

Michelle Schiffner

Die Chronifizierung psychischer Störungen und Interventionsmöglichkeiten der Klinischen Sozialarbeit

Michelle Schiffner

Die Chronifizierung psychischer Störungen
und Interventionsmöglichkeiten der
Klinischen Sozialarbeit



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Michelle Schiffner

**Die Chronifizierung psychischer Störungen und
Interventionsmöglichkeiten der Klinischen Sozialarbeit**

Höchberg b. Würzburg: ZKS Verlag für psychosoziale Medien

Alle Rechte vorbehalten

© 2021 Michelle Schiffner

ISBN 978-3-947502-43-1

TechnischeRedaktion: Meike Kappenstein

Lektorat: Tony Hofmann

Cover-Design: Leon Reicherts / Tony Hofmann

Layout: Hanna Hoos

Herausgeber der „Schriften zur psychosozialen Gesundheit“:

Prof. Dr. Helmut Pauls

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

Anschrift ZKS Verlag für psychosoziale Medien:

ZKS Verlag für psychosoziale Medien

Albrecht-Dürer-Str. 166

97204 Höchberg

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Begriffsbestimmung	3
2.1 Psychische Störung	3
2.2 Chronische Erkrankung	3
2.3 Chronische psychische Erkrankung	4
2.4 Schwere psychische Erkrankung	7
2.5 Behinderung	8
3 Aktueller Forschungsstand	10
4 Chronifizierung psychischer Störungen	11
4.1 Biopsychosoziale Modell	11
4.1.1 Biologische Einflüsse	12
4.1.1.1 Epigenetische Veränderungen	12
4.1.1.2 Neurotransmitter	13
4.1.1.3 Physiologische Grunderkrankungen	14
4.1.2 Psychologische Einflüsse	14
4.1.2.1 Krankheitsidentität	14
4.1.2.2 Idealisierung der Störung	16
4.1.2.3 Glaubensmuster	17
4.1.2.4 Störungsbewusstsein & fehlende biografische Integration	18
4.1.2.5 Lernverhalten & Konditionierung	19
4.1.2.6 Erlernte Hilflosigkeit	20
4.1.2.7 Krankheitsgewinn	21
4.1.3 Soziale Einflüsse	22
4.1.3.1 Leistungssystem	22
4.1.3.2 Hard-to-reach	25
4.1.3.3 Psychosoziale Stressoren	27
4.1.3.4 Verlust sozialer Beziehungen	29
4.1.3.5 Co-Abhängigkeit & Verfestigung der Krankheitsidentität	30
4.1.3.6 Stigmatisierung & Labeling	32
4.2 Chronifizierung aus systemischer Perspektive	34
5 Begünstigende Faktoren der Sozialen Arbeit	37
5.1 Krankheitsfördernde Aspekte einer professionellen Arbeitsbeziehung	37
5.2 Pathologisierung der Person	40
5.3 Krankheitsfestigende Maßnahmen	43
5.4 Stigmatisierung	47

5.5 Krankheitsmodelle & -konzepte	48
5.6 Unethisches Verhalten	49
6 Interventionsmöglichkeiten der Klinischen Sozialarbeit.....	51
6.1 Grundlagen Klinische Sozialarbeit	51
6.2 Einfluss der Grundlagen auf Chronifizierungsprozesse	52
6.3 Interventionsmöglichkeiten	54
6.3.1 Beziehungsarbeit.....	54
6.3.2 Steigerung der Selbstwirksamkeit, Handlungsfähigkeit und Autonomie	58
6.3.3 Psychoedukation	60
6.3.4 Identitätsarbeit.....	62
6.3.5 Sozio- & Sozialtherapie	65
6.3.6 Antistigma-Arbeit	67
7 Fazit	70
8 Quellenverzeichnis	72
Anhang	84

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Krankheitsfördernde Beziehungs- und Kontextaspekte.....	38
Tabelle 2: Unprofessionelle Verhaltensweisen	49
Tabelle 3: Professionelle und interpersonelle Dimensionen professioneller Beziehungen	55
Tabelle 4: Kohärenzgefühl bei Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung	59

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vergleich chronische und schwere psychische Störung	7
Abbildung 2: Prozesskomponenten der Stigmatisierung	33

1 Einleitung

Therapieresistent, Systemsprenger und Drehtürpatienten – alle diese Begriffe beschreiben Personen in der psychiatrischen Versorgung, die mit einem hohen Leistungsbedarf und Ohnmachtsgefühlen von Behandelnden assoziiert werden (vgl. Rittmannsberger/Sulzbacher/Foff et al. 2014, S.170). Oftmals handelt es sich bei diesen Personen um Menschen mit einer chronischen bzw. in der neueren Literatur mit einer schweren psychischen Störung (vgl. Kinter 2017, S.53).

In der Ein-Jahres-Prävalenz erkrankten etwa 17,8 Millionen Menschen an einer psychischen Störung (vgl. DGPPN 2018, S.10), demgegenüber stehen etwa 500.000 bis 1.000.000 Menschen in Deutschland, die von einer schweren psychischen Störung betroffen sind (vgl. Gühne/Becker/Salize et al. 2015, S.422). Eine genaue Einschätzung der Häufigkeit gestaltet sich jedoch schwierig: weder werden Menschen außerhalb der psychiatrischen Versorgung, noch werden empirische Daten über offizielle Stellen oder Verbände erfasst (vgl. ebd.). Dennoch unterscheiden sich Menschen mit einer schweren psychischen Störung deutlich durch einen komplexeren Leistungsbedarf und einem allgemein schlechteren psychosozialen Funktionsniveau (vgl. Gühne/Weinmann/Riedel-Heller 2019, S.6).

Neben einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit, einem niedrigeren sozioökonomischen Status sowie Stigmatisierungserfahrung sind Adressat*innen häufiger von Wohnungs- oder Obdachlosigkeit betroffen (vgl. Gühne/Stein/Weinmann et al. 2017, S.195). Wird die berufliche Datenlage der Adressat*innen betrachtet, werden die Exklusion und Problematiken in der Arbeitswelt deutlich. Während nur die Hälfte aller Menschen mit einer chronischen psychischen Störung einer Erwerbstätigkeit nachgeht, geschieht dies zumeist in geschützten Arbeitsbereichen wie Werkstätten für Menschen mit Behinderung (20%) oder vergleichbaren Beschäftigungsangeboten (15%). Nur etwa 15% arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt, so dass die Integration in diesem Bereich als defizitär angesehen werden kann (vgl. Gühne/Riedel-Heller 2015, S.19).

Nicht zu vernachlässigen sind auch die Kosten im Gesundheitswesen, die bei der Behandlung der Adressat*innengruppe entsteht. Allein für Menschen mit einer schizophrenen Symptomatik, die zu einem großen Teil zur Zielgruppe gehören, umfassen jährliche Ausgaben ca. 14.000-18.000€ pro Person (vgl. Gühne/Becker/Salize 2015, S.415). Andere Störungsbilder mit schwerer Ausprägung wie schwere affektive, Angst- oder Persönlichkeitsstörungen wurden bisher für ein umfassendes Bild der Versorgungskosten nicht zusammen betrachtet.

Indirekte Kosten durch Fehltage oder Erwerbsunfähigkeiten mit Rentenbezug sind von der Berechnung ebenfalls ausgeschlossen.

Obwohl die starken individuellen und strukturellen Auswirkungen der betrachteten Gruppe bekannt sind, ist die empirische Datenlage gering. Es liegt kein Konzept vor, welche Ursachen zur Chronifizierung einer psychischen Störung führen und auch Präventions- und Interventionsmodelle existieren nur vereinzelt. Aus den zu Beginn aufgeführten stigmatisierenden Beschreibungen kann gefolgert werden, dass auch Fachkräfte im Wirkungszusammenhang mit Chronifizierungsprozessen stehen. Eine ausführliche Betrachtung konnte in der Literatur jedoch nur vereinzelt gefunden werden (vgl. Beushausen 2014a).

Aus den vorgestellten Gründen soll die vorliegende Arbeit drei Fragen beantworten:

1. Wie entsteht eine chronische psychische Störung unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Modells?
2. Welche Arbeitsweisen und Haltungen begünstigen Chronifizierung?
3. Welche Interventionsmöglichkeiten lassen sich im Rahmen der Klinischen Sozialarbeit feststellen, um Chronifizierung zu vermeiden oder zu reduzieren?

Nach der Begriffsbestimmung und einer Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstands werden biologische, psychologische und soziale Aspekte betrachtet, die der Chronifizierung einer psychischen Erkrankung beitragen können. Die Identifizierung von Haltungen, Arbeitsweisen und Maßnahmen von behandelnden Fachkräften bildet den nächsten Teil der Arbeit. Basierend auf den Erkenntnissen der vorigen Kapitel werden in einem letzten Schritt Interventionsmöglichkeiten der Klinischen Sozialarbeit vorgestellt, die zur Prävention und Behandlung von Chronifizierungsprozessen Anwendung finden können.

2 Begriffsbestimmung

Der Begriff der chronischen psychischen Störung hat in den vergangenen Jahrzehnten einen starken Wandel erfahren und wird eingebettet in verschiedenen (historischen) Kontexten für unterschiedliche Personengruppen verwendet. Damit ein gemeinsames Verständnis bezüglich der in der Arbeit betrachteten Zielgruppen, Konzepten und Begriffe sowie die Vergleichbarkeit gegenüber anderen Studien und Literatur gewährleistet werden kann, ist eine Definition der wichtigsten Begrifflichkeiten sowie ein kurzer historischer Abriss notwendig.

2.1 Psychische Störung

Psychische oder auch seelische Störungen werden definiert als „abweichendes, beeinträchtigendes und dysfunktionales Muster von Gedanken, Gefühlen oder Verhalten“ (Meyers/Hoppe-Graff/Keller 2014, S.654). Diese dysfunktionalen Muster (Symptome), die unter anderem die aufgezählten Bereiche sowie die soziale Funktionsfähigkeit beeinträchtigen können, gehen dabei typischerweise mit einem Leidensdruck der Person (bzw. des Umfelds) einher (vgl. Heinz 2014, S.141).

Die *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* in der aktuellen zehnten Auflage (ICD 10) gliedert auf internationalem Level die Klassifikation für Krankheiten und Störungen. Ziel ist die Clusterbildung homogener Symptomgruppen, um Behandlungsmöglichkeiten besser koordinierbar und (interdisziplinäre) Kommunikation einheitlicher zu gestalten (vgl. Meyers/Hoppe-Graff/Keller 2014, S.659). Kritisch sollte dabei angemerkt werden, dass besonders psychische Störungen Produkt einer sozialen Konstruktion der Wirklichkeit sind und dieser Zuschreibungsprozess abhängig von kulturellen Gegebenheiten, Normen und Werten, dem aktuellen Wissensstand und Diagnoseinstrumenten wandelbar ist (vgl. ebd. S.655).

2.2 Chronische Erkrankung

Das Konzept der chronischen Erkrankung ist in der Literatur ebenfalls uneinheitlich definiert (vgl. Scheidt-Nave, 2010, S.2). Obwohl Konsens über einige als notwendig betrachtete Indikatoren zur Erfassung von chronischen Erkrankungen besteht, werden Grenzwerte und Inhalte dieser unterschiedlich ausgelegt. Scheidt-Nave betrachtet sowohl die Krankheitsdauer als auch den -verlauf sowie einhergehende Folgen als gesicherte Kategorisierungsaspekte: In der eigenen Definition muss die Störung mindestens ein Jahr bestehen, nach einer symptomfreien Latenzzeit eine anhaltende oder episodisch fortschreitende Entwicklung

durchlaufen sowie ein physiopathologisches Schädigungsmuster, eine Behinderung im Alltag oder eine kontinuierliche Nutzung des Gesundheitssystems nach sich ziehen (vgl. ebd.).

Neben der zuvor dargestellten Mindestdauer von einem Jahr, gibt die Antidiskriminierungsstelle des Bundes eine Mindestzeit von sechs Monaten an (vgl. Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2012, S.14), die wiederum von neueren Vertreter*innen auf drei Monate herabgestuft wurde (vgl. Zittlau 2019, S.69). Nicht selten wird der Aspekt der lang andauernden Erkrankung auch mit der Unheilbarkeit des Zustands und damit einer lebenslangen Dauern gleichgesetzt (vgl. Robert Koch-Institut 2012, S.1).

2.3 Chronische psychische Erkrankung

Der Begriff der „chronisch psychisch Kranken“ trat zuerst im historischen Kontext der Deinstitutionalisierung in den 1975 Jahren auf. Die Psychiatrie-Enquête, die angestoßen durch einen Forschungsbericht der Bundesregierung die Lage von Menschen mit psychischen Erkrankungen beleuchtete und neue Ziele für das Versorgungssystem umfasste, etablierte dabei eine sozialpsychiatrische Perspektive, die neben einer rein medizinischen Versorgung auch soziale Unterstützung für Adressat*innen forderte sowie den Ausbau ambulanter Begleitmaßnahmen förderte (vgl. Walther 2017, S.32). Viele zuvor langjährig in den psychiatrischen Einrichtungen untergebrachte Menschen („chronisch psychisch Kranke“) wurden über die kommenden Jahre in die dezentrale (Gemeinde-)Versorgung integriert (vgl. Brückner 2015, S.27-28). Die längerfristigen Institutionalisierungsmaßnahmen bilden in diesem historischen Kontext neben der Diagnose somit das einzige (sehr pragmatische) Kriterium für eine Einstufung als chronisch krank.

Eine weitere Gruppe, die YACP („Young Adult Chronic Patient“, bzw. in Deutschland benannten „neue Chroniker“, „Drehtür-Patienten“ oder „Systemsprenger“), wurde dabei oftmals von den eingerichteten Hilfsangeboten nicht erreicht, nicht selten mit der Zuschreibung, dass dies an der passiven, demotivierten Haltung der Adressat*innen liege (vgl. Hopfenmüller 2015, S.91-92).

Nachdem das Kriterium der Langzeitunterbringung nicht mehr zur Einstufung von Chronizität genutzt werden konnte und Forderungen nach einer wissenschaftsbasierten Begriffsbestimmung für bessere Hilfsangebote auftraten, beschäftigten sich verschiedene Autor*innen mit einer neuen Eingrenzung für andauernde psychische Störungen: ein Konzeptpapier

verdeutlicht dabei die zu dieser Zeit meistdiskutierten Kriterien von *diagnosis* (Diagnose), *duration* (Dauer) und *disability* (Beeinträchtigung/Behinderung) (vgl. Bachrach 1988, S.384).

Innerhalb dieser Kategorien wurden verschiedene Standpunkte benannt, beispielsweise dass nur bestimmte Störungsbilder für chronische Erkrankungen relevant sind (z.B. nur psychotische Störungen) oder wie lange die Störung bereits bestehen muss. Auch die Problematisierung durch die episodische Natur mancher Störungen wurde erläutert (vgl. ebd. S. 383-384). Das zuvor genutzt Kriterium der (mehrfachen oder andauernden) Hospitalisierung wurde als nicht ausreichend angesehen, besonders, da Betroffene zwar Bedarf an Leistungen haben, oftmals jedoch aufgrund von Stigma, Scham oder sozioökonomischen Gründen keine Behandlung wahrnehmen würden (vgl. Bachrach 1988, S.385, 387).

Nahezu alle diese Aspekte lassen sich auch in der Literatur der vergangenen Jahre wiederfinden (vgl. von Peter 2010, S.22). Exemplarisch kann Hinrichs (2019) benannt werden, der Störungen ab einer zweijährige Mindestsymptombdauer als chronifiziert betrachtet, allerdings zu bedenken gibt, dass damit 60% aller Menschen mit psychischer Störung in Deutschland dieser Kategorie zuzuordnen wären, ohne dass eine empirisch belegbare relevante Differenzierung für Behandlungsmaßnahmen vorläge (vgl. ebd. S.27).

Ein weiteres Konzept im Rahmen der aktuellen Gesetzgebung operationalisiert nicht die Häufigkeit oder Dauer stationärer Aufenthalte, sondern die der wahrgenommenen ärztlichen Behandlung. Das Sozialgesetzbuch V erwähnt in verschiedenen Paragraphen Menschen mit chronischen Erkrankungen, so beispielsweise §2a SGB V („Leistungen an behinderte und chronisch kranke Menschen“) oder im Rahmen des §61 SGB V („Belastungsgrenze“). Ersterer legt die Berücksichtigung der Belange der Gruppe der chronisch Kranken fest, während §61 SGB V eine teilweise Befreiung für chronisch Kranke bezüglich der gesetzlich geregelten Zuzahlungen für Leistungen der Krankenkasse ermöglicht. Eine gesetzliche Definition liegt allerdings nicht vor, jedoch wird unter Verweis auf die Chroniker-Richtlinie (§2 Abs. 2) eine *schwerwiegende* chronische Erkrankung festgestellt, wer über wenigstens ein Jahr einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde und entweder (a) einen Pflegegrad von 3,4 oder 5 nach §15 SGB XI, (b) einen Grad der Behinderung von mindestens 60 oder (c) eine kontinuierliche medizinische Versorgung benötigt, ohne die eine Verschlechterung, eine Verhinderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität eintreten würde.

Bereits hier soll darauf verwiesen werden, dass eine solche Definition besonders für Adressat*innen der Sozialen Arbeit nur geringe Praktikabilität aufweist. Die Inanspruchnahme von (regelmäßigen) Versorgungsleistungen sind an den sozioökonomischen Status und eine Mitgliedschaft in der Krankenkasse gebunden, die z.B. aufgrund von Wohnungslosigkeit, die bei Menschen mit psychischen Störungen deutlich erhöht ist, nicht zwingend gegeben ist (vgl. DGPPN 2018, S.20). Stigmatisierung oder Schamgefühle können ebenfalls dazu beitragen, eine auftretende Störung nicht behandeln zu lassen (vgl. Gühne/Weinmann/Riedel-Heller et al. 2019, S.60).

Wird rein die Dauer einer Erkrankung als Einstufungsmerkmal genutzt, ergeben sich auch daraus definitorische Schwierigkeiten: zunächst wird dadurch der Eindruck erweckt, dass Anfang und Ende einer psychischen Störung genau definierbar sind und in der Intensität der Symptomatik gleichbleiben obwohl Krankheit und Gesundheit ein Kontinuum darstellt (vgl. Hehlmann 2018, S.56). Weitergehende Problematiken, wie etwa die Frage, ob ein Mensch mit einer Suchterkrankung, der seit mehreren Monaten oder Jahren konsumfrei lebt, nach wie vor eine chronische psychische Krankheit betroffen ist, treten ebenfalls auf. Ähnliches gilt bei Persönlichkeitsstörungen, die zur Diagnose „tief verwurzelte, *anhaltende* Verhaltensmuster“ (ICD-10 F6) verlangen. Somit wäre davon auszugehen, dass jede Persönlichkeitsstörung aufgrund der Dauer auch chronisch wäre. Aktuelle Forschungsarbeiten identifizieren bei bereits erkrankten Adressat*innen jedoch Risikofaktoren der Chronifizierung, die einen nicht-chronifizierten Verlauf implizieren (vgl. Ghinea/Edinger/Kaess 2018; vgl. Bohus 2018, S.479, 491).

Bei Beachtung dieser Aspekte wird deutlich, dass eine chronische psychische Störung nicht nur über einzelne Merkmale (Diagnose, Dauer) definiert werden kann. Von einer konstruktivistischen Perspektive ausgehend wird weiterhin kritisiert, dass der Zustand einer „Chronifizierung“ eine Zuschreibung von außen ist, die eine starre, nicht veränderbare Gegebenheit kennzeichnet, die in Wirklichkeit jedoch veränderbar und inkonsistent (vgl. dazu Kap. 4.2) ist. Die Assoziation des Begriffs „chronisch“ mit lebenslangen Krankheitszuständen und Leid, das nicht heilbar oder zumindest verbesserungsfähig ist, kann als sich selbst erfüllende Prophezeiung mit fatalen Konsequenzen auf die Genesung wirken (vgl. Beushausen 2013b, S.120-121).

2.4 Schwere psychische Erkrankung

Als Reaktion auf die zuvor dargestellte Kritik entstand im englischsprachigen Raum zunächst das Konzept der *severe/serious and persistent mental illness*, wobei sich der Begriff *severe mental illness* etablierte (vgl. Kinter 2017, S.2-3). Mit der neuen Terminologie soll besonders (Selbst)Stigmatisierung entgegengewirkt werden und der absolute Charakter des Chronizitäts-Konzepts, die Lebenslänglichkeit bzw. Unheilbarkeit der Erkrankung gehemmt werden (vgl. Bister 2018, S.38-39). In Deutschland findet das Konzept unter dem Begriff der *schweren psychischen Erkrankung* Anwendung. Die in der *S3-Leitlinie Psycho-soziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen* genutzten Indikatoren lassen sich nahezu parallel zum oben beschriebenen Konzeptpapier nach Bachrach (1988) aufstellen (Abb.1).

Anstelle die Definition auf bestimmte Diagnosegruppen zu beschränken, werden alle psychischen Störungen miteinbezogen, solange sie die weiteren aufgelisteten Kriterien erfüllen. Die Minstdauer der Erkrankung wurde auf zwei Jahre festgesetzt, dabei muss die betroffene Person jedoch entweder seit zwei Jahren Krankheitssymptome aufweisen *oder* in Behandlung sein. Weiterhin müssen die Symptome „die Aktivitäten des täglichen Lebens und das soziale Funktionsniveau“ erheblich beeinflussen (Beeinträchtigung). Die vermehrte Inanspruchnahme des Versorgungssystems ist ein optionales Kriterium, das für eine schwere psychische Erkrankung nicht zwingend erfüllt sein muss (vgl. Gühne/Weinmann/Riedel-Heller 2019, S.7-8).

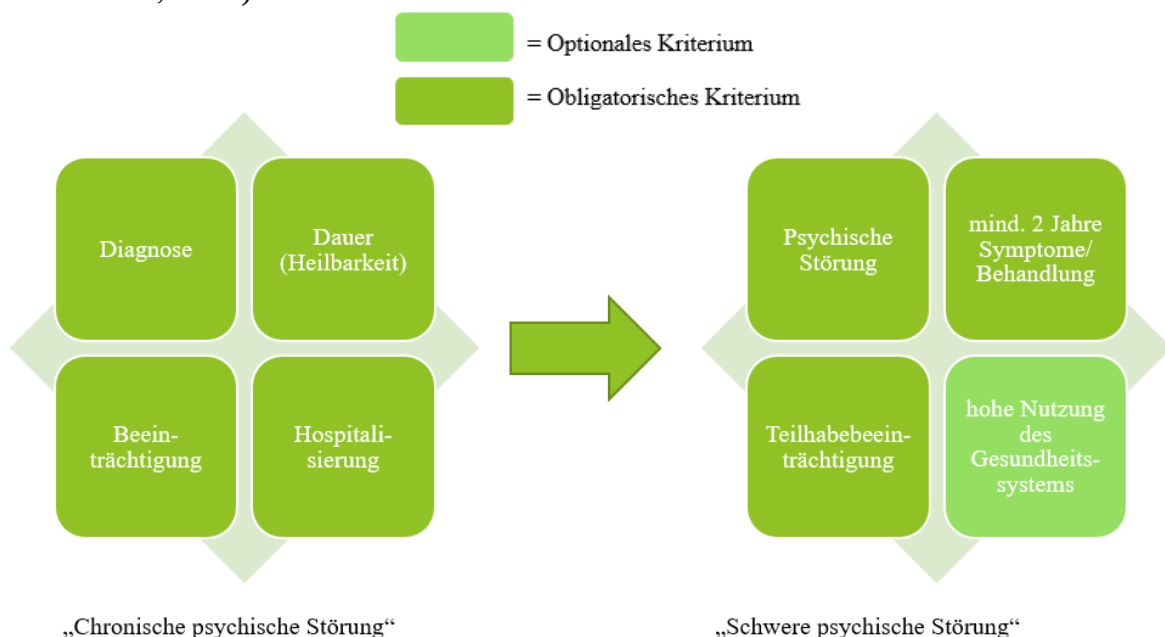


Abbildung 1: Vergleich chronische und schwere psychische Störung (eigene Darstellung basierend auf Gühne/Weinmann/Riedel-Heller 2019, S.7-8 & Bachrach 1988, S.384)

Obwohl mit dieser Veränderung nicht allen Kritikpunkten entgegengewirkt wird, können stigmatisierende Wirkungen des Begriffs „chronisch“ reduziert werden. Der Ausdruck „chronischen psychische Störung/Erkrankung“ wird in dieser Arbeit weiterhin synonym zu dem vorgestellten Begriff der schweren psychischen Erkrankung genutzt und impliziert dabei die vier vorgestellten Indikatoren der S-3 Leitlinie.

2.5 Behinderung

Eine letzte Abgrenzung soll hier zum Behinderungsbegriff vorgenommen werden. Eine solche liegt nach §2 Abs. 1 SGB IX vor, wenn eine Beeinträchtigung im Zusammenhang mit einstellungs- oder umweltbedingten Faktoren für länger als sechs Monate einen Menschen in seiner Teilhabe eingeschränkt. Dabei kann es sich sowohl um eine körperliche als auch um eine seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigung handeln, solange diese vom typischen Zustand des Lebensalters abweicht (§ 2 Abs. 2 SGB IX).

Die Behinderung entsteht nach dieser Definition nicht durch die Störung oder Erkrankung selbst, sondern durch die Wechselwirkung mit soziale Barrieren - sowohl bezogen auf strukturell-materielle Kontextfaktoren (z.B. fehlende barrierefreie Zugänge) als auch auf fehlende oder feindliche Kommunikationsstrukturen und vorurteilsbehafteten Haltungen. Die Aktivitäten und Partizipation des betroffenen Menschen werden erst durch den Einfluss der Umwelt erschwert oder verhindert (vgl. Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland 2016, S.227; vgl. Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2012, S.64-65).

Die Relation zwischen chronischen/schweren psychischen Erkrankung und Behinderung ist je nach Definition unterschiedlich. Wird die Begriffsbestimmung im Rahmen des Sozialgesetzbuches betrachtet, ist der Hauptunterschied beider Konzepte die Teilhabeorientierung des Behinderungsbegriffs, die bei der chronischen Erkrankung keine Erwähnung findet. Auch nach Scheidt-Nave (2010) ist die Teilhabebeeinträchtigung nur ein möglicher Aspekt der Krankheitsfolgen, der zur Diagnostik herangezogen werden kann, aber nicht muss (vgl. ebd. S.2).

Bei schweren psychischen Erkrankung, wird der Aspekt der Teilhabe im Rahmen des sozialen Funktionsniveaus und der Teilnahme an Aktivitäten des alltäglichen Lebens miteinbezogen (vgl. vgl. Gühne/Weinmann/Riedel-heller 2019, S.7-8). Eine Fokussierung auf die Wechselwirkung zwischen strukturellen und einstellungsbezogenen Faktoren wird gegenüber §2 Abs. 1 SGB IX nicht explizit benannt. Unterschiede bestehen weiterhin in der Dauer

(sechs Monate vs. zwei Jahre) und in der Nutzungsfrequenz der Versorgungsleistungen, die für die Feststellung einer Behinderung unerheblich ist.

Alle drei Konzepte benötigen eine Erkrankung über einen bestimmten Zeitraum, auch wenn dieser nach den Definitionen abweicht. Einschränkungen der Teilhabe werden sowohl im Rahmen des Behinderungsbegriffs als auch der schweren psychischen Erkrankung betrachtet, die in der Betrachtung des chronischen Krankheitskonzepts nicht auftritt. Chronische und schwere Erkrankungen können, müssen somit aber keine Behinderung sein.

3 Aktueller Forschungsstand

Bereits in der Einleitung wurden Prävalenzen, Behandlungskosten und die fehlende Integration der Adressat*innen auf dem Arbeitsmarkt angesprochen. Auch in anderen Bereichen lassen sich jedoch Einschränkungen feststellen.

Eine repräsentative schweizerische Studie unter 15.765 Befragten ergab, dass die betrachteten Adressat*innen der Stichprobe unter einer deutlich größeren sozialen Exklusion litten. Sie waren 15x wahrscheinlicher in keinem Arbeitsverhältnis zu stehen, 4x wahrscheinlicher, allein zu leben, keine sozialen Veranstaltungen zu besuchen und nahezu 18x wahrscheinlicher, sich einsam zu fühlen. Einschränkungen im alltäglichen Leben wird gegenüber der Allgemeinbevölkerung etwa 32x häufiger angegeben (vgl. Richter/Hoffmann 2019, S.431).

Gegenüber der allgemeinen Bevölkerung haben Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung und weiblichen Geschlechts weiterhin ein deutlich erhöhtes Risiko, von intimer Partnergewalt oder sexualisierter Gewalt betroffen zu sein (OR: 6, 95% CI 3.3–10.9, $p < 0.001$) (vgl. Khalifeh/Moran/Borschmann et al. 2015, S.880).

In den S3-Leitlinien zu psychosozialen Therapien wird aufgeführt, dass Adressat*innen eine dreifach höhere Verschuldungsrate aufweisen, oftmals von somatischen Erkrankungen mitbetroffen sind und gegenüber nicht Betroffenen eine höhere Mortalitätsrate festgestellt wurde (vgl. Gühne/Weinmann/Riedel-Heller 2019, S.34). Weiterhin konnte in den letzten Jahren eine Veränderung der starken Stigmatisierung der Zielgruppe nicht erreicht werden, in unterschiedlichen Bereichen (z.B. schizophrene Störungen) lassen sich sogar gegenteilige Entwicklungen feststellen, wodurch bereits einer Relevanz für die Soziale Arbeit deutlich wird (vgl. ebd. S.60).

Zur Behandlung werden nach der S3-Leitlinie multiprofessionelle Behandlungsteams empfohlen, die eine therapeutisch-ärztliche sowie psychosoziale Hilfe integrieren. Somatische Komorbiditäten und psychotherapeutische Hilfen orientierten sich dabei an dem individuellen Störungsbild, während die Wiederherstellung des psychosozialen Funktionsniveaus Aufgabe von Sozialarbeitenden sein kann. Hierzu werden in den bereits genannten Leitlinien neben der Vermittlung von Selbsthilfe, auch milieutherapeutische Maßnahmen in der Kombination mit beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen, dem Training Alltags- und sozialer Kompetenzen, ergo-, kunst- und bewegungstherapeutischen Interventionen empfohlen, die durch gesundheitsfördernde Maßnahmen unterstützt werden sollen (vgl. ebd. S.36-43).

4 Chronifizierung psychischer Störungen

Das folgende Kapitel stellt eine Übersicht über die Einflussfaktoren der Chronifizierung psychischer Störungen dar. Dabei bildet nach einer theoretischen Einführung das biopsychosoziale Modell die Strukturierungsgrundlage der zu betrachtenden Indikatoren, da besonders die Klinische Sozialarbeit nach einem bio-psycho-sozialen Verständnis arbeitet, die die Wechselwirkung der Ebenen in die Planung und Behandlung miteinbezieht. In einem zweiten Schritt soll zudem die systemische Perspektive beleuchtet werden, die eine konstruktivistisch-interaktionelle Betrachtung und positive Aspekte der Chronifizierung aufführt, welche die Grundlage für weitere Interventionen bilden können.

4.1 Biopsychosoziale Modell

Es existieren verschiedene Modelle, die das Konzept der Krankheit und das der Krankheitsentstehung erklären. Das biomedizinische Modell herrscht noch heute in der Medizin vor: Erkrankungen und psychische Störungen können demnach auf spezifische (neuro)physiologische Schädigungen oder Veränderungen der Körperstrukturen zurückgeführt werden. Durch die Verwendung von Tests und Grenzwerten können Behandelnde unabhängig der Wahrnehmung der Adressat*innen oder kultureller Einflüsse den Zustand einer Krankheit feststellen (vgl. Pauls 2013, S.95). Während das subjektive Befinden ebenso wie das soziale Umfeld als mögliche Einflussfaktoren ausgeklammert werden, integriert das weiterentwickelte biopsychosoziale Modell nicht nur die direkte Auswirkung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren, sondern auch eine (kontinuierliche) Wechselwirkung zwischen den Ebenen (vgl. Sommerfeld/Dällenbach/Rüegger et al. 2016, S.86-87).

Unter *biologischen* Aspekten können beispielsweise genetische Einflüsse, Ungleichgewicht von Neurotransmittern oder Körperstrukturschädigungen zusammengefasst werden. Die Selbsteinschätzung als krank, die kognitive-emotionale Verarbeitung sowie der Lebensstil der betroffenen Person können als Beispiel für *psychologische* Merkmale betrachtet werden. Ergänzend muss diese intrapersonelle Sichtweise in interpersonelle Zusammenhänge gebracht werden. *Soziale* Faktoren können sowohl im mikrosoziologischen Umfeld (soziale Isolation, geringer sozioökonomischer Zustand, Stigmatisierung) als auch durch makrosoziologische Strukturen (Normen, Werte, Kultur, strukturelle Diskriminierung) schädigend oder protektiv wirken (vgl. Sommerfeld/Dällenbach/Rüegger et al. 2016, S.95-96). Aufgrund des Einflusses der verschiedenen Ebenen ist es notwendig, eine ganzheitliche Perspektive einzunehmen, die materielle, personelle und strukturelle Aspekte der Lebenswelt der

betroffenen Personen betrachtet und individuumszentriertes und lebensweltliches Handeln integriert (vgl. Clausen/Eichenbrenner, 2016, S.32-35).

Angelehnt an das Entstehungsmodell psychischer Störungen sollen Faktoren, die zur Chronifizierung ebendieser beitragen können, über die drei Ebenen dargestellt werden. Die Einflussstärke auf Adressat*innen ist individuell unterschiedlich und empirisch schwer zu belegen. Nicht zuletzt sollte darauf verwiesen werden, dass die vorgenommene Trennung der biologischen, psychologischen und sozialen Komponenten artifiziell geschaffen ist und zu einer strukturell-übersichtlicheren Aufstellung beitragen soll.

4.1.1 Biologische Einflüsse

Der Einfluss biologischer Faktoren soll in der Arbeit nur kurz beleuchtet werden, da sozialarbeiterische Interventionen nur indirekt auf diese Prozesse einwirken. Epigenetische Veränderungen erfahren in diesem Kapitel die ausführlichste Darstellung, da diese nur aufgrund einer Wechselwirkung mit dem Umfeld auftreten.

4.1.1.1 Epigenetische Veränderungen

Die Epigenetik bezeichnet den reversiblen Prozess, bei dem bestimmt wird, welche Genabschnitte der DNA aktiviert und für die Umwandlung in Proteine genutzt werden, ohne die DNA-Sequenz (die Zusammensetzung der Basenpaare) selbst zu verändern (vgl. Maier/Giegling/Rujescu 2017, S.175). Nicht alle Informationen auf einem DNA-Strang sind zu allen Zeiten aktiv und werden bei Kopiersequenzen für die Entstehung neuer Zellen herangezogen. So sind Sequenz zum Bartwuchs bei Männern zunächst inaktiv und werden erst in der Pubertät durch epigenetische Veränderungen aktiviert. Verschiedene Regulationsmechanismen verhindern oder ermöglichen dabei das Ablesen relevanter Genabschnitte (vgl. ebd.). Von diesen sollen zwei in stark verkürzter Form betrachtet werden:

Die DNA schwebt nicht losgelöst in den Zellen der Menschen, sondern ist um sogenannte Histone gewickelt, die verschiedene Abstände zueinander einnehmen. Nur mit einem ausreichenden Abstand können Enzyme die an sie gekoppelte DNA ablesen. Bei dem epigenetischen Vorgang der Histonmodifikation, vergrößert oder verkleinert sich der Abstand des Chromatins (Zusammenschluss von Histon und DNA) durch das Andocken von Methyl-, Acetyl- oder Phosphatgruppen. Je nachdem, welche Gruppe an das Chromatin angebunden ist, kann die Sequenz nicht mehr abgelesen werden, da nicht genug Platz für das Enzym ist,

das den Ableseprozess beginnen würde – der Abschnitt ist inaktiv (vgl. Nestler/Pena/Kundakovic et al. 2016, S.449; vgl. Binder 2019, S.107).

Der zweite Prozess, die DNA-Methylierung, verändert hingegen den Promoter, die Kennzeichnung dafür, wo mit dem Ablesen der DNA begonnen werden soll. An diesen wird eine Methylgruppe angeknüpft, an die ein Protein gebunden wird, welches den Ableseprozess verhindert. Dieser Abschnitt der DNA wird dadurch ebenfalls inaktiv. Durch Hydroxyl-Gruppen lässt sich diese Veränderung zurückbilden, der Abschnitt kann wieder abgelesen und für die Transkription genutzt werden (vgl. Nestler/Pena/Kundakovic et al. 2016, S.450; vgl. Binder 2019, S.107).

Mit diesen reversiblen Mechanismen reagiert der Organismus auf Umwelteinflüsse. Hungersnöte oder langanhaltender Stress prägen Personen nicht nur in ihrer psychologischen Entwicklung, sondern auch direkt durch epigenetische (biologische) Veränderungen, die die Entstehung und Chronifizierung von psychischen Störungen prägen können. Traumatischer Stress in der Kindheit beeinflusst beispielsweise Gensequenzen durch epigenetische Veränderungen, die für eine erhöhte Cortisolproduktion bekannt sind und auch Auswirkungen auf die HHN-Achse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse) wurden erforscht. Diese trägt zu einer erhöhten Vulnerabilität gegenüber Stressoren bei und kann Veränderungen des Serotoninsystems auslösen, das bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen und Suizidalität bedeutsam ist (vgl. Kupferschmid/Weber/Wüthrich 2016, S.188; vgl. Overfeld/Buss/Heim 2016, S.31).

4.1.1.2 Neurotransmitter

Im vorigen Beispiel wurde deutlich, dass epigenetische Veränderungen Einfluss auf Neurotransmitter wie Serotonin oder Noradrenalin nehmen können. Diese Neurotransmitter wirken auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von Störungen, indem die Konzentrationen im synaptischen Spalt aus dem Gleichgewicht geraten und somit Veränderungen in Emotion, Verhalten und Denken auslösen oder bestärken. Bei Depressionen sind beispielsweise vor allem Neurotransmitter wie Serotonin und Noradrenalin als Wirkfaktoren bekannt (vgl. Laux 2017, S.1716), bei schizophrenen Psychosen sind u.a. Veränderungen im Dopaminspiegel nachweisbar (vgl. Falkai/Schneider/Gerhard et al. 2017, S.234).

4.1.1.3 Physiologische Grunderkrankungen

Der Auslöser einer psychischen Erkrankung kann auch in einer geschädigten Körperphysiologie liegen. Ein bekanntes Beispiel ist die Schilddrüsenunterfunktion, die typische depressive Beschwerden wie depressive Verstimmungen, Apathie und Müdigkeit sowie Konzentrationsstörungen und eine Gewichtsveränderung auslöst. Werden diese und ähnliche Ursachen nicht ausgeschlossen oder bleiben unerkannt, verbessern sich Symptome trotz Interventionen und Maßnahmen nur geringfügig, die Störung chronifiziert (vgl. Hehrmann/Plo-ner 2005, S.71).

4.1.2 Psychologische Einflüsse

Die zweite Komponente des biopsychosozialen Modells ist die Ebene der psychologischen Einflüsse. Die Wirkung dieser Kategorie ist in der Literatur am besten zu finden, nicht zuletzt aufgrund der Erkenntnisse und Forschung im Bereich der Psychologie, Psychiatrie und vergleichbaren Wissenschaften.

4.1.2.1 Krankheitsidentität

„Identität ist das Bewusstsein, ein unverwechselbares Individuum mit einer eigenen Lebensgeschichte zu sein, in seinem Handeln eine gewisse Konsequenz zu zeigen und in der Auseinandersetzung mit Anderen eine Balance zwischen individuellen Ansprüchen und sozialen Erwartungen gefunden zu haben.“ (Abels 2017, S.200)

In Abels Definition prägen verschiedene Aspekte die Identität eines Menschen: Sowohl die Wahrnehmung des Selbst, das von seiner Biografie und als charakteristisch wahrgenommene Eigenschaften geprägt ist, als auch die sozialen Einflüsse, die normativ-kulturell durch das soziale Umfeld an die Person herangetragen werden, sind dabei unabdingbar. Beide Aspekte werden konstant und auf Grundlage neuer Eindrücke und Informationen inkorporiert, woraufhin die Identität unbewusst oder durch Reflexionsprozesse aktualisiert wird (vgl. Abels 2017, S.216).

Aspekte, die zum Selbstbild eines Menschen beitragen, können in unterschiedlichste Bereiche unterteilt werden, beginnend mit der Zugehörigkeitsempfindung zu einem biologischen oder sozialen Geschlecht, über den Familienstatus, den Beruf, persönlicher Präferenzen und Aversionen, bis hin zu Beziehungen mit anderen Menschen oder Gruppen. Die Entwicklung und Festigung einer flexiblen Identität ist notwendig, um die Existenz als eigenständiges Wesen zu erkennen, das sich von anderen Menschen unterscheidet, aber auch, um die eigene

Zugehörigkeit zu sozialen Systemen (Berufsgruppe, Familie, Sportverein) zu erkennen und zu sichern sowie sich innerhalb dieser Prozesse bewegen zu können (vgl. Gahleitner 2018, S.47). Auch eine Krankheit kann als solche die Identität und Zugehörigkeit eines Menschen beeinflussen.

Der medizinsoziologische Begriff der *Krankheitsidentität* bezeichnet die Selbstwahrnehmung, -darstellung und Anpassung der Identitäts- und Wirklichkeitskonstruktionen an die Krankheitserfahrungen (vgl. Yanos/Roe/Lysaker 2010, S.74-75; vgl. Peter/Lang/Stein et al. 2019, S.31). Die Adaption an die Störung und vor allem die Bedeutung, die Betroffene ihr selbst zu messen, haben prozesshaften Charakter und können sich über die Zeit gesundheitswie krankheitsfördernd verändern:

Im Falle einer funktionalen Verarbeitung können Adressat*innen über die psychische Erkrankung ein neues Verständnis über ihre Person und Problematiken erlangen, wodurch eine Anpassung an diese oder die Erarbeitung neuer adaptiver Bewältigungsmechanismen angestoßen werden können. Die Krankheit kann dabei durchaus ein Teil der Person sein, die die Veränderung von Lebensgewohnheiten verlangt, ersetzt dabei aber nicht andere Rollenerwartungen (vgl. Schnell 2019, S.14).

Problematisch kann die Überidentifikation mit dem erkrankten Identitätsteil sein. Symptome oder (stigmatisierende) Bewertungen, die der Störung zugrunde liegen, werden als deckungsgleich mit der eigenen Person und als nicht mehr von dieser trennbar empfunden. Dies kann einerseits mit dem tatsächlichen Verlust anderer Rollenaspekte einhergehen, möglicherweise durch den Verlust des Arbeitsplatzes oder einer Trennung innerhalb der Partnerschaft. Da die Störung konsistent ist und eine mögliche Orientierung bietet, kann dies stabilisierend auf Adressat*innen wirken. Gleichmaßen ist es möglich, dass die Krankheit andere Eigenschaften der Person „verdrängen“ und Symptome als Charaktereigenschaften übernommen werden („Ich bin depressiv“ gegenüber „Ich habe eine Depression/depressive Zustände“) (vgl. Yanos/Roe/Lysaker 2010, S.76; vgl. Schnell 2019, S.14).

Eine solche Überidentifikation kann einerseits einen entlastenden Charakter haben, da die Störung eine Erklärung für die aktuelle Lage bietet. Andererseits wird das eigene Denken, Fühlen und Handeln als durch die Störung ausgelöst und von ihr geleitet betrachtet, was bei Adressat*innen dazu führen kann, dass sie sich als passives Objekt ohne Kontrolle empfinden. Die Folgen sind vor allem Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühle, die aktives, recoveryorientiertes Handeln erschweren oder verhindern (vgl. Beushausen 2013a, S.343). Obwohl

evidenzbasierte, effektive Behandlungsmöglichkeiten genutzt werden, kann bereits dieser Glaube, die Situation nicht verändern zu können, im Rahmen einer selbsterfüllenden Prophezeiung dazu führen, dass positive Wirkung nicht mehr eintreten (vgl. Leidig 2007, S.101-102).

Die Internalisierung von negativen, verallgemeinerten Zuschreibungen über die Erkrankung (Selbststigmatisierung) lösen nicht selten Isolationstendenzen aus und stärken dysfunktionale Glaubenssätze, die auf der Störung basieren (z.B. Psychisch kranke seien schwach, Lebensziele mit der Diagnostizierung unerreichbar oder der aktuelle Zustand nicht zu verbessern). Scham und Einsamkeit reduzieren den Glauben an die eigene Handlungsfähigkeit oder eine Hoffnung auf Besserung (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S.250-251). Die betrachtete Selbststigmatisierung wurde von Schnyder/Panczak/Groth et al. (2017) in ihrer Metaanalyse als wichtiger Faktor belegt, warum Menschen mit psychischer Störung trotz Leidensdruck keine professionelle Hilfe aufsuchen und somit die Behandlung erschwert (vgl. ebd. S.264).

Überidentifikation und Selbststigmatisierung tragen also dazu bei, dass der Verlust der Störung mit dem Verlust der Identität einhergehen würde, was eine weitere Destabilisierung zur Folge hätte, sofern keine Ersatzidentität durch andere Rollenübernahmen (wieder)erlangt werden kann (vgl. Schnelle 2019, S.14).

4.1.2.2 Idealisierung der Störung

Ein weiterer Punkt, der im Zusammenhang mit der Übernahme einer negativen Krankheitsidentität betrachtet werden sollte, ist eine Romantisierung verschiedener psychischer Störungen. Während viele psychische Erkrankungen mit starken Stigmata assoziiert sind, bildet sich eine „Gegenbewegung“, die die Störungen besonders im Cyberspace als Lebensstil postuliert (vgl. Siefert 2017, S.89).

Als mögliches Beispiel für eine krankheitsbezogene Idealisierung können die sogenannten „pro-ana“ Foren genannt werden, die glorifizierende Inhalte über Essstörungen wie die Anorexia Nervosa (Magersucht, pro-ana) und Bulimia Nervosa (Ess-Brech-Sucht, pro-mia) beinhalten. Über unterschiedliche Medien wie Blog- und Social Media Seiten (v.a. Instagram, Twitter, Tumblr) animieren sich Benutzer*innen gegenseitig, essgestörtes Verhalten zu beginnen oder durchzuhalten, tauschen Ratschläge, Verheimlichungsmöglichkeiten und Bilder aus. Mitunter werden strenge Regeln oder Glaubensbekenntnisse analog zu religiösen Schriften verfasst und verbreitet (vgl. Yeshua-Katz 2015, S.1348). Neben einer krankheitsfördernden sozialen Komponente, die Zugehörigkeit und positive Anerkennung vermittelt

(vgl. Kap. 4.1.3.5), werden durch das Lesen, Mitverfassen und Befolgen dieser Inhalte auch psychologische Mechanismen angestoßen, die die Krankheitsidentität festigen und „gesunde“ Anteile verdrängen können (vgl. Kryspin-Exner/Felnhofer/Kothgassner 2011, S.177; vgl. Siefert 2017, S.91-93). Der Glaube und der Wille an eine Veränderungs- bzw. Gesundheitsmöglichkeiten wird reduziert, typische krankheitsfördernde Gedankenmuster werden gefestigt, die einen „identitätsstiftende[n] Charakter“ (Herpertz/Fichter/Herpertz-Dahlmann 2019, S.66) bieten. Auch beim Störungsbild der Depressionen lassen sich ähnliche idealisierende Zuschreibungen finden (vgl. Cruwys/Gunaseelan 2016, S.39).

Eine wichtige Grundlage für die Etablierung dieser Identität und gleichermaßen Effekte, die u.a. durch den Konsum von idealisierenden Materialien oder Meinungen gebildet werden, sind sogenannte Grundannahmen oder Schemata, die im folgenden Abschnitt genauer beleuchtet werden sollen.

4.1.2.3 Glaubensmuster

Im vorausgegangenen Abschnitt wird deutlich, dass die Bewertung der Störung und ihrer Auswirkungen eine zentrale Rolle für ihren Verlauf einnehmen. Obwohl implizit hierbei bereits Glaubensmuster vorgestellt werden, ist eine explizite Erwähnung hilfreich, um Interventionsmaßnahmen daraus abzuleiten. Sowohl katastrophisierende Haltungen (Glaube, die Störung niemals verändern können) als auch Vermeidungsverhalten (Glaube, die Störung existiert nicht) beeinflussen wie die Bereitschaft zur Hilfeannahme und Selbstwirksamkeitsgefühle (vgl. Krüger 2014, S.153-154).

Glaubensmuster oder Schemata sind emotionale, kognitive und/oder behaviorale Muster, die durch individuelle Erfahrungen als typische und wenig flexible Reaktion aktiviert werden. Sie ermöglichen ein schnelles, automatisches, dabei allerdings nicht angeborenes Handeln in komplexen Situationen. Schemata können sich sowohl auf die eigene Person als auch auf das soziale Umfeld beziehen sowie in ihrer Bewältigung adaptiv oder maladaptiv sein (vgl. Lübeck/Wälte 2018, S.178-179). Beushausen (2014) verbindet verschiedene Glaubensmuster mit der Entstehung von Chronizität, beispielsweise die Bewertung der eigenen Person nicht als ein die eigene Zukunft gestaltendes Wesen, sondern als Betrachter der Umstände ohne Handlungsfähigkeit. Nicht selten werde eine kausale Verbindung zwischen vergangenem (aversiven) Erlebten und zukünftigen Umstände abgeleitet, dessen Eintritt wiederum im Rahmen einer selbsterfüllenden Prophezeiung wahrscheinlicher werde (vgl. ebd. S.18-19). Der Glaube, nichts an seiner Situation verändern zu können, trägt letztlich dazu bei,

dass sich die Situation tatsächlich nicht verändert (vgl. Kap. 4.1.2.6). Werden psychische Störungen nach diesem Muster betrachtet, chronifizieren sie aufgrund mangelnden Glaubens an eine Besserung sowie der eigenen als nicht ausreichend betrachteten Fertigkeiten.

4.1.2.4 Störungsbewusstsein & fehlende biografische Integration

Besonders im Rahmen schizophrener Psychosen (vgl. Lüscher/Froböse/Pitschel-Walz 2012), bipolaren Erkrankungsbildern (vgl. Meyer/Bernhard 2010) oder Persönlichkeitsstörungen (vgl. Wagner/Henz/Kilian 2016, S.170) lassen sich Diskurse über fehlende Krankheitseinsicht feststellen. Dabei handelt es sich um Personen, die notwendige Symptome zur Diagnose einer psychischen Störung nach Diagnostik eines professionell Behandelnden erfüllen, eigene Verhaltens- oder Denkmuster jedoch nicht als problematisch oder krankhaft einschätzen (vgl. Gauggel 2016, S.4-5).¹ Es kommt zu einer Diskrepanz in den Bewertungsperspektiven, infolgedessen weisen Adressat*innen die Zuschreibung als betroffene Person zurück.

Dies kann sowohl ein (un)bewusster Prozess als „Abwehr“ der ggf. als scham- oder schuldbesetzten Erkrankungszuschreibung sein oder durch spezifische Krankheitssymptome ausgelöst werden, die die Wahrnehmung verändern (z.B. schizophrene Psychosen, manische Episoden) (vgl. Zittlau 2019, S.15). Ähnlich wie die starke Identifizierung mit der Störung eine Identitätsdiffusion abwenden kann, soll die bestehende Identität und der reguläre Ablauf des Lebensalltags aufrechterhalten werden. Mit der Akzeptanz der Störung und damit verbundenen Behandlungsinterventionen würden hingegen Veränderungen in der Funktionalität, der Lebenswelt und sozialen Beziehungen auftreten (vgl. Vaut 2004, S.193). Dieser Bedrohung soll durch die Negierung der Störung präventiv entgegengewirkt werden, wenngleich dies für Außenstehende eine Verlängerung der Erkrankungsdauer und Symptombeschwerden impliziert (vgl. ebd.).

Ob bewusst, unbewusst oder krankheitsbedingt kann der notwendige Schritt, die neuen Informationen und Gegebenheiten mit seinen Implikationen für das Selbst, Beziehungen oder bisherige Aufgaben zu integrieren – übergreifend die kurz- und langfristige Lebensplanung – nicht vollzogen werden. „[Die Notwendigkeit] die Krankheit in sein Leben [zu]

¹ Es gilt zu beachten, dass die Zuschreibung eines Symptomclusters (Krankheit) auch immer eine subjektive Zuschreibung der behandelnden Person und deren Auseinandersetzung mit dem aktuellen Wissensstand, der Kultur und Referenzwerten darstellt. Wird einem Menschen „fehlende Krankheitseinsicht“ zugeschrieben, wird damit grundlegend nur ausgedrückt, dass die Sichtweise der Adressat*innen nicht mit der des behandelnden Umfelds übereinstimmt – nicht das tatsächliche Bestehen einer Störung oder die Richtigkeit der Einschätzung der Fachkräfte.

integrieren, sich mit seiner Krankheit ab[zu]finden, seine Identität wiederher[zu]stellen bzw. seine Biografie neu [zu]entwerfen“ (Corbin und Strauss 1993, S.11, nach Pfeffer 2010, S.31) und an diesen Punkten eine neue Entwicklung zu durchlaufen, misslingt. Entsprechend werden keine selbstinitiierten Maßnahmen ergriffen, um etwas an den auftretenden Symptomen zu verändern, sodass diese bestehen bleiben oder sich verschlimmern (chronifizieren) (vgl. Pfeffer 2010, S.30-32) Maßnahmeninitiierung von außen bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, etwa eine stationäre Behandlung im geschützten Akutbereich, können dabei ambivalente Wirkungen entfalten, die sowohl eine Verbesserung als auch einer Aufrechterhaltung der Störung bewirken können (vgl. weiterführend Kapitel 5.3).

4.1.2.5 Lernverhalten & Konditionierung

Eine Störung ist nur dann persistent, wenn sie kontinuierlich wiederholt und gelebt wird (vgl. Simon 2014, S.75,77). Neben dem Lernen am Modell (Bandura) (vgl. Bodenmann/Perrez/Schär 2011, S.230) kann das Konzept der operanten Konditionierung (nach Skinner) herangezogen werden. Durch appetitive oder aversive Konsequenzen tritt ein zuvor gezeigtes Verhalten häufiger respektive seltener auf (vgl. ebd. S.105), dabei lassen sich grundsätzlich zwei Arten der Verstärkung betrachten, die Verhaltensmuster (Symptome) verfestigen. Einerseits ist das Wegfallen einer negativen Konsequenz (negative Belohnung) beobachtbar, beispielsweise tritt keine Angst auf, wenn eine angstbesetzte Situation vermieden wird oder bei einer Zwangsstörung werden katastrophisierende Gedanken weniger, wenn Zwangsrituale ausgeführt werden. Andererseits kann eine positive Belohnung eintreten, etwa bei der Zunahme von Aufmerksamkeit oder der Entwicklung von Stolz, wenn bei einer Anorexia Nervosa die Nahrungsaufnahme verzögert oder unterlassen wird (vgl. ebd. S.105-107).

Die kurzfristige Entlastung oder die Belohnungsgefühle, die durch die verschiedenen Handlungen entstehen, geben Grund zur Wiederholung. Auch eine neuronale Verfestigung der entsprechenden synaptischen Verbindungen und damit eine bessere/schnellere „Abrufbarkeit“ dieser Handlung wird durch die Repetition erzeugt, sodass das Handlungsmuster mit höherer Wahrscheinlichkeit auftritt, bis die Reiz-Reaktion-Kopplung ersetzt bzw. gelöscht wird (vgl. Hallermann/Schmidt 2019, S.117). Je öfter die Handlung durchgeführt wird, desto mehr verfestigt sie sich als Bewältigungsstrategie und löst einen Chronifizierungsprozess aus.

4.1.2.6 Erlernte Hilflosigkeit

Seligman (1979) legt eine weitere Grundlage für eine lerntheoretischen Betrachtung, die bei der Chronifizierung psychischer Störungen eine Rolle spielt. Er führt in seiner Theorie zur Entstehung von Depressionen die erlernte Hilflosigkeit ein. Frühe Experimente (genannt shuttle box) wurden mit Tieren durchgeführt, die wiederholt nicht zu beeinflussenden, aversiven Reizen (Stromschläge) ausgesetzt wurden. Ohne positive Verstärkung (Belohnungen wie z.B. Nahrung) und Einflussmöglichkeit wurden diese Tiere inaktiv, ihnen blieb nur die Möglichkeit, die aversiven Reize zu ertragen. Im zweiten Schritt wurden dieselben Tiere in eine ähnliche Umgebung gebracht, in welcher sie die aversiven Reize jedoch durch einen Mechanismus wie das Ziehen eines Hebels oder dem Wechsel der Räumlichkeiten entgehen hätten können. Entweder blieben die Tiere inaktiv oder explorieren die Vermeidungsmöglichkeiten gegenüber Kontrollgruppen nur stark verzögert (vgl. Seligman 2016, S.20-22). Wichtig ist zu betonen, dass nicht der aversive Reiz oder eine traumatische Erfahrung selbst den apathischen Zustand hervorruft, sondern die Erfahrung und *zukünftige Erwartung*, dass die Situation nicht von dem Lebewesen beeinflusst werden kann. Damit wird verstehbar, warum das passive oder unterwürfige Verhalten auch in anderen Situationen auftrat, wenn zuvor ein Zustand von Hilflosigkeit nach dem Modell der shuttle box genutzt wurde (vgl. ebd. S.22-23).

Das Ergebnis der Reduktion der Handlungsmotivation konnte bei Studien an Menschen auf ähnliche Weise repliziert werden. Der subjektiv wahrgenommene Zustand, auf negative Gegebenheiten nicht einwirken zu können, führt bei Betroffenen zu motivationalen Einbrüchen sowie kognitiven Fehleinschätzungen der eigenen Leistungsfähigkeit und emotionalen Defiziten, die sich in depressiven Verstimmungen äußern können (vgl. ebd. S.45-52). Hierbei wird deutlich, warum lerntheoretische Grundlagen betrachtet werden sollten und erlernte Hilflosigkeit zu persistenten Störungen und Chronifizierung beitragen können. Sowohl die negative Einschätzung der Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit als auch die Erwartungshaltung, in seiner Umwelt oder an der eigenen Symptomatik etwas verändern zu können, reduziert die Wahrscheinlichkeit, in Zukunft positive Veränderungen zu erfahren (vgl. Beck/Borg-Laufs 2018, S.86-87). Wie in den Tierversuchen sind auch beim Menschen Hilflosigkeit und apathisches Verhalten Folgen. Es werden keine Genesungsversuche (mehr) unternommen oder im Rahmen einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung mit der Haltung begonnen, dass diese nicht entlastend wirken werden – die Symptomatik bleibt bestehen und nimmt unter Umständen an Schwere und Dauer zu.

4.1.2.7 Krankheitsgewinn

Wie im Laufe des Kapitels bereits vermehrt deutlich geworden, sind die einzelnen biologischen, psychologischen und sozialen Aspekte nicht klar voneinander zu trennen – tritt auf einer Ebene Veränderung ein, beeinflusst dies andere Ebenen gleichermaßen. Ein weiterer Punkt, bei dem diese Wirkungsweise deutlich wird, ist der Krankheitsgewinn.

Psychische Störungen werden oftmals als dysfunktionaler Bewältigungsversuch eingestuft, sie entsteht, um mit einem (oder mehreren) primären Problem umzugehen (vgl. Böker/Hartwich/Piegler 2016, S.94-95). Beispielsweise könnten Drogen eingenommen werden, um Gefühle von Einsamkeit zu reduzieren oder den Verlust des Arbeitsplatzes zu ertragen. Bei einer kontinuierlichen Nutzung als Bewältigung kann dies zur Entwicklung einer Suchterkrankung führen.

Der primäre Krankheitsgewinn liegt wie beschrieben in der Bewältigung eines Problems, das die Person erlebt (psychologische Komponente). Der Begriff des sekundären Krankheitsgewinns bezeichnet hingegen soziale Vorteile, die Betroffene durch ihre Störung bewusst oder unbewusst erhalten (psychologische und soziale Komponente). Typischerweise handelt es sich dabei um Bedürfnisse, die vor Störungsbeginn nicht oder nicht ausreichend befriedigt wurden (vgl. Hinrichs 2019, S.28). Aufgrund der Ähnlichkeit der Themen soll bereits hier ein Beispiel für den sekundären Krankheitsgewinn aufgeführt werden, obwohl die soziale Komponente den Hauptbestandteil des Konzeptes darstellt: Ist eine Person aufgrund eines Streites oder einer zu hohen Arbeitsbelastung von Familie oder Freunden isoliert, kann die Erkrankung als Katalysator dienen, um diese Bindungen durch vermehrte Zuwendung wiederaufzubauen. Durch vermehrte Besuche oder Hilfen, die die betroffene Person entlasten soll (z.B. Einkaufen übernehmen, Arbeiten im Haushalt erledigen), die Häufigkeit der Interaktion mit der Familie wird gesteigert. Weiterhin kann die Störung eine Voraussetzung dafür sein, (staatliche) Leistungen beziehen zu können oder bei langer und schwerer Ausprägung keiner Erwerbstätigkeit nachgehen zu müssen (vgl. ebd. S.28-29).²

Würde sich die Erkrankung verbessern, würden auch diese Hilfen oder die erreichte soziale Zuwendung weniger werden oder in Gänze wegfallen. Um dies zu verhindern, muss die Störung sowohl zeitlich andauern als auch in der Symptomschwere (stark) einschränkend

² Hier sollte unbedingt darauf verwiesen werden, dass psychische Störungen die Erwerbsfähigkeit langfristig reduzieren oder verhindern können und im Regelfall keinen manipulativen Versuch darstellt, sich dem Arbeitsleben zu entziehen. Dennoch können diese Vorteile betrachtet werden, wenn die Chronifizierung psychischer Störungen untersucht wird.

wirken – es ist wahrscheinlicher, dass sich eine schwere psychische Erkrankung entwickelt (vgl. Zittlau 2019, S.44).

4.1.3 Soziale Einflüsse

Soll ein Mensch in seiner Lebenslage eine ganzheitliche Betrachtung finden, muss dafür das soziale Gefüge miteinbezogen werden. Auch im Rahmen von Chronifizierungsprozessen nehmen äußere Gegebenheiten Einfluss auf Entstehung und Verlauf. Dies geschieht sowohl direkt als auch indirekt, indem z.B. chronische Stressoren psychologische und (neuro)biologische Prozesse im menschlichen Körper verändert (vgl. Pauls 2013, S.48; weiterführend siehe Kap. 4.1.3.3). Angelehnt an die Begrifflichkeit der iatrogenen (durch behandelnde Personen ausgelöste) Einflüsse, findet sich für dieses Phänomen vereinzelt auch der Begriff der sozialen Iatrogenese (vgl. Schneider 2013, S.220). Sie handelt von krankheitsfördernden Potenziale, die dem Gesundheitssystem durch Überforderung und Autonomiereduktion der Adressat*innen entstehen, „indem sie quälende Bedürfnisse erzeuge[n] oder die Toleranzschwelle für Unbehagen oder Schmerz senke[n], den Spielraum für das individuelle Leiden einenge[n] und [dem Menschen] das Recht auf Selbstheilung absprechen.“ (ebd. S.220)

In diesem Kapitel sollen diese oder ähnliche soziale und strukturelle Faktoren betrachtet werden, die zur Chronifizierung beitragen können. Auf den Einfluss von Haltungen und Maßnahmen von Sozialarbeitenden, soll in einem separaten Kapitel eingegangen werden (Kap. 5). Welche iatrogenen Effekte zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen beachtet werden müssen, findet in der aktuellen Literatur nur wenig Beachtung, weshalb eine separate und ausführliche Analyse in dieser Arbeit angestrebt wird.

4.1.3.1 Leistungssystem

Die Personengruppe der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben definitorisch bereits einen komplexen Behandlungsbedarf und erfahren eine Einschränkung durch ihre Symptomatik (vgl. Gühne/Riedel-Heller 2015, S.6; vgl. Gühne/Weinmann/Riedel-Heller et al. 2019, S.7).

In Deutschland ist das Sozialleistungssystem fragmentiert und ohne tiefergreifende Beschäftigung unübersichtlich. Ist keine kompetente beraterische Unterstützung vorhanden, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass verschiedene Maßnahmen, die einer Verschlimmerung der psychischen Störung vorbeugen könnten, nicht bekannt oder zugänglich sind (DRV-Bund 2014, S.24).

Ein Beispiel dafür sind Rehabilitationsleistungen: obwohl chronische psychische Erkrankungen aktuell die Hauptursache für Renten bei Erwerbsminderung darstellen (vgl. DRV 2019, S.2), nehmen nur eine geringe Anzahl dieser neu berenteten Versicherten zuvor eine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch. Rehabilitative Maßnahmen sollen Funktionsfähigkeiten verbessern, sodass Einschränkungen in sozialen, beruflichen oder funktionellen Bereichen vermieden oder reduziert werden können. Diesen Zusammenhang untersuchte zuletzt die DRV für das Jahr 2012, hier nutzen nur die Hälfte (54%) der neu berenteten Menschen mit psychischer Erkrankung in den vorangegangenen fünf Jahren eine solche rehabilitative Maßnahme (DRV-Bund 2014, S.24).³

Neben dem Unwissen über mögliche Leistungen, fasst die DGPPN die Begründung der Rehaträger und Psychotherapeutenkammer für diese Ergebnisse so zusammen, dass medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen oftmals erst dann gestellt werden, wenn die Symptomatik bereits zu ausgeprägt sei, erwähnt neben subjektiven Gründen jedoch auch Versorgungsengpässe und Zuständigkeitsproblematiken (vgl. Gühne/Riedel-Heller 2015, S.21-22). Auch der ambulante Sektor rehabilitativer Maßnahmen bedarf eines Ausbaus, um vorhandene soziale Ressourcen und der Integration der betroffenen Person in soziale Systeme als gesundheitsfördernde Aspekte miteinbeziehen zu können (vgl. Bundestherapeutenkammer 2014, S.38). Weiterhin können lange Wartezeiten auf stationäre oder ambulante psychotherapeutische Behandlungsplätze zu einer Verschlimmerung und Chronifizierung der Symptomatik führen (vgl. Bundestherapeutenkammer 2018, S.11).

Bereits im Rahmen des sekundären Krankheitsgewinns (Kap. 4.1.2.7) wurde auf die Problematik verwiesen, dass viele Sozialleistungen nur dann bewilligt werden, wenn die Störung bereits über einen Zeitraum persistent und zu erwarten ist, dass sie die Person weiterhin in ihrer Funktionalität und Teilhabe einschränken wird. Während nicht alle Definitionen von chronischen psychischen Erkrankungen die Teilhabeinschränkung miteinbeziehen, ist diese bei der Betrachtung von schweren psychischen Erkrankungen als neueres Konzept miteinbegriffen (vgl. Gühne/Weinmann/Riedel-Heller et al. 2019, S.7-8).

Leistungen bei teilweiser oder voller Erwerbsminderung verlangen eine vorliegende Krankheit oder Behinderung, die die Arbeitsfähigkeit reduziert (§43 Abs.1+2). Ähnliches gilt für Leistungen im Rahmen des eigenständigen oder betreuten stationären bzw. ambulanten

³ Aktuellere Zahlen dieser Auflistungen sind der Verfasserin nicht bekannt.

Wohnformen, die beispielsweise über die Eingliederungshilfe (§113 Abs. 1 S.2 SGB IX) finanziert werden können. Erhält eine Person somit die Zuschreibung als chronisch bzw. schwer psychisch krank, wäre die Voraussetzung zur Inanspruchnahme der Leistung (bzw. das Erlangen eines Grads der Behinderung) eher gesichert als ohne diese Kategorisierung (vgl. Beushausen 2013, S. 344a).

Allerdings sollte auch beachtet werden, dass nicht nur der Aufbau der Versorgungsstruktur erschwerend hinzukommt, sondern Menschen mit einer schweren psychischen Störung im Leistungssystem oftmals bei der Leistungsbewilligung benachteiligt werden. Gegenüber Personen mit physischen Erkrankungen ist eine Bewilligung von Rehabilitationsmaßnahmen oder Heil- und Hilfsmitteln durch Krankenkassen unlängst schwerer (Versorgungsungleichheit) (vgl. Kardorff 2010, S.296-297). Gleiches gilt beispielsweise für Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit wie der Erwerbsminderungsrente (vgl. ebd. S.291) oder zur Integration in den (ersten) Arbeitsmarkt (vgl. ebd. S.292). Die Ungleichbehandlung von physischen und psychischen Erkrankungen kann hier Glaubensmuster von betroffenen Personen, aber auch stigmatisierende Denkprozesse von Außenstehenden festigen und zur Aufrechterhaltung oder Verschlimmerung einer psychischen Störung beitragen.

Mit dem stufenweisen Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes sollen Menschen mit Behinderungen, die wie bereits vorgestellt eine Teilmenge der Menschen mit schweren psychischen Störungen darstellen, unabhängig der Schwere der Einschränkung, entsprechend des (als angemessen eingeschätzten) Wunsches der Adressat*innen, personenzentrierte Leistungen zu erhalten (vgl. Gühne/Weinmann/Riedel-Heller et al. 2019, S.347-348). Während diese Entwicklung grundsätzlich positiv zu bewerten und auf die Erweiterung der Rechte und Autonomie sowie der Teilhabe von Adressat*innen ausgelegt ist, kann gerade im Rahmen von seelischen und geistigen Behinderungen ein Problem entstehen. Besonders für diese Personengruppen besteht die Herausforderung, entsprechende Leistungen einzufordern. Einerseits kann bereits die Auswahl von Leistungen, das Ausfüllen und Formulieren eines korrekten Antrags an den richtigen Träger in einem unübersichtlichen Hilfesystem oder bei zu dem Zeitpunkt gering ausgeprägten Kommunikationsfähigkeiten diese Inanspruchnahme blockieren. Welche Unterstützungsmöglichkeiten tatsächlich als angemessen einzuschätzen sind, ist für Menschen mit geringen Angebots- und Systemkenntnissen nur schwer bis gar nicht einschätzbar (vgl. ebd.). Andererseits werden insbesondere nach langer und intensiver Krankheitsgeschichte nicht selten Leistungen „häufig widerwillig durch die

stellvertretende Entscheidung des rechtlichen Betreuers“ beantragt, die unter Umständen die mit dem Gesetz angestrebte Selbstbestimmung untergraben (ebd. S.348).

Ist es nicht möglich, auf entsprechende Maßnahmen zurückzugreifen - ob aufgrund einer nicht ausreichend aufgebauten, unverständlichen/unzugänglichen Versorgungsstruktur oder struktureller Diskriminierung – ist eine Verbesserung oder Prävention einer schwerwiegenden Störung schwer vorstellbar. Diese Nicht-Erreichbarkeit des Systems kann als großes Problem betrachtet werden, da Adressat*innen, die scheinbar Unterstützungsleistungen benötigen, keine (effektive) Hilfe ermöglicht wird. Eine von diesen Umständen besonders stark betroffene Adressat*innengruppe soll im nächsten Kapitel intensiver betrachtet werden.

4.1.3.2 Hard-to-reach

In bisherigen Erläuterungen wurde deutlich, dass das Sozialleistungssystem für Menschen mit (schweren) psychischen Störungen unübersichtlich und fragmentiert ist. Diese Unübersichtlichkeit des Hilfesystems wirkt sich jedoch auch auf eine spezifische Adressat*innengruppe besonders aus, die bezeichnet als „Systemsprenger*innen“ oder „Drehtürpatient*innen“ mit einem hohen Hilfebedarf bei gleichzeitig schwerer Erreichbarkeit und/oder Wirkung konnotiert sind (vgl. Niebauer 2017, S.12; vgl. Giertz/Große/Gahleitner et al. 2021, S.15,17). In der (Klinischen) Sozialarbeit hat sich der Begriff „Hard-to-reach“ als Bezeichnung etabliert, obwohl die Eigenschaften der Klientel unterschiedlich definiert werden. Den Begriffsbestimmungen gemein ist der komplexe Hilfebedarf im Rahmen von Multiproblemlagen, sodass Leistungsbedarfe über verschiedene Hilfesystemen und Leistungserbringer aus verschiedenen Sozialgesetzbüchern regelhaft sind (vgl. Giertz/Große/Gahleitner et al. 2021, S.16). Die in der Bezeichnung enthaltende Nicht-Erreichbarkeit kann und wird dabei verschiedenen personalen und sozialen Wirkfaktoren sowie deren Wechselwirkungen zugeschrieben:

Einerseits ist das bestehende Leistungssystem nicht oder nur unzureichend auf die Bedarfe der betroffenen Adressat*innen ausgelegt. Multiple Problemalgen gestalten sich interdependent und gehen teils mit starken Wechselwirkungen einher, sodass reguläre Leistungen nur eine unzureichende Wirkung entfalten. Selten werden die Hilfen im Rahmen einer Personenzentrierung miteinander abgestimmt und fallbezogen inter- oder transdisziplinär koordiniert. Oftmals sind hochintensive Bedarfe festzustellen, die besonders im ländlichen Bereich aufgrund unzureichend ausgebauter ambulanter Leistungen nur durch intramurale Einrichtungen erbracht werden können, dabei allerdings Chronifizierungsprozessen begünstigen

(vgl. Giertz 2021, S.35; vgl. Kapitel 5.3). Problematisch ist dabei weiterhin, dass bei der Etablierung neuer Strukturen, Gesetze oder Hilfen, als deviant oder delinquent wahrgenommene Personengruppen im Rahmen von entsprechenden Diskursen nur schwer erreicht werden und so von der Mitgestaltung, aber auch der Inanspruchnahme ausgeschlossen sind. Aus dieser Perspektive kann der der Hard-to-reach-Begriff verwendet werden, um diese vulnerablen Gruppen (z.B. Sexarbeiter*innen, Personen mit ungesichertem Wohnsitz, Personen mit straffälligem Verhalten) zu beschreiben und für die Miteinbeziehung in Diskussionen und Gestaltungsprozessen greifbarer zu machen (vgl. Giertz/Große/Gahleitner et al. 2021, S.16).

Während deutlich wird, dass Unterstützungs- oder Behandlungsmöglichkeiten unzureichend auf die individuelle Situation bzw. die als schwierig betitelten Verhaltensweisen zugeschnitten sind, können andererseits auch die individuellen Lebensentwürfe der Adressat*innen die Unzulänglichkeit der Hilfen verstärken. Besteht keine Krankheitseinsicht oder stimmen diese Vorstellungen generell nicht mit den Gegebenheiten, Voraussetzungen und/oder Einstellungen der professionell Helfenden überein, kann dies dazu führen, dass Adressat*innen als nicht motiviert eingeschätzt oder Leistungen von vornherein ungenutzt bleiben bzw. im Verlauf abgebrochen werden (vgl. Giertz/Große/Gahleitner et al. 2021, S.15). Ist das Ziel der Einrichtung etwa, Adressat*innen zu einem ständigen Wohnsitz zu verhelfen, wird dies zu Schwierigkeiten in der Behandlung führen, wenn diese die Obdach- oder Wohnungslosigkeit vorziehen. Werden hingegen Unterstützungsleistungen forciert, kann dies als Anwendung von Zwang die Widerstände der Klientel verstärken und die Effektivität der Maßnahmen einschränken. Als weitere Folge könnten Adressat*innen eine solche Grenzverletzung auch auf andere Hilfeleistungen übertragen und so eine erneute Kontaktaufnahme zu anderen Unterstützungsformen vermeiden (vgl. ebd. S.21).

Als personale Faktoren benennen Giertz/Große/Gahleitner et al. (2021) weiterhin auch fehlende Navigations- und Kommunikationsfähigkeiten, die zur schweren Erreichbarkeit beitragen (vgl. ebd. S.16). Um im System einfache wie auch komplexe Unterstützungsleistungen zu erhalten, ist es zunächst notwendig, mit Fachkräften (i.d.R. eigeninitiativ) Kontakt aufzunehmen und in einem zweiten Schritt Anliegen oder Aufträge an die Helfenden zu formulieren (vgl. ebd. S.17). Ist das Wissen über Ansprechpartner*innen und Leistungen des Hilfesystems nicht vorhanden, ein Überblick nur schwer zu erreichen oder die Aneignung dieser Kenntnisse durch Einschränkungen der Symptome und Störungen beeinträchtigt, ist

bereits die Kontaktaufnahme nur schwer realisierbar und eine Leistungerschießung kann teils vollkommen ausbleiben.

Es zeigt sich, dass die Auswirkungen der Störung(en) selbst, Ausbau und Erreichbarkeit des (ambulanten und komplementären) Hilfesystems, aber auch sprachliche Barrieren den Zugang zum Hilfesystem verunmöglichen können. Als eine weitere Barriere können Einstellungen aus dem Hilfesystem benannt werden. Typischerweise sehen sich Fachkräfte durch die beschriebene Adressat*innengruppe „mit einer Reihe von Herausforderungen und [den eigenen] professionellen Grenzen konfrontiert [...]“ (Giertz/Große/Gahleitner et al. 2021, S.15), die wiederum Frustrationen oder Gefühle von Hilflosigkeit bei den Helfenden auslösen können. Die Beziehungsgestaltung mit den Betroffenen wird als herausfordernd und langwierig beschrieben (vgl. Niebauer 2017, S.12). Neben der Festigung unendlicher Krankheitskonzepte (vgl. Kapitel 4.2) kann dies auch zur Verstärkung von diskriminierenden und stigmatisierenden Verhaltensweisen beitragen, wodurch wiederum das Vertrauen der Adressat*innen in Fachkräfte und das Hilfesystem sabotiert werden können und erneut die weitere Inanspruchnahme gefährdet wird (vgl. Große/Gahleitner 2021, S.95).

Es wird deutlich, dass insbesondere Hard-to-reach Adressat*innen von Chronifizierungsprozessen betroffen sein können, wobei Adressat*innen einerseits nicht für das System und andererseits das System nicht für Adressat*innen erreichbar wirkt (vgl. Böhm 2020, S.87; vgl. Giertz/Große/Gahleitner et al. 2021, S.21/22). Die bereits bestehenden komplexen Problemsituationen, fehlende ausgebaute personenzentrierte Strukturen und eine Vielzahl von individuellen, strukturellen und einstellungsbezogenen Zugangsbarrieren sowohl auf Seite der Adressat*innen als auch den behandelnden Fachkräften und dem Hilfesystem erschweren die Verbesserung der Symptome. Dies trägt dazu bei, dass schwere Ausprägungen von psychischen Störungen entstehen und Chronifizierungsprozesse begünstigen. Werden Menschen außerdem nicht vom Versorgungssystem erreicht, kann dies dazu führen, dass Adressat*innen nur über ungenügend (finanzielle) Ressourcen zur Erfüllung von Grundbedürfnissen verfügen, da ihnen zustehende Unterstützungsleistungen aus unterschiedlichen Gründen nicht bereitgestellt oder angenommen werden. Das folgende Kapitel illustriert u.a. Auswirkungen dieser Nichterfüllung von wichtigen Bedürfnissen.

4.1.3.3 Psychosoziale Stressoren

Können menschliche Grundbedürfnisse nicht befriedigt werden, beispielsweise aufgrund von Nahrungsmittelknappheit durch Armut oder ein Sicherheitsdefizit begründet durch eine

Wohnungs- oder Obdachlosigkeit, ist ein Mensch existenziell gefährdet. Diese Bedrohung erzeugt eine Stressreaktion. Während als bewältigbar wahrgenommener Stress positive, motivationale und leistungssteigernde Effekte auf einen Menschen ausübt (Eustress), wirkt Distress negativ auf den Organismus ein. Diese Stressart wirkt langandauernd oder wiederholend und geht mit Überforderungsgefühlen einher, wenn ungenügend Ressourcen für die Bewältigung vorhanden sind. Das Hormon Cortisol wird kontinuierlich ausgeschüttet und führt auf einer individuellen Ebene auch zu negativen biologischen Veränderungen, die bereits in Abschnitt 4.1.1.1 erläutert wurden. Chronischer Stress trägt dabei sowohl zur Entstehung von psychischen Störungen bei, gleichermaßen können diese chronischen Stress auslösen (vgl. Zittlau 2019, S.74), beispielsweise wenn aufgrund der Symptombelastung eine Arbeitsunfähigkeit besteht und aufgrund des reduzierten Krankengelds die Hypothek des Hauses nicht mehr bezahlbar ist. Neben existenziell bedrohlichen Problematiken können auch andere soziale Einflüsse wie fehlende Unterstützung oder die Überforderung durch Arbeitgeber*innen eine andauernde Stressreaktion auslösen (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2013, S.221).

Lösen psychosoziale Probleme (Armut, Wohnungslosigkeit, Verlust der Arbeitsstelle etc.) aufgrund des Stresses einen krisenhaften Zustand aus, werden die „gelernten“ Muster der Störungssymptomatik (re)aktiviert (vgl. Sommerfeld/Dällenbach/Rüegger et al. 2016, S.100). Es kommt beispielsweise zu psychotischem Erleben, Rückzug oder einer Spannungsreduktion durch selbstverletzendes Verhalten, die neben der Festigung als Bewältigungsstrategie wiederum zu weiteren interpersonellen oder sozialen Konflikten führen können, die Exklusionsprozesse verstärken. „In einer ‚negativen Eskalation‘ gerät das psychosoziale System aus dem Gleichgewicht und ‚entgleist‘“ (vgl. ebd. S.100).

Werden die sozialen Stressoren nicht gelöst, kann auch dies mit Hoffnungslosigkeits- und Ohnmachtsgefühlen einhergehen, die die Selbstwirksamkeitserwartung einschränken. Treten zudem befürchtete Konsequenzen wie der Verlust des Arbeitsplatzes ein, bei denen stabilisierende Effekte der Identität oder gesundheitsfördernde Qualitäten durch soziale Zugehörigkeit wegfallen, kann auch dies der Chronifizierung beitragen, da identitäts- und rollenrelevante Aspekte nicht mehr zur Stabilisierung beitragen (vgl. Beck/Borg-Laufs 2018, S.86/87). Die Schwere der Symptomatik nimmt zu und mehr soziale Konflikte entstehen, was eine soziale Ausgrenzung weiter fördert.

4.1.3.4 Verlust sozialer Beziehungen

Beziehungen, soziale Netzwerke und soziale Unterstützung sind integrale Bestandteile der Gesundheit eines Menschen und bieten neben Anerkennung, Zugehörigkeit und Orientierung auch verschiedene direkte oder indirekte Formen der Hilfe (vgl. Wendt 2017, S.158) – sie bilden weiterhin einen zentralen Punkt in der Genesung von (schweren) psychischen Störungen (vgl. Schön/Denhov/Topor 2009).

Soziale Beziehungen wirken dabei sowohl präventiv als auch kurativ. Sind Menschen in ausreichende soziale Gebilde eingebunden, werden gesundheitsschädigende Wirkungen von Stressoren abgeschwächt oder negiert, bevor daraus eine Beeinträchtigung folgen kann (sog. Pufferthese) (vgl. Zittlau 2019, S.2; vgl. Hapke/Maske/Scheidt-Nave et al. 2013, S.752). Mit diesem Effekt beugen Sie der Entstehung und Festigung von Krankheiten vor. Auch im Erkrankungsfall können soziale Netzwerke Ressourcen darstellen, beispielsweise indem sie die oben genannten emotionalen oder praktischen Hilfsmaßnahmen leisten. Gleichmaßen ist es möglich, dass sie dabei unterstützen, diese abzurufen oder zu akquirieren. Allerdings sollten nicht nur direkte materielle Hilfen oder Aktivitäten, sondern auch indirekte emotionale Werte betrachtet werden: „[Zu den emotional absichernden Wirkungen] zählt auch die Unterstützung, Zustände zu ertragen; [sic] die sich nicht verändern lassen, z.B. bei Krankheit, oder ‚einfach da sein‘ [...]“ (Wendt 2017, S.158), was bei chronischen Erkrankungen eine zentrale Wirkung darstellt.

Bei chronischen psychischen Erkrankungen wirken soziale Hilfen positiv auf die Entwicklung, Entstehung und das Fortschreiten der Störung, sodass ein hilfreiches soziale Netzwerk angestrebt werden sollte. Allerdings gibt es Belege, dass diese Adressat*innen ein kleineres soziale Netzwerk als „gesunde“ Menschen haben. Schwere oder chronische psychische Erkrankungen gehen nach einer niederländischen Studie mit einem 2,5-fach verringerter Netzwerkgröße und geringerer Beziehungszufriedenheit gegenüber der Kontrollgruppe einher (vgl. Koenders/Mooij/Dekker 2017, S.777). Da die Studie nur Menschen in psychiatrischer Behandlung erfasst, wurden Personen ohne Kontakt zum Versorgungswesen nicht einbezogen, weshalb von einer höheren Dunkelziffer ausgegangen werden muss.

Dieser Zustand ist neben diskriminierenden und exkludierenden Komponenten vor allem deswegen problematisch, da gesundheitsrelevante Folgen auftreten, wenn die Beziehungsquantität oder -qualität gegenüber dem subjektiven Idealzustand als ungenügend empfunden wird: Einsamkeit (subjektiver Zustand) und soziale Isolation (objektive Maßeinheit)

tragen zu verschiedenen psychischen und somatischen Beschwerden bei, beispielsweise Herz-Kreislauf-erkrankungen (vgl. Xia/Li 2018, S.838), Bluthochdruck (vgl. ebd. S.838-839) und Atherosklerose (Verengung von Blutgefäßen) (vgl. ebd. S.839). Die Mortalitätsrate ist gegenüber sozial integrierten Menschen erhöht (vgl. Leigh-Hunt/Bagguley/Bash 2017, S.160), obwohl in der Metaanalyse keine verlässliche Aussage bezüglich der Kausalität verfasst werden kann. Es wäre denkbar, dass Begleiterscheinung von Einsamkeit und sozialer Isolation zu einer erhöhten Sterblichkeit führen (vgl. ebd. S.167). Psychisch lassen sich vor allem gesteigerte Depressivität und Suizidalität belegen, die weiterführend mit einem geringen Selbstwert und einer geringen Selbstwirksamkeitserfahrung einhergehen. Die Lebensqualität und die Einschätzung der Lebenszufriedenheit sinken, negative Emotionen treten gegenüber angenehme empfundenen vermehrt auf (vgl. Luhmann/Bücker 2019, S.37).

Es ist bemerkenswert, dass nicht nur die Nichtexistenz sozialer Beziehungen diese Effekte haben können. Werden bestehenden Bindungen keine unterstützenden Potenzialen von Adressat*innen attribuiert, verfügen diese über keine positiven Auswirkungen auf Belastungsbewältigung, Selbstwertgefühl oder Kontrollüberzeugungen. Ist soziale Unterstützung also objektiv vorhanden, wird aber subjektiv nicht wahrgenommen, treten die zu Beginn beschriebenen positiven Effekte nicht ein (vgl. Janßen 2015, S.84). Der Abbruch oder der Verlust von (gesunden) Beziehungen sowie andere Exklusionserfahrungen und damit entstehende Einsamkeit produzieren krankheitsfördernde Umstände wie verstärkte Depressivität, geringe Lebensqualität *und* schwächt identitätsrelevante Gruppenzugehörigkeiten, die der Krankheitsidentität beitragen können. Gesundheitsfördernde Effekte durch soziale Zugehörigkeit können nicht eintreten, die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten, Anhalten und Verschlimmern von Störungen steigt. Allerdings sollte beachtet werden, dass nicht alle vorhandenen Beziehungen positive Effekte auf die betroffenen Personen haben, wie der folgende Abschnitt darstellen wird.

4.1.3.5 Co-Abhängigkeit & Verfestigung der Krankheitsidentität

Die Übernahme der Störung in die eigene Identität als „Krankenrolle“ ist ein Prozess, der nicht allein als psychologischer Schutzmechanismus entsteht. Einen großen Einfluss nimmt neben der Selbstwahrnehmung der betroffenen Person auch die gesellschaftliche Zuschreibung sowie die vermittelten Haltungen und Einschätzungen des sozialen Umfelds (vgl. Zittlau 2019, S.73). Dazu zählt nicht nur eine direkte Pathologisierung der Person, nach welcher die Person mit Wahrnehmung, Emotionen und Handeln auf die präsentierte Symptomatik

reduziert wird, sondern gleichermaßen krankheitsförderndes Verhalten, das mit guten Intentionen verbunden ist (z.B. Personen Last abnehmen wollen) (vgl. ebd. S.81).

Eine Pathologisierung beginnt dann, wenn auch Mitmenschen Person und Krankheit nicht mehr trennen können. Jedes Handeln und jegliche Wahrnehmung werden (oftmals irrtümlicherweise) als Ausdruck der Störung interpretiert oder stereotype Vorstellungen werden auf die betroffene Person projiziert („Alle Menschen mit Schizophrenie sind gefährlich, also bist du auch gefährlich“) – unterschiedliche Ausprägungen der Störung werden im Rahmen eines Kontinuums außer Acht gelassen, die Individualität der Person wird aberkannt (vgl. Zittlau 2019, S.45).

Dies muss nicht durch direkte Kommunikation oder in verbalen Auseinandersetzungen vermittelt werden, auch non-verbale oder untypische Verhaltensänderungen können diese Wahrnehmung demonstrieren. Ein Beispiel dafür wäre die Verwehrung einer Verantwortungsübernahme: eine Person, die bei wichtigen Terminen zuvor auf die Kinder einer Familie aufgepasst hat, wird für diese Aufgabe nicht mehr gefragt und abgelehnt. Es wird ein Gefühl von Gefährlichkeit und Unfähigkeit vermittelt, die möglicherweise ohne Beweis angenommen wird – neben der erfahrenen sozialen Ächtung können selbststigmatisierende Prozesse ausgelöst werden, die die Selbstwirksamkeitserwartung durch die Infragestellung der eigenen Fertigkeiten reduziert und gesundheitsförderndes Verhalten einschränkt (vgl. Oexle/Müller/Kawohl et al. 2018, S.210).

Neben dieser direkten oder indirekten Zuschreibung kann jedoch auch störungsrelevantes Verhalten von Angehörigen selbst gefördert oder ermöglicht werden. Das Konzept der „Co-Abhängigkeit“ bzw. „codependency“ (Rennert 2012, S.119) wurde ursprünglich im Rahmen von Selbsthilfegruppen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen untersucht und umfasst den Beitrag anderer Menschen, der suchtrelevantes Verhalten unterstützt. Sowohl das Unterlassen einer Handlung (bei der Entdeckung neuer Suchtmittel wird die betroffene Person nicht konfrontiert) als auch die Ermöglichung störungsrelevanten Verhaltens (Finanzierung des Suchtmittelkonsums) kann dabei krankheitsförderndes Verhalten einschließen. Inzwischen findet das Konzept des krankheitsfördernden Verhaltens durch Angehörige auch bei anderen Störungsbildern Anwendung, wenn durch das Eingreifen oder Passivität Betroffene in die Lage versetzt werden, dauerhaft oder situativ unpassend Belastungen oder Risiken zu vermeiden (vgl. ebd. S.119-120). Exemplarisch kann einer Person mit einer Angststörung ermöglicht werden, das Haus nicht verlassen zu müssen, indem andere Personen

Erledigungen mit guten Intentionen übernehmen, mögliche Weiterentwicklungen werden durch das soziale Umfeld jedoch gehemmt und selbstwirksame Handlungen unterbunden. Es handelt sich somit nicht nur auf psychologischer Ebene um einen sekundärer Krankheitsgewinn für den Betroffenen oder die Betroffene, sondern auch um eine Form des krankheitsfördernden Verhaltens im Rahmen einer dysfunktionalen Wechselwirkung im jeweiligen sozialen System.

4.1.3.6 Stigmatisierung & Labeling

Bereits in den vergangenen Abschnitten wurde deutlich, dass die Bewertung des nahen sozialen Umfelds großen Einfluss auf die Person und den Störungsverlauf nehmen können, indem sie Hilflosigkeit oder krankheitsrelevante Verhaltensweisen fördern. Interpersonelle Kontakte sind aus Sicht von Adressat*innen am häufigsten von Stigmatisierung beeinflusst. Von 732 Befragten gaben 47% Einschränkungen im Rahmen von Freundschaften, 43% in der Familie und 29% in nachbarschaftlichen Verhältnissen an. Ein direkter Bezug zu sozialer Isolation bzw. Einsamkeit kann hergestellt werden (Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2010, S.54). Durch reduzierte Zugehörigkeitsgefühle, die mit Auswirkungen auf die Krankheitsidentität einhergehen können, verändert sich auch die Motivation zur Veränderung und der Glauben an eine Verbesserung des Zustandes (siehe auch Kap. 4.1.2.6).

Neben interpersoneller und der bereits betrachteten Selbststigmatisierung tragen auch die öffentliche und strukturelle Stigmatisierungen am Arbeitsplatz, in (Massen)Medien oder bei der Wohnungssuche zur Ablehnung in der Gesellschaft bei (vgl. Speck 2018, S.103-105; vgl. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2010, S.54). Gesundheitsförderliche Qualitäten von sozialen Beziehungen und Inklusion als Mittel zur Steigerung der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität sowie Auswirkungen des Verlustes dieser Aspekte wurden bereits in den beiden vorigen Kapiteln dargestellt. Daher soll im Folgenden auf den Ablauf von Stigmatisierung und die Wechselwirkung zwischen vorgestellten psychosozialen Belastungen näher eingegangen werden.

Der Prozess des Labeling nach Link (1989) (Abb.2) umfasst den Ablauf, bei dem ein Mensch aufgrund eines offiziellen oder inoffiziellen Etiketts (z.B. Diagnose) mit dessen negativen Einschätzungen (Vorurteilen) assoziiert wird. Diese Attribution führt zur Abgrenzung von Nicht-Betroffenen („gesunden“) und der als homogen wahrgenommenen Betroffenenengruppe (wir-vs.-die-Denken), wodurch wiederum die Überidentifikation mit der Krankheit bestärkt wird. Auch die diskriminierenden Vorgänge auf Mikro-, Meso- und Makroebene erschweren

oder verhindern die Erlangung umfassender Teilhabe in allen Lebensbereichen. Positive Effekte können sich nicht entfalten (vgl. Prüß/Speerforck/Bahlmann 2014, S.275).

Die Auswirkungen von Stigma sollen exemplarisch an Vorgängen im Erwerbsleben dargestellt werden. Die Attribution fehlender Belastbarkeit, fluktuierender Leistungsfähigkeit und häufiger Fehlzeiten durch Arbeitgeber*innen werden als gegeben, starre Eigenschaften und nicht als auf einem Kontinuum liegend betrachtet, die in der Wahrnehmung von Arbeitgeber*innen gegen eine Einstellung sprechen (vgl. Kardorff 2010, S.288). Dies erklärt mitunter die bereits erwähnte hohe Erwerbslosigkeit (50%) und den geringen Beschäftigungsanteil auf dem ersten Arbeitsmarkt (vgl. Gühne/Riedel-Heller 2015, S.19). Abschnitte ohne Erwerbstätigkeiten im Lebenslauf, etwa durch lange (stationäre) Behandlungszeiten, erschweren Bewerbungen und die Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses weiterhin. Positive Effekte durch ein Arbeitsverhältnis fallen weg, während der soziale Rückzug die Exklusion noch weiter fördert. Wird die Erkrankung verheimlicht, kann auch dies Entfremdungsgefühle steigern oder dazu führen, Behandlungsmöglichkeiten auszuschlagen (siehe auch Kap. 4.1.2.4) (vgl. Kardoff 2010, S.288).



Abbildung 2: Prozesskomponenten der Stigmatisierung nach Link/Phelan (2001) (Quelle: Prüß/Schpeerforck/Bahlmann 2014, S.276)

Menschen mit psychischen Störungen erfahren öffentliche Diskriminierung, beispielsweise werden sie vermehrt aus sozialen Teilsystemen ausgeschlossen, weil ihnen negative Eigenschaften zugeschrieben wird, wie eine defizitäre emotionale Selbstregulation, fehlende Willensstärke und antisoziales Verhalten bzw. eine hohe Gewaltbereitschaft. Neben der sozialen Isolation, die diese Zuschreibung hervorrufen können, nehmen diese Stereotypen Auswirkungen auf zahlreiche Lebensabschnitte und Teilhabemöglichkeiten (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S.248-249; vgl. Maier/Hauth/Berger et al. 2016, S.65).

Die systematische Benachteiligung durch private oder öffentliche Einrichtungen wird als strukturelle Diskriminierung bezeichnet. Menschen mit einer (schweren) psychischen Erkrankung werden durch Ämter, Leistungsträger oder -erbringer sowie politische Inhalte, Strukturen und Prozesse gegenüber anderen Personengruppen ungleich bzw. ungerecht behandelt (vgl. Kardorff 2010, S.297). Während einige drastische Prozesse wie die Sterilisation von Menschen mit psychischer Erkrankung oder Segregation in Einrichtungen und Heimen kaum in der deutschen Politik relevant sind, sind noch immer viele gesellschaftliche Teilsysteme von Ungleichbehandlung betroffen (vgl. Möller-Leimkühler 2015, S.4). Die sozialrechtliche Benachteiligung wurde im Unterpunkt Leistungssystem bereits aufgezeigt (Kapitel 4.1.3.1). Neben den direkten Auswirkungen auf die Leistungsgestattung übertragen hohe Schwierigkeiten und Hürden auch auf Außenstehende implizite Werte. Wird beispielsweise vermittelt, dass Menschen, die aufgrund von psychischen Störungen Rentenleistungen beantragen, ihre Einschränkung oft vortäuschen und dagegen vorgegangen werden muss, übertragen sich ähnliche Einschätzungen auf gesellschaftlich normative Konstruktionen.

4.2 Chronifizierung aus systemischer Perspektive

Die vorgestellten Quellen betrachten chronische psychische Erkrankungen als Zustand, der mehr oder weniger dichotomisiert als „vorhanden“ oder „nicht vorhanden“ kategorisiert wird. Aus der systemischen Schule wird daran ein Kritikpunkt formuliert, die Zuschreibung „chronisch“ als Beschreibung des *jetzigen* Zustandes sei nicht korrekt. Faktisch werde eine konstruierte Prognose abgegeben, die besagt, dass die Störung noch weiter anhalten wird, obwohl eine verlässliche Einschätzung nicht möglich ist (vgl. Beushausen 2014a, S.341). So galt die Diagnose der Schizophrenie vor wenigen Jahrzehnten als unheilbar und lebenslang, inzwischen sind jedoch voll- oder teilremittierte Verlaufsformen keine Seltenheit (vgl. Lammer/Klingelhöfer/Bendels 2018, S.182). Werden krankheitsfördernde Effekte von Zuschreibungskonstruktionen betrachtet, die beispielsweise anhand der Krankheitsidentität im vergangenen Kapitel formuliert wurden, kann und sollte diese Voraussage kritisch hinterfragt werden.

Weiterhin verweisen Vertreter*innen darauf, dass die Konstruktion „chronisch“ zunächst keine ihm inhärente negative Einstufung aufweist und in allen Lebensbereichen vorkommt. Die Interaktion mit dem umliegenden System bildet einen wichtiger Faktor, ob ein andauerndes Verhalten negativ zu bewerten sei (vgl. Simon 2014, S.68), beispielhaft kann von einer dozierenden Person gesprochen werden, die jedes Semester die gleiche Vorlesung im

gleichen Seminar hält. Dieses Verhalten wäre „chronifiziert“. Da jedoch in jedem Semester neue Studierende dem Vortrag zuhören, hat dieser andauernde Zustand keine problematische Zuschreibung, während der gleiche Vortrag über mehrere Wochen hinweg mit der gleichen Zuhörerschaft einen problematischen Charakter führen würde. „Chronifizierung ist nicht das Merkmal eines Systems, sondern einer Beziehung, eines Interaktionsmusters zwischen System und Umwelt“ (Simon 2014, S.70).

Ein weiterer zu betrachtender Aspekt ist, dass ein solches Muster dann chronisch wird, wenn es als erfolgreiche Interaktions- und Bewältigungsstrategie angewandt wurde. Wurde selbstverletzendes Verhalten in einer Krisensituation als (kurzfristig) Anspannungslösend erprobt, kann diese Lösungsstrategie in einer ähnlichen Situation wieder angewendet werden. Nur ohne die Verstörung dieses Verhaltens durch die Umwelt, bleibt es bestehen und kann wieder als Bewältigung genutzt werden (Krisenlosigkeit). „Zusammenfassend kann man feststellen, daß [sic] Interaktionsmuster nur dann chronifizieren, wenn jeweils eine ausreichende Zahl von Akteuren die dazu nötigen Verhaltensweisen realisiert“ (Simon 2014, S.75). Es sollte nicht missachtet werden, dass die Aufrechterhaltung dieser Lösungsstrategie eine Fähigkeit darstellt, die im Behandlungskontext produktiv genutzt werden kann, etwa durch eine Verlagerung des Verhaltens in einen anderen Kontext oder eine Betitelung als Durchhaltevermögen (vgl. Beushausen 2014a, S.17).

Werden die bisherige Darstellung mit einer systemischen Beschreibung der Chronifizierung verglichen, können wichtige Unterschiede in der Bewertung der Situation und der betroffenen Personen festgehalten werden. Simon (2014) betrachtet dabei zunächst die Dekontextualisierung der chronischen Störung bzw. des chronischen Problems. Dass diese eine sinnvolle Strategie in der Interaktion mit der sozialen oder strukturellen Umwelt darstellt oder darstellte, werde oftmals zu Gunsten des Prognoseaspekts negiert/außer Acht gelassen. Damit einhergehend werden Adressat*innen in eine passive Rollenübernahme „gedrängt“ – die chronifizierte Lösungsstrategie stellt hier kein aktives Handeln mehr dar, um ein Problem in Interaktion mit dem System zu bewältigen, sondern wird zum Attribut einer passiven, nicht handelnden „gestörten Persönlichkeit“, ein Problem in der Innenwelt der Adressat*innen (vgl. Simon 2014, S.78-79).

Neben der sozialen Umwelt und den Adressat*innen selber, nennen Schweitzer & Nicolai (2010) weitere Einflussfaktoren. Nicht nur der Verlust einer Zukunftsperspektive auf Seite der Betroffenen oder Stigmatisierung durch Angehörige wirken krankheitsfördernd, auch

sozialrechtliche und strukturelle Gefüge tragen wie professionell Helfende einer Chronifizierung bei. Letztere können dies beispielsweise durch Diagnosen, veraltete Krankheitskonzepte (z.B. Schizophrenie als unheilbares Krankheitsbild) oder die unreflektierte Wiederholung von ineffektiven Behandlungsmaßnahmen verstärken (vgl. Schweitzer/Nicolai 2010, S.32-33). Während mögliche krankheitsfördernde Aspekte bei Betroffenen, Angehörigen und strukturelle Aspekte bereits im Rahmen des biopsychosozialen Modells betrachtet wurden, soll im nachfolgenden Kapitel die Wirkung von Sozialarbeitenden und weiteren behandelnden Berufsgruppen beleuchtet werden.

5 Begünstigende Faktoren der Sozialen Arbeit

Intrapsychische Faktoren, die Chronifizierungsprozesse ermöglichen oder fördern, werden in der Forschung und Praxis oftmals betrachtet. Auch ein möglicher Einfluss des sozialen Umfeldes finden zunehmende Einbezug in Behandlung und Prozessforschung, während strukturelle oder kulturelle Parameter in einzelnen Fällen beachtet werden. Erst in den letzten Jahrzehnten findet eine vermehrte systematische Auseinandersetzung mit den Auswirkungen der professionellen Beziehung (vgl. Green/Polen/Janoff et al. 2008; vgl. Goldsmith/Lewis/Dunn et al. 2015) und unerwünschten oder schädlichen Nebeneffekten bzw. Fehlern von professionell Helfenden statt, die jedoch zum Großteil auf psychotherapeutische Beziehungen und Behandlungen bezugnehmen (vgl. Linden/Strauß 2018). Eine direkte Übertragung auf die Soziale Arbeit oder psychosoziale Beratung ist aufgrund der unterschiedlichen Behandlungsstrategien, Adressat*innen und zu bearbeiteten Themen nicht ohne weiteres möglich, dennoch ermöglichen die Forschungsergebnisse in einigen Bereichen (z.B. Beziehungsgestaltung, Haltungen) vorsichtige Annäherungen, auf die der nächste Abschnitt aufbaut.

5.1 Krankheitsfördernde Aspekte einer professionellen Arbeitsbeziehung

Die positive und gesundheitsfördernde Wirkung einer professionellen Arbeitsbeziehung zwischen Adressat*innen mit chronischen oder schweren psychischen Störungen und Fachkräften wird durch verschiedene Studien belegt (vgl. de Leeuw/van Meijel/Grypdonck et al. 2011, S.5; vgl. Taler/Leibert 2011). In ihrer Wirkung werden die Reduktion von Symptomen, ein besseres Selbstwertgefühl und ein besserer Gesundheitsstatus beschrieben (vgl. Shattock 2017, S.80-81), dabei ermöglicht sie nicht nur Veränderungen auf psychologischer oder sozialer Ebene, sondern auch Entwicklungen auf biologisch-neuronalen Faktoren: „Die helfende soziale Beziehung ist grundsätzlich eine Bindungsbeziehung (attachment relationship), die physiologische Regulationen einschließt und vermutlich unter geeigneten Bindungen in der Lage ist, neurale Strukturen bei Klienten zu verändern“ (Pauls 2013, S.54).

Eine negative (nicht-hilfreiche) Beziehung trägt eher zum Misserfolg oder zu einem Abbruch einer Maßnahme bei. Evidenzbasierte Maßnahmen *können* dabei zwar noch immer effektiv sein, oftmals bleibt das volle Potenzial jedoch ungenutzt. Ein Literaturreview nach Ljungberg und Kolleg*innen (2016) über als nicht hilfreich wahrgenommene Aspekte einer professionellen Arbeitsbeziehung stellt aus 17 untersuchten Studien mit insgesamt 475

Befragten, die alle mit einer schweren psychische Störung diagnostiziert wurden (vgl. Ljungberg/Denhov/Topor et al. 2016, S.268), folgende Kategorien dar:

Haltungen & Arbeitsweisen	Kontextfaktoren
Gleichgültigkeit (S.268)	Diskontinuität (S.273)
Unverständnis für Situation, Empfinden und Erfahrungen (S.271)	Ungenügende/Unklare Informationen (S.273)
Professionelle auf Autopilot (S.271)	Unzureichende Zeit (S.273)
Paternalistische/respektlose Grundhaltungen (S.272)	Stationäre Aufenthalte (S.273)
Vorgefertigte Meinungen (S.272)	Zwang (S.273-274)
Pessimismus (S.272)	
Unpassender Emotionsausdruck (S.272)	

Tabelle 1: Krankheitsfördernde Beziehungs- und Kontextaspekte (basierend auf Ljungberg/Denhov/Topor et al. 2016, S.268-274)

Die befragten Adressat*innen, deren Aussagen sicherlich kein umfassendes Bild, dafür aber einen Einblick in die Wahrnehmung der Personengruppe geben, unterscheiden Haltungen und Arbeitsweisen sowie Kontextfaktoren im Rahmen der Beziehung. Gleichgültigkeit besonders in schweren Zeiten, aber auch generelles Desinteresse und eine unauthentische Selbstdarstellungen einhergehend mit Unverständnis oder invalidierenden Aussagen bezüglich des aktuellen Geschehens oder Leidens – bis hin zur Verweigerung einer bloßen Kenntnisnahme - werden als kontraproduktiv beschrieben (vgl. ebd. S.268, 271); auch in einer kleinen qualitativen Befragung werden Desinteresse und eine starke Distanziertheit als negativ für eine professionelle Arbeitsbeziehung verstanden (vgl. Adnoy Eriksen/Arman/Davidson et al. 2014, S.113).

Ein weiterer Punkt ist das Gefühl als bloße Nummer und nicht als Individuum wahrgenommen zu werden, welchem eigene Geschichten, aktuelle Bedürfnisse und einem eigenständigen Charakter innewohnen. Die behandelnde Person folge dabei ohne Ausnahme den Regeln und Strukturen der übergeordneten Organisation, ohne individuelle Situationen und auftretende Kontextfaktoren zu beachten, die ein verändertes Vorgehen begründen würden (vgl. Ljungberg/Denhov/Topor et al. 2016, S.271). Bevormundende oder apodiktische Einstellungen und Einschätzungen sowie eine pessimistische Sicht auf das Verhalten und die Prognose der Adressat*innen finden sich unter Beispielen wie stigmatisierenden Aussagen oder den Glauben, dass Betroffene aufgrund einer Diagnose gewalttätig sein müssen, niemals genesen oder von keiner Maßnahme erreicht werden können (z.B. bei Menschen mit psychotischen Symptomen oder allgemein Hard-to-reach-Klientel) (vgl. ebd. S.272). Loos und

Kolleg*innen (2013) kommen in einer Fokusgruppe mit Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung zu ähnlichen Ergebnissen: werden Adressat*innen nicht in Entscheidungsprozesse miteingebunden und wird eine starke personelle Asymmetrie in der Beziehung wahrgenommen, sodass keine gleichrangige Kommunikation möglich scheint, wird diese als stigmatisierend und negativ beeinflussend wahrgenommen (vgl. Loos/Neumann/Arnold et al. 2013, S.25-26).

Nahezu alle hier beschriebenen Haltungen und Verhaltensweisen können unter der Missachtung der Individualität, des Expertentums der Adressat*innen für ihr eigenes Leben und invalidierende bzw. autonomiereduzierende Haltung zusammengefasst werden. Ein weiterer, davon losgelöster Punkt, ist der für Adressat*innen schädliche Umgang der behandelnden Person mit den eigenen Emotionen. Sowohl indem keine oder zu wenig Gefühle gezeigt werden als auch der Ausdruck in unpassenden Situation (Verärgerung, Weinen vor Entsetzen über das Erzählte, Entscheidungen der Adressat*innen werden als persönliche Beleidigung aufgefasst) wird kritisiert (vgl. Ljungberg/Denhov/Topor et al. 2016, S.272). Werden unangemessen Gefühle von Trauer gezeigt, ist davon auszugehen, dass Adressat*innen ihre Geschichte als „zu viel für Professionelle“ konnotieren und entweder davon absehen, weiter über ihr Erleben zu sprechen oder ein Unbehagen entwickeln, um die behandelnde Person „zu schützen“. Die Äußerung von Wut in unangemessener Art und Weise produziert Unverständnis, Unsicherheit und nimmt der Behandlung möglicherweise eine faire und vertrauensvolle Grundlage.

Kontextuelle Faktoren können sowohl ein Resultat der Haltung oder des Handelns der Fachkraft als auch den Einfluss von übergeordneten Strukturen auf die Beratungsbeziehung umfassen. Unzureichende Aufklärungen werden ebenso wie die Diskontinuität in professionellen Beziehungen bemängelt. Letzteres nimmt Bezug auf Schwierigkeiten, wenn professionelles Personal schnell wechselt (z.B. Behandlungsabbrüche, Schichtarbeit auf Stationen und in Einrichtungen) und damit einen vertrauensvollen Beziehungsaufbau erschwert oder gänzlich verhindert. Sowohl die Notwendigkeit, dass sich Adressat*innen wiederholt auf neue Personen einlassen und ihnen mitunter schmerzliche Erlebnisse erzählen müssen als auch die Beendigung einer Arbeitsbeziehung ohne Möglichkeiten der Rezidivprophylaxe können hier erschwerend wirken (vgl. Ljungberg/Denhov/Topor et al. 2016, S.273). Ähnliche Auswirkungen auf die Entwicklung einer stabilen und vertrauensvollen Beratungs- oder Behandlungsbeziehungen werden beschrieben, wenn die Zeit (Frequenz und Dauer) von Terminen als nicht ausreichend wahrgenommen wird. Dabei muss nicht zwingend ein

tatsächlicher Zeitmangel bestehen. Auch gestresstes Verhalten während eines Termins oder die Vermittlung, dass das eigene private Leben eine höhere Priorität als die Arbeit mit den Adressat*innen einnimmt, kann darunter gefasst werden⁴ (vgl. ebd.). Äquivalente Ergebnisse findet auch De Leeuw (2011, S.5) und folgert, dass die (falsche) Implementierung von Grenzen einen negativen Einfluss auf die Arbeitsbeziehungen einnehmen kann.

Der Punkt des stationären Aufenthalts bezieht sich im Literaturreview nicht auf das eigentliche stationäre Umfeld, sondern auf unethische Behandlungen, die zwischen dem Ignorieren von Bedürfnissen bis hin zu körperlicher Züchtigung reichen (vgl. Ljungberg/Denhov/Topor et al. 2016, S.273). Ein Aspekt, der jedoch auch in ambulanten Maßnahmen auftreten kann, ist Zwang. Wird die Machtposition ausgenutzt, um Drohungen (z.B. Fixierung, Beziehungsabbruch) auszusprechen, die Adressat*innen zum Verhalten nach den eigenen Wünschen bewegen sollen, ist dies sowohl höchst unethisch als auch beziehungshehmend oder mit einer traumatisierenden Wirkung verbunden (ebd. S.273-274) - keine Verbesserung, sondern eine Verschlimmerung der Symptomatik wird wahrscheinlich.

5.2 Pathologisierung der Person

Psychologische, soziale und strukturelle Einflüsse auf die Identität von Adressat*in wurden in den vorangestellten Kapiteln bereits aufgeführt und exemplarisch dargestellt. So wie Familienmitglieder oder Freunde den Zustand der psychischen Störung als Persönlichkeitsaspekt verfestigen können, indem sie jegliche Empfindungen und Verhalten der Störung attribuieren, sind ähnliche Vorgänge durch professionell Helfende möglich.

Besonders Labeling Prozesse, die durch das schriftliche Festhalten verstärkt werden, können zu einer geringeren Wahrnehmung der Individualität der betroffenen Menschen beitragen und Krankheitsidentitäten festigen (vgl. Aderhold 2018, o.S.). Beispielsweise können hier Diagnosen in Krankenakten und Anträgen oder die Feststellung eines Grad der Behinderung (GdB) genannt werden, die auf Defiziten aufgebaut und von dem Weiterbestehen der Erkrankung abhängig sind. Aderhold (2018, o.S.) formuliert dabei zu Diagnosen⁵: „Da sie grundsätzlich Zuschreibungen darstellen und eine starke Tendenz zur Identifikation,

⁴ Da es sich um eine Studie aus Adressat*innensicht handelt, muss besonders dieser Punkt auch von Fachkräften und ihrem eigenen Verhältnis von Nähe und Distanz reflektiert und für sich selbst eingeschätzt werden

⁵ Dieser Kritik gilt nicht nur der psychiatrischen Diagnostik und Kategorisierung. Auch die soziale Diagnostik kann generalisierend und de-individualisierend wirken, wenn auch die Wertigkeit einer ICD-10 Diagnose und damit der Einfluss auf die Identität als signifikanter eingeschätzt wird (vgl. Buttner/Gahleitner/Hochuli-Freund et al. 2018, S.32).

Verdinglichung, zur potenziellen Selbstentfremdung oder auch Zurückweisung sowie Aufrechterhaltung dieser Zuschreibung durch institutionelle, soziale und individuelle adaptive Prozesse in Gang setzen können, ist Vorsicht geboten.“

Es sollte bei dieser Kritik nicht außer Acht gelassen werden, dass Diagnosen den Nutzen haben, evidenzbasierte Behandlungsmethoden und Interventionen zu planen, die auf das Individuum zugeschnitten werden oder einen fachlichen Austausch (sowohl professionell als im Dialog mit Angehörigen und Betroffenen) zu vereinfachen (vgl. DVGP/Mental Health Europe 2019, S.1). Während das Konzept einer Diagnose für diese oder im Versorgungssystem zur Finanzierung von Leistungen, unter anderem im Rahmen der Krankenbehandlung oder Soziotherapie eine Notwendigkeit darstellen, ist eine Heranziehung als abstraktes, unreflektiertes Konzept zur Erklärung jeglicher Verhaltens- und Denkmuster im sozialen und behandelnden Lebenswelten problematisch. Wird das höfliche Verhalten eines Adressaten mit einer Borderline-Störung nicht als positiver Charakterzug, sondern als kontextunabhängiger Manipulationsversuch (oder weniger drastisch als Idealisierung) gegenüber Beschäftigten verstanden, verhilft dies die Individualität des Menschen zu negieren und zu einer Festigung einer beginnenden oder bestehenden „chronischen Identität“ beizutragen – letztlich auch mit der Möglichkeit, dadurch erst Chronifizierungsprozesse auszulösen (vgl. von Peter 2013, S. 51; vgl. Beushausen 2014a, S.18-19). Von Peter fasst dies treffend zusammen: „In that way, the notion of ‚chronic‘ identities has the potential to create the very kind of people it attempts to categorize“ (von Peter 2013, S.54).

Neben der Möglichkeit, mit der Zuschreibung der Störung die betrachteten Prozesse auszulösen, beschreibt Beushausen auch die (unbewusste) Suche von Adressat*innen nach Bestätigung ihrer Störung durch professionell Helfende. Da es für diese wichtig sein kann, ein sinnstiftendes Narrativ für ihre intra- und interpersonellen Problematiken zu finden, werden im psychiatrisch-therapeutischen Bereich die Diagnose einer psychischen Störung oder im beraterischen Kontext die Bestätigung einer (schwerwiegenden) psychosozialen Lebenslage als Begründung herangezogen. Um dieses Narrativ nicht zu verlieren, muss die angenommene Störung durch professionelle legitimiert werden und diese Bewertung muss aufrechterhalten werden, indem auch die Symptomatik keine Veränderung erfährt – die Pathologie der Störung bleibt bestehen und verschlimmert sich gegebenenfalls weiter (vgl. Beushausen 2014a, S.19; Aderhold 2018, o.S.). Bestätigen Fachkräfte diesen Prozess, beeinflussen Sie den Fortbestand der Selbstpathologisierung weiter. Dass sich der Unterstützungsbedarf und die Erreichbarkeit von Adressat*innen mit der Veränderung des Kontextes, dem

individuellen Kompetenzerwerb und sozialer Unterstützung positive wie negativ verschieben kann, wird bei der Beschreibung einer solchen Momentaufnahme durch Fachkräfte nur selten reflektiert (vgl. Giertz 2021, S.34).

Es wird deutlich, dass die Auswahl von „unpassenden“ Leistungen, die wenig personenzentriert arbeiten, einer Chronifizierung von schweren psychischen Störungen und dem Labeling als Hard-to-reach-Adressat*innen beitragen kann. Giertz verweist dabei vornehmlich auf strukturelle Schwierigkeiten im Versorgungssystem, da bestehende Einrichtungen oftmals unzureichend untereinander vernetzt sind, um intensive Bedarfe insbesondere beim Zusammengreifen von ambulanten und stationären Leistungen personenzentriert zu koordinieren. Neben der Hürde eines segregierten Gesundheitssystems (ambulante vs. stationäre Leistungen) bestehen oftmals in (ländlichen) Versorgungsgebieten nur wenig Unterstützungsmöglichkeiten. Alternativen zur intramuralen Behandlung, die bedarfsorientiert und flexibel einsetzbar sind, stehen oftmals nicht zur Verfügung (vgl. ebd. S.35).

Eine besonders für die Soziale Arbeit relevanter Chronifizierungsaspekt ist der Vorgang, bei denen soziale Probleme zu psychischen Problemen umgedeutet werden. Dabei ist sowohl möglich, dass der Versuch, einen angemessenen Umgang mit sozialen Problemen zu finden, zur Verschlimmerung oder Verfestigung psychischer Symptome beiträgt oder aber ein soziales Problem als psychiatrisches Syndrom aufgefasst wird. Als Beispiel für ersteres nutzt Beushausen eine Person, deren stationäre Behandlung verlängert wurde, weil nicht in die Wohnungslosigkeit entlassen werden sollte. Obwohl keine Indikation zur intensiven Behandlung mehr besteht, wirkt die Klärung der Wohnsituation aufenthaltsverlängernd (vgl. Beushausen 2014a, S.19). Dieses Beispiel und die kurze Ausführung sollten jedoch kritisch reflektiert werden. Es ist richtig, dass eine zu hoch frequentierte Behandlung, gerade im stationären Umfeld, Schwere und Dauer negativ beeinflussen kann (vgl. Kapitel 5.3). Allerdings könnte auch Stress und lebensbedrohliche Erfahrungen durch die Obdachlosigkeit die Symptomatik verschlechtern, wie in der Ausführung zu sozialen Problemen verdeutlicht (vgl. Kapitel 4.1.3.3).

Behandlungen können jedoch auch durch subjektiv wahrgenommene soziale Probleme ausgelöst und legitimiert werden. Etwa wenn ein Kind aufgrund eines ausgeprägten motorischen Bewegungsdrangs mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bzw. Hyperkinetische Störungen diagnostiziert wird, die medikamentös eingestellt wird. Die frühe (und bei Fehldiagnose unnötige) Maßnahme und negative Zuschreibung als

problembehaftet oder krankhaft kann fälschlicherweise eine langjährige Behandlung bzw. chronischen Verläufen auslösen und begründen (vgl. Beushausen 2014a, S.20).

Für Sozialarbeitende und andere Professionen ist es unabdingbar, mögliche Folgen gegeneinander abzuwägen und die Natur der präsentierten Störungen und Lösungsversuche zu reflektieren, um hier krankheitsförderndes Verhalten zu vermeiden.

5.3 Krankheitsfestigende Maßnahmen

Nicht zuletzt durch das zuvor präsentierte Beispiel lässt sich belegen, dass nicht nur Haltungen und Zuschreibungen, sondern auch Arbeitsweisen und Maßnahmen zur Persistenz und schwere psychischer Störung beitragen können.

Eine weitere beitragende Maßnahme ist u.U. die zu frühe Beendigung einer Maßnahme sowohl im ambulanten als auch im (teil)stationären Kontext (und gleichermaßen in Beratung oder Psychotherapie). Sie kann dazu führen, dass Symptome (wieder)auftreten/fortbestehen oder in ihrer Schwere zunehmen, da ein adaptiver Umgang nicht etabliert werden konnte (vgl. Zittlau 2019, S.74). Ein Betroffener fasst wie folgt zusammen: „Viele kurze Psychiatrieaufenthalte, bei denen man nur auf die Verweildauer schaut, erzeugen eine Chronifizierung“ (Laupichler 2007, S.30).

Der Grund für eine zu frühe Beendigung kann verschieden sein, beginnend bei dem Misserfolg, keine angemessene oder langfristige Lösung für das Problem zu finden oder dieses zu Beginn nicht richtig identifiziert und somit in der Arbeit nicht beachtet zu haben. Gleichermassen ist es möglich, dass die Maßnahme aufgrund von Fehlverhalten von Adressat*innen oder der Fachkraft vor dem Erreichen des Behandlungsziels beendet wird – etwa die Unterbringung eines jungen Erwachsenen in einer Wohngruppe, der dieser aufgrund mehrerer Regelbrüche (Gewalt gegen andere Mitbewohner*innen) verwiesen wird. Auch die Finanzierung einer Leistung oder eines Projektes kann den Fortbestand gefährden, etwa wenn die Kriterien für einen Bezug (Schwere der psychischen Störung) nicht mehr bestehen, Projektzeiträume auslaufen oder Stundenkontingente aufgebraucht sind, ohne dass eine ausreichende Stabilität erreicht wurde bzw. diese Leistungen erst gar nicht für die Zielgruppe geschaffen werden (vgl. Gühne/Riedel-Heller 2015, S.7) – sowohl die Beendigung als auch das mögliche Gegensteuern von Betroffenen, um die Leistung aufrechtzuerhalten, gefährden die positive Entwicklung von Adressat*innen. Unabhängig des Grundes bleibt die psychische Störung bestehen und verschlimmert sich unter Umständen weiter. Fühlen sich

Menschen aufgrund der Leistungsbeendigung als unfair behandelt, können Grundannahmen entstehen, die professionelle Kontexte negativ konnotieren. Eine erneute Kontaktaufnahme zu neuen Einrichtungen oder Leistungsangeboten wird unwahrscheinlicher (vgl. Schnyder/Panczak/Groth 2017, S.264).

Neben der zu frühen Beendigung kann auch eine Leistung unreflektiert fortgeführt werden, obwohl sie auf Seite der Adressat*innen nicht (mehr) benötigt wird und nicht den Zustand oder die Lebensqualität verbessert (vgl. Beushausen 2014a, S.20). Letzteres kann in zweierlei Ausführungen auftreten. Einmal, indem eine bestehende Leistung wie ein stationärer Aufenthalt oder die Unterbringung in einer Wohngruppe fortgeführt wird, obwohl keine ausreichende Indikation mehr besteht oder aber keine Verbesserung der Symptomatik eintritt, weil die Passung zwischen Intervention und Adressat*in nicht stimmt.⁶ Stattdessen werden die gleichen Strategien angewandt oder unangemessene Anforderungen an die Adressat*innen gestellt oder Aussagen zur Unwirksamkeit ignoriert – der Glaube in die eigenen Fertigkeiten (Selbstwirksamkeit) und die Hoffnung auf Besserung sinken, da die gewünschten Behandlungserfolge nicht eintreten (vgl. Vogel 2013, S.312). Auch wenn Sozialarbeitende diesen Kreislauf erkennen, sollte darauf geachtet werden, nicht nur einen bloßen Austausch der Interaktionspartner anzuregen. Damit ist gemeint, dass bei einem Wechsel in eine andere Wohngruppe, in eine andere stationäre Behandlungseinrichtung oder der betreuenden Personen nicht dennoch alte Muster fortgeführt werden und damit nur Interaktionspartner*innen ausgetauscht werden (vgl. Beushausen 2014a, S.19).

Die zweite Möglichkeit besteht darin, Adressat*innen Aufgaben abzunehmen, die im Bereich ihrer Fertigkeiten und Möglichkeiten liegen. Somit wird ihnen die Chance verwehrt, neue Situationen zunächst mit den eigenen Fertigkeiten zu bewältigen, obwohl dies mit Gefühlen von Angst oder Unbehagen (auf beiden Seiten) einhergehen kann. Während dieser Schutz zumeist mit guten Intentionen geschieht, bleibt unbeachtet, dass Belastungen und Risiken immer im Leben auftreten und der Umgang mit einhergehenden Gefühlen erlernt werden muss. Gerade neue Erfahrungen können Erfahrungs- und Freiheitszuwachs ermöglichen, die wiederum gesundheitsfördernd wirken können (vgl. Pauls 2013, S.107). Werden hingegen im ambulanten betreuten Wohnen Stunden darauf verwendet, gemeinsam einkaufen zu gehen oder Termine zu begleiten, obwohl keine Schwierigkeiten bei diesen

⁶ Ein Widerstand gegenüber der angewandten Technik oder des Verfahrens und Widerstand gegen Veränderung unterscheiden sich voneinander und müssen von Behandelnden unterschieden werden. Sie fordern in der Bearbeitung ein anderes Vorgehen.

Aktivitäten bestehen und dabei kein weiteres Ziel verfolgt wird als eben diese Tätigkeit zu erfüllen, steigen Gefühle der Unfähigkeit (vgl. Beushausen 2014a, S.19). Bei Betrachtung der Ausführungen zur erlernten Hilflosigkeit nach Seligman (Kap. 4.1.2.6) wird schnell deutlich, dass die vorhandenen Kompetenzen negiert und Gefühle von Kompetenz oder Selbstwirksamkeit verringert werden, anstelle diese ressourcenorientiert zu nutzen – die Folge ist eine verfestigte erlernte Hilflosigkeit und eine größere Abhängigkeit vom angebotenen Dienst. Auf die absichtsvolle Bindung von Adressat*innen an die behandelnde Person oder Institution wird im Abschnitt 5.5 im Rahmen von unethischem Verhalten näher eingegangen.

Obwohl alle Maßnahmen Potenzial zur Chronifizierung beinhalten, sollen exemplarisch die stationäre Behandlung und die Anwendung von Zwang betrachtet werden. Durch die hohe Struktur und Frequenz der Behandlung, der ein intensiveres Arbeiten zugesprochen wird, hat der stationäre Rahmen ein hohes Potenzial, Betroffene zu unterstützen und Effekte durch eine krankheitsfördernde soziale Umwelt zu verringern (vgl. Wittmund 2017, S.69). Bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung kann die stationäre Aufnahme einen Suizid verhindern. Allerdings gehen besonders diese Maßnahmen mit Eingriffen in die Autonomie durch Zwangsmaßnahmen (z.B. Fixierungen, Medikamenteneinnahme) oder der Einschränkungen der (Bewegungs)Freiheit einher. In der Forschung werden Auswirkungen von einer Ambivalenz begleitet, die sowohl von positiven Effekten und einer Einschätzung von Angemessenheit (Erleichterung, Dankbarkeit), andererseits jedoch von Vertrauensverlusten (in die eigene Person, mit behandelnden Personen und das gesamte psychiatrische Versorgungsnetzwerk), Ohnmachts- oder Demütigungsgefühlen begleitet werden können (vgl. Wilkes 2016, S.187). Selbst wenn Zwangsmaßnahmen in (als notwendig interpretierten) Situationen angewandt werden, kann als negative Folge eine Beziehungsverschlechterung eintreten, die bearbeitet werden muss. Auch in der Sozialen Arbeit selbst sind Zwangsmaßnahmen nicht unbekannt, beispielsweise im Rahmen von Kontrollaufträgen (z.B. in der Straffälligenhilfe, in der Jugendhilfe, bei Selbst- und Fremdgefährdeten Adressat*innen) (vgl. Giertz/Große/Gahleitner et al. 2021, S.21). Während eine Argumentation sein kann, dass Adressat*innen teilweise nur über diesen Weg von Hilfen erreicht werden können, wird gerade im Rahmen der Betrachtung der sogenannten Hard-to-reach-Klientel eine Schwierigkeit deutlich: Werden Zwangsmaßnahmen hinzugezogen, um wenig responsive Adressat*innen Unterstützungsleistungen zu ermöglichen, entsteht ein Einschnitt in die Autonomie bzw. Selbstbestimmung dieser und daraus folgend ggf. eine Verschiebung von

Prioritäten. Anstelle nach neuen, geeigneten Behandlungsformen zu forschen, mit denen Adressat*innen besser erreicht und mit denen ggf. strukturelle oder einstellungsbezogene Hindernisse verändert werden können, sollen Zwangsmaßnahmen Adressat*innen zur Inanspruchnahme des Systems und zur Eingliederung in dieses hinzugezogen werden. Giertz/Große/Gahleitner et al. (2021, S.21) formulieren treffend: „Je mehr Zwang und Freiheitsentzug Einzug halten in die Konzepte Sozialer Arbeit, desto weniger stellt sich die Frage, wie Adressat*innen erreicht werden können“.

Auch die Umgebung und die Dauer eines Aufenthaltes sind für Chronizität von Bedeutung, beide Aspekte können zur Verschärfung der Problematik führen, wie die Darstellung einer Versorgungskette aufzeigt. Beginnend mit dem primären Ziel einer psychiatrischen Diagnostik, folgt nach dieser möglicherweise eine medikamentöse Einstellung und dieser anschließend eine psychotherapeutische Behandlung auf derselben oder einer in der gleichen Klinik liegenden Station. Nicht selten wird eine ambulante Weiterführung nach dem Aufenthalt empfohlen, die weiter mit Wartezeit (mit möglichen neuen Krisen), einem neuen Beziehungseingang und einer wechselnden Behandlungsart einhergeht – zu Kriseninterventionen kann die bekannte Klinik wieder genutzt werden. Die langen Zeiträume und damit einhergehende Gewohnheitsbildungen reduzieren unter Umständen die Fertigkeiten des selbstständigen Lebens. Anforderungen des täglichen und beruflichen Lebens geraten in den Hintergrund und erschweren die Wiedereingliederung in das Leben außerhalb der stationären Behandlung, das Krankheitskonzept kann als unbewusster Schutz vor diesen Anforderungen dienen (vgl. Wittmund 2007, S.69; vgl. Beushausen 2013a, S.343).

Ein weiterer problematischer Prozess dieser und anderer Maßnahmen ist die Bildung von und Sozialisierung in „Patientensubkulturen“ (von Schlippe/Schweitzer 2016, S.169). Gemeint sind Adressat*innen mit ähnlicher Krankheitsgeschichte oder Problematiken, die über einen langen Zeitraum auf Stationen oder in Wohneinrichtungen zusammenleben und unter anderem frühere (gesundheitsfördernde) Beziehungen ersetzen. Ähnlich den beschriebenen Pro-Ana-Foren, die Betroffenen Halt und Verständnis für ihre Situation geben können, dabei jedoch eine Krankheitsidealisierende Haltung einnehmen, können nahezu ausschließlich auf einer gemeinsam Krankheitsgeschichte basierende Beziehungen andere Lebensbereiche oder Identitätsanteile verdrängen (vgl. Laupichler 2007, S.30,34). Ein bekanntes Phänomen sind die „Ansteckungen“ mit Symptomen von anderen Mitgliedern der Patientengruppe, krankheitstypische Verhaltensweisen werden in das eigene Symptomcluster eingegliedert,

ebenfalls, um unbewusst die eigene Identität und Zugehörigkeit zur Gruppe zu stabilisieren (vgl. Schnell 2019, S.12-13).

5.4 Stigmatisierung

Menschen mit einer schweren oder chronischen psychischen Erkrankung stehen oftmals verschiedenen Stigmatisierungen gegenüber, die nicht selten in Diskriminierung, Bewertungen und Zuschreibungen enden (vgl. Jing/Chen/Paul 2016, S.534). Dass stigmatisierende Haltungen auch von Fachkräften berichtet werden, wurde bereits bei der Betrachtung der krankheitsfördernden Beziehungsaspekte deutlich (Kapitel 5.1).

Obwohl ein Argument bestehen könnte, dass Fachkräfte aufgrund häufigerer Interaktionen mit Menschen mit einer psychischen Störung weniger stigmatisierende Haltungen haben, verweist die Studie von Lauber/Nordt/Braunschweig et al. (2006) auf ein kontinuierlich leicht höhere Prävalenz von negativen Beschreibungen (z.B. abnormal, unzuverlässig – mit der Ausnahme von dumm) und eine geringere oder gleiche Einschätzung positiver Charaktermerkmale (z.B. kreativ, besonnen) (vgl. ebd. S.54-55). Während die Häufigkeit keine starke Abweichung zur Allgemeinbevölkerung aufweist, ist dennoch beachtlich, dass Fachkräfte keine positive Veränderung der Bewertungen und Einschätzung von Betroffenen aufweisen.

Den größten Unterschied innerhalb einer Stichprobe von Berufsgruppen in verschiedenen psychiatrischen Settings, stellen Menschen in stationären Arbeitsfeldern oder mit Menschen mit psychotischen Erleben dar. Hier können deutlich negativere Glaubenssätze bezüglich Menschen mit psychischen Störungen festgestellt werden. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass sie Adressat*innen mit schwererer Symptomatik bzw. in krisenhaften Zuständen behandeln und nur selten einen kompletten Genesungsprozess erleben (vgl. Hansson/Jormfeld/Svedberg et al. 2011, S.52-53). Es ist zu beachten, dass es sich bei dieser Studie um freiwillige Selbstauskünfte handelt, die zudem nicht der allgemeinen Bevölkerung entgegengestellt wurden. Nichtsdestotrotz wird deutlich, dass Fachkräfte in der Arbeit mit Menschen mit einer (schweren) psychischen Erkrankung über stigmatisierende Haltungen verfügen, die Arbeitsweisen negativ beeinflussen können. Beide Studien geben Einblick darauf, was neben einer unzureichenden Aus- oder Fortbildung zu invalidierenden Aussagen führen können, wie sie im Abschnitt 5.1 von Adressat*innen berichtet wurden. Exemplarisch können auch hier die Adressat*innen betrachtet werden, die von Fachkräften als Hard-to-reach kategorisiert werden. Obwohl bereits dargestellt wurde, wie strukturelle Barrieren in

Wechselwirkung mit den Fähigkeiten der Individuen zur Nichtinanspruchnahme von Leistungen führen, gelten diese Adressat*innen für viele Fachkräfte auch in der Sozialen Arbeit als unmotiviert, nicht veränderungsbereit und nicht responsiv für Behandlungs- und Unterstützungsversuche (vgl. Giertz/Große/Gahleitner et al. 2021, S.24). Die Einschätzung, dass diese Gruppe nicht vom System erreicht werden kann, ohne dass systemrelevante (auch demographische und kulturelle) Faktoren betrachtet werden und der Aspekt der freien Entscheidung für den individuellen Lebensentwurf außen vor bleibt, führt zu einem Übergehen der strukturell notwendigen Veränderung, verunmöglichen einen Diskurs über Veränderung und führen zu stigmatisierenden Zuschreibungen und Annahmen über Adressat*innen (vgl. ebd. S.17).

Stigmata oder pessimistische Grundannahmen können bereits entstehen, bevor Kontakt mit Adressat*innen aufgenommen wurde. Hier können sowohl übermittelte Diagnosen (z.B. oftmals bei Persönlichkeitsstörungen) als auch Gesprächen mit zuvor behandelnden Personal wirken und negative Einschätzung gebildet werden, warum z.B. eine Maßnahme beendet wurde. Auch bereits bestehende Einstellungen von Kolleg*innen können an das weitere Personal vermittelt werden (vgl. Schweitzer/Nicolai 2010, S.33; vgl. Beushausen 2014a, S.19). Nicht selten tritt der Begriff „Therapieresistenz“ in der Beschreibung von Adressat*innen mit schweren psychischen Erkrankungen auf – während auf offiziellen Dokumenten solche Formulierungen vermieden werden, ist der tägliche Sprachgebrauch, der Wahrnehmung und Konzepte beeinflusst, nach wie vor stigmatisierend (vgl. Bister 2018, S.6-7). Schwere psychische Störung erzeugen durch typische Interaktionsmuster nicht selten Frustration bei professionell behandelnden Kräften, die zur Kategorisierung als therapieresistent führen und zu Diskriminierung und Selbststigmatisierung beitragen können (vgl. Hinrichs 2019, S.28).

5.5 Krankheitsmodelle & -konzepte

In dieser Arbeit wurde bereits aufgeführt, dass in der medizinischen Versorgung lange Zeit das biomedizinische Krankheitsmodell vorherrschte und auch heute noch von Personen vertreten wird. Demnach hat jede Störung einen (neuro)biologischen Auslöser und ist ein Defekt des Organismus, unabhängig von sozialen und kulturellen Umständen (vgl. Faltermaier/Ulrich/Leplow et al. 2016, S.56-57). Auch bei einigen psychiatrischen Krankheitsbildern – vor allem schizophrenen oder manischen Störungen – wird diese These auch heute noch vertreten: durch die Vergabe von antipsychotischer Medikation kann die Imbalance von Neurotransmittern behoben und die Adressat*in geheilt werden. Funktioniert dies im

Umkehrschluss nicht, muss mit einem anhaltenden Krankheitszustand gerechnet werden (vgl. Henriksen 2013, S.395-396).

Sowohl die rein biologische Sicht auf Störungsbilder als auch die Annahme, dass bestimmte Krankheiten nicht geheilt und immer in ihrer Form und Schwere bestehen werden (z.B. Persönlichkeitsstörungen), wirken in der Behandlung auch auf Adressat*innen und dem Prozess der Krankheitsbewältigung ein. Dies geschieht nicht zuletzt dadurch, dass mögliche Behandlungsoptionen nicht vorgestellt und von Adressat*innen genutzt werden können oder Prognosen von als kompetent wahrgenommenen Fachleuten die eigene Hoffnung auf Gesundung oder Besserung beeinflussen, somit eine negative Entwicklungserwartungen verfestigt wird. Mit der primär defizitorientierten Grundhaltung der beratenden Person einhergehend, wird weiterhin der Aufbau von Selbstwirksamkeitserfahrungen und autonomen Handelns erschwert (vgl. Ljungberg/Denhov/Topor 2015, S.272).

5.6 Unethisches Verhalten

Kasmarek/Passmann/Cappel et al. (2012, S.406) analysierten Beschwerdeprotokolle, die an den Verein Ethik in der Psychotherapie e.V. gerichtet wurden und betrachteten dabei unter anderem unprofessionelle Verhaltensweisen, die in zehn Kategorien unterteilt wurden:

1. Sexuelle Grenzüberschreitungen	6. Soziale Grenzverletzungen
2. Befangenheit	7. Therapieabbruch durch Therapeuten
3. Mangelnde Diagnostik / Technikanwendung	8. Verstoß gegen Informations-, Dokumentations- und Schweigepflicht
4. Ökonomischer/finanzieller Missbrauch	9. Verletzung therapeutischer Basisvariablen
5. Mangelhafte Rahmenbedingungen	10. Sonstiges

Tabelle 2: Unprofessionelle Verhaltensweisen (basierend auf Kaczmarek/Passmann/Cappel et al. 2012, S.406)

Jede dieser Kategorien und ihre enthaltenen Handlungen kann chronifizierendes Potenzial zugeschrieben werden (für eine ausführliche Beschreibung mit Beispielen sei auf Kaczmarek 2012 selbst verwiesen). Exemplarisch können sexuelle oder soziale Grenzverletzungen wie sexueller Missbrauch oder die private Kontaktaufnahme ohne therapeutischen bzw. beraterischen Hintergrund schwere Folgen haben, die in der Studie jedoch unbenannt bleiben.

In einer weiteren Untersuchung (vgl. Scholten/Velten/Kintscher et al. 2018, S.425) wurde neben der Häufigkeit der Beschwerden auch dokumentierte Auswirkungen aufgenommen. Unter anderem wird von einer destruktiven Wirkung auf die professionelle Beziehung (23%), die Symptomatik (z.B. durch Retraumatisierungen) (27%) oder das Vertrauen in das

Hilfssysteme berichtet. Nicht selten verstärken Grenzverletzungen Abhängigkeiten, indem sie Selbstwirksamkeitserleben und Selbstvertrauen verringerten oder Unverständnis produzierten (z.B. bei einer unangemessenen Art der Maßnahmenbeendigung per E-Mail oder SMS (Kategorie 7) (vgl. ebd.). Eine unreflektierte Weiterführung einer Maßnahme wurde in Kapitel 5.3 bereits aufgegriffen, allerdings ist nicht nur eine unreflektierte Fortsetzung als Auslöser möglich: werden Adressat*innen wissentlich für private oder institutionelle Interessen einer nicht indizierten Behandlung unterzogen (Kat. 4), kann dies rechtliche, finanzielle und verlaufsbeeinflussende Nachteile verursachen (vgl. ebd.; Beushausen 2014a, S.21).

6 Interventionsmöglichkeiten der Klinischen Sozialarbeit

Nachdem im vergangenen Abschnitt relevante biopsychosoziale Aspekte der Chronifizierung identifiziert und erläutert wurden (zusammenfassende tabellarische Darstellung Anhang 1), sollen in einem nächsten Schritt die erworbenen Kenntnisse auf Interventionsmöglichkeiten der Klinischen Sozialarbeit übertragen werden. Zuvor findet die Relevanz der Klinischen Sozialarbeit im Bereich der chronischen oder schweren psychischen Erkrankungen eine Darstellung und Ausführung.

6.1 Grundlagen Klinische Sozialarbeit

Die Klinische Sozialarbeit stellt eine Teildisziplin der Sozialen Arbeit dar, die sowohl forschend-evaluativ als auch praktisch-handlungsorientiert tätig ist (vgl. DGSA o.J., o.S). Die Bezeichnung *klinisch* umfasst dabei jedoch eine behandelnde Arbeit, die an die direkte Interaktion mit Adressat*innen und nicht an den Ort der „Klinik“ gebunden ist (vgl. Pauls 2013, S.16-17). Basierend auf einem biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit und Krankheit integriert sie wissenschaftliche Behandlungsstandards für eine eigenständiger Diagnostik, Beratung und Behandlung von Adressat*innen, aber auch einer professionellen Haltung und Expertise (vgl. ebd. S.17,32). Die Arbeit mit der Zielgruppe von „gesundheitlich gefährdeten, erkrankten und (vorübergehend oder dauerhaft) behinderten Menschen“ (Bosshard, Ebert, Lazarus 2013, S.540) bzw. Menschen in „Multiproblemsituationen“ (Pauls 2013, S.17) geschieht vor allem durch den Einbezug (psycho)sozialer Vorgänge und kultureller Gegebenheiten entlang der individuellen Lebenswelt, um Belastungen zu reduzieren und Lebensqualität an dieser Schnittstelle zu fördern (vgl. Pauls 2013, S.20; vgl. Walther/Deimel 2017, S.39).

Bei Betrachtung der Zielgruppe wird deutlich, warum Klinische Sozialarbeit für die Arbeit mit Menschen mit einer schweren oder chronischen physischen Erkrankung geeignet ist. Oftmals besteht ein komplexer Leistungsbedarf mit Auswirkungen auf das Individuum und ihre soziale Umgebung gleichermaßen (vgl. Gühne/Riedel-Heller 2015, S.6). Psychosoziale und soziotherapeutische Leistungen setzten an dieser Überschneidung für eine umfassende Behandlung in der Lebenswelt von „hard-to-reach“ (Gruber 2018, S.27; vgl. Kap. 4.1.3.2) Adressat*innen an, „welche aus verschiedenen Gründen Unterstützung nicht beanspruchen können, jedoch durch viele Problemlagen gekennzeichnet sind“ (ebd.). Nicht selten sind mehrere Fachkräfte aus verschiedenen Professionen und unterschiedliche Maßnahmen involviert, die beispielsweise durch Methoden/Konzepte wie des Case Managements

koordiniert werden können (vgl. ebd. S.33). Die Bearbeitung von Teilhabeeinschränkungen, die von der DGPPN als Kriterium für schwere psychische Erkrankungen formuliert wurden (vgl. Gühne/Weinmann/Riedel-Heller et al. 2019, S.7), fällt definitorisch in den zentralen Aufgabenbereich der (Klinischen) Sozialarbeit (vgl. DBSH 2016, S.2). Weiterhin fördert die Hinzuziehung von formellen wie informellen sozialen Netzwerken und die Aktivierung von personalen und sozialen Ressourcen die Unabhängigkeit vom Leistungssystem sowie die Autonomie der Adressat*innen, wodurch auf einer wirtschaftlichen Versorgungsebene finanzielle Kosten der Behandlung gesenkt werden können (vgl. Gruber 2018, S.27).

6.2 Einfluss der Grundlagen auf Chronifizierungsprozesse

Analog zu den in Kapitel 5 herausgearbeiteten negativen Einflüssen von Sozialarbeitenden und Maßnahmen, können positive und damit einer Chronifizierung vorbeugende Aspekte formuliert werden. Während auch bei (klinisch) Sozialarbeitenden stigmatisierende Haltungen oder schädigendes Verhalten in der Arbeitsbeziehung auftreten können, enthält die Klinische Sozialarbeit per Definition Merkmale, die den negativen Aspekten diametral gegenüberstehen. Beispiele dafür sind die erwähnte biopsychosoziale Grundhaltung und eine Ressourcenorientierung, die einem biomedizinischen Krankheitsverständnis und einer defizitorientierten Behandlung gegenübersteht. Die diesen Konzepten inne liegenden Chronifizierungspotenziale werden durch eine gelebte Grundhaltung bereits negiert oder zumindest reduziert und aus diesem Grund in der Aufstellung der Interventionen nicht explizit betrachtet.

Die Klinische Sozialarbeit verbindet, wie zuvor aufgeführt, die direkte Behandlung von Adressat*innen unter Einbezug (und Veränderung!) der strukturellen Kontextbedingungen. Während im Rahmen einer klinisch-sozialarbeiterischen Haltung personenzentrierte und mit dem Lebensentwurf der Betroffenen abgestimmte Hilfe etabliert werden kann, ist die Erforschung von Themengebieten sowie ein auf diesen Daten basierender Diskursanstoß in der Fachwelt eine weitere, wichtige Aufgabe. So kann neben der Reduktion von Stigmatisierung durch neue, in der Fachwelt zu etablierende Erkenntnisse (vgl. weiterführend Kap. 6.3.6) auch eine systematische Veränderung des Hilfesystems bewirkt werden, die bedarfsgerechtere Unterstützung erweitern.

Giertz/Große/Gahleitner et al. (2021) überführen dies insbesondere auf die Arbeit mit als Hard-to-reach betitelten Adressat*innen: „Hierbei spielt die Fragestellung bzgl. der Definitionsmacht von Angemessenheit, Motivation und unterstützenden Rahmenbedingungen eine wichtige Rolle. Es ist notwendig, diese mitunter konträren Standpunkte miteinander zu

verbinden und stetig einen interdisziplinär und interprofessionell geprägten Diskurs darüber zu führen“ (ebd. S.24). Im Kapitel 4.1.3.6 wurde bereits darauf verwiesen, dass die sogenannte Hard-to-reach-Klientel einerseits durch eine unzureichende Versorgung im Unterstützungssystem, andererseits jedoch auch durch eigene Lebensentwürfe und Einstellungen der professionell Helfenden oftmals unzureichend behandelt werden. Während diese Adressat*innen generell aufgrund des hochschwelligigen Zugangs und teilweise fehlenden Fertigkeiten zur Deklaration von Zielen, Aufträgen und motivationalen Anknüpfungspunkten nur schlecht von psychotherapeutischen Leistungen erreicht werden können, bietet die Soziale Arbeit (insb. die Klinische Sozialarbeit als Fachdisziplin) einen vergleichsweise niedrigschwelligen, wenn auch möglicherweise nicht ausreichenden Zugang für die Zielgruppe (vgl. Beushausen 2014b, S.9).

Ein wesentlicher Bestandteil der Klinischen Sozialarbeit ist auch hier die *direct practice*, in der auf „herausfordernde“ Verhaltensweisen und Umständen wie Multiproblemlagen, einer wenig greifbarer intrinsischer Veränderungsmotivation, ggf. fehlenden Kommunikations- und Navigationsfähigkeiten und oftmals bestehenden negativen Vorerfahrungen individuell reagiert werden muss, sind Methoden und Wirkfaktoren der Klinischen Sozialarbeit in der Arbeit mit diesen Adressat*innen hilfreich. Durch integrative sozial-klinische Diagnostik, kann das Verstehen der individuellen Lebenslage, der (auch negativen) Vorerfahrungen und Erklärungsmuster ermöglicht werden. Auf dieser Grundlage kann eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung erreicht werden, durch welche neue Bindungserfahrungen gemacht und unter Einbezug der sozialen Lebenswelt erprobt sowie gefestigt werden können. Dabei ist nach Gahleitner/Große entgegen der gängigen Praxis eher eine Nähe- als eine Distanzregulation notwendig, die eine besondere Beziehungsgestaltung benötigt (vgl. Große/Gahleitner 2021, S.98-101)

Mit dem erlangten (individuellen) Verständnis, die durch Forschungsergebnisse gestützt werden müssen, können dann die gesellschaftlichen, aber auch in der Unterstützungswelt bestehenden und kaum hinterfragten Normen bezüglich intrinsischer Motivation und Anliegenformulierung von Adressat*innen verändert werden. So kann im Rahmen der anwaltschaftlichen Funktion der Sozialen Arbeit (*Advocacy*), ohne die Entmündigung von Adressat*innen auch politisch-strukturelle Veränderungen angeregt werden, die einen notwendigen Perspektivenwechsel sowie die Veränderung der Definitionsmacht von Fachkräfte anregen kann (vgl. Urban-Stahl 2018, S.474).

Der Beitrag der Klinischen Sozialarbeit in der Unterstützung von Hard-to-reach-Adressat*innen ermöglicht ein erstes Verständnis, auf welchen Ebenen die Behandlung erfolgen kann. Die folgenden Abschnitte ermöglichen eine tiefgreifendere Auseinandersetzung mit den einzelnen Aspekten der Behandlungsmöglichkeiten der klinisch Sozialarbeitenden, wobei insbesondere Schwierigkeiten der in Kapitel 5 betrachteten krankheits- und chronizitätsfördernden Beiträge miteinbezogen werden.

6.3 Interventionsmöglichkeiten

Bevor Interventionen der Klinischen Sozialarbeit aufgeführt werden sollen, ist es notwendig, eine Auseinandersetzung mit dem Konzept der chronischen psychischen Störungen und der eigenen Haltung/Handlung zu initiieren. Die zu Beginn dargestellte Begriffskritik zur Verwendung des Wortes „chronisch“, allem voran der damit assoziierten Unheilbar- bzw. Unveränderbarkeit einer Erkrankung, muss zu einer Reflektion im Alltag führen. Werden Krankheitsverläufe (nach dem bisherigen Stand) als nicht reversibel eingeschätzt, wie es beispielsweise bei einer Demenzerkrankung der Fall ist, oder bleibende Schädigungen hinterlässt, bedeutet das nicht, dass die Einschränkungen durch die Störung immer in der gleichen starken Qualität bestehen bleiben wird. Ein unendliches Krankheitskonzept mit limitierenden und stigmatisierenden Eigenschaften reduziert Hoffnung, fördert wie bereits dargestellt die Überidentifikation und führt bei Adressat*innen wie Fachkräften u.U. zu einer selbsterfüllenden Prophezeiung, die Behandlungen in ihrer Wirksamkeit einschränkt (vgl. Helmchen 2013, S.339). Ähnliche Auswirkungen können auch unter der Begrifflichkeit der schweren psychischen Erkrankung aufkommen, dennoch besteht dabei die gesellschaftliche Einschätzung als unbegrenzt anhaltendes Störungsbild nicht, weshalb diese Formulierung aus Sicht der Verfasserin vorgezogen werden sollte, bis weniger stigmatisierende Konzepte für die Personengruppe mit hohem Leistungsbedarf etabliert werden. Als Konsequenz dieser Reflexion ist die Anpassung der Sprache sowohl gegenüber Adressat*innen, als auch Kolleg*innen oder Netzwerkpartner*innen notwendig, um Wirklichkeitskonstruktionen zu stören.

6.3.1 Beziehungsarbeit

Obwohl die Beziehung an sich keine direkte Interventionsmaßnahme der Klinischen Sozialarbeit darstellt, ist sie doch ein den Behandlungserfolg stark beeinflussender Faktor und stellt die Grundlage für hilfreiche Interventionen dar (vgl. Gahleitner 2017, S.273-274). Iatrogene Behandlungseffekte können sowohl durch Maßnahmen als auch durch Haltungen und

Verhalten von Behandelnden einer Chronifizierung beitragen. Bereits deswegen müssen Beziehungen reflektiert und hilfreiche von nicht-hilfreichen Aspekten getrennt werden. Eine positive Behandlungsbeziehung sowie bindungsorientierte Maßnahmen tragen nicht zuletzt dazu bei, psychoneuroimmunologische und epigenetische Veränderungen umzukehren und deren Folgen zu minimieren (vgl. 4.1.1.1).

In Abschnitt 5.1 wurden wichtige Faktoren dargestellt, die aus Adressat*innensicht belastend auf die helfende Beziehung wirken und damit den Erfolg einer Maßnahme, aber auch motivationale Einflüsse der Fachkraft gefährden. Analog zu kontraproduktiven Faktoren können auch hilfreiche Indikatoren unter Einbezug der Übersichtsarbeit von Ljungberg/Denhov/Topor 2015 benannt werden (Tab. 3):

Professionelle Dimension	Interpersonelle Dimension
Vorteile der professionellen Beziehung (z.B. Fachwissen, Schweigepflicht) S.14	Vertrauen S.13
Unterstützungsleistungen (emotional, praktisch, sozial) S.13	Zeit & emotionale Verfügbarkeit S.13-14
Gesprächspartner S.15	Präsenz S.15
Arbeit an <i>individuellen</i> Bedürfnissen S.16	Wahrnehmung als Mensch S.16/17
Über Standardinterventionen hinausgehende Aktionen S.17-18	Als Bedeutungsvoll für Fachkraft wahrgenommen werden S.17
	Menschlichkeit S.18

Tabelle 3: Professionelle und interpersonelle Dimensionen professioneller Beziehungen (Quelle: basierend auf Ljungberg/Denhov/Topor 2015, S. 13-18)

Die dargestellten Elemente können in professionelle und interpersonelle Dimensionen eingeteilt werden (vgl. ebd. S.19), Kontextfaktoren werden in der Studie nicht explizit benannt, werden mitunter durch Aspekte der Beziehungsgestaltung jedoch aufgenommen. Vorteile, die der professionellen Position der Fachkraft zugeschrieben werden, sind beispielsweise die Schweigepflicht, die das eröffnen von schwierigen oder schambesetzten Erfahrungen oder Verhaltensweisen erleichtert, aber auch spezifisches Fach- und Verweisungswissen (vgl. ebd. S.14) ($\neq$ unklare/unklare Informationen in Kap. 5.1). Diese können mit konkreten Unterstützungsleistungen verbunden sein. Obwohl zumeist der Umgang mit der psychischen Störung Ziel der Intervention ist, werden vor allem praktische Lebenshilfe oder Maßnahmen, die auf die Verbesserung der sozialen Umwelt zielen, als besonders stärkend aufgeführt (vgl. ebd. S.13). Sie verdeutlichen, dass neben dem eigentlichen Behandlungsproblem Aspekte der Lebenswelt wichtig sind und diesen ggf. Wechselwirkungen innewohnen. Damit wird auch

verständlich, dass Adressat*innen Beziehungen als hilfreich empfinden, in denen an ihren individuellen Bedürfnissen entlang gearbeitet wird und nicht durch vorgegebene Methodik und vorgegebene Themen ein standardisierter Gesprächsablauf ohne oder nur mit sehr geringen Abweichungsmöglichkeiten entsteht ($\neq$ Paternalistische Grundhaltungen, Professionelle auf Autopilot aus Abschnitt 5.1).

Als positiv und als Zeichen von Wertschätzung werden über die Standardintervention oder institutionellen Regeln hinausgehende Handlungen genannt, die Behandelnde aus Sicht der Adressat*innen nicht machen müssen ($\neq$ unzureichende Zeit in Kap. 5.1). Gemeint ist dabei beispielsweise die Ermöglichung eines Termins trotz eines vollen Terminkalenders oder die Übergabe eines Geschenks (z.B. Karten, Erinnerungsstücke). Ein weiteres genanntes Beispiel ist das (ethisch fragwürdige) Leihen von Geld (vgl. ebd. S.17-18). Obwohl hier bereits Komponenten der interpersonellen Dimension einfließen, wird deutlich, dass die Nähe, die von Adressat*innen möglicherweise gewünscht wird, nicht immer mit einem professionellen Nähe- und Distanzverständnis bzw. berufsethischem Verhalten einhergeht. Während eine emotional reziproke Beziehung durchaus wünschenswert ist und motivierend wirken kann, sollte auf ein angemessenes und nicht zu sehr an die professionelle Person bindendes Verhältnis unter der Wertschätzung eigenen personalen Grenzen geachtet werden. Fest steht jedoch, dass der Standard einer distanzierten oder neutralen Beziehung das Potenzial aus Sicht von Menschen mit schwerer psychischer Störung nicht voll ausschöpft (vgl. ebd. S.21).

Neben dem zuvor beschriebenen Gefühl, als bedeutsam für die Fachkraft wahrgenommen werden zu wollen, ist das Vertrauen und das Gefühl des verstanden werdens von großer interpersoneller Bedeutung (vgl. ebd. S.13). Obwohl auch die Verfügbarkeit und das Zuhören des Interaktionspartners bereits als wichtig eingestuft wird, umfasst die emotionale Erreichbarkeit eine starke qualitative Komponente der helfenden Beziehung. Pauls spricht von einer „empathischen Resonanz“ (Pauls 2013, S.142). Das angemessene, emotionale Mitschwingen und das dadurch entgegengebrachte Verständnis wirken validierend und bilden eine mögliche Grundlage für Veränderungsversuche (vgl. Ljungberg/Denhov/Topor 2015, S.13-14) ($\neq$ unpassender Emotionsausdruck, Unverständnis für Situation, Empfinden und Erfahrungen in Kap. 5.1).

Ein weiterer Punkt ist die präsente und miteinander geteilte Menschlichkeit. Hier werden Eigenschaften und interpersonelle Kompetenzen des professionell Helfenden subsumiert, die für ein passendes Verhältnis, umgangssprachlich auch die passende „Chemie“,

ermöglichen. Neben ähnlichen Ansichten oder Eigenschaften, können auch andere Gemeinsamkeiten wie Ethnizität, Geschlecht, Alter oder das Einbringen eigener Erlebnisse und Erfahrungen in die Behandlung sein. So können ungewollte, wahrgenommene personale Asymmetrien in der Beziehung ausgeglichen werden. Zudem können angemessene Berichte über das Überstehen oder Bewältigen von ähnlich schwierigen Situationen motivierend wirken und Adressat*innen die eigenen Stärken verdeutlichen (vgl. ebd. S.18).

Auf die Lebenslage und individuellen Bedürfnissen abgestimmte Interventionen können nur erreicht werden, wenn Betroffene nicht nur als erkrankte Person, sondern holistisch als Mensch wahrgenommen werden (vgl. ebd. S.16-17), womit gegen eine Pathologisierung und Stigmatisierung der Adressat*in gearbeitet wird. Durch die Achtung als gleichwertige Behandlungspartner*innen, die Entscheidungen gemeinsam treffen und ihr Expertentum mitbringen, werden auch hier Autonomie und Handlungsfertigkeiten mit positiven Effekten auf die Selbstwirksamkeit und Veränderungsbereitschaft gefördert (vgl. ebd. S.17) ($\neq$ Paternalismus/Missachtung des Expertentums in Kap. 5.1).

Das Konzept des „Shared Decision-Making“ (SDM, dt. partizipative Entscheidungsfindung) ist der aktive Prozess, indem Adressat*innen, professionell Helfende und in manchen Definitionen auch Angehörige (vgl. Huang/Plummer/Lam 2019, S.5) gemeinsam an einem Behandlungsplan arbeiten, Informationen austauschen, diskutieren und auf Grundlage dieses kommunikativen Prozesses Entscheidungen (z.B. Einsatz von Medikation, Beginn/Ende von Maßnahmen) gemeinsam treffen (vgl. US Department of Health and Human Services 2019, S.3). Durch den Einbezug soll die Adhärenz gegenüber dem Behandlungsplan und den Maßnahmen gefördert und bessere Ergebnisse erreicht werden. Erlernte Hilflosigkeit aufgrund von Passivität oder Pathologisierungen erfahren eine Reduktion, während Selbstbestimmung, kommunikative Fertigkeiten und der Status als Expert*in des eigenen Lebens gefördert werden (vgl. Huang/Plummer/Lam 2019, S.7) – Faktoren, die einer Chronifizierung beitragen können, werden somit gesenkt und Kompetenzen für ein selbstbestimmtes Leben gestärkt. Der Einbezug von Angehörigen kann soziale Isolation reduzieren, Hilfsmöglichkeiten des Umfelds aktivieren und deren motivationalen Möglichkeiten gegenüber Adressat*innen stärken (vgl. ebd. S.5-6). Ein Review über 46 Studien identifiziert dabei positive Einstellungen gegen SDM von Adressat*innen, Fachkräften und Angehörigen (vgl. ebd. S.11), während die tatsächliche Implementierung in der Arbeit mit Menschen mit schweren psychischen Störung allerdings in der Praxis kaum vorkamen. Nur in vier Studien gaben mehr als 60% der Befragten an, SDM in ihrer Behandlung zu erleben (vgl. ebd. S.12). Ein weiteres

Resultat besagt, dass die meisten SDM-Prozesse durch Fachkräfte initiiert werden, möglicherweise aufgrund sozialer Erwartungen oder negativen Vorerfahrungen, bei denen die Diskussion über Behandlungsinhalte zu Labeling-Prozessen und Stigmatisierung (z.B. fehlende Krankheitseinsicht, geringe Adhärenz) von Adressat*innen führte (vgl. ebd. S.13). Dieser Punkt bedeutet, dass der Einbezug und der Austausch von Wissen aktiv durch Sozialarbeitende oder andere Professionen herbeigeführt werden muss und beispielsweise im Rahmen psychoedukativer Ansätze als einzuforderndes Recht vermittelt werden sollte, um positive Effekte auf den Krankheitsverlauf und Kompetenzen zu erwirken.

6.3.2 Steigerung der Selbstwirksamkeit, Handlungsfähigkeit und Autonomie

Das dargestellte Konzept des Shared Decision-Making wirkt auf zentrale Fertigkeiten von Adressat*innen und den Einbezug der Person als aktiv handelndes Subjekt ein. In der Arbeit wurden die Effekte von Passivität, erlernter Hilflosigkeit und autonomiereduzierender Handlungen von Fachkräfte sowie ohnmachtserzeugende Strukturen mit ihren Auswirkungen beschrieben. Sehen Adressat*innen die eigene Person als handlungsunfähig und ohne Einflussmöglichkeit auf das Geschehen, kann das zum Verlust des Glaubens an eine Besserung oder die eigenen Fertigkeiten führen. Der Umgang mit Belastungen ist auch nach der Theorie des Kohärenzgefühls ein zentraler Bestandteil gesundheitsförderndes (salutogenetisches) Erlebens und psychischen Wohlbefindens (vgl. Grabert 2011, S.34). Die Wechselwirkung sind deutlich: ein geringes Kohärenzgefühl erhöht die Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Störung zu erkranken, während mit zunehmender Symptomschwere auch das Kohärenzgefühl abnimmt. Negative Auswirkungen auf den Selbstwert, Optimismus und Kontrollüberzeugung verhelfen dem Fortbestand oder der Verschlimmerung der Störung (vgl. ebd. S.34-35).

In der Arbeit mit Menschen mit schweren oder chronischen psychischen Erkrankungen wird dem Kohärenzgefühl eine hilfreiche Rolle zugeschrieben. Die Teilkomponenten des Kohärenzgefühls nach Aaron Antonovsky (1979) bestehen neben dem Gefühl von Verstehbarkeit (comprehensibility), dem Gefühl von Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit (meaningfulness) auch aus der wahrgenommenen Handhabbarkeit und Bewältigbarkeit (manageability) von Situationen. Tabelle 4 fasst die Ergebnisse einer qualitativen Befragung von Menschen mit chronischen psychischen Störungen zu den drei Komponenten zusammen und erweitert diese um die im Verlauf dargestellten Unterstützungsmöglichkeiten durch Sozialarbeitende (vgl. Wydler 2002, S.85-96).

Gerade dabei nimmt die Selbstwirksamkeitserwartung eine wichtige Rolle ein. Das Konzept umfasst den Glauben, durch eigene Kompetenzen und Fertigkeiten Einfluss auf den Ausgang von Situationen nehmen zu können (vgl. Schulz 2010, S.362). Somit wird deutlich, dass die Steigerung der Selbstwirksamkeit und damit die Steigerung der Autonomie durch die Adressat*innen zentrale Aspekte für den Abbau oder die Prävention von Chronizität darstellen. Programme zur Selbstmanagementförderung können Betroffenen eine größere Unabhängigkeit vom Hilfs- und Versorgungssystem ermöglichen (z.B. DBT-ACES für Adressat*innen mit einer Borderline-Störung) (vgl. Hoeschel/Pflueger/Rinke 2011; für weitere Selbstmanagementförderungsprogramme siehe Rosenbach/Ewers 2013).

Verstehbarkeit	Handhabbarkeit	Bedeutsamkeit
Erkennen & Akzeptanz der Störung	Begleitung & Unterstützung	Etwas Lebenswertes erschaffen
Erkennen von Auslösern & Handhabung von Krisen	Vertrauen in eigene Kompetenzen & Eigenständigkeit	Eigene Leben bejahen
Grund für die Entstehung der Krankheit kennen	Einnahme von Medikation & Behandlung	Liebe zu anderen Menschen
Umgang mit der Krankheit	Abschalten & erholen können	Glaube an Gott
		Sinn in der Erkrankung sehen
Aufgabe der Klinischen Sozialarbeit		
- Wissensvermittlung - Psychosoziale Diagnostik - Psychoedukation - Biographiearbeit - Verbesserung der Selbstwahrnehmung - Kontaktförderung zu Betroffenen - Reflexion	- Beziehungsaufbau - Umsetzbare Ziele - Erfolg als Motivation nutzen - Krisenintervention/ Behandlungsplan - Ressourcenmobilisierung - Alltagsstrukturierung - Soziales Kompetenztraining	Individuell zu erörtern: - Unterstützung bei Wünschen - Steigerung der Lebensqualität - Verantwortungsgefühl steigern - Vorbildrollen

Tabelle 4: Kohärenzgefühl bei Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung (Quelle: Wydler 2002, S.83; stark modifiziert und erweitert)

So werden Betroffene wieder zum „Akteur“ ihres Lebens, der für diese Aspekte verantwortlich ist und trotz Erkrankung die Kontrolle über eigenes Verhalten hat – die Wahrnehmung und Umsetzung der Handlungsfähigkeit eröffnen neue Möglichkeiten in der Lebenswelt und Krankheitsbewältigung (vgl. O'Hanlon/Rowan 2003, S.10-11). Obwohl Menschen mit manischen oder psychotischen Zuständen in der Praxis oftmals Entscheidungsfähigkeiten abgesprochen werden, sollten hier Bereiche gefunden werden, in denen selbstständige Entscheidungen durch diese Adressat*innen getroffen werden können. Wird dies beachtet,

können Selbstwirksamkeit und Autonomie entsprechend der Rahmenbedingungen aufrechterhalten und zur Stabilisierung genutzt werden (vgl. ebd. S.11-12).

Selbstwirksamkeitserwartungen können durch Erfolgserlebnisse, die den eigenen Bemühungen attribuiert werden, aber auch durch Ermutigungen von außen (z.B. Motivation durch Sozialarbeitende) gesteigert werden (vgl. Maltby/Day/Macaskill 2011, S.168). Auch Stellvertretererfahrungen sind möglich (vgl. ebd. S.169).

Im Rahmen der stationären Behandlung verweist Beushausen auf die eine „Kombination aus Zutrauen in die Entwicklung des Klienten und unbehagliche Anforderung an ihn“ (Beushausen 2014a, S.21). Neue Handlungsfähigkeit und eine größere Autonomie durch gezielte Unterstützung stellen dabei den Kern der Überlegung dar. Um neues Potenzial und neue Entwicklungen bei unbehaglichen oder angstbesetzten Aufgaben zu ermöglichen und diese als Team zu bestärken, muss motivationale Unterstützung geleistet werden. Die Dauer des Aufenthaltes sollte bei chronifizierten Störungsbildern konditional begrenzt und regelmäßig reflektiert bzw. bei Nichtbeachtung der Absprache mit Konsequenzen bzw. der Beendigung einer Maßnahme verbunden werden (vgl. ebd. S.21). Konzepte wie das Shared Decision-Making können hier Anwendung finden, um mögliche und nicht überfordernde, auch von den einzelnen Adressat*innen erwünschte Veränderungen (oder Folgen) zu implementieren und somit Adhärenz und Selbstbestimmung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu fördern.

In der Klinischen Sozialarbeit „[...] soll das oberste Ziel einer größtmöglichen Autonomie durch Hilfe zur Selbsthilfe gefördert werden“ (Gruber 2018, S.28). Erst durch Erfahrungen, die unabhängig des Hilfesystems den Glauben an die eigenen Fertigkeiten (Selbstwirksamkeit) und Handlungsfähigkeit steigern, kann der Passivität durch erlernte Hilflosigkeit entgegengewirkt werden. Die Förderung der Autonomie und der eigenen Möglichkeiten sollen dabei allerdings nicht zu einer kontraproduktiven Überforderung führen. Gruber verweist auf den „doppelte Fokus von Lebensverhalten und Lebensverhältnissen“ (Gruber 2018, S.28) der Klinischen Sozialarbeit, die mit Pauls Schnittstellenarbeit zwischen Individuum und Gesellschaft verglichen werden können (vgl. Paus 2013, S.20). Es handelt sich somit nicht nur um Anforderungen, die ausschließlich an Adressat*innen gestellt werden, sondern die auch an soziale und strukturelle Umstände gerichtet sind, um Teilhabe zu ermöglichen.

6.3.3 Psychoedukation

Die Informationsvermittlung über Ursachen, Verlauf und Behandlung existiert im Rahmen von verschiedenen strukturierten Programmen für nahezu alle Störungsbilder. Nur durch

umfangreiches Wissen über Störung und Interventionsmöglichkeiten können autonome Entscheidungen durch die Adressat*innen getroffen und eine symmetrische Kooperationsbeziehung für den Behandlungsverlauf geschlossen werden. Sie dient also gleichermaßen der Steigerung der Selbstbestimmung und soll Adressat*innen zur größeren Handlungsfähigkeit verhelfen (vgl. Riedel-Heller/Gühne/Weinmann 2012, S.845). Psychoedukative Aufklärung ist eine Pflicht der behandelnden Fachkräfte. Die Klinische Sozialarbeit kann dabei tiefgreifendere Beiträge zu sozialen Einflüssen und Wechselwirkungen sowie sozialtherapeutischen Interventionsmöglichkeiten bieten. Gleichmaßen kann einer unklaren Informationslage bzw. ungenügender Aufklärung zumindest im Teil vorgebeugt werden, die von Adressat*innen als hinderliche Kontextfaktoren identifiziert wurden (vgl. Ljungberg/Denhov/Topor et al. 2016, S.273). Weitere positive Effekte stellen die Reduktion von Rückfällen und stationären Wiederaufnahmen dar, in einigen Studien konnten zudem Wirkungen auf die soziale Funktionsfähigkeit belegt werden (vgl. Riedel-Heller/Gühne/Weinmann 2012, S.845). Auch der Einbezug von Angehörigen wird in empirischen Arbeiten unabhängig einer gemeinsamen oder von Betroffenen getrennten Form empfohlen. Der Wissenszuwachs ermöglicht die Reduktion von Stigmata und können Co-Abhängigkeit, Belastungserleben oder Ohnmachtsgefühle reduzieren, sodass das soziale Umfeld vermehrt als Unterstützung für Adressat*innen hinzugezogen werden kann (vgl. ebd.).

Eine weitere psychoedukative Methode kann das konkrete Ansprechen von beobachteten Chronifizierungsprozessen oder die präventive Beschäftigung mit diesen Aspekten darstellen. Erkennen Sozialarbeitende oder andere Fachkräfte Anzeichen für Chronizität, kann dies mit Adressat*innen besprochen werden. Beushausen (2014, S.20) empfiehlt positive Wirkungen (z.B. Fortbestand von Leistungen, Zuwendung von außen) und negative Effekte (z.B. Fortbestand einschränkender Symptome, Schwierigkeiten im Umfeld, fehlende Teilhabe und Exklusion) gemeinsam zu sammeln. Befürchtungen sollten dabei mit allen der Chronifizierung beitragenden Menschen wie Betroffene, Angehörige und behandelnde Personen diskutiert werden. In dieser Konstellation seien Lösungsideen zu sammeln und zu implementieren. Allerdings müsse auch hier beachtet werden, dass Adressat*innen mit ihrem Recht auf Selbstbestimmung die bewusste Entscheidung treffen können, nichts gegen Chronifizierungsprozesse zu unternehmen, möglicherweise auch durch eine bereits bestehende Überidentifikation mit dem Störungsbild. „Ob eine Begleitung des Klienten ohne grundsätzliche Veränderungsimpulse“ (ebd.) fortgesetzt werden kann, gilt hier institutionell

in einem zweiten Schritt zu prüfen. In diesem Fall wäre möglicherweise das Pausieren einer Maßnahme oder die Veränderung der Hilfe eine zu betrachtende Konsequenz.

6.3.4 Identitätsarbeit

Die Rolle der Übernahme einer Krankheitsidentität wurde sowohl im Bereich der Pathologisierung der Person durch iatrogene Behandlungseffekte als auch durch (Selbst)Stigmatisierung, Mechanismen des Leistungssystems und Verfestigungen durch die soziale Umwelt untersucht. Da die Störung als Grundlage zur Stabilisierung der eigenen Identität dient, kann das Verschwinden dieser unterschwellig für Betroffene bedrohlich wirken.

Aufgrund dieser destabilisierenden Komponente ist der Verfestigung einer Überidentifikation nach Möglichkeiten vorzubeugen. Aspekte wie das Wegbrechen anderer zuvor übernommener Rollen (z.B. Beruf, Elternteil, Ehepartner) und verfestigende Umstände (Selbst- & öffentliche Stigmatisierung, Kontakt mit idealisierenden Inhalten und nahezu ausschließlicher Kontakt mit anderen Betroffenen) wurden im Rahmen der Arbeit thematisiert und können für die Erarbeitung präventiver und kurativer Maßnahmen genutzt werden.

Die Stärkung der Teilhabe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung außerhalb von Adressat*innengruppen sollte nach Möglichkeit unterstützt werden. Durch Kommunikation und Zuwendung (Interaktion) mit anderen Menschen entstehen Wechselwirkungen auf die Konstitution der Identität (vgl. Gahleitner 2017, S.265-266). Bestehende Beziehungen (Freunde, Familie, Nachbarn, Bekannte, Vereine) können hier als Ressource hinzugezogen werden. Ist die Aufrechterhaltung von Beziehungen hingegen aufgrund von interpersonellen Fertigkeiten problematisch oder sind diese aufgrund von Co-Abhängigkeiten oder Stigmatisierung eher krankheitsfördernd, können Soziales Kompetenztraining (SKT) oder ähnliche Methoden angeboten und beim Transfer in den Alltag unterstützend begleitet werden. Die Effektivität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wird in der systematischen Übersichtsarbeit nach Gühne/Weinmann/Arnold et al. (2012) bestätigt. Vor allem finden sich dabei Auswirkungen auf soziale Fertigkeiten und Anpassung, einzelne Studien berichten von positiven Effekten auf Lebensqualität, Rezidivrisiko/stationäre Wiederaufnahme und berufliche Wiedereingliederung (vgl. ebd. S.375,377). Kritisch zu hinterfragen sind im Studiendesign jedoch die Heterogenität der Teilnehmenden sowie die unterschiedlichen Settings und Methoden der untersuchten Studien, die die Vergleichbarkeit erschweren (vgl. ebd. S.377-378).

Besteht eine Erwerbsfähigkeit, kann ein Arbeitsverhältnis sowohl Sinnhaftigkeitsgefühle steigern als auch soziale Isolation reduzieren. Nach einer britischen Studie beginnen positive Effekte auf die psychische Gesundheit und Wohlbefinden bei zuvor arbeitslosen oder inaktiven Menschen mit geringen Genderunterschieden bereits bei einer bezahlten Tätigkeit zwischen einer und acht Stunden pro Woche, eine signifikante Erhöhung der Lebenszufriedenheit geht dabei mit bis 16 Stunden einher – eine Übertragung auf die Deutsche Population ist nicht ohne weiteres möglich, nichtsdestotrotz können Richtwerte und Kenntnisse aus dieser Studie Relevanz für die weitere Forschung einnehmen (vgl. Kameräde/Wang/Burchell et al. 2019, S.6). Die Rolle eines*einer Arbeitnehmer*in geht dabei weiterhin mit sozialer Anerkennung, größerer finanzieller Unabhängigkeit sowie einer Strukturierung der Lebenssituation durch einen geregelten Rhythmus einher, wodurch die Lebensqualität der Betroffenen gesteigert werden und eine Überidentifikation mit der Erkrankung reduzieren kann (vgl. Gühne/Riedel-Heller 2015, S.16). Besteht keine Erwerbsfähigkeit mehr, können Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit wiederherstellen und die Chancen auf die Integration in den ersten Arbeitsmarkt erhöhen. Dabei sei exemplarisch auf die RPK (Rehabilitation Psychisch Kranker Menschen) verwiesen, die als Komplexleistung medizinische, soziale und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen individuumsorientiert zusammenfasst. Weiterhin wird empfohlen, dass Störungsbilder mit hohem Chronifizierungspotenzial möglichst während der Akutbehandlung bereits rehabilitativ begleitet werden sollten (vgl. Stengler/Becker/Riedel-Heller 2014, S.45). Ist eine Rehabilitation nicht möglich, kann auch Freiwilligenarbeit und ein Ehrenamt im sozialrechtlich unbedenklichen Umfang übernommen werden (vgl. Sommerfeld/Dällenbach/Rüegger 2016, S.214).

Die Kommunikation über Diagnosen, beispielsweise während der Psychoedukation oder der eigenen sozialen Diagnostik, sollte sowohl bei präventiven als auch bei bereits bestehender Identitätsproblematik reflektiert stattfinden. Die S3-Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von Essstörungen rät dabei zu gelassenem Auftreten (vgl. Herpertz/Fichter/Herpertz-Dahlmann 2019, S.70). Wie bereits geschildert, können durch psychoedukative Maßnahmen Chronifizierungsprozesse und deren Sinnhaftigkeit mit den Adressat*innen besprochen werden. Bei einer bestehenden Überidentifizierung oder Idealisierung schlagen O’Hanlon und Rowan (2003, S.40-41) eine Externalisierung des Problems vor. Durch das bewusste Separieren von gesunden- und störungsrelevanten Anteilen durch gezielte Fragen (z.B. Was würde die Seite argumentieren, die krank bleiben möchte; was würde die sagen, die zurück ins Leben möchte?) oder Aufstellungsübungen (z.B. Einsatz verschiedener Stühle für die

verschiedenen Anteile) kann die Trennung von Problem und Person erreicht und damit eine Neuorientierung ermöglicht werden, in der eigene Wünsche, Ziele und Fertigkeiten eingearbeitet werden können (vgl. ebd.; vgl. Bamberger 2015, S.89; vgl. Zittlau 2019, S.114). Auch Meinungen und Affirmationen durch Dritte können als Hilfsidentität in einem zirkulären Fragestil hinzugezogen werden (vgl. O’Hanlon/Rowan 2003, S.47-48).

Die letzte hier vorgestellte Methode soll die der Biographiearbeit sein. Dabei geht es um die „sinnvolle Einordnung der Krankheit/Symptome in Bezug auf Person und Lebensführung (meaning making)“ (Sommerfeld/Dällenbach/Rüegger 2016, S.213). Erfahrungen und Erlebnisse sollen nach subjektiver Relevanz in die Lebensgeschichte eingearbeitet werden, um diese daraufhin in eine stabile Identität zu integrieren (vgl. Wendt 2017, S.137).

Besteht eine Überidentifizierung mit dem Störungsbild, bei dem jegliche Lebenszeit als von der Störung eingenommen wirkt, kann eine biografische Arbeit zu einer höheren Differenziertheit und Ausnahmen oder Ausprägungsunterschiede erkennen lassen. Positive und negative Phasen bzw. deren Überschneidungen können gekennzeichnet werden, Ressourcen dialogisch aufgedeckt und für eine zukünftigen Lebensplanung genutzt werden. Adaptive Bewältigungsstrategien oder das Überstehen krisenhafter Abschnitte können konstruktiv bearbeitet und durch die behandelnde Person validierend hervorgehoben werden. Über die eigene Geschichte soll aktives Handeln und damit einhergehende Einflüsse zur Stärkung der Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit betrachtet werden. Auch bei einer ablehnenden Krankheitsidentität (fehlendes Störungsbewusstsein) können hier Berührungspunkte für eine mögliche Weiterbearbeitung aufgedeckt werden.

Eine Methode, die für eine solche biografische Erarbeitung genutzt werden kann, ist der biografische Zeitbalken. Die nach Lebensjahren unterteilte Zeitachse integriert Aspekte der Normalbiografie (Schule/Ausbildung, Arbeit) mit Umweltfaktoren (Familie, Wohnen, Gesundheit/Behandlung/Hilfe) sowie individuell zu ergänzende Bereiche (z.B. soziale Unterstützung, Freiwilligenarbeit), die mit einem Interview kombiniert ausgefüllt werden. Krankheitsfreie Abschnitte, Eintritt und damit die Veränderung der betrachteten Aspekte, aber auch kontinuierliche Ressourcen und positive Einflüsse können für eine abschließende „Bilanzkurve“ oder durch die Erarbeitung einer Wunschzukunft zur weiterführenden Arbeit herangezogen werden (vgl. Pantucek-Eisenbacher 2018, S.341-343). In einer möglicherweise veränderten Form können auch verschiedene Rollen (z.B. Rolle des Kranken, der

Mechanikerin, der Mutter, der Sportlerin etc.) eingetragen werden und in den biografischen Zeitverlauf mit Ressourcen eingearbeitet werden.

6.3.5 Sozio- & Sozialtherapie

Nach §37a Abs. 1 SGB V können Versicherte mit einer schweren psychischen Erkrankung, die ansonsten selbstständig keine ärztlichen Leistungen wahrnehmen würden, soziotherapeutische Leistungen erhalten.

Der Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL können weitere Voraussetzungen für den Leistungserwerb entnommen werden, z.B. ein entsprechendes Störungsbild (§2 Abs. 2+4), Therapiefähigkeit und ein eingeschränktes soziales Funktionsniveau (§2 Abs. 1+3). Gleichermaßen müssen Adressat*innen belastbar und motiviert genug für die Maßnahme sein (§2 Abs.6).

Dafür wird nach §3 Abs. 1+2 mit den Betroffenen ein soziotherapeutischer Betreuungsplan erstellt, der Leistungen koordiniert und die Inanspruchnahme sowie Begleitung und Anleitung zur Selbsthilfe umfasst. Eine psychosoziale Diagnostik und die Arbeit in der Lebenswelt mit vorhandenen und noch zu akquirierenden sozialen Ressourcen sind dabei Pflichtbestandteil der Behandlung. Optionale Maßnahmen nach Absatz 3 umfassen motivationale Unterstützung, alltagsorientierte Leistungen zur Tagesstrukturierung, Verhaltensmodifikation und Konfliktbewältigung. Der Umgang und die Prävention von Krisen, gesundheitsförderndes Verhalten und Kriseninterventionen auch bei (psycho)sozialen Problemen bilden weitere mögliche Einsatzgebiete.

Obwohl in der Richtlinie primär die Wahrnehmung und Koordination von ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen in den Vordergrund gestellt wird, beinhaltet die Leistung auch relevante alltags- und lebensweltorientierte psychosoziale Unterstützungen, ressourcenorientierte praktische sowie soziale, emotionale und kognitive Trainingsmöglichkeiten (vgl. Ohling 2019, S.2). Für Menschen mit einer schweren psychischen Störung ist der Umgang mit (psycho)sozialen Stressoren (vgl. Kap. 4.1.3.3) bereits aufgrund der möglicherweise existenziellen Bedrohung, einer Reduktion psychischer Leistungsfähigkeit und Lebensqualität notwendig, um Verschlimmerungen und negative Effekte auf die Persistenz der Störung und weitere Exklusion zu vermeiden. Der Einbezug des Umfelds im Rahmen des Krisen- und Alltagsmanagements kann dabei nicht nur soziale Isolation senken, sondern auch eine Unabhängigkeit von Versorgungsleistungen sowie Gefühle der Autonomie, Partizipation und Selbstwirksamkeit fördern. Die ärztliche Verschreibung und Nutzung der

Maßnahme selbst ist jedoch gegenüber ihrem Potenzial verhältnismäßig gering (vgl. Bossard/Ebert/Lazarus 2013, S.143; vgl. Ohling 2019, S.416-417).

Dem gegenüber steht das Konzept der sogenannten Sozialtherapie (auch Soziale Therapie), die als noch nicht ausreichend betrachtete „dritte Säule des Gesundheitssystems neben der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung“ bezeichnet wird (Deloie 2021, S.75). Diese Einschätzung illustriert bereits die Signifikanz der psychosozial ausgerichteten Hilfeform, wobei ausdrücklich zu erwähnen ist, dass alle Säulen komplementär zueinander und nicht ersetzend ausgerichtet sind (vgl. Pauls 2013, S.179).

Obwohl einige Autor*innen und Fachkräfte Sozio- und Sozialtherapie synonym verwenden, ist die Sozialtherapie selbst nicht gesetzlich verankert und nach wie vor in ihrer Begrifflichkeit ungenau definiert. Generell fokussiert soziale Therapie weniger die Inanspruchnahme und Koordination medizinisch-psychotherapeutischer Leistungen, sondern umfasst verstärkt die Unterstützungen in der direkten Einzelfallarbeit. Ähnlich der Soziotherapie kann dies insbesondere bei Adressat*innen, die von psychotherapeutischen und intrapsychisch fokussierten Unterstützungen nur schlecht erreicht werden können, das Annehmen von Hilfeleistungen ermöglichen und Veränderungen anregen (vgl. Pauls 2013, S.132). Generell ist festzuhalten, dass wenn der Symptomatik ätiologisch insbesondere soziale und psychosoziale Faktoren in ihrer Wechselwirkung zugrunde liegen, die Sozialtherapie als integraler Bestandteil der Behandlung gilt und unter anderem im Methodenkanon der Klinischen Sozialarbeit angesiedelt ist (vgl. ebd. S.179).

Sozialtherapie umfasst unterschiedliche und teilweise in der Arbeit bereits vorgestellte soziale, beraterische sowie behandelnde Teilaspekte, um Ressourcen zu fördern, Probleme zu bearbeiten und neue konstruktive Verhaltens- und Denkmuster dauerhaft zu etablieren. Exemplarisch können das Training sozialer Kompetenzen, Psychoedukation, Sozialberatung und Krisenintervention sowie die Erschließung sozialer Netzwerke und Milieuthérapie benannt werden. Abhängig der gemeinsam erarbeiteten Ziele können die salutogenetisch orientierten Unterstützungsangebote sowohl im Rahmen der Einzelfallhilfe, aber auch der Gruppen- und Gemeinwesenarbeit stattfinden, um Teilhabe zu fördern. Die tatsächliche Auswahl der spezifischen Interventionen geschieht basierend auf den Ergebnissen sozial-klinischer Diagnostik und der helfenden Beziehung, die selbst als Interventionsmöglichkeit durch das Ergründen neuer Bindungserfahrungen in den Behandlungsprozess miteinbezogen wird (vgl. Pauls 2013, S.293; vgl. Deloie 2021, S.75).

Pauls fasst passend zusammen, dass Sozialtherapie „sensibel auf die sozialen Aspekte eingeht und es versteht, psychotherapeutische Elemente mit Orientierung gebender Beratung und ggf. aufsuchender Arbeit und aktiven Hilfen der sozialen Unterstützung und Vernetzung zu verbinden“ (Pauls 2013, S.132). Als Methode kann dies durch die Integration beratender, sozialarbeiterischer und behandelnder sowie situativ flexibel anpassbare Leistungserbringung in der direkten und zu erschließenden Lebenswelt der Adressat*innen eine positive Veränderung verwirklichen. Adressat*innen mit schweren psychischen Störungen kann so eine gesundheitsfördernde, ganzheitliche und stark bedarfsorientierte Unterstützung unter Einbezug der Lebenswelt ermöglicht werden, die Chronifizierungsprozessen entgegenwirken oder reduzieren können.

6.3.6 Antistigma-Arbeit

Stigmatisierungen können auf individueller, öffentlicher und/oder struktureller Ebene existieren und durch Selbststigmatisierung, Angehörige, fremde Menschen, Fachkräfte, Strukturen und Konzepte wie Diagnosen die Störung beeinflussen. Negative Effekte auf die (Krankheits-)Identität, Veränderungsmotivation und Glaube an Besserung wurden bereits in den jeweiligen Kapiteln beleuchtet.

Positive Auswirkungen des Abbaus von Stigmatisierungen über den Einbezug kognitiver, emotionaler oder behavioraler Wirkungsmethoden sind unter anderem eine geringere soziale Distanz, eine stärkere akzeptierende Haltung gegenüber Betroffenen und die Attribution mit einer geringeren wahrgenommenen Gefährlichkeit (vgl. Gaebel/Ahrens/Schlamann 2010, S.12,15). Interventionen sind dabei nicht an ein bestimmtes Medium gebunden. Neben „klassischen“ Aktionen wie Öffentlichkeitskampagnen und die Herstellung von Interaktionsmöglichkeiten werden weitere mediale Einsatzmöglichkeiten (Filme, Computerprogramme, Rollenspiele, Internet) als effektiv betrachtet (vgl. ebd. S.19).

Antistigma-Arbeit kann sowohl bei öffentlicher oder struktureller als auch bei Selbststigmatisierungen intervenieren und der Entstehung negativer Stereotype vorbeugen. Es kann davon ausgegangen werden, dass Selbststigmatisierungen mit der Reduktion von gesellschaftlichen stigmatisierenden Haltungen korreliert.

Als Einsatzmöglichkeiten auf der Makroebene werden Proteste, Veränderung auf legislativer Ebene, Informations- und Öffentlichkeitskampagnen benannt. Stigmatisierende Inhalte (z.B. Darstellung in Filmen) können durch öffentliche Missbilligung problematisiert und in

einem reflexiven Prozess als nicht wünschenswert eingestuft werden. In der Folge kann Stigmatisierung abnehmen (vgl. ebd. S.10). Allerdings wird darauf verwiesen, dass die sogenannte attitude-rebound-Wirkung einsetzen kann: durch die wahrgenommene „Vorschreibung“, wie etwas eingeschätzt werden soll, kann die gegenteilige Haltung verfestigt werden (vgl. ebd. S.19). Anstelle einer Entstigmatisierung werden Vorurteile gefestigt und diskriminierendes Verhalten gefördert.

Besonders in diesen Fällen können interpersonelle Maßnahmen für die mesosoziale Ebene herangezogen werden. Vor allem der Kontakt mit Betroffenen in einem interaktiven Setting kann Vorurteilen und Stigmatisierungen vorbeugen oder bereits vorhandene reduzieren, in der Evidenz ist sie dabei effektiver als auf der Makroebene ansetzende Projekte ohne Interaktion zwischen Betroffenen und Nicht-betroffenen (vgl. Gaebel/Ahrens/Schlamann 2010, S.19). Wissens- und Informationsvermittlung im Rahmen der Aufklärungsarbeit erweisen sich ebenfalls als effektiv und bilden eine der häufigsten Formen der Entstigmatisierungsarbeit (vgl. ebd.), wobei eine frühe Implementierung beispielsweise im Bildungssystem mit einer höheren Effektivität einhergeht (vgl. ebd. S.48). Langfristige Maßnahmen seien dabei generell effektiver als kurze oder nur einmalig stattfindende Angebote (vgl. ebd. S.67).

Selbststigmatisierung kann sowohl durch den Zuwachs von Informationen und Wissen über Störungsaspekte (z.B. im Form psychoedukativer Arbeit) oder diskursiv in Auseinandersetzung mit anderen Betroffenen reduziert werden. Die Bearbeitung von entsprechenden Grundannahmen und der Aufbau von Selbstbewusstsein und Selbstwert kann gleichermaßen wirksam sein, um Selbststigmatisierung zu begegnen (vgl. Schenner/Kohlbauer/Stippler et al. 2016, S.50). Auch der Einbezug von therapieerfahrenen Menschen mit Zusatzausbildung (z.B. Genesungsbegleiter*innen mit EXperienced INvolved Ausbildung) wird sowohl für motivationale Gespräche mit Betroffenen als auch für die Sensibilisierung von Fachkräften empfohlen (vgl. Utschakowski 2016, S.19-20). Ähnliche Auswirkungen können dialogische Gruppenangebote mit Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften beigemessen werden. Sie fördern ein besseres Verständnis, den Austausch von Bewältigungs- und Interventionsmöglichkeiten oder auch die Reduktion von bzw. den Umgang mit Stigmata (vgl. ebd. 294).

Interventionsmaßnahmen mit Fachkräften als Zielgruppe werden im Dokument aufgrund der Ergebnislage nicht bzw. nur geringfügig betrachtet. Allerdings wurden in den letzten Jahren verschiedene Weiterbildungen etabliert, die Wissen, Haltung und Verhalten vermitteln und im alltäglichen Arbeitsumgang sensibilisieren sollen. Ein mögliches Beispiel stellt die

Weiterbildung „Antistigma-Kompetenz“ (vgl. Toeller/Freimüller/Zäske et al. 2016) dar, die auf „veränderungsorientiertes Arbeiten“, „[r]essourcenorientiertes und kompetenzaktivierendes Lernen“ sowie „transferorientierte Bildung“ von Fachkräften psychosozialen Arbeit ausgelegt sind (ebd. S.219-220). Gaebel und Kolleg*innen verweisen auf die spezifischen Ziele des Stigma-Abbaus im Gesundheitswesen, die dazu befähigen sollen, in der Arbeit mit Adressat*innen Selbststigmatisierungen zu reduzieren sowie in privaten und professionellen Kontexten (z.B. innerhalb der Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit) diese Erkenntnisse und Haltungen weiterzugeben (vgl. Gaebel/Ahrens/Schlamann 2010, S.69).⁷

Selbsthilfeverbände empfehlen verschiedene Interventionsmaßnahmen. Neben den bereits genannten medialen Einsatzmöglichkeiten und öffentlich angelegten Kampagnen (Plakataktionen) werden auch Presse- und Lobbyarbeit als Einsatzgebiet benannt (vgl. ebd. S.58-59). Für Sozialarbeitende könnte dies das Engagement in Berufsverbänden, Initiativen oder anderen politischen Organisationen beinhalten, um auch auf struktureller oder legislativer Ebene Veränderung anzustoßen (vgl. ebd.).

⁷ Ein Überblick über wichtige Ziele der Antistigma-Arbeit geordnet nach den Bereichen Arbeit, Gesundheitswesen, Öffentlichkeit/Medien, Behörden/Ämter, Zwischenmenschlichen Beziehungen, Kinder und Jugendliche sowie Gemeinde mit Ziel(gruppen) und Hintergründen nach Gaebel/Ahrens/Schlamann (2010, S.69-70) ist dem Anhang beigelegt (Anhang 2).

7 Fazit

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, mögliche zu einer Chronifizierung beitragende Aspekte unter Einbezug des biopsychosozialen Modells zu identifizieren und aus diesen Interventionsmöglichkeiten abzuleiten. Biologische Komponenten umfassen dabei Dysbalancen von Neurotransmittern, physiologische Grunderkrankungen und epigenetische Veränderungen, die in Wechselwirkung mit individuellen und umweltlichen Faktoren stehen. Ein zentrales Thema in der Chronifizierung stellt die Überidentifikation mit dem Störungsbild dar, die sowohl idealisierend als auch selbstabwertende Facetten einnehmen kann, wenn die Einordnung in die eigene Biografie misslingt. Auch Lernverhalten im Rahmen der erlernten Hilflosigkeit oder entmachtender Glaubensmuster können als Einflussfaktor benannt werden. Soziale Aspekte können einerseits Bezug auf strukturelle Elemente im Leistungssystem und der Zuschreibung als nicht von diesem erreichbar nehmen, andererseits jedoch auch interpersonellen Zusammenhängen wie Co-Abhängigkeiten, Beziehungsverluste, Stigmatisierung oder anderen psychosozialen Stressoren umfassen.

Es wurde nicht zuletzt aufgezeigt, dass auch Behandelnde durch unreflektierte Haltungen, Verhaltens- oder Arbeitsweisen zu einer Chronifizierung beitragen können. Die Förderung der Krankheitsidentität, stigmatisierende Zuschreibungen und veraltete Krankheitskonzepte wirken dabei ebenso krankheitsfördernd auf Adressat*innen wie die Reduktion der Selbstwirksamkeit, Individualität und Autonomie durch unpassende Maßnahmen oder eine kontraproduktive Beziehungsgestaltung. Die herausgearbeiteten Aspekte sind dabei keinesfalls als abschließend zu betrachten. Es bedarf weiterhin der Untersuchung von Mechanismen und Wechselwirkung, die es in daraufhin in einschlägigen Theorien zusammenzufassen und empirisch zu erforschen gilt. Der Einbezug der Sozialen Arbeit ist hierbei anzuraten, da viele Informationen (z.B. zur Beziehungsgestaltung) aus psychotherapeutischen Forschungsarbeiten stammen, die besondere Aspekte der sozialarbeiterischen Fertigkeiten und Wirkungen psychosozialer Behandlung unbeachtet lassen.

Liegt eine schwere psychische Störung vor, ist von einer Einschätzung als therapieresistent oder weiteren diskreditierenden Kategorisierungen abzusehen. Auch vorgestellte Interventionsmöglichkeiten der Klinischen Sozialarbeit, die neben einer kompetenten Beziehungsgestaltung, die Förderung der Eigenständigkeit sowie der sozialen, beruflichen und behandlerischen Partizipation umfasst, bestätigen dies. Wissens- und Kompetenzvermittlungen (Soziales Kompetenztraining, Psychoedukation), die in sozio- und sozialtherapeutische Maßnahmen integriert werden können, ermöglichen das Aufhalten oder die Milderung von

Chronifizierungsprozessen. Biografie- und Identitätsarbeit mit Individuen können die Grundlage dazu bilden, eine pathologische Krankheitsidentität zu verändern und soziale Integration zu erleichtern. Meso- oder makrosoziale Interventionen umfassen die Beteiligung in Verbänden oder die Anregung und Durchführung entstigmatisierender Arbeitsprojekte. Analog zu den betrachteten Einflussfaktoren handelt es sich bei diesen um keine ausschöpfende Darstellung. Die exemplarische Auseinandersetzung bildet jedoch eine erste Grundlage, um individuelle und strukturelle Veränderungen einzuleiten sowie behandlerische Unsicherheiten im Umgang mit der Adressat*innengruppe zu reduzieren.

Gelingt es der Entstehung vorzubeugen oder die psychische Störung in ihrer Intensität und Einschränkung zu reduzieren, können die oftmals mit ihr einhergehenden Folgen gemildert werden. Erwerbslosigkeit, Exklusion und Behandlungskosten sinken, während Lebensqualität und Teilhabe steigen.

Die Festigung von erreichten Zielen durch eine Art Rezidivprophylaxe konnte aufgrund des Umfangs der Arbeit allerdings nicht betrachtet werden, stellt neben der Evidenzbasierung der vorgestellten Konzepte und Methoden somit einen weiteren möglichen Forschungsaspekt dar.

Weiterführende empirische Ergebnisse sollten zur Ausarbeitung eines Konzepts oder Modells genutzt und bereits im Rahmen der Ausbildung etabliert werden. So können Handlungsfähigkeiten von Sozialarbeitenden in Auseinandersetzung mit der Zielgruppe verbessert, Chronifizierungen behandelt oder vorgebeugt werden und zur Entlastung von Adressat*innen beitragen. Somit könnten Begrifflichkeiten wie Therapieresistenz, Systemsprenger und Drehtürpatienten aus dem Vokabular der Fachkräfte verschwinden.

8 Quellenverzeichnis

- Abels, Heinz** (2017): Identität. 3. aktualisierte und erweiterte Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Aderhold, Volkmar** 2018: Klinische Diagnosen als soziale Konstruktionen. URL: <https://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psywis/article/view/1833/2623>. (eingesehen am 10.01.2020).
- Adnoy Eriksen, Kristin; Arman, Maria; Davidson, Larry; Sundfor, Bengt; Karlsson, Bengt** (2014): Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness. In: *International journal of mental health nursing* 23 (2). S. 110–117.
- Aktionsbündnis seelische Gesundheit** (2010): Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis. URL: <https://www.seelischegesund.net/images/stories/publikationen/konzeption-und-umsetzung-von-interventionen-zur-entstigmatisierung-seelischer-erkrankungen.pdf>. (eingesehen am 08.02.2020).
- Antidiskriminierungsstelle des Bundes** (Hrsg.) (2012): Schutz vor Benachteiligung aufgrund chronischer Krankheit unter besonderer Berücksichtigung des internationalen Rechts, des Unionsrechts, des AGG und des SGB IX sowie mit einem rechtsvergleichenden Seitenblick. Analyse und Empfehlungen. URL: http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Expertisen/Expertise_Schutz_vor_Benachteiligung_aufgrund_chronischer_Krankheit.pdf?__blob=publicationFile. (eingesehen am 07.02.2020).
- Aydin, Nilüfer; Fritsch, Katrin** (2015): Stigma und Stigmatisierung von psychischen Krankheiten. In: *Psychotherapeut* 60 (3), S. 245–257.
- Bachrach, Leona** (1988): Defining Chronic Mental Illness: A Concept Paper. In: *Psychiatric Services*, 39 (4). S. 383–388.
- Bamberger, Günter G.** (2015): Lösungsorientierte Beratung. Praxishandbuch. 5. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Beck, Barbara; Borg-Laufs, Michael** (2018): Änderungsmotivation. In: Wälte, Dieter; Borg-Laufs, Michael (Hrsg.) (2018): Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Grundwissen Soziale Arbeit, Band 24). S.81-96
- Beushausen, Jürgen** (2013a): Die Chronifizierung psychosozialer Probleme - Beiträge des Helfers und seiner Institution. In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* 5/2013. S. 341 – 346.
- Beushausen, Jürgen** (2013b): Gesundheit und Krankheit in psychosozialen Arbeitsfeldern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (UTB, 3939).
- Beushausen, Jürgen** (2014a): Risiken und Nebenwirkungen. (K)ein Thema der psychosozialen Beratung?. Coburg: ZKS Verlag.
- Beushausen, Jürgen** (2014b): Hard to reach Klienten. (Sozial-)Therapie 2. Klasse. Coburg: ZKS-Verlag.

- Binder, Elisabeth B.** (2019): Umwelt und Epigenetik. In: *Der Nervenarzt* 90 (2). S.107–113.
- Bister, Milena D.** (2018): The concept of chronicity in action: everyday classification practices and the shaping of mental health care. In: *Sociology of health & illness* 40 (1). S. 38–52.
- Bodenmann, Guy; Perrez, Meinrad; Schär, Marcel** (2011): Klassische Lerntheorien. Grundlagen und Anwendungen in Erziehung und Psychotherapie. 2. Aufl. Bern: Hogrefe AG.
- Böhm, Carmen** (2020): Wohnungslosigkeit im Diskurs Klinischer Sozialarbeit. Wiesbaden: Springer VS (Sozialer Wandel und Kohäsionsforschung).
- Bohus, Martin** (2018): Borderline Störung. In: Margraf, Jürgen; Schneider, Silvia (Hrsg.) (2018): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2. Psychologische Therapie bei Indikationen im Erwachsenenalter. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer. S.471-505.
- Böker, Heinz; Hartwich, Peter; Piegler, Theo** (2016): Prinzipien neuropsychodynamischer Behandlungsansätze in der modernen Psychiatrie. In: Böker, Heinz; Hartwich, Peter; Northoff, Georg (Hrsg.) (2016): Neuropsychodynamische Psychiatrie. 2016. Berlin, Heidelberg.: Springer. S.85-112.
- Bosshard, Marianne; Ebert, Ursula; Lazarus, Horst** (2013): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. 5. Aufl. Köln: Psychiatrie-Verl.
- Brückner, Burkhard** (2015): Geschichte der psychiatrischen Sozialarbeit in Deutschland im 20. Jahrhundert – ein Überblick. In: Dörr, Margret (Hrsg.) (2015): Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren (Grundlagen der Sozialen Arbeit, 35). S.21-32.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)** (2018): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapierichtlinie. Wartezeiten 2018. URL: https://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/Wartezeiten_2018/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf Stand (eingesehen am 07.02.2020).
- Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland** (2016): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). Bundestag Drucksache 18/9522.
- Bundestherapeutenkammer** (2014): BPtK-Studie Versorgung psychisch kranker Menschen in der medizinischen Rehabilitation. URL: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20141202_bptk_studie_reha.pdf (eingesehen am 02.02.2020).
- Buttner, Peter; Gahleitner, Silke Birgitta; Hochuli-Freund, Ursula; Röh, Dieter** (2018): Theoretische Perspektiven Sozialer Diagnostik. In: Buttner, Peter; Gahleitner, Silke Birgitta; Hochuli-Freund, Ursula; Röh, Dieter (2018): Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit. Lambertus-Verlag. Berlin, Freiburg im Breisgau: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V; Lambertus-Verlag (Hand- und Arbeitsbücher, 24). S.32-34.
- Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. (DVGP; Mental Health Europe)** (2019): Ein Leit-faden für psychiatrische Diagnosen. URL: https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Europa/2019-04-09_Ein_Leitfaden_fuer_psychiatrische_Diagnosen_-_FINAL.pdf. (eingesehen am 05.01.2020).

- DBSH – Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.** (2016): Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit. URL: https://www.dbsh.de/fileadmin/redaktionell/bilder/Profession/20161114_Dt_Def_Sozialer_Arbeit_FBTS_DBSH_01.pdf. (eingesehen am 02.02.2020).
- Deloie, Dario** (2021): Sucht und Komorbidität: Komplexe Problemlagen und die Notwendigkeit einer biopsychosozialen Antwort. In: Giertz, Karsten; Große, Lisa; Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.) (2021): Hard to reach: schwer erreichbare Klientel unterstützen. Köln: Psychiatrie Verlag. S.70-81.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)** (2018): Psychische Erkrankungen in Deutschland. Schwerpunkt Versorgung. URL: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f80fb3f112b4eda48f6c5f3c68d23632a03ba599/DGPPN_Dossier%20web.pdf (eingesehen am 07.02.2020).
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit** (o.J.): Klinische Sozialarbeit. URL: <https://www.dgsa.de/sektionen/klinische-sozialarbeit/>. (eingesehen am 01.02.2020).
- Deutsche Rentenversicherung (DRV)** (2019): Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2019. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/erwerbsminderungsrenten-zeitablauf_2019.pdf?__blob=publicationFile&v=5-. (eingesehen am 06.02.2020).
- DRV- Bund - Deutsche Rentenversicherung Bund** (2014): Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/positionspapiere/pospap_psych_Erkrakung.pdf?blob=publicationFile&v=1. (eingesehen am 31.01.2020).
- Falkai, Peter; Schneider, Frank; Gründer, Gerhard; Kambeitz, Joseph** (2017): Ätiopathogenetische Beiträge der Bildgebungsforschung in der Psychiatrie. In: Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux und Hans-Peter Kapfhammer (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Bd. 155. 5. Aufl. Berlin: Springer (Springer Reference Medizin). S. 215–243.
- Gaebel, Wolfgang; Ahrens, Wiebke; Schlamann, Pia** (2010): Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis. URL: <https://www.seelischegesund.net/images/stories/publikationen/konzeption-und-umsetzung-von-interventionen-zur-entstigmatisierung-seelischer-erkrankungen.pdf>. (eingesehen am 08.02.2020).
- Gahleitner, Silke Birgitta** (2017): Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Gahleitner, Silke Birgitta** (2018): Identität und soziale Beziehungen. In: Buttner, Peter; Gahleitner, Silke Birgitta; Hochuli-Freund, Ursula; Röh, Dieter (Hrsg.) (2018): Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit. Lambertus-Verlag. Berlin, Freiburg im Breisgau: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V; Lambertus-Verlag (Hand- und Arbeitsbücher, 24). S.46-58.

- Gauggel, Siegfried** (2016): Störungen der Krankheitseinsicht. Göttingen: Hogrefe (Fort schritte der Neuropsychologie, Band 17).
- Ghinea, Denisa; Edinger, Alexandra; Kaess, Michael** (2018): Ambulante Behandlungskonzepte der Borderline Persönlichkeitsstörung im Jugendalter an der Heidelberger -Ambulanz für Risikoverhalten und Selbstschädigung (AtR!Sk). In: *PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie* 22 (3). S. 225–232.
- Giertz, Karsten** (2021): Patientinnen und Patienten mit hoher Inanspruchnahme der psychiatrischen Versorgung. In: Giertz, Karsten; Große, Lisa; Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.) (2021): *Hard to reach: schwer erreichbare Klientel unterstützen*. Köln: Psychiatrie Verlag. S.30-37.
- Giertz, Karsten; Große, Lisa; Gahleitner, Silke Birgitta; Steckelberg, Claudia** (2021): Hard-to-reach-Klientel, Menschenrechte und Soziale Arbeit. In: Giertz, Karsten; Große, Lisa; Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.) (2021): *Hard to reach: schwer erreichbare Klientel unterstützen*. Köln: Psychiatrie Verlag. S.14-29.
- Goldsmith, Lucy Pollyanna; Lewis, Shôn ; Dunn, Graham; Bentall, Richard** (2015): Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. In: *Psychological medicine* 45 (11). S. 2365–2373.
- Grabert, Andrea** (2011): Salutogenese und Bewältigung psychischer Erkrankung. Einsatz des Kohärenzgefühls in der Sozialen Arbeit. 3. Aufl. Lage: Jacobs.
- Green, Carla A.; Polen, Michael R.; Janoff, Shannon L.; Castleton, David K.; Wisdom, Jennifer P.; Vuckovic, Nancy** (2008): Understanding how clinician-patient relationships and relational continuity of care affect recovery from serious mental illness: STARS study results. In: *Psychiatric rehabilitation journal* 32 (1). S. 9–22.
- Große, Lisa; Gahleitner, Silke Birgitta** (2021): Hilfeprozesse bei Hard-to-reach-Klientel beziehungsorientiert ermöglichen. In: Giertz, Karsten; Große, Lisa; Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.) (2021): *Hard to reach: schwer erreichbare Klientel unterstützen*. Köln: Psychiatrie Verlag. S.95-104.
- Gruber, Lisa** (2018): Case Management in der Sozialpsychiatrie. Bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung. Goßmannsdorf b. Würzburg: ZKS Medien (Schriften zur psychosozialen Gesundheit).
- Gühne, Uta; Becker, Thomas; Salize, Hans-Joachim; Riedel-Heller, Steffi G.** (2015): Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? In: *Psychiatrische Praxis* 42 (8). S. 415–423.
- Gühne, Uta; Riedel-Heller, Steffi G.** (2015): Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. URL: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/6f086cca1fce87b992b25146213439300c398c5/Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf. (eingesehen am 07.02.2020).
- Gühne, Uta; Stein, Janine; Weinmann, Stefan; Becker, Thomas; Riedel-Heller, Steffi G.** (2017): Wohninterventionen für Menschen mit schweren psychischen Störungen – Internationale Evidenz aus RCTs. In: *Psychiatrische Praxis* 44 (4). S. 194–205.

- Gühne, Uta; Weinmann, Stefan; Arnold, Katrin; Becker, Thomas; Riedel-Heller, Steffi** (2012): Das Training sozialer Fertigkeiten bei schweren psychischen Erkrankungen - ist es wirksam? In: *Psychiatrische Praxis* 39 (8). S. 371–380.
- Gühne, Uta; Weinmann, Stefan; Riedel-Heller, Steffi G.; Becker, Thomas** (2019): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Hallermann, S.; Schmidt, R. F.** (2019): Synaptische Plastizität. In: Ralf Brandes, Florian Lang und Robert F. Schmidt (Hrsg.): *Physiologie des Menschen. Mit Pathophysiologie*, Bd. 96. 32. Aufl. Berlin: Springer Berlin; Springer (Springer-Lehrbuch). S. 115–120.
- Hansson, Lars; Jormfeldt, Henrika; Svedberg, Petra; Svensson, Bengt** (2013): Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: do they differ from attitudes held by people with mental illness? In: *The International journal of social psychiatry* 59 (1). S. 48–54.
- Hapke, Ulfert; Maske, Ulrike; Scheidt-Nave, Christa; Bode, Liv; Schlack, Robert; Busch, Markus** (2013): Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56 (5-6). S. 749–754.
- Hehlmann, Thomas; Schmidt-Semisch, Henning; Schorb, Friedrich** (2018): *Soziologie der Gesundheit*. München: UVK Verlag (UTB Sozial-, Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Medizin, 4741).
- Hehrmann, R.; Ploner, O.**: Schilddrüse 2005. Henning-Symposium. 17. Konferenz über die menschliche Schilddrüse, Heidelberg. Unter Mitarbeit von 703 GBV. Berlin: De Gruyter.
- Heinz, Andreas** (2015): *Der Begriff der psychischen Krankheit*. 2. Aufl. Berlin: Suhrkamp (Suhrkamp Taschenbücher Wissenschaft, Band 2108).
- Helmchen, Hanfried** (2013): Anmerkungen zur Sprache des Psychiaters und Stigmatisierung psychisch Kranker. In: *Der Nervenarzt* 84 (3). S. 334–339.
- Herpertz, Stephan; Fichter, Manfred; Herpertz-Dahlmann, Beate; Hilbert, Anja; Tuschen-Caffier, Brunna; Vocks, Silja; Zeeck, Almut** (2019): S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hinrichs, Reimer** (2019): Chronifizierung. Zur Dynamik einer komplizierten Widerstandsform. In: *Dynamische Psychiatrie* 52 (1-2, 292-293 der Gesamtfolge). S. 26–33.
- Hoeschel, Klaus; Pfluegler, Stephanie; Rinke, Mariel; Burmeister, Kerstin; Chrysanthou, Christos; Comtois, Katherine A.** (2011): Dialektisch-behaviorale Therapie nach der Akutphase – die Herausforderung annehmen, das System zu verlassen (DBT-ACES). In: *Verhaltenstherapie* 21 (4). S. 239–246.
- Hopfenmüller, Elisabeth** (2015): Integration der Nichtintegrierbaren? – Systemsprenger oder das Salz der Erde. In: **Dörner, Klaus** (Hrsg.) (2015): *Ende der Veranstaltung. Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie*. Neuausgabe. Neumünster, Holst: Die Brücke Neumünster (Edition Jakob van Hoddis). S.91-101.

- Huang, Chongmei; Plummer, Virginia; Lam, Louisa; Cross, Wendy** (2019): Perceptions of shared decision-making in severe mental illness: An integrative review. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing*. Epub ahead of print. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jpm.12558>. (eingesehen am 05.02.2020).
- Janßen, Christian** (2015): Soziale Ungleichheit und Gesundheit - Ansatzpunkte für sozial-arbeiterisches Handeln. In: Daiminger, Christine; Hammerschmidt, Peter; Sagebiel, Juliane Beate (Hrsg.) (2015): *Gesundheit und Soziale Arbeit*. Neu-Ulm: AG-SPAK-Bücher (Schriftenreihe soziale Arbeit der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften der Hochschule München, Band 6).
- Kaczmarek, Sophie; Passmann, Kai; Cappel, Ruben; Hillebrand, Veronika; Schleu, Andrea; Strauß, Bernhard** (2012): Wenn Psychotherapie schadet ... In: *Psychotherapeut* 57 (5). S. 402–409.
- Kamerāde, Daiga; Wang, Senhu; Burchell, Brendan; Balderson, Sarah Ursula; Coutts, Adam** (2019): A shorter working week for everyone: How much paid work is needed for mental health and well-being? In: *Social science & medicine* (1982) 241, S. 112353.
- Kardorff, Ernst von** (2010): Zur Diskriminierung psychisch kranker Menschen. In: Hormel, Ulrike; Scherr, Albert (Hrsg.) (2010): *Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse*. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften. S.279-305.
- Khalifeh, H.; Moran, P.; Borschmann, R.; Dean, K.; Hart, C.; Hogg, J.** (2015): Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. In: *Psychological medicine* 45 (4), S. 875–886.
- Kinter, Kenneth** (2017): What's in a name: "Serious", "Severe", and "Serious and Persistent". In: *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 21 (1), S. 52-54.
- Koenders, Jitske F.; Mooij, Liselotte D. de; Dekker, Jack M.; Kikkert, Martijn** (2017): Social inclusion and relationship satisfaction of patients with a severe mental illness. In: *The International journal of social psychiatry* 63 (8), S. 773–781.
- Krüger, Matthias** (2014): Die Verknüpfung von Schematherapie mit Modellen der Kommunikationspsychologie. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 35 (2), S.148-157
- Kryspin-Exner, I.; Felnhofer, Anna; Kothgassner, O.D.** (2011): Die digitale Büchse der Pandora: Psychische Störungen im Cyberspace. In: *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater* 25(4). S.172-182 ·
- Kupferschmid, Stephan; Weber, Christina; Wüthrich, Christian** (2016): Suizidale Verhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter. In: *Pädiatrie up2date* 11 (02), S. 183–200.
- Lammer, E.; Klingelhöfer, D.; Bendels, M. H.; Ohlendorf, D.; Groneberg, D. A.; Spallek, M. M.** (2018): Schizophrenie. In: *Zbl Arbeitsmed* 68 (3), S. 177–186.
- Lauber, C.; Nordt, C.; Braunschweig, C.; Rössler, W.** (2006): Do mental health professionals stigmatize their patients? In: *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum* (429), S. 51–59.

- Laupichler, Klaus** (2007): Was trägt zur Chronifizierung psychisch kranker bei? Aus Sicht eines Psychiatrie-Erfahrenen. In: Adler, Lothar; Dumke, Hans-Otto; Peukert, Reinhard (Hrsg.) (2007): Chronisch psychisch krank – chronisch schlecht versorgt? Zur Lage der chronisch psychisch Kranken 30 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete. Regensburg: S. Roderer Verlag. S.29-34.
- Laux, Gerd** (2017): Depressive Störungen. In: Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux und Hans-Peter Kapfhammer (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. 5. Aufl. Berlin: Springer (Springer Reference Medizin). S. 1711–1817.
- Leeuw, M. de; van Meijel, B.; Grypdonck, M.; Kroon, H.** (2012): The quality of the working alliance between chronic psychiatric patients and their case managers: process and outcomes. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 19 (1). S. 1–7.
- Leidig, Stefan** (2007): Vorurteile, selbsterfüllende Prophezeiungen und Lösungen. In: Melanie Holz (Hrsg.): Demografischer Wandel in Unternehmen. Herausforderung für die strategische Personalplanung. Wiesbaden: Gabler, S. 99–109.
- Leigh-Hunt, N.; Baggeley, D.; Bash, K.; Turner, V.; Turnbull, S.; Valtorta, N.; Caan, W.** (2017): An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. In: *Public health* 152, S. 157–171.
- Linden, Michael; Strauß, Bernhard** (Hrsg.) (2018): Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung. 2. Aufl. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Ljungberg, Amanda; Denhov, Anne; Topor, Alain** (2015): The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. In: *The Psychiatric quarterly* 86 (4). S. 471–495.
- Ljungberg, Amanda; Denhov, Anne; Topor, Alain** (2016): Non-helpful relationships with professionals - a literature review of the perspective of persons with severe mental illness. In: *Journal of mental health (Abingdon, England)* 25 (3). S. 267–277.
- Loos, Sabine; Neumann, Petra; Arnold, Katrin; Slade, Mike; Fiorillo, Andrea; Krogsgaard Bording, Malene; Ivanka, Tibor; Kawohl, Wolfram; Puschner, Bernd** (2013): Gemeinsame Entscheidungsfindung in der Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen: Eine Fokusgruppenuntersuchung. In: *Psychiatrische Praxis* 40 (1). S. 23–29.
- Lübeck, Anja; Wälte, Dieter** (2018): Schematherapeutische Interventionen in der Beratung. In: **Wälte, Dieter; Borg-Laufs, Michael** (Hrsg.) (2018): Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Grundwissen Soziale Arbeit, Band 24). S.178-189.
- Luhmann, Maïke; Bückner Susanne** (2019): Einsamkeit und soziale Isolation im hohen Alter. Projektbericht. URL: http://www.pml.psy.rub.de/mam/content/abschlussbericht_einsamkeit_im_hohen_alter_onlineversion.pdf. (eingesehen am 05.02.2020).
- Maier, W.; Hauth, I.; Berger, M.; Saß, H.** (2016): Zwischenmenschliche Gewalt im Kontext affektiver und psychotischer Störungen. In: *Der Nervenarzt* 87 (1). S. 53–68.
- Maier, Wolfgang; Giegling, Ina; Rujescu, Dan** (2017): Genetik und Gen-Umwelt-Interaktionen bei psychischen Erkrankungen. In: Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux und

- Hans-Peter Kapfhammer (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Bd. 73. 5. Aufl. Berlin: Springer (Springer Reference Medizin). S. 147–191.
- Maltby, John; Day, Liz; Macaskill, Ann** (2011): Differentielle Psychologie, Persönlichkeit und Intelligenz. 2. Aufl. München: Pearson Studium (Always learning).
- Meyer, Thomas; Bernhard, Britta** (2010): Psychotherapie bipolarer Störungen. In: *Psychiatr. Psychother. up2date* 4 (04). S. 253–272.
- Möller-Leimkühler, Anne M.** (2015): Soziologische und sozialpsychologische Aspekte psychischer Erkrankungen. In: Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Kapfhammer, Hans-Peter (Hrsg.) (2015): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Bd. 30. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 1–32.
- Myers, David G.; Hoppe-Graff, Siegfried; Keller, Barbara** (2014): Psychologie. 3 Aufl. Berlin: Springer (Springer-Lehrbuch).
- Nestler, Eric J.; Peña, Catherine J.; Kundakovic, Marija; Mitchell, Amanda; Akbarian, Schahram** (2016): Epigenetic Basis of Mental Illness. In: *The Neuroscientist : a review journal bringing neurobiology, neurology and psychiatry* 22 (5). S. 447–463.
- Niebauer, Daniel** (2017): "hard-to-reach" - eine Frage der Perspektive. Partnerschaftlich (GVS – Info-dienst) 15(3), S.12–13.
- Oexle, Nathalie; Müller, Mario; Kawohl, Wolfram; Xu, Ziyang; Viering, Sandra; Wyss, Christine et al.** (2018): Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. In: *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 268 (2). S. 209–212.
- O'Hanlon, William Hudson; Rowan, Tim** (2003): Solution-oriented therapy for chronic and severe mental illness. New York: Norton.
- Ohling, Maria** (2019): Das (verkannte) Potential der Soziotherapie. In: *Sozial Extra* 43 (6). S. 414–418.
- Overfeld, Judith; Buss, Claudia; Heim, Christine** (2016): Die Bedeutung früher traumatischer Lebenserfahrungen. In: *InFo Neurologie* 18 (9). S. 30–40.
- Pantucek-Eisenbacher, Peter: Biografischer Zeitbalken.** In: Buttner, Peter; Gahleitner, Silke Birgitta; Hochuli-Freund, Ursula; Röh, Dieter (Hrsg.) (2018): Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit. Berlin, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag (Hand- und Arbeitsbücher, 24). S.341-344.
- Pauls, Helmut** (2013): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 3. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa (Grundlagentexte Soziale Berufe).
- Peter, Olivia; Lang, Johanna; Stein, Katharina; Wirth, Katharina; Jungbauer, Johannes** (2019): „Ich bin nicht die Diagnose – aber sie ist auch ein Teil von mir“ – Eine qualitative Interviewstudie zu Sichtweisen von psychisch erkrankten Menschen. In: *Psychiatrische Praxis* 46 (1). S. 27–33.
- Peter, Sebastian von** (2010): The temporality of "chronic" mental illness. In: *Culture, medicine and psychiatry* 34 (1). S. 13–28.
- Peter, Sebastian von** (2013): 'Chronic' identities in mental illness. In: *Anthropology & medicine* 20 (1). S. 48–58.

- Pfeffer, Simone** (2010): Krankheit und Biographie. Bewältigung von chronischer Krankheit und Lebensorientierung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pfeuffer, Simone; Birkle, Sarah; Müller, Maike; Voderholzer, Ulrich; Naab, Silke** (2014): Bei sozialer Phobie droht Chronifizierung. In: *pädiatr. hautnah* 26 (1). S. 48–55.
- Prüß, Susanne; Speerforck, Sven; Bahlmann, Johannes; Freyberger, Harald J.; Schomerus, Georg** (2014): Werden Psychotherapeuten, Psychiater oder die Psychotherapie stigmatisiert? In: *Psychotherapeut* 59 (4). S. 275–282.
- Rennert, Monika** (2012): Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. 3. Aufl. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Richter, D.; Hoffmann, H.** (2019): Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: results from the Swiss Health Survey. In: *Epidemiology and psychiatric sciences* 28 (4). S. 427–435.
- Riedel-Heller, S. G.; Gühne, U.; Weinmann, S.; Arnold, K.; Ay, E-S; Becker, T.** (2012): Psychosoziale Interventionen bei schweren psychischen Störungen: Evidenz und Empfehlungen: Psychoedukation, Training sozialer Fertigkeiten, Sport und Bewegung. In: *Der Nervenarzt* 83 (7). S. 847–854.
- Rittmannsberger, Hans; Sulzbacher, Anke; Foff, Christian; Zaunmüller, Thomas** (2014): Heavy User stationärer psychiatrischer Behandlung: Vergleich nach Diagnosegruppen. In: *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater* 28 (4). S. 169–177.
- Robert-Koch-Institut** (2012): Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Chronisches Kranksein. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/chronisches_kranksein.pdf?__blob=publicationFile. (eingesehen am 07.02.2020).
- Rosenbach, Frank; Ewers, Michael** (2013): Selbstmanagementförderung in der psychiatrischen Versorgungspraxis. In: *Psychiatrische Praxis* 40 (7). S. 372–379.
- Scheidt-Nave, Christa** (2010): Chronische Erkrankungen – Epidemiologische Entwicklung und die Bedeutung für die Öffentliche Gesundheit. In: *Public Health Forum* 18 (1). S. 105.
- Schenner, Manuela; Kohlbauer, Daniela; Stippler-Korp, Maria; Meise, Ullrich; Günther, Verena** (2016): StigMa--Die Entwicklung des Therapieprogramms Stigma-Management. In: *Psychiatrische Praxis* 43 (1). S. 45–52.
- Schlippe, Arist von; Schweitzer, Jochen** (2016): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I. Das Grundlagenwissen. 3. Aufl. Göttingen, Bristol, CT, U.S.A.: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schneider, Wolfgang** (2013): Medikalisierung sozialer Prozesse. In: *Psychotherapeut* 58 (3), S. 219–236.
- Schnell, Thomas** (2019). Folgen subjektiver Verarbeitung von psychiatrischen Diagnosen. In: *Psychotherapeutenjournal*, 1 (2019). S. 11–16.

- Schnyder, Nina, Panczak, Radoslaw, Groth, Nicola, & Schultze-Lutter, Frauke.** (2017): Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210 (04). S. 261–268.
- Schnyder, Nina; Panczak, Radoslaw; Groth, Nicola; Schultze-Lutter, Frauke** (2017): Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 210 (4). S. 261–268.
- Scholten, Saskia; Velten, Julia; Kintscher, Maja; Pataki, Anita; Margraf, Jürgen** (2018): Beschwerden über Psychotherapie und ihre Auswirkungen auf Patienten und Patientinnen. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 68 (9-10). S. 423–427.
- Schön, Ulla-Karin; Denhov, Anne; Topor, Alain** (2009): Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. In: *The International journal of social psychiatry* 55 (4). S. 336–347.
- Schulz, Andreas** (2010): Selbstreflexion und soziale Kompetenz. In: *Organisationsberat Superv Coach* 17 (4). S. 361–371.
- Schweitzer, Jochen; Nicolai, Elisabeth** (2010): SYMPAthische Psychiatrie. Handbuch systemisch-familienorientierter Arbeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schweitzer, Jochen; Schumacher, Bernd** (2011): Die unendliche und die endliche Psychiatrie. Zur (De-) Konstruktion von Chronizität. Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- Seligman, Martin E.** (2016): Erlernte Hilflosigkeit. 5. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Shattock, Lucy; Berry, Katherine; Degnan, Amy; Edge, Dawn** (2018): Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review. In: *Clinical psychology & psychotherapy* 25 (1)- 60-85.
- Siefert, Linda** (2017): „Pro Ana“: Hinweise für ein psychodynamisches Störungsverständnis von Anorexia nervosa. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 66 (2). S. 88–103.
- Simon, Fritz B.** (2014): Die Kunst, nicht zu lernen. 6. Aufl. Heidelberg: Auer.
- Sommerfeld, Peter; Dällenbach, Regula; Rügger, Cornelia; Hollenstein, Lea** (2016): Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer VS.
- Speck, Andreas** (2018): Fokus Stigma: Ein Teilhaberrisiko? In: Speck, Andreas; Steinhart, Ingmar (Hrsg.) (2018): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern: Psychiatrie Verlag. Köln: Psychiatrie Verlag. S.103-110.
- Stengler, Katarina.; Becker, Thomas; Riedel-Heller, Steffi G.** (2014): Teilhabe am Arbeitsleben bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 82 (1). 43-53.

- Taber, Brian J.; Leibert, Todd W.; Agaskar, Vaibhavee R.** (2011): Relationships among client-therapist personality congruence, working alliance, and therapeutic outcome. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 48 (4). S. 376–380.
- Toeller, Viktoria; Freimüller, Lena; Zäske, Harald; Gaebel, Wolfgang; Wölwer, Wolfgang** (2016): Antistigma-Kompetenz erlernen. In: *Psych Pflege* 22 (04). S. 217–221.
- Urban-Stahl, Ulrike** (2018): Advocacy (Anwaltschaft). In: Gunther Graßhoff, Anna Renker und Wolfgang Schröer (Hrsg.): *Soziale Arbeit. Eine elementare Einführung*. Wiesbaden, Springer VS (Lehrbuch), S.473–484.
- US Department of Health and Human Services** (2019): Shared decision-making in mental health care. Practice, research and future directions. o.O: LULU PR.
- Utschakowski, Jörg** (2016): Peer-Support. Gründe, Wirkungen, Herausforderungen. In: Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyvér; Bock, Thomas; Winter Andréa (2016): *Experten aus Erfahrung*. Bonn: Psychiatrie Verlag. S.16-24.
- Vauth, Roland** (2004): Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsansätze zur Behandlung von chronisch wahnhafter Symptomatik und chronischem Stimmenhören. In: Rössler, Wulf (Hrsg.) (2004): *Psychiatrische Rehabilitation*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; Imprint; Springer. S.180-194.
- Vogel, David L.; Bitman, Rachel L.; Hammer, Joseph H.; Wade, Nathaniel G.** (2013): Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. In: *Journal of counseling psychology* 60 (2). S. 311–316.
- Wagner, Elisabeth; Henz, Katharina; Kilian, Heiko** (2016): *Persönlichkeitsstörungen*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag (Störungen systemisch behandeln, Band 6).
- Walter, Christoph; Deimel, Daniel** (2017): Theorie Klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie. In: Bischof, Jeannette; Deimel, Daniel; Walther, Christoph; Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.) (2017): *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag. S.38-58.
- Walther, Christoph** (2017): Soziale Arbeit und Psychiatrie. In: Bischof, Jeannette; Deimel, Daniel; Walther, Christoph; Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.) (2017): *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag. S. 18-37.
- Wendt, Peter-Ulrich** (2017): *Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit*. 2. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Studienmodule Soziale Arbeit).
- Wilkes, Constanze** (2016): *Psychiatrische Unterbringungen und Zwangsbehandlungen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Wittmund, Bettina** (2007): Stationäre Psychotherapie - über unerwünschte Wirkungen und andere Katastrophen. In: *PiD - Psychotherapie im Dialog* 8 (1). S. 67–70.
- Wydler, Hans** (Hrsg.) (2002): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. Workshop "Kohärenzgefühl und Salutogenese". 2. Aufl. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Xia, Ning; Li, Huige** (2018): Loneliness, Social Isolation, and Cardiovascular Health. In: *Antioxidants & redox signaling* 28 (9). S. 837–851.

- Yanos, Philip T.; Roe, David; Lysaker, Paul H.** (2010): The Impact of Illness Identity on Recovery from Severe Mental Illness. In: *American journal of psychiatric rehabilitation* 13 (2). S. 73–93.
- Ye, Jing; Chen, Timothy F.; Paul, Diane; McCahon, Rebecca; Shankar, Sumitra; Rosen, Alan; O'Reilly, Claire L.** (2016): Stigma and discrimination experienced by people living with severe and persistent mental illness in assertive community treatment settings. In: *The International journal of social psychiatry* 62 (6). S. 532–541.
- Yeshua-Katz, Daphna** (2015): Online Stigma Resistance in the Pro-Ana Community. In: *Qualitative health research* 25 (10). S. 1347–1358.
- Zittlau, Kathrin** (2019): Die Krankheitsbewältigung unterstützen. Theorie und Praxis des professionellen Umgangs mit chronisch Kranken. Stuttgart: Schattauer.

Anhang

Anhang 1 – Biologische, psychologische, soziale und iatrogene Chronifizierungsaspekte (Quelle: eigene Darstellung)

Biologische Aspekte	Psychologische Aspekte	Soziale Aspekte	Iatrogene Beeinflussung
Epigenetische Veränderungen	Krankheitsidentität	Leistungssystem	Schädigendes Verhalten in der Arbeitsbeziehung ⁱ
Neurotransmitter	Idealisierung der Störung	Psychosoziale Stressoren	Pathologisierung der Person / Förderung der Krankheitsidentität ⁱⁱ
Physiologische Grunderkrankungen	Störungsbewusstsein & fehlende biografische Integration	Verlust sozialer Beziehungen	Krankheitsfestigende Maßnahmen ⁱⁱⁱ
	Selbststigmatisierung	Co-Abhängigkeit & Verfestigung der Krankheitsidentität	Stigmatisierung
	Lernverhalten & Konditionierung	Stigmatisierung	Biomedizinisches Krankheitsverständnis
	Erlernte Hilflosigkeit		Defizitorientierte Behandlung
	Glaubensmuster		Unethische Verhaltensweisen

ⁱ Umfasst: Missachtung der Individualität, Missachtung des Expertentums der Adressat*innen, invalidierende / autonomiereduzierende Haltung, unpassender Emotionsausdruck, Diskontinuität, fehlende Informationsweitergabe, Zwang

ⁱⁱ Umfasst: soziale Probleme als psychiatrische Probleme, Labeling-Einfluss (Diagnosen)

ⁱⁱⁱ Umfasst: zeitlich unpassende Beendigung, Verfestigung von Hilflosigkeit, Förderung von Subkulturen

Anhang 2 – Zusammenfassung Antistigma-Arbeit nach Bereich

(Quelle: Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2010, S.69/70)

Bereich	Zielgruppe	Ziele	Hintergründe	Best-Practice international
Arbeit	• Arbeitgeber • Betriebsräte/ Gewerkschaften • Betriebsärzte/ Verbände der Arbeitsmediziner • Arbeitsamt (siehe Behörden/Ämter)	• Abbau von Vorurteilen bei Vorgesetzten und Kollegen • Arbeitsplatzerhalt • Erleichterung der beruflichen Reintegration	• Bedarf (Kap. 5.2 & 5.3) • In Deutschland bisher kaum Maßnahmen, im internationalen Vergleich unterrepräsentiert (Kap. 3.1 & 4.1) • Arbeit mit Verbänden empfohlen (Kap. 5.2)	Kein den Kriterien entsprechendes Projekt erfasst
Gesundheitswesen	• Personal psychiatrischer Kliniken • Sozialpsychiatrischer Dienst • Niedergelassene Psychiater/Psychotherapeuten • Allgemein- und Fachmediziner • Studenten/Auszubildende im Gesundheitswesen	• Reduktion stigmatisierenden Verhaltens • Adressierung der Selbststigmatisierung durch Unterstützung der Erkrankten • Multiplikatorenfunktion der Mitarbeiter im Gesundheitswesen nutzen	• Gesundheitspersonal in Deutschland als Zielgruppe unterrepräsentiert (Kap. 3.1) • Studenten: gut erreichbar (Kap. 2.3.2) und in Deutschland unterrepräsentiert (Kap. 3.1) • Bedarf im Bereich psychiatrische & medizinische Versorgung (Kap. 5.2 & 5.3) • Wichtige Zielgruppe bzgl. Selbststigmatisierung (Kap. 5.2)	„In Our Own Voice“ (Wood & Wahl, 2006) Projekt aus Australien (Gee et al., 2007)
Öffentlichkeit /Medien	• Journalisten • Redakteure/Programmverantwortliche • Regisseure • Drehbuchautoren • Studenten im Bereich Medien/Journalismus	• Reduktion der negativen/falschen Medienberichterstattung • Sensibilisierung • Medien als Multiplikator zur Aufklärung der allg. Öffentlichkeit gewinnen • Stärkung der laufenden Antistigma-Projekte	• Bedarf bzgl. Bild der Öffentlichkeit (Kap. 5.1) • Öffentlichkeit; Journalisten/Medien in Deutschland bisher kaum adressiert (Kap. 3.1) • Studenten: gut erreichbar (Kap. 2.3.2) und unterrepräsentiert (Kap. 3.1)	„Like Minds, Like Mine“ (Vaughan & Hansen, 2004) „See me“ (Braunholtz et al., 2004)
Behörden/ Ämter	• Arbeitsagentur • Arge • Krankenkassen	• Abbau von Vorurteilen • erhöhte Kompetenz im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen • Adressierung der Selbststigmatisierung durch Unterstützung der Erkrankten von Seiten der Berater	• Bedarf im Bereich Arbeitssuche (Kap. 5.1) • Bedarf bzgl. Behörden & Ämtern (Kap. 5.3)	Kein den Kriterien entsprechendes Projekt erfasst

Anhang 2, fortgesetzt

Bereich	Zielgruppe	Ziele	Hintergründe	Best-Practice international
Zwischen-menschliche Beziehungen	• Angehörige • Freunde • Nachbarn • Schüler	• Wissensvermittlung bzgl. psychischer Erkrankung • Abbau von Vorurteilen • Reduktion stigmatisierenden Verhaltens • Unterstützung bzgl. Selbststigmatisierung • Angehörige/Freunde als Multiplikatoren nutzen	• Bedarf in Zwischenmenschlichen Beziehungen (Kap. 5.1) • Bedarf in Familie & Freundeskreis (Kap. 5.3) • Schüler: gut erreichbare Zielgruppe (Kap. 2.3.2); in Deutschland überrepräsentiert (Kap. 3.1 & 4.1)	Kein den Kriterien entsprechendes Projekt erfasst
Kinder und Jugendliche	• Schüler	• Vorurteile abbauen • Einstellungen und Verhalten bzgl. psychisch Kranken verändern	• Schüler: gut erreichbare Zielgruppe (Kap. 2.3.2); in Deutschland überrepräsentiert (Kap. 3.1 & 4.1) • Schulprojekte positiv bewertet (Kap. 3.1 und 5.2) • Möglichst früh ansetzen (Kap. 2.3.2 & Kap. 5.3)	<i>Schulprojekt „BASTA“</i> (Wundsam, 2004) <i>Mental Illness Education Programme (MIE)</i> (Rickwood et al., 2004)
Gemeinde	• Allg. Öffentlichkeit in der Kommune • Nachbarschaft	• Abbau von Vorurteilen • Aufklärung über psychische Erkrankungen • Förderung des Kontakts mit psychisch erkrankten Menschen	• Verbändeinterviews (Kap. 5.2)	Kein den Kriterien entsprechendes Projekt erfasst