundrechte des Menschen, was Autonomie und Unantastbarkeit der menschlichen Würde betrifft (Brinker & Gühne, 2010).

Medikamentöse Zwangsbehandlung ist in akuten Notfällen wie extremer Erregung mit Gewalttätigkeit, mangelnder Einsicht oder akuter Selbst- oder Fremdgefährdung gerechtfertigt. Es werden meist beruhigende Substanzen wie Benzodiazepine oder Neuroleptika intramuskulär oder intravenös verabreicht. Zwangsmedikation kann aber auch aufgrund eines Gerichtsbeschlusses oder durch den gesetzlich bestellten Betreuer im Rahmen eines Zwangsaufenthalts erfolgen (Brinker & Gühne, 2010).

Die *Fixierung* bezeichnet das Festbinden einer Person mittels Fixierungsgurte, die so konzipiert sind, dass diese zwar die Bewegungsfähigkeit des Betroffenen extrem einschränken bis unterbinden, allerdings keine Verletzungen durch die Gurte an der Person entstehen können. Trotzdem ist eine Überwachung des Patienten verbindlich, falls aufgrund einer eventuellen Bewegungs-

fähigkeit und des erregten Zustands des Patienten Eigengefährdungen wie Strangulation, Quetschung von Organen oder Atembeschwerden auftreten können (Steinert, 2008). Eine Defixierung sollte so bald wie möglich erfolgen, allerdings auch mit Vorsicht und unter Einhaltung eines Sicherheitsabstandes durchgeführt werden, da die Kooperationsbereitschaft der fixierten Person mitunter nicht gegeben ist (Brinker & Gühne, 2010). Eine weitere Form der Fixierung ist das sogenannte Netzbett, auch als *psychiatrisches Intensivbett* (*PIB*) bezeichnet, das in Österreich seltener verwendet wird als Fixiergurte, aber von Patienten als angenehmer empfunden wird. Dies liegt an der besseren Bewegungsfreiheit, der Möglichkeit, sich selbst mit einer Trinkflasche versorgen zu können und der damit verbundenen geringeren Aspirationsgefahr. Um die Menschenwürde des Patienten zu wahren, sollte die Verwendung von Fixiergurten und Netzbetten in Mehrbettzimmern unbedingt vermieden werden. Ebenfalls ist es wichtig, den betroffenen Patienten über Grund, Art und Dauer der Freiheitsbeschränkung zu informieren (Wodicka, 2006).

Unter einer *Isolierung* versteht man die Unterbringung des Patienten in einen leeren, meist nur mit einer Matratze, einer Decke, einem Getränk und eventuell einer Toilette ausgestatteten Raum. Dieser wird durch Sichtfenster oder Kameras überwacht, sodass die Gefahr einer Verletzung des Betroffenen auszuschließen ist. Diese Form von Zwangsmaßnahme wird generell seltener eingesetzt als die Fixierung, aber vom Patienten meist als weniger belastend empfunden. Ein Nachteil dieser Methode ist die fehlende Kommunikationsfähigkeit mit den Pflegepersonen (Steinert, 2008). Abhilfe könnten Kreidetafeln bieten, die eine Form von Ausdrucksmöglichkeit und Kommunikation erlauben.

Das Thema der Zwangsbehandlungen ist für viele Beteiligten im psychiatrischen Team, insbesondere für Pflegekräfte, ein äußerst schwieriges. Ethische Fragen, aber auch die Sorgen um den Patienten

oder Angst aufgrund vorausgegangener Gewalterfahrungen der Pflegepersonen spielen eine große Rolle. Auch professionelle Pflegekräfte, wie in einer Studie von Theuermann und Gutierrez-Lobos (2006) gezeigt wurde, beschreiben in diesem Zusammenhang ihre Unfähigkeit, in emotionsgeladenen Situationen mit dem Patienten in Kontakt treten zu können, auch wenn menschliche Nähe und Empathie seitens des Patienten erwünscht gewesen wäre. Fortbildungen und Supervision sind für Pflegeteams eine wichtige Quelle, um sich mit Emotionen, die Patienten in den verschiedensten Situationen auslösen können, auseinander zu setzen. Wie die Studie von Theuermann und Gutierrez-Lobos (2006) zeigte, erleben weibliche Pflegepersonen Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen als sehr negativ in Bezug auf die Betreuungssituation. Pfleger hingegen bewerten diese Art der Intervention auch als förderlich und positiv für den Betroffenen. Auch die Einschätzung der Gefährlichkeit eines Patienten hängt laut dieser Studie stark von bisher bereits erfahrenen Aggressionen durch Patienten ab (Theuermann & Gutierrez-Lobos, 2006).

Zusammenfassend kann betont werden, dass Pflegepersonen in psychiatrischen Settings häufig auch mit den Themen Aggression und Gewalt durch Patienten konfrontiert sind. Der Einfluss auf die pflegerische Beziehung zum Patienten ist durch Zwangsmaßnahmen in jedem Fall beeinträchtigt. Psychiatrisch Pflegende sind angehalten, Supervisionen sowie Team- und Fallbesprechungen regelmäßig durchzuführen, um mit dieser besonderen Art der emotionalen Belastung umgehen zu können.

3.3 Die Rolle von Komorbiditäten für die Pflege

Generell bedeutet jede mögliche Komorbidität zusätzlich zu einer Schizophrenie, oder allgemein bei psychischen Störungen, eine

weitere Herausforderung für das Pflegeteam. Zu versorgende Wunden, durch selbstverletzendes Verhalten entstanden, spielen in der pflegerischen Betreuung psychisch Kranker gleichermaßen eine bedeutende Rolle, wie somatische Beschwerden zum Beispiel Hypertonie oder Wirbelsäulenvorfälle. Aufgrund der Fülle an verschiedenen eventuell auftretenden Komorbiditäten werden an dieser Stelle jene Komorbiditäten der Schizophrenie aufgegriffen, die unter Abschnitt 1.7 bereits erwähnt wurden.

Eine zusätzliche Erkrankung wie Diabetes Mellitus, oft in Verbindung mit Übergewicht und Hypertonie, die bei Schizophrenen häufig aufgrund eines ungesunden Lebensstils besteht (Weiser, et al., 2009), bedeutet für Pflegekräfte vermehrte Routinekontrollen wie Blutzucker- und Blutdruckmessungen oder Gewichtskontrollen. Neben verordneten diätischen Interventionen ist es eine Aufgabe des Pflegeteams Patienten in der Einhaltung gesundheitsförderlicher Maßnahmen, wie ausgewogene Ernährung und sportliche Aktivitäten zu animieren. Dies erfordert neben der Auseinandersetzung mit dem Patienten und seinen Wünschen, eine hohe Bereitschaft, den Betroffenen motivieren zu wollen und durch Rat beiseite zu stehen (Brinker & Gühne, 2010). Diese Anforderungen stellen allerdings keine Besonderheiten der psychiatrischen Pflege dar, sondern sind eher im Sinne einer erweiterten, eventuell zeitaufwändigeren Betreuung zu sehen.

Bei Suchterkrankungen als Komorbidität der Schizophrenie können aber spezifische Aspekte zusätzlich in der pflegerischen Betreuung bedeutend sein. Nikotin, Alkohol und Cannabis sind die meist konsumierten Substanzen bei schizophrenen Patienten (Margolese, Malchy, Negrete, Tempier, & Gill, 2004). Alkohol und Cannabis werden äußerst selten im Rahmen von Therapien und stationären Aufenthalten geduldet, wodurch es oft zu Entzugserscheinungen bei den Betroffenen kommen kann, die aber bei medizinischer Indikation medikamentös gemildert werden können. Die pflegerische Beziehung

bei einer Entgiftungsbehandlung eines Patienten kann allerdings trotzdem durch zusätzlich auftretende Symptome wie Aggressionen, Ungeduld, innere Unruhe, Schlafstörungen, Zittern und veränderter Appetit beeinträchtigt sein. Ziel der pflegerischen Beziehungsgestaltung ist es nach Gold und Wrede (2010) durch vorurteilsfreie und empathische Kommunikation dem Patienten die Möglichkeit von Vertrauen und Unterstützung durch das Pflegeteam zu geben. Eine Option, mit dem suchtkranken Patienten Kontakt und in weiterer Folge eine gute Beziehung herzustellen, ist, bewusst nicht krankheits- und suchtbezogene Themen als Gesprächsgrundlage heranzuziehen (Gold & Wrede, 2010), sondern die Substanzabhängigkeit vorerst als zusätzliche Erkrankung zu akzeptieren.

Das bereits unter Abschnitt 3.1.2 beschriebene Nähe-und-Distanz-Verhältnis ist bei Personen mit Suchterkrankungen gesondert zu betrachten. Patienten sind es oft gewohnt, dass bei Suchthilfen und Entgiftungsinformationsstellen ein salopperer Umgangston gepflegt wird und sie geduzt werden. Dies hat den Vorteil, dass sich der Patient persönlicher angesprochen und betreut fühlt. Generell ist allerdings, insbesondere im stationären Setting, ein gegenseitiges Siezen zu bevorzugen, um den zustehenden Respekt gegenüber dem Patienten zu zeigen, aber auch einen Schutz vor zu intensiven Beziehungen herzustellen (Gold & Wrede, 2010). Distanzloses Verhalten seitens des Patienten, das häufig im Zusammenhang mit der Suchterkrankung beobachtet wird, kann dadurch zusätzlich vermieden werden.

Neben verschiedenen Beziehungs- und Kommunikationsproblemen, die Substanzabhängigkeiten bei Patienten mit sich bringen, werfen auch praktische Aspekte in der Handhabung von Suchtmitteln bei Schizophrenen Fragen in der psychiatrisch-pflegerischen Betreuung auf. Während Alkohol und Cannabis bei der Schizophrenie-behandlung verboten sind und meist an eine Entzugstherapie

gekoppelt werden, wird die Möglichkeit zum Nikotinkonsum sehr unterschiedlich gehandhabt. Bei Schizophrenen lindert Nikotinkonsum nachweislich vorübergehend akustische Halluzinationen (Margolese, Malchy, Negrete, Tempier, & Gill, 2004) sowie Nebenwirkungen von Psychopharmaka und Merkmalen der Negativsymptomatik (Weiser, et al., 2009). Zusätzlich bietet Rauchen die Möglichkeit zur sozialen Interaktion mit anderen Patienten und die Ablenkung von Langweile, was für Schizophreniepatienten wichtige Faktoren im Aufrechterhalten des Rauchverhaltens sind (Weiser, et al., 2009). Es stellt sich daher die Frage, wie die verantwortlichen Betreuer mit dem Nikotionkonsum psychisch Kranker umgehen sollen.

Primär steht aus medizinischen Gründen die Verringerung des Nikotinkonsums sowie eine Raucherentwöhnung im Sinne gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Vordergrund. Dies bedeutet neben Hinweisen auf eine Zigarettenreduktion auch motivationale Aspekte anzusprechen, um den Nikotinmissbrauch beispielsweise durch Nikotinersatzprodukte einzuschränken oder gänzlich einzustellen. Eine Limitierung von Ausgängen beziehungsweise der Einschränkung von Freizeitaktivitäten im Freien sollte allerdings keine Intervention sein, Patienten vom Rauchen abzuhalten. Auch hier gilt der Grundsatz der Transparenz (Gold & Wrede, 2010), so dass durch Absprachen mit dem Patienten und durch ein für ihn festgelegtes Regelwerk im Team eine klare gesundheitsförderliche Linie verfolgt werden kann. Da längere Abwesenheiten und von den Patienten vermehrt eingeforderte Ausgänge Schwierigkeiten mit sich bringen, hat das Pflegeteam diesbezüglich entsprechende Planungs- und Kontrollaufgaben zu übernehmen.

3.4 Schizophrene Patienten und deren Familien

Neben dem psychisch Kranken selbst sind es meist die Angehörigen und Freunde des Betroffenen, die wichtige Wissensvermittler über die Erkrankung und die verschiedenen Zustandsbilder der psychischen Störung sind. Meist ist es die unmittelbare Kernfamilie, die erlebt hat, wie sich der Patient über die Zeit hinweg verändert und mit welchen Problemen der Betroffene zu kämpfen hat (Schädle-Deininger, 2008). Dies stellt eine wichtige Auskunftsquelle für das Betreuungsteam des Erkrankten dar, die in Form von Fremdanamnesen und Angehörigengesprächen in die Behandlung einfließt. Kritisch wird von Rutow-Turski (2006) angemerkt, dass Familien bei Lücken in der Anamnese zwecks Information herangezogen werden, wobei allerdings deren Sorgen und Fragen oft nicht genug berücksichtigt werden. Dabei sind es meist die Angehörigen, die über eine kritische Situation entscheiden, Hilfe organisieren und nicht wissen, wie sie sich adäquat verhalten sollen, wenn beispielsweise die Tochter schizophren erkrankt (Rutow-Turski, 2006).

3.4.1 Probleme familiärer Angehöriger

Die psychische Erkrankung eines Familienmitgliedes wird häufig als Katastrophe innerhalb der Familie bewertet (Rutow-Turski, 2006), die zu intensiven Schuldgefühlen bei den Angehörigen führen kann (Schädle-Deininger, 2008). Die Familie fragt sich, ob sie die Zuspitzung des kritischen Zustandes hätte vermeiden können oder ob sie direkt Schuld an der psychischen Erkrankung hat. Zusätzlich werden Anstrengungen unternommen, den Betroffenen aus der psychischen Krise zu holen, oft auch mit inadäquaten und „unbeholfenen" Mitteln (Schädle-Deininger, 2008).

Neben Schuldgefühlen, Ängsten, Sorgen sowie Selbstvorwürfen (Awad & Voruganti, 2008) führen psychische Erkrankungen bei Familienmitgliedern zu massiven Einschränkungen und Veränderungen

im Alltag. Oft muss auch das gesamte Zusammenleben der Familie neu geordnet und organisiert werden. Einschränkungen in persönlichen Bereichen werden hingenommen und psychische und physische Belastungen bei jedem einzelnen Familienmitglied sind zu erwarten (Rutow-Turski, 2006).

Eine Studie (Angermayer, Liebelt, & Matschinger, 2001), die sich mit Auswirkungen von Betreuung und Pflege bei Eltern von schizophrenen Patienten beschäftigte, zeigte auf, dass erhebliche Beeinträchtigungen durch die Pflegearbeit entstehen können. Noch vor den negativen Auswirkungen in den Bereichen Freizeit, Beruf und finanziellen Belastungen stehen gesundheitliche Beeinträchtigungen der Pflegenden an erster Stelle. Symptome wie Grübeln, innere Unruhe, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Mattigkeit sowie Nacken- und Schulterschmerzen wurden bei dieser Untersuchung vorrangig genannt. Väter von schizophrenen Patienten zeigten in dieser Studie signifikant geringere Beeinträchtigungen als die Mütter. Ein schlechter Gesundheitszustand des Patienten führte laut dieser Untersuchung zu stärkeren körperlichen Beschwerden bei den pflegenden Eltern. Interessanterweise spielt die Dauer der Betreuung und die Tatsache, ob der Patient im selben Haushalt lebt oder nicht, keine Rolle hinsichtlich der Beschwerden der Eltern (Angermayer, Liebelt, & Matschinger, 2001).

Psychiatrische Institutionen haben nach Schädle-Deininger (2008) die Aufgabe, pflegende Angehörige nicht mit ihren Fragen allein zu lassen sowie deren Ratlosigkeit und Verunsicherungen ernst zu nehmen. Zusätzlich sollte auf die Forderungen der Angehörigen ausreichend eingegangen werden.

3.4.2 Forderungen familiärer Angehöriger

Die Forderungen von familiären Angehörigen beziehen sich nach Rutow-Turski (2006) auf Aufklärung bezüglich Symptome, Verlauf und

Prognose, Behandlungsmethoden und Medikamente sowie deren Nebenwirkungen. Aber auch Aspekte der Rehabilitation, der Nachsorge, sowie Möglichkeiten über Wohn- und Arbeitsverhältnisse wollen von Angehörigen ausreichend besprochen werden. Familienmitglieder wünschen auch meist dezidierte Anweisungen und Richtlinien für den Umgang mit dem Erkrankten, um weder Über- noch Unterforderung des Betroffenen zu bewirken (Rutow-Turski, 2006).

Da das professionelle Pflegepersonal bei stationären Aufenthalten die meiste Erfahrung mit dem Patienten in der Bewältigung von Alltagsaufgaben sammelt, liegt die Beantwortung dieser Fragen und Fragen im Aufgabenbereich der betreuenden Pflegekräfte. Nach Rutow-Turski (2006) berücksichtigt das Pflegepersonal im Umgang mit Angehörigen viel zu selten, dass die Familie wenig Erfahrung oder Ahnung von der psychiatrischen Pflege hat und daher überfordert, agierend, misstrauisch und überfürsorglich auf den Kranken reagiert (Rutow-Turski, 2006).

Auch in diesen Situationen wird von Pflegekräften sensibles, reflektiertes und wertfreies Handeln und Kommunizieren verlangt. Die Rolle der psychiatrischen Pflege umfasst jede Facette des Lebens und Umfeldes des schizophrenen Patienten, einschließlich des Umgangs mit dessen Angehörigen.

4 Diskussion und Ausblick

Psychisch kranke Personen unterscheiden sich von anderen Beeinträchtigten insofern, als dass ihre momentane psychische Verfassung sie in einen besonders verwundbaren Ausnahmezustand versetzt (Schädle-Deininger, 2008), der nicht selten mit Selbst- oder Fremdgefährdung einhergeht. Eine psychische Erkrankung ist häufig für Außenstehende weder sichtbar noch erkennbar, weshalb dieser Zustand für Nicht-Involvierte oft nicht nachvollziehbar und in seiner Ernsthaftigkeit kaum wahrgenommen wird. Psychisch Kranke reagieren aber besonders sensibel auf Stress, können Wichtiges von Irrelevantem meist nicht unterscheiden, sind bei Konflikten übermäßig emotional in ihren Reaktionen und können ein übliches Maß an Nähe und Distanz in Beziehungen sowie Interaktionen nicht einhalten. Häufig können diese Patienten Handlungsabläufe nur in kleinen Schritten ausführen, oder gar nicht mehr ihren Alltagsaufgaben ohne entsprechende Hilfestellung nachgehen (Schädle-Deininger, 2008). Psychische Störungen, wie zum Beispiel auch die Schizophrenie, gehen mit Halluzinationen und Wahrnehmungsveränderungen einher, die für Gesunde oft nicht einmal vorstellbar sind. Psychiatrische Patienten bilden daher eine Gruppe an Personen innerhalb der medizinischen Betreuung, denen besondere Aspekte in den Bereichen Kommunikation und Interaktion zuteil werden.

Zum Gesundheits- und Krankheitsverständnis innerhalb der psychiatrischen Pflege gehört daher nach Schädle-Deininger (2008) die Analyse und Beobachtung, wie der kranke Mensch mit seinen Gesundheitsproblemen umgeht, welche Ressourcen ihm zur Verfügung stehen und wie der Betroffene diese umsetzen kann. Nur durch das Verständnis seitens der Pflegekraft für die psychisch kranke Person können wirksame pflegend-unterstützende Maßnahmen

entwickelt werden. Auch psychisch Beeinträchtigte erwarten sich von den zuständigen Pflegepersonen, dass auf die persönlichen Bedürfnisse flexibel und sensibel eingegangen wird (Kirpal, 2006). Was sind nun also die Anforderungen an die psychiatrische Pflege oder warum ist diese so besonders?

Nach Stockwell (2002) sind die Aufgaben der psychiatrischen Pflege äußerst vielfältig und bedürfen eines ausreichenden Wissens in den Bereichen Medizin, Psychologie, Humanbiologie sowie Erkenntnisse in den Bereichen Psycho- und Physiopathologie. Im Rahmen dieser Arbeit wurde ein Einblick in die Vielfalt der psychiatrischen Pflege gegeben. Diese beginnt im klassischen Sinne von Pflege bei der Unterstützung von Alltagsaufgaben, der Einhaltung von Hygienemaßnahmen, Hilfestellungen bei der Nahrungsaufnahme, der Versorgung von körperlichen Beschwerden und Verletzungen sowie der regelmäßigen Überprüfung von Vitalfunktionen. Neben einer möglichst wohlwollenden und fairen Interaktion zwischen Pfleger und Patient nennt Schädle-Deininger (2008) aber auch folgende vorrangige Ziele der Pflege: Wiederherstellung und Ausbau der Beziehung zu sich selbst und zur Umgebung, Erweiterung der sozialen Kompetenz, vor allem der alltagspraktischen Fähigkeiten, Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Autonomie, und das Erlernen von Bewältigungsstrategien. Demnach liegen die Aufgaben der psychiatrischen Pflege nicht nur in der Herstellung einer partnerschaftlich-unterstützenden Beziehung zwischen Pfleger und Patient, um Möglichkeiten des Austausches und der Interaktion zu bieten (Ahrens, 2006; Bernatzki, 2006; Meer Lueth & Needham, 2006), sondern auch im therapeutisch-psychologischen Sinne.

Psychosoziale Interventionen zur Verbesserung der Kommunikations-fähigkeit und Stressbewältigung werden genauso als Aufgabe der Pflege gesehen (Weinmann & Becker, 2006) wie psychoedukative Maßnahmen zur Verbesserung der Medikamentencompliance und

des Erarbeitens von Frühwarninterventionen (Meer Lueth & Needham, 2006). Besonders psychoedukative Interventionen werden der Pflege als kommunikativer Beruf, der seit je her die Weitergabe von Wissen und medizinischer Therapie umfasste, zugeordnet (Schulz, 2005). Weitere Aufgaben der psychiatrisch Pflegenden sind Aufklärungsarbeiten bei familiären Angehörigen zu leisten (Rutow-Turski, 2006) sowie Techniken der Deeskalation und Sicherung des Patienten zu beherrschen und im gegebenen Fall einzusetzen (Brinker & Gühne, 2010). Neben höchster sozialer Kompetenz in Interaktion mit dem Patienten fordert Bernatzki (2006) von Pflegepersonen daher ein hohes Maß an Empathie und Sympathie sowie Reflexionsfähigkeit, um mit auftretenden Emotionen seitens des Patienten, aber auch der Pflegeperson selbst umgehen zu können.

Meist haben die Patienten sehr klare Vorstellungen und Forderungen an die Pflege, wie die qualitative Studie von Kirpal (2006) verdeutlicht. Neben der bereits erwähnten Flexibilität und Sensibilität wird ausreichend Zeit für Gespräche, insbesondere für das Erstgespräch, und ein hohes Maß an persönlicher Zuwendung gefordert. Zusätzlich legen Patienten großen Wert darauf, nur von „sehr gut ausgebildeten" und „professionellen" Pflegekräften versorgt zu werden (Kirpal, 2006). Diese Aussagen verdeutlichen die hohen Anforderungen an die Pflege sowohl in professioneller als auch in menschlicher Hinsicht (Kirpal, 2006), bei gleichzeitig niedrigem Sozialprestige der psychiatrischen Pflege.

Es drängen sich daher an dieser Stelle Fragen auf, wie kompetente psychiatrische Pflegepersonen all diese Facetten und Anforderungen des Berufs ausreichend erfüllen können. Wie kann also eine Pflegeperson medizinisch-pflegerische Fachkraft, Psychologe und Psychotherapeut in einem sein, um diesen Anforderungen, die der Beruf des psychiatrischen Pflegepersonals mit sich bringt, gerecht zu werden? Erscheint es überhaupt verwunderlich, wenn langjährig

Pflegende aufgrund der hohen Anforderungen irgendwann selbst „ausbrennen“?

Wie die Studie von Angermayer, Liebelt und Matschinger (2001) verdeutlichte, sind bei der Betreuung von psychisch Kranken Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit der pflegenden Angehörigen zu erwarten. Diese Ergebnisse könnten auch auf Pflegepersonen nach jahrelanger beruflicher Tätigkeit zutreffen, trotz professioneller Distanz und um das Wissen der Gefahren wie Erschöpfungssyndrome zum Beispiel *Burn-out*. Burn-out, ein Begriff der oft missverständlich auch in der Alltagssprache seinen Eingang gefunden hat, kann vor allem durch ein übermäßig hohes persönliches Engagement hervorgerufen werden und in einer körperlichen, emotionalen und geistigen Erschöpfung münden (Sonneck, 2002). Gerade das persönliche Engagement in Form von Empathie, Sympathie und Reflexionsfähigkeit, die in eine wohlwollend-pflegerische Beziehung münden soll, sind allerdings Haupt-anforderungen an psychiatrisches Pflegepersonal (Ahrens, 2006; Bernatzki, 2006; Kirpal, 2006; Meer Lueth & Needham, 2006).

Die Pflege im psychiatrischen Setting ist definitiv anders zu werten als beispielsweise die Pflege auf einer chirurgischen Station, wo es hauptsächlich um die Heilung und Wiederherstellung eines körperlichen Zustandes geht. Aufgrund der vielen zwischenmenschlichen Aspekte bei der Arbeit mit Menschen mit psychischen Störungen, wird der Pflege in diesem Bereich eine große psychologische und psychotherapeutische Zusatzkomponente zuteil, die auf den ersten Blick oft nicht mit den Schlagworten *psychiatrische Pflege* assoziiert wird. Die Pflege psychisch kranker Personen, gleichgültig in welchem Setting (stationär, teilstationär, ambulant), ist daher ein bedeutender Teil der psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Behandlung.

Um diesen psychologischen Anforderungen gerecht zu werden, sind in der einjährigen Zusatzausbildung zum *psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpfleger*, aufbauend auf die dreijährige Grundausbildung zum *diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*, Schwerpunkte hinsichtlich Gesprächsführung, psychosozialer Betreuung und Angehörigenarbeit verpflichtend. Trotzdem könnte gerade im stationären Setting vermehrt auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, insbesondere Psychologen und Psychotherapeuten zurückgegriffen werden, da diese langjährige Ausbildungen in psychologischer Behandlung und Psychotherapie besitzen. Dies sollte nicht im Sinne einer Schmälerung der Kompetenz der Pflegepersonen verstanden werden, sondern zum Schutz dieser eingesetzt werden, wie Kirpal (2006, S. 219) im Zusammenhang mit Forderungen an Pflegeteams formuliert; nicht „*alle können alles*". Kirpal (2006) deutet in seinen Ausführungen an, dass innerhalb der Pflegeteams verschiedene Tätigkeiten aufgeteilt werden sollten, um Überforderungen zu vermeiden. So sind auch die oftmals erwünschten Zusatzausbildungen oder eine individuelle Psychotherapie persönliche Entscheidungen der Pflegeperson und sollten nicht eine notwendige Voraussetzung sein, um den Beruf der psychiatrischen Pflegekraft „unbeschadet" ausführen zu können.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit im psychiatrischen Kontext könnte einerseits Entlastung für Pflegepersonen und andererseits mehr Möglichkeiten in der Behandlung psychisch Kranker bieten. Oft scheitern dahingehende Bemühungen allerdings an den Kosten und es wird von Pflegekräften verlangt, aus ökonomischen Gründen zusätzlich zur pflegerischen Versorgung von Patienten und der damit verbundenen teils aufwendigen Dokumentationsarbeit, therapeutische Interventionen anzubieten und durchzuführen (Schulz, 2005). Da allerdings meist deswegen nicht mehr Pflegepersonal für dieselbe Anzahl an psychisch kranken Patienten zur Verfügung gestellt wird,

kann es für das Pflegepersonal zu einer beruflichen Mehrbelastung kommen. Zusätzlich darf nicht vergessen werden, dass die pflegerisch-haltgebende Beziehung zwischen dem einzelnen Patienten und der Pflegeperson die Hauptaufgabe der psychiatrischen Pflege ist (Ahrens, 2006; Bernatzki, 2006). Allerdings benötigt „*eine konstruktive Arbeitsbeziehung in der Pflege […] ein Mindestmaß an Zeit, um Entwicklungen anzuregen und diese gemeinsam mit dem Betroffenen auf den Weg zu bringen*" (Schädle-Deininger, 2008, S. 74). Einsparungen im Gesundheitswesen führen nach Schädle-Deininger dazu, dass „*pflegerische Kommunikation im Minutentakt stattfinden muss und viele wichtige Details nicht mehr wahrgenommen werden können*" (Schädle-Deininger, 2008, S. 75).

Viele psychisch kranke Menschen benötigen allerdings oft eine langfristige, wenn nicht lebenslange, Rund-um-Versorgung, die nicht nur für die Pflegewissenschaft sondern auch für die Versorgungsforschung eine zunehmende Herausforderung darstellt. Psychische Störungen werden in der Allgemeinbevölkerung mit circa 30 Prozent angegeben, wobei Studien zufolge die Prävalenzzahlen schwerer affektiver Störungen (*Depression*, *Bipolare Störungen*) ansteigen (Comer, 2008). Nach Weyerer (2011) sind etwa 25 Prozent der älteren Menschen von schweren psychischen Störungen betroffen, wobei Demenzen, Suchterkrankungen und Psychosen den größten Teil ausmachen. In Anbetracht der steigenden Lebenserwartung bedeutet dies für die Pflegeforschung, aufbauend auf den bisherigen Erkenntnissen über Anforderungen und möglichen Aufgaben, die psychiatrische Pflege einerseits klar in der Zusammenarbeit mit anderen hervorzuheben, aber auch notwendigerweise abzugrenzen.

Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpfleger leisten einen enormen Beitrag bei der Behandlung und Betreuung psychisch Kranker, deren Besonderheit in der umfassenden Betreuung sowohl

physischer als auch psychischer Belange liegt. Kaum eine andere Berufsgruppe im medizinischen Bereich versorgt eine Person in diesem holistischen Ausmaß. Eine noch deutlichere Aufgabenteilung zum Schutz dieser Berufsgruppe, der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpfleger, sowie einer Verbesserung durch Einbeziehung anderen Berufsgruppen erscheint notwendig.

5 Zusammenfassung

Menschen mit psychischen Störungen benötigen unterschiedlichste medizinische und psychologische Betreuung, die für Pflegekräfte eine Herausforderung darstellen kann. Ein psychisches Störungsbild, das in seiner Erscheinung eine äußerst unterschiedliche Charakteristik bei den jeweiligen Betroffenen haben kann, ist die Schizophrenie. Circa ein Prozent der Weltbevölkerung ist von der schizophrenen Erkrankung betroffen (Maß, 2010), wobei der Erkrankungsbeginn meist vor dem 25. Lebensjahr liegt, und circa fünf Jahre von unspezifische Verhaltens-auffälligkeiten vorausgehen, bis eine Diagnosestellung erfolgt (Gaebel & Falkai, 2003).

Grundlegende Störungen von Denken und Wahrnehmen sowie inadäquate und verflachte Affekte sind die Kennzeichen der Schizophrenie. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Beeinflussungswahn und Stimmen, die in der dritten Person über den Betroffenen sprechen (Dilling & Freyberger, 2010). Zusätzlich stellen Beeinträchtigungen in der Kognition ein Kernsymptom von schizophrenen Patienten dar (Green, 2006; McGurk & Mueser, 2004), wobei besonders die Exekutivfunktionen, Aufmerksamkeit und Gedächtnis stark beeinträchtigt und über den Krankheitsverlauf hinweg als stabil anzusehen sind (Sachs, 2009). Beeinträchtigungen in der kognitiven Leistungsfähigkeit beeinflussen das Arbeitsleben und die sozialen Beziehungen der Patienten maßgeblich (Green, 2006).

Diese und andere psychisch kranke Menschen benötigen oft eine lebenslange Rund-um-Versorgung, die nicht nur für die Pflegewissenschaft sondern auch für die Versorgungsforschung eine

zunehmende Herausforderung darstellt. Psychiatrische Pflege umfasst die stationäre, teilstationäre und ambulante Betreuung psychisch kranker Menschen zur Verbesserung ihrer physischen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen, um den Kranken selbst als auch seine Umgebung vor Schaden zu schützen (Stockwell, 2002), unter Berücksichtigung spezieller kommunikativer Aspekte (Brinker & Gühne, 2010). Dabei geht es besonders um zwischenmenschliche Interaktionen, Gespräche und Beziehungsgestaltung mit Patienten, mit denen die Pflegepersonen tagtäglich konfrontiert sind.

Bei der psychiatrischen Krankenpflege spielen folgende Aufgaben eine besonders wichtige Rolle: Die pflegend-haltgebende Beziehung zwischen Patient und Pfleger, wobei neben Empathie und Sympathie (Bernatzki, 2006) auch Unterstützung und Akzeptanz entscheidend sind (Ahrens, 2006) sowie der Aspekt des Empowerments (Weinmann & Becker, 2006), die Vermittlung von Wissen über Frühwarnsymptome und Rückfallprophylaxe-Maßnahmen, eine Verbesserung der Medikamentencompliance (Meer Lueth & Needham, 2006) und Psychoedukation (Schulz, 2005), das Erkennen von aggressivem Verhalten (Steinert, 2008) sowie ein geübtes Umgehen mit aggressiven Personen (Pilsecker, Schillen, Walter, & Wolff, 2006) und die Anwendung von Deeskalationsmaßnahmen (Steinert, 2008). Aber auch der Einbezug von Familie und Angehörigen ist eine Aufgabe der psychiatrischen Pflege (Rutow-Turski, 2006).

Psychiatrische Krankenpflege ist ein holistisches Patientenkonzept, das durch die Berücksichtigung der unterschiedlichsten psychologischen Aspekte einer psychisch kranken Person ein enormes Tätigkeitsfeld umfasst. Um diese Aufgaben für den Patienten zufriedenstellend ausführen zu können, benötigt es medizinisch-pflegerische Fachkräfte, die im Bereich Psychologie und Psychotherapie direkt oder indirekt unterstützt werden.

6 Literaturverzeichnis

Ahrens, R. (2006). Wo Pflege wirkt: Biologie der Beziehungspflege. In S. Schoppmann, I. Needham, M. Schulz, & H. Stefan (Hrsg.), *Wissen schafft Pflege - Pflege schafft Wissen, Tagungsband Wien* (S. 62-64). Unterostendorf: IBICURA-Verlag.

Andreasen, N. C. (1981). *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City, IA: The Universitiy of Iowa.

Angermayer, M., Liebelt, P., & Matschinger, H. (2001). Befindlichkeitsstörungen der Eltern von Patienten mit schizophrenen oder affektiven Störungen. *Psychotherapie. Psychosomatik. Medizinische Psychologie, 51*, S. 255-260.

Awad, A., & Voruganti, L. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics, 26*(2), S. 149-162.

Ayuso-Gutiérrez, J., & del Rio Vega, J. (1997). Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia. *Schizophrenia Research, 2*(28), S. 199-206.

Barrett, E., Sundet, K., Simonsen, C., Agartz, I., Lorentzen, S., Mehlum, L., et al. (2011). Neurocognitive functioning and suicidality in schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry, 52*(2), S. 156-163.

Baslet, G., Termini, L., & Herbener, E. (2009). Deficits in emotional awareness in schizophrenia and their relationship with other measures of functioning. *Journal of Nervous and mental Disease, 197*(9), 655-660.

Batel, P. (2000). Addiction and Schizophrenia. *European Psychiatry, 15*, S. 155-122.

Bauer, R. (2002). Wirkungen von Beziehungspflege in der pflegerischen Praxis. *Psychiatrische Pflege, 8*, S. 79-84.

Beck, A., Baruch, E., Balter, J., Steer, R., & Warman, D. (2004). A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research, 68*, S. 319-329.

Bernatzki, R. (2006). Die pflegend-haltgebende Beziehung. In S. Schoppmann, I. Needham, M. Schulz, & H. Stefan (Hrsg.), *Wissen schaft Pflege - Pflege schafft Wissen* (S. 266-270). Unterostendorf: IBICURA-Verlag.

Brinker, K. (2010). Pflege von Menschen mit Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises. In S. Grunst, & U. Sure (Hrsg.), *Pflege konkret. Neurologie Psychiatrie* (S. 228-305). München: Urban & Fischer.

Brinker, K., & Gühne, M. (2010). Einführung in die Pflege von Menschen mit psychischen Erkrankungen. In S. Grunst, & U. Sure (Hrsg.). München: Elsevier GmbH.

Bundesministerium für Gesundheit. (2012). *Bundesministerium für Gesundheit, LKF Modell 2012*. Abgerufen am 07. 05. 2012 von http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankenanstalten/LKF_Modell_2012/

Cimpean, D., Torrey, W., & Green, A. (2005). Schizophrenia and co-occuring general medical illness. *Psychiatric Annals, 35*, S. 71-81.

Comer, R. J. (2008). *Klinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum akademischer Verlag.

Day, J., Bentall, R., Roberts, C., Randall, F., Rogers, A., Cattell, D., et al. (2005). Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Archives of general psychiatry, 62*(7), S. 717-724.

De Leon, J., & Diaz, F. (2005). A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia Research, 76*(2-3), S. 135-157.

Dilling, H., & Freyberger, H. (2010). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen.* Bern: Verlag Hans Huber.

Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F)* (6., vollständig überarbeitete Ausg.). Bern: Huber.

Drake, R., Osher, F., & Wallach, M. (1989). Alcohol use and abuse in schizophrenia. A prospective community study. *The Journal of nervous and mental diseas, 177*(7), S. 408-414.

Falkai, P. (2007). Schizophrenie. In P. Falkai, E. Haen, & L. Hargarter, *Paliperidon ER (INVEGA) - Der nächste Schritt zur optimalen Schizophrenietherapie* (S. 1-23). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine, 8*. doi:10.1371/journal.pmed.1000120

Fleischhacker, W., Naber, D., & Lambert, M. (2006). Schizophrenie - Pharmakotherapie (ICD-10 F2). In U. Voderholzer, & F. Hohagen (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen* (S. 49-72). München: Elsevier.

Folsom, D., Fleisher, A., & Depp, C. (2006). Schizophrenia. In D. Jeste, & J. Friedman (Hrsg.), *Psychiatry for neurologists* (S. 59-66). Totowa: Human Press.

Fröhlich, W. (2010). *Wörterbuch Psychologie.* München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.

Frommann, N., Streit, M., & Wölwer, W. (2003). Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia: a new training program. *Psychiatry Research, 117*(3), 281-284.

Gaebel, W., & Falkai, P. (2003). Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen. In M. T. Gastpar, S. Kasper, & M. Linden

(Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 97-114). Wien: Springer.

Gold, K., & Wrede, R. (2010). Pflege von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. In S. Grunst, & U. Sure (Hrsg.), *Pflege konkret Neurologie Psychiatrie* (S. 396-413). München: Elsevier GmbH.

Goldman, L. (1999). Medical Illness in Patients with Schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry, 60*, S. 10-15.

Gouzoulis-Mayfrank, E. (2006). Cannabis-bezogene Störungen. In U. Voderholzer, & F. Hohagen (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen State of the Art* (S. 41-44). München: Elsevier GmbH.

Green, M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry, 153*, 321-330.

Green, M. F. (2006). Cognitive impariment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*, S. 3-8.

Green, M. F., Kern, R. S., & Heaton, R. K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia Research, 72*, 41-51.

Grunst, S., & Sure, U. (2010). *Pflege konkret Neurologie Psychiatrie.* München: Elsevier GmbH.

Gühne, M. (2010). Pflege von suizidgefährdeten Menschen. In S. Grunst, & U. Sure (Hrsg.), *Pflege konkret Neurologie Psychiatrie* (S. 414-422). München: Elsevier GmbH.

Hamann, J., Leucht, S., & Kissling, W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 107*(6), S. 403-409. doi:10.1034/j.1600-0447.2003.00130.x

Huber, C., & Braus, D. (2005). Neuroanatomische Grundlagen. In D. Braus, *Schizophrenie* (S. 73-100). Stuttgart: Schattauer.

Kalkstein, S., Hurford, I., & Gur, R. (2010). Neurocognition in schizophrenia. *Current topics in behavioral neuroscience, 4*, 373-390.

Kasper, S., & Bauer, A. (2008). *Schizophrenie*. Wien: Verlagshaus der Ärzte.

Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrom Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 261-276.

Keefe, R. (2008). Should cognitive impairment be included in the diagnostic criteria for schizophrenia? *World Psychiatry, 7*, S. 22-28.

Keefe, R. S., Goldberg, T., Harvey, P., Poe, M., & Coughenour, L. (2004). The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia: Reliability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery. *Schizophrenia Research, 68*(2-3), 283-297.

Kief, M. (2010). Reden ist Silber - Schweigen ist Blech. Kommunikation, Kommunikationsbeeinträchtigungen und Kompensationsmöglichkeiten. In C. Ding-Greiner, & A. Kruse (Hrsg.), *Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter* (S. 179-185). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Kilian, R., Becker, T., Krüger, K., Schmid, S., & Frasch, K. (2006). Health behavior in psychiatric in-patients compared with a German general population sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 114*(4), S. 242-248.

Kirpal, T. (2006). Erfahrungen psychisch kranker Patienten während der stationären Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus: Eine Critical Incident Studie. In S. Schoppmann, I. Needham, M.

Schulz, & H. Stefan (Hrsg.), *Wissen schafft Pflege - Pflege schafft Wissen, Tagungsband Wien* (S. 215-219). Unterostendorf: IBICURA-Verlag.

Klingberg, S., Schaub, A., & Conradt, B. (2003). *Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Störungen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual.* Weinheim: Beltz PVU.

Klingberg, S., Weinmann, S., & Becker, T. (2006). Schizophrenie - psychosoziale Therapie (ICD-10 F2). In U. Voderholzer, & F. Hohagen (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen State of the Art* (S. 73-90). München: Elsevier.

Kravariti, E., Morgan, K., Fearon, P., Zanelli, J. W., Lappin, J. M., Dazzan, P., et al. (2009). Neuropsychological functioning in first-episode schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 195*, 336-345.

Lambert, M. (2005a). Symptomatik und klinische Subtypisierung. In D. F. Braus (Hrsg.), *Schizophrenie. Bildgebung-Neurobiologie-Pharmakotherapie* (S. 3-15). Stuttgart: Schattauer.

Lambert, M. (2005b). Diagnose, Differentialdiagnose und Verlauf. In D. F. Braus (Hrsg.), *Schizophrenie. Bildgebung-Neurobiologie-Pharmakotherapie* (S. 35-39). Stuttgart: Schattauer.

Lambert, M. (2005c). Pharmakotherapie. In D. Braus, *Schizophrenie. Bildgebung, Neurobiologie, Pharmakotherapie* (S. 41-69). Stuttgart: Schattauer.

Lautenbacher, S., & Möser, C. (2004). Neuropsychologie der Schizophrenie. In S. Lautenbacher, & S. Gauggel (Hrsg.), *Neuropsychologie psychischer Störungen* (S. 285-299). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Lencz, T., Smith, C. W., McLaughlin, D., Auther, A., Nakayama, E., Hovey, L., et al. (2005). Generalized and specific neurocognitive deficits in prodromal schizophrenia. *Biological Psychiatry, 59*, 863-871.

Margolese, H., Malchy, L., Negrete, J., Tempier, R., & Gill, K. (2004). Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophrenia Research, 67*, S. 157-166.

Marker, K. (2007). *Handbuch zum Programmpaket COGPACK, Version 7.9*. Heidelberg & Ladenburg: Marker Software.

Maß, R. (2001). *Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (ESI)*. Göttingen: Hogrefe.

Maß, R. (2010). *Diagnostik der Schizophrenie*. Göttingen: Hogrefe.

Maurel, M., Belzeaux, R., Adida, M., Fakra, E., Cermolacce, M., DaFonseca, D., et al. (2011). Schizophrenia, cognition and psychoeducation. *Encephale, 37*, S. 151-154.

McGurk, S. R., & Mueser, K. T. (2004). Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model. *Schizophrenia Research, 70*, 147-173.

Meer Lueth, R., & Needham, I. (2006). Die Rolle der Pflegenden in der Prävention von Rückfällen bei Patienten, welche an Schizophrenie erkrankt sind. In S. Schoppmann, I. Needham, M. Schulz, & H. Stefan (Hrsg.), *Wissen schafft Pflege - Pflege schafft Wissen, Tagungsband Wien* (S. 302-305). Unterostendorf: IBICURA-Verlag.

Moritz, S. (2005). Kognitive Störungen. In D. F. Braus (Hrsg.), *Schizophrenie. Bildgebung-Neurobiologie-Pharmakotherapie* (S. 15 - 27). Stuttgart: Schattauer.

Myles, N., Newdall, H., Curtis, J., Nielssen, O., Shiers, D., & Large, M. (2012). Tobacco Use Before, At, and After First-Episode Psychosis: A Systematic Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychiatry, 73*(4), S. 468-475.

Nüchterlein, K. H., & Green, M. F. (2006). *MATRICS Consensus Cognitive Battery*. Los Angeles: University of California.

Olbrich, R. (1999). Psychologische Verfahren zur Reduktion kognitiver Defizite: Erfahrungen mit einem computergestützten Trainingsprogramm. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 67*, 74-76.

Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports, 10*, 799-812.

Pilsecker, G., Schillen, T., Walter, G., & Wolff, S. (2006). Wirksamkeit eines systematischen Aggressionsmanagements in einer psychiatrischen Abteilung: Erfassung mittels Mitarbeiterbefragung. *Wissen schafft Pflege - Pflege schafft Wissen* (S. 370-371). Unterostendorf: IBICURA - Verlag.

Prins, S. (2006). Psychiatrische Pflege aus Sicht einer Psychiatrie-Erfahrenen. In S. Schoppmann, I. Needham, M. Schulz, & H. Stefan (Hrsg.), *Wissen schafft Pflege - Pflege schafft Wissen, Tagungsband Wien* (S. 34-40). Unterostendorf: IBICURA-Verlag.

Pulver, A., Wolyniec, P., Wagner, M., Moorman, C., & McGrath, J. (1989). An epidemiologic investigation of alcohol-dependent schizophrenics. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 79*(6), S. 603-612.

Purdon, S. E. (2005). *The Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP): Instructions and three alternate Forms.* Edmonton: PNL.Inc.

Rathod, S., Phiri, P., & Kingdon, D. (2010). Cognitive beahioral therapy for schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America, 33*(3), 527-536.

Richard-Devantoy, S., Olie, J., & Gourevitch, R. (2009). Risk of homicide and major mental disorders: a critical review. *Encephale, 35*(6), S. 521-530.

Richter, D., & Berger, K. (2001). Gewaltsituationen in der psychiatrischen Pflege. *Psychiatrische Pflege heute*, S. 242-247.

Riedel, M., & Spellmann, I. (2010). Kognitive Störungen bei Schizophrenie und ihre Therapie. In H. J. Möller, & N. Müller, *Schizophrenie - Zukunftsperspektiven in Klinik und Forschung* (S. 205-217). Wien: Springer.

Rutow-Turski, U. (2006). Angehörige von psychisch Kranken - die stummen Partner. *Wissen schafft Pflege - Pflege schafft Wissen* (S. 72-76). Unterostendorf: IBICURA-Verlag.

Sachs, G. (2009). Neurocognition and schizophrenia. In S. Kasper, & G. N. Papadimitriou (Hrsg.), *Schizophrenia. Biopsychosocial Approaches and Current Challenges.* (2 Ausg., S. 70-77). UK: Informa Healthcare.

Sachs, G., Winklbaur, B., Jagsch, R., Lasser, I., Kryspin-Exner, I., Frommann, N., et al. (2012). Training of affect recognition (TAR) in schizophrenia-Impact on functional outcome. *Schizophrenia Research, 138*(2-3), S. 262-267.

Sartory, G., Zorn, C., Groetzinger, G., & Windgassen, K. (2005). Computerized cognitive remediation improves verbal learning and processing speed in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 75*, 219-223.

Saß, H., Wittchen, H. -U., & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

Schädle-Deininger, H. (2008). *Basiswissen: Psychiatrische Pflege*. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.

Schmitt, A., & Braus, D. (2005). Genetik. In D. Braus, *Schizophrenie* (S. 27-35). Stuttgart: Schattauer GmbH.

Schulz, M. (2005). Ist Pflege Therapie? *Psychiatrische Pflege, 11*(1), S. 37-41.

Shamsi, S., Lau, A., Lencz, T., Burdick, K., DeRosse, P., Brenner, R., et al. (2011). Cognitive and symptomatic predictors of functional disability. *Schizophrenia Research, 126*, 257-264.

Sonneck, G. (2002). Das Burnout-Syndrom. In O. Frischenschlager, M. Hexel, B. Hladschik, U. Kropiunigg, I. Pucher, M. Schjerve, et al. (Hrsg.), *Medizinische Psychologie* (S. 124-128). Wien: Facultas.

Stefan, I., & Cohen-Brichta, C. (2006). Deeskalationsmanagement: Fortbildungsinhalt, Daten, Rahmenbedingungen, Videoanalyse. *Wissen schafft Pflege - Pflege schafft Wissen* (S. 58-61). Unterostendorf: IBICURA - Verlag.

Steinert, T. (2008). *Basiswissen: Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Stockwell, F. (2002). *Der Pflegeprozess in der psychiatrischen Pflege*. (G. Walter, & I. Pohl, Übers.) Bern: Hans Huber.

Stoppe, G. (2011). Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen: eine Herausforderung für die Versorgungsforschung? In G. Stoppe (Hrsg.), *Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Bestandaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung* (Bd. 3, S. 3-5). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.

Stricker-Jannan, D. (2004). *Psychiatrie für Pflegeberufe*. Troisdorf: Bildungsverlag EINS.

Süllwold, L. (1991). *Manual zum Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (FBF)*. Berlin: Springer.

Theuermann, K., & Gutierrez-Lobos, K. (2006). Gewalt in der psychiatrischen Pflege. *Wissen schafft Pflege - Pflege schafft Wissen* (S. 176-180). Unterostendorf: IBICURA-Verlag.

Tuulio-Henriksson, A., Perälä, J., Saarni, S. I., Isometsä, E., Koskinen, S., Lönnqvist, J., et al. (2011). Cognitive functioning in severe psychiatric disorders: a general population study. *European*

archives of psychiatry and clinical neuroscience. doi:10.1007/s00406-010-0186-y

Weinmann, S., & Becker, T. (2006). Psychosoziale Therapien bei der Schizophrenie. In U. Voderholzer, & F. Hohagen (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen State of the Art* (1. Ausg., S. 81-90). München: Elsevier GmbH.

Weiser, P., Becker, T., Losert, C., Alptekin, K., Berti, L., Burti, L., et al. (2009). European network for promoting the physical health of residents in psychiatric and social care facilities (HELPS): background, aims and methods. *BMC Public Health,* 9(315). doi:10.1186/1471-2458-9-315

Weiss, S. (April 2012). *Bundesministerium für Gesundheit*. Abgerufen am 2. Juli 2012 von http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Berufe/Berufe_A_Z/Diplomierte_psychiatrische_Gesundheits_und_Krankenschwester_Diplomierter_psychiatrischer_Gesundheits_und_Krankenpfleger#f1

Weyerer, S. (2011). Nicht nur Demenz: Häufigkeit psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. In *Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen* (S. 171-179). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.

Wilson-d'Almeida, K., Karrow, A., Bralet, M., Bazin, N. H.-B., & Falisard, B. (2011). In patients with schizophrenia, symptoms improvement can be uncorrelated with qualitiy of life improvement. *European Psychiatry*. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.10.002

Wittchen, H., & Semler, G. (1990). *Composite International Diagnostic Interview - CIDI - Interviewheft.* Weinheim: Beltz Test GmbH.

Wittchen, H., & Semler, G. (1997). *Instruktionsmanual zur Durchführung von DIA-X-Interviews.* Frankfurt: Harcourt Test Sevices.

Wittchen, H., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID)*. Göttingen: Hogrefe.

Wodicka, P. (2006). Netzbetten in Gegenüberstellung oder in Kombination mit Fixiergurten. *Wissen schafft Pflege - Pflege schafft Wissen* (S. 128-132). Unterostendorf: IBICURA-Verlag.

Wölwer, W., Frommann, N., Halfmann, S., Piaszek, A., Streit, M., & Gaebel, W. (2005). Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia efficacy and specificity of a new training program. *Schizophrenia Research, 80*(2-3), 295-303.

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verlaufsformen der Schizophrenie laut ICD-10 Klassifikation aus Maß (2010, S. 27) 33

Curriculum Vitae

Zur Person

Mag. Iris Lasser
geboren am 04.06.1985 in Wien
österreichische Staatsbürgerschaft
ledig

Pacassistrasse 85/17, 1130 Wien

iris.lasser@gmail.com

Bildungsweg

Seit 2012	**Ausbildung zur Klinischen – und Gesundheitspsychologin** bei der österreichischen Akademie für Psychologen (ÖAP)
2005-2011	**A 298 Psychologie** Universität Wien Diplomprüfung am 24.11.2011
Seit 2005	**A 057 122 Pflegewissenschaften (Individuelles Diplomstudium)** Universität Wien Erste Diplomprüfung am 29.06.2009
2003 - 2005	**N 202 Humanmedizin** Medizinische Universität Wien
1995 - 2003	**Bundesrealgymnasium mit 3 Fremdsprachen** BRG XIV, 1140 Wien

Berufserfahrung

Seit Sept. 2007	**Psychiatrie Station 05A, 05B, Hauptambulanz der Sozialpschiatrie** Als Psychologin, Klinische- und Gesundheitspsychologin i.A.u.S, Studienkoordinatorin sowie wissenschaftliche Mitarbeiterin an klinisch-psychologischen und psychiatrischen Studien unter der Leitung von Univ. Prof. DDr. Gabriele Sachs
Seit Nov. 2010	**MCCB – Trainerin und BACS-Trainerin im Auftrag von NeuroCog** Matrics Consensus Cognitive Battery und Brief-

	Assessment of Cognition in Schizophrenia für NEUROCOG TRIALS, INC. 3211 Shannon Road, Durham, NC 27707 unter der Leitung von Richard Keefe, Ph.D.
Apr. 2008 – Jun. 2008	**Praktikum an der Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters** bei Fr. Ass. Prof. Mag. Dr. MSc. Ohmann
Apr. 2006 – Dez. 2007	**Beschäftigung an der Wiener Privatklinik** Als Sprechstundenhilfe in der Ordinationsgemeinschaft
2004	**Praktikum auf der Pflegestation im Haus Schönbrunn der Caritas**
2003	**Praktikum auf der Pflegestation im Haus Schönbrunn der Caritas**
2002	**Praktikum auf der Pflegestation im Bezirksalten – und Pflegeheim „Weinberghof"/Gmunden**
2000	**Volontariat Landeskrankenhaus Gmunden**

Qualifikationen

Sprachen	Deutsch, Englisch, Französisch, Latein
PC- Kenntnisse	Windows, Microsoft Office, SPSS
2010	Zertifizierte Trainerin für MCCB, BACS und UPSA-B im Rahmen von NeuroCog Trials, Richard Keefe, Ph.D.
2003	Grundausbildung für den Rettungssanitäter beim Wiener Roten Kreuz
2002	Erste-Hilfe-Kurs im Johanniter -Unfall-Hilfe-Ausbildungszentrum

Freizeitinteressen

Segeln, Reisen, Tanzen, Fotografieren

Wien, 30.07.2012 Iris Lasser