



„Beziehung und Schizophrenie“

Umgang mit der Beziehungsgestaltung von an Schizophrenie erkrankten Menschen am Beispiel des psychosozialen Betreuungszentrums Mauer

Melanie Buxbaum

Diplomarbeit

Eingereicht zur Erlangung des Grades
Magistra(FH) für sozialwissenschaftliche Berufe
an der Fachhochschule St. Pölten
Im November 2009

Erstbegutachterin:

DSA Mag.^a (FH) Sonja Kirchweger

Zweitbegutachter:

FH Prof. DSA Kurt Fellöcker, MA, MSc

Abstract

Melanie Buxbaum

„Beziehung und Schizophrenie“

Umgang mit der Beziehungsgestaltung von an Schizophrenie erkrankten Menschen am Beispiel des psychosozialen Betreuungszentrums Mauer

Diplomarbeit, eingereicht an der Fachhochschule St. Pölten im November 2009

Diese Diplomarbeit ermittelt durch problemzentrierte, leitfadengestützte Interviews, sowie durch teilnehmende Beobachtungen den Umgang des Personals mit der Beziehungsgestaltung von an Schizophrenie erkrankten Menschen am Beispiel des psychosozialen Betreuungszentrums Mauer. Anschließend werden sozialarbeiterische Interventionsanregungen im Rahmen der Thematik in Betracht gezogen.

Ausgehend von meinem Langzeitpraktikum beim psychosozialen Dienst Gmünd wird hierbei ein Überblick über einen Bereich gegeben, der bis dato nur spärlich in der Literatur vertreten ist und durch meinen Beitrag erweitert werden soll. Um adäquat auf Bedürfnisse nach Liebe, Zuneigung und Sexualität eingehen zu können, bedarf es vorerst einer bewussten Erkennung dieser. Die verschiedensten Möglichkeiten der Bedürfnisäußerung werden im Zuge der Arbeit ausführlich erläutert. Zwischenmenschliche Beziehungen setzen einen der Schwerpunkte, wobei Art, Probleme und institutionelle Bedingungen für die Führung einer Partnerschaft eine wesentliche Rolle einnehmen. Neben beziehungshinderlichen werden auch beziehungsförderliche Maßnahmen beschrieben. Da der Umgang des Personals in engem Zusammenhang mit der Beziehung zwischen Mitarbeiter/ Mitarbeiterin und Klient/ Klientin steht, wird auch diese genauer betrachtet. Zentrales Anliegen ist jedoch die Ermittlung der Umgangsstrategien des Personals im Rahmen der Beziehungsgestaltung, sowie anderer Möglichkeiten der Bedürfnisäußerung. Ausgehend davon werden potentielle Tätigkeitsfelder der Sozialarbeit aufgezeigt, welche zur Verbesserung des Umgangs mit der Thematik beitragen sollen. Sozialarbeit dient hauptsächlich

als Ressource, um Fortbildungen und Supervisionen zu organisieren, Aufklärungsarbeit, Konfliktregelung und soziale Einzelfallhilfe zu leisten und um die räumlichen Strukturen zu verbessern, stets unter Einbeziehung der KlientInnen.

Abstract

“Building Relationships with Schizophrenia“

Relationship building of schizophrenic people based on the example of “psychosoziales Betreuungszentrum Mauer” (a psychosocial support center)

This diploma thesis discusses the issue of how carers of schizophrenic patients can build relationships with this target group. The study uses qualitative interviews and participative observation in a psychosocial support center in Mauer. The possibilities of social work intervention are then discussed.

Based on the experiences of my long-term practical training at “psychosozialer Dienst Gmünd” the thesis presents an overview about a field that has been mostly neglected in literature. To cope adequately with needs for love, affection and sexuality it is necessary to be aware of them. This thesis focuses on interpersonal relationships with reference to the role institutional settings play in establishing relationships. Aspects preventing relationships and such promoting relationships are described. Since the professional staff is in close contact with the clients and therefore essential for relationship they are included in this research. The central focus of the thesis is on the strategies of building relationships and other possibilities to show emotional needs. Based on these findings potential social work fields are shown with the aim of supporting and improving the situation of the clients. The primary function of social work is to act as a resource for organising further education as well as supervision, for awareness training, conflict resolution and social case work and for improving the lifeworld and life situations of the clients.

Danksagung

An dieser Stelle denke ich an jene Menschen, die durch ihre fachliche und persönliche Unterstützung zum Gelingen dieser Diplomarbeit beigetragen haben.

Mein Dank gilt ...

... in erster Linie meinen Eltern Franz und Maria Buxbaum, die mir immer hundertprozentig zur Seite stehen und mich während des gesamten Studiums in finanzieller und menschlicher Hinsicht unterstützt, entlastet und gestärkt haben.

... meinem Freund Daniel Scharf, der mich während des Verfassens der Arbeit durchgehend mit seiner positiven Energie aufgebaut und motiviert hat.

... meiner Diplomarbeitbetreuerin DSA Mag.^a (FH) Sonja Kirchweger, die immer wieder mit zahlreichen Anregungen einen Beitrag zur Verbesserung der Arbeit leistete.

... meinen InterviewpartnerInnen der Tagesbeschäftigung des psychosozialen Betreuungszentrums Mauer für ihre Offenheit.

Inhalt

1. Einleitung	1
1. 1. Themenwahl	1
1. 2. Forschungsfrage	1
1. 3. Zielsetzung	2
1. 4. Vorgehensweise	2
1. 5. Forschungsdesign	3
1. 5. 1. Problemzentriertes, leitfadengestütztes Interview	4
1. 5. 1. 1. Theoretischer Input	4
1. 5. 1. 2. Auswahl der InterviewpartnerInnen	4
1. 5. 1. 3. Das Setting	5
1. 5. 1. 4. Der Verlauf	5
1. 5. 2. Teilnehmende Beobachtung	5
1. 5. 2. 1. Theoretischer Input	5
1. 5. 2. 2. Der Verlauf	6
1. 5. 3. Datenauswertung	6
2. Das psychosoziale Betreuungszentrum	8
3. Psychische Erkrankungen	11
3. 1. Einleitung	11
3. 2. Der Begriff Schizophrenie	12
3. 2. 1. Schizophrenie aus geschichtlicher Sicht	12
3. 2. 2. Definition von Schizophrenie	13
3. 3. Die Krankheit Schizophrenie	14
3. 3. 1. Epidemiologie	14
3. 3. 2. Ursachen	14
3. 3. 2. 1. „Vulnerabilitäts – Stress - Modell“	14
3. 3. 3. Symptomatik	15
3. 3. 4. Verlauf	16
3. 3. 5. Behandlung	17
4. Empirische Forschungsergebnisse	18
4. 1. Themenspezifische Weiterbildungsmöglichkeiten	18
4. 1. 1. Das (Nicht-) Wissen der Existenz dieser Möglichkeiten	19
4. 1. 2. Keine Teilnahme	19

4. 1. 2. 3. Begründungen der fehlenden Teilnahme	19
4. 1. 3. Einmalige Teilnahme	20
4. 1. 4. Interesse an Fortbildungsmöglichkeiten	20
4. 2. Erkennen der Bedürfnisse nach Liebe, Zuneigung und Sexualität bei an Schizophrenie erkrankten Menschen	21
4. 2. 1. Körperkontakt und Intimitäten	23
4. 2. 2. verbale Kommunikation	23
4. 2. 3. Suchen nach Nähe	28
4. 2. 4. Führen von Beziehungen	28
4. 2. 5. Verwirklichung eines Hochzeitswunsches	29
4. 3. Zwischenmenschliche Beziehungen	31
4. 3. 1. Die Art der zwischenmenschlichen Beziehung	31
4. 3. 2. Probleme einer Partnerschaft psychisch erkrankter Menschen	34
4. 3. 3. Bedingungen des Führens von Partnerschaften in betreuenden Einrichtungen	36
4. 3. 3. 1. Defizit an Rückzugsmöglichkeiten	37
4. 3. 3. 2. Strategien der KlientInnen	39
4. 3. 4. Beziehungsfördernde Maßnahmen	40
4. 3. 4. 1. Verbesserung der räumlichen Strukturen	40
4. 3. 4. 2. Möglichkeiten der gemeinsamen Freizeitgestaltung	41
4. 3. 5. Die Beziehung zwischen MitarbeiterIn und KlientIn	43
4. 4. Partnerschaft als Tabuthema	46
4. 4. 1. Die Gesellschaft	47
4. 4. 2. Die KlientInnen	48
4. 4. 3. Das Personal	49
4. 5. Umgang des Personals	50
4. 5. 1. ... mit intimen Fragen und Erzählungen der KlientInnen	50
4. 5. 2. ... mit Intimitäten zwischen den KlientInnen	52
4. 5. 2. 1. Akzeptanz bei beidseitigem Einverständnis	52
4. 5. 2. 2. Thematisierung	54
4. 5. 2. 3. Unterbindung bei übertriebenem Verhalten	54
4. 5. 2. 4. ... mit der Möglichkeit, eine Nacht miteinander zu verbringen	55
4. 5. 2. 5. ... mit einer Hochzeit	58

4. 5. 2. 6. ... mit dem Defizit an Rückzugsmöglichkeiten	58
5. Anregungen	61
5. 1. Organisieren von Fortbildungen	61
5. 1. 1. Identitäts-, Beziehungs- und Lustaspekt	62
5. 1. 2. Aufklärungsarbeit	63
5. 2. Öffentlichkeitsarbeit	64
5. 3. Organisieren von Supervisionen	64
5. 4. Konfliktregelung	65
5. 5. Verbesserung der räumlichen Strukturen	65
5. 5. 1. Mitbestimmungsmöglichkeiten der KlientInnen	66
5. 6. Soziale Einzelfallhilfe	66
6. Resümee	68
Literatur	71
Primärliteratur	76
Anhang	I

1. Einleitung

1. 1. Themenwahl

„Beziehung und Schizophrenie“ - Umgang mit der Beziehungsgestaltung von an Schizophrenie erkrankten Menschen am Beispiel des psychosozialen Betreuungszentrums Mauer lauten der Titel und das Thema meiner Diplomarbeit.

Aufmerksam auf diese Thematik wurde ich während meines Langzeitpraktikums beim psychosozialen Dienst und Club Aktiv Gmünd. In beiden Einrichtungen wurden die Themen Liebe, Beziehung und Sexualität häufig behandelt. Ein Großteil der KlientInnen klagte über die Erschwernis, einen Partner/ eine Partnerin zu finden, was ihrer Ansicht nach hauptsächlich an der psychischen Beeinträchtigung läge. Innerhalb des Club Aktiv konnte ich jedoch auch die Erfahrung sammeln, ein Pärchen selbst als Klientel zu unterstützen. Die Partnerschaft der beiden wurde von den dort arbeitenden Professionen zwar nicht tabuisiert, aber auch nicht zum Thema gemacht. Für mich stellte sich während des Praktikums die Frage, ob dieses Verhalten aus Unwissen über den Umgang damit abzuleiten ist.

Aus diesem Kontext heraus möchte ich in meiner Diplomarbeit die Thematik der Partnerschaft zwischen einzelnen KlientInnen in den Vordergrund stellen. Es soll mittels qualitativer Forschung eine Annäherung an Beziehungen, vorrangig partnerschaftlicher Natur, zwischen an Schizophrenie erkrankter Menschen geschehen. Dabei sollen Beziehungen zwischen einzelnen KlientInnen und nicht Beziehungen zwischen KlientInnen und externen Personen untersucht werden. Da sich Bedürfnisse von Menschen nach Liebe, Zuneigung und Sexualität jedoch nicht gezwungenermaßen in Beziehungen äußern müssen, soll besonderes Augenmerk auch auf andere Möglichkeiten des Ausdrucks gelegt werden. Es soll aufgezeigt werden, wie MitarbeiterInnen in betreuenden Einrichtungen mit dieser Thematik umgehen.

1. 2. Forschungsfrage

Meine Diplomarbeit handelt von der zentralen Fragestellung, wie MitarbeiterInnen des psychosozialen Betreuungszentrums Mauer mit partnerschaftlichen

Beziehungen zwischen einzelnen KlientInnen dieser Einrichtung umgehen und wie sie auf Bedürfnisse intimer Natur reagieren. Es soll ermittelt werden, welche Schwierigkeiten und Grenzen sich im Umgang damit ergeben und ob sich neue potentielle Tätigkeitsfelder in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, speziell mit an Schizophrenie leidenden KlientInnen, im Rahmen der Beziehungsgestaltung und der Bedürfnisäußerung erschließen lassen.

1. 3. Zielsetzung

Ziel meiner Diplomarbeit ist es, anhand des psychosozialen Betreuungszentrums Mauer aufzuzeigen, wie die dort arbeitenden Professionen auf das Thema der Beziehungsgestaltung reagieren. Weiters soll die Befindlichkeit derer im Umgang mit Liebe und Sexualität von schizophrenen Menschen erhoben werden und erforscht werden, ob es sich hierbei noch um ein Tabuthema handelt. Aufgrund eines Mangels an Forschungsergebnissen im Umgang mit diesem Feld, ist es mein Ziel, einen Beitrag dazu zu leisten.

Mittels leitfadengestützter Interviews und teilnehmender Beobachtungen sollen Herausforderungen und Belastungssituationen, aber auch Kenntnisse und Fähigkeiten der professionellen HelferInnen in dem zu erforschenden Zusammenhang untersucht werden. Weiters sollen bei Bedarf neue Unterstützungsfelder erschlossen werden, welche dazu fähig sind, die Qualität der professionellen Arbeit im Rahmen dieser Materie zu optimieren.

Die Forschung wurde im psychosozialen Betreuungszentrum durchgeführt. Wie in einem anderen Abschnitt der Arbeit noch beschrieben, besteht dieses aus sehr vielen Bereichen. Um den Rahmen nicht zu sprengen, wird der Fokus auf einen davon – die Tagesbeschäftigung – gelegt.

1. 4. Vorgehensweise

Zu Beginn der Diplomarbeit werden die gewählte Erhebungsmethode und das angewandte Auswertungsverfahren dargestellt und erläutert. In Kapitel 2 folgt eine Beschreibung des psychosozialen Betreuungszentrums, insbesondere der Tagesbeschäftigung. Da sich mein Forschungsinteresse einer besonderen Zielgruppe widmet, wird anschließend die Erkrankung Schizophrenie näher

beleuchtet. Anhand von Literaturrecherchen, Interview- und Beobachtungsergebnissen wird in weiterer Folge beschrieben, wie das Personal dem Besuch von Fort- und Weiterbildungen zum Thema Beziehung und Schizophrenie sowie dazugehöriger Bedürfnisse gegenübersteht. Kapitel 4. 2. beschäftigt sich mit dem Erkennen des Bedürfnisses nach Liebe, Zuneigung und Sexualität von psychisch erkrankten Menschen, welche speziell an obig erwähnter Störung leiden. Dabei spielt keine Rolle, ob sich die KlientInnen in partnerschaftlichen Beziehungen befinden oder andere Methoden anwenden, um Bedürfnisbefriedigung zu erlangen. Zwischenmenschliche Beziehungen werden in Kapitel 4. 3. ausführlich behandelt. Anschließend wird die Frage, ob es sich bei der Thematik um ein Tabu handelt, beantwortet. Ausgehend davon werden Umgangsformen professioneller HelferInnen damit zum Ausdruck gebracht, wobei von differenzierten Szenarien und Blickwinkeln ausgegangen wird. Die Forschungsergebnisse werden nach Kelle und Kluge (1999) in erworbene Kategorien eingeteilt, mittels dieser ausführlich dargelegt und mit Literatur verknüpft. In weiterer Folge soll versucht werden, Anregungen an das Personal der Tagesbeschäftigung des psychosozialen Betreuungszentrums zu formulieren, die als unterstützende Handlungsfelder gesehen werden können bzw. sollen. Dabei soll die Wichtigkeit der Sozialarbeit sowie deren vielfältige Einsetzbarkeit gezeigt werden. Den Abschluss der Arbeit bildet ein Resümee, welches zusammenfassend und abrundend wirken soll.

1. 5. Forschungsdesign

Nach Kelle und Kluge (1999:9) gibt es eine Vielzahl an methodischen und methodologischen Ansätzen, welche mit dem Begriff „qualitative Sozialforschung“ in Verbindung gebracht werden können. Verfahren und Techniken der Datenerhebung und Datenauswertung sind genauso verschieden wie die Ansprüche an die Verallgemeinerbarkeit der Forschungsergebnisse.

Als qualitative Methoden der empirischen Sozialforschung wurden als Erhebungsmethoden problemzentrierte, leitfadengestützte Interviews, sowie teilnehmende Beobachtungen gewählt. Da es sich bei meinem Forschungsinteresse um eine sehr offene, subjektive Thematik handelt, erschien diese Art von Interviews passend zu sein. Beobachtungen ergeben für mich eine

sinnvolle Möglichkeit, um Interviewergebnisse zu unter- bzw. widerlegen und/ oder zu ergänzen. Eine weitere Anregung für die gewählten Erhebungsmethoden stellten deren Auswertungsverfahren dar, da sich Leitfadenterviews für eine thematische Auswertung eignen.

Um beide Methoden so verständlich wie möglich darzustellen, soll zuerst jeweils eine Definition angeführt und weiters Bezug zur Praxis hergestellt werden.

1. 5. 1. Problemzentriertes, leitfadengestütztes Interview

1. 5. 1. 1. Theoretischer Input

Lamnek (2005:368) zufolge hat der Forscher/ die Forscherin beim problemzentrierten Interview ein theoretisches Konzept, wenn er/ sie das Feld betritt, wobei jedoch der Befragte/ die Befragte selbst die Dominanz der Konzeptgenerierung inne hält. Der Forscher/ Die Forscherin muss seine/ ihre theoretischen Konzepte laufend durch das Interview verändern. Dabei erscheint ein Leitfaden sinnvoll, damit wichtig erscheinende Themenbereiche abgedeckt und fehlende nachgefragt werden können.

Gahleitner (2005:45) meint, dass der Interview- oder Gesprächsleitfaden den gesamten Problembereich beinhaltet, jedoch in Form von einzelnen, thematischen Feldern. Die Reihenfolge der Fragen soll den befragten Personen nicht aufoktroiert werden, sondern lediglich als „leitender Faden“ dienen und das angeeignete Hintergrundwissen zur Vorbereitung auf das Interview thematisch organisieren.

1. 5. 1. 2. Auswahl der InterviewpartnerInnen

Vor Beginn des Praktikums wurde mir die Anzahl der MitarbeiterInnen bereits mitgeteilt. Ich legte schon im Vorhinein die Quantität der befragten Personen fest, die Einverständnis derer vorausgesetzt. Um ein differenziertes, aussagekräftiges Bild als Antwort auf die gestellten Forschungsfragen zu erhalten, war es mir ein Anliegen, so viele Informationen wie möglich zu sammeln. Deshalb wurden alle 7 MitarbeiterInnen sowie die Leitungsperson der Tagesbeschäftigung interviewt.

1. 5. 1. 3. Das Setting

Die Settings der Interviews gestalteten sich sehr unterschiedlich. 7 von 8 Interviews fanden in den diversen Räumlichkeiten der Tagesbeschäftigung statt. Eines wurde in der Wohnung einer Mitarbeiterin abgehalten. Einige Interviews mussten aufgrund von Störfaktoren, beispielsweise durch das Eintreten einer anderen Person in den Raum, unterbrochen werden, konnten aber danach wieder weitergeführt werden.

1. 5. 1. 4. Der Verlauf

Die problemzentrierten, leitfadengestützten Interviews wurden im Zeitraum meines Forschungspraktikums von 17. November bis 19. Dezember 2008 durchgeführt. Grundinformationen hatten die zu befragenden Personen, welche sich ohne weiters dazu bereit erklärten, mir ein Interview zu geben, bereits von der Leiterin der Tagesbeschäftigung erhalten. Auch diese zeigte sich unterstützend. Die 8 Interviews, die jeweils zwischen 20 Minuten und einer Stunde dauerten, wurden mithilfe eines Diktiergerätes aufgezeichnet, transkribiert und nach Kelle und Kluge (1999) ausgewertet.

Alle Interviews mit genauer Dauer, Setting und anderen relevanten Details sind aufgelistet in einer Tabelle im Anhang zu finden.

1. 5. 2. Teilnehmende Beobachtung

1. 5. 2. 1. Theoretischer Input

Eine meines Erachtens treffende Definition von Beobachtung ist folgende: „Die Tätigkeit (Beobachten) ist ... kein passives Auf – sich – einströmen – Lassen von Sinnesreizen, sondern eine Form des aktiven Sich – Aneignens von (Wirklichkeit), d.h. der Beobachter gibt seinen Sinneswahrnehmungen eine Richtung, ordnet diese Wahrnehmungen im Hinblick auf einen bestimmten Zweck mit der Absicht, sein Handeln an den Informationen, die er auf diese Weise erhält, zu orientieren ...“ (Mollenhauer/ Rittelmeyer 1977:146, zit. n.: Martin/ Wawrinowski 1991:33).

Um größtenteils zu vermeiden, dass KlientInnen der Tagesbeschäftigung durch auffälliges Beobachten irritiert werden und ihr Verhalten aufgrund dessen geändert

wird, habe ich mich für teilnehmende Beobachtungen entschieden. Dennoch muss an dieser Stelle betont werden, dass, egal welche Form des Beobachtens gewählt wird, diese Methode den Prozess immer beeinflusst.

„Teilnehmende Beobachtung ist eine Feldstrategie, die gleichzeitig Dokumentenanalyse, Interviews mit Interviewpartnern und Informanten, direkte Teilnahme und Beobachtung sowie Introspektion kombiniert“ (Denzin 1989:157-158, zit. n.: Flick 2004:206).

1. 5. 2. 2. Der Verlauf

Die Beobachtungsphase verlief ebenfalls im Zeitraum meines Praktikums, wobei speziell an 8 Tagen Sequenzen beobachtet und mittels Protokollen festgehalten wurden.

1. 5. 3. Datenauswertung

Wie bereits erwähnt, orientierte sich die Auswertung des Datenmaterials an den AutorInnen Kelle und Kluge. Dabei werden einzelnen Textpassagen bestimmte Kategorien zugeordnet, das heißt, dass diese indiziert bzw. „kodiert“ und anschließend einer Synopse unterzogen werden, indem die Textpassagen, die bestimmte Kategorien und eventuell weitere Merkmale gemeinsam haben, vergleichend analysiert werden. Ziel ist es, dass sich im Datenmaterial Muster und Strukturen herauskristallisieren, welche die Bildung neuer Kategorien bzw. Subkategorien zur Folge haben kann (vgl. Kelle/ Kluge 1999:57). „Ein empirisches Phänomen, repräsentiert durch eine Textstelle, wird begrifflich „auf den Punkt gebracht“ und durch die Zuordnung zu einer Klasse beschrieben, verstanden und ggf. auch erklärt“ (Kelle/ Kluge 1999:58).

Forschungsfragen und –ziel waren mir schon länger bekannt, d. h. der Leitfaden wurde ausgehend davon, beeinflusst vom Einlesen in die Materie, erstellt. Nach Beendigung der Forschung galt es, die Interviewtranskriptionen sowie die Beobachtungsprotokolle zu ordnen und zu kodieren. Nach einer vergleichenden Analyse zeigten sich Besonderheiten und ein roter Faden war zu erkennen.

Jedoch präsentiert sich das anfangs erstellte Kategorienschema zur Strukturierung, Systematisierung und Auswertung nur als Rahmen, welcher „empirisch aufgefüllt“ werden muss bzw. soll. Aufgrund von Alltagswissen und Relevanzsetzung der Befragten kann das Schema um zusätzliche Kategorien und empirisch gehaltvolle Subkategorien ergänzt werden (vgl. Kelle/ Kluge 1999:68).

Auch in meinem Fall konnten einzelne Textpassagen zu Beginn nicht zugeordnet werden, sodass das Kategorienschema im Laufe des Auswertungsprozesses erweitert werden musste. Parallel zur Kategorienbildung wurden Memoprotokolle geführt, welche dazu beitrugen, Gedanken zu notieren und wichtige Verbindungen innerhalb des Datenmaterials zu erkennen.

Mithilfe dieser Vorgehensweise konnte erhoben werden, wie mit der Beziehungsgestaltung sowie den Bedürfnissen nach Liebe und Sexualität von an Schizophrenie erkrankten Menschen umgegangen wird. In Kapitel 4 werden die empirischen Forschungsergebnisse, mit durchgängiger Untermauerung von Literatur, dargestellt.

2. Das psychosoziale Betreuungszentrum

Um das psychosoziale Betreuungszentrum, inklusive seiner Entstehung und zahlreichen Angebote, verständlich darstellen zu können, soll vorerst auf das Landesklinikum Amstetten – Mauer eingegangen werden.

Das Landesklinikum Amstetten – Mauer ist eine Sonderkrankenanstalt, ein Zentrum für seelische und körperliche Gesundheit. Regional wird dieses als Akutpsychiatrie genutzt, überregional als Spezialstation für Alkoholkrankheit, Drogenentwöhnung, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Forensik. Auch eine Abteilung für Rehabilitation und Soziotherapie ist vorhanden. Schmerztherapie, Neurorehabilitation und Wachkomaakutversorgung sind Teil der neurologischen Abteilung. Das Angebot wird vollendet durch eine Akutgeriatrie und ein Institut für Psychotherapie. Um sich die ungefähre Größe dieses Klinikums vorstellen zu können, soll angemerkt werden, dass 2004 circa 600 Personen dort beschäftigt waren, welche insgesamt 12 436 PatientInnen betreuten, davon 6 317 stationär und 6 119 ambulant. Neuere Zahlen sind auf der Homepage nicht zu finden (vgl. Niederösterreichische Landeskliniken – Holding 2009).

Am 1. Jänner 1999 wurde das psychosoziale Betreuungszentrum, kurz PBZ genannt, aus dem Klinikum herausgelöst und in eine eigenständige Pflege- und Betreuungseinrichtung umgewandelt. Es entstand aus dem Teil der damaligen Landesnervenklinik, in dem LangzeitpatientInnen untergebracht waren. Ziel ist es, Menschen mit erhöhtem Betreuungsaufwand Lebensqualität zu vermitteln, stets unter besonderer Berücksichtigung der jeweiligen Bedürfnisse. Zielgruppe sind überwiegend psychisch erkrankte Menschen, aber auch behinderte Menschen, deren soziales Verhalten einen Verbleib im bisherigen Betreuungsumfeld unmöglich macht. Das Leistungsspektrum des PBZ erstreckt sich über eine enorme Spanne. Es reicht von der Lebensbegleitung von psychisch Erkrankten bis hin zur Intensivpflege von WachkomapatientInnen. Dementsprechend unterschiedlich zeigt sich das Alter der KlientInnen (vgl. psychosoziales Betreuungszentrum 2009a).

Insgesamt stehen fünf Häuser dem Betreuungs- und Pflegebereich zur Verfügung, ein Haus wird für Tagesaktivitäten genutzt. Eines der fünf Häuser beinhaltet einen Bereich, in dem ebenfalls Tagesbetreuung angeboten wird. Die Tagesbetreuung richtet sich an Menschen, die von Geburt an minderbegabt beziehungsweise geistig und/ oder körperlich behindert sind oder aufgrund einer hirnganischen Erkrankung im Kindesalter ihre Persönlichkeit und Intelligenz nicht vollständig entwickeln konnten. Die Tagesbeschäftigung findet in einem eigenen Haus statt und richtet sich vorrangig an Menschen mit psychischer Erkrankung, gelegentlich in Verbindung mit geistiger Behinderung (vgl. psychosoziales Betreuungszentrum 2009b). Für die Betreuung der KlientInnen ist ein Team, bestehend aus verschiedenen Professionen, zuständig. Sozialarbeit gibt es im psychosozialen Betreuungszentrum nicht (vgl. psychosoziales Betreuungszentrum 2009c).

Ein beachtlicher Teil der KlientInnen der Tagesbeschäftigung trägt die Diagnose Schizophrenie, was mich dazu veranlasst hat, meine Forschung auf Menschen, die an dieser Erkrankung leiden, zu fokussieren. „Nach unserem heutigen Wissen bedeutet Schizophrenie in den meisten Fällen eine besondere Entwicklung, den besonderen Lebensweg eines Menschen unter besonders schwerwiegenden inneren und äußeren Bedingungen, welche Entwicklung einen Schwellenwert überschritten hat, nach welchem die Konfrontation der persönlichen inneren Welt mit der Realität und der Notwendigkeit zur Vereinheitlichung zu schwierig und zu schmerzhaft geworden ist und aufgegeben worden ist“ (Bleuler 1987:o.S., zit. n.: Dörner et al. 2002:151).

Ziel der Tagesbeschäftigung ist es, den KlientInnen eine eigene Beschäftigungsstruktur zu bieten, wobei wiederum auf die Möglichkeiten und Fähigkeiten der einzelnen Personen eingegangen wird. Somit wird dem Klienten/ der Klientin das Gefühl vermittelt, in die Arbeit zu gehen und eine nützliche Tätigkeit zu verrichten. Es werden zahlreiche Methoden der Tagesgestaltung geboten, begonnen bei handwerklichen Tätigkeiten bis hin zur Aktivierung früherer Fertigkeiten und zum Training neu erlernter Fähigkeiten (vgl. psychosoziales Betreuungszentrum 2009d).

Jeder Aufnahme ins PBZ muss ein Sozialhilfeantrag zugrunde liegen. Die Entscheidung, ob es zu dieser kommt, liegt in den Händen der Leitung, mit Zustimmung der Pflegedienstleitung und der HeimärztInnen. Klarerweise spielt auch die Verfügbarkeit von Plätzen eine Rolle, wobei jedoch nicht die Bedürfnisse des Antragstellers/ der Antragstellerin vernachlässigt werden dürfen (vgl. psychosoziales Betreuungszentrum 2009e). Grundsätzlich müssen die anfallenden Kosten vom Klienten/ von der Klientin selbst übernommen werden, die aber durch entsprechende Unterstützungen durch die Sozialhilfe gesenkt werden können (vgl. psychosoziales Betreuungszentrum 2009f).

In der Tagesbeschäftigung sind 7 MitarbeiterInnen sowie eine Organisatorin bzw. Koordinatorin, welche den Leitungsposten innehat, angestellt. Die MitarbeiterInnen sind für fünf unterschiedliche Gruppen (Ton-, Strick-, Holz-, Förder- und Feinmotorikgruppe) zuständig. Am Vormittag wird gemeinsam an Produkten gearbeitet, welche am alljährlichen Adventmarkt verkauft werden, um die Materialkosten zu decken. Der Nachmittag wird eher für Freizeitaktivitäten wie Spaziergänge, Brettspiele oder die wöchentliche Chor- und Theaterprobe genutzt. Öffnungszeiten der Tagesbeschäftigung sind von 8 bis 11:45 Uhr und von 13 bis 15:45 Uhr. In der Regel wohnen die KlientInnen, welche das Angebot der Tagesbeschäftigung in Anspruch nehmen, in den verschiedenen Häusern des Klinikums (vgl. Beobachtungsprotokoll vom 1. 12. 2008).

3. Psychische Erkrankungen

3. 1. Einleitung

Um den Begriff und die Störung der „Schizophrenie“ so verständlich wie möglich darzustellen, soll zunächst allgemein erläutert werden, was unter den Begriffen „Krankheit“ und „psychische Erkrankung bzw. Störung“ zu verstehen ist.

„Krankheit im medizinischen Sinn wird konzipiert als einheitliches Geschehen, als gesetzmäßig ablaufender Prozess mit einer definierten Ursache, einem definierten Beginn, Verlauf und Ausgang“ (Brosch 2004:3). Häfner (2005:35) meint dazu, dass mit Krankheit der Zustand eines Individuums definiert wird, welcher sich durch subjektives Leiden und objektive Funktionsstörungen bemerkbar macht.

Nimmt man einen Vergleich beider Zitate vor, so lassen sich einige Unterschiede erkennen. Brosch beschreibt den Begriff Krankheit als ein Geschehen, das zeitlich strikt begrenzt ist. Häfner setzt seinen Schwerpunkt an einer anderen Stelle an. Er verbindet Krankheit mit einem innerlichen Zustand des Leidens, der sich nach außen hin sichtbar macht.

Um die schrittweise Annäherung weiterzuführen, wird nun auf die nächste Stufe, die psychische Erkrankung, eingegangen.

Konzepte wie der ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems) und das amerikanische System DSM-IV (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders) klassifizieren psychiatrische Diagnosen hinsichtlich ihrer Krankheitssymptome.

Nach Häfner (2005:34) soll der Begriff „Krankheit“ vermieden werden und anstatt dessen von einer „ursachenneutralen Störung“ gesprochen werden. Grund dafür ist, dass nicht von einer einheitlichen Krankheitsursache auszugehen ist. In meiner Diplomarbeit werden die Begrifflichkeiten „Krankheit“, „Erkrankung“ und „Störung“ jedoch synonym verwendet.

Laut Bosshard/ Ebert/ Lazarus (1999:31) zeigen sich psychische Erkrankungen in differenzierten Graden von Leidensdruck und Funktionsstörungen, bezogen auf die Art und Weise, wie gedacht, geurteilt und gelernt wird, wie Gefühle erlebt und geäußert werden, wie man sich verhält und wie körperliches Erleben und Empfinden beeinflusst sind. Anhand dieser Definition wird ersichtlich, dass Emotionen, Denken, Wahrnehmen, körperliches Erleben und Empfinden die Bereiche sind, welche im Falle einer psychischen Störung angegriffen werden.

Dass es aber zu dem Begriff „psychische Störung bzw. Krankheit“ sehr geteilte Meinungen gibt und es sich als schwierig erweist, eine genaue Definition davon abzuleiten, soll das folgende Zitat hervorheben. „Trotz aller Bestrebungen, wissenschaftlich begründete Kategorien und Diagnosen zu entwickeln und zu verwenden, ist der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie – im Gegensatz zu anderen medizinischen Disziplinen – unscharf geblieben“ (Clausen/ Dresler/ Eichenbrenner 1997:62). Sie meinen weiters, dass aufgrund von psychologischen, soziologischen und philosophischen Aspekten, welche ebenfalls zu integrieren seien, das naturwissenschaftlich – medizinische Modell nicht ausreicht, um den Begriff zu definieren (vgl. Clausen/ Dresler/ Eichenbrenner 1997:62).

3. 2. Der Begriff Schizophrenie

3. 2. 1. Schizophrenie aus geschichtlicher Sicht

1896 gelang es dem deutschen Nervenarzt und Psychiatrieforscher Emil Kraepelin „hinter der Vielgestaltigkeit der Erscheinungsbilder gemeinsame Merkmale zu erkennen und ein Krankheitsbild herauszuarbeiten“ (Tölle/ Windgassen 2003:191). Aufgrund der massiven Beeinträchtigungen im Denken und des häufig sehr frühen Krankheitsbeginns wählte Kraepelin die Bezeichnung „dementia praecox“ (vgl. Schwender 2007:3). Da jedoch die Erkrankung weder nur in jungem Alter auftritt noch gezwungenermaßen zur Demenz führt, löste der Züricher Psychiater 1911 diese Diagnose ab und wählte anstatt dessen den Begriff „Schizophrenie“, weil er für die Grundstörungen der Krankheit mentale Assoziationsstörungen hielt. Damit gemeint ist das Auseinanderfallen gedanklicher Verbindungen, welches sich in Denk- und Sprachstörungen äußern kann, oder die Lockerung natürlicher Verknüpfungen zwischen Ausdruck, Gefühlen und ihren Inhalten, was sich

wiederum in fehlender Übereinstimmung zwischen Stimmung und Wahnhalt zeigen kann. Heutzutage gilt Bleulers Vorstellung von Assoziationsstörungen zwar nicht als falsch, aber als zu einfach gedacht und längst nicht mehr als ausreichende Erklärung der komplexen seelischen Funktionsstörungen bei Schizophrenie (vgl. Häfner 2005:18).

3. 2. 2. Definition von Schizophrenie

In der Literatur ist eine Vielzahl unterschiedlichster Definitionen zu finden, welche allesamt die Komplexität dieser Erkrankung zum Ausdruck bringen. „Die Schizophrenie ist wohl die schillerndste – und am häufigsten missverstandene – aller psychischen Störungen“ (Clausen/ Dresler/ Eichenbrenner 1997:65).

Eine weitere Definition stammt von Heinz Häfner (2005:13): „Schizophrenie ist eine in ihren Kernsymptomen ziemlich einheitliche, in ihren Randphänomenen aber vielgestaltige und höchst unterschiedlich verlaufende psychische Krankheit.“ Nach Finzen (1995:25) kann sich die Schizophrenie leicht oder schwer zeigen, kurze Zeit oder ein ganzes Leben andauern, akut oder dramatisch verlaufen, ausheilen oder zur Invalidität führen. Ableitbar ist, dass es sich hierbei um eine Störung handelt, welche nicht strikt definiert oder empirisch bewiesen werden kann.

Da der ICD – 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems) der WHO (World Health Organization) ein weit verbreitetes Diagnose- und Klassifikationsschema darstellt, soll erläutert werden, wie dieses die Erkrankung Schizophrenie definiert.

Nach ICD – 10 werden psychische Erkrankungen in der Klasse F zusammengefasst, wobei Schizophrenie unter F20 zu finden ist. Unterformen dieser, wie beispielsweise die paranoide, hebephrene oder katatone Form laufen unter F20.0 bis F20.9. „Nach heutigen diagnostischen Konventionen (ICD od. DSM) handelt es sich um eine endogene Psychose mit charakterist., aber vielgestaltigen Störungen der Persönlichkeit (des Ich od. Selbsterlebens), des Denkens, der Wahrnehmung, der Realitätsauffassung u. der Affektivität ohne

Beeinträchtigung der Klarheit des Bewusstseins, ohne erkennbare hirnorganische Erkrankung u. ohne Einwirkung von Psychedelika“ (Psychrembel 2004:1630).

3. 3. Die Krankheit Schizophrenie

3. 3. 1. Epidemiologie

Dörner et al. (2002:171-172) zufolge ist Schizophrenie nach den Alterspsychosen die häufigste Psychose, wobei das Lebenszeitrisko, daran zu erkranken, bei etwa einem Prozent liegt. Männer und Frauen sind in gleichem Ausmaß davon betroffen, doch es lassen sich Unterschiede hinsichtlich des Alters bei der Erstaufnahme erkennen. Männer kommen im Durchschnitt etwa fünf Jahre früher als Frauen erstmalig wegen einer Schizophrenie in psychiatrische Behandlung. Neuere Untersuchungen zeigen, dass Frauen am häufigsten zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr erkranken, bei Männern liegt der Altersdurchschnitt zwischen dem 20. und 24. Lebensjahr.

3. 3. 2. Ursachen

Die Ursachen der Schizophrenie sind bislang trotz intensiver wissenschaftlicher Bemühungen nicht vollständig erforscht. Es herrscht jedoch Einigkeit darüber, dass keine Einzelursache, sondern ein multifaktorielles Bedingungsgefüge für die Entstehung der Störung verantwortlich ist. Unterschiedlichste Einflüsse, wie somatische, psychosoziale oder genetische Faktoren spielen eine bedeutende Rolle (vgl. Jungbauer 2002:15).

Immer wieder in der Literatur behandelt wird das so genannte „Vulnerabilitäts – Stress – Modell“, ein Konzept zur Erklärung der Entstehung von Schizophrenien.

3. 3. 2. 1. „Vulnerabilitäts – Stress – Modell“

„Unter Vulnerabilität (Verletzlichkeit) versteht man eine Disposition (Neigung) zu einer psychotischen Reaktion“ (Kipp/ Unger/ Wehmeier 2006:23).

„Beim Zusammentreffen vieler ungünstiger Ereignisse wie beruflicher Stress, körperliche Erkrankung, seelische Enttäuschung usw. kann es zu einer akuten Überforderung der nervlichen Belastbarkeit kommen. Die ohnehin dünnere und

empfindlichere Außenhaut wird überstrapaziert und das Nervenkostüm reißt ein, sodass es zum Ausbruch einer Psychose kommt“ (Bläuml 1994:29, zit. n.: Richter 2007:17).

Zusammengefasst bedeutet dies, dass besonders verletzbare Menschen unter Beeinflussung von Stress eher zu einer psychischen Erkrankung neigen als andere. Menschen mit starken und robusten Nerven sind häufiger in der Lage, die notwendigen Abwehr- und Bewältigungsmechanismen aufzubringen, um Stresssituationen zu meistern und zu verarbeiten, ohne dabei krank zu werden. Bei Menschen, die wiederum sehr empfindlich sind, besteht die Möglichkeit, dass bei Nicht – Gelingen, mit bestimmten Stressfaktoren zurecht zu kommen, als Kompensation psychotische Muster eingesetzt werden.

3. 3. 3. Symptomatik

ICD-10 zufolge lassen sich schizophrene Störungen prinzipiell als grundlegende und charakteristische Denk- und Wahrnehmungsstörungen bezeichnen, die durch inadäquate oder verflachte Affektivität gekennzeichnet sind. Dabei werden die Grundfunktionen des Menschen beeinträchtigt, welche ein Gefühl von Individualität, Einzigartigkeit und Entscheidungsfreiheit vermitteln. Der Betroffene/ Die Betroffene wird häufig vom Gefühl geplagt, dass jemand anders seine/ ihre innersten Gefühle, Handlungen und Gedanken kennt oder dass andere daran teilhaben. Akustische Halluzinationen, die das Verhalten und die Gedanken des Erkrankten/ der Erkrankten kommentieren, sind keine Seltenheit. Farben und Geräusche können besonders lebhaft oder in ihrer Qualität verändert wahrgenommen werden. Sehr charakteristisch für schizophrene Störungen ist auch, dass alltägliche Situationen eine besondere, meist unheimliche Bedeutung haben, von der einzig die beeinträchtigte Person betroffen ist. Nebensächliche und unwichtige Züge, welche bei einem als psychisch gesund erachteten Menschen nicht von Bedeutung sind, werden in den Vordergrund gerückt. Angemessene, situationsentsprechende Elemente werden nicht berücksichtigt. Dies ist auch der Grund, warum das Denken vage, schief und verschwommen und der sprachliche Ausdruck unverständlich wird. Betrachtet man die Stimmung, so lässt sich diese als flach, kapriziös oder unangemessen beschreiben. Trägheit, Negativismus oder Stupor sind Folgen der Ambivalenz und Antriebsstörung, von welchen an

Schizophrenie erkrankte Menschen betroffen sind (vgl. Weltgesundheitsorganisation 2005:103-104).

3. 3. 4. Verlauf

Der Verlauf der Schizophrenie zeigt sich so komplex und vielfältig wie die Erkrankung selbst. In diesem Kapitel werden hauptsächlich Ewald Rahn und Angela Mahnkopf zitiert, die den Verlauf mithilfe von zehn Phasen darstellen:

1. Die prämorbid Entwicklung:

Diese wird als eine der bedeutsamsten Einflussgrößen auf den Verlauf der Schizophrenie bezeichnet. Je unproblematischer sich die Entwicklung eines Menschen darstellt und je besser ihre bzw. seine Beziehungsfähigkeit ist, desto günstiger ist auch der Verlauf der Schizophrenie.

2. Die Vorpostensymptome (Kennzeichen der Disposition):

Als Beispiele sind sozialer Rückzug, Anspannung, Angst und Depression zu nennen.

3. Die beginnende Schizophrenie:

„Die akute Erkrankung bricht in der Regel wie eine Katastrophe in das Leben der Betroffenen ein“ (Rahn/ Mahnkopf 2005:292). Es ist davon auszugehen, dass der Ausbruch der Schizophrenie in Verbindung mit Stress steht. (siehe Kapitel 3. 3. 2. 1.)

4. Die akute psychotische Episode:

Diese Phase wird als dramatische Entgleisung und Krise erlebt. Veränderungen breiten sich aus, welche zu Beginn meist noch nicht als krankhaft wahrgenommen werden. In den meisten Fällen wird aufgrund fehlender Krankheitseinsicht und dominierender Unsicherheit erst nach vielen Monaten mit der Behandlung begonnen. Unbehandelt dauert die akute psychotische Episode durchschnittlich mehr als 1 Jahr.

5. Die abklingende psychotische Episode:

Die Betroffenen entwickeln ein erhebliches Krankheitsgefühl, welches sich in Trägheit, Gelähmt- und Mattheit ausdrückt.

6. Die Zeit nach der psychotischen Episode:

Der Verlauf dieser Phase ist abhängig vom „Grad des Aktivitätsaufbaus, der Integration der Krankheit in den Lebensentwurf und der Rekonstruktion des sozialen Netzes“ (Rahn/ Mahnkopf 2005:295).

7. Frühwarnzeichen des Rezidivs:

Anspannung, Depression und Angst stellen Beispiele dieser dar.

8. Das psychotische Rezidiv:

Ein wichtiges Verlaufsmerkmal der Schizophrenie ist die Rezidivrate, welche vor allem in den ersten zwei Jahren eine wesentliche Rolle spielt.

9. Der Heilungsprozess

10. Die chronische Psychose:

Zweifellos sind in der Diagnose „Chronische Schizophrenie“ Handicaps inbegriffen, welche den Lebensweg eines Betroffenen/ einer Betroffenen erschweren. Dennoch beinhaltet diese genauso Ressourcen, welche Lebensqualität vermitteln können (vgl. Rahn/ Mahnkopf 2005:289-299).

Diese zehn Phasen sollen zwar ein Grundschema darstellen, sind aber keinesfalls allgemein gültig. „Nach Abklingen der Ersterkrankung ist der weitere Verlauf der Schizophrenien sehr unterschiedlich“ (Tölle 1985:196). Der Autor meint weiters, dass bei etwa einem Drittel die Ersterkrankung folgenlos ausheilt. Bei anderen KlientInnen sind Wiedererkrankungen, so genannte Wellen oder Episoden der Fall, wobei Zeitabstände und Häufigkeit sehr unterschiedlich sein können. In den Intervallen ist der Klient/ die Klientin eigentlich gesund und die Schizophrenie kann auch trotz dieses episodischen Verlaufes vollkommen abklingen. Ist der Verlauf ausgesprochen ungünstig (ca. ein Drittel ist davon betroffen), wird der Persönlichkeitszerfall mit jedem Rezidiv verstärkt, was in der Regel zur Hospitalisierung führt (vgl. Tölle 1985:196).

3. 3. 5. Behandlung

Da Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis so vielfältig sind, ist es nicht möglich, allgemein gültige Behandlungsempfehlungen zu geben, welche in allen Zeiten und Krankheitsstadien passend sind. Die Behandlung muss individuell auf Art und Ausprägung der Erkrankung abgestimmt sein (vgl. Finzen 2001:13). Zur Behandlung schizophrener KlientInnen werden verschiedenste medikamentöse, psycho- und soziotherapeutische, sowie rehabilitative Techniken kombiniert (vgl. Rahn/ Mahnkopf 2005:310).

4. Empirische Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel erfolgt eine Annäherung an die individuellen Meinungen und Gefühle im Umgang mit Beziehungsgestaltung und anderen Formen der Bedürfnisäußerung, durchgängig anhand von wesentlicher aktueller Literatur ergänzt. Dabei bedienen sich die jeweiligen Überschriften den ausgearbeiteten Kategorien.

4. 1. Themenspezifische Weiterbildungsmöglichkeiten

Um sich dem Umgang der MitarbeiterInnen mit der Beziehungsgestaltung an Schizophrenie erkrankter Menschen anzunähern, ist es vonnöten, zu beschreiben, wie diese themenspezifischen Weiterbildungsmöglichkeiten gegenüberstehen. Die Teilnahme steht meiner Ansicht nach in enger Verbindung mit dem Interesse dafür, dem Bewusstsein, dass Bedürfnisse unterschiedlichster Art eine Rolle spielen und auch dem Wissen, dass diesen mithilfe von besuchten Fortbildungsveranstaltungen professioneller und möglicherweise produktiver entgegnet werden kann.

Nach Lutterbeck (1999:55) hat sich der spezifische Auftrag der psychiatrischen Pflege in den vergangenen Jahrzehnten stark verändert. Dem Alltag des Patienten/ der Patientin außerhalb der Klinik, inklusive lebenspraktischer Fertigkeiten und dem Wissen des Umgangs mit Problemen, Medikamenten und Stress wird zunehmend Bedeutung zugesprochen. Wenn sich Auftrag und Inhalt des Berufes so dramatisch ändern, dann gehören Fort- und Weiterbildungen zum Berufsfeld eines jeden professionellen Helfers/ einer jeden professionellen Helferin. „Gerade das Gemisch aus Erfahrung und neuen Ideen ist fruchtbar und führt zu optimalen Ergebnissen“ (Lutterbeck 1999:55).

Ersichtlich wird, dass sich das Handlungsfeld Psychiatrie, inklusive der dazugehörigen Professionen, in den letzten Jahrzehnten stark gewandelt hat. Vor allem daraus resultiert die Wichtig- und Notwendigkeit, sich fort- und weiterzubilden. Erfahrung gilt klarerweise als essentielle Ressource, dennoch ist es nahezu unerlässlich, die stattfindenden Veränderungen wahrzunehmen und daraus neue Ressourcen zu schöpfen.

Auch Clausen/ Dresler/ Eichenbrenner (1997:175-176) beschäftigen sich mit den positiven Aspekten von Fortbildungsmöglichkeiten. Sie beschreiben die Palette an Angeboten, die im weiteren oder engeren Sinn für die psychiatrische Arbeit von Nutzen sind, als unermesslich. Sie erstreckt sich von Workshops über Trainingseinheiten bis hin zu Seminaren oder Tagungen. Im Verlauf der psychiatrischen Arbeit schälen sich bei jedem Mitarbeiter/ jeder Mitarbeiterin besondere Vorlieben und Stärken heraus, an denen weitergearbeitet wird, um den KlientInnenkontakt, die Teamarbeit und den psychiatrischen Alltag zu bereichern.

In den folgenden Subkategorien soll detailliert aufgezeigt werden, wie unterschiedlich die Erfahrungen und Ansichten der interviewten Personen diesbezüglich sind.

4. 1. 1. Das (Nicht-) Wissen der Existenz dieser Möglichkeiten

Die einzelnen Antworten der MitarbeiterInnen unterscheiden sich dadurch, dass manche von ihnen zwar Bescheid wissen, dass es Seminare und Fortbildungen dieser Art gibt, man aber den Eindruck bekommt, dass es gar nicht zur Debatte steht, daran teilzunehmen, was an folgendem Zitat deutlich sichtbar wird. *„Fortbildungen gibt es sicher welche, genau habe ich mich nicht beschäftigt, was ich vom letzten Jahr weiß, gibt es da schon Kurse auch“* (Interview 8, Z. 27-28). Anderen wiederum ist die Existenz dieser nicht bekannt. Auffallend ist, dass niemand derjenigen, denen bewusst war, dass es die Möglichkeit gibt, anderen vorgeschlagen hat, diese zu nutzen.

4. 1. 2. Keine Teilnahme

Der Großteil der MitarbeiterInnen hat keine Fortbildung zum Thema „Beziehungen von psychisch erkrankten Menschen“ gemacht.

4. 1. 2. 3. Begründungen der fehlenden Teilnahme

„Bei uns ist es, wir suchen sich halt meistens für uns für die Beschäftigung oft solche Sachen, was wir dann auch wirklich brauchen können, ich glaube, dass ist dann wichtiger, wenn ich so einen Kurs mache, wenn ich direkt auf der Station arbeite, dann ist das für mich interessanter als die Bewohner kommen tagsüber zu uns in die Beschäftigung und ist für uns dann interessanter, dass du dir einen Kurs

suchst, wo ich wirklich kreativ mit ihnen was machen kann, das ist für mich interessanter, obwohl es sicher auch interessant wäre, aber ich sage, wenn du halt nicht mehr auf einer Station arbeitest und gerade wirklich mit Nachtdienst und wenn sie Probleme haben, dass du dich ein wenig zu ihnen setzt, für die ist es von dem her besser“ (Interview 6, Z. 28-36).

Die MitarbeiterInnen sind zwar der Meinung sind, dass Fortbildungen dieser Art von großem Nutzen wären und sicher eine Rolle spielen, jedoch nicht so eine große, dass sie ein diesbezügliches Seminar belegen würden. Die Tagesbeschäftigung des psychosozialen Betreuungszentrums hat zum Ziel, psychisch erkrankten Menschen eine Struktur zu bieten, ihnen eine Aufgabe zu geben. Deutlich wird, dass die MitarbeiterInnen stark dieses Ziel verfolgen und sich sehr bemühen, den KlientInnen einen abwechslungsreichen Arbeitsalltag zu vermitteln. Um dies möglich zu machen, möchten sie sich durch Kurse, in denen kreative Methoden vorgestellt und vertieft werden, weiterbilden. Dies ist ihnen ein größeres Anliegen, als sich mit den Bedürfnissen nach Liebe, Zuneigung und Sexualität auseinanderzusetzen. Mehrmals wurde erwähnt, dass Themen wie diese auf der Station, wo die KlientInnen ihr Zimmer haben und schlafen, essentieller sind, da man verstärkt damit konfrontiert ist.

4. 1. 3. Einmalige Teilnahme

Lediglich eine Mitarbeiterin hat ein Seminar zum Thema absolviert. Die Frage, woher sie davon wusste, oder wovon das Angebot kam, konnte jedoch nicht beantwortet werden.

4. 1. 4. Interesse an Fortbildungsmöglichkeiten

Ausnahmslos alle MitarbeiterInnen stehen einem Seminar zum Thema Partnerschaftlichkeit von psychisch erkrankten Menschen sehr positiv gegenüber. Das Interesse ihrerseits ist auf alle Fälle vorhanden, vor allem weil daraus ein besserer Umgang mit der Thematik resultieren würde. *„Und es gibt schon Situationen, wo ich nicht weiß, wie ich jetzt reagieren soll und wenn ich das dann ein bisschen ins Lächerliche ziehe, dann, das ist einfach von mir so ein, ja“* (Interview 3, Z. 24-26). Es wird offen zugegeben, dass eigene Strategien entwickelt werden, um damit umzugehen, weil ihnen mehr oder weniger

professionelle nicht bekannt sind. Man ist sich einig, dass KlientInnen sexuelle Bedürfnisse haben und diese ausleben möchten.

Nach Dörner et al. (2002:50) wird durch Fortbildungen Wissen angeeignet, vor allem deswegen, weil Austauschmöglichkeiten mit anderen psychiatrisch Tätigen entstehen. Es bietet sich dadurch die Chance, Anregungen für das weitere Tun zu holen bzw. das bisherige Handeln zu reflektieren.

Kontrovers erscheint, dass die MitarbeiterInnen einerseits der Meinung sind, dass andere Fortbildungen in der Beschäftigung eine wichtigere Rolle einnehmen und deshalb keine zur diesbezüglichen Thematik belegen, andererseits sich bewusst sind, dass Unsicherheiten darüber bestehen, wie auf Diverses reagiert werden soll und auch, dass Sexualität nicht nur auf der Station an Bedeutung zunimmt.

4. 2. Erkennen der Bedürfnisse nach Liebe, Zuneigung und Sexualität bei an Schizophrenie erkrankten Menschen

Ein Langzeitpatient/ Eine Langzeitpatientin hat stets eine Kranken- und eine Lebensgeschichte. Die Lebensgeschichte kann durch sehr unterschiedliche Erfahrungen in der Primärfamilie geprägt sein, beispielsweise durch scheinbar unauffällige und unspektakuläre Verhältnisse oder sehr enge oder schwer zu lockernde Bindungen (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus 1999:144). „Oft hat es in der Zeit der Schul- und Berufsausbildung schon Schwierigkeiten gegeben, die zu Abbrüchen und Unterbrechungen von Berufswegen führten, die außerdem die Familie, das soziale Netz und die normale soziale Entwicklung von Partnerschaften und Freundschaften belasteten, aber auch die Schaffung einer soliden ökonomischen Basis verhinderten“ (Bosshard/ Ebert/ Lazarus 1999:114). Die Autoren meinen weiters, dass akute psychotische Symptome den ersten Krankenhausaufenthalt veranlassen. Nach erneuten Aufnahmen und Zuspitzungen von Konflikten und Brüchen innerhalb der ursprünglichen Lebensbezüge werden diese durch Stigmatisierungen, Ablehnung, Angst vor Familie und Bekannten sowie durch Scham-, Schuld- oder Versagensgefühle verstärkt, was meist zu Hospitalisierungsphasen führt. Sekundäre Anpassung an die institutionellen Bedingungen ist die Folge, welche sich in Interessenslosigkeit,

Mangel an Aktivität und Schutz vor Gefühlen ausdrückt. Bindungen zum ursprünglichen Netz werden meist aufgegeben und durch Bindungen an die versorgende Klinik und Beziehungen zu MitpatientInnen und Personal ersetzt. Viele individuelle Züge können verloren gehen. Jahrelang werden dieselben dämpfend wirkenden Medikamente eingenommen und allmählich gerät die Lebensgeschichte des einzelnen/ der einzelnen aufgrund des BetreuerInnenwechsels in Vergessenheit. Der Klient/ Die Klientin kann dadurch zu einem anonymen Wesen ohne Gesicht werden. Sieht man jedoch hinter die Fassade, so zeigen sich individuelle Bedürfnisse, Wünsche, Fähigkeiten und Lebensziele (vgl. Bossard/ Ebert/ Lazarus 1999:144-145).

Obwohl man sich bei dieser Kategorie möglicherweise die Frage stellt, inwieweit sie in Verbindung mit meinem Forschungsinteresse gebracht werden kann, so muss doch betont werden, dass das Erkennen von Bedürfnissen intimerer Natur zweifelsohne im Bereich dessen liegt. Erst wenn bekannt ist, wie psychisch erkrankte KlientInnen diese äußern, kann bewertet werden, wie HelferInnen darauf eingehen. Zusätzlich ist spannend zu erforschen, ob die einzelnen MitarbeiterInnen überhaupt der Meinung sind, dass derartige Bedürfnisse zum Ausdruck kommen. Wie sich diese individuellen Bedürfnisse, vorrangig die nach Liebe, Zuneigung und Sexualität äußern, soll im Folgenden dargestellt werden.

Ermittelt werden konnte, dass schizophrene Menschen, welche in betreuenden Einrichtungen arbeiten und wohnen, diese auf verschiedenste Art und Weise zeigen, prinzipiell vergleichbar mit psychisch gesunden Menschen. Auch in der Literatur wird dies bestätigt. „Grundsätzlich gilt, dass psychisch kranke Menschen die gleichen Bedürfnisse nach Nähe, Geborgenheit, Zärtlichkeit und Lust haben wie alle anderen Menschen auch. Sie sehnen sich [...] nach einer erfüllten Beziehung und leiden sehr darunter, wenn es ihnen auf Grund ihrer Krankheit schwer fällt, einen Partner oder eine Partnerin zu finden“ (Beitler/ Beitler 2000:74, zit. n.: Thalhammer 2007:42).

Die diesbezüglichen Ergebnisse, welche sich im Laufe meiner Interviews sowie der teilnehmenden Beobachtungen herauskristallisiert haben, sollen in fünf Subkategorien zusammengefasst werden.

4. 2. 1. Körperkontakt und Intimitäten

Kipp, Unger und Weihmeier (2006:70) zufolge ist Berührung wesentlich, um eine Beziehung entstehen zu lassen und gestalten zu können.

Menschen mit Beeinträchtigung suchen meist andere Methoden um Körperkontakt zu haben, was durch folgendes Zitat bestätigt wird. *„Ich denke, dass das bei dem einen Klienten eben auch durch das ständige Hand geben gezeigt wird, ich denke, dass das für ihn total wichtig ist, das ist sehr präsent. Hm, bei anderen eigentlich auch, aber die machen dann eher so Kräfte messen oder sowas in die Richtung, um wirklich Körperkontakt, also dass da irgendwas da ist“* (Interview 1, Z. 98-101).

Die meisten KlientInnen zeichnen sich durch ihre große Offenheit aus. Wenn das Bedürfnis vorhanden ist, jemanden zu küssen, wird das auch gemacht, wen spielt dabei keine Rolle. *„Das ist egal, wer das ist, wenn das jetzt eine Frau ist, der geben sie genauso ein Bussi, oder wenn es ein Mann ist genauso, das ist ganz egal“* (Interview 7, Z. 165-167). Daraus lässt sich folgern, dass ein Großteil der KlientInnen sich glücklich darüber schätzt, irgendeine Art von Körperkontakt oder Intimität zu pflegen, sodass unwichtig wird, durch wen dies geschieht. Beobachtet konnte werden, dass manche KlientInnen dazu neigen, sich Körperkontakt und Intimitäten von den MitarbeiterInnen zu holen, indem sie diese beispielsweise küssen oder umarmen möchten (vgl. Beobachtungsprotokoll vom 11. 12. 2008).

4. 2. 2. verbale Kommunikation

Nach Angaben der MitarbeiterInnen sprechen viele schizophrene KlientInnen über ihre Bedürfnisse. Es wird geklagt, keinen Partner/ keine Partnerin zu finden, wofür meist die psychische Erkrankung verantwortlich gemacht wird. Sie äußern das Gefühl, in einer Gesellschaft wie der bestehenden, nicht das Recht zu haben, psychisch krank zu sein. Sie leiden unter Stigmatisierungen und häufig daraus folgender enormer Einsamkeit. Um ein besseres Verständnis zu ermöglichen, soll an dieser Stelle auf den Begriff des Stigma bzw. der Stigmatisierung eingegangen werden. Nach Finzen (2001:130) zählt es zu den Aufgaben von Psychose betroffener Menschen sich mit den Vorurteilen, Verletzungen und Diffamierungen, mit welchen sie zu kämpfen haben, auseinandersetzen. Der Begriff des Stigma, aus dem frühen Griechenland stammend, war ein sichtbares Zeichen, das die

Götter den Menschen einbrannten, die als besonders verrucht oder verworfen galten. Die Stigmatisierung heute bedeutet ebenso eine soziale Bewertung. Auch psychisch erkrankte Menschen sind stigmatisiert. Anders als beispielsweise bei Gesichtsverbrennungen, ist eine psychische Erkrankung nicht sichtbar. Darin liegt die Chance der psychisch Kranken, mit ihrem Stigma umzugehen, jedoch auch das Risiko. Da ihr Stigma unsichtbar ist, können sie einerseits versuchen, ihre Erkrankung zu verbergen, andererseits müssen sie mit der Gefahr leben, entlarvt zu werden, was sich zu einer sehr heiklen Angelegenheit zuspitzen könnte, bedenke man nur die Arbeitsplatzsituation. Für Menschen mit einer erhöhten psychosozialen Vulnerabilität (siehe Kapitel 3. 3. 2. 1.) kann dieser Stress eine Überforderung bedeuten und als zusätzliche Belastung zu all den anderen Problemen, die mit der Bewältigung der Krankheit verbunden sind, gelten (vgl. Finzen 2001:130). „Je mehr ein Mensch mit dieser spezifischen Verletzbarkeit einer ständig hoch aufgeladenen, emotionalen Atmosphäre ausgesetzt ist, desto wahrscheinlicher wird dieser Mensch dazu neigen, sich dem Gefügtsein auf psychotische Weise zu entziehen“ (Dörner et al. 2002:162). Wesentlich ist, eine Person zu haben, mit welcher über Probleme der Krankheit, der Medikamente und der Behandlung gesprochen werden kann. In der Tagesbeschäftigung des psychosozialen Betreuungszentrums sind es die MitarbeiterInnen, welche als GesprächspartnerInnen für die KlientInnen agieren. *„Durch die verbale Kommunikation, zum Beispiel eine Klientin die immer sagt, dass niemand auf sie wartet, da ist das Bedürfnis da, eine Beziehung zu führen, dass jemand da ist, mit dem man, der also auf einen wartet, also da ist es wirklich das Warten, dass jemand nicht davon geht, also jetzt wirklich, dass man bleibt und für sie da ist, wobei sie dies sicher auch auf andere Sachen bezieht, nicht nur das aktive Warten, sondern dass es eben auf mehreren Ebenen abläuft bei ihr“* (Interview 1, Z. 126-131).

Manche KlientInnen benennen die Person, in die sie sich verliebt haben und berichten vom Wunsch, mit dieser Zeit zu verbringen, aber auch vom Wunsch, mit dieser Person Intimitäten auszutauschen.

Ebenso wird in der Literatur das Bedürfnis psychisch erkrankter Menschen, eine Beziehung zu führen, thematisiert. „Für einen sehr großen Teil schizophrener

Menschen avanciert der unerfüllte Partnerwunsch zu einem zentralen Lebenskonflikt. Das Zusammenleben mit einem Wunschpartner wird häufig stark idealisiert und nicht zuletzt dadurch umso unrealistischer“ (Jungbauer 2002:25). Der Autor meint weiters, dass größtenteils vergebliche Versuche unternommen werden, um diesen Konflikt zu lösen. Mit zunehmender Erkrankungsdauer wird der Wunsch nach einem Partner/ einer Partnerin zusehends weniger konkret in eine Kontaktsuche umgesetzt. Es zeigt sich die Schwierigkeit des Arrangements mit dem Alleinsein ohne den gewünschten oder idealisierten Partner/ die gewünschte oder idealisierte Partnerin (vgl. Jungbauer 2002:25).

An Schizophrenie erkrankte Menschen lassen sich als sehr offene Menschen beschreiben. Gemäß Knop und Jessen (1996:44) sorgen die Natürlichkeit und Unbefangenheit, mit welcher KlientInnen über ihre Sexualität sprechen, in vielen Fällen für Überraschung. Dadurch zeigen diese, dass das Thema Sexualität aus dem Schattendasein, dem Diffusen und der Vieldeutigkeit herausgezogen und aus einem anderen Blickwinkel betrachtet werden soll.

Prinzipiell lassen sich Parallelen zu psychisch gesunden Menschen ziehen. Manche erzählen gerne von sich selbst, andere hüllen sich lieber in Schweigen. Interessant ist, dass die Mehrheit der MitarbeiterInnen der Meinung ist, dass die KlientInnen viel von sich selbst erzählen. Nur wenige sind der Ansicht, dass sie es nicht tun und auch untereinander wenig über Privates sprechen. Davon ausgehend kann behauptet werden, dass manche MitarbeiterInnen sich auf die Erzeugung von Produkten konzentrieren, sodass sie, möglicherweise gar nicht bewusst, intimere Gespräche ablehnen. Es ist zu folgern, dass die KlientInnen dies spüren und deshalb nicht offen auf diese zugehen. Möglicherweise fallen ihnen durch ihr Desinteresse Gespräche dieser Art, die die KlientInnen untereinander führen, gar nicht auf. Kontrovers zeigen sich jedoch die Ergebnisse meiner Interviews und die meiner Beobachtungen. Eine Mitarbeiterin meinte im Laufe des Interviews, dass die KlientInnen nicht viel von sich erzählen würden. *„Viel kann man nicht sagen, manchmal, die ... zum Beispiel erzählt überhaupt nichts, wenn du sie was fragst, dann schon, aber von sich aus eher nichts, wenn man sie nicht fragt, erzählen sie eigentlich nicht so viel“* (Interview 3, Z. 145-146). Meine Beobachtungen jedoch haben ergeben, dass die KlientInnen sehr offen mit

dieser Mitarbeiterin umgehen. Der Faktor der Subjektivität bleibt zu beachten.

Andere MitarbeiterInnen meinen wiederum, dass relativ viel und sehr frei erzählt wird. *„Ja, denke ich schon, muss ich schon sagen, wenn man ein wenig so plaudert mit ihnen, sie haben das Bedürfnis, sie wollen ja gerne reden und sie freuen sich eigentlich, wenn du dich zu ihnen setzt oder wenn du mal wirklich ein wenig Zeit hast und wirklich nur mit ihnen ein Gespräch führen kannst, weil sonst sitzen eh immer fünf andere daneben, das kommt eh selten vor, dass du mal die Möglichkeit hast, aber wann, dann glaube ich, gefällt ihnen das schon allen“* (Interview 6, Z.140-145). Bosshard/ Ebert/ Lazarus (1999:153) zufolge ist die Lebensgeschichte des Klienten/ der Klientin die Achse, um die sich alles dreht. Beziehungen, Ressourcen, Fähigkeiten und Bedürfnisse sind wichtige Ausgangspunkte für eine gemeinsame Arbeit, welche sich über die Beschäftigung mit der Lebensgeschichte aufspüren lassen. An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass individuelle Züge im Verlauf der Hospitalisierung zurückgestellt oder abgegeben werden können. Anders als bei der Krankengeschichte kann die Lebensgeschichte nicht erfragt werden. Zunächst ist es wichtig, Interesse und Raum für die Entfaltung so einer Geschichte zur Verfügung zu stellen. Ziel dabei ist nicht, die intimsten Erlebnisse auszutauschen. Dennoch hat der Klient/ die Klientin Zeitgeschichte erlebt, über die man gut ins Gespräch kommen kann. Es wird darüber gesprochen, wie in der vergangen Zeit der Alltag erlebt wurde – wie dieser ausgesehen hat, was in der Freizeit getan oder welche Schule besucht wurde. Diese Themen sind für den Beziehungsaufbau und als Einstieg in persönlichere Gespräche geeignet. Sie bieten einen günstigeren Rahmen als künstliche Gesprächssituationen, wie Therapiesitzungen oder Einzelgespräche. Meist ist es simpler über alltägliche Angelegenheiten Konversation zu beginnen. Mit Einsetzen des Erzähl- und Erinnerungsprozesses ist es faszinierend mitzuerleben, wie viel Leben sich hinter der Fassade eines Langzeitpatienten/ einer Langzeitpatientin verbirgt. Die Auseinandersetzung mit der Vergangenheit ist ein wichtiger Bestandteil, um Beziehung aufbauen zu können. Doch vonnöten ist ebenso die Beschäftigung mit der Gegenwart, wobei besonderes Augenmerk auf die jetzigen Bedürfnisse und Wünsche gelegt werden soll (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus 1999:153). Zusammengefasst bedeutet dies, dass der Klient/ die Klientin den Weg der verbalen Kommunikation gerne nutzt, um Bedürfnisse zu äußern,

wenn ihm/ ihr Raum und Zeit dafür gegeben wird. Es lässt sich eine Verbindung dazu erkennen, dass MitarbeiterInnen, welche den Kontakt zu den KlientInnen suchen, in der Lage sind, schneller Vertrauen aufzubauen. Wenn auf intime Äußerungen und Erzählungen mit Interesse und Empathie reagiert wird, ist verständlich, dass der Klient/ die Klientin immer wieder das Gespräch mit diesem Mitarbeiter/ dieser Mitarbeiterin sucht. Gemäß Kipp/ Unger/ Wehmeier (2006:47) dient das Zuhören als Grundlage jeder menschlichen Beziehung.

Nach Angaben der Mehrheit der MitarbeiterInnen sprechen die KlientInnen untereinander ebenso über ihre Sexualität und Bedürfnisse. Manche teilen sehr offen mit, was ihnen fehlt, was das Zitat einer Mitarbeiterin verdeutlichen soll. „ ... *die hat sich mal bei mir komplett offen beschwert, dass sie kein Zimmer alleine haben und dass sie immer in den Wald gehen müssen ...*“ (Interview 2, Z. 59-61). Klarerweise kann man keineswegs generalisieren, dass alle KlientInnen viel von sich preisgeben. Vergleichbar mit psychisch gesunden Menschen gibt es sowohl Menschen, die gerne über ihre Bedürfnisse und Erlebnisse sprechen, als auch Menschen, die solche Themen für sich behandeln. Vorrangig sind es die älteren KlientInnen, die sich distanziert zeigen. Nach Jungbauer (2002:42) fanden in den letzten Jahrzehnten gesellschaftliche Individualisierungs- und Modernisierungsprozesse statt, welche sich in den veränderten Identitäten und Sozialbeziehungen psychisch kranker Menschen niedergeschlagen haben. Die Behandlung psychisch Kranker und das Verständnis ihrer Probleme haben sich im Zuge medizinischer, pharmakologischer und sozialer Fortschritte gewandelt. Ebenso verändert haben sich die Diskurse und Interpretationen zur Erkrankung der Schizophrenie. „Solche kulturellen Deutungen psychischer Krankheit unterliegen einem gesellschaftlichen Transformationsprozess und sind unmittelbar für den einzelnen Patienten relevant: Schizophren zu sein bedeutet für Betroffene heute etwas anderes als noch vor wenigen Jahrzehnten; ebenso, sich als schizophren zu verstehen und entsprechend behandelt zu werden“ (Jungbauer 2002:43). Herauszufiltern ist, dass sich die Gesellschaft in den letzten Jahrzehnten modernisiert hat. Aufgrund von diversen Fortschritten in mehrerlei Hinsicht kann von einer positiven Entwicklung gesprochen werden, welche das Denken und Verständnis der Menschen erweitert hat. Dieses Zitat lässt sich passend auf die Themen Sexualität und Intimitäten unter psychisch erkrankten

Menschen umlegen, vor allem in Hinblick auf folgende Expertenmeinung. Lütgen (1996:107-108) meint, dass die gesellschaftliche Akzeptanz gegenüber sexuellen Ausdrucksformen gestiegen ist. Betrachtet man beispielsweise das Thema lesbische oder homosexuelle Liebe, so ist diese gewissermaßen vom Störungs- in den Normalitätsbereich gewandert. Daraus ist zu folgern, dass ähnliches für Sexualität und Intimitäten unter psychisch erkrankten Menschen gilt. Bis vor einigen Jahren wurden diese Themen, wenn überhaupt behandelt, größtenteils abgewertet.

4. 2. 3. Suchen nach Nähe

Richter und Finzen (1996:18) zufolge, zählt das Suchen nach Nähe neben der erotisch getönten Kontaktaufnahme und offensichtlich erotischen Kontaktversuchen zu MitpatientInnen und zum Pflegepersonal zu den Möglichkeiten, seine Bedürfnisse zu äußern. „ ... *das Bedürfnis Zuneigung merkt man auch, wenn sie sich anschleichen, wenn sie näher kommen, man spürt es, wenn sie dich drücken, das hat er jetzt gebraucht, ja, ich glaube, man muss sicher sehr viel beobachten, ich glaube, unsere Leute und unsere Bewohner sind eher so, dass sie nicht so viel reden, sondern eher durch Gestik oder Mimik oder durch Annähern probieren, abtasten ...*“ (Interview 3, Z. 32-37).

4. 2. 4. Führen von Beziehungen

Gemäß Kistner (1999:110) versteht man unter einer Beziehung ein Geschehen zwischen zwei oder mehreren Menschen, das im Wesentlichen eine Person A, eine Person B und die Interaktion zwischen beiden umfasst. Die Interaktion ist nicht identisch mit der Beziehung selbst, sondern meint das sichtbare Verhalten, wie Handlungen und Kommunikation zwischen den beiden Personen. Beziehung hingegen ist ein emotionaler, nicht sichtbarer, sondern aus dem Verhalten erkennbarer Prozess, der durch die obig genannten Bestandteile beeinflusst wird. Beziehungen bestehen nicht zwischen Rollen, wie beispielsweise zwischen einem Klienten/ einer Klientin und einem Sozialarbeiter/ einer Sozialarbeiterin, sondern zwischen „richtigen“ Personen. In unterschiedlicher Intensität umfassen Beziehungen den ganzen Menschen. Zu einem Klienten/ einer Klientin pflegt der professionelle Helfer/ die professionelle Helferin nicht aufgrund seiner/ ihrer Rolle eine Beziehung, sondern weil er/ sie liebenswert, freundlich etc. ist.

Das Bedürfnis nach Liebe und Zuneigung zeigt sich ebenso im Führen von Beziehungen, sei es partnerschaftlicher, freundschaftlicher oder familiärer Natur. Bei meiner Literaturrecherche hat sich gezeigt, dass sich vor allem Jungbauer sehr intensiv mit dieser Thematik beschäftigt hat.

Beziehungen zwischen zwei psychisch erkrankten Menschen entstehen meist im psychiatrischen Kontext. Dabei wird die eigene psychische Erkrankung zur Voraussetzung für bescheidenere bzw. realistischere Partnerwünsche. Manchmal wird dadurch der Versuch widergespiegelt, die eigenen Einschränkungen zu kompensieren. Der betroffene Partner/ Die betroffene Partnerin kann zu einer dominanten Kraft in der eigenen Lebensgestaltung werden. Es wird soviel Zeit wie möglich miteinander verbracht und die Kommunikation nimmt die Form eines lockeren, ungezwungenen Austausches über Alltägliches an. Toleranz, Achtung und Wertschätzung gegenüber der Erkrankung des Gegenübers spielt eine wesentliche Rolle. Im Großteil der Fälle wird das Verständnis, das man für die Einschränkung des Partners/ der Partnerin pflegt, stark betont. Für einen Teil der Betroffenen stellt diese Art der Beziehung eine Chance dar, sich vor dem Hintergrund der eigenen Lebensgeschichte zu stabilisieren (vgl. Jungbauer 2002:26).

Heute gilt als gesichert, dass ein intaktes soziales Unterstützungssystem einen protektiven Faktor in Hinblick auf die seelische Gesundheit darstellt. Die enge Vertrauensbeziehung zu einer anderen Person zeigt sich als enorm wichtige psychosoziale Ressource, die vor allem bei der Bewältigung schwerer Lebenskrisen und chronischer Erkrankungen gebraucht wird. Mehrfach empirisch belegt wurden die positiven Auswirkungen eines intakten sozialen Netzwerkes auf den Krankheitsverlauf schizophrener KlientInnen (vgl. Jungbauer 2002:23). Deutlich aus diesem Zitat herauszulesen ist, dass eine intensive Vertrauensbeziehung einen besonderen Schutzfaktor signalisiert. Verfügt ein Klient/ eine Klientin über ein funktionierendes soziales Unterstützungssystem, so ist seine/ ihre Prognose günstiger.

4. 2. 5. Verwirklichung eines Hochzeitwunsches

Gemäß Häfner (2005:127) öffnet sich die Schere der sozialen Entwicklung

zwischen Kranken und Gesunden hinsichtlich Ehe und stabiler Partnerschaft am deutlichsten. Es ist anzunehmen, dass Schizophrenie das Partnerschaftsverhalten und somit auch die Eehäufigkeit erheblich beeinträchtigt. „Der Grund, weshalb der Frühverlauf der Krankheit den stärksten destruktiven Effekt auf Ehe und Partnerschaft bewirkt, geht vermutlich auf die schon in Kindheit und Jugend beobachtbare und nach Krankheitsbeginn offensichtlich weiter anwachsende Beeinträchtigung des sozialen und des Partnerschaftsverhaltens zurück. In diesem Bereich liegt offenbar das Maximum der auf der Verhaltensebene beobachtbaren Vulnerabilität Schizophrener“ (Häfner 2005:127). Im Zuge meiner Forschung konnte bekräftigt werden, dass nur ein minimaler Anteil von an Schizophrenie erkrankten Menschen verheiratet ist. An dieser Stelle soll von einem Ereignis berichtet werden, welches zwar schon einige Jahre zurückliegt, aber dennoch ausschlaggebend für die Erforschung des Umgangs mit Beziehungen psychisch erkrankter Menschen ist.

Eine Partnerschaft zwischen zwei psychisch erkrankten Menschen war so intensiv, dass der Wunsch einer Hochzeit geäußert wurde. Beide kannten sich schon sehr lange Zeit, da sie in der Beschäftigung tätig waren und im Wohnheim des Landesklinikums Mauer wohnten. Nach Angaben einer interviewten Person, äußerten die beiden ihren Wunsch vor zwei MitarbeiterInnen, welche sich mit dem Heimdirektor in Verbindung setzten. Nach dessen Einverständnis wurde das Paar kirchlich getraut (vgl. Interview 4, Z. 78-80). Den beiden MitarbeiterInnen, von denen der Wunsch aufgegriffen wurde, war es wichtig, dass zwei Menschen, die sich gern haben, urteilsfähig sind und sich in einem stabilen Zustand befinden, heiraten dürfen. Sie haben sich sehr dafür eingesetzt (vgl. Interview 3, Z. 66-69). Was an diesem Beispiel auch sichtbar wird, ist, dass nicht jedem Pärchen die Erlaubnis gegeben wird, eine Hochzeit zu vollziehen. Eine vorrangige Rolle spielt der psychische Zustand beider Menschen. „Vielleicht zeugt allein schon die Tatsache, dass der Patient verheiratet ist, von einer guten prämorbidem Persönlichkeit und damit von einer günstigeren Prognose für eine Wiederherstellung nach einem schizophrenen Schub“ (Vaughn/ Leff 1989:192, zit. n.: Jungbauer 2002:23). Durch das Zustimmung des Heimdirektors zeigt dieser, dass er Beziehungen psychisch erkrankter Menschen nicht prinzipiell ablehnt, sondern, dass, wenn die äußeren Bedingungen stimmen, positiv eingestellt ist. An

diesem Punkt soll eine Verknüpfung zu der noch folgenden Kategorie 4. 3. 3. „Bedingungen in betreuenden Einrichtungen, eine Beziehung zu führen“ hergestellt werden. Einerseits zeigt sich das Landesklinikum Mauer als eine konservative Einrichtung, da Pärchen nicht gestattet wird, ein gemeinsames Zimmer zu bewohnen. Andererseits ist es möglich, eine Hochzeit zu organisieren und durchzuführen. Weiters wurde diesem Pärchen eine eigene Wohnung zur Verfügung gestellt, obwohl ansonsten keine Rückzugsmöglichkeiten existieren, um Intimitäten auszutauschen.

4. 3. Zwischenmenschliche Beziehungen

4. 3. 1. Die Art der zwischenmenschlichen Beziehung

Um Praxis und Theorie zu verbinden und die Materie verständlicher darzustellen, soll zunächst eine Vielzahl von Forschungsbefunden zu sozialen Netzwerken schizophrener Menschen überblicksartig dargestellt werden:

- Das Netzwerk schizophrener Menschen ist im Vergleich zu Normalpersonen, aber auch zu anderen psychiatrischen Personen, wie Alkoholkranken, kleiner. Defizite zeigen sich hierbei sowohl auf quantitativer als auch auf qualitativer Ebene. An Schizophrenie erkrankte Menschen erleben weniger soziale Unterstützung durch ihre BeziehungspartnerInnen.
- Zwischenmenschliche Beziehungen sind häufig durch Kurzlebigkeit und Störanfälligkeit gekennzeichnet. Im Krankheitsverlauf kommt es oft zu einem Schrumpfungsprozess des sozialen Netzwerkes.
- Der Anteil der Familienangehörigen, wobei es sich meistens um die Eltern des Klienten/ der Klientin handelt, ist vergleichsweise groß, die Zahl der Familien überschreitenden Beziehungen entsprechend gering.
- Bei KlientInnen, welche eine längere Krankheitsgeschichte haben, setzt sich ein Großteil des Netzwerkes aus MitklientInnen oder Menschen mit anderen psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen zusammen.
- Multiplexe Beziehungen (gleichzeitige Erfüllung mehrerer Funktionen) stellen eine Seltenheit dar.
- Beziehungen schizophrener Menschen sind häufig asymmetrisch und somit durch einen Mangel an Reziprozität charakterisiert. Der Klient/ Die Klientin lebt in einseitiger Abhängigkeit von den Eltern oder anderen Personen, auf

deren Unterstützung er/ sie in hohem Maße angewiesen ist (vgl. Angermeyer 1995:171-172).

Aus diesen Forschungsbefunden kristallisiert sich heraus, dass es Unterschiede zwischen dem Netzwerk schizophrener Menschen und dem psychisch gesunder Menschen gibt. Gemäß Bossard/ Ebert/ Lazarus (1999:188) schrumpft das soziale Netz im Verlauf der Erkrankung. Beziehungen tendieren in Richtung Asymmetrie, das heißt, dass sich einseitige Abhängigkeiten entwickeln und gleichberechtigter Austausch seltener stattfindet. Der Klient/ Die Klientin wird weniger vom Partner/ von der Partnerin unterstützt, was häufig sogar in einer Trennung endet.

Beziehung und psychische Erkrankung sind nicht voneinander zu trennen, was im Folgenden näher erläutert werden soll. *„Ja, einige haben schon, sind super Freundschaften und ja, manche, sind gut und einige nicht und dann wieder. Es ist verschieden, es ist auch davon abhängig, wie derjenige drauf ist, ob er Stimmen hört, wie seine Verfassung ist“* (Interview 5, Z. 163-165). Häufig zeigen schizophrene Menschen im Alltag Stimmungen oder Verhaltensweisen wie Sprunghaftigkeit, Antriebslosigkeit und Aggressivität, welche das Zusammenleben einschränken und/ oder stören. In vielen Situationen bereitet es dem Partner/ der Partnerin Schwierigkeiten, zu entscheiden, ob diese problematischen Verhaltensweisen von der psychischen Erkrankung oder dem ursprünglichen Naturell des Gegenübers ausgehen. Starke Belastung und Verunsicherung werden durch diese permanente Ambivalenz, bezogen auf krankheits- oder personenbezogene Attribution schwieriger Verhaltensweisen, gebildet (vgl. Jungbauer 2002:102).

Davon lässt sich ableiten, dass Beziehungsverläufe schizophrener Menschen in engem Zusammenhang mit dem psychischen Zustand stehen und dass die Verfassung des/ der einzelnen Auswirkungen auf die Art hat, mit dem Partner/ der Partnerin umzugehen. Oftmals sind derartige Beziehungen mit einem Auf und Ab gleichzusetzen. Das Wohlergehen des Klienten/ der Klientin beeinflusst sehr stark die Beziehung. *„ ... es ist natürlich oft auch sehr schwierig, weil sie beide, jeder halt seine Krankheitsbilder hat und manches Mal funktioniert das ja ganz gut und dann streiten sie halt wieder wegen gar nichts. (...) Da hängt einfach sehr viel von*

der Tagesverfassung, vom Krankheitsbild und von ihren Launen ab, wie intensiv die Beziehung zu jemand anderem ist“ (Interview 4, Z. 45-61).

Dass die Gefühle gänzlich vergleichbar sind mit denen psychisch gesunder Menschen konnte durch Literatur sowie durch meine Forschung bestätigt werden. Nach Kipp, Unger und Wehmeier (2006:45) ist vieles, was in der Psychose passiert, in mehr oder minder extremer Form auch im gesunden Zustand zu erleben. Dies bezieht sich beispielsweise auf das Alleinsein, auf Kränkungen und Konfliktsituationen. *„Je nachdem, wie es ihnen halt gerade geht, ob es ihnen besser oder schlechter geht. Aber in der Phase, oder wenn mir es jetzt schlecht geht in einer Beziehung, dann bin ich wahrscheinlich ähnlich ..., wenn es ihr schlecht geht in einer Beziehung, da seh ich jetzt nichts, wenn jetzt eine geistige Störung noch dazu kommt, ok, dann ist das wieder etwas anderes, aber im Prinzip denk ich mir, sind das sehr ähnlich eigentlich“ (Interview 1, Z. 314-319).*

Die von mir eingesetzten Forschungsmethoden haben gezeigt, dass die Fähigkeit zum Führen von Beziehungen und Freundschaften existiert.

Erforscht wurde, dass an Schizophrenie leidende Menschen mehr Nähe und Zuwendung suchen. *„Sie suchen die Nähe noch mehr, glaub ich als unsereins, die suchen da noch mehr Zuwendung, noch mehr, weil wie ..., die hat jetzt wirklich viel versucht, dass sie ihren Freund öfters sieht am Tag, ich habe das auch bemerkt, sie ist immer um die gewisse Zeit rauchen gegangen und draussen war dann auch der Treffpunkt für ein Tratscherl, ich habe nicht nachgeschaut, das tue ich nicht, weil ich mir denke, das ist ihre Sache, was sie da machen und ich denke mir, wenn sie sich da irgendwo treffen und ein paar Wörter oder dass sie sich schnell, ich weiß nicht, was war draussen, ich kann das nicht sagen, aber ich habe dann öfters gesehen, er ist wieder weggegangen und sie auch, das war immer so lieb, weil sie war dann immer richtig gut drauf“ (Interview 5, Z. 118-127).* Nach Jungbauer (2002:135-136) wird in einigen Fällen der Großteil der Zeit miteinander verbracht. Ein symbiotischer Beziehungsalltag ist die Folge, bei dem die Partner sehr eng aufeinander bezogen sind. Zu anderen Menschen wird deutlich weniger Kontakt gepflegt.

Ein geführtes Interview ergab, dass Ehrlichkeit, Offenheit und Hilfsbereitschaft eine bedeutende Rolle im Führen von Beziehungen spielen. „... sie sagen alles raus, was ihnen einfällt und ich denke, dass das deswegen auch besser funktioniert, habe ich oft das Gefühl, sehr, wenn sie wen mögen, dann mögen sie ihn, so wie er ist, da wird nicht geschaut oder gefragt oder, bei uns gesunden Leuten hört man immer, der ist super, aber, da kommt gleich ein aber, das und das und das passt nicht, aber das findest du bei denen nicht, das ist so, die akzeptieren einen jeden, wie er ist ...“ (Interview 3, Z. 122-127).

Andere MitarbeiterInnen wiederum sind der Meinung, dass es nur wenige Freundschaften und kaum partnerschaftliche Beziehungen gibt. Die Tatsache, dass die KlientInnen in verschiedenen Häusern wohnen und diese stark nach Geschlecht getrennt sind, erschwert das Führen von Beziehungen.

Es wird ersichtlich, dass die Meinungen der MitarbeiterInnen stark auseinander gehen. Mithilfe der Methode der teilnehmenden Beobachtung bestand die Möglichkeit, den Grund dafür zu erforschen. Unbestritten steht fest, dass es Freundschaften und Partnerschaften gibt. Es stellt sich die Frage, warum so gegensätzlich geantwortet wird. Vorstellbar wäre, dass die MitarbeiterInnen, die kaum Beziehungen beobachten können, sich einfach nicht mit diesen beschäftigen oder sich für diese interessieren. Ein anderes Ziel steht im Vordergrund und die Meinung, dass Beziehungen auf der Station eine Rolle spielen, in der Beschäftigung aber anderes dominiert. Dies lässt sich mit der Nicht-Teilnahme an Seminaren und Kursen zu dieser Thematik in Verbindung setzen. „Ich habe bis jetzt keine Fortbildung gemacht, weil wir alle schauen, dass wir etwas für die Beschäftigung finden, Kurse, irgendwas basteln oder so ...“ (Interview 8, Z. 28-30). Die MitarbeiterInnen, die sehr genau darüber Bescheid wissen, welche KlientInnen zusammengehören und wie sie sich verhalten, interessieren sich möglicherweise mehr dafür. Es könnte sein, dass diese sich mehr Zeit dafür nehmen, über persönliche und intime Angelegenheiten zu sprechen.

4. 3. 2. Probleme einer Partnerschaft psychisch erkrankter Menschen

Wie bereits erörtert, führen schizophrene KlientInnen zwischenmenschliche

Beziehungen, ein Faktum, welches, wenn überhaupt in Betracht gezogen, gerne belächelt wird. Ohne zu leugnen, dass enorme Herausforderungen damit verbunden sind, gilt doch zu betonen, dass die Fähigkeit dazu zweifellos vorhanden ist. In Kategorie 4. 3. 2. sollen die damit verknüpften Probleme im Vordergrund stehen.

„Psychiatrische Erkrankungen gehen immer mit Störungen der Beziehungsfähigkeit einher oder stellen sogar solche dar“ (Kistner 1999:112). Der Autor meint weiters, dass mit diesen Beziehungsstörungen planvoll und gezielt umgegangen werden muss. Abhängiges Verhalten, soziale Angst und Misstrauen (beispielsweise durch negative Erfahrungen), Bedürfnisstörungen (Sucht), gestörte Einsichtsfähigkeit (Denkstörungen, Wahn, ...), sexuell abweichendes Verhalten und gestörte Kommunikationsfähigkeit (durch Wahrnehmungs- oder Ausdrucksstörungen bedingt) sind Möglichkeiten von Beziehungsstörungen, welche unter psychisch erkrankten Menschen häufig verbreitet sind (vgl. Kistner 1999:112).

Zwischenmenschliche Beziehungen dieses Klientels hängen klarerweise sehr stark vom Verlauf der jeweiligen Beeinträchtigung ab. Vor allem in betreuenden Einrichtungen ist das Leben von Partnerschaften nicht einfach. Verschlechtert sich der psychische Zustand, hat dies möglicherweise die Verlegung in einen anderen Pavillon zur Folge. Verschlechtert sich das psychische Wohlergehen, geht dies meist mit einem Mangel an Selbstständigkeit einher. Betrachtet man die Situation des verheirateten Pärchens, so sieht man, dass ihnen eine eigene Wohnung zur Verfügung gestellt wurde, um ihnen einen Rückzug zu ermöglichen und ihre Intimsphäre zu wahren. *„Die haben ein eigenes Zimmer gehabt, das weiß ich und ja, wie lange sie beieinander waren im Zimmer, keine Ahnung, weil die haben sie dann einmal getrennt voneinander, weil es doch nicht so irgendwie, auch, weil er nicht mehr so gut beieinander war, und sie ist auch zu wenig häuslich, sie haben sich dann trotzdem mehr umschaun müssen ...“* (Interview 7, Z. 81-85). Obwohl sie eine eigene Küche besaßen, gingen sie dennoch zu den anderen KlientInnen, wo ihnen ihre Mahlzeit serviert wurde. Das Pärchen war nicht in der Lage, einen Haushalt zu regeln. Die beiden wurden wieder voneinander getrennt, da das Zusammenleben aufgrund der Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes

einer Person nicht funktioniert hat.

Menschen mit psychischer Beeinträchtigung müssen mit vielen Einschränkungen ihres Lebens zurecht kommen. Es kann nicht ohne weiters geheiratet werden, hierfür muss der rechtliche Rahmen eingehalten werden. SachwalterIn, HeimdirektorIn, Eltern etc. müssen ihre Zustimmung abgeben. Weiters ist es nicht möglich, standesamtlich zu heiraten, da die rechtlichen und sozialen Umstände dies nicht zulassen.

Um eine Beziehung führen zu können, ist es vonnöten, Zeit und Raum zu haben. In betreuenden Einrichtungen ist dies leider oft nicht der Fall, wodurch ein Pärchen gezwungen wird, sich Plätze in der Natur zu suchen, an denen die Möglichkeit besteht, alleine zu sein.

Trotz der Problematiken, die mit der Partnerschaft zweier psychisch kranker Menschen verbunden sind, dürfen die zahlreichen positiven Aspekte nicht in Vergessenheit geraten. Jungbauer (2002:135) meint, dass die Partnerschaft von einigen Betroffenen als individuell angemessene und vorteilhafte Lebensform wahrgenommen wird. Gegenseitiges Verständnis und gegenseitige Unterstützung ist möglich, was an den eigenen Erfahrungen mit dem psychischen Kranksein beruht. Nicht nur Einschränkungen und Defizite werden geteilt, sondern auch Erfahrungen und Bedürfnisse, beispielsweise in Hinblick auf einen ruhigen Lebensrythmus und einen anforderungsarmen Alltag.

4. 3. 3. Bedingungen des Führens von Partnerschaften in betreuenden Einrichtungen

Um die Thematik, wie HelferInnen mit der Beziehungsgestaltung von an Schizophrenie erkrankten Menschen umgehen, vollständig zu erarbeiten, ist es notwendig, auch die äußeren Umstände, welche KlientInnen in betreuenden Einrichtungen umgeben, zu beleuchten. Aus dieser Motivation heraus soll weiters Augenmerk auf vorrangig institutionelle Bedingungen, die das Führen von Partnerschaften umranden, gelegt werden.

4. 3. 3. 1. Defizit an Rückzugsmöglichkeiten

Probleme im Zusammenhang mit Sexualität stellen sich am häufigsten in Einrichtungen wie psychiatrischen Heimen, welche den KlientInnen nur sehr wenig Intimität lassen. Diese sind nahezu gezwungen, ihre Bedürfnisse öffentlich auszuleben. Es stellt sich dadurch die Frage, wie ein Mitarbeiter/ eine Mitarbeiterin reagieren soll, wenn er/ sie ein Paar in sexuell intimen Situationen überrascht oder Zeuge von Masturbation wird. Von sexualpsychiatrischen Komplementäreinrichtungen wird versucht, KlientInnen mehr Raum für Persönliches und Intimität zuzugestehen, damit Sexualität, wie in der sonstigen Gesellschaft auch, weniger öffentlich ausgetragen wird (vgl. Lütgen 1996:104).

Als erste Subkategorie soll das Fehlen von Rückzugsmöglichkeiten erläutert werden.

Alle MitarbeiterInnen gaben an, dass die räumlichen Gegebenheiten denkbar schlecht sind. Es gibt kaum Einzelzimmer, meist teilen sich die KlientInnen zu zweit bis zu sechst ein Zimmer. Diese sind getrennt geschlechtlich aufgezogen, sodass es unmöglich wird, als Frau beispielsweise bei ihrem Freund zu schlafen. Einerseits ist es für das Pärchen selbst sehr unangenehm, da es wiederum nicht alleine sein kann, andererseits für die MitbewohnerInnen eine Zumutung, falls das Pärchen Intimitäten austauschen möchte. Die Umstände waren bis vor einigen Jahrzehnten noch schlechter. Die KlientInnen schliefen in Sälen, in denen 14 Leute untergebracht waren (vgl. Interview 3, Z. 30-35). Dennoch sind die Bedingungen heutzutage nicht passend genug, um eine Beziehung führen zu können. Wenn Menschen aufgrund ihrer Beeinträchtigung als geschlechtslose Wesen angesehen werden, so ist dies nur Ausdruck von Gedankenlosigkeit und von Vorurteilsprägung. Wenn auch zaghaft und gegen viele Widerstände, beginnt ein Umdenken (vgl. Hirsch 1996:260).

Alle MitarbeiterInnen gaben an, dass die KlientInnen keine Möglichkeit haben, um sich zurückzuziehen. Im Stationsbereich gibt es neben den Zimmern einen Aufenthaltsraum, in dem sich aber klarerweise mehrere KlientInnen zusammensetzen, wodurch wiederum kein Platz für Intimitäten ist. Es existiert kein Kaffeehaus oder weiterer Treffpunkt, das bzw. der für psychisch erkrankte

Menschen geeignet wäre. Es ist unmöglich, andauernd in ein Wirtshaus oder Kaffeehaus im Ort selbst zu gehen, da dies das Budget der KlientInnen überlasten würde.

„Niemand hat die Möglichkeit, alleine in einem Raum zu sein, bei denen ist das nie gegeben, nicht mal am Klo, sogar da sind die Toiletten nebeneinander aufgereiht, die haben keinen Raum, wo sie alleine sein können“ (Interview 2, Z. 20-24). Hirsch (1996:259) meint dazu, dass Institutionen nur wenig Platz für eine Privatsphäre geben. Die KlientInnen stehen mehr oder minder unter ständiger Beobachtung und werden dadurch in ihrem Verhalten beeinflusst. Nur in wenigen Einrichtungen sind Einzelzimmer vorhanden, wodurch es Menschen schwer gemacht wird, sich zurückzuziehen. Zärtlichkeiten und Intimitäten scheinen wenig Raum zugestanden zu werden. Aufgrund der räumlichen Gegebenheiten und des trotzdem existierenden Dranges und Triebes nach Sexualität sind die KlientInnen gezwungen, andere Möglichkeiten in Betracht zu ziehen. Dabei spielen Wiese und Wald eine beträchtliche Rolle. Die MitarbeiterInnen wissen ausnahmslos Bescheid, dass die Natur die einzige Möglichkeit für die KlientInnen ist, um alleine zu sein.

In den neueren Bauten des Klinikums gibt es kleinere Zimmer, für zwei oder vier Personen. Eine größere Anzahl an KlientInnen darf sich ein Zimmer nicht teilen. Da der Platz zu wenig wird, wird angedacht, in Zukunft weitere Bauten zu errichten. Aufgrund vom einzuhaltenden Denkmalschutz dürfen die älteren Häuser nicht umgebaut werden. Bei der Errichtung neuer Häuser müssen gewisse Auflagen befolgt werden, beispielsweise, dass es hauptsächlich Einzelzimmer mit Dusche und Toilette gibt. Hierbei wird deutlich, dass sich das Bewusstsein vieler Menschen ändert und allmählich Fortschritte zu erkennen sind.

Obig wurde erläutert, dass der Stationsbereich über keinen einzigen Raum verfügt, an dem ein Pärchen alleine sein könnte. Weiters soll besonderes Augenmerk auf die Räume der Tagesbeschäftigung gelegt werden. Die KlientInnen können es sich in einem Wohnzimmer gemütlich machen, in dem aber hauptsächlich diejenigen schlafen, deren Medikamente zu stark sind, oder deren psychischer Zustand labiler wird. Außerdem haben die KlientInnen keine Zeit, sich

im Wohnzimmer zu vergnügen, da sich diese ihrer Arbeit widmen sollten. Es liegt im Bereich des Möglichen, dass nachmittags ein Raum frei wird, beispielsweise wenn eine Aktivität stattfindet, bei der viele beteiligt bzw. interessiert sind. Doch diese Möglichkeit ergibt sich, sie ist nicht automatisch da.

Einer Mitarbeiterin zufolge, ist die Sexualität von psychisch erkrankten Menschen ein bedeutendes und großes Thema in der heutigen Zeit, dennoch werden Verbesserungen der Bedingungen, mit denen diese Menschen zu kämpfen haben, nur langsam vorgenommen. Dadurch entstehen Berührungspunkte und die Thematik wird zum Tabu (vgl. Interview 1, Z. 20-22). Hirsch (1996:260) bezeichnet Institutionen als „Lustkiller“, weil sie, wenn überhaupt, nur minimalen Raum für die Bedürfnisse des Menschen geben.

Obwohl alle MitarbeiterInnen dieselbe Ansicht vertreten, wird von diesen nichts unternommen, um die Bedingungen zu verbessern oder die sichtlich vorherrschenden Probleme ins Bewusstsein anderer Menschen zu rücken. Denn nur, wenn darüber gesprochen wird, kann auch etwas verändert werden. Hirsch (1996:260) stellt sich die Frage, wer sich um Enttabuisierung und somit Normalität bemüht. Die MitarbeiterInnen der Beschäftigung sprechen zwar miteinander über die Problematik, kritisieren die fehlenden räumlichen Gegebenheiten und manche von ihnen überlegen sich sogar Lösungsvorschläge oder Strategien, wie vorgegangen werden kann, um eine Besserung zu erreichen, treten damit aber nicht an EntscheidungsträgerInnen.

4. 3. 3. 2. Strategien der KlientInnen

Um weiters auf die Bedingungen, in betreuenden Einrichtungen eine Beziehung zu führen, einzugehen, sollen im Folgenden die Strategien der KlientInnen, die soeben erläuterten fehlenden Rückzugsmöglichkeiten zu ertragen, beschrieben werden. Fakt ist, dass es keinerlei räumliche Gegebenheiten gibt, die Intim- bzw. Privatsphäre anbieten. Die KlientInnen sind gezwungen, ihre Bedürfnisse so stark einzuschränken, dass sie keinen Raum für sich alleine mehr brauchen. Sie suchen sich einen öffentlichen Platz, sei es eine Parkbank, ein Wiesen- oder Waldstück. Aus einer äußeren Position gesehen, zieht man solche Möglichkeiten nicht in Betracht, aber diese Menschen haben keine andere Wahl. Manche KlientInnen,

die den Kampf mit den schlechten Bedingungen nicht mehr führen möchten, beschließen sich eine eigene Wohnung anzumieten. In den meisten Fällen ist dies nicht möglich, da sowohl das nötige Geld als auch die angebrachte Selbstständigkeit fehlen.

4. 3. 4. Beziehungsfördernde Maßnahmen

4. 3. 4. 1. Verbesserung der räumlichen Strukturen

Um auch positive Aspekte in Betracht zu ziehen, sollen weiters beziehungsfördernde Maßnahmen vorgestellt werden, wobei als erster Schritt auf die Verbesserung der räumlichen Strukturen eingegangen wird.

Derzeit findet in Mauer ein großer Um- und Neubau statt, bei dem bestimmte Regelungen zu beachten sind. Eine davon ist, dass höchstens zwei KlientInnen ein Zimmer belegen dürfen. KlientInnenorientierung rückt weiter in den Mittelpunkt. Es werden neue Trakte dazugebaut und/ oder umstrukturiert. Die MitarbeiterInnen sind der Ansicht, dass jeder Mensch, egal ob psychisch gesund oder krank, das Recht auf Privatsphäre hat, welche in Drei-, Vier und Mehrbettzimmer nicht gegeben ist. Durch den Umbau wird erkenntlich, dass nicht nur die MitarbeiterInnen dieser Ansicht sind. „ ... *dass wenn heute gebaut wird, dass einfach eher die Leute halt wirklich Einzelzimmer haben, aber das ist ja erst durch die ganzen Umbauten, jetzt ist das erst*“ (Interview 6, Z. 266-268). Nach Sauter (1999:104-105) sind Milieu oder Setting für die Rahmenbedingungen und Atmosphäre zuständig, in denen die Behandlung oder Betreuung stattfindet. „Auf das Milieu wirken unterschiedliche Aspekte ein, welche im Rahmen einer gezielten Milieugestaltung mit gewürdigt werden müssen. Diese sind: der Umgangsstil und die von Mitarbeitern vorgelebte zwischenmenschliche Kultur, die Gestaltung der Räumlichkeiten, der Tages- und Wochenablauf der Station, die offizielle sowie die informelle Stationsordnung mit ihren Regeln für das Zusammenleben auf begrenztem Raum, die Frage der Offenheit der Station bzw. der Abschirmung nach außen, die Spielregeln und die Intensität der Kontrolle, etc.“ (Sauter 1999:105). Werden also die räumlichen Strukturen verbessert und wird den Bedürfnissen der KlientInnen mehr Raum und Zeit gegeben, wird dadurch die Milieugestaltung optimiert, was wiederum positive Auswirkungen auf die

Lebensqualität des Klienten/ der Klientin hat.

4. 3. 4. 2. Möglichkeiten der gemeinsamen Freizeitgestaltung

Kipp/ Unger/ Wehmeier (2006:69-70) stufen die Freizeit neben der Arbeitszeit als wichtigste Zeit ein. In unserer Gesellschaft wird Freizeit als Aufgabe gesehen, für die viel Leistung, Geld und Kraft aufgewendet werden muss – Voraussetzungen, die von KlientInnen häufig nicht erfüllt werden können. Als Trainingsziel gilt folgedessen, Freizeit als „Tätigsein in Beziehungen“ zu definieren. Darunter werden Aktivitäten wie Sport, wandern oder gemeinsames Kaffeetrinken verstanden. Da es den meisten Menschen nicht möglich ist, Freizeit völlig spontan zu gestalten, bedarf es einer Planung, welche vom Klienten/ von der Klientin eigens übernommen werden sollte.

Aus diesem Zitat abzuleiten ist, dass Freizeitgestaltung einen wertvollen Bestandteil im Leben eines Menschen einnimmt. Als sehr wesentlich dabei erscheint, Freizeit mit Beziehungen in Verbindung zu setzen.

Auf das psychosoziale Betreuungszentrum umgelegt, sollen in weiterer Folge Möglichkeiten der gemeinsamen Freizeitgestaltung dargelegt werden.

Damit ein System funktioniert, müssen gewisse Regeln eingehalten werden. Die KlientInnen kommen in die Beschäftigung, um dort produktive Arbeit zu leisten und um an einem strukturierten Alltag teilzunehmen. Deswegen sollten in dieser Zeit keine anderen Unternehmungen gemacht werden. Wenn aber ein Klient/ eine Klientin aufgrund einer privaten Aktivität nicht kommen möchte, so stellt dies kein Problem für die MitarbeiterInnen dar, solange es nicht zur Gewohnheit wird. Unterbindung findet nicht statt, wenn sich zwei Menschen, die sich gerne haben, während der Beschäftigungszeit auf ein Gespräch treffen und miteinander eine Zigarette rauchen. In ihrer leider sehr beschränkten Freizeit können die KlientInnen sich beispielsweise gegenseitig besuchen, ins Kaffeehaus oder spazieren gehen. Zum Abendessen sollten die KlientInnen wieder in ihrer Station sein. Ist jedoch der psychische Zustand eines Klienten/ einer Klientin labil, darf dieser/ diese sich nicht frei im Gelände bewegen. D.h. je nach gesundheitlicher Verfassung steigen bzw. sinken die Möglichkeiten der gemeinsamen

Freizeitgestaltung. „*Sie können spazieren gehen, manche haben schon Auflagen, die müssen sich immer abmelden und so, und sagen, wo sie hingehen und manche Bewohner, bei denen ist es überhaupt nicht streng, die sind halt zum Essen da und können dann machen, was sie wollen, die können nach Mauer hinein gehen einkaufen oder so oder mit wem treffen oder auf eine andere Station gehen, wen besuchen*“ (Interview 8, Z. 174-178).

Es wird deutlich, dass sehr strenge und starre Strukturen dominieren, aus „menschlicher“ Sicht betrachtet. Beleuchtet man die Situation jedoch aus rechtlichen Aspekten, dann nehmen die Schlagworte Absicherung und Verantwortung essentielle Rollen ein, mit welchen nicht leichtfertig umzugehen ist. Einen Klienten/ Eine Klientin, der/ die suizidal ist, kann ich als professioneller Helfer/ professionelle Helferin nicht frei im Gelände herumspazieren lassen, da es vorrangig darum geht, seinen/ ihren Zustand zu stabilisieren. Auch diese Seite muss in Betracht gezogen werden. Was punkto der Möglichkeiten der gemeinsamen Freizeitgestaltung noch angemerkt werden soll, sind die innerhalb der Beschäftigung am Nachmittag stattfindenden Aktivitäten, die eben eher einer Freizeitbeschäftigung als einer Arbeit gleichen.

Wie bereits in Kapitel 2 erklärt, gliedert sich die Tagesbeschäftigung in einzelne Arbeitsgruppen, der sich die KlientInnen eigens einordnen können. Natürlich ist ein Wechsel möglich, dieser wird aber nur von wenigen genutzt. Die einzelnen Gruppen zeigen sich häufig als getrennt geschlechtlich, da sich beispielsweise klarerweise mehr Frauen der Strickgruppe anschließen als Männer. Bei den Freizeitaktivitäten am Nachmittag passt das Programm für Mann und Frau, was als beziehungsförderliche Maßnahmen eingestuft werden könnte. Wöchentlich finden eine Chor- und Theaterprobe statt. Eine weitere Möglichkeit stellt „Disportare“ dar, eine Aktivität, bei der vor allem sportliche Übungen Vorrang haben und die KlientInnen dazu motiviert, sich zu bewegen. Beim Führen einer Beziehung hätte das Pärchen wenigstens hier die Möglichkeit, miteinander Zeit zu verbringen, wenn auch nicht alleine. Es kristallisiert sich deutlich heraus, dass Möglichkeiten der gemeinsamen Freizeitgestaltung gegeben sind, jedoch alles, was intimer Natur sein könnte, nahezu unterbunden wird.

4. 3. 5. Die Beziehung zwischen MitarbeiterIn und KlientIn

„Die Beziehung zum Patienten wird oftmals wie eine Beziehung zu einem Bekannten aus dem Privatleben gesehen und bewertet. Sympathie und Antipathie gegenüber den Patienten nehmen eine herausragende Stellung ein. Oft fehlen der betreffenden Pflegekraft für die individuelle Ausgestaltung einer Beziehung zum Patienten, die sich nicht selten über Jahre hinweg erstreckt, die Kenntnisse und Fähigkeiten überhaupt eine notwendige, professionelle Distanz zu schaffen und zu wahren oder eine von vornherein unprofessionell große Distanz zu erkennen und zu verringern“ (Weidner 1995:318f, zit. n.: Weidner 1999:33).

Aus diesem Zitat wird klar ersichtlich, dass ohne eine gewisse Distanz Professionalität nicht möglich ist. Erlernte Kenntnisse und Fähigkeiten sind Voraussetzung für angemessenes Arbeiten. Um erörtern zu können, wie sich der Umgang mit der Beziehungsgestaltung schizophrener Menschen zeigt, ist es vonnöten zu beschreiben, wie die Beziehung zwischen professionellem Helfer/ professioneller Helferin und Klient/ Klientin gepflegt wird.

Kistner (1999:112) grenzt die Beziehung zwischen professionellen HelferInnen und KlientInnen stark von der Beziehung im „richtigen“ Leben ab. Hierbei handelt es sich um Beziehungen, die einen professionellen, zweckorientierten Charakter tragen und in verschiedener Hinsicht begrenzt sind:

- Zeitlich: Die Beziehung ist einerseits durch eine bestimmte Arbeitszeit, andererseits durch die Zeit bis zur Entlassung des Klienten/ der Klientin aus dem Behandlungszentrum begrenzt (falls es eine Entlassung gibt).
- Inhaltlich: Die Gestaltung der Beziehung beschränkt sich auf die Erreichung des Behandlungszieles.

Abgesehen davon sind professionelle Beziehungen asymmetrisch – Macht und Verantwortung liegen im Wesentlichen auf der Seite des Helfers/ der Helferin und nicht auf beiden Seiten.

In einer Einrichtung, wie der Tagesbeschäftigung des psychosozialen Betreuungszentrums, haben die MitarbeiterInnen nahezu ununterbrochen direkten Kontakt zu den KlientInnen. Lediglich in der täglichen viertelstündigen Morgenrunde, der Mittagspause und der einstündigen Dokumentationszeit wird

Abstand gepflegt. Eine Arbeitsgruppe wird von ein bis zwei MitarbeiterInnen geleitet, je nach Dringlichkeit und Zeitmanagement. Die Beschäftigung ist keine der Einrichtungen, bei denen zwischen den einzelnen Beratungen Zeit gegeben wird, sich zu sammeln. Da die KlientInnen prinzipiell von Montag bis Freitag dieselben sind, besteht die Gefahr, dass die Beziehung zu den KlientInnen zu vertraut und freundschaftlich wird.

Um professionell arbeiten zu können, ist es aber vonnöten seine persönlichen Grenzen zu kennen, zu setzen und zu wahren. In vielen Fällen sind Grenzen psychisch erkrankter Menschen durch ständiges Auflösen und Verändern geprägt, wodurch diese verschwimmen und unklar werden. Da sich der Klient/ die Klientin nur schlecht und vage mit den eigenen Grenzen identifizieren kann, benötigt er/ sie klare Grenzen des Gegenübers. Der Helfer/ Die Helferin hat folgedessen zwei Aufgaben. Einerseits zu zeigen, wo die Grenzen des Klienten/ der Klientin verlaufen und wie er/ sie auf andere wirkt, andererseits zu signalisieren, wo die eigenen Grenzen sind. Erst dann kann eine professionelle Beziehung aufgebaut werden, denn nur so können ungewöhnliche Verhaltensweisen verstanden werden (vgl. Clausen/ Dresler/ Eichenbrenner 1997:115-116).

„...gewisse Grenzen brauchst du, sonst laugen sie dich aus ...“ (Interview 3, Z. 212). Eine Mitarbeiterin betont, dass die Beschäftigung ein Arbeitsbereich ist, der sehr familien- und freizeitmäßig gestaltet wird. Viele KlientInnen suchen Körperkontakt, indem sie die MitarbeiterInnen umarmen. Wo die Grenzen einer jeden einzelnen Person liegen, ist unterschiedlich. Manche lassen mehr Körperkontakt zu, andere versuchen, diesen zu vermeiden, um Distanz halten zu können.

„Durch unser verändertes berufliches Selbstverständnis, insbesondere durch die Bezugspflege, lassen wir uns auf mehr Nähe zu den Patienten ein“ (Knop/ Jessen 1996:45). Heute ist die Beziehung zwischen Klient/ Klientin und Mitarbeiter/ Mitarbeiterin durch mehr Nähe, Freundschaftlichkeit und Vertrauen gekennzeichnet. Vor Berührungen scheinen die professionellen HelferInnen keine Angst zu haben. Im Gegenteil, sie helfen den KlientInnen beim Aus- und Anziehen, klopfen diesen auf die Schulter, lassen sich von diesen massieren und

umarmen und tanzen miteinander bei diversen Festlichkeiten. Es wird sehr direkt aufeinander eingegangen, sei es positiver oder negativer Art. Offenheit und Ehrlichkeit stehen an erster Stelle.

Im Umgang mit an Schizophrenie erkrankten Menschen ist es notwendig, körperliche Beziehungsmöglichkeiten reflektiert einzusetzen, ohne die Beziehung zu eng zu gestalten. Berührung ist jedenfalls beziehungsstiftend, das heißt, notwendig in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, wobei die Berührungsentention bedacht werden soll (vgl. Kipp/ Unger/ Wehmeier 2006:70-71).

Eine Mitarbeiterin reagiert sehr stark auf das Bedürfnis nach Körperkontakt eines Klienten/ einer Klientin. Im Prozess einer von mir durchgeführten teilnehmenden Beobachtung las diese eine Geschichte vor, dabei legte sie ihre Füße auf den Schoß eines Klienten. Für beide war die Situation absolut in Ordnung. Eine Mitarbeiterin ist vor allem bei den männlichen Klienten vorsichtig, um keine Hoffnungen entstehen zu lassen. Entscheidend ist vor allem auch das Verhältnis zum jeweiligen Klienten/ zur jeweiligen Klientin, inwieweit Nähe zugelassen wird. *„Das ist sehr unterschiedlich, zu manchen Bewohnern hat man sowieso einen besseren Bezug als zu anderen, die du einfach, manche lässt du ein bisschen näher, das ist einfach vom Typ her so verschieden, je nachdem wie sie selbst sind, aber ich schaue schon immer, gerade bei den Männern, dass ich eine gewisse Grenze habe und ich lasse sie einfach nicht zu weit kommen, weil das könnte dann oft, dann glauben sie, sie können dich ein wenig abgrabschen oder irgendetwas, und das lasse ich einfach nicht zu, das ist, aber so merkt man oft, aber das ist bei unserem Klientel da in der Beschäftigung, manche sind da ein bisschen liebesbedürftiger, da hauen sie sich zum anderen und drücken ein Bussi drauf, das ist für sie, dass sie einfach ein bisschen zuwagommen werden wollen einfach“* (Interview 6, Z. 52-61).

Deutlich wird, dass, wie man mit KlientInnen umgeht und auch wie diese mit den MitarbeiterInnen umgehen, abhängig vom Verhältnis ist, das man zueinander hat. *„Es kommt darauf an, bei wem, welchen Zugang ich zu der Person habe“* (Interview 1, Z. 252). Es ist ganz natürlich, dass ein professioneller Helfer/ eine

professionelle HelferIn zu manchen KlientInnen einen leichteren Zugang findet als zu anderen. Bei diesen wird schneller Vertrauen aufgebaut und Gespräche intimer und persönlicher Art gehen schneller vonstatten. Dennoch ist es Aufgabe der MitarbeiterInnen, sich auch um die KlientInnen zu bemühen, bei denen der Beziehungsaufbau eine sehr große Herausforderung darstellt. Gemäß Dörner et al. (2002:163) ist die Beziehungsaufnahme und das Halten von Beziehungen mit psychisch erkrankten Menschen besonders schwer und fragil. Menschen können im Rückzug verharren und vereinsamen, auch wenn die sozialpsychiatrische Institution noch so bunt und freundlich gestaltet ist. Der professionelle Helfer/ Die professionelle HelferIn muss Kontinuität zeigen. Er/ Sie muss die Beziehung wollen, herstellen und halten. Ansonsten besteht die Gefahr, dass gerade die an Schizophrenie erkrankten Menschen verloren gehen und buchstäblich umherirren. Versorgung und Pflege sind längst nicht mehr die einzigen Bestandteile des Handlungsfeldes Psychiatrie. Es gilt, sich dem Klienten/ der Klientin anzunähern. Bei zurückgezogenen und abgekapselten Menschen, bei denen es schwierig ist, Zugang zu finden, wird leicht und schnell aufgegeben. In diesem Zusammenhang ist essentiell, dass der Mitarbeiter/ die Mitarbeiterin sich nicht von der spürbaren Wand kontrollieren lässt und sich nicht auf das Handeln des Klienten/ der Klientin einlässt, da ansonsten durch die Distanz Versagensängste aufsteigen können. Die kranken und gesunden Anteile, die Symptome und die Persönlichkeit hinter der Krankheit müssen gleichzeitig ernst genommen werden (vgl. Dörner et al. 2002:163).

4. 4. Partnerschaft als Tabuthema

Wie man mit einer bestimmten Thematik umgeht, ist in jedem Fall von den unterschiedlichsten Faktoren abhängig. Ein Aspekt, der sicher immer eine bedeutende Rolle spielt, ist, was die Gesellschaft dazu meint oder tut. Auch wenn man es nicht möchte, kann man sich dem Einfluss dieser nicht entziehen. Auf mein Forschungsinteresse bezogen, stehen bestimmt das Alter der HelferInnen und die Dauer der Mitarbeit in enger Verbindung damit. Ebenso wesentlich ist, wie die Zielgruppe selbst, um die es sich eigentlich handelt, mit der Thematik hantiert. Lütjen (1996:109) zufolge bleibt Sexualität ein Bereich, in dem Tabuisierungen noch längst nicht abgeschafft sind. Auch in Fortbildungskursen muss zuerst biographisch vorgeprägten Erlebens- und Handlungsweisen Bedeutung geschenkt

werden, da diese nicht einfach umgeworfen werden können.

Die Kategorie „Partnerschaft als Tabuthema“ soll in drei Subkategorien eingeteilt werden, um eine differenziertere Sichtweise zu ermöglichen. Die interviewten Personen wurden gefragt, ob es sich um ein Tabuthema handelt, wenn Schizophrenie und Beziehung in Verbindung gebracht werden. Dabei sollte besonderes Augenmerk auf drei Seiten gelegt werden, die der Gesellschaft, die der KlientInnen und die der MitarbeiterInnen selbst.

4. 4. 1. Die Gesellschaft

Die MitarbeiterInnen sind sich einig, dass sich die Gesellschaft bis heute, obwohl eine deutliche Verbesserung zu spüren ist, nicht von Vorurteilen und Berührungsängsten hat lösen können. Grund dafür ist die Nichtkonfrontation mit der Thematik. Um dies zu ändern, gilt es, Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben. Themenbereiche wie Psychiatrie, Sucht oder Obdachlosigkeit sind in der Gesellschaft negativ besetzt. Ziel ist es, ein positives Image aufzubauen, das auf die Institution bzw. das Projekt selbst, sowie auf die KlientInnen abfärbt. Zu Beginn der Public Relation Arbeit sollte die Erstellung eines pfiffigen Logos und eines griffigen Projektnamens stehen. Einen weiteren Bereich stellt die Pressearbeit dar. Ein Mitarbeiter/ Eine Mitarbeiterin der Einrichtung sollte dafür zuständig sein, sich dahin gehend fortbilden und Erfahrungen sammeln. Sehr ähnlich und genauso wichtig ist die Medienarbeit, da dadurch die Vorurteilsbereitschaft stark beeinflusst werden kann. Psychisch erkrankte Menschen mit somatisch Kranken gleichzustellen wirkt sich besonders günstig aus. Sehr hilfreich zeigt sich auch die Miteinbeziehung von Vertretern von Angehörigengruppen und Laienhelfern, weil diese bisher wenig in das psychiatrische System involviert sind. Eine besonders wirksame Strategie ist die Einbindung lokal wichtiger Persönlichkeiten (vgl. Clausen/ Dresler/ Eichenbrenner 1997:168-169).

Was sich herausgestellt hat, ist, dass noch ein deutlicher Mangel an Öffentlichkeitsarbeit vorherrscht. *„Und die Gesellschaft, die eben nicht damit konfrontiert wird, die ist da in einer anderen Position, außerhalb da müssen die Menschen schon sehr offen und verständnisvoll sein, dass sie das überhaupt einmal in Betracht ziehen, dass solche Menschen auch Beziehungen führen und*

auch sexuell aktiv sind“ (Interview 1, Z. 415-419). Durch kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit, beispielsweise mittels Diskussionsabenden, Vorträgen, Zeitungs- und Fachartikeln, können gesellschaftlich geprägte Bilder verändert werden. Bewusstmachung und kritische Hinterfragung tragen dazu bei, dass Tabus gebrochen und vorhandene Barrieren überwunden werden (vgl. Einsiedler 2008:11). Personen, die nicht mit psychisch erkrankten Menschen in Berührung kommen, denken über diese Thematik nicht nach und bilden sich so keine Meinung darüber. Würde man aber diese einen Monat lang damit konfrontieren, beispielsweise durch ein Praktikum im Landesklinikum, könnten sich der Blick ändern und Berührungängste verringern (vgl. Interview 1, Z. 220-23).

„Der Wunsch nach einer Paarbeziehung und einem „normalen“ Familienleben bezieht sich ... nicht nur auf individuelle Glückserwartungen, sondern auch auf das Bestreben, das drohende Stigma der psychischen Krankheit abzuschütteln und eine gewisse gesellschaftliche Anerkennung zu erreichen“ (Jungbauer 2002:136). *„Früher war es sicher eins, denke ich mir, aber mittlerweile wird schon viel mehr gesprochen darüber und ist auch wichtig, weil wenn man nicht darüber redet oder sich nicht beschäftigt damit, gibt es Probleme“* (Interview 8, Z. 184-186).

4. 4. 2. Die KlientInnen

Die Meinungen der MitarbeiterInnen, ob KlientInnen ihre Bedürfnisse als Tabu charakterisieren, gehen weit auseinander. Bis vor einigen Jahrzehnten wurde kaum über die Sexualität des Menschen gesprochen. Viele der KlientInnen der Beschäftigung wohnen bereits seit dreißig oder vierzig Jahren in Mauer. Diese zeigen sich distanzierter, da sie es gewohnt sind, nicht darüber zu sprechen. Auch durch meine Beobachtungen konnte dies bestätigt werden. Andererseits scheuen einige KlientInnen nicht, offen ihre Gefühle preis zu geben. Vor allem die männlichen Klienten haben kein Problem damit, im Gegenteil, sie prahlen nahezu mit ihren Erfahrungen. Nach Knop und Jessen (1996:44) spricht der Großteil der KlientInnen mit einer überraschenden Unbefangenheit über diese Thematik. Durch dieses Verhalten wird gezeigt, dass anders und neu über Bedürfnisse und Beziehungen psychisch kranker Menschen gedacht werden muss und dass es an der Zeit ist, diese Themen aus dem Diffusen und Schattendasein zu holen.

Andere MitarbeiterInnen geben an, noch nie miterlebt zu haben, dass KlientInnen sich mit derartigen Themen auseinandersetzen, mit der Begründung, dass dies verstärkt auf der Station, wo sie wohnen, gemacht wird, nicht jedoch in der Tagesbeschäftigung. *„Ich weiß es nicht, wie sie untereinander wirklich tun, ich habe es selber noch nie gehört oder noch nie erlebt, wenn sich zwei unterhalten haben, wir sind nicht direkt bei ihnen in den Häusern, sondern sie kommen ja immer her, und was dann so am Abend oder nach der Beschäftigung ist, das kriegen wir dann eigentlich nicht wirklich mit“* (Interview 6, Z. 207-211).

Hier tritt wieder ein obig schon oftmals erwähntes Phänomen zutage, das im Laufe meiner Forschung mehrere Male bestätigt werden konnte. Einige MitarbeiterInnen trennen Privates und Berufliches der KlientInnen sehr streng. Dies lässt sich damit in Verbindung setzen, dass Unsicherheiten bzgl. des Umgangs mit Privatem vorherrschen. Im Laufe meiner Beobachtungen konnte bestätigt werden, dass die meisten KlientInnen kein Problem damit haben, über Intimes zu sprechen. Sie erzählen sich ohne weiters gegenseitig von Männern bzw. Frauen, in die sie sich verliebt haben bzw. mit denen sie eine Partnerschaft pflegen.

4. 4. 3. Das Personal

Es wird vermehrt über die Bedürfnisse schizophrener KlientInnen gesprochen. Doch es stellt sich die Frage, ob die notwendige Akzeptanz vonseiten des Personals, welches Tag für Tag mit diesen KlientInnen arbeitet, vorherrschend ist.

Intimitäten und Zärtlichkeiten unter den KlientInnen werden häufig zum Thema gemacht, davon ausgehend bilden sich verschiedene Meinungen und Ansichten der MitarbeiterInnen. Diesen ist bewusst, dass es psychisch erkrankten Menschen ein großes Anliegen ist, Intimsphäre zu besitzen. Im Klinikum selbst gibt es diese nicht, wofür in Zukunft eine Lösung gefunden werden muss. Um diese zu erreichen, ist es vonnöten darüber zu sprechen und sich damit auseinanderzusetzen, anstatt das Thema tot zu schweigen. Gemäß Lütjen (1996:109) ist es notwendig, den Widerstand, das Unbehagliche und das Schwierige des Themas zu akzeptieren und dann gemeinsam zu klären, woran dies liegen könnte. Es ist nicht notwendig, den Widerstand gegen diese Thematik von vornherein möglichst minimieren zu wollen. So kann darüber kommuniziert

werden, was sich wiederum auf die Arbeitssituation überträgt. Anhand einer solchen kommunikativen Grundhaltung kann neuen Tabuisierungen entgegengewirkt werden. Nach Angaben einer Mitarbeiterin sind die Meinungen der MitarbeiterInnen bzgl. der Kategorie „Partnerschaft als Tabuthema“ vonseiten der MitarbeiterInnen gespalten, was jedoch nicht belegt werden konnte. Was bestätigt werden konnte, ist, dass die Thematik vonseiten der Gesellschaft häufig noch ein Tabu ist, möglicherweise aufgrund des fehlenden Kontakts dazu, im Gegensatz zum Personal, das täglich damit konfrontiert ist.

4. 5. Umgang des Personals

Wenn das Personal menschenwürdige Lebensumstände, eine mitmenschliche Behandlung und einen gleichwertigen Umgang zwischen Behandelnden und Behandelten fordert, muss sexuellen Gefühlen Beachtung geschenkt werden. Dadurch werden Schwestern, PflegerInnen, PsychologInnen, ÄrztInnen und SozialarbeiterInnen gefordert, eine fundierte Ausbildung zu absolvieren, professionell mit Nähe und Distanz umzugehen sowie sich intensiv mit dem einzelnen Menschen auseinanderzusetzen. Um mit der Thematik umgehen zu lernen, muss man die Möglichkeit zur Supervision und zum Nachdenken über eigene Wünsche und Bedürfnisse geboten bekommen. Damit das Leben der KlientInnen nicht noch defizitärer wird, als es aufgrund der psychischen Erkrankung schon ist, soll ihnen ein möglichst normales und befriedigendes Dasein gegeben werden. Dies schließt mit ein, dass sie ihre Sexualität so gut wie möglich ausleben dürfen und können. Das Personal steht vor einer Hürde, nämlich der, sich mit gelebter Sexualität von psychisch erkrankten Menschen auseinandersetzen, was enorm viel Toleranz verlangt (vgl. Richter/ Finzen 1996:20).

Nachdem mithilfe der vorhergehenden Kapiteln eine permanente Annäherung an die Umgangsstrategien des Personals mit Beziehungsgestaltung und anderen Möglichkeiten der Bedürfnisäußerung erfolgte, sollen diese nun konkret beschrieben und erläutert werden.

4. 5. 1. ... mit intimen Fragen und Erzählungen der KlientInnen

Wie in 4. 2. 2. erörtert, spielt der verbale Weg häufig eine wesentliche Rolle, um

Bedürfnisse nach Liebe, Zuneigung und Sexualität zu äußern.

An Schizophrenie erkrankte Menschen erzählen gerne erlebte Ereignisse und interessieren sich auch für das private Leben der MitarbeiterInnen, indem sie Fragen intimer Natur stellen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die KlientInnen nur den MitarbeiterInnen von ihrem Leben erzählen, zu denen sie Vertrauen haben. Klarerweise ist es leichter, sich Menschen zu öffnen, bei denen man das Gefühl hat, verstanden zu werden. Diese Annahme kann meiner Ansicht nach durch folgendes Zitat bestätigt werden. *„Das denk ich mir, das macht er bei uns, weil er zu uns einen relativ guten Zugang hat, weil wir uns relativ gut verstanden haben“* (Interview 1, Z. 197-198). Clausen/ Dresler/ Eichenbrenner (1997:116) betonen das Vertrauen als grundsätzlichen Aspekt für die Begegnung mit psychisch erkrankten Menschen. Diese können häufig weder sich selbst noch anderen trauen. Sie leiden an Stimmungsschwankungen, welche nicht erklärbar sind. Das Ziel der Beziehungsarbeit in der Alltagsbegleitung ist die Stärkung der Autonomie. Wenn der Klient/ die Klientin sich selbst nicht trauen kann, so muss er/ sie wenigstens dem professionellen Helfer/ der professionellen Helferin trauen können. Dieser/ Diese wird sich bei möglichem Fehlverhalten des Klienten/ der Klientin nicht abwenden, wodurch allmählich Vertrauen aufgebaut wird. Die Dauer dieses Prozesses ist unterschiedlich, sie kann sich über Monate oder sogar Jahre erstrecken (vgl. Clausen/ Dresler/ Eichenbrenner 1997:116). Ausgehend davon kann Vertrauen als Grundsatz bezeichnet werden, ohne den Beziehung nicht möglich ist. Um die Reaktionen der MitarbeiterInnen näher zu betrachten, lässt sich zusammenfassend sagen, dass auf die Fragen der KlientInnen soweit als möglich eingegangen wird. Von ausnahmslos allen MitarbeiterInnen wird es abgelehnt, genauere Fragen zu stellen, die als neugierig oder nachbohrend bezeichnet werden könnten. Den KlientInnen wird zugehört und Empathie vermittelt. Eine Minderheit der befragten MitarbeiterInnen erzählt auch von sich selbst, vom Partner/ von der Partnerin und den eigenen Erfahrungen, denn einer Mitarbeiterin zufolge ist es nicht das Vorrecht des professionellen Helfers/ der professionellen Helferin über Intimitäten, Wünsche, Erfahrungen des Klienten/ der Klientin Bescheid zu wissen. Auch man selbst kann etwas von sich selbst preisgeben (vgl. Interview 1, Z. 292-293).

Eine Mitarbeiterin gibt offen zu, dass sie zu Beginn ihrer Mitarbeit sehr zaghaft und unsicher auf intime Fragen der KlientInnen reagiert hat. *„Da war ich halt kurz geschockt, aber dann hab ich mich halt eben noch einmal mit der Situation befasst und reflektiert und so und dann hab ich mir gedacht, sagst es ihm halt einfach“* (Interview 1, Z. 183-185). Kistner (1999:117-118) zufolge erfordern professionelle Beziehungen eine andere Herangehensweise als zwischenmenschliche Beziehungen „draussen“ in der Welt. Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit und den eigenen Schutz bedarf es einer bestimmten Grundhaltung, welche als reflektiert – akzeptierend bezeichnet werden könnte. Es kommt darauf an, den Klienten/ die Klientin emotional anzunehmen und die Beziehung zu ihm/ ihr mit Kopf und Bauch zu steuern. Es ist wichtig, über das eigene Handeln nachzudenken, dieses bewusst zu gestalten und am therapeutischen Ziel auszurichten. Es geht nicht immer darum, sich mit dem Klienten/ der Klientin gut zu verstehen, da manche KlientInnen ohnehin Bezugspersonen brauchen, mit denen sie streiten können, ohne dass dies Auswirkungen hat, die es außerhalb der psychiatrischen Einrichtungen haben könnte. Essentiell ist, dass die Beziehung therapeutisch sinnvoll ist und dass bei Entstehung von Konflikten diese vonseiten des professionellen Helfers/ der professionellen Helferin rational behandelt werden (vgl. Kistner 1999:117-118). Durch die zunehmende Erfahrung und die darauf folgende Reflexion des eigenen Handelns lernt man mit bestimmten Situationen umzugehen. „Selbstreflexion, d.h. die Fähigkeit sich selbst zu beobachten, die eigenen Normen und Wertvorstellungen in Frage zu stellen, und das eigene Handeln nach den jeweiligen pflegerisch-therapeutischen Erfordernissen zu richten“ (Kistner 1999:118). Im Laufe der Zeit werden individuell Strategien entwickelt, welche als Hilfe und Unterstützung agieren. Alter und Dauer der Mitarbeit hängen folgedessen stark damit zusammen, wie auf die Thematik der Partnerschaftlichkeit psychisch erkrankter Menschen reagiert wird.

4. 5. 2. ... mit Intimitäten zwischen den KlientInnen

4. 5. 2. 1. Akzeptanz bei beidseitigem Einverständnis

Häufig küssen sich KlientInnen direkt in der Beschäftigung des PBZ vor den Augen der MitarbeiterInnen. Diese reagieren auf unterschiedliche Weise darauf. Solange Intimitäten wie Küsse nicht exzessive betrieben werden, werden sie

akzeptiert und oft mit einem Witz hingenommen. *„Wenn es Überhand nimmt und die nur knutschen und in irgendeiner Ecke hängen, dann sag ich schon, dass ich gerne weiterarbeiten würde mit ihnen, aber das ist jetzt noch nicht vorgekommen, das sind oft, also meistens drei, vier Bussis, die halt in schnelleren Intervallen hintereinander gegeben werden, und dann wars das. Sonst im Prinzip ist mir das egal, das ist voll ok“* (Interview 1, Z. 385-389).

Ein Mitarbeiter erwähnt schon, dass für Küsse in der Beschäftigung prinzipiell kein Platz ist, da es sich hierbei um den Arbeitsplatz der KlientInnen handelt (vgl. Interview 8, Z. 50-52). Eine weitere Mitarbeiterin hebt positiv die Offenheit psychisch erkrankter Menschen hervor. Sie meint, dass psychisch gesunde Menschen meist zu extreme Grenzen haben und dazu neigen, an anderen Menschen etwas Negatives finden zu müssen. Ihrer Meinung nach zeichnen sich schizophrene Menschen durch eine größere gegenseitige Akzeptanz aus und dadurch, dass sie ihren Gefühlen freien Lauf lassen können (vgl. Interview 3, 70-75).

Erstaunlich ist, dass ein Großteil der MitarbeiterInnen auf die Thematik des Küssens mit Humor agiert. Hierbei sieht man meiner Meinung nach wiederum das Phänomen, dass psychisch erkrankte Menschen häufig Kindern gleichgesetzt werden. Gemäß Kistner (1999:115) neigen manche KlientInnen dazu, sich in die Rolle des unmündigen Kindes zu begeben, da sie sich in einer real abhängigen Situation befinden. Sie geben die Verantwortung für sich und ihr Leben an die HelferInnen ab und wirken dadurch viel unreifer, als es dem Alter entsprechen würde. Unüberlegt nehmen einige HelferInnen diese Rollenverteilung an und beginnen sich wie die Eltern des Klienten/ der Klientin zu verhalten. In den meisten Fällen wird bei psychisch gesunden Menschen nicht darauf eingegangen, wenn ein Kuss vonstatten geht. Humor, der den respektvollen Umgang damit stark beeinflusst, kommt selten ins Spiel. Nach Kistner (1999:118) ist Wertschätzung Teil der reflektiert - akzeptierenden Grundhaltung. Jeder Klient/ Jede Klientin hat es verdient, als Mensch, unabhängig vom Krankheitsbild und vom jeweiligen aktuellen Verhalten, respektvoll und wertschätzend behandelt zu werden. Aufgrund erforschter Ergebnisse lässt sich daraus schließen, dass andere Strategien bzw. professionellere Methoden, mit der Thematik umzugehen,

aufgrund von fehlender entsprechender Ausbildung und lehrreicher dazugehöriger Seminare, nicht bekannt sind.

4. 5. 2. 2. Thematisierung

Nur die Minderheit der MitarbeiterInnen thematisiert Intimitäten zwischen den KlientInnen. Akzeptanz ist vorhanden, Thematisierung geschieht bei den meisten jedoch nicht. Der Grund warum der Großteil der MitarbeiterInnen Küsse untereinander akzeptiert, nicht aber thematisiert, ist der, dass sie sich nicht in intime Angelegenheiten einmischen wollen. Sie sprechen mit den KlientInnen nicht darüber, weil sie diese nicht in Verlegenheit bringen wollen. *„Ja, ich nehm das einfach als gegeben hin und da wird jetzt nicht irgendwie groß Aufsehererregen darum gemacht“* (Interview 1, Z. 379-380). Niedecken (1996:219) zufolge sollten die MitarbeiterInnen versuchen, behutsam das Gespräch zu ermutigen und zu fördern. Dabei ist wichtig, dass nicht wieder neue Normen eingeführt werden, beispielsweise darüber, wie direkt und offen über diverse Themen gesprochen werden soll, sondern zu achten und zu respektieren, was der Klient/ die Klientin von sich preisgeben möchte.

Die Problematik der Verhütung sollte abgedeckt und gesichert sein, der restliche Teil bleibt den KlientInnen selbst überlassen. Aus meiner Forschung hat sich herauskristallisiert, dass Unkenntnis über Methoden, das Gespräch passend zu beginnen, besteht. Dies macht greifbar, dass Unwissen darüber vorhanden ist, wie der Klient/ die Klientin emphatisch und schonend angesprochen werden kann und ob es für diesen/ diese produktiv und sinnvoll ist, darüber zu kommunizieren.

4. 5. 2. 3. Unterbindung bei übertriebenem Verhalten

Die MitarbeiterInnen sind sich einig, dass, wenn Intimitäten Überhand nehmen und zu heftig werden, eingeschritten werden muss. Unterbindung findet aber nicht deswegen statt, weil psychisch erkrankte Menschen keine Beziehungen pflegen sollten, sondern weil die Arbeit in der Beschäftigung des PBZ sonst vernachlässigt wird. Sucht das Pärchen andauernd die Nähe des anderen, so ist es, laut Meinungen der MitarbeiterInnen, einerseits unangenehm für die anderen KlientInnen, andererseits kann das Ziel des Arbeitsalltages nicht sinngemäß verfolgt werden. Wenn sich zwei Menschen in dem Maße zu nahe kommen, wie es nicht für die Öffentlichkeit bestimmt ist, wird auf alle Fälle eingegriffen. *„Wenn*

sie da jetzt nicht irgendwas anfangen in aller Öffentlichkeit, was vielleicht nicht für alle bestimmt ist, würde ich schon eingreifen, wenn ich jetzt sehe, dass die zwei, weiß ich nicht, wenn ich jetzt sehe, der greift ihr unter den Rock, dann greife ich sehrwohl ein, dann sage ich, geh bitte ...“ (Interview 4, Z. 267-270). Eingeschritten wird beispielsweise mittels eines Kommentars, sich wieder auf die Arbeit zu konzentrieren. Hierbei lässt sich keineswegs eine Ablehnung gegenüber Beziehungen oder Intimitäten psychisch erkrankter Menschen erkennen. Als oberstes Ziel der Beschäftigung wird beschrieben, den KlientInnen Struktur und ein Stück Normalität zurückzugeben. Hat ein psychisch gesunder Mensch einen Arbeitsplatz, so kann er/ sie auch nicht tun und lassen, was er/ sie möchte. Gewisse Regeln müssen eingehalten werden, um das Angebot der Beschäftigung und ihre Aufrechterhaltung überhaupt möglich zu machen.

4. 5. 2. 4. ... mit der Möglichkeit, eine Nacht miteinander zu verbringen

Die Frage, ob es sinnvoll wäre, psychisch erkrankten Paaren zu ermöglichen, eine Nacht miteinander zu verbringen, stößt auf geteilte Meinungen. Ein Mitarbeiter möchte diese Frage nicht beantworten, weil es ein sehr heikles Thema ist. *„Ich muss ehrlich sagen, über diese Frage traue ich mich nicht ganz darüber, weil es hat immer Vor und Nachteile, jetzt, wie soll ich sagen, in der ... da war das nicht erwünscht und dann ist eine Frau schwanger geworden und das war dann natürlich schon ein Problem, sage ich jetzt, weil dann ist natürlich gefragt worden, was passiert ist, wenn das nicht alles genau abgesichert ist, rechtlich alles, dann denke ich mir, wenn der rechtliche Status da ist, dass das erlaubt ist oder so, weil, dass man einfach von sich aus sagt, ja, das lassen wir zu, weil es hat ja nicht nur damit zu tun, ob ich persönlich, sondern ich muss ja auch schauen, ob das überhaupt möglich ist“* (Interview 8, Z. 163-170). Aus dieser Aussage, getätigt von einem Mitarbeiter mit der Ausbildung des diplomierten Behindertenpädagogen, lassen sich klar durchdachte Überlegungen herausfiltern. Es lässt sich daraus schließen, dass eine passende Ausbildung von großem Nutzen ist und dazu dient, einen Aspekt aus differenzierter Sichtweise zu betrachten.

Einigkeit herrscht über die Problematik der Verhütung, welche unbedingt abgedeckt werden muss. Einige MitarbeiterInnen sind der Meinung, dass es sehr kompliziert wäre, wenn zwei Menschen beieinander schlafen würden. Zum ersten

müssten die Medikamente mitgegeben werden, was aber sicher das größte Problem darstellt, sind die räumlichen Gegebenheiten. Es gibt nur sehr wenige Einzelzimmer, das heißt, das Pärchen könnte nicht alleine sein, was sowohl dem Pärchen selbst, als auch den MitbewohnerInnen Unannehmlichkeiten bereiten würde (vgl. Interview 4, Z. 66-69). Dennoch sollen Möglichkeiten angeboten werden, damit die KlientInnen nicht weiterhin gezwungen sind, sich Plätze in der Natur zu suchen, um alleine zu sein. Einer Mitarbeiterin ist durchaus bewusst, dass ein erhöhter Aufwand damit verbunden wäre, auf den Wunsch eines Pärchens, beieinander zu schlafen, einzugehen. Dennoch kann sie nicht verstehen, warum so ein großer Widerstand herrscht. Sie ist der Meinung, dass man dies einmal probieren könnte, weil es dann wahrscheinlich allen besser ginge. Im Falle eines Nichtfunktionierens hat man wenigstens die Erkenntnis darüber. Um die Meinung der Mitarbeiterin zu verdeutlichen, soll folgendes Zitat angebracht werden.

„Also viele scheuen das, dass sie einen gewissen Mehraufwand haben, aber in Wirklichkeit dadurch das Leben leichter machen, weil wenn ich jetzt die ganze Zeit unterbinde, dass die zwei zusammen kommen, dann sind die sicher einmal so grantig und gereizt und da gebe ich ihm doch einmal in der Woche das Zeugs mit und dann sind die zufrieden und dann rennt einfach der normale Alltag leichter, als wenn man das immer unterbindet ...“ (Interview 1, Z. 543-548).

Die Mitarbeiterin meint weiters, dass es die Angst vor Neuem ist, die Menschen davon abhält, etwas auszuprobieren. Systeme haben ihre strikten Konturen und Regeln, die es schwer machen, sich dagegen aufzulehnen. *„Ich denke, es ist einfach oft die Angst vor Neuem, ahm, und dass man da einfach neue Wege beschreitet und dass man sagt, ok probieren wir das mal, schauen wir, was rauskommt, wenns nicht funktioniert, machmas nicht mehr, aber dann haben sie eh selbst auch gesehen, dass es nicht funktioniert, und so sagst halt, ok schauen wir mal und wenn es gut geht, dann können wir es gerne noch einmal wiederholen, aber da sperren sich halt gerne welche, es scheuen halt viele, dass sie damit anfangen, weil da reibst du dich komplett auf in unserem System, im Bewusstsein der Menschen, weil es irgendwie noch nicht da ist“ (Interview 1, Z. 553-560).* Um deutlich zu machen, was die Mitarbeiterin damit meint, soll zum

Vergleich ein anderes Zitat angebracht werden. *„Nein, das geht nicht, das würde alles einfach zu viel durcheinander bringen, nein das geht nicht, am Abend da müssen alle zu einer bestimmten Zeit in den Häusern sein, sie dürfen eh relativ lange raus und ab 10 wird dann auch das Haus zugesperrt, dass niemand rausgeht, weil du bist teilweise im Nachtdienst alleine, aber auch, dass niemand reinkommt“* (Interview 4, Z. 161-165).

Stellt man beide Zitate gegenüber, so wird ersichtlich, wie unterschiedlich die Meinungen der MitarbeiterInnen sind. Das Zitat aus Interview 1 spricht klar und deutlich für erweiterte Möglichkeiten der KlientInnen und erläutert, warum viele Hürden überwunden werden müssen, bevor Änderungen vonstatten gehen. Im Zitat aus Interview 4 bringt die Interviewpartnerin zum Ausdruck, dass nichts geändert werden muss, weil ohnehin genug Freiheiten vorhanden sind. Hierbei lässt sich eine Verknüpfung zum Alter der MitarbeiterInnen herstellen. In den meisten Fällen sind jüngere Menschen veränderungsbereiter und haben keine Scheu davor, Neues auszuprobieren. Hinsichtlich der beiden Zitate wäre dies ein weiteres Beispiel.

Nach Knop und Jessen (1996:45) ist der Umgang mit Sexualität ein Balanceakt zwischen Nähe und Distanz. Fürsorgepflicht, Schutz, Förderung der Selbständigkeit und Rehabilitation der KlientInnen müssen miteinander vereinbart werden. Die Expertinnen stellen weiters fest, dass MitarbeiterInnen durch ihr verändertes berufliches Selbstverständnis mehr Nähe zu den KlientInnen zulassen. Wissen und Wahrnehmung der Individualität des Klienten/ der Klientin sowie die Einschätzung der Situation sind Voraussetzungen, um sich mit den sexuellen Wünschen und dem daraus folgenden Verhalten auseinandersetzen zu können. Die Reaktion der MitarbeiterInnen auf die Möglichkeit, eine Nacht beieinander zu verbringen, fiel sehr differenziert aus. Dazu meinen Knop und Jessen (1996:45-46), dass mithilfe eines tragfähigen Teams, in dem Konsens über die Vorgehensweise besteht, den MitarbeiterInnen die Möglichkeit gegeben wird, die eigenen Anteile in Bezug auf Sexualität zu reflektieren und bestehende Ängste abzubauen. Durch gegenseitige Unterstützung und Supervision wird die Professionalisierung gefördert und die Teamarbeit bestärkt.

Niemand der MitarbeiterInnen setzt sich dafür ein, dass räumliche Gegebenheiten

verbessert werden bzw. Alternativen geschaffen werden. An diesem Punkt soll erwähnt werden, dass obwohl sichtlich sehr konservative und klare Strukturen herrschen, es einem Pärchen ermöglicht wurde, zu heiraten und eine gemeinsame Wohnung zu bekommen, was mithilfe der folgenden Kategorie thematisiert wird. Es liegt ein Widerspruch in sich vor.

4. 5. 2. 5. ... mit einer Hochzeit

In 4. 2. 5. wurde beschrieben, dass es einem psychisch erkrankten Pärchen gewährt wurde, sich kirchlich trauen zu lassen. Die Umgangsstrategien des Personals werden in weiterer Folge dargelegt.

„Grundsätzlich schon, ja, weil jeder Mensch das Recht haben sollte, dass er das auch ausleben darf, nur weil er vielleicht nicht, es kann bei jedem von uns passieren, dass er mal so weit ist oder dass man halt, dass es einem psychisch nicht so gut geht und so und das vielleicht dann auch ein Dauerzustand ist, ich sehe den Menschen trotzdem so, wie er ist, und die Krankheit oder die Erkrankung eben was sie haben, die geistige oder psychische, die ist mehr so nebenbei ...“ (Interview 8, Z. 88-93).

Die MitarbeiterInnen der Beschäftigung des PBZ sind der Ansicht, dass, solange die rechtlichen und sozialen Umstände geregelt sind, beide KlientInnen urteilsfähig sind und sich in einem psychisch stabilen Zustand befinden, einer kirchlichen Hochzeit nichts im Wege steht. Vorausgesetzt ist, dass auch ÄrztInnen, SachwalterInnen und andere HelferInnen einverstanden sein müssen. Aufgrund der Wohnsituation und der damit rechtlich verbundenen Umstände, liegt es nicht im Bereich des Möglichen, standesamtlich zu heiraten.

4. 5. 2. 6. ... mit dem Defizit an Rückzugsmöglichkeiten

Wie obig bereits erwähnt, wird die Problematik der fehlenden Rückzugsmöglichkeiten von den MitarbeiterInnen erkannt und durchdacht. „Ob Zärtlichkeit und Sexualität in einer Einrichtung überhaupt Platz haben, ist weniger von den Bewohnern bzw. Patienten abhängig als vielmehr von der Einstellung des Personals, der „Institutionsphilosophie“, den Vorstellungen von Vorgesetzten, Angehörigen und Besuchern sowie den ungeschriebenen Gesetzen der Träger

von Einrichtungen“ (Hirsch 1996:259).

Ausgehend von diesem Zitat, sollen in 4. 5. 2. 6. Überlegungen und Vorschläge des Personals beschrieben werden.

„Aber es ist so schwierig, dass man sagt, man lässt sie nicht zusammen, weil ich denke mir, einen Versuch wäre es trotzdem immer wieder wert. Aber da sind wir wieder bei den räumlichen Gegebenheiten, weil da bräuchten wir nicht nur die Räume, die sowieso besetzt sind für die Bewohner, sondern ein zwei Doppelzimmer, für solche Fälle, wenn man sagt, das ist einmal ein Pärchen, das passt und es geht wirklich nicht, dann kann man sagen, der kommt halt wieder raus. Aber das ist natürlich wieder eine Zukunftsvision, die in den Sternen steht“ (Interview 3, Z. 318-324).

Ein anderer Lösungsvorschlag, der sich weniger mit partnerschaftlichen Beziehungen, mehr mit dem Bedürfnis nach Sexualität beschäftigt, wäre, dass Männer einmal im Monat die Chance bekommen, in ein Bordell zu fahren, um in dieser Hinsicht Befriedigung zu erlangen (vgl. Interview 8, Z. 77-80).

Eine andere Idee wäre, einen Treffpunkt, wie beispielsweise ein Kaffeehaus zu errichten, welches speziell auf das geringe Budget der KlientInnen abgestimmt ist. Der Treff sollte gemütlich sein, vielleicht mit einer Couch und Spielautomaten. Es sollte sich hierbei um einen Ort handeln, welcher zwei oder mehr Menschen die Möglichkeit gibt, sich in Ruhe zu unterhalten, ohne von professionellen HelferInnen unter Beobachtung zu stehen (vgl. Interview 4, Z. 250-255).

Den MitarbeiterInnen ist klar, dass es in punkto Zwischenmenschlichkeit noch einiges nachzuholen gibt, vor allem deswegen, weil Sexualität in Zukunft ein noch wichtigeres Thema sein wird. Immer mehr junge Menschen leiden an einer psychischen Erkrankung und gerade bei jungen Menschen ist der Trieb und Drang, seine Bedürfnisse zu stillen, enorm groß.

Auch in der Literatur spiegeln sich diese Gedanken wider. Nach Eink (1996:35-36) ist es längst überfällig, in therapeutischen Wohnheimen sowie auf Klinikstationen

Möglichkeiten des Rückzugs zu schaffen, auch um sexuelle Bedürfnisse erfüllen zu können. Eine humane Psychiatrie muss den vorherrschenden Umgang mit Sexualität, welcher momentan durch Tabuisierung, Repression und Pathologisierung gekennzeichnet ist, radikal verändern, da die menschliche Sexualität ein essentieller Bereich der Beziehungsgestaltung und persönlicher Autonomie ist. *„Da hoffe ich, dass es sich in die Richtung entwickelt, weil ich mir denke, die haben auch das Recht, und das braucht man, um das geht es ...“* (Interview 4, Z. 265-266).

Als letzte Möglichkeit, die Bedingungen zu verbessern, lässt sich der Zimmertausch herausfiltern, der aber als zu kompliziert einzuschätzen gilt.

Was sich hier deutlich erkennen lässt, ist, dass sich die MitarbeiterInnen zweifellos Gedanken bzgl. dieser Thematik machen. Es wird nicht vertuscht, dass die KlientInnen ihre Bedürfnisse stark einschränken müssen, da die Bedingungen, diese auszuleben, schlecht sind. Vonseiten der MitarbeiterInnen konnten produktive und differenzierte Möglichkeiten der Verbesserung aufgezeigt werden. Als Problem hierbei kristallisiert sich allerdings heraus, dass zu wenig getan wird, um diese umzusetzen, indem beispielsweise mit anderen HelferInnen gesprochen wird.

5. Anregungen

Die Forschung konzentriert sich einerseits auf vorhandene Möglichkeiten, die an Schizophrenie erkrankte Menschen nutzen, um ihre Bedürfnisse nach Liebe, Zuneigung und Sexualität zu zeigen, sowie auf die Befindlichkeit der in der Tagesbeschäftigung arbeitenden Professionen im Umgang mit der Thematik. Nachdem neben Kenntnissen und Fähigkeiten auch Herausforderungen und Belastungssituationen erschlossen werden konnten, stellt andererseits die Erhebung von Interventionsanregungen, stets unter Einbeziehung von Sozialarbeit, den zweiten Teil meiner Diplomarbeit dar.

5. 1. Organisieren von Fortbildungen

Wie erforscht und in Kapitel 4. 1. 3. dargestellt, hat nur eine Mitarbeiterin der befragten Personen eine themenspezifische Weiterbildungsmöglichkeit genutzt. Obwohl Einsicht darüber besteht, dass der Umgang mit Bedürfnissen nach Liebe, Zuneigung und Sexualität und der Umgang mit der Beziehungsgestaltung schizophrener Menschen eine Herausforderung darstellt und als durchaus belastend empfunden wird, werden keine diesbezüglichen Fort- oder Weiterbildungen besucht. *„Und es gibt schon Situationen, wo ich nicht weiß, wie ich jetzt reagieren soll und wenn ich das dann ein bisschen ins Lächerliche ziehe, dann, das ist einfach von mir so ein, ja“* (Interview 3, Z. 24-26).

Diese Passage macht greifbar, dass an diesem Punkt Interventionen gesetzt werden müssen. Fortbildungen zum Thema, durchgeführt von externen ProfessionistInnen, wie SozialarbeiterInnen, können Umgangsstrategien vermitteln, welche unterstützend und entlastend wirken und vorherrschende Unsicherheiten schwächen.

Essentiell ist, den MitarbeiterInnen bewusst zu machen, dass auch psychisch erkrankte Menschen Bedürfnisse haben und Partnerschaften führen möchten. Um dies zu erreichen, und vor allem auch, um Vorurteile der Gesellschaft abzubauen, gilt es, mehr Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben. Geschieht dies nicht, wird das Personal auch zukünftig nicht zahlreicher und häufiger an themenspezifischen Weiter- und Fortbildungen teilnehmen.

5. 1. 1. Identitäts-, Beziehungs- und Lustaspekt

Im Folgenden soll eine Methode erläutert werden, welche in Deutschland im Zuge der sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung verwendet wird, um ein vielschichtiges und möglichst niedrighschwelliges Herangehen an den Ausbildungsinhalt „Sexualität in der Psychiatrie“ zu ermöglichen. Passend zur Thematik soll diese als Anregung vorgestellt werden, da sie exakt auf das psychosoziale Betreuungszentrum umgelegt werden kann. Die Methode könnte im Rahmen von Fortbildungen oder Teambesprechungen, aber auch als individuelles Verfahren – ohne Gruppe – angewandt werden.

Sielert et al. (1993:15) unterscheiden zwischen dem Identitäts-, Beziehungs- und Lustaspekt von Sexualität. Sinnliche Erfahrung und Bestätigung der eigenen Person in seiner leiblichen und psychischen Einheit sind Bestandteil des Identitätsaspektes. Der Beziehungsaspekt bezieht sich auf die intime Bindung an andere Menschen und schließt Nähe und Vertrauen, Wärme und Geborgenheit mit ein. Sexualität als Leidenschaft, Ekstase und innere Kraftquelle werden anhand des Lustaspektes zusammengefasst. Inhaltliche Aspekte der Sexualität sowie eigene Haltungen und Widerstände können mithilfe dieser Differenzierung besser geklärt werden. Grundgedanke dabei ist, niedrighschwellig in die Thematik einzusteigen, um bei den TeilnehmerInnen keine lernblockierenden Ängste durch übermäßigen Selbstoffenbarungs-Zwang zu erzeugen.

Identitätsaspekt

Hierbei können verschiedene Fragen bzgl. des Erlebens des Themas Sexualität in der Arbeit erläutert werden. Wie haben mich die KlientInnen erlebt, wenn es um dieses Thema ging, was fällt mir leicht, was fällt mir schwer im Gespräch darüber und welche Erfahrungen habe ich dazu? Es geht darum, sich mit eigenen Hemmungen auseinanderzusetzen und eine Haltung zu vermitteln. Nach diesem subjektiven Zugang gilt es, den TeilnehmerInnen theoretisches Wissen über psychosexuelle Entwicklungsstufen bzw. Störungen in der sexuellen Entwicklung nahe zu bringen.

Beziehungsaspekt

Für psychisch erkrankte Menschen stellt intensive Nähe in persönlichen

Beziehungen aufgrund von traumatisch – destruktiven Erfahrungen mit Sexualität häufig eine Gefahr dar. Um als professioneller Helfer/ professionelle Helferin damit umgehen zu können, bedarf es einer gezielten Vermittlung von Fachwissen über psychosexuelle Beziehungsmuster. Auch die Beziehung zwischen KlientIn und MitarbeiterIn spielt eine wesentliche Rolle. Es liegt durchaus im Bereich des Möglichen, dass sich ein Klient/ eine Klientin in einen Mitarbeiter/ eine Mitarbeiterin verliebt. Dadurch stellt sich die Frage, welche Gefühle dadurch in mir ausgelöst werden und wie ich in solchen Situationen adäquat reagieren kann.

Lustaspekt

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, ein Verständnis für die Bedingungen und Folgen des Auslebens bzw. Nicht – Auslebens sexueller Lust zu schaffen, mit besonderem Hinblick auf die Bedingungen des Lebens in Langzeiteinrichtungen. Aufgrund von psychischen (krankheitsbedingt), räumlich – institutionellen (klinikbedingt) oder physiologischen (Nebenwirkungen von Psychopharmaka) Gründen sind Menschen in ihrem Lustleben sehr stark eingeschränkt. Um professionell arbeiten zu können, sollten sich MitarbeiterInnen damit beschäftigen, wie es den KlientInnen dabei bzw. damit geht und welche Formen der Ersatzbefriedigung gewählt werden, um unter derart eingeschränkten Bedingungen trotzdem sexuelle Befriedigung erlangen zu können (vgl. Lütgen 1996:111-112).

„Idealziel ist eine ganzheitliche Wahrnehmung meines Gegenübers: nur wenn ich mir als Professionelle/r für mich verdeutliche, wie Identitäts-, Beziehungs- und Lustaspekt zum Selbstverständnis des geschlechtlich erlebenden und handelnden Menschen beitragen, gewinne ich eine Handlungsbasis für die Arbeit mit Menschen, die ihre Sexualität in einer Institution ausleben (müssen)“ (Lütgen 1996:113).

5. 1. 2. Aufklärungsarbeit

Fortbildungen erscheinen mir ein passender Rahmen für Aufklärungsarbeit zu sein. Dabei sollten im Mittelpunkt die Bedürfnisse des schizophrenen Menschen stehen, mit besonderem Augenmerk auf intime Bedürfnisse, welche sich unter anderem in der Beziehungsgestaltung zeigen können. Das Personal soll darauf

aufmerksam gemacht werden, dass jeder Mensch, obgleich psychisch krank oder psychisch gesund, sexuelle Bedürfnisse hat und diese zum Ausdruck bringen möchte. Aufklärung soll vor allem darüber geleistet werden, wie sich KlientInnen in betreuenden Einrichtungen fühlen, wenn Befriedigung aufgrund von fehlender Intim- und Privatsphäre nicht erlangt werden kann. Auf diesem Weg ist es möglich, die Akzeptanz und die Wertschätzung der MitarbeiterInnen zu erhöhen.

5. 2. Öffentlichkeitsarbeit

Wie obig erwähnt, ist Öffentlichkeitsarbeit ein ausschlaggebender Faktor für die Weiterentwicklung des Umgangs mit der Materie. Meine Forschung hat ergeben, dass obwohl Verständnis und Offenheit steigen, Tabuisierungen noch längst nicht abgeschafft sind. Konsequenzen des Nicht – Thematisierens und Verschweigens sind Stigmatisierungen und Vorurteile. Mithilfe von Tagungen, Seminaren, Zeitungsartikeln und Vorträgen können Bewusstheit geschaffen und vorhandene Barrieren überwunden werden. Seminare oder Vorträge beispielsweise könnten wiederum durch externe ProfessionistInnen, wie SozialarbeiterInnen, durchgeführt werden, aber auch durch das Personal selbst. Der Mitarbeiter/Die Mitarbeiterin macht Erfahrungen, welche für andere professionelle HelferInnen unterstützend und hilfreich sein könnten. Erfahrungsaustausch ist jedoch nicht nur im Rahmen von „öffentlichen“ Veranstaltungen möglich. Eine weitere, meinem Erachten nach sehr empfehlenswerte Möglichkeit, stellt die der Supervision dar.

5. 3. Organisieren von Supervisionen

Mit psychisch erkrankten Menschen zu arbeiten, ist zweifellos eine herausfordernde und schwierige Tätigkeit. Belastungssituationen mit anderen MitarbeiterInnen zu besprechen wirkt entlastend und für die Befindlichkeit des weiteren Umgangs damit anregend. „Supervision ist die systematische Aufarbeitung psychodynamischer Prozesse des Teams und seiner Arbeit unter Leitung eines externen Supervisors. Sie sollte eine Gelegenheit sein, bei der man sich über die eigene Wirkweise klar werden kann, auch über die Wirkung der Institution, auch über die Wirkung einer gesellschaftlichen oder ökonomischen Bedingung“ (Dörner et al. 2002:51). Das Personal der Tagesbeschäftigung des PBZ hat nicht die Möglichkeit, Supervision in Anspruch zu nehmen. Meinem Erachten nach wäre dies eine Chance, Unsicherheiten zu beseitigen und

gemeinsam mit anderen im Feld Tätigen Situationen zu besprechen, in denen Bedürfnisse geäußert wurden und möglicherweise nicht adäquat darauf reagiert werden konnte. Umgangsstrategien anderer Menschen können, soweit sie individuell als passend erlebt werden, als Bereicherung dienen. Sozialarbeit könnte dabei die Aufgabe haben, das Personal von der Wichtigkeit der Supervision zu überzeugen und diese in weiterer Folge zu organisieren.

5. 4. Konfliktregelung

Die Meinungen der MitarbeiterInnen, inwieweit KlientInnen ihre Bedürfnisse ausleben dürfen, erwiesen sich als sehr unterschiedlich. Vor allem in Hinblick auf das Nächtigen beim Partner/ bei der Partnerin gab es eine Spaltung. In Kapitel 4. 2. 5. wurde der Fall eines Liebespärchens dargestellt, welchem eine Hochzeit ermöglicht wurde. „ ... wir sind schon von den meisten Kollegen ein wenig belächelt worden und wir haben aber gesagt, warum, man tut niemandem weh damit ...“ (Interview 3, Z. 150-151). Bei Meinungsverschiedenheiten aufgrund differenzierter Norm- und Wertvorstellungen ist vonnöten, dass in offenem Kontext darüber gesprochen wird, um Missverständnissen und Unklarheiten vorzubeugen. Geschieht dies nicht, herrscht möglicherweise Unverständnis über die Meinung des anderen/ der anderen vor, was sich zuspitzen und in einem Konflikt ausarten könnte. Damit die Arbeit mit dem Klienten/ der Klientin professionell und qualitativ wertvoll bleibt, gilt es, Konflikte zu regeln. An dieser Stelle könnte die Sozialarbeit einen wesentlichen Beitrag leisten.

5. 5. Verbesserung der räumlichen Strukturen

Eine Problematik, welche sich durch die gesamte Forschung zog, stellt der Mangel an Rückzugsmöglichkeiten zum Austausch von Intimitäten dar. Nur sehr wenige KlientInnen genießen den Vorteil eines Einzelzimmers. Meist müssen sich diese zu zweit bis zu viert ein Zimmer teilen. Obwohl erste Schritte zur Verbesserung der Situation durchgeführt werden, sind die Bedingungen, eine Beziehung zu führen und intime Zärtlichkeiten auszutauschen, lange noch nicht optimal. Auch hier könnte Sozialarbeit ansetzen und Möglichkeiten organisieren, welche zum Schutz der Privatsphäre der KlientInnen beitragen. Sozialarbeit könnte beispielsweise in die Wege leiten, dass, wenn möglich, Zimmer durch einen Vorhang, ein großes Regal oder durch eine Mauer getrennt und somit in eigene,

persönlichere Bereiche eingeteilt werden. Die Wichtigkeit, dass auch schizophrene Menschen sexuelle Bedürfnisse, obgleich im Rahmen von Partnerschaften oder in einem anderen Kontext, haben und ein Recht besitzen, diese auszuleben, soll und kann durch Sozialarbeit nochmals aufgezeigt werden. „Das Recht auf sexuelle Gleichwertigkeit: Dies verlangt Freiheit von allen Formen der Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, Geschlechtsrolle, sexuelle Orientierung, Alter, Rasse, sozialer Schicht, Religion oder körperlicher und seelischer Behinderung“ (Gindorf 1971).

5. 5. 1. Mitbestimmungsmöglichkeiten der KlientInnen

Sozialarbeit hat die Aufgabe „Menschen zu befähigen, ihre Bedürfnisse so weit wie möglich aus eigener Kraft, d. h. dank geförderten und geforderten Lernprozessen zu befriedigen“ und andererseits „darauf hinzuarbeiten, dass menschenverachtende soziale Regeln und Werte – kurz, dass behindernde Machtstrukturen in begrenzende Machtstrukturen transformiert werden – so weit sie der Sozialen Arbeit zugänglich sind“ (Staub-Bernasconi 2002:254, zit. n.: Spiegel 2006:28). Auf die Problematik der räumlichen Strukturen umgelegt, bedeutet dies, dass SozialarbeiterInnen gemeinsam mit den KlientInnen Möglichkeiten der Verbesserung erarbeiten. Mittels Erfragung der Wünsche, Vorschläge und Überlegungen werden die KlientInnen miteinbezogen, wodurch wiederum neue Ideen geboren werden. Nur wenn jeder einzelne/ jede einzelne seinen/ ihren Beitrag leistet, können optimale Ergebnisse erzielt werden.

5. 6. Soziale Einzelfallhilfe

Wie in der Einleitung beschrieben, wurde ich auf die Thematik der Diplomarbeit im Zuge meines Langzeitpraktikums 2006 aufmerksam. Ein Großteil der KlientInnen beklagte sich über die Erschwernis, einen Partner/ eine Partnerin zu finden. Auch innerhalb des Forschungspraktikums 2008 machte ich diese Erfahrung. Schizophrene Menschen leiden sehr unter der Zurückweisung anderer und sehnen sich, vergleichbar mit psychisch gesunden Menschen, ebenso nach Liebe, Zuneigung und Sexualität. Soziale Einzelfallhilfe wäre in mehrererlei Hinsicht wünschenswert. Sie könnte eingesetzt werden, um KlientInnen darin zu stärken, ihre Erkrankung anzunehmen und ihnen zu helfen, adäquat mit Zurückweisungen umzugehen. In einem psychiatrischen Heim zu wohnen, wo keinerlei

Möglichkeiten vorhanden sind, um sich zurückzuziehen, stellt eine enorme Belastung dar. Einzelfallhilfe könnte hier einen wertvollen Beitrag leisten, indem Umgangsstrategien erarbeitet werden. Beim Führen von Beziehungen, welche häufig durch den individuellen Krankheitsverlauf charakterisiert sind, könnte sie ebenso als unterstützender Faktor dienen. Ersichtlich wird, dass diese Methode der Sozialarbeit vielfältig eingesetzt werden kann.

6. Resümee

Im Folgenden sollen, basierend auf den Forschungsergebnissen, die Resultate in Hinblick auf die forschungsleitenden Fragen zusammenfassend dargestellt werden. Die Diplomarbeit diskutiert im Allgemeinen Bedürfnisse von an Schizophrenie erkrankten Menschen nach Liebe, Zuneigung und Sexualität sowie den diesbezüglichen Umgang des Personals am Beispiel des psychosozialen Betreuungszentrums Mauer. Nachdem Forschungsfragen, Zielsetzung und Vorgehensweise im ersten Kapitel genau erläutert wurden, setzte sich das zweite Kapitel aus einer Beschreibung des psychosozialen Betreuungszentrums, mit Fokus auf den Bereich der Tagesbeschäftigung, zusammen. Um die Verständlichkeit der Arbeit zu fördern, wurde in weiterer Folge die Erkrankung der Schizophrenie ausführlich erklärt. Kapitel 3 widmete sich den Ergebnissen der problemzentrierten, leitfadengestützten Interviews sowie der teilnehmenden Beobachtungen. Es geschah eine permanente Annäherung an die empirischen Forschungsergebnisse durch durchgängige Untermauerung von literarischen Erkenntnissen und Beiträgen. Es wurde festgestellt, dass schizophrene KlientInnen ihre Bedürfnisse anhand von Körperkontakt und Intimitäten, verbaler Kommunikation, mittels des Suchens nach Nähe und des Führens von Beziehungen ausdrücken. Ein Pärchen wählte sogar die Form der Trauung. In Hinblick auf zwischenmenschliche Beziehungen konnten Art und Problematiken erörtert werden. Deutlich wurde, dass ein enormer Mangel an Rückzugsmöglichkeiten vorherrschend ist. Die KlientInnen haben nahezu keine Möglichkeiten, um intime Zärtlichkeiten auszutauschen, wodurch das Führen von Partnerschaften zur belastenden Herausforderung wird. Im Kontrast dazu konnten auch einige wenige beziehungsfördernde Maßnahmen gezeigt werden. Diskutiert wurde, ob Tabuisierungen vonseiten des Personals, der KlientInnen, sowie der Gesellschaft, heutzutage existent sind. Es stellte sich heraus, dass diese gesellschaftlich, wenn auch verringert, noch stark vorherrschend sind. Auch für KlientInnen mit höherem Alter zeigt sich das Äußern von Bedürfnissen als Schwierigkeit. Die interviewten Personen selbst gaben an, die Thematik nicht totzuschweigen. Um den Bereich abzurunden, wurde die Beziehung zwischen professionellem Helfer/ professioneller Helferin und Klient/ Klientin dargestellt.

Ein wesentlicher Gegenstand der Forschung belief sich auf die Umgangsstrategien des Personals mit den verschiedenen Möglichkeiten der Bedürfnisäußerung. Zu betonen gilt, dass ausnahmslos alle MitarbeiterInnen ein Grundverständnis sowohl für das Ausleben von Bedürfnissen als auch für die damit verbundenen Schwierigkeiten aufweisen. Detailliert betrachtet konnte jedoch eine Spaltung der einzelnen Meinungen wahrgenommen werden. Zu den häufigsten Strategien, mit der Thematik umzugehen, zählen der akzeptierende und der humorische Weg. Im seltensten Fall wird mit den KlientInnen ernsthaft über intime Wünsche und daraus resultierende Belastungssituationen gesprochen. Auch innerhalb des Teams erfolgt nur wenig Thematisierung, was sich unter anderem darin zeigt, dass einander keine spezifischen Weiterbildungsmöglichkeiten vorgeschlagen werden. Einigen MitarbeiterInnen ist bewusst, dass Unsicherheiten im Umgang mit der Thematik vorherrschend sind, was durch den humorischen Weg einigermaßen kompensiert werden kann. Es wurde deutlich, dass es an professionelleren und vielfältigeren Methoden mangelt.

Ausgehend davon beschäftigte sich das letzte Kapitel mit dem Versuch, Anregungen für das Personal zu erarbeiten, mit welchen die Umgangsstrategien mit Partnerschaften und dem Äußern von intimen Bedürfnissen im Allgemeinen, verbessert werden könnten. Dabei kristallisierten sich wichtige Tätigkeitsfelder der Sozialarbeit heraus. Das Organisieren von themenspezifischen Fortbildungen inklusive Aufklärungsarbeit, sowie von Supervisionen, ist ein Bereich, in dem Sozialarbeit als unterstützende Kraft agieren könnte. Anhand von Seminaren oder Vorträgen könnte die Profession einen wesentlichen Beitrag zur Öffentlichkeitsarbeit leisten. Neue Arbeitsfelder wie Konfliktregelung, Verbesserung der räumlichen Strukturen und soziale Einzelfallhilfe konnten erschlossen werden.

Anhand dieser Forschungsarbeit konnte ein Überblick zu literarischen Erkenntnissen und Beiträgen sowie zum praktischen Umgang des Personals mit der Thematik gewährleistet werden. Es wurde der Bedarf an Sozialarbeit festgestellt und aufgezeigt, welche Qualitäten Sozialarbeit in der Arbeit mit an Schizophrenie erkrankten Menschen in Bezug auf zwischenmenschliche Beziehungen, ihrer Bedürfnisse nach Liebe, Zuneigung und Sexualität mit

einhergehend, und deren Auswirkung auf den Umgang des Personals aufbringen kann.

Literatur

Angermeyer, Matthias Claus (1995): Ergebnisse der Forschung zum sozialen Netzwerk schizophrener Kranker. In: Häfner, Heinz (Hrsg.): Was ist Schizophrenie? Stuttgart, S. 171-188.

Bäumli, Josef (1994): Psychosen aus dem Schizophrenen Formenkreis, Berlin/ Heidelberg/ New York/ London/ Paris/ Tokyo/ Hong Kong/ Barcelona/ Budapest.

Beitler Hubert/ Beitler Helene (2000): Psychose und Partnerschaft, Bonn.

Bleuler, Manfred (1987): Schizophrenie als besondere Entwicklung. In: Dörner, Klaus (Hrsg.): Neue Praxis braucht neue Theorien, Gütersloh, S. 18-25.

Bosshard, Marianne/ Ebert, Ursula/ Lazarus, Horst (1999): Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie, Bonn.

Brosch, Werner (2004): Psychiatrie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und andere professionelle Helfer, 3. Auflage, Wien.

Clausen, Jens/ Dresler, Klaus-Dieter/ Eichenbrenner, Ilse (1997): Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie. Eine Einführung, 2. Auflage, Freiburg im Breisgau.

Denzin, Norman K. (1989): Studies in Symbolic Interaction. A Research Annual, o.O.

Dörner, Klaus (Hrsg.) (1987): Neue Praxis braucht neue Theorien, Gütersloh.

Dörner, Klaus et al. (2002): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie, Bonn.

Eink, Michael (1996): Kein Bett im Kornfeld Zur Sexualität psychisch Kranker in therapeutischen Institutionen. In: Herzog, Gunter/ Tergeist, Gabriele (Hrsg.): Störfall Sexualität. Intimitäten in der Psychiatrie, Bonn, S. 24-37.

Einsiedler, Gerhard (2008): Beziehung trotz Behinderung? In: Fragner, Josef (Hrsg.): Behinderte Menschen. Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten, Nr. 6, 2008, Graz, S. 10-11.

Finzen, Asmus (1995): Schizophrenie. Die Krankheit verstehen, 3. korrigierte Auflage, Bonn.

Finzen, Asmus/ Hoffmann-Richter, Ulrike (1996): Sexualität und psychische Krankheit. In: Herzog, Gunter/ Tergeist, Gabriele (Hrsg.): Störfall Sexualität. Intimitäten in der Psychiatrie, Bonn, S. 12-21.

Finzen, Asmus (2001): Schizophrenie. Die Krankheit behandeln, 1. Auflage, Bonn.

Flick, Uwe (2004): Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung, 2. Auflage, Reinbek bei Hamburg.

Fragner, Josef (Hrsg.) (2008): Behinderte Menschen. Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten, Nr. 6, 2008, Graz.

Gahleitner, Silke (2005): Halbstrukturierte Erhebungsmethoden am Beispiel problemzentrierter Interviews im Bereich klinischer Sozialarbeit. In: Gahleitner, Silke et al. (Hrsg.): Einführung in das Methodenspektrum sozialwissenschaftlicher Forschung, Uckerland, Seite 41-52.

Gahleitner, Silke et al. (2005): Einführung in das Methodenspektrum sozialwissenschaftlicher Forschung, Uckerland.

Gindorf, Rolf (1971): Erklärung der sexuellen Menschenrechte – Declaration of Sexual Rights, Deutsche Gesellschaft für Sexualwissenschaftliche Sexualforschung (DGSS), <http://www.rolf-gindorf.de/sexualrechte.htm>, am 5. 7. 2009.

Häfner, Heinz (1995): Was ist Schizophrenie? Stuttgart.

Häfner, Heinz (2005): Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt, München.

Herzog, Gunter/ Tergeist, Gabriele (Hrsg.) (1996): Störfall Sexualität. Intimitäten in der Psychiatrie, Bonn.

Hirsch, Rolf (1996): Sexualität im Alter: zwischen Lust und Tabu. In: Herzog, Gunter/ Tergeist, Gabriele (Hrsg.): Störfall Sexualität. Intimitäten in der Psychiatrie, Bonn, S. 248-261.

Hoffmann-Richter, Ulrike/ Finzen, Asmus (1996): Sexualität und psychische Krankheit. In: Herzog, Gunter/ Tergeist, Gabriele (Hrsg.): Störfall Sexualität. Intimitäten in der Psychiatrie, Bonn, S. 12-21.

Jungbauer, Johannes (2002): Partner schizophrener Patienten. Belastungslagen, Bewältigungsstrategien, Lebensentwürfe, Bonn.

Katschnig, Heinz (1989): Die andere Seite der Schizophrenie – Patienten zuhause, 3. erweiterte Auflage, München.

Katschnig, Heinz/ König, Peter (Hrsg.) (1993): Aktuelle Probleme der Schizophrenie, Band 4, Wien/ New York.

Kelle, Udo/ Kluge, Susann (1999): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung, Opladen.

Kipp, Johannes/ Unger, Hans-Peter/ Wehmeier, Peter M. (2006): Beziehung und Psychose. Leitfaden für den verstehenden Umgang mit schizophrenen, depressiven und manischen Patienten, 2. Auflage, Gießen.

Kistner, Walter (1999): Professionelle Beziehungsgestaltung in der psychiatrischen Pflege. In: Richter, Dirk/ Sauter, Dorothea (Hrsg.): Experten für den Alltag – Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern, Bonn, S. 110-119.

Knop, Maren/ Jessen, Birgit (1996): Sexualität in der Klinik. In: Herzog, Gunter/ Tergeist, Gabriele (Hrsg.): Störfall Sexualität. Intimitäten in der Psychiatrie, Bonn, S. 38-46.

Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch, 4. Auflage, Weinheim/ Basel.

Lütjen, Reinhard (1996): Sexualität in der Sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung. In: Herzog, Gunter/ Tergeist, Gabriele (Hrsg.): Störfall Sexualität. Intimitäten in der Psychiatrie, Bonn, S. 102-113.

Lutterbeck, Josef (1999): Psychiatrische Pflege Gestern – Heute – Morgen: Zum Wandel des Berufsverständnisses. In: Richter, Dorothea/ Sauter, Dirk (Hrsg.): Experten für den Alltag – Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern, Bonn, S. 47-58.

Martin, Ernst/ Wawrinowski, Uwe (1991): Beobachtungslehre. Theorie und Praxis reflektierter Beobachtung und Beurteilung, Weinheim/ München.

Mollenhauer, Klaus/ Rittelmeyer, Christian (1977): Methoden der Erziehungswissenschaft, München.

Niedecken, Andrea (1996): Ergebnisse und Beispiele aus einer Frauenberatungsstelle. In: Herzog, Gunter/Tergeist, Gabriele (Hrsg.): Störfall Sexualität. Intimitäten in der Psychiatrie, Bonn, S. 211-220.

Platz, Thomas (Hrsg.) (1993): Brennpunkte der Schizophrenie. Gesellschaft – Angehörige – Therapie, Wien/ New York.

Psychrembel (2004): Klinisches Wörterbuch, 260. Auflage, Berlin.

Rahn, Ewald/ Mahnkopf, Angela (2005): Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf, 3. Auflage, Bonn.

Richter, Dirk/ Sauter, Dorothea (Hrsg.) (1999): Experten für den Alltag – Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern, Bonn.

Richter, Sieglinde (2007): Sozialarbeit im ambulanten Beratungskontext. Schwierigkeiten und Herausforderungen von SozialarbeiterInnen in ihrer Arbeit mit an Schizophrenie erkrankten Menschen, Diplomarbeit an der Fachhochschule für Sozialarbeit St. Pölten.

Sauter, Dorothea (1999): Sozialpsychiatrie: Auswirkungen auf die Pflege. In: Richter, Dirk/ Sauter, Dorothea (Hrsg.): Experten für den Alltag – Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern, Bonn, S. 96-107.

Schwender, Uwe (2007): Schizophrenie, Studienarbeit im Fachbereich Medizin am Institut für Medizin, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Freie Universität Berlin.

Sielert, Uwe et al. (1993): Sexualpädagogische Materialien für die Jugendarbeit in Freizeit und Schule, Weinheim.

Spiegel, Hiltrud von (2006): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis, 2. Auflage, München/ Basel.

Staub - Bernasconi, Silvia (2002): Soziale Arbeit und soziale Probleme. Eine disziplin- und professionsgezogene Bestimmung. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch, 1. Auflage, Wiesbaden.

Thalhammer, Monika (2007): Wie wirken sich Schizophrenie-Erkrankungen auf Partnerschaftsbeziehungen aus? Ein Aufgabengebiet für die Sozialarbeit im ambulanten Psychiatrie - Bereich in Wien? Diplomarbeit an der Fachhochschule für Sozialarbeit Wien.

Thole, Werner (2002): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch, 1. Auflage, Wiesbaden.

Tölle, Rainer (1985): Psychiatrie. Kinder- und jugendpsychiatrische Bearbeitung von Reinhart Lempp, 7. Auflage, Berlin/ Heidelberg/ New York/ Tokyo.

Tölle, Rainer/ Windgassen, Klaus (2003): Psychiatrie, 15. Auflage, Berlin.

Vaughn, Christine/ Leff, Julian (1989): Umgangsstile in Familien mit schizophrenen Patienten. In: Katschnig, Heinz (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie – Patienten zuhause, 3. erweiterte Auflage, S. 181-194.

Weidner, Frank (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege, Frankfurt am Main.

Weidner, Frank (1999): Was bedeutet Professionalisierung für die Pflegeberufe? Eine Annäherung an einen strapazierten Begriff. In: Richter, Dirk/ Sauter, Dorothea (Hrsg.): Experten für den Alltag – Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern, Bonn, S. 18-38.

Weltgesundheitsorganisation (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Auflage, Bern.

Weitere Quellen

Beobachtungsprotokoll vom 18. 11. 2008.

Beobachtungsprotokoll vom 27. 11. 2008.

Beobachtungsprotokoll vom 1. 12. 2008.

Beobachtungsprotokoll vom 3. 12. 2008.

Beobachtungsprotokoll vom 4. 12. 2008.

Beobachtungsprotokoll vom 11. 12. 2008.

Beobachtungsprotokoll vom 15. 12. 2008.

Beobachtungsprotokoll vom 18. 12. 2008.

Interviewtranskription vom 3. 12. 2008.

Interviewtranskription vom 4. 12. 2008.

Interviewtranskription vom 10. 12. 2008.

Interviewtranskription vom 10. 12. 2008.

Interviewtranskription vom 11. 12. 2008.

Interviewtranskription vom 15. 12. 2008.

Interviewtranskription vom 17. 12. 2008.

Interviewtranskription vom 18. 12. 2008.

Niederösterreichische Landeskliniken Holding (2009) : LK Mostviertel Amstetten - Mauer, <http://www.mauer.lknoe.at/>, am 5. 7. 2009.

Psychosoziales Betreuungszentrum Mauer (2009a): Psychosoziales Betreuungszentrum Mauer, <http://www.betreuungszentrum-mauer.at/4701/index.html>, am 5. 7. 2009.

Psychosoziales Betreuungszentrum Mauer (2009b): Tagesbetreuung, <http://www.betreuungszentrum-mauer.at/4721/4736.html>, am 5. 7. 2009.

Psychosoziales Betreuungszentrum Mauer (2009c): Team, <http://www.betreuungszentrum-mauer.at/4701/4706.html>, am 5. 7. 2009.

Psychosoziales Betreuungszentrum Mauer (2009d): Tagesbeschäftigung,
<http://www.betreuungszentrum-mauer.at/4721/15816.html>, am 5. 7. 2009.

Psychosoziales Betreuungszentrum Mauer (2009e): Aufnahme,
<http://www.betreuungszentrum-mauer.at/4701/15806.html>, am 5. 7. 2009.

Psychosoziales Betreuungszentrum Mauer (2009f): Kosten,
<http://www.betreuungszentrum-mauer.at/4701/15811.html>, am 5. 7. 2009.

Anhang

Interview	Profession	Name	Datum	Dauer	Setting
1	Kindergarten- pädagogin	Frau A.	03.12.2008	00:57:35	Wohnung der Interview- partnerin
2	Behinderten- betreuerin	Frau B.	04.12.2008	00:17:24	Aufenthalts- raum des Personals
3	Pflegehelferin	Frau C.	10.12.2008	00:38:28	Raucher- raum
4	DGKS, Leiterin der Tages- beschäftigung	Frau D.	10.12.2008	00:25:50	Aufenthalts- raum des Personals
5	Senioren- betreuerin	Frau E.	11.12.2008	00:27:09	Strick- gruppen- raum
6	Pflegehelferin	Frau F.	15.12.2008	00:25:00	Strick- gruppen- raum
7	Behinderten- betreuer	Herr H.	17.12.2008	00:33:56	Strick- gruppen- raum
8	diplom. Behinderten- pädagoge	Herr I.	18.12.2008	00:19:48	Strick- gruppen- raum

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Melanie Buxbaum, geboren am 28. Mai 1987 in Waidhofen an der Thaya, erkläre,

1. dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

St. Pölten, am 14. 9. 2009

Melanie Buxbaum