

Medikamenteneinnahme bei psychisch kranken
Menschen und die Unterstützungsmöglichkeiten
durch Angehörige

DIPLOMARBEIT

Zur Erlangung des akademischen Titels
Magister (FH) der Sozialwissenschaften
An der Fachhochschule St. Pölten

eingereicht von

Thomas Friedrich
im September 2009

Erstbegutachterin:

DSA Mag^a. (FH) Sonja Kirchweger

Zweitbegutachterin:

MMag. Andrea Rogy

Zusammenfassung

Medikamenteneinnahme bei psychisch kranken Menschen und Unterstützungsmöglichkeiten durch Angehörige

Die Diplomarbeit behandelt den Bereich Medikamenteneinnahme im Betreuungskontext. Durch die geführten Interviews werden Gefühle und Ansichten der Betroffenen beleuchtet und dargestellt. Die Untersuchungen wurden in der Beratungsstelle PSD St. Pölten durchgeführt.

Die Arbeit ist in zwei Teile aufgeteilt, wobei der Erste die relevanten Themen aus der bestehenden Literatur abhandelt. Der zweite Teil widmet sich der Empirischen Forschung. Um der Forschungsfrage gerecht zu werden wurde mit der qualitativen Methode des Interviews gearbeitet. Die erhaltenen Daten wurden anschließend in Anlehnung an die Grounded Theorie ausgewertet und aufgezeigt.

Durch Interviews an verschiedenen Personengruppen wird ein breites Spektrum an inhaltlicher Qualität gegeben.

Abstract

The taking of medicaments by mental-ill persons and supporting chances for family members

The dissertation deals with the field of taking medicaments in the context of medical care. The interviews describe and also take a look at the feelings and opinions of the concerned persons. The research was taken at the advice centre PDS in St. Pölten.

The dissertation is split up in two parts. The first part deals with the most important topics of the present literature. The second part addresses the empirical research. To be able to cope with the matter of research I used the method of qualitative interviews. Later on the facts I got were interpreted and pointed out following the "Grounded Theory".

The interviews of different groups of persons bring a wide range of textual quality.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Menschen bedanken, die zum Gelingen dieser Diplomarbeit beigetragen haben.

Besonders möchte ich mich bei den Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen bedanken, die durch ihre Bereitschaft die Forschung erst möglich gemacht haben.

Darüber hinaus gilt mein Dank auch den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle PSD St. Pölten, die mich durch fachliche und persönliche Hilfe unterstützten.

Ich bedanke mich bei Sonja Kirchweger für die guten Ratschläge und Argumente bei unseren Gesprächen, sowie den Motivationen zwischendurch, die mir wieder Kraft zum Fortsetzen der Arbeit gaben.

Mein Dank gilt auch Barbara Gerschlager die mir immer mit ihrer positiven Unterstützung Kraft und Energie spendete. An dieser Stelle ist auch Verena Gerschlager zu erwähnen, die mir auch eine große Hilfe war.

Zum Schluss gilt mein Dank all meinen Familienmitgliedern und Freunden, die mich immer wieder, während der Diplomarbeitszeit, mit positiver Energie versorgten.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| 1 Einleitung | 1 |
| 1.1 Ausgangslage..... | 1 |
| 1.2 Gliederung der Arbeit..... | 2 |
| 2. Begriffsdefinitionen | 3 |
| 2.1 Psychisch Kranke..... | 3 |
| 2.1.1 F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störung..... | 4 |
| 2.1.2 F3 Affektive Störungen..... | 5 |
| 2.2 Psychiatrie..... | 6 |
| 2.3 Psychopharmaka..... | 7 |
| 2.3.1 Klassifikation..... | 8 |
| 2.3.2 Einteilung der Psychopharmaka..... | 10 |
| 2.3.2.1 Antidepressiva..... | 10 |
| 2.3.2.1.1 Nebenwirkungen..... | 10 |
| 2.3.2.2 Neuroleptika/ Antipsychotika..... | 11 |
| 2.3.2.2.1 Nebenwirkungen..... | 12 |
| 2.3.2.3 Tranquilizer/Anxiolytika..... | 12 |
| 2.3.2.3.1 Nebenwirkungen..... | 13 |
| 2.3.2.4 Hypnotika..... | 14 |
| 2.3.2.5 Stimmungsstabilisierer/ Phasenprophylaktika..... | 14 |
| 2.3.2.6 Psychostimulantien..... | 15 |
| 2.3.2.7 Antidementiva/ Nootropika..... | 15 |
| 2.3.2.8 Entzugs- und Entwöhnungsmittel..... | 15 |
| 3 PSD St. Pölten | 16 |
| 3.1 PSD- Konzept..... | 16 |
| 3.1.1 Ziel..... | 16 |
| 3.1.2 Kernleistungen..... | 17 |

| | | |
|----------|--|----|
| 4 | Betreuungsangebote für Klienten, Klientinnen und Angehörige | 19 |
| 4.1 | Angehörigenarbeit | 19 |
| 4.1.1 | Selbsthilfegruppen | 21 |
| 4.2 | Psychoedukation | 22 |
| 4.2.1 | Vorteile von psychoedukativen Gruppen | 23 |
| 4.2.2 | Zielgruppen | 24 |
| 4.2.3 | Ziele | 24 |
| 4.2.3.1 | Ziele für Klienten und Klientinnen | 25 |
| 4.2.3.2 | Ziele für Angehörige bzw. Bezugspersonen | 26 |
| 4.2.3.3 | Ziele für Professionelle | 27 |
| 5 | Empirische Forschung | 28 |
| 5.1 | Einleitung | 28 |
| 5.2 | Erhebungsmethode | 28 |
| 6 | Auswertung | 30 |
| 6.1 | Interviewpartner | 31 |
| 6.2 | Darstellung der Forschungsergebnisse | 32 |
| 6.3 | Beziehung | 33 |
| 6.4 | Wollen | 35 |
| 6.5 | Müssen | 36 |
| 6.6 | Denken daran | 37 |
| 6.7 | Darüber reden | 38 |
| 6.8 | Beeinflussung durch das soziale Umfeld | 39 |
| 6.8.1 | Einmischen der Angehörigen | 40 |
| 6.9 | Angehörigenangst | 41 |
| 6.9.1 | Angst, dass verschriebene Tabletten nicht genommen werden | 41 |
| 6.9.2 | Veränderung der Persönlichkeit durch Psychopharmaka | 42 |
| 6.9.3 | Abhängigkeit durch Psychopharmaka | 43 |
| 6.9.4 | Dauerzustand Medikamenteneinnahme | 44 |
| 6.10 | Erfahrung mit Medikamenten | 45 |
| 6.10.1 | Wahrgenommene Erfahrung | 46 |
| 6.11 | Autoritätsperson | 47 |

| | |
|---|----|
| 6.12 Informationen zu Wirkung und Nebenwirkungen..... | 48 |
| 6.12.1 Klienten und Klientinnen..... | 48 |
| 6.12.2 Angehörige..... | 50 |
| 6.13 Unterstützung des PSD St. Pölten..... | 51 |
| 6.13.1 Unterstützungslücken..... | 52 |
| 6.13.1.1 Personalmangel..... | 52 |
| 6.13.1.2 Ambulanzstatus..... | 52 |
| | |
| Resümee..... | 53 |

Literaturverzeichnis

Sonstige Quellen

Anhang

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Unsere Gesellschaft besteht aus einem System in dem es immer Menschen geben wird die durch bestimmte Auffälligkeiten einfach anders sind als der Großteil der Gesamtbevölkerung. Diese Auffälligkeiten, oder man könnte auch sagen Besonderheiten, können verschiedenster Natur sein, aber sie alle besitzen eine Gemeinsamkeit, sie werden als Randgruppen betitelt und von der übrigen Bevölkerung ausgegrenzt. Eine dieser Randgruppen stellen die „psychisch kranken Menschen“ dar. Sie werden, auch in der heutigen Zeit noch, oft als „ungewöhnlich“ oder „erschreckend“ eingestuft, abgestempelt und links liegen gelassen. Jedoch sind es Menschen wie sie und ich mit Gefühlen, Wünschen und Träumen die, wie in den meisten Fällen, eine lebhafte Vergangenheit hinter sich haben. Ein Teil des Lebens dieser Personen beinhaltet die Einnahme von Medikamenten. Dieser Aspekt wird oft wenig bedacht und als selbstverständlich dargestellt. Jedoch ist es nicht selbstverständlich jeden Tag „seine Pulver!“ nehmen zu müssen. Darum wird in der folgenden Arbeit das Thema Medikamenteneinnahme näher beleuchtet.

Psychisch kranke Menschen faszinierten mich seit jeher und sie waren auch mein Zugang zur Sozialarbeit. Einen Hauptteil meiner Praktika absolvierte ich im Handlungsfeld: psychisch kranke Menschen. Im Zuge dieser Praktika ist mir aufgefallen, dass viele Klienten und Klientinnen Probleme mit der Einnahme von Medikamenten haben. Sie nehmen zu wenig, der vom Arzt verordneten Dosis oder lassen sie teilweise auch ganz weg. Diese Tatsache brachte mich zum nachdenken, denn die Tabletten werden als Hilfestellung angeboten um etwaige soziale Probleme besser in den Griff zu bekommen. Durch die Wirkung jener werden z.B. Angstzustände abgebaut oder Antriebsschwächen verbessert um eine Integration in die Gesellschaft zu erleichtern. Diese Hilfe wird zwar in den meisten Fällen angenommen, aber dennoch haben viele Klienten und Klientinnen Probleme mit einer regelmäßigen Einnahme der Medikamente. Um nun diese

Schwierigkeiten, einer (regelmäßigen) Einnahme, aufzuzeigen wurde diese Arbeit verfasst.

Die folgende Arbeit handelt von „psychisch kranken Personen“ die Medikamente zu sich nehmen und über Angehörige verfügen. Die Diagnosen der einzelnen Interviewpartner wurden nicht erhoben, da sie im Zusammenhang mit der Forschung an sich nichts zu tun haben. Darüber hinaus wurden nur Männer zu diesem Thema befragt, weil der Zugang zu Frauen leider nicht gegeben war. Natürlich war es mir ein Anliegen gleichviel Frauen wie Männer zu befragen, jedoch kam dies durch bestimmte Umstände der Feldforschung nicht zustande.

1.2 Gliederung der Arbeit

Die Arbeit ist in zwei Bereiche gegliedert: die theoretischen Grundlagen, welche für diese Arbeit relevant sind und die Darstellung der Empirischen Forschung.

Der theoretische Teil behandelt jene Aspekte der Literatur, die im Zusammenhang mit dieser Arbeit stehen. Es wird ein Einblick in belangvolle Themen gegeben, um dem Leser, der Leserin ein Basiswissen diesbezüglich zu verschaffen. Dahingehend erfolgt zu Beginn eine Begriffsdefinition, gefolgt von einer kurzen Erwähnung der Einrichtung, in der die Forschung stattfand. Anschließend werden im Kapitel 4 Betreuungsangebote aufgezeigt, die in Bezug zur Medikamenteneinnahme, von Bedeutung sind.

Der empirische Teil beginnt mit Kapitel 5, in dem der Darstellung des Forschungsdesigns ausreichend Platz gegeben wird, um eine Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses zu gewährleisten. Anschließend werden im Kapitel 6, welches auch den Hauptteil dieser Arbeit darstellt, die Ergebnisse anschaulich präsentiert.

2 Begriffsdefinitionen

2.1 Psychisch Kranke

Um diesen Begriff, der in der heutigen Zeit oft verwendet wird, etwas näher zu kommen, ist es von Bedeutung sich zunächst einmal die einzelnen Wörter getrennt voneinander zu betrachten.

„psychisch“ leitet sich vom Wort Psyche ab, wobei das Wort „krank“ von Krankheit kommt.

Psyche = Seele (vgl. Pschyrembel 2004: 1504) und Krankheit = Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen bzw. seelischen Veränderungen (vgl. Pschyrembel 2004: 983).

Demzufolge ist eine psychische Krankheit eine seelische Störung bzw. eine seelische Veränderung um es mit Worten auszudrücken die nicht so negativ behaftet sind. Ein „psychisch kranker Mensch“ erlebt also eine, durch eine Störung verursachte, Veränderung seiner Seele.

Diese Veränderungen der Seele werden offiziell im ICD-10 klassifiziert und benannt. Dahingehend werden nun die beiden Gruppen beleuchtet die in Verbindung mit Medikamenteneinnahme am relevantesten sind. Es wird auch nur kurz aufgezählt welche Arten der verschiedenen Erkrankungen es gibt um anschließend eine genauere Definition der allgemeinen Erkrankungssymptome zu liefern.

2.1.1 F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störung

F 20- F29

- F20 Schizophrenie
- F21 schizotype Störung
- F22 anhaltende wahnhafte Störungen
- F23 akute vorübergehende psychotische Störungen
- F24 induzierte wahnhafte Störung
- F25 schizoaffektive Störungen
- F28 sonstige nichtorganische psychotische Störungen
- F29 nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose

„Die schizophrenen Störungen sind im allgemeinen(!) durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affektivität gekennzeichnet. Die Klarheit des Bewusstseins und die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt. Im Laufe der Zeit können sich jedoch gewisse kognitive Defizite entwickeln. Die Störung beeinträchtigt die Grundfunktionen, die dem normalen Menschen ein Gefühl von Individualität, Einzigartigkeit und Entscheidungsfreiheit geben.“ (Dilling/ Mombor/ Schmidt 2005: 103)

2.1.2 F3 Affektive Störungen

F30- F39

- F30 manische Episode
- F31 bipolare affektive Störung
- F32 depressive Episode
- F33 rezidivierende depressive Störungen
- F34 anhaltende affektive Störung
- F38 andere affektiven Störungen
- F39 nicht näher bezeichnete affektive Störung

„Bei diesen Störungen bestehen die Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität, meist zur Depression hin, mit oder ohne begleitende Angst, oder zur gehobenen Stimmung. Dieser Stimmungswechsel wird in der Regel von einem Wechsel des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome sind sekundär oder im Zusammenhang mit diesen Veränderungen leicht zu verstehen. Die meisten dieser Störungen tendieren zu wiederholtem Auftreten. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.“
(Dilling/ Mombor/ Schmidt 2005: 131)

Das folgende Kapitel gibt einen kurzen Überblick zum Thema Psychiatrie und Pharmakotherapie, sowie eine Definition des Begriffs Psychopharmaka und dessen Klassifikation, wobei anschließend die einzelnen Medikamentengruppen, welche in einer Pharmakotherapie, in Zusammenarbeit mit psychisch kranken Menschen, relevant sind etwas näher beleuchtet werden.

2.2 Psychiatrie

„Das Wort „Psychiatrie“ setzt sich aus den beiden griechischen Bezeichnungen für Seele (psyche) und Arzt (iatros) zusammen und bedeutet wörtlich übersetzt Seelenarzt.“ (Vetter 2007: 1)

Die Bezeichnung Psychiatrie wurde von Reil (1759- 1813) geprägt, sie setzte sich aber erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts konsequent durch. Psychiatrie umfasst die Erforschung, Diagnostik und Therapie psychischer Krankheiten und Störungen(vgl. Vetter 2007: 1).

„Psychische Erkrankungen wurden schon in der griechisch-römischen Antike beschrieben und analog zu den körperlichen Erkrankungen als eine Störung im Gleichgewicht der Säfte erklärt, z.B. die Depression durch ein Überwiegen der schwarzen Galle („Melancholie“). Die heutige Psychiatrie verdankt ihren Ursprung dem französischen Arzt Philippe Pinel, der 1793 im Gefolge der Freiheitsideen der französischen Revolution 40 seelisch Kranke in Paris von ihren Ketten befreite und damit ein Zeitalter humanerer Behandlung der psychisch Kranken einleitete.“ (Vetter 2007: 1)

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts, schreibt Vetter (2007: 1), setzte ein reges Interesse an der Erforschung und Behandlung seelischer Störungen ein. Während die Ärzte in England mehr um die Verbesserung der Krankenanstalten bemüht waren, erforschten die französischen und deutschen Ärzte in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts das menschliche Gehirn, da man damals fälschlicherweise glaubte, dass sämtliche psychische Störungen auf Gehirnschäden zurückgeführt werden könnten. Inzwischen weiß man, dass dies nur zum Teil richtig ist. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts löste die einsetzende therapeutische Ära die damalige bewachende Psychiatrie endgültig ab. 1933 entstand die Insulinkomabehandlung, 1934 wurde der Cardiazolschock und 1938 die Elektrokrampfbehandlung eingeführt. Seit 1952 gibt es die Psychopharmakobehandlung.

„Psychopharmakotherapie ist die medikamentöse Behandlung seelischer Krankheiten.“ (Vetter 2007: 3)

Die globale Beantwortung der Frage nach dem Nutzen der Psychopharmakotherapie fällt leicht, wenn man sich die Behandlungsmöglichkeiten in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, aber auch in Fächern wie der Allgemeinmedizin, Inneren Medizin, Gynäkologie, Orthopädie ohne Psychopharmaka vorstellt. Es ist sicher, dass die zufällige Entdeckung der modernen Psychopharmakotherapie eine neue Epoche in der Medizin, vor allem aber, aber nicht nur, in der Psychiatrie eingeleitet hat. Erstaunlich ist, dass es bisher noch nicht ausreichend gelungen ist, diese überragende Behandlungsbereicherung in entsprechender Weise im öffentlichen Bewusstsein zu verankern, obwohl die Akzeptanz von Psychopharmaka groß ist. Ursache hierfür könnte möglicherweise die Furcht der Öffentlichkeit sein, Seelisches, das eigentlich Menschliche also, mit materiellen Organfunktionen des Gehirns in Zusammenhang zu bringen, worauf die Wirkung von Psychopharmaka hindeuten könnte (vgl. Riederer/ Laux/ Pöldinger 1992: 13f).

2.3 Psychopharmaka

Psychopharmaka sind Substanzen, die gestörte neurophysiologische, neurobiochemische oder hormonale Stoffwechselprozesse im Gehirn mehr oder weniger gezielt beeinflussen bzw. Fehlregulationen normalisieren können. Im weitesten Sinne ist jede Substanz, die in die Regulation zentralnervöser Funktionen eingreift und seelische Abläufe modifiziert („psychotroper Effekt“), ein Psychopharmakon (vgl. Laux/ Dietmaier 2006: 30).

Unter Psychopharmaka versteht man insbesondere Arzneimittel, welche über einen neurobiologischen Angriffsort psychische Wirkungen entfalten, die psychiatrischer Symptome und Syndrome günstig beeinflussen, bzw. Substanzen, für die nach kurzfristiger oder nach langfristiger Verabreichung in methodisch einwandfreien Untersuchungen an Tieren und an Menschen zweifelsfrei ein

psychotroper Effekt nachgewiesen worden ist. Es muss außerdem gesichert sein, dass dieser psychotrope Effekt auf der Wirkung des Pharmakons selbst oder auf der Wirkung seiner Metaboliten auf Struktur des Zentralnervensystems beruht (vgl. Langer&Heimann 1984 zit. n. Elbert/Rockstroh 1993: 8f).

2.3.1 Klassifikation

Laux/ Dietmaier (2006:31) sprechen von Psychopharmaka im engeren Sinne oder über „klassische“ Psychopharmaka die in folgende Gruppen eingeteilt werden:

- Antidepressiva
- Stimmungsstabilisierer/ Phasenprophylaktika
- Neuroleptika/ Antipsychotika
- Tranquilizer/ Anxiolytika
- Hypnotika
- Antidementiva/ Nootropika
- Psychostimulantien
- Entzugs- und Entwöhnungsmittel

Im weiteren Sinne können auch Parkinsonmittel und Antiepileptika zu den Psychopharmaka gezählt werden.

Eine weiter Einteilung liefern Elbert/Rockstroh (1993: 19), die Stoffe, die auf das Zentralnervensystem wirken, in drei große Klassen einteilen:

Nicht- selektiv zentralnervös dämpfende Substanzen unterdrücken neuronale Aktivität unspezifisch, d.h. praktisch an allen Nervenzellen. Dazu gehören beispielsweise Anästhetika und Narkosemittel, Alkohol und Barbiturate.

Nicht- selektiv zentralnervös aktivierende Substanzen wirken gleich falls auf alle neuronale Strukturen, wie etwa Coffein, oder sie blockieren inhibitorische Impulse, wie etwas Strychnin.

Substanzen, die selektiv ZNS- Funktionen modulieren, wirken dämpfend oder aktivierend nur auf bestimmte neuronale Bereiche. Dazu zählen alle Psychopharmaka im engeren Sinne, aber z.B. auch Antiparkinson- Mittel und viele Antiepileptika.

„Psychopharmaka wurden nach folgenden Gesichtspunkten klassifiziert:

Nach ihrer chemischen Struktur; dieser Ansatz erfreut sich aus verschiedenen Gründen keiner großen Verbreitung: Zum einen würde er zwar eine sehr präzise, aber eine im Anwendungsbereich sehr unzuverlässige Klassifikation beinhalten, da Pharmaka mit ähnlicher chemischer Struktur sich in ihren Wirkungen deutlich unterscheiden können, während chemisch völlig unterschiedliche Stoffe nahezu identische Wirkungen auf Nervenzellen haben können oder ähnliche therapeutische Wirkungen aufweisen können.

Nach legalen und illegalen psychoaktiven Stoffen; eine solche Klassifikation unter juristischen Aspekten erscheint vielleicht für die Strafverfolgung notwendig, in wissenschaftlichen und therapeutischen Bereichen erweist sie sich als wenig hilfreich.

Nach psychotropen Effekten, z.B. in zentralnervös exzitatorische und zentralnervös inhibitorische Substanzen.“ (Elbert/Rockstroh 1993: 19f)

„Auf den Franzosen Delay, einen der Entdecker des ersten Neuroleptikums, geht die Einteilung in folgende drei große Gruppen von Psychopharmaka zurück:

Psycholeptika – Psychopharmaka mit vorwiegend zentralnervös dämpfender Wirkung (Neuroleptika, Tranquilizer und Hypnotika).

Psychoanaleptika – Psychopharmaka mit vorwiegend zentralnervös erregender Wirkung (Antidepressiva, Stimulantien, bestimmte Psychotomimetika).

Psychodysleptika – Psychopharmaka, die regelhaft psychopathologische Phänomene hervorrufen.“ (Elbert/Rockstroh 1993: 20)

2.3.2 Einteilung der Psychopharmaka

Im Folgenden werden die Medikamentengruppen beschrieben, die in einer Behandlung von „psychisch kranken“ Personen häufig verwendet werden und somit für diese Arbeit auch von Relevanz sind. Es wird ein Einblick in die Wirkungsweise des Medikaments gegeben um anschließend auch seine Nebenwirkungen zu besprechen. Die wichtigsten Medikamente in diesem Zusammenhang sind: Antidepressiva, Neuroleptika/ Antipsychotika, Tranquilizer/ Anxiolytika und Hypnotika, wobei eine Abgrenzung zwischen Anxiolytika und Hypnotika schwierig zu definieren ist (vgl. Waggon 2005: 109).

2.3.2.1 Antidepressiva

„Die für die Entwicklung von Antidepressiva wichtige Monoamin- Hypothese beinhaltet, dass bei Depressionen Serotonin und/oder Noradrenalin im synaptischen Spalt vermindert sind. Antidepressiva gleichen diesen Mangel aus und normalisieren so die Kommunikation zwischen den Nervenzellen.“ (Waggon 2005: 64)

„Die therapeutische Wirkung der meisten Antidepressiva tritt erst nach 10 bis 14 Tagen auf, während Nebenwirkungen bereits früher auftreten.“ (Tretter/ Albus 2004: 96)

2.3.2.1.1 Nebenwirkungen

„Kurz nach Behandlungsbeginn mit einem Antidepressivum kann vorübergehend Angst, manchmal verknüpft mit vermehrter Suizidalität, auftreten. Besonders häufig ist das über SSRI berichtet worden.“ (Waggon 2005: 79)

2.3.2.2 Neuroleptika/ Antipsychotika

„Unter dem Begriff Neuroleptika werden Psychopharmaka zusammengefasst, die sich durch ein charakteristisches Wirkspektrum auf die Symptome psychotischer Erkrankungen auszeichnen. Ihr therapeutischer Effekt besteht in der Dämpfung psychomotorischer Erregungszustände und affektiver Spannungen, der Beeinflussung psychotischer Denk- und Verhaltensstörungen, Trugwahrnehmungen und Ich- Störungen, ohne dass die intellektuellen Fähigkeiten und das Bewusstsein wesentlich beeinflusst werden.“ (Laux/ Dietmaier 2006: 404)

Schäfer/ Rüther (2006: 99ff) betonen den Unterschied zwischen den Antipsychotika der ersten und der zweiten Generation. Grundsätzlich werden Antipsychotika bei der Behandlung der Schizophrenie, bei manischen Symptomen, bei schizoaffektiven Psychosen, bei psychomotorischen Erregungszuständen und zur Langzeittherapie chronisch schizophrener Psychosen sowie zur Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Psychosen eingesetzt. Die Wirkung der Antipsychotika besteht in einer Veränderung des Neurotransmittersystems, besonders des Dopamin- Stoffwechsels. Antipsychotika wirken, indem Dopamin- Bindungsstellen (Rezeptoren) vor einer Überreizung von Dopamin schützen; die Antipsychotika blockieren die Dopamin- Rezeptoren.

Die Antipsychotika wirken besonders auf die psychotischen Symptome der Schizophrenie, auf die so genannten Positivsymptome wie Halluzinationen und Wahn. Die neueren Antipsychotika der zweiten Generation haben zusätzlich eine positive Wirkung auf die Negativsymptome wie Antriebsverlust und Konzentrationsminderung. Im Vergleich führen die Antipsychotika der ersten Generation eher zum Dämpfen der Gefühle, zum Blockieren des Denkens und zum Hemmen des Antriebs, während die Antipsychotika der zweiten Generation die Gefühle eher regulieren, das Denken verbessern und den Antrieb ausgleichen. Die zweite Generation der Antipsychotika hat folgende Vorteile: Sie haben kaum extrapyramidale Nebenwirkungen, sie sind besser verträglich, was dazu führt, dass die Klienten und Klientinnen eher bereit sind, die Medikamente regelmäßig einzunehmen. Die Antipsychotika der zweiten Generation haben einen positiven

Einfluss auf die Negativsymptomatik, insbesondere auf die kognitiven Defizite, die bei der schizophrenen Psychose vorliegen. Sie haben ebenfalls eine günstige Wirkung auf begleitende depressive Symptome bei der schizophrenen Psychose.

2.3.2.2.1 Nebenwirkungen

Die Nebenwirkungen der Antipsychotika der ersten Generation sind insbesondere das Auftreten extrapyramidaler Nebenwirkungen wie Bewegungsstörungen, Ruhelosigkeit, Zittern, Steifheit in den Muskeln und eine Einschränkung der Beweglichkeit. Unangenehm, wenn auch nicht bedrohlich, sind Zungen- Schlund- Krämpfe (Verkrampfungen der Zungen- Schlund- Muskulatur, bei denen das Schlucken unmöglich oder schwer wird).

Die Nebenwirkungen unter Antipsychotika der zweiten Generation sind insbesondere das Auftreten eines metabolischen Syndroms (Gewichtszunahme, Erhöhung des Blutzuckers und der Blutfettwerte), ferner Prolaktinerhöhung (mit der Folge sexueller Dysfunktionen) sowie HerzKreislaufstörungen. Bei der Behandlung sollte das EKG kontrolliert werden. Regelmäßige Blutzuckerkontrollen sowie Bestimmungen der Blutfettwerte sind ebenfalls notwendig. (vgl. Schäfer/ Rüter 2006: 102f)

2.3.2.3 Tranquilizer/Anxiolytika

„Ein Anxiolytikum ist dadurch definiert, dass es gegen vorhandene Angst wirksam ist, also zur Akutbehandlung von Angst geeignet ist“ (Waggon 2005: 109)

„Unter dem Begriff Tranquillanzien (engl. minor tranquilizers) werden Psychopharmaka zusammengefasst, die zur Behandlung von Angst- und Spannungszuständen verwendet werden (lat. tranquillare = beruhigen). Sie

werden auch als Ataraktika (gr. ataraktos = ausgeglichen) oder gebräuchlicher als Anxiolytika (Angstlöser) bezeichnet.“ (Laux/ Dietmaier 2006: 454)

Als klinischen Tranquilizer- Effekt bezeichnet man die angstlösenden, beruhigenden und emotional entspannenden Wirkungen. Diese zeigen neben den eigentlichen Tranquilizern auch niedrig dosierte Neuroleptika, sedierende Antidepressiva und zum Teil auch Betarezeptorenblocker, weshalb der Begriff Anxiolytika nicht voll befriedigen kann. (vgl. Laux/ Dietmaier 2006: 454)

Schäfer/ Rüter (2006: 105) beschreiben die Benzodiazepin- Tranquilizer als die häufigsten zur Verordnung kommenden Psychopharmaka. Klassischer Vertreter ist das Diazepam (Valium). Benzodiazepine wirken über einen sedierenden Effekt, sie machen müde, sie lösen die Anspannung und Angst auf, wirken muskelentspannend. Sie kommen zur Dämpfung von Erregungszuständen, ferner zu Beginn einer antidepressiven Medikation zum Einsatz, wenn eine Sedierung erwünscht ist. Oft werden sie leider – meist fälschlicherweise – zur Behandlung von Schlafstörungen eingesetzt.

2.3.2.3.1 Nebenwirkungen

Darüber hinaus, meinen Schäfer/ Rüter (2006: 105) sollten Tranquilizer nur zeitlich befristet eingesetzt werden, da ein hohes Abhängigkeitspotenzial besteht.

Die folgenden Medikamentengruppen werden der Ordnung halber kurz beschrieben, sie finden aber in der befragten Population keine Verwendung.

2.3.2.4 Hypnotika

„Die Abgrenzung von Anxiolytika und Hypnotika ist schwierig. Häufig ist die gleiche Substanz in beiden Anwendungen wirksam, oft sogar in der gleichen Dosis.“ (Waggon 2005: 109)

„Hypnotika sind keine scharf abgegrenzte Arzneimittelgruppe, vielmehr wird jedes Arzneimittel, das Schlaf erzeugt, Hypnotikum genannt. Es ist eine Frage der Dosierung, wann ein Sedativum zum Hypnotikum, ein Hypnotikum zum Sedativum oder auch zum Narkotikum wird.“ (Laux/ Dietmaier 2006: 499)

2.3.2.5 Stimmungsstabilisierer/ Phasenprophylaktika

„„Mood Stabilizer“/ „Stimmungsstabilisierer“ oder Phasenprophylaktika“ sind keine klar definierte Medikamentengruppe. Es sind Substanzen die zur Stabilisierung depressiver und/ oder manischer Stimmungsschwankungen eingesetzt werden. Sie weisen also antidepressive und antimanische Akut- und Rezidivprophylaxe-Wirkung auf und kommen daher bei manisch- depressiven Erkrankungen zum Einsatz.“ (Laux/ Dietmaier 2006: 381)

2.3.2.6 Psychostimulantien

„In die Gruppe der Psychostimulantien werden Medikamente eingeordnet, die die psychische Aktivität (vorübergehend) steigern. Diese Substanzen wirken kurzzeitig leistungs- und konzentrationsstimulierend; mit ihrer Hilfe können Erschöpfungszustände oder Gefühle der Müdigkeit überbrückt werden. Da einige von ihnen das Hungergefühl unterdrücken, werden sie auch als Appetitzügler verwendet. In höheren Dosen erzeugen sie ein ausgesprochenes Wohlbefinden und euphorische Zustände. Bei regelmäßiger Anwendung führen Psychostimulantien rasch zu Gewöhnung und Abhängigkeit.“ (Laux/ Dietmaier 2006: 548)

2.3.2.7 Antidementiva/ Nootropika

Bei dieser Medikamentengruppe handelt es sich um zentralnervös wirkende Arzneimittel, die bestimmte Hirnfunktionen wie Gedächtnis, Konzentration, Lern- und Denkfähigkeit verbessern sollen (vgl. Laux/ Dietmaier 2006: 530).

2.3.2.8 Entzugs- und Entwöhnungsmittel

Hier ist noch anzumerken, dass die Medikamente die bereits genannt wurden zur therapeutischen Unterstützung bei Entzugssymptomen beitragen können. Es gibt jedoch eine Reihe von Substanzen die nicht primär den Psychopharmaka im engeren Sinne zugeordnet werden, aber bestimmte psychotrope Wirkungen haben (vgl. Laux/ Dietmaier 2006: 557).

3 PSD St. Pölten

3.1 PSD- Konzept

In diesem Kapitel wird auf den Psychosozialen Dienst der Caritas St. Pölten näher eingegangen, da die Kontaktaufnahme mit allen befragten Personen über den PSD möglich war. Diese beratende Einrichtung stellt auch eine große Ressource für psychisch kranke Menschen dar.

3.1.1 Ziel

„Das Ziel des PSD ist es psychisch kranken Menschen, deren Angehörigen und ihren relevanten Umwelten Hilfe und Unterstützung anzubieten, um eine Erhöhung der Lebensqualität zu erreichen, sowie am Abbau von Vorurteilen in der Gesellschaft aktiv mitzuarbeiten.“ (PSD Konzept 2009: 4)

3.1.2 Kernleistungen

- **Bereitstellung von Information** bezüglich Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten, bezüglich Unterstützungsmöglichkeiten sowie über finanzielle Ansprüche und Angebote.
- **Clearing**: Ist jener Prozess, bei dem entschieden wird ob eine Person vom PSD betreut wird oder nicht. Das Clearing selbst wird durch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Einrichtung durchgeführt.
- **Vermittlung** zu anderen Einrichtungen oder Angeboten, je nach dem was gerade benötigt wird.
- **Begleitung** ist die besondere Leistung des PSD. Sie steht Personen zur Verfügung die an einer schweren psychischen Störung leiden. Meist sind hier auch schwierige soziale Probleme ein Grund um die Begleitung anzubieten.
- **Beratung** um im direkten Kontakt mit den Klienten und Klientinnen Problemlösungen zu finden.
- **Behandlung** umfasst die Erstellung einer Diagnose, das Aushandeln einer Therapie bzw. das Bereitstellen verschiedener Therapievorschläge und die Verfassung von Befundberichten.
- **Berichte und Befunde** erstellen.
- **Durchführung von Hausbesuchen**. Einige Personen sind in ihrer Compliance beeinträchtigt und können daher die Beratungsstelle nicht aufsuchen.
- **Krisenmanagement** wenn es notwendig ist. (Dieses Angebot ist aber von der Funktion eines permanent erreichbaren Krisendienstes abzugrenzen)

- **Verbindungsdienst:** Regelmäßige Besuche an den regionalen psychiatrischen Krankenhausabteilungen und den psychiatrischen Krankenhäusern.

- **Gruppenangebote** z.B. Selbsthilfegruppen

- **Angehörigenarbeit:** Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des PSD beraten und begleiten Angehörige von psychisch Erkrankten sowohl im Rahmen von Einzelkontakten als auch durch Förderung, Organisation und Moderation von Angehörigengruppen. Ziel der Angehörigenarbeit ist es, einerseits die Angehörigen angesichts der Belastungen durch die Sorge um ihre psychisch erkrankten Angehörigen zu unterstützen und zu entlasten, andererseits die Betroffenen durch Information ihrer Angehörigen über Wesen, Verlauf, Interventions- und Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen indirekt zu unterstützen. Grundsatz dabei ist, ein Selbstbestimmtes Zusammenleben von Angehörigen und Betroffenen zu ermöglichen (vgl. PSD Konzept 2009: 5ff).

Über diese Angebote des PSD St. Pölten wurde der Weg hinein in die Forschung bereitet. Für die von mir gewählte Forschungsfrage war es von Bedeutung, Klienten und Klientinnen befragen zu können, die über Angehörige verfügen und Medikamente einnehmen. Nicht alle Klienten und Klientinnen die Medikamente nehmen, haben auch Angehörige bzw. wollten interviewt werden. Weiters war es relevant, Angehörige befragen zu können und Experten und Expertinnen um ihre Expertise zur Medikamenteneinnahme zu bitten.

Wie weiter oben bereits erwähnt ist auch die Angehörigenarbeit ein Bestandteil dieser Arbeit, da diese Personen in der Regel einer der Ersten sind, die mit einer Erkrankung konfrontiert werden bzw. diejenigen die auch an Wochenenden oder Feiertagen eventuelle Eskalationen bewältigen müssen. Darum wird im Folgenden ein Einblick in dieses Thema gegeben.

4 Betreuungsangebote für Klienten, Klientinnen und Angehörige

4.1 Angehörigenarbeit

„Seit langem ist bekannt, dass bei psychisch Erkrankten deren Angehörigen oder ihnen nahestehende Personen eine besonders wichtige Rolle haben. Die Arbeit mit Familienangehörigen, Lebensgefährten und Freunden kann den weiteren Krankheitsverlauf ganz wesentlich beeinflussen.“ (Simhandl/ Mitterwachauer 2007: 106)

Darüber hinaus meinen Simhandl/ Mitterwachauer (2007: 106), dass bereits beim Behandlungsbeginn abgeklärt werden sollte, inwieweit die Familie einen stützenden oder belastenden Faktor für die Erkrankung darstellt. Angehörige sind manchmal sehr aufgebracht, wenn sie, vor allem in der Akutphase, nicht täglich über den aktuellen Krankheitsverlauf informiert werden. Anhand der gesetzlichen Lage, zumindest in Österreich, ist diese Auskunft nicht immer möglich, da die Verschwiegenheitspflicht höhergestellt wird als die Sorge der Angehörigen.

Wie auch immer das familiäre Verhältnis in der Familiendynamik bei psychisch Erkrankten sich darstellt, so sollte zumindest ein gemeinsames Angehörigengespräch angestrebt werden (vgl. Simhandl/ Mitterwachauer 2007 107).

Vor allem im Krankenhausbereich ist es oftmals hilfreich, von den Angehörigen oder Lebensgefährten mehr über die derzeitige Lebenssituation, über aktuelle Belastungen oder die frühere Lebensgeschichte zu erfahren. Angehörige sind oft deutlich entlastet, wenn die ihnen nahestehende Person „endlich im Krankenhaus landet“. Sie sind häufig durch die vorangegangenen Tage mit ihren Kräften am Ende, und es liegt, durch die Erkrankung bedingt, eine sehr gereizte und angespannte Familiensituation vor. Vor allem bei Ersterkrankungen ist es wichtig, die Angehörigen darüber zu informieren, dass die erkrankte Person nicht mutwillig,

böse oder „zu Fleiß“ gehandelt hat. Durch psychische Erkrankungen kann es zu sehr belastenden familiären Anspannungen kommen. Darum ist es manchmal durchaus notwendig die Angehörigen zu beruhigen und ihnen vorzuschlagen sich von den Strapazen zu erholen, wieder einmal auszuschlafen, um anschließend wieder dem eigenen alltäglichen Rhythmus nachgehen zu können (vgl. Simhandl/ Mitterwachauer 2007: 107).

Das Spektrum der Methoden beim Arbeiten mit Angehörigen psychisch kranker Menschen ist vielfältig. Abhängig vom jeweiligen Feld (ambulant, komplementär, stationär) hat die psycho-soziale Angehörigenarbeit unterschiedliche Funktionen. Darüber hinaus ist auch noch anzumerken, dass in diesem Arbeitsbereich die Multiprofessionalität des psychiatrischen Sektors sehr deutlich wird. Denn in der Angehörigenarbeit sind Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, Krankenschwestern und Krankenpfleger, Psychologen, Psychologinnen und Ärzte und Ärztinnen gemeinsam tätig (vgl. Pauls 2004:324).

Die Angehörigen benötigen wissenschaftlich fundierte Informationen über Ursachen, Auswirkungen und Behandlungsmöglichkeiten der psychotischen Erkrankung, sowie emotionale Unterstützung bei der Bewältigung der psychosozialen Folgen der Erkrankung des Familienmitglieds. Beides kann im Rahmen einer psychoedukativen Gruppensitzung geleistet werden, bei dem sich die Angehörigen untereinander austauschen und damit ihr Familienmitglied (noch) besser bei der weiteren Behandlung und Bewältigung der Erkrankung unterstützen können (vgl. D´Amelio/ Behrendt/ Wobrock 2006: 221).

„Therapeutisch gesehen ist es meistens nützlich, oft unerlässlich (!), mit den Angehörigen zusammenzuarbeiten, und zwar aus mehreren Gründen: der Angehörige soll sich nicht ausgeschlossen fühlen und nicht mit seinen Belastungen allein bleiben; er kann zum Helfer der Behandlung werden (anstatt zum Gegenspieler).“ (Tölle/ Windgassen 2006: 35)

Darüber hinaus sind Selbsthilfegruppen eine weitere Form der Hilfe für Angehörige. In diesen Gruppen treffen sich Personen mit ähnlichen Schicksalen

und können sich dadurch gegenseitig unterstützen. Darum wird als nächstes diese Art der Unterstützung kurz beschrieben.

4.1.1 Selbsthilfegruppen

„Selbsthilfe heißt, außerhalb des professionellen Hilfesystems Unterstützung von Mitbetroffenen zu erfahren.“ (Bäumli/ Pitschel- Walz 2007: 24)

In Selbsthilfegruppen treffen sich Menschen mit ähnlichen Problemen, Anliegen und Zielen. Sie tauschen sich miteinander aus und helfen sich gegenseitig. Die Treffen werden individuell gestaltet, denn jede Gruppe ist anders und hat somit andere Ziele. Gemeinsam haben sie jedoch alle, dass sie sich regelmäßig treffen zu meist fixen Zeiten und ihre Probleme gemeinsam besprechen (vgl. Alsleben/ Hand 2006: 239).

„Wichtige Merkmale von Selbsthilfegruppen sind: Gleichberechtigung, Selbstbetroffenheit, Selbstindikation, Handeln in eigener Sache, Schweigepflicht in Bezug auf andere Teilnehmer und kostenlose Teilnahme.“ (Alsleben/ Hand 2006: 239f).

Im Rahmen eines WHO- Modellprojektes zur Einführung gesundheitsfördernder Maßnahmen waren 1993 im Zentrum für soziale Psychiatrie des Phillipshospitals Riedstadt zwei Arbeitsgruppen, eine für Psychoedukation schizophrener Erkrankter und eine zur Angehörigen- Selbsthilfe, entstanden. Bald bemerkten beide, dass sich die Ziele und Methoden der zwei Gruppen kaum unterschieden. Man entwickelte psychoedukative Angebote für Psychosen Betroffene- Klienten und Klientinnen sowie Angehörige (vgl. Friedrich/ Gunia/ Berger 2005: 171f).

Angehörigen- Selbsthilfe und *Psychoedukation* sind demnach zwei Begriffe die eng miteinander verknüpft sind. Darum behandelt das folgende Kapitel diesen Begriff.

4.2 Psychoedukation

Dieses Kapitel behandelt eine Begriffsdefinition, gefolgt von einer kurzen Beschreibung der Ursprünge und Einsatzmöglichkeiten dieser Behandlungsform um anschließend mögliche Vorteile aufzuzeigen. Folglich werden die einzelnen Zielgruppen kurz erwähnt um deren jeweiligen Ziele genauer darzustellen.

„Psychoedukation ist ein aus dem amerikanischen stammender Fachbegriff, der sich aus den Teilen „psychotherapy“ und „education“ zusammensetzt. Während „psychotherapy“ wörtlich mit „Psychotherapie“ ins Deutsche übersetzt werden kann, wird in diesem Zusammenhang unter „education“ nicht „Erziehung“, sondern Aufklärung, Wissenserarbeitung und Bildung verstanden.“ (Bäumli/ Pitschel- Walz 2007: 3)

Unter dem Begriff der Psychoedukation werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst. Diese haben den Zweck den Klienten und dessen Angehörigen zu informieren, das Krankheitsverständnis und den Umgang mit der Krankheit zu fördern und zu unterstützen (vgl. Bäumli/ Pitschel- Walz 2003: 3).

Die Ursprünge der Psychoedukation liegen in der Verhaltenstherapie, wobei aktuelle Konzepte auch gesprächspsychotherapeutische Elemente in unterschiedlicher Gewichtung enthalten. Psychoedukation wird somit der Teil einer Psychotherapie bezeichnet, der sich mit der aktiven Informationsvermittlung, sowie dem Austausch von Informationen unter den Betroffenen und die Behandlung allgemeiner Krankheitsaspekte beschäftigt (vgl. Bäumli/ Pitschel- Walz 2003: 3).

Psychoedukation ist eine wirksame therapeutische Strategie unter vielen und sollte im Verlauf der Behandlung immer wieder eingesetzt werden (vgl. Bechdorf/ Juckel (Hrg.) 2006: 31).

„Psychoedukative Programme werden im stationären, teilstationären, ambulanten und komplementären Bereich durchgeführt, teilweise auch überlappend, z.B. beginnen sie während des (teil-) stationären Aufenthalts und werden ambulant weitergeführt.“ (Behrendt/ Pischel- Walz/ Bäuml 2005: 120)

4.2.1 Vorteile von psychoedukativen Gruppen

- „Die Betroffenen können die Erfahrungen machen, mit ihren Problemen nicht alleine dazustehen.
- Sie bringen eigene Erfahrungen mit ungünstigen Bewältigungsversuchen ein („Als ich meine Medikamente weggelassen habe, ging´s mir anfangs besser, aber nach sechs Wochen war ich wieder in der Klinik...“).
- Die Teilnehmer können gegenseitig Modellfunktionen übernehmen, besonders, was angemessene Bewältigungsstrategien betrifft.
- Sie erfahren Solidarität und Zusammenhalt durch Mitbetroffene.“ (Behrendt/ Pischel- Walz/ Bäuml 2005: 122)

Darüber hinaus haben psychoedukative Gruppen eine feste zeitliche Struktur mit einer vorgegebenen Anzahl an Stunden (zwischen 8 und 30 Sitzungen) und dauern ca. 45 bis 90 Minuten. Sie werden häufig als geschlossene Gruppen durchgeführt, da die Inhalte systematisch aufeinander aufbauen. Diese Gruppen werden durch zwei Therapeuten, Therapeutinnen bzw. Moderatoren, Moderatorinnen, Angehöriger unterschiedlicher Berufsgruppen, z.B. Ärzte, Ärztinnen und Psychologen, Psychologinnen geleitet. Als Co- Leiter und Leiterinnen fungieren auch erfahrene Krankenpfleger, Krankenpflegerinnen, Sozialarbeiter, Sozialarbeiterinnen, Sozialpädagogen, Sozialpädagoginnen. Die Inhalte der Sitzungen sind vorgeplant und werden aktiv geleitet und strukturiert, wobei aber auch den Teilnehmern und Teilnehmerinnen genügend Raum zu lassen ist, um eigene Wünsche und Themen einzubringen (vgl. Behrendt/ Pischel- Walz/ Bäuml 2005: 122).

Psychoedukative Gruppen vermitteln Wissen bezüglich Krankheits- und Gesundungsprozess. Klienten und Klientinnen die über ihre Krankheit aufgeklärt sind, sind in der Lage ein eigenständiges Krankheitskonzept auszuarbeiten. Durch eine Verbesserung der Compliance wird das Auftreten psychotischer Krisen gemindert und die Rezidivhäufigkeit gesenkt. Das verkürzt die Dauer psychiatrischer Krankenhausaufenthalte und wirkt sich positiv auf die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen aus. Dadurch tragen psychoedukative Gruppen zu einer Minderung der Behandlungskosten bei (vgl. Behrendt/ Pischel- Walz/ Bäuml 2005: 128f).

4.2.2 Zielgruppen

Hier wird zwischen *monofokalen* und *bifokalen* Ansätzen unterschieden:

Der monofokale Ansatz beinhaltet die Betreuung der Betroffenen oder der Angehörigen, wogegen der bifokale Ansatz die Betreuung der Betroffenen sowie der Angehörigen oder Vertrauenspersonen mit einbezieht (vgl. Behrendt/ Pischel- Walz/ Bäuml 2005: 122).

4.2.3 Ziele

Ziele psychoedukativer Maßnahmen sind insofern verschieden, wie unterschiedliche Personengruppen daran teilnehmen. Bei Klienten, Klientinnen und Angehörigen steht die Wissensvermittlung bzw. der Umgang mit den Symptomen im Vordergrund, während bei Professionellen (Ärzte und Ärztinnen, Psychologen und Psychologinnen etc.) das Hauptziel ist, eine kurz- sowie langfristige Verbesserung des Krankheitsverlaufs herbeizuführen. Diese übergeordneten Ziele können noch einmal in verschiedenste Unterziele geordnet werden, die je nach Fall stark variieren und daher immer individuell ausgearbeitet werden sollten (vgl. Veith et al. 2006: 32)

4.2.3.1 Ziele für Klienten und Klientinnen

Als **übergeordnetes Ziel** beschreiben hier Bäuml/ Pitschel- Walz (2003: 3) die Förderung des informierten selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung und dem Ziel einer Verbesserung des Krankheitsverlaufes.

Die **Teilziele** der Klienten und Klientinnen sehen wie folgt aus:

- Verbesserung des Informationsstandes beim Patienten bezüglich der Diagnose sowie des Verlaufs, der Ursachen und der Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung
- Aufbau eines funktionalen Krankheitskonzeptes
- Emotionale Entlastung der Klienten und Klientinnen
- Förderung der langfristigen Behandlungsbereitschaft bei den Klienten und Klientinnen
- Verbesserung der Fähigkeiten zur Bewältigung von Krisen
- Gewinnen von Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung
- Erhöhung der Selbstwirksamkeit

4.2.3.2 Ziele für Angehörige bzw. Bezugspersonen

Übergeordnete Ziele: Hier steht die Förderung der Kompetenz im Umgang mit den Betroffenen im Vordergrund, mit dem Ziel einer Verbesserung des Krankheitsverlaufes bei den Klienten und Klientinnen. Darüber hinaus soll die Bewältigung von aus der Erkrankung resultierenden Problemen für den persönlichen Lebensbereich verbessert werden (vgl. Bäuml/ Pitschel- Walz 2003: 4)

Teilziele für Angehörige bzw. Bezugspersonen:

- Verbesserung des Informationsstandes bezüglich der Diagnose sowie des Verlaufes, der Ursachen und der Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung
- Aufbau eines funktionalen Krankheitskonzeptes
- Emotionale Entlastung der Angehörigen
- Förderung der langfristigen Kooperationsbereitschaft mit allen an der Behandlung Beteiligten
- Unterstützung der Angehörigen bei der Förderung der Behandlungsbereitschaft bei den Klienten und Klientinnen
- Verbesserung der Fähigkeiten zur Bewältigung von Krisen und zur Unterstützung bei Krisen
- Verbesserung des innerfamiliären Umgangs im Hinblick auf die Erkrankung (vgl. Bäuml/ Pitschel- Walz 2003: 4)

4.2.3.3 Ziele für Professionelle

Übergeordnetes Ziel: Hier steht die Verbesserung der Behandlungsergebnisse im Vordergrund, d.h. die Verbesserung der kurzfristigen und vor allem des langfristigen Krankheitsverlaufs der Klienten und Klientinnen durch die Förderung der Selbstkompetenz von Patienten, Patientinnen und Angehörigen (vgl. Bäuml/ Pitschel- Walz 2003: 4)

Teilziele für Professionelle:

- Bessere Wahrnehmung der subjektiven Nöte und Bedürfnisse von Klienten und Klientinnen und Angehörigen
- Sensibilisierung für die therapieunabhängigen Ressourcen von Klienten und Klientinnen und Angehörigen
- Aufbau eines partnerschaftlichen Behandlungsbündnisses
- Ökonomisierung der Informationsvermittlung
- Systematische Nutzung des protektiven Potenzials der Angehörigen
- Kennenlernen der trialogischen Perspektive
- Perspektivenerweiterung hinsichtlich verschiedener Erlebens- und Bewältigungsmöglichkeiten von Psychosen (vgl. Bäuml/ Pitschel- Walz 2003: 4)

5 Empirische Forschung

5.1 Einleitung

Zu Beginn wurde eine Literaturrecherche bezüglich möglicher Forschungsmethoden in der Sozialwissenschaft (vgl. Lamnek 2005, Flick/ von Kardorff/ Steinke 2004, Mayring 2002, Bogner/ Litting/ Menz 2005, Strauss/Courbin 1996 etc.) durchgeführt. Es zeigte sich ein breites Band an verschiedensten Methoden, die von unterschiedlichen Voraussetzungen ausgehen und auch verschiedene Ziele verfolgen.

Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten von innen heraus aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeiten beitragen und Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufzeigen (vgl. Flick/ von Kardorff/ Steineke 2004: 14).

5.2 Erhebungsmethode

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine qualitativ orientierte Forschung, da bei einer qualitativen Studie der Mensch im Mittelpunkt der Untersuchung steht. Darüber hinaus beinhaltet diese Art der Forschung zentrale Aspekte wie:

- Offenheit
- Forschung als Kommunikation
- Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand
- Reflexivität von Gegenstand und Analyse
- Explikation
- Flexibilität (vgl. Lamnek 2005: 20f)

Diese Auflistungen lassen auf eine gute Inhaltliche Qualität des Materials schließen.

Als Erhebungsmethoden wurden einerseits das Episodische Interview und andererseits das Experteninterview ausgewählt.

Das Episodische Interview besteht aus einer Kombination aus „erzählen lassen“ sowie zielgerichtete Fragen zu stellen, um dadurch zu einem breiten Spektrum an Wissen zu gelangen. Das heißt dem Interviewer, der Interviewerin liegt ein Leitfaden zugrunde, der alle anzusprechenden Themen beinhaltet. Besonders wichtig ist, dass der Interviewer, die Interviewerin geschickt mit diesem umgeht und im richtigen Moment Erzählungen stimuliert und gegebenenfalls nachfragt. Durch dieses Nachfragen wird die Phantasie des Befragten, der Befragten angeregt und verhilft dem Interviewer, der Interviewerin im besten Fall zu abstrakteren Zusammenhängen (vgl. Lamnek 2005: 362f).

Durch die Methode des Episodischen Interviews ist es möglich zwei Formen des Wissens zu erfassen. Nämlich einerseits das narrativ- episodische Wissen, dass aus unmittelbarer Erfahrungsnähe hervorgegangen ist und einen Erinnerungsfundus an konkreten Begebenheiten beinhaltet und andererseits das semantische Wissen, dass aus den Erfahrungen abgeleitete Wissen bestehend aus Generalisierungen und Abstraktionen. Bei der ersten Form (narrativ-episodisches Wissen) steht das darstellen von Situationsabläufen im Mittelpunkt, wobei in der zweiten Darstellung das benennen von Begriffen im Vordergrund steht, um diese anschließend miteinander in Beziehung zu setzen (vgl. Lamnek 2005: 362).

Eine besondere Form des Leitfadeninterviews ist das Experteninterview. Der Befragte, die Befragte ist hier weniger als Person, sondern in seiner Funktion als Experte für bestimmte Handlungsfelder interessant (vgl. Mayer 2006: 37).

„Experten sind Menschen, die ein besonderes Wissen über soziale Sachverhalte besitzen, und Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen.“ (Gläser/ Laudel 2006:10)

6 Auswertung

Die Datenerfassung ist ein wichtiger Bestandteil im Forschungsprozess, um auch in späterer Folge die genauen Inhalte und Analysen nachvollziehen zu können. Darum wurden die einzelnen Gespräche auf Tonband aufgezeichnet, um einen professionellen Umgang mit dem Datenmaterial zu gewährleisten. Anschließend wurden diese wörtlich transkribiert.

„Durch wörtliche Transkription wird eine vollständige Textfassung verbal erhobenen Materials hergestellt, was die Basis für eine ausführliche interpretative Auswertung bietet“ (Mayring 2002: 89)

Danach erfolgte die Auswertung der leitfadengestützten Interviews in Anlehnung an die Grounded Theory. Die Grounded Theory ist eine gegenstandsverankerte Theorie, die induktiv aus der Untersuchung des Phänomens abgeleitet wird, welches sie abbildet. Sie wird durch Erheben und Analysieren von Daten, die sich auf das untersuchte Phänomen beziehen, entdeckt, ausgearbeitet und vorläufig bestätigt. Folglich stehen Datensammlung, Analyse und Theorie in einer wechselseitigen Beziehung zueinander. Am Anfang steht nicht eine Theorie die bewiesen werden soll, sondern ein Untersuchungsbereich. Erst im Laufe der Forschung kristallisiert sich heraus, was in diesem Bereich relevant ist. Die Forschungsergebnisse begründen anschließend eine theoretische Darstellung der untersuchten Wirklichkeit (vgl. Strauss/ Corbin 1996: 7ff).

6.1 Interviewpartner

Stichprobentheoretische Überlegungen im wahrscheinlichkeitstheoretischen Sinne, wie die Frage der Repräsentativität, spielen im qualitativen Interview nur eine untergeordnete Rolle (vgl. Lamnek 2005: 384), trotzdem orientierte sich die Forschung dahingehend, ein relativ breites Spektrum an möglichen Quellen zu erfassen. Darum wurden hierzu Klienten und Klientinnen sowie Angehörige und auch Experten, Expertinnen befragt um dies zu gewährleisten.

Die Leitfadeninterviews wurden mit folgenden Personen durchgeführt:

1. Interviews mit vier verschiedenen Klienten aus der Beratungseinrichtung des PSD St. Pölten.
2. Interviews mit drei Angehörigen von Klienten und Klientinnen der Beratungseinrichtung des PSD St. Pölten.
3. Interviews mit drei Experten und Expertinnen, die in Zusammenarbeit mit der Beratungseinrichtung des PSD St. Pölten tätig sind.

6.2 Darstellung der Forschungsergebnisse

Die Forschungsfragen:

1. Wie wirken sich fördernde sowie hinderliche Verhaltensweisen der Angehörigen, in Anbetracht der Medikamenteneinnahme, auf Klienten und Klientinnen aus?
2. Welche Unterstützungsmöglichkeiten bietet der PSD St. Pölten bzw. gibt es Verbesserungsvorschläge im Bezug auf dieses Thema?

Um eine Antwort auf die Forschungsfragen zu bekommen wurde, wie bereits erwähnt eine qualitative Forschung durchgeführt. Dadurch ergaben sich folgende Hauptkategorien, welche wie folgt eingeteilt werden:

- Beziehung
- Wollen
- Müssen
- Denken daran
- Darüber reden
- Beeinflussung durch das soziale Umfeld
- Angehörigenangst
- Erfahrung mit Medikamenten
- Autoritätsperson
- Informationen zu Wirkung und Nebenwirkungen
- Unterstützung des PSD St. Pölten

Diese Kategorien werden im Folgenden näher beschrieben und dargestellt, damit der Leser, die Leserin einen Einblick in die Ergebnisse der Forschung erhält.

6.3 Beziehung

Die Beziehung der Klienten, Klientinnen mit ihren Angehörigen ist von enormer Relevanz. Sie entscheidet ob positive Argumente bezüglich der Einnahme der Medikamente wirken oder nicht. Ist das Verhältnis ein Gutes, können Hinweise auf die Einnahme von nicht eingenommenen Tabletten relativ verständnisvoll aufgenommen werden. „...es kommt auf die Beziehung an. Ja auch die Beziehung des Angehörigen mit dem Betroffenen. Ahm ist das ein entspanntes Verhältnis ein unterstützendes wird ausreichend äh Freiraum gegeben, dann kann des durchaus was bringen wenn er da irgendwie ermutigend den anspricht aber des kann manchmal auch einen Stress bedeuten. Das kommt sehr darauf an wie kommuniziert wird und wie die Beziehung is oiso dass glaub ich“ (Experteninterview 1 Z 178- 183).

Auch Gespräche, welche die positiven Seiten der Wirkung hervorheben fruchten eher, wenn die Beziehung zwischen beiden Parteien gut ist. „...is es so das ich manchmoi prinzipiell drüber red was die Medikamente bringen könnten“ (Angehörigeninterview 2 Z 30- 32). Die befragte Person beantwortete die Frage bezüglich dem Verhältnis zwischen ihr und dem/der Betroffenen mit: „Ein gutes prinzipiell“. Auch der Klient, der im familiären Kontext mit der befragten Person steht, äußerte sich entsprechend der Frage, ob er/sie ein gutes Verhältnis zu seiner/ihrer Familie habe wie folgt: „Ja hab ich“ (Klienteninterview 4 Z 28).

Die Entscheidung, ob Psychopharmaka genommen wird, liegt natürlich beim Klienten, bei der Klientin selber, jedoch die Wahrscheinlichkeit der Befolgung des gut gemeinten Ratschlags, die Medikamente doch zu nehmen, erhöht sich bei einem guten Verhältnis. In dem folgenden Ausschnitt bezieht sich der Klient auf die Aussagen der Angehörigen bezüglich der Medikamenteneinnahme. „De nimm i scho zu Herzen. Jojo“ (Klienteninterview 3 Z 65).

Ist das Verhältnis ein Gutes und es werden negative Argumente hinsichtlich der Einnahme gebracht (negativ wird hier verstanden als z.B.: „jetzt nimmst du die blöden Pulverl scho wieder“, oder „ohne die Medikamente bist du mir besser vorgekommen“ etc.) treffen diese in den meisten Fällen auf fruchtbaren Boden. Klienten und Klientinnen sind bei einer medikamentösen Behandlung immer auch einem inneren Konflikt ausgesetzt. Einerseits helfen ihnen die Medikamente eine Verbesserung herbeizuführen, andererseits wollen sie diese nicht nehmen. Wenn nun ein Familienmitglied gegen eine Einnahme ist und dies auch mit dem Klienten bespricht, trifft die Aussage auf den Teil der Klienten, der eine Einnahme ablehnt und dies kann zu einem Behandlungsabbruch führen (vgl. Experteninterview 1 Z 195- 204).

Die Person des folgenden Beispiels steht in einer guten Beziehung zum Klienten. „Jo des wor voriges Johr so, do hot a natürlich daun eigentlich ziemlich schnell, oiso er hat er währe eigentlich noch bereit gwesen noch weiterhin Medikamente zu nehmen, es wor ober so, dass a dazwischen keine genommen hat und i hob hoit gsogt jo er is ma besser vorgekommen in der Phase wo er keine genommen hat worauf er dann auch wirklich gleich gar keine mehr genommen hat und das auch dem Doktor erklärt hat, dass er jetzt keine mehr nehmen will und das er das ohne Medikamente schafft. Oiso wenn i sog i glaub es is besser ohne, heat a auf“ (Angehörigeninterview 2 Z 96- 102).

Ist die Beziehung nicht so gut oder spannungsgeladen bis hin zu gestört, wirken sich positive Argumente bezüglich der Medikamenteneinnahme in den meisten Fällen nicht gut aus (vgl. Experteninterview 3 Z 174- 175). Die gut gemeinten Ratschläge werden als lästig empfunden und erzeugen Unbehagen in der ohnehin schon spannungsgeladenen Beziehung. „Und jo mia gfoit des ned das des so songd, dass is nema soid“ (Klienteninterview 2 Z 86- 87).

In der untersuchten Population ergaben sich keine Beispiele für eine gestörte Beziehung und negative Argumente hinsichtlich der Einnahme von Tabletten.

6.4 Wollen

Diese Kategorie behandelt das nehmen Wollen bzw. das nicht nehmen Wollen der Medikamente. Die befragte Population bringt zum Ausdruck, dass sie die Medikamente nicht nehmen wollen. „Im Grund gnumma nimm is ned gern“ (Klienteninterview 2 Z 16). Die Gründe warum Klienten die Medikamente nicht „gern“ nehmen wollen sind teilweise unterschiedlicher Natur und resultieren aus den gemachten Erfahrungen im Zusammenhang mit diesen. „Ah je verhärteter die Fronten sind je negativer die Erfahrungen mit Psychiatrie sind je mehr es Situationen gab das gibt's leider auch dann und wann noch heute wo unangepasstes Verhalten speziell in stationären Rahmenbedingungen mit Medikation „bestraft“ wird. Also wo der schreit oder irgendwas und kriegt eine Spritze ja. Is es natürlich ganz, is es insofern schlecht, weil dadurch sozusagen ahm das Medikament nicht, das wird vom Heilmittel weg in der persönlichen Assoziation geführt hin zur Strafe na. Und des is natürlich eine massive Barriere für dann wenns überhaupt ned um solche Sachen geht sondern wenn etwas was möglicherweise für den Betroffenen selber der Schlüssel zu einer besseren Integration sein könnte bzw. zu einer Partizipation an qualitativ höherwertigen Lebensabläufen ja das sozusagen wenn jemand grundsätzlich die Haltung hat Medikamente sind überhaupt schlecht is es natürlich ganz schwierig auf einen grünen Zweig zu kommen“ (Experteninterview 3 Z 125- 137).

Genannte Gründe, warum die Medikamente nicht „gern“ genommen werden, sind Nebenwirkungen wie z.B. Zittern „Zittern und so des is eh ois Nebenwirkung“ (Klienteninterview 3 Z 111- 112), Speichelfluss „Speichelfluss und so, des hob i olles schau ghobt, des kenn i ois schau oiso. I hob de Nebenwirkungen eh schau am Leibe verspüren miassn“ (Klienteninterview 3 Z 98- 100), keine Erektion bekommen können, nicht ejakulieren können „Jo ma kaun ned ma kau oft nimma Ejakulieren. Und Oda oda wos was i. Oda ma ma kriagt koa gscheide Erektion mehr. Oda sunst irgenwos“ (Klienteninterview 2 Z 159- 160), Gewichtszunahme „Oiso ein wirkliches Problem für ihn is des das er immer wieder dick wird drauf, er is a im Moment leider wieder am zunehmen, dawei stöhrts ihn selber noch nicht wir merkens aber schon“ (Angehörigeninterview 2 Z 69- 71) und das aufdrängen

der Tabletten in Spitälern. „Hobs a Zeit long ned gern gnumma, weils ma „aufdoktuliert“ worden san im Spitoi“ (Klienteninterview 3 Z 19- 20). Der Klient spricht hier von „aufdoktuliert“, was als aufgedrängt interpretieren werden könnte.

Weitere Gründe warum Tabletten nicht gern genommen werden liegen teilweise in der Pathologie, in der Krankheit selber, in der Verträglichkeit, dass es Nebenwirkungen gibt (vgl. Experteninterview 2 Z 12-13), dass z.B. ein Klient, eine Klientin Vergiftungsängste besitzt oder den Beipackzettel liest und danach glaubt alle dort beschriebenen Nebenwirkungen zu haben. „Mhm. Naja In unthematisierten Ängsten. Da gibt's das kommt auf das die Problematik auf die Erkrankung des Patienten an. Das kann sein bei einer Psychose, kann jemand z.B. Vergiftungsängste haben, dass er meint das Medikament würde ihm schaden und ihn vergiften. Das er das nicht nimmt, dass wär dann schon eine Wahnbildung. Es kann aber auch sein, dass er einen Beipacktext liest und dort Informationen liest, die er dann auf sich bezieht und meint er hat jetzt des olles was auf dem Beipacktext steht...“ (Experteninterview 1 Z 12- 18).

Ein weiterer Grund, warum Klienten und Klientinnen Medikamente nicht gern einnehmen wollen, ist das Zusammentreffen von Natur und Chemie. „I hob a mei Meinung, i dad mehr für Natur Medikamente oda für Naturali für natürliche ahm Medikamenten Einsatz wa i a zum hom, des tät mi a interessieren“ (Klienteninterview 3 Z 25- 26).

6.5 Müssen

Dieser Abschnitt beinhaltet die Pflicht der Einnahme der Medikamente. Teilweise wollen Klienten und Klientinnen die Tabletten nicht nehmen, aus Gründen die im Kapitel Wollen näher behandelt wurden, aber sie sprechen auch davon, dass sie sie nehmen müssen. „I muas a nehma weil i kontrolliert wir“ (Klienteninterview 2 Z 17- 18).

6.6 Denken daran

Klienten und Klientinnen fühlen sich nicht gut wenn sie immer wieder an Medikamente denken müssen. „Nervend, dass man immer dran denken muss halt, dass mans nehmen muss“ (Klienteninterview 4 Z 13). „Hob i schau schlimme Sochen a denkt“ (Klienteninterview 3 Z 15- 16). Es besteht also eine Verknüpfung im Gehirn: Medikament ist gleich nervend bzw. schlimm. Dadurch entsteht eine Negativschwingung die jedes Mal beim Gedanken an die Tabletten freigesetzt wird.

Trotzdem werden im Laufe einer Behandlung die positiven Aspekte von Psychopharmaka transparenter. Klienten und Klientinnen erkennen im Laufe der Zeit, dass die Tabletten auch unterstützend helfen können. Durch den längeren Gebrauch von Psychopharmaka wird der Erfahrungshorizont dahingehend ausgebaut. „Jo helfen scho jo“ (Klienteninterview 1 Z 22).

Teilweise sind sich Klienten und Klientinnen nicht ganz sicher ob die Medikamente auch tatsächlich wirken. „I hob Zeitn do geht’s ma so schlecht do, mhh do is daun oft zweng, wo i daun ned woas sans zweng, oda höfat wos waun i weniger waun i mehr Medikamente nahm oder Notfallmedikamente hätt“ (Klienteninterview 2 Z 22- 24). Diese Person weiß nicht genau ob die Tabletten auch tatsächlich wirken. Sie durchlebt Krankheitszyklen in denen sie die Wirkung nicht spürt und sich nicht sicher ist, ob die Dosierung richtig gewählt wurde. Trotzdem beharrt sie auf die Möglichkeit eventuelle Notfallmedikamente, für eben diese Phasen, zu besitzen.

6.7 Darüber reden

Das Mittel der Kontaktaufnahme ist in den meisten Fällen die Sprache. So auch im Zusammenarbeiten bzw. Zusammenleben mit Menschen. Um in Kontakt mit einer anderen Person zu kommen, spricht man diese an. Um Probleme zu besprechen redet man mit den Personen die diese betreffen.

Klienten und Klientinnen haben teilweise Probleme mit der Einnahme der Medikamente. Angehörige dieser Personen bemerken diese Umstände und befragen ihre Familienmitglieder oder Freunde wieso sie denn die Medikamente nicht nehmen wollen. Die Gründe sind verschieden und wurden im Kapitel Wollen näher beschrieben. Sie wünschen mit den Klienten und Klientinnen darüber zu reden um eventuelle Anliegen ansprechen zu können. Bei den Betroffenen selber wirkt sich diese Strategie oft nicht positiv aus. „I denk ma es verstehts sowieso nix davo und i loss hoit redn“ (Klienteninterview 2 Z 92). Darüber hinaus spielt auch hier das Verhältnis der Angehörigen zu den Klienten eine entscheidende Rolle. Ist es ein gutes Verhältnis können Argumente durchaus zu den Betroffenen durchdringen und vielleicht sogar Veränderungen bewirken, ist es jedoch ein nicht so gutes bzw. ein spannungsgeladenes Verhältnis treffen auch gut gemeinte Ratschläge auf Widerstand, wie weiter oben in dem Ausschnitt des Interviews ersichtlich ist. Doch auch wenn das Verhältnis zwischen ihnen ein gutes ist, können sich Besprechungsversuche destruktiv auswirken. „Ja weil sie nerven halt...“ (Klienteninterview 4 Z 55).

6.8 Beeinflussung durch das soziale Umfeld

Jedes Individuum wird durch bestimmte Faktoren in seiner Umgebung beeinflusst. Jeder Mensch reagiert darauf in unterschiedlicher Art und Weise. Manche Klienten nehmen die Aussagen ihrer Angehörigen ernst: „No de nimm i scho zu Herzen. Jo jo“ (Klienteninterview 1 Z 65). „Jo jetzt wieder ernster. A Zeit laung hob is ned ernst gnumma“ (Klienteninterview 3 Z 79). Andere wiederum nehmen die Aussagen nicht ganz so ernst. Auf die Frage hin, wie ernst die Aussagen der Angehörigen genommen werden, antwortete eine der befragten Personen: „Halbernst“ (Klienteninterview 4 Z 51).

Es existieren demnach zwei Gruppen, die wie folgt eingeteilt werden können: Jene Klienten die die Kommentare der Familienmitglieder, Freunde oder Bekannte ernst nehmen und jene die diese nicht so ernst bzw. halbernst nehmen. Die Ersteren stehen meist auch in einer guten Beziehung zu ihren Angehörigen. „Jo jo a gutes Verhältnis jo. Des is auch sehr wichtig.“ (Klienteninterview 1 Z 35). Das gute Verhältnis erlaubt es, dass mögliche Argumente auch tatsächlich bis zu den Klienten vordringen, wie im Kapitel Beziehung bereits erwähnt. Diese Tatsache bewirkt, dass sich diese Personengruppe auch hinsichtlich der Medikamenteneinnahme positiv beeinflussen lässt. „Jo i, des manipuliert sehr oiso do do waun ana sogt du soist as nehma daun das da höfn daun glaubt ma natürlich wirkli an den waun ma den Menschen gern hot daun wü mas a nema das ma hoit wos guats mocht damit“ (Klienteninterview 3 Z 84- 86). Wie wichtig die Beziehung zwischen Klienten und Angehörigen ist wurde im Kapitel Beziehung bereits erörtert, jedoch besteht ein großer Zusammenhang mit diesem.

6.8.1 Einmischen der Angehörigen

Dieses Kapitel beschreibt die Tatsache, dass sich Angehörige in die Lebenswelt der Betroffenen einmischen. Dieses Einmischen erfolgt meist über verbale Kommunikation und beinhaltet Fragen wie z.B.: „Hast du eh deine Tabletten schon genommen?“ „Meine Mutter fragt mich ab und zu ob ich´s eh nicht vergiss, aber im Prinzip brauch ich keine Hilfe“ (Klienteninterview 4 Z 41- 42). Der Klient bringt ganz klar zum Ausdruck, dass eine Hilfe nicht gebraucht werde. Die Mutter des Klienten sieht sich jedoch in der Rolle der Kontrolleurin, die aufpassen muss, dass er die Medikamente nicht vergisst. „...jetzt geht's nur drum dass ich ihm klar mach, dass er aufpassen soll, dass ers nicht vergisst“ (Angehörigeninterview 2 Z 33- 34).

6.9 Angehörigenangst

Durch die Aussagen der befragten Personen konnten bestimmte Ängste erkannt und aufgezeigt werden.

- Angst, dass verschriebene Tabletten nicht genommen werden
- Veränderung der Persönlichkeit durch Psychopharmaka
- Abhängigkeit durch Psychopharmaka
- Dauerzustand Medikamenteneinnahme

6.9.1 **Angst, dass verschriebene Tabletten nicht genommen werden**

Diese Kategorie beinhaltet die Angst von Angehörigen bezüglich der Nichteinnahme von Tabletten. Durch Erfahrungen mit der Krankheit und daraus resultierende Erfahrung im Umgang mit Personen welche Symptome aufweisen, die auf eine Verschlechterung bzw. einen „Schub“ der Krankheit hindeuten, sind Angehörige sehr bemüht die Medikamenteneinnahme zu überprüfen oder auch zu kontrollieren. „Jo de haum mi a Zeit long, jetzt in da letzten Zeit haums mi sehr, mei Mutter woa sehr dahinter das es imma nehm de Medikamente, weis a Angst hot das irgendwos ned stimmt mit mir und das ma, und das ma vielleicht wieder besser geht waun is nimm, hots ma hoit angroten. Sie is sehr davüa das is nimm. Meine Medikamente“ (Klienteninterview 3 Z 58- 61). Sie befürchten eine Verschlechterung der Situation beim Absetzen der Psychopharmaka, durch eben schon gemachte Erfahrungen diesbezüglich. „Weil ich schon ernsthaft in Sorge bin dass er wieder so abstürzt, dass das bis in eine Psychose gehen kann“ (Angehörigeninterview 2 Z 42- 43). Diese Angst forciert die Kontrollfunktion der Angehörigen, welche sehr bedacht die Einnahme der Medikamente überprüfen.

„...jetzt geht's nur drum, dass ich ihm klar mach, dass er aufpassen soll dass ers nicht vergisst“ (Angehörigeninterview 2 Z 33- 34). Diese Kontrollfunktion stellt aber eine Belastung für die Klienten dar und wird als nervend empfunden. „Ja weil sie nerven halt und man vergisst auch immer wieder drauf und so“ (Klienteninterview 4 Z 55).

In weiterer Folge wird durch Nachfragen, ob die Medikamente eingenommen wurden, die Beziehung zwischen Klient und Angehörigen aufgeheizt. „...weil am die Angehörigen dazu neigen auch jetzt Verhalten das ihnen irgendwie nicht so passt sozusagen im familiären Bezug für sie nicht gewünscht ist, mit der Frage nach: hast du eh deine Medikamente genommen zu verknüpfen na. Das mocht dann die Betroffenen wahnsinnig aggressiv, wenn die z.B. der Meinung sind die oder der hat dieses oder jenes nicht richtig gemacht und die Mama sagt hast du eh deine Pulver genommen du bist schon wieder so komisch, dass is immer eine Art Todschlagphrase wo sozusagen es nicht dazu führt, dass der Betroffene dann sagt aha nein ich habs wirklich vergessen jetzt muss ichs nachnehmen, sondern wo das Ganze dann eher in die schlechte Richtung, die Angehörigen sind bei der Frage, beim Motivieren der Betroffenen zur Einnahme von Medikamenten argumentativ a auf einem nicht besonders guten Stand, wobei man natürlich sagen muss dass viele Angehörige wahnsinnig wertvolle Dienste leisten und dass viele Patienten es doch nehmen, weil die Ehefrau einfach drauf schaut und ihn hindert oder sonst irgendwas. Trotzdem sozusagen von der argumentativen Schwingung is es eher was was mit viel Spannung verbunden is“ (Experteninterview 3 Z 175- 190).

6.9.2 Veränderung der Persönlichkeit durch Psychopharmaka

Eine weitere Form der Angst beinhaltet die Veränderung der Persönlichkeit eines Menschen durch Medikamente. Es besteht der Verdacht, dass Psychopharmaka eine persönlichkeits- verändernde Wirkung haben könnten. „Was ich beurteilen kann is a so, dass vielleicht die Tabletten ihn einfach anders machen...“

(Angehörigeninterview 3 Z 14- 15). Dieser Verdacht wird zusätzlich geschürt durch Medien, die Filme zeigen in denen Psychopharmaka als gefährlich dargestellt werden. „A das zweite Vorurteil, das ganz wesentlich is, is das einer befürchteten Persönlichkeitsveränderung, das auch nicht zutreffend is, das die Menschen glauben sie nehmen ein Medikament und sind dann plötzlich wer anderer. Also das is auch kein Zufall, das es diese Vorurteile gibt, sondern die werden uns allen tagtäglich von ORF 1, PRO 7, SAT 1 usw. eingehämmert, durch Filme von mäßig kreativ begabten Regisseuren, die a Spannung nur dadurch zu generieren in der Lage sind, dass eben sadistische Psychiater ahnungslosen Leihen ein Pulver gibt und der macht dann schreckliche Sachen. Das is aber immer wieder zu sagen das is Entertainment, dass is Unterhaltung, das hat mit der Wirklichkeit nix zu tun, aber natürlich das glauben die Leute mal primär nicht so, die denken das is die Wirklichkeit was in Bildern ihnen ins Wohnzimmer geliefert wird“ (Experteninterview 3 Z 23- 34). Angehörige haben somit Angst, ihre Familienmitglieder erfahren eine Veränderung in ihrer Persönlichkeit durch die Medikamente.

6.9.3 Abhängigkeit durch Psychopharmaka

Darüber hinaus besteht Angst, Medikamente könnten abhängig machen. „...Menschen glauben wenn sie einmal Psychopharmaka haben sind sie dann drauf und kommen nimmer davon weg. Was zur überwiegenden Gruppen der zur Verfügung stehenden der Medikamente überhaupt nicht stimmt. Bei den Tranquilizern oder Benzodezipinen stimmt es schon aber sonst nix“ (Experteninterview 3 Z 20- 23).

6.9.4 Dauerzustand Medikamenteneinnahme

Durch die geführten Interviews stellte sich heraus, dass Angehörige befürchten ihr Familienmitglied sei das ganze Leben lang auf Psychopharmaka angewiesen. „Prinzipiell helfen sie ihm eine Verbesserung herbeizuführen, aber ich denke es sollt nicht für immer sein, weil es nur eine für mich irgendwie nur so eine scheinbare Stabilität erzeugt und nicht auf Dauer so guat is“ (Angehörigeninterview 2 Z 15- 17).

6.10 Erfahrung mit Medikamenten

Ein Teil der zu behandelnden Personen greift auf einen großen Erfahrungsschatz zurück wobei der andere Teil noch wenig bis gar keine Erfahrung bezüglich der Medikamente vorweisen kann. Es ist natürlich auch immer individuell verschieden welche Krankheiten mit dazugehörigen Symptomen behandelt werden sollen. So unterschiedlich die Menschen sind, so verschieden sind auch die jeweiligen Krankheitsmuster die jene besitzen. Daher können auch die Wirkung und Nebenwirkungen der einzelnen Medikamente unterschiedlich ausgeprägt sein und bei verschiedenen Typen andere Resultate erzielen. Um nun in einem bestimmten Bereich eine gewisse Erfahrung vorweisen zu können, muss man diesen zuerst erfassen. Jede Neuigkeit ist etwas Besonderes und wird mit Vorsicht angegangen. So auch in der Pharmakotherapie, wo die Erfahrung mit den Medikamenten und deren Wirkung sowie Nebenwirkungen eine große Rolle spielt.

Darum ist die Erfahrung, die Klienten und Klientinnen besitzen von enormer Wichtigkeit. Besitzt der Klient, die Klientin positive Erinnerungen in Zusammenhang mit Medikamenten, wird eine Zusammenarbeit dahingehend erleichtert. Auch wenn der Klient, die Klientin nicht sehr positiv den Tabletten gegenübersteht, aber auf einen großen Erfahrungsschatz zurückgreifen kann, bemerkt er/sie, dass wenn Medikamente auch nicht gern genommen werden, sie trotzdem unterstützend helfen können. „Des geht hoit vielleicht ohne a ned“ (Klienteninterview 3 Z 28). „Jo weis ohne Unterstützung ned geht. Ohne Unterstützung vo de Medikamente jo do geht's ned“ (Klienteninerview 1 Z 30- 31). Dies bemerken Klienten und Klientinnen erst, wenn sie ein gewisses Erfahrungspotential aufgebaut haben. Durch diese Erfahrungen erkennen sie und auch ihre Angehörigen, dass Medikamente eben nicht persönlichkeits- verändernd sind und auch bei regelmäßiger Einnahme nicht abhängig machen. Somit wird der Erfahrungshorizont positiv ausgebaut.

Natürlich wachsen dadurch auch die Erfahrungen hinsichtlich der eventuell auftretenden Nebenwirkungen. „Auf der an Seitn glaub i das de Medikamente olle irgendwie Nebenwirkungen haum a, oba ma was ned in welcher Form. Es steht

zwoa im Beipockzettel dabei, wie wie wie wöche Nebenwirkungen was hom. Speichelfluss und so, des hob i olles schau ghobt, des kenn i ois schau oiso“ (Klienteninterview 3 Z 96- 99).

6.10.1 **Wahrgenommene Erfahrung**

Ein weiterer Aspekt der durch die Interviews aufgezeigt wurde, ist das von Klienten wahrgenommene Erfahrungspotenzial, in Bezug zur Medikamenteneinnahme, welches Angehörige aufweisen können. Inwieweit jene Personen selber schon Kontakt mit Medikamenten hatten oder haben. „Jo wie meine Ötan nehman des a inzwischen Medikamente und se wissen dass das a eana höfan und das dengans füa mi das mia a höfn“ (Klienteninterview 3 Z 68-69). Der Klient bringt hier zum Ausdruck, dass die Familienmitglieder, eben durch ihre eigene Erfahrung mit Medikamenten, wissen wovon sie reden, wenn das Thema Tabletten behandelt wird.

Wenn Angehörige keine Erfahrung mit Psychopharmaka hatten oder haben, sind sie auf der argumentativen Seite hinsichtlich Medikamenteneinnahme benachteiligt. „Najo. I deng ma es verstehts sowieso nix davo“ (Klienteninterview 2 Z 92).

6.11 Autoritätsperson

Durch die Befragung der Interviewpartner stellte sich heraus, dass durch die Anwesenheit einer Autoritätsperson die tatsächliche Einnahme der Psychopharmaka erheblich verbessert wird. Diese Autoritätsperson ist in den meisten Fällen der behandelnde Arzt, die behandelnde Ärztin. Durch die Tatsache, dass der zuständige Arzt, die zuständige Ärztin eine Anordnung zur Einhaltung der Tabletteneinnahme verlautbart, wird gewährleistet, dass diese auch regelmäßiger eingehalten wird. Der Arzt, die Ärztin fungiert hier in der Rolle der Respektsperson. Klienten treten diesen Personen mit gebührendem Respekt gegenüber und befolgen auch deren Ratschläge in Bezug zur Medikamenteneinnahme. „Oba nur won des meine Ärzte song i sois nema, daun muas is a nema scheinboa“ (Klienteninterview 3 Z 27- 28). In dieser Aussage ist auch die persönliche Beziehung zu den Ärzten erkennbar, welche natürlich ebenfalls von großer Bedeutung ist. Diese Person spricht von „meine Ärzte“, was eine enge Beziehung mit ihnen vermuten lässt.

Es kann aber auch sein, dass durch die Anwesenheit einer Autoritätsperson das Ansprechen von Ängsten erschwert wird. „...auf Grund von Ängsten, Schwierigkeiten mit Autoritäten nicht traut in der Kontaktaufnahme mit dem Arzt dann auch Ängste anzusprechen...“ (Experteninterview 1 Z 18- 20).

6.12 Informationen zu Wirkung und Nebenwirkungen

6.12.1 Klienten und Klientinnen

Teilweise besitzen Klienten und Klientinnen einen guten Wissensstand bezüglich der Wirkung und möglicher Nebenwirkungen, teilweise nicht. Das ist individuell verschieden und kommt auf den Charakter der jeweiligen Person an bzw. welche Diagnose vorhanden ist. Denn einige Klienten fragen nach und interessieren sich für die Wirkung und Nebenwirkungen, andere wiederum nehmen einfach die vom Arzt verordneten Tabletten und kümmern sich nicht näher darum. „Na do hob i nie danoch gfrogt. I nimms afoch, so wias vorgschriem is. Do red i mitn Oazt drüber wies ma geht und daun je noch dem beurteilt er wos i brauch und wos ned“ (Klienteninterview 1 Z 90- 92). Doch ein Großteil der befragten Personen bringt ihre Unsicherheit, über die Wirkung von Psychopharmaka, zum Ausdruck. „...ma sogt ma sogt Psychopharmaka wirken dämpfend auf das Zentralnervensystem und, mhhh vielleicht erklärt mir des mhh das i daun oft a a a grantig bi oda Ongst hob oda sunst irgendwos“ (Klienteninterview 2 Z 112- 115). Diese Person ist sich nicht sicher ob die Angst, die sie teilweise verspürt, von den Medikamenten kommt oder nicht. Dieser Aspekt zeigt auf, dass immer noch Informationsmangel besteht. Ein weiteres Beispiel, um die Unsicherheit der Klienten und Klientinnen auszudrücken, wird im Folgenden zitiert, obwohl hier ein gewisses Basiswissen erkennbar ist. „Sie können irgendwelche Substanzen im Kopf, im GeGe im Kopf auslösen, dass ma besser denkt, oder optimistischer is vielleicht manchmoi. Das ma ned so depressiv und so mit negativen Gedanken se gibt, des kau vielleicht a bissl unterstützen. S´mog sei. Das de Chemie wieder stimmt, wie die maunche song. Im Kopf hoit wieda, das irgendwos, das negative Gedanken irgendwie vielleicht ausgschoit wern und vielleicht des a bissl hoit Medikamente. Des glaub i vielleicht. Des kaun a Grund sei. Oba sicha bin i ma do ned, wei i bin koa Oazt. I was ned wie des funktioniert“ (Klienteninterview 3 Z 32- 38). Klienten und Klientinnen wissen also nicht genau wie Psychopharmaka wirken.

Darüber hinaus ist Zeitmangel ein unablässiger Begriff, wenn das Thema Informationen über Medikamente behandelt wird. „Wenn a in Niederösterreich ein

Facharzt mit Kassenvertrag der also ohne das man extra dafür zahlen muss zugänglich is für 50 000 Einwohner zur Verfügung steht statt wie es sein sollte für 30 000 Einwohner, dann is der Effekt das der eben nur halb soviel Zeit hat das der dann eben sozusagen hudeln muss und das dem seine Wartezimmer sozusagen die Leute um die wenigen Minuten prügeln die er ihnen Aufmerksamkeit schenken kann und das ist nicht eine Charakterschwäche der handelnden Personen wenn hier Dinge unterbleiben die an und für sich wesentlich mehr sein...“ (Experteninterview 3 Z 310- 318).

Die befragten Personen beklagten, dass zu wenig Zeit zur Verfügung steht um ein ausführliches Gespräch mit den zuständigen Ärzten führen zu können. „Jo, dass de Ärzte mehr Zeit das se de mehr Zeit nehman na. De mochn des ois nur so ganz kurz na. Des dauert ned laung, des dauert nur a poor Minuten. Das se se mehr Zeit dafür neman“ (Klienteninterview 1 Z 101- 103). Ein weiterer Aspekt ist die Informationsweitergabe in Kliniken bzw. Krankenhäusern, in denen Klienten nicht genügend Informationen über Wirkung und Nebenwirkungen bekommen. Das folgende Zitat bezieht sich auf die Frage, ob er/sie genug Information über die Wirkung oder Nebenwirkungen der Tabletten erhalten hat. „Der Meinung bin ich nicht also. Könnt schon mehr Aufklärung sein, was was wirkt“ (Klienteninterview 4 Z 71). Darüber hinaus beantwortete der Klient die Frage, wer hat ihnen ihrer Meinung nach nicht genug Information gegeben, mit: „Die Ärzte in Mauer. Halt so ja“ (Klienteninterview 4 Z 76). Diese Person ist unzufrieden mit der Informationsweitergabe bezüglich Wirkung und Nebenwirkung in der Klinik in Mauer.

Eine weitere Hürde um an Informationen zu gelangen beschrieb ein Klient wie folgt. „Erst waun ma söba frogt daun kriagt mas. Vorher songs oan nix. Do manans eana, do manans mas guat das is nimm oba mehr ned, mehr songs ned“ (Klienteninerview 3 Z 142- 143). Klienten müssen demnach trotz ihrer Erkrankung die Eigeninitiative ergreifen um an Informationen bezüglich Wirkung und Nebenwirkungen zu gelangen. Sie müssen von sich aus Fragen stellen, sonst bekommen sie keine genauen Informationen diesbezüglich von den Ärzten, den Ärztinnen.

6.12.2 Angehörige

Durch die geführten Interviews stellte sich heraus, dass Angehörige nur wenig oder gar nicht über Wirkung und Nebenwirkungen informiert wurden. Die befragten Personen mussten in Eigeninitiative recherchieren um an Informationsmaterial im Hinblick auf Wirkung und Nebenwirkungen von Psychopharmaka zu gelangen. Auf die Frage hin, ob sie genug Informationen bezüglich der Wirkung und Nebenwirkungen bekommen haben, wurden folgende Antworten gegeben: „Ich als Angehöriger sicher nicht“ (Angehörigeninterview 1 Z 67); „Na hob i überhaupt keine Information bekommen. Oiso von Seiten von Mauer überhaupt nicht. I kann jetzt zum Doktor gehen und ihn speziell über das eine oder andere Medikament ausquetschen, letzten Endes hab i die Informationen nur von der Selbsthilfegruppe, do hots eben auch Unterlagen dazu gegeben, aber von Mauer war goaka Information“ (Angehörigeninterview 2 Z 149-153).

6.13 Unterstützung des PSD St. Pölten

Durch die geführten Interviews konnten folgende Unterstützungsmöglichkeiten, in Bezug zur Medikamenteneinnahme, aufgezeigt werden:

Fachärztliche und Sozialarbeiterische Betreuung; Aufklärung und Beratung über Wirkung und Nebenwirkung der Tabletten; im Falle einer Krise ist der Einsatz von Beruhigungsmedikamenten möglich, auf die der behandelnde Arzt, die behandelnde Ärztin im Notfall zurückgreifen kann; der Einsatz eines diplomierten Krankenpflegers, einer diplomierten Krankenpflegerin, der/die z.B. das Einnahmeprozedere überwacht oder unterstützt, sowie praktische Dinge wie Tabletten schneiden übernimmt und dadurch eine große Ressource darstellt (vgl. Experteninterview 1 Z 247- 258, 2 Z 87-91, 3 Z 258).

Eine weitere Form der Unterstützung bietet der PSD St. Pölten bei der Verabreichung der Depo- Spritze. „...wo wir schon aktiv sind und auch hoffentlich einiges an an Effekten positiver Art erzielen is bei den Depos also bei den Neuroleptika die nicht täglich verabreicht werden sondern wo alle 14 Tage mal eine Spritze gegeben wird das wir da gar nicht wenige Patienten haben die sich die bei uns holen und wo wir auch immer wieder mit ihnen um diese weitere Zustimmung ringen wie vorher erwähnt. Das wir einfach glauben das das ein Kompromiss is wo die möglichen negativen Folgen sehr gering sind im Vergleich zu dramatischen a a positiven Effekten die auf die Gesamtsituation, die regelmäßige Verabreichung haben kann“ (Experteninterview 3 Z 264- 272).

6.13.1 **Unterstützungslücken**

6.13.1.1 **Personalmangel**

Um eine noch bessere Unterstützung bieten zu können wird mehr Personal benötigt. „Also ich würde z.B. unheimlich gerne anbieten die Möglichkeit dass Leute in der Früh hier herkommen dann das Medikament hier einnehmen unter Sicht von irgendeiner Fachkraft, oder dass jemand zu ihnen nach Hause kommt und und ihnen hilft dabei das doch einzunehmen, das das können wir alles nicht weil wir leider Gottes viel zu wenig Personal haben im Vergleich zu anderen a Bundesländern in Österreich“ (Experteninterview 3 Z 258- 263).

6.13.1.2 **Ambulanzstatus**

Manchen Klienten und Klientinnen haben Schwierigkeiten den Kontakt mit dem Arzt mit der Ärztin aufrecht zu halten. Diese Tatsache erschwert den Betreuungsverlauf. Darum wäre der Ambulanzstatus eine Verbesserung für die Einrichtung, um die Medikamente direkt verschreiben zu können. Dadurch würde die Betreuung dieser Personen erleichtert werden, da der Umweg über den Hausarzt und somit eine eventuelle Nicht- Einnahme vermieden werden könnte. „Was für mich erleichtern würde im Alltag, sag ma mal so, wäre dass wir hier einen Ambulanzstatus hätten, dann könnt ich ein Rezept ausstellen. Das würde zumindest einen Umweg erleichtern, für eine spezielle Patientengruppe denen es eh schwerfällt Kontakt zu halten und dann über den Umweg Hausarzt Hausärztin vielleicht doch nicht die Medikation einnehmen“ (Experteninterview 2 Z 107- 111).

Resümee

Im Mittelpunkt meiner Forschung stand das Aufzeigen der Gefühlslagen der Klienten und Klientinnen. Wie diese zu den Medikamenten stehen bzw. wie sie sich fühlen, im Umgang damit. Dadurch wurde ein Einblick gegeben, der in weiterer Folge die Beantwortung der Forschungsfragen ermöglichte.

Es zeigte sich, dass die Beziehung ein entscheidender Faktor ist, wenn das Thema Medikamenteneinnahme abgehandelt wird. Eine Generalisierung, dass positive Verhaltensweisen der Angehörigen, in Bezug zur Medikamenteneinnahme, sich auch positiv auf die Gesamtsituation auswirken, kann nicht getroffen werden, denn die Beziehung, welche zwischen Betroffenen und Angehörigen besteht, ist von Relevanz und muss zusätzlich berücksichtigt werden.

Negative Verhaltensweisen bzw. Aussagen hingegen, welche von Angehörigen erbracht werden, wirken sich auch negativ auf den Betreuungsverlauf aus. Sie treffen auf fruchtbaren Boden und führen im schlimmsten Fall zum Abbruch der Medikamenteneinnahme.

Faktoren warum Klienten und Klientinnen Medikamente nicht nehmen wollen sind individuell verschieden. Einerseits bestimmt die Erfahrung, die im Zusammenhang mit Medikamenten steht, den Umgang mit Tabletten, andererseits kommt es auf das Krankheitsbild der Betroffenen an bzw. welche Ängste sie aufweisen. Darüber hinaus sind auch Nebenwirkungen ein Grund Psychopharmaka nicht zu nehmen.

Betroffene fühlen sich nicht gut wenn sie an Medikamente denken. Sie sind genervt bzw. haben schlechte Gedanken wenn das Thema Medikamenteneinnahme ins Bewusstsein rückt. Durch die langfristige Anwendung einer Pharmakotherapie werden jedoch auch positive Aspekte der Tabletten sichtbar gemacht.

Jeder Mensch wird von seinem sozialen Umfeld beeinflusst, so auch Klienten und Klientinnen. Zusammenfassend gibt es demnach zwei Arten von Betroffenen: jene die Aussagen der Angehörigen ernst nehmen und jene die diese nicht ernst nehmen. In beiden Fällen spielt die Beziehung eine entscheidende Rolle, und ist mitunter Entscheidungsträger ob Klienten, Klientinnen beeinflussbar sind oder nicht. Natürlich ist auch der Charakter der jeweiligen Personen bzw. deren Diagnose zu berücksichtigen. Erwartet der Klient, die Klientin keine Hilfe bei der Tabletteinnahme, wirkt sich ein „Einmischen“ der Angehörigen negativ aus und der Betroffene, die Betroffene wird somit destruktiv beeinflusst.

Auch Ängste der Angehörigen wirken sich nicht positiv auf Betroffene aus. Angehörige haben Angst, dass Tabletten nicht genommen werden, dass sich ihre Familienmitglieder in ihrer Persönlichkeit verändern oder sogar abhängig werden und darüber hinaus die Tabletteneinnahme sie ein ganzes Leben lang begleitet. Ein entscheidender Faktor beim Thema Unterstützungsmöglichkeiten durch Angehörige, ist der Abbau dieser Ängste durch Aufklärung bzw. Informationsweitergabe über Wirkung, Nebenwirkungen, Krankheitsbilder, etc., um ein geeignetes Basiswissen zu schaffen. Denn dadurch werden Angehörige in ihrer „Angehörigenfunktion“ gefestigt und entwickeln ein gewisses Know-how, um anschließend ihre Hilfe bereitstellen zu können.

Ein weiterer Aspekt, der die Medikamenteneinnahme entscheidend beeinflusst ist die Erfahrung im Umgang damit. Einerseits die persönliche Erfahrung, andererseits die Erfahrung der Angehörigen. Haben auch Angehörige Erfahrung mit Tabletten, wirkt sich diese Tatsache positiv im Bereich Argumentation hinsichtlich Einnahme aus.

Klienten und Klientinnen besitzen nicht genug Information über Psychopharmaka. Teilweise haben Betroffene Probleme im Umgang mit Autoritäten und trauen sich nicht Fragen an den Arzt, die Ärztin zu richten. Um nun diesen Informationsmangel auszugleichen, könnten Angehörige unterstützend wirken und als Informationsvermittler das nötige Wissen transportieren.

Der PSD St. Pölten stellt eine große Ressource für psychisch kranke Menschen dar. Durch die fachärztliche und sozialarbeiterische Betreuung wird eine umfangreiche Unterstützung angeboten. Eine zusätzliche Hilfe, im Umgang mit Medikamenten, stellt der Einsatz eines Krankenpflegers, einer Krankenpflegerin dar. Diese Fachkraft fungiert als Hilfestellung für schwer kranke Personen, denen es selber nicht möglich ist eine kontrollierte Einnahme zu koordinieren.

Um das vorhandene Hilfssystem zu verbessern wäre der Einsatz von zusätzlichem Personal von Nöten. Darüber hinaus beklagen Klienten und Klientinnen, dass nicht genug Informationen über Wirkung und Nebenwirkung zu ihnen durchdringt. Diese Tatsache beinhaltet auch den Aspekt, dass nicht genug Zeit zur Verfügung steht, um eben diese Informationen weitergeben zu können.

Literaturverzeichnis

Alsleben H./ Hand I. (Hrg.) (2006): Soziales Kompetenztraining. Gruppentherapie bei sozialen Ängsten und Defiziten. Urban & Fischer Verlag. München.

Bäumli J./ Pitschel- Walz G. (Hrg.) (2007): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen.2. Auflage. Schrottauer Verlag. Stuttgart.

Bäumli J./ Pitschel- Walz G. (Hrg.) (2003): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Schrottauer Verlag. Stuttgart.

Behrendt B./ Pitschel- Walz G./ Bäumli J. (2005): Psychoedukation in der Behandlung schizophrener Erkrankter und ihrer Angehörigen: Grundlagen und aktuelle Ansätze. In: Behrendt B./ Schaub A. (Hrg.) (2005): Handbuch Psychoedukation & Selbstmanagement. Tübingen. 111- 159.

Behrendt B./ Schaub A. (Hrg.) (2005): Handbuch Psychoedukation & Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis. dgvt Verlag. Tübingen.

Bogner A./ Littig B./ Menz W. (Hrg.) (2005): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2.Auflage.VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

D´Amelio R./ Behrendt B./ Wobrock T. (2006): Psychoedukation. Schizophrenie und Sucht. Urban & Fischer Verlag. München.

Deneke Sigrid (2000): Angehörigenarbeit. 1.Auflage. Urban & Fischer Verlag. Quedlinburg.

Dilling H./Mombor W./Schmidt M.H. (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD- 10 Kapitel 5 (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. Auflage. Verlag Hans Huber. Bern.

Elbert Thomas/Rockstroh Brigitte (1993): Psychopharmakologie. Anwendung und Wirkungsweisen von Psychopharmaka und Drogen. 2. Auflage. Verlag für Psychologie. Göttingen.

Faust Folker (1999): Seelische Störungen heute. Wie sie sich zeigen und was man tun kann. Beck. München.

Flick U./ von Kardorff E./ Steineke I. (Hrg.) (2004): Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch. 3.Auflage. Rowohlt Taschenbuch Verlag. Reinbek bei Hamburg.

Friedrich J./ Guina H./ Berger H. (2005): Psychoedukative Familienintervention – schizophrene Menschen gemeinsam mit ihren Angehörigen. In: Behrendt B./ Schaub A. (Hrg.) (2005): Handbuch Psychoedukation & Selbstmanagement. Tübingen. 161- 191.

Gläser J./ Laudel G. (2006): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 2. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

Lamnek S. (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4. Auflage. Beltz Verlag.Basel.

Langer G. & Heimann H. (1984): Psychopharmaka. Springer Verlag. Berlin/Heidelberg.

Laux G./ Dietmaier O. (2006): Praktische Psychopharmakotherapie. 5. Auflage. Urban & Fischer Verlag. München.

Mayer H.O. (2006): Interview und schriftliche Befragung. 3. Auflage. Oldenbourg Verlag. München.

Mayring P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativen Denken. 5. Auflage. Beltz Verlag. Weinheim.

Pauls H. (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. Juventa Verlag.

Pschyrembel (2004): Klinisches Wörterbuch. 260. Auflage. Walter de Gruyter GmbH & Co. KG. Berlin.

Riederer P./ Laux G./ Pöldinger W. (Hrg.) (1992): Neuro-psychopharmaka. Ein Therapie-handbuch. Springer Verlag. Wien New York.

Schäfer U./ Rütger E. (2006): Psychopharmakotherapie. Indikationen und Wirkungsweisen bei psychischen Störungen. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG. Göttingen.

Simhandl C./ Mitterwachauer K. (2007): Depression und Manie. Erkennen und erfolgreich behandeln. Springer Verlag. Wien New York.

Strauss A./ Corbin J. (1996): Grounded Theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Beltz Verlag. Weinheim.

Töle R./ Windgassen K. (2006): Psychiatrie. 14. Auflage. Springer Medizin Verlag. Heidelberg.

Tretter F./ Albus M. (2004): Einführung in die Psychopharmakotherapie. Grundlagen – Praxis – Anwendung. Georg Thieme Verlag. Stuttgart.

Veith V./ Hauser M./ Juckel G./ Bechdorf A. (2006): Therapeutische Grundhaltung und Strategien in der Psychoedukation bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko. In: Bechdorf A./ Juckel G. (Hrg.) (2006): Psychoedukation bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko. Stuttgart. 31- 45.

Vetter Brigitte (2007): Psychiatrie. Ein systematisches Lehrbuch. 7. Auflage. Schattauer Verlag. München.

Waggon B. (2005): Behandlung mit Psychopharmaka. Aktuell und maßgeschneidert. 2. Auflage. Hans Huber Verlag. Bern.

Sonstige Quellen:

PSD (2009): Organisationshandbuch

Anhang

Interviewleitfaden Klienteninterviews

Welche Medikamente nehmen sie zurzeit zu sich?

Und wie oft am Tag müssen sie diese nehmen?

Wie fühlen sie sich wenn sie an Medikamente denken?

Glauben sie, dass ihnen die Medikamente helfen?

Wieso sind sie dieser Meinung, dass die Medikamente helfen/nicht helfen?

Welches Verhältnis haben sie zu ihrer Familie?

Unterstützt sie ihre Familie?

Was sagt ihre Familie zu den Medikamenten?

Bekommen sie Unterstützung von Familienangehörigen bei der Einnahme der Tabletten?

Was genau sagen ihre Angehörigen wenn es um das Thema Medikamente geht?

Wie ernst nehmen sie diese Aussagen?

Wie beeinflussen die Aussagen dieser Personen ihre Einstellung zur Tabletteneinnahme?

Welche Unterstützung erwarten sie, in Bezug auf Medikamenteneinnahme von ihren Angehörigen?

Sind sie der Meinung, dass sie genug Informationen über die Wirkung/Nebenwirkungen der Tabletten erhalten haben?

Wer hat ihnen diese Information gegeben?

Was könnte man ihrer Meinung nach verbessern um mehr Infos über die Medikamente zu bekommen?

Interviewleitfaden Angehörigeninterviews

Welches Verhältnis haben sie zu ihrer Tochter/ ihrem Sohn?

Was halten sie von den Medikamenten die ihr Kind einnimmt?

Sind sie der Meinung, dass die Medikamente bei ihrem Kind helfen eine Verbesserung herbeizuführen?

Wie oft reden sie über Medikamente mit ihrer Tochter/ ihrem Sohn?

Was genau sagen sie zu ihrer Tochter/ihrem Sohn wenn es um das Thema Medikamente geht?

Wollen sie, dass ihr Kind die Medikamente einnimmt?

Wieso wollen sie, dass ihr Kind die Medikamente nimmt/ nicht nimmt?

Wie genau unterstützen sie ihre Tochter/ ihren Sohn bei der Medikamenteneinnahme?

Was unternehmen sie wenn ihr Kind die Medikamente nicht nehmen will?

Und wie, glauben sie, wirkt sich diese Strategie auf ihre Tochter/ ihren Sohn aus?

Hilft es ihrer Meinung nach wenn sie positiv über die Medikamente sprechen, dass sie dann eher von ihrem Kind genommen werden?

Wie wirkt es sich aus wenn sie negativ über die Medikamente reden?

Haben sie das Gefühl ihr Kind sei bei den Fachkräften gut aufgehoben?

Warum glauben sie ihre Tochter/ihr Sohn sei dort gut/ nicht gut aufgehoben?

Haben sie genug Information bekommen bezüglich Wirkung und Nebenwirkungen der Medikamente?

Wer hat ihnen ihrer Meinung nach Information zukommen lassen?

Interviewleitfaden Experteninterviews

Welche Funktion haben sie beim PSD St. Pölten?

Manche KlientInnen haben Schwierigkeiten bei der Einnahme von Psychopharmaka. Wo liegen ihrer Meinung nach die Ursachen dieser Schwierigkeiten?

Wie erleben sie KlientInnen wenn das Thema Medikamente aufkommt?

Welchen Stellenwert besitzt ihrer Meinung nach die Medikamenteneinnahme in Beratungsgesprächen?

Was könnte man ihrer Meinung nach verbessern, um dem Thema mehr Aufmerksamkeit zu schenken?

Sind auch Angehörige hier bei ihnen in der Beratung bzw. haben sie Kontakt mit Angehörigen?

Welche Reaktionen der Angehörigen nehmen sie beim Thema Medikamente wahr?

Wie wirken sich positive Argumente der Angehörigen, in Bezug auf Medikamenteneinnahme, auf die KlientInnen aus?

Wie wirken sich negative Argumente der Angehörigen, in Bezug auf Medikamenteneinnahme, auf die KlientInnen aus?

Wie hilfreich ist ihrer Meinung nach Psychoedukation?

Wird Psychoedukation beim PSD St. Pölten angeboten?

Welche Unterstützungsmöglichkeiten bietet der PSD St. Pölten im Bezug auf das Thema Medikamenteneinnahme?

Wie gehen sie mit dem Thema Medikamenteneinnahme um?

Was unternehmen sie, wenn ein Klient oder eine Klientin die Medikamente nicht nehmen will?

7 Eidesstattliche Erklärung

Ich, Thomas Friedrich, geboren am 02.06.1983 in Vöcklabruck,
erkläre,

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

Timelkam, am 12. Aug. 2009

Unterschrift