

I Basics

1 Allgemeine Einführung

In dieser Einleitung werden wichtige Teilaspekte zur Psychiatrie und psychiatrischen Pflege beschrieben. Sie dienen dazu, die Komplexität pflegerischen Handelns in diesem Fachgebiet zu verdeutlichen und eine Grundlage zu schaffen. Das psychiatrisch-psychosoziale Handlungsfeld kann während der Ausbildung nur punktuell kennengelernt werden, ebenso wie die sehr unterschiedlichen Erscheinungsformen und Ausprägungen psychischer Störungen, Erkrankungen und Verlaufsformen. Deshalb ist es umso wichtiger, sich darauf einzulassen und neugierig zu sein und dann, wenn es als längerfristiges Arbeitsfeld gewählt wird, dieses Wissen zu vertiefen.

Die Aufgaben professioneller Pflege im *Fachgebiet der Psychiatrie* sind sehr vielfältig und umfassend, da sie in den gesamten Versorgungsbereich, sowohl stationär und teilstationär als auch ambulant und komplementär, eingebunden sind. Die Disziplin Psychiatrie befasst sich mit der Vorsorge, der Diagnostik, der Therapie, der Rehabilitation und Nachsorge von mentalen, emotionalen und verhaltensbezogenen Erkrankungen in ihrer Gesamtheit. Das heißt, dass sich dieses Arbeitsgebiet mit dem Denken, Fühlen und Wollen eines von einer psychischen Erkrankung betroffenen Menschen beschäftigt und auseinandersetzt.

Ein paar wenige Begriffsklärungen: Die *Psychotherapie* und die Psychiatrie sind eng miteinander verknüpft. Psychotherapeutische Ansätze sind in allen Bereichen der psychosozialen Versorgung zu finden. Es handelt sich um Therapieverfahren, die auf psychoanalytischen Grundlagen beruhen und unterschiedliche Ansätze haben: tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische und humanistische. Die *Psychoanalyse*, von Breuer und Freud gegründet, beruht auf dem Konzept des dynamischen Unbewussten. Die *Psychologie* befasst sich mit dem Erleben und Verhalten von Menschen. Ein Teilgebiet ist die *klinische Psychologie*, die sich mit der Persönlichkeitsdiagnostik, psychologischer Beratung (auch in Krisensituationen) und der Behandlung von psychischen Erkrankungen befasst. Die *Sozialpsychiatrie* hat die gesellschaftlichen und familiären Entstehungsbedingungen und Behandlungsmöglichkeiten von psychischen Erkrankungen im Blick, verbunden mit einer entsprechenden Grundhaltung, beispielsweise die zwischenmenschlichen Beziehungen, Arbeits- und Wohnverhältnisse und die psychosoziale Versorgung. *Systemische Denkmodelle* versuchen kontinuierlich Interaktion menschlicher Prozesse und deren Verhältnis zur Außenwelt abzubilden und sind zeitweise, vor allem in den 1970er Jahren vorwiegend bei Paaren, Familien und Gruppen angewendet worden. Inzwischen wird diese Methode auch in der Einzeltherapie eingesetzt.

Begriffsklärungen

Die zahlreichen Aufgaben der Psychiatrie haben zu Spezialisierungen geführt. Die *Kinder- und Jugendpsychiatrie* ist ein eigenes Teilgebiet und umfasst die Schnittstellen zwischen Psychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe, Kinderheilkunde sowie Entwicklungspsychologie. Die *Gerontopsychiatrie* oder Alterspsychiatrie ist ein weiterer Schwerpunkt, der sich mit psychischen Störungen im Alter befasst, seien es Depressionen oder Psychosen, aber auch Demenzerkrankungen. Die *Forensische Psychiatrie* ist ein Teilgebiet der Psychiatrie, welches die Behandlung, die Begutachtung und die Unterbringung von psychisch kranken Straftätern zur Aufgabe hat. Die *Psychosomatik* befasst sich mit den Krankheiten, die körperliche Veränderungen und Symptome hervorrufen bzw. körperlichen Erkrankungen, die seelisch mitbedingt sind. Hier wird in der Regel mit psychotherapeutischen Methoden behandelt.

1.1 Pflegerisches Gesundheits- und Krankheitsverständnis

»Psychiatrische Symptome zu entwickeln ist der Versuch des Betroffenen, sich vor einer unerträglich gewordenen Situation zu schützen. Damit haben Symptome die Funktion, den Patienten zu entlasten, ihn von Verantwortung freizusprechen, ihm Rückzug zu ermöglichen oder ihn tabuisierte Wünsche ausdrücken zu lassen. Art und Inhalt der Symptome haben folglich eine Bedeutung, die sich nur aus dem Lebenszusammenhang und der Persönlichkeit des Betroffenen heraus verstehen lassen« (Schädle-Deininger/Villinger 1996, S. 34).

Die Auseinandersetzung damit, was für den einzelnen Menschen, auch für professionelle Helfer¹, psychisch krank oder psychisch gesund bedeutet, ist wesentliche Voraussetzung für die Betrachtungsweise und die damit verbundenen Hilfen in der alltäglichen Arbeit. Das pflegerische Handlungsmodell von psychischer Erkrankung geht davon aus, dass Gesundheitsprobleme den einzelnen Menschen daran hindern, die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen. Die vorhandenen Ressourcen, die jeder Mensch trotz einer Erkrankung zur Verfügung hat, werden genutzt, um ein größtmögliches Wohlbefinden zu erreichen. Anders ausgedrückt: Der pflegerische Blick richtet sich auf die Vulnerabilität (Verletzlichkeit, Dünnhäutigkeit), die damit verbundenen Risiken und die daraus resultierenden menschlichen Reaktionen; Pflege bedeutet hier, den Menschen mit Fürsorge zu begleiten und zu betreuen. Es ist sicher sinnvoll, wenn auch andere Krankheitsmodelle mit zum Tragen kommen, wie das soziale, medizinische, Kommunikationsmodell oder das zwischenmensch-

1 Für den besseren Lesefluss wird auf die geschlechtsspezifische Nennung verzichtet, wobei jedoch beide Geschlechter gleichermaßen gemeint sind.

liche, aber auch das psychoanalytische oder Verhaltensmodell und pflegerische Modell.

Das *soziale Modell* stellt die sozialen Bedingungen in Familie und Umfeld in den Mittelpunkt. Ein Mensch, der unter Armut, familiärer Instabilität und dem Verlust bestimmter Fähigkeiten leidet, erwirbt weniger Möglichkeiten mit Stress fertig zu werden und sich an neue Lebensbedingungen anzupassen.

Soziales Modell

Das *medizinische Modell* beschreibt Krankheitssymptome, stellt eine Diagnose, sucht nach körperlichen Ursachen der Erkrankung, bekämpft sie oder ihre Symptome, z. B. mit medikamentöser Therapie, und strebt Heilung an.

Medizinisches Modell

Das *Kommunikationsmodell* deutet Verhaltensweisen als geglückte oder missglückte Versuche des Einzelnen, einem anderen etwas mitzuteilen. Die Botschaften können verschlüsselt oder verzerrt sein, die Kommunikationswege indirekt. Wenn wir abweichendes Verhalten schwerpunktmäßig unter der Fragestellung betrachten, was der Patient uns mit welchen Mitteln mitteilen möchte, können wir das eigene Handeln direkt daraus ableiten, sofern wir seine Biografie und seine Zielvorstellungen kennen.

Kommunikationsmodell

Das *zwischenmenschliche Modell* beschreibt abweichendes Verhalten als Ergebnis von mangelndem Selbstwertgefühl, das sich in der Sozialisation des Betroffenen nur ungenügend entwickelt hat. Der Betroffene leidet in allen sozialen Situationen, ob in einer Zweierkonstellation oder in einer Gruppe von Menschen, unter der Angst, zurückgewiesen zu werden, und ist in allen zwischenmenschlichen Kontakten unsicher.

Zwischenmenschliches Modell

Das *psychoanalytische Modell* interpretiert Krankheitssymptome als ungeeignete Mittel des Patienten, eine aktuelle Konfliktsituation zu beherrschen. Der Betroffene braucht für die Aufrechterhaltung seiner Abwehrmechanismen so viel Energie, dass ihm zur erwachsenen Problemlösung zu wenig Kraft übrig bleibt.

Psychoanalytisches Modell

Das *Verhaltensmodell* geht davon aus, dass jegliches Verhalten erlernt wird und deshalb wieder verlernt werden kann. Jedes Verhalten, ob erwünscht oder unerwünscht, wird durch positive und negative Verstärker zur Gewohnheit. Zum Beispiel wird abweichendes Verhalten vom Patienten aufrechterhalten, wenn dies die Angst reduziert. In diesem Zusammenhang gilt es gemeinsam herauszufinden, welche anderen Möglichkeiten der Patient hat, mit seiner Angst umzugehen.

Verhaltensmodell

Das *pflegerische Modell* betrachtet in erster Linie, wie ein Mensch mit seinen Gesundheitsproblemen umgeht, welche Ressourcen er trotz Krankheit zur Verfügung hat und wie er sie einsetzen kann, um seine Bedürfnisse zu befriedigen.

Pflegerisches Modell

Je nach Störung können wir einen Patienten eher mithilfe des analytischen Modells verstehen, einen anderen vor den Hintergrund des sozialen und bei einem dritten wird unser Handeln vom pflegerischen Modell bestimmt. Das heißt wir arbeiten immer mit mehreren Modellen.

(Quelle: Schädle-Deininger/Villinger 1996, S. 27 f.)

Psychisch zu erkranken kann jeden von uns treffen, daher ist es wichtig, sich reflexiv der eigenen Anteile von »Depressiv-Sein«, »Überdreht-Sein«, »die Arbeit nicht mehr bewältigen«, »sich zurückzuziehen«, »den Lebensmut verlieren« oder »vermehrt das Bedürfnis zu haben, Alkohol zu trinken« bewusst zu sein.

Welche Hilfe würde ich annehmen, welche Widerstände würde ich haben und welcher Therapie würde ich zustimmen können?

Wenn wir dann zudem davon ausgehen, dass in jeder Krise, in jeder Erkrankung die Chance liegt, zu lernen, sich selbst besser zu verstehen, zu reifen, aber auch manchmal an den Anforderungen zu scheitern, dann wird uns deutlich, dass trotz allen beobachtbaren Krankheitszeichen jede psychische Erkrankung anders ist, von der persönlichen Entwicklung geprägt ist und deshalb jeder Weg aus der Erkrankung heraus oder mit ihr zu leben, individuell erlebt und gestaltet werden muss.

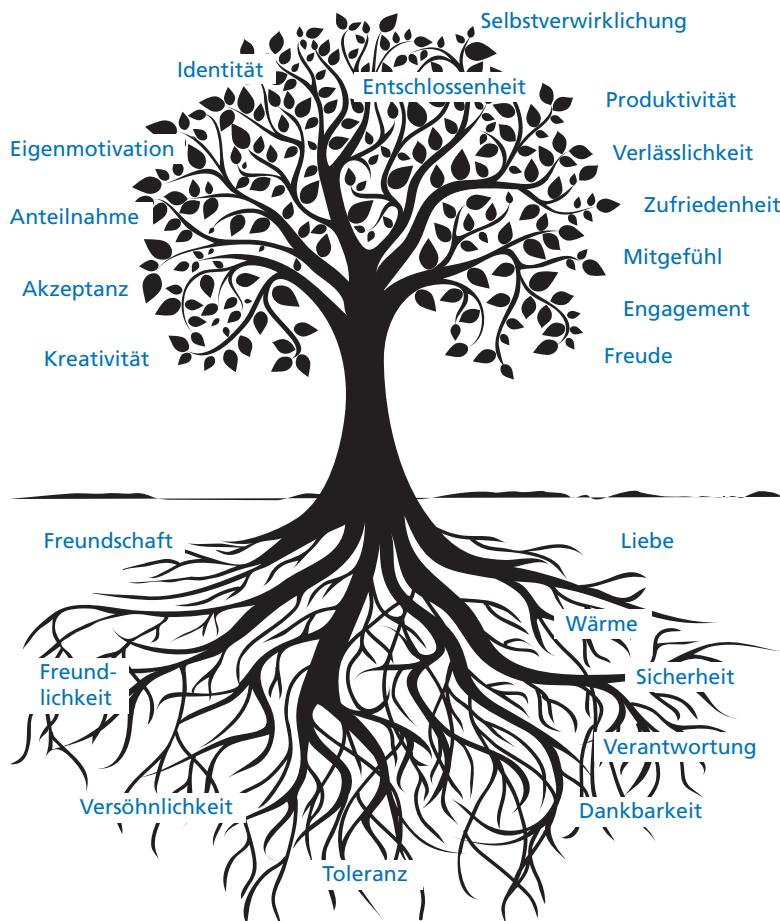


Abb. 1.1:
Der Baum der
seelischen Gesundheit
(nach Perko/Kreigh
1988, in Schädle-
Deininger/Villinger
1996, S. 36 f.,
Übersetzung Ulrike
Villinger)

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Übergänge von psychischer Gesundheit und psychischer Erkrankung fließend und nicht so deutlich zu benennen oder zu erkennen sind. Eine Annäherung kann das Baummodell der seelischen Gesundheit und das Baummodell der seelischen Krankheit aus Perko/Kreigh (1988, in Schädle-Deininger/Villinger 1996, S. 36 f., Textübersetzung U. Villinger, ► **Abb. 1.1** und **1.2**) liefern. Diese Modelle stellen Gegenpole dar, wie sie in der Wirklichkeit so eindeutig in der Regel nicht vorkommen, jedoch die Verwobenheit und Komplexität demonstrieren.

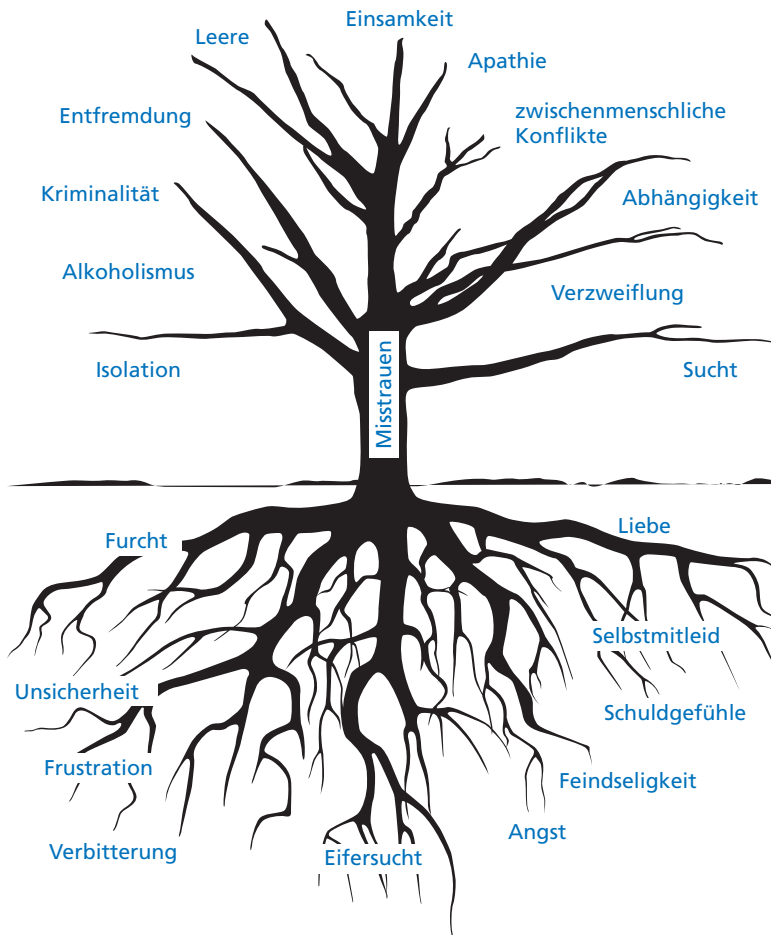


Abb. 1.2: Der Baum der seelischen Krankheit (nach Perko/Kreigh 1988, in Schädle-Deininger/Villinger 1996, S. 36 f., Übersetzung Ulrike Villinger)

Psychische oder seelische Erkrankung bezeichnet veränderte oder krankhafte Störungen in der Erlebnisverarbeitung, in der Wahrnehmung, im Verhalten, in den sozialen Beziehungen oder auch in veränderten seelisch bedingten Körperfunktionen. Diese Störungen sind durch den Betroffenen selbst nicht mehr zu steuern oder zu beeinflussen, die bisherigen Mechanismen der Bewältigung greifen nicht mehr.

Es wird heute davon ausgegangen, dass psychische Erkrankungen multifaktoriell bedingt sind. Je nach wissenschaftlicher Richtung wird das eine oder andere mehr betont werden. Es ist jedoch unstrittig, dass mehrere Faktoren zusammentreffen müssen.

Allgemeine beobachtbare Störungen, die bei den meisten psychischen Erkrankungen in unterschiedlicher Intensität auftreten, sind:

- *Ich-Schwäche* oder schwach ausgeprägte Identität, die dazu führt, dass der betroffene Mensch unter dem Widerspruch seiner ambivalenten Gefühle leidet und zerrieben wird.
- *Gestörte Beziehungsfähigkeit* bedeutet, dass bei vielen psychisch erkrankten Menschen die Fähigkeit, Kontakt zu Mitmenschen aufzunehmen und Beziehungen tragfähig fortzuführen, nicht gegeben ist.
- *Mangelnde Konfliktfähigkeit* bedeutet, dass notwendige Handlungsstrategien, um Konflikte zu lösen, fehlen, dadurch werden Konflikte oft angehäuft.
- *Gering ausgeprägte Frustrationstoleranz* bedeutet im Zusammenhang mit psychischer Erkrankung, dass, wenn Wünsche nicht erfüllt werden, der Betroffene sich abgelehnt fühlt, sich zurückzieht oder sich selbstschädigend verhält.
- *Mangelnde soziale Kompetenz*: eingeschränkte bis »verloren gegangene« Fähigkeiten in den Alltagsfertigkeiten und alltäglichen Abläufen und Anforderungen schränken die Mobilität ein und reduzieren die sozialen Kontakte.
- Die *Stressreaktion* ist bei psychisch erkrankten Menschen ausgeprägt, und führt zu empfindlichen Reaktionen, es fehlt häufig die Fähigkeit, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden, Erschöpfung tritt schneller ein und hält länger an.

Die Vulnerabilitäts-Stress-Hypothese (► **Abb. 1.3**) zeigt auf, dass bei allen psychischen Erkrankungen eine besondere Verletzlichkeit oder Dünnhäutigkeit zugrunde gelegt werden kann. Wenn dann zu dieser Verletzlichkeit noch Stressfaktoren hinzukommen, kann eine psychische Erkrankung entstehen, wenn nicht genügend Schutzfaktoren bzw. Ressourcen

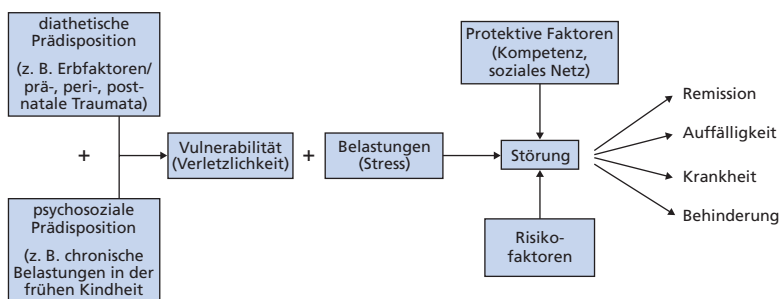


Abb. 1.3:
Vulnerabilitäts-Stress-
Modell (Krug 2008)

zur Abwehr zur Verfügung stehen. Stressfaktoren sind z. B. kritische Lebensereignisse, biologische, psychologische oder soziale Stressoren. Dies zeigt sich in der übergroßen Offenheit für Außenreize und erschwerte Konzentration sowie dem Einfluss auf den Krankheitsverlauf.

1.2 Psychiatrische Versorgungsstrukturen

Die Grundlagen zur Reform der psychiatrischen Versorgung wurden durch die vom Bundestag einberufene Enquête-Kommission gelegt. Sie stellten in ihren Ausführungen die unwürdigen Zustände in der deutschen Psychiatrie fest und zeigten Wege auf, Veränderungen herbeizuführen. Der Bericht der Enquête-Kommission zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland von 1975 legt zur Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgung folgende Ziele fest:

- Gemeindefnahe Versorgung
- Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten
- Koordination aller Versorgungsdienste
- Gleichstellung von psychisch mit somatisch Kranken

Eine Gemeindepsychiatrie muss folgende Merkmale aufweisen:

- Die Versorgung muss vollständig sein.
- Die Versorgung muss den vielfältigen Bedürfnissen der Klientel Rechnung tragen.
- Die einzelnen Versorgungselemente müssen verbunden sein und für die Klienten eine hohe Durchlässigkeit haben.
- Die komplexe Organisationsform der Versorgung braucht Übersichtlichkeit und Transparenz.
- Betreuungsqualität und deren Überprüfung.

Die *Expertenkommission der Bundesregierung* schließt sich in ihrer Auswertung des Modellprogramms Psychiatrie 1988 diesen Zielen an und orientiert sich an der Grundlage des WHO-Konzepts, Einstufung nach Störungen, der *Klassifikation des ICDH* (International Classification of Impairment, Disability and Handicap – WHO 2001). Diese Einteilung orientiert sich an dem *Erscheinungsbild* der zugrunde liegenden Erkrankung (z. B. Störung der Wahrnehmung, des Antriebs, der Affektivität, der Konzentration oder Merkfähigkeit). Die *funktionale Einschränkung* beschreibt die Folge der Erkrankung auf der personalen und Verhaltensebene (z. B. berufliche Anforderung, Alltagsbewältigung oder soziale Rollenerfüllung). Die *soziale Beeinträchtigung* ist eine potenzielle

Konsequenz aus den beiden vorab genannten Schädigungen (z. B. Verlust von Beziehungspersonen, Diskriminierung, Stigmatisierung, Verlust von Arbeitsplatz und/oder Wohnung oder auch soziale Isolation).

Die einzelnen Ebenen sind sicher nicht scharf zu trennen, zeigen jedoch die Krankheitsfolgen auf und ermöglichen so eine differenzierte Betrachtungsweise der einzelnen Probleme, um entsprechend flexibel die Hilfsangebote zu gestalten.

Dies bedeutet jedoch auch, dass nicht jede Beeinträchtigung einen hohen Hilfebedarf erfordert, wenn die Ausrichtung an der Förderung der vorhandenen Fähigkeiten erfolgt und sich problemlösungsorientiert gestaltet. Dazu ist eine kontinuierliche, realitätsbezogene Begleitung und Betreuung notwendig, die vom persönlichen Engagement, hoher Fachlichkeit und Verantwortung getragen ist.

(Die Fassung seit 2005 ist »International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)« – »Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, die aktuelle Fassung ist kostenlos einzusehen: <http://www.dimdi.de>.)

Um dies alles zu gewährleisten, ist ein umfassendes Hilfesystem erforderlich, das sowohl den stationären, teilstationären als auch den ambulanten und komplementären Bereich umfasst.

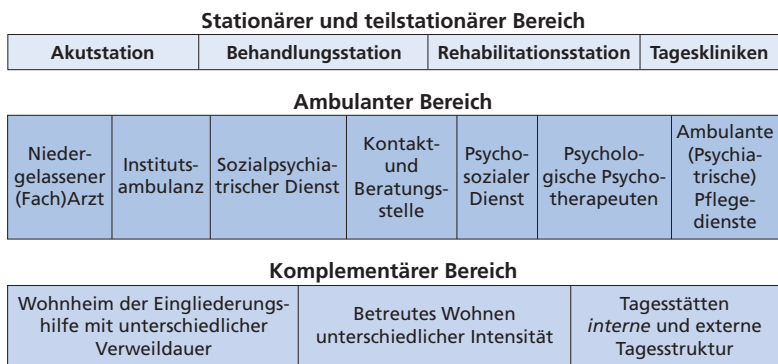


Abb. 1.4:
Die Säulen gemeindepsychiatrischer Grundversorgung

Die psychiatrisch-psychoziale Versorgung von psychisch erkrankten Menschen, vor allem von längerfristig erkrankten, muss sich an den Bedürfnissen der einzelnen betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen orientieren. Die Versorgungsangebote müssen den vielfältigen Bedürfnissen des Klientels Rechnung tragen und eine große Flexibilität mit zahlreichen anpassungsfähigen Unterstützungsmöglichkeiten aufweisen. Ziel muss die Integration, Inklusion und Teilhabe psychisch erkrankter und behinderter Menschen am öffentlichen und privaten Leben sein.

Transparenz und Übersichtlichkeit bedeuten in diesem Zusammenhang, dass die Organisationsformen sich patienten-/klientenorientiert gestalten, die Hilfen leicht zugänglich sind und der einzelne psychisch erkrankte