

## 14 Beschreibung der pädagogisch-therapeutischen Modelleinrichtung „Trialog“ in Essen

Der Ausbruch einer schizophrenen Erkrankung trifft ältere Kinder und Jugendliche in einer empfindlichen Phase ihrer Entwicklung (Pubertät, Adoleszenz), in der Lösungs- und Emanzipationsprozesse, die Auseinandersetzung mit der Pubertät und das Erarbeiten der Voraussetzungen für eine gelingende Schul- und Berufsausbildung einen zentralen Platz in der individuellen Weiterentwicklung einnehmen. Hier sind spezielle Unterstützungs- und Förderungsmaßnahmen erforderlich.

Die poststationäre Versorgung schizophrener Kinder und Jugendlicher stellt noch eine empfindliche Versorgungslücke dar. Denn für diese Altersgruppe braucht es Betreuungskonzepte, die über die etablierten Versorgungsangebote bei chronisch kranken Erwachsenen hinausgehen. Erforderlich ist eine *kontinuierliche sozialtherapeutische poststationäre Weiterbetreuung*. Denn:

1. 70–80% der im Jugendalter erkrankten Patienten erleiden innerhalb von drei Jahren mindestens einen Rückfall
2. Wegen des Weiterbestehens negativer Symptome, insbesondere von motivationalen Einbußen und kognitiven Einschränkungen, sind die jungen Patienten oft nicht in der Lage, die Anforderungen zu erfüllen, die ihnen ein angemessenes selbstverantwortliches Leben ermöglichen.
3. 70% haben mit 30 Jahren noch keine abgeschlossene Berufsausbildung und sind auf finanzielle Unterstützung durch Familie, Jugend- oder Sozialhilfe, Arbeitsagentur oder Rentenversicherungsträger angewiesen.

In Essen haben wir 2002 eine Weiterbetreuung in Form einer familienorientierten sozialtherapeutischen Wohngruppe geschaffen, in der die jungen Patienten in einem Zeitraum von zwei Jahren kontinuierlich pädagogisch und psychotherapeutisch unter enger Einbeziehung der Angehörigen betreut werden.

Leitgedanken waren:

1. (1) Das trialogische Prinzip

Patient (Bewohner), Angehörige und pädagogisch-therapeutische Förderer kooperieren als gleichwertige Partner und sind dem gleichen Ziel, der Förderung der Weiterentwicklung des Bewohners/der Bewohnerin verpflichtet.

2. Bereitstellung einer fördernden, ruhigen und gut strukturierten Umwelt für einen ausreichend langen Zeitraum von durchschnittlich 2 Jahren.

3. Verbleib des (der) Bewohners (-in) in seinem/ihrem sozialen Umfeld von Familie und Freundeskreis.

Das Verschicken der Patienten in weit entfernt liegende Einrichtungen stellt eine nicht unerhebliche Stresssituation dar, welche sich ungünstig auf den weiteren Heilungsprozess auswirkt und welche eine intensive Angehörigen- und Familienbetreuung sehr erschwert. Wichtig ist, dass die bisherigen sozialen Bindungen aufrechterhalten bleiben.

4. Fortführung der während der stationären Behandlung begonnenen therapeutischen und sozial-/heil-pädagogischen Maßnahmen.

5. Schulische/berufliche Weiterbetreuung entsprechend dem individuellen Leistungsniveau der Betroffenen.

Auf Grund der Reizoffenheit, der Schwierigkeit zur Hierarchisierung und damit der Ökonomisierung des Denkens, Planens und Handelns brauchen die Patienten ein reizarmes Lern-Milieu und eine gute Strukturierung der alltäglichen und schulischen Abläufe. Sie benötigen viel pädagogische und psychosoziale Unterstützung und empathische Einfühlung in ihre jeweilige aktuelle psychische Befindlichkeit. Notwendig ist ein einfühlsamer Umgang mit Stimmungsschwankungen, Resignation, paranoiden Ängsten, Rückzugstendenzen und daraus resultierenden intrapersonalen und zwischenmenschlichen Konflikten.

6. Antistigma

Ein wichtiges Prinzip der Arbeit in solch einer sozialtherapeutischen Wohngruppe ist es, der verbreiteten Stigmatisierung entgegenzuwirken! Der psychisch Kranke wird gern als fremd, „komisch“ und oft auch als bedrohlich erlebt und dadurch ausgegrenzt. Man will mit ihm nichts zu tun haben: eine unbewusste Abwehr gegen das eigene Fremde und Abgründige im eigenen Wesen, das nicht zugelassen werden darf und deshalb abgesondert werden muss. Patienten, die an einer Schizophrenie leiden, sind besonders sensibel und von einer besonderen Feinfühligkeit, was sie für Kränkungen und ablehnende Einstellungen der Umgebung besonders vulnerabel macht. Ihr ohnehin schlechtes Selbstwertgefühl wird dadurch weiter herabgesetzt. Daraus folgt, dass bei Patienten und Angehörigen solche Stigmatisierungen angesprochen und entsprechende Ängste taktvoll bearbeitet werden müssen.

Wesentliche Ziele der individuellen Betreuung jedes einzelnen Bewohners/Bewohnerin sind:

- Erlernen von Bewältigungsstrategien zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung
- Aufarbeitung krankheitsbedingter Entwicklungsdefizite
- Entwicklung einer persönlichen Lebensperspektive mit Wiedereingliederung in Schule, Ausbildung oder Beruf

Zentrales Prinzip der Betreuungsarbeit ist die „*Hilfe zur Selbsthilfe*“ mit dem Ziel einer möglichst eigenständigen Selbstversorgung unter Mithilfe der Betreuer entsprechend den jeweils individuellen Möglichkeiten des Patienten.

Im täglichen Zusammenleben werden individuelle Probleme bearbeitet, wie z. B. Schwierigkeiten bei der Alltagsstrukturierung, der persönlichen Hygiene, der Pünktlichkeit beim Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, beim Erscheinen zum Essen, zur Schule gehen, Erfüllen täglicher Pflichten wie Tischdienst, Mithilfe beim Vorbereiten des Essens und beim Einkaufen. Eingeübt werden die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel und der Umgang mit Ämtern und Behörden (s. Tab. 86).

Ein zentraler Aspekt der Betreuungsarbeit stellt die Verbesserung der *Beziehungsfähigkeit* der Bewohner/innen dar.

Es geht um die Gestaltung der Beziehungen im engeren und weiteren persönlichen und sozialen Umfeld:

1. im engeren Wohnbereich
  - Unterstützung im Beziehungsaufbau
  - Regelung von Konflikten
  - Vermeidung von Isolation
  - Einhalten von Absprachen
  - Einforderung und Einübung von Rücksichtnahme bei der Benutzung gemeinschaftlicher Räume (z.B. Sauberkeit)
  - Einforderung und Einübung von Tischsitten
  - Einbeziehung in Gruppengespräche/Gruppenversammlungen (tgl. Morgen- und Abendrunden, wöchentl. Gruppensitzungen)
2. in familiären Beziehungen
  - Klärung bei Konflikten
  - Einbeziehung der Angehörigen in wichtige Verwaltungsangelegenheiten
  - Einbeziehung der Angehörigen beim Einkauf von größeren Konsumgütern
  - Regelung von Familienheimfahrten
  - Psychoedukation: therapeutischer Fachdienst
3. im Außenbereich
  - Hilfestellung bei Kontakten zu Freunden und Bekannten
  - Aufbau und Aufrechterhaltung stabiler sozialer Beziehungen
  - Motivation zur Erweiterung des allgemeinen Aktionsradius

Jeder Bewohner erhält eine individuelle supportive Psychotherapie und nimmt regelmäßig an kognitiv-behavioralen Gruppentherapien, an einer Entspannungstherapie, Musik- und Ergotherapie, an Sportaktivitäten und an einem Kunstprojekt (UN-art) teil.

Bei der individuellen therapeutisch-pädagogischen Arbeit mit den Patienten geht es u.a. um:

1. Abbau von Ängsten, insbesondere Versagens- und Zukunftsängsten
2. Verbesserung der Selbsteinschätzung und des Selbstwertgefühls
3. Behutsame und taktvolle Bearbeitung krankheitsbedingter kognitiver psychosozialer Einbußen
4. „positives Denken“ statt Resignation, Hoffnungslosigkeit und Adynamie
5. Erarbeitung realistischer Zukunftsvorstellungen und -pläne
6. Schulische, berufliche und soziale (Re-)Integration

Tab. 86 Allgemeine Ziele; Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Lebensbereiche				
Wohnen	Arbeit und Beschäftigung	Freizeit	Soziale Beziehungen	Psychische Gesundheit
<b>Ziele</b>				
<p>Selbstständiges Leben in eigenem Haushalt/eigener Wohnung</p> <p>Gesunde Ernährung und Lebensführung</p> <p>Zweckmäßiger und erfolgreicher Umgang mit Finanzen, Behörden, Institutionen</p> <p>Inner- und außerhäusliche Aktivitäten incl. öffentliche oder private Verkehrsmittel</p>	<p>Schulabschluss erlangen</p> <p>Berufsausbildung anstreben</p> <p>Arbeits- und Beschäftigungsverhältnis erreichen</p>	<p>Hobbies und Interessen nachgehen</p> <p>Sinngabende Tagesstruktur erarbeiten und ausfüllen</p>	<p>Kontakte zu Angehörigen, Freunden und Bekannten pflegen</p> <p>Neue Beziehungen eingehen</p> <p>Passender Umgang mit Schul- und Arbeitskollegen</p>	<p>Allgemeine Krankheitsbewältigung</p> <p>Rezidivminderung bzw. -verhinderung</p> <p>Trialogisches Miteinander</p> <p>Erlangung psychischer Stabilität</p>
<b>Maßnahmen</b>				
<p>Kochen, Putzen, Waschen, Einkaufen u.ä. nach Plan trainieren</p> <p>Gesunde Ernährung kennenlernen und aneignen</p> <p>Körperpflege durchführen</p> <p>Umgang mit finanziellen Mitteln erlernen</p> <p>Anträge an Kostenträger, GEZ, Krankenkasse u.ä. stellen</p> <p>Aktionsradius erweitern, hierfür ÖPNV nutzen und/oder Führerschein erwerben</p>	<p>Schulbesuch absolvieren</p> <p>Ergo-Kreativtherapie</p> <p>Praktika</p> <p>Berufsvorbereitende Maßnahmen durchlaufen in Kooperation mit Arbeitsagentur</p> <p>Jugendberufshilfe</p> <p>Aushilfsfähigkeiten</p> <p>Arbeit in Werkstätten</p>	<p>Lesen, Schreiben, Malen</p> <p>Musik machen und hören</p> <p>TV, PC angemessen nutzen</p> <p>Sportangebote aller Art wahrnehmen</p> <p>Großveranstaltungen aufsuchen wie Fußball, Konzerte u.ä.</p> <p>Kinobesuch</p> <p>Bowling spielen</p> <p>Ausflüge aller Art im In- und Ausland mitmachen</p> <p>Reiten</p> <p>Zimmer-, Etagen- und Hausgestaltungsmittelnutzung</p>	<p>Kommunikations-Training</p> <p>Einzelgespräche</p> <p>Gruppensitzungen</p> <p>Familientherapie</p> <p>Angehörigenseminare</p> <p>Gruppenaktivitäten</p> <p>Bewohnerteam</p> <p>Reflexionen mit Lehrern, Praxisanleitern</p>	<p>Psychoedukation mit dem Einzelnen, der Familien und in der Gruppe</p> <p>Psychotherapie</p> <p>Maltherapie</p> <p>Entspannungstraining</p> <p>Musiktherapie</p> <p>Ergotherapie</p> <p>Psychopharmakotherapie</p> <p>Sport</p> <p>Training kognitiver Fähigkeiten</p> <p>Stressvermeidung</p> <p>Individuelles fördern und fordern</p> <p>Erfolgslebnisse erzielen</p>

**Zusammenarbeit**

Essen: VHS, Gesundheitsamt, VGSU, Arbeitsagentur, Jugendberufshilfe, Tagesstätten, SPZ, BTZ Duisburg, Ruhrlandschule, AFB, Suchthilfe direkt, Essener Kontakte, Heimstatt Engelbert, GSE, RWE, Markushaus, IVR Klinikum, Philippusstift,

Huyssenstift u.ä.

Düsseldorf: Renatec GmbH, Jugendberufshilfe, Alfred Adler Schule, Arbeitsagentur, Suchthilfe, AFB Essen, BTZ Duisburg  
 IVR-Klinikum, Kaiserswerther Diakonie, Graf-Recke-Stiftung, Zukunftswerkstatt –ZWD –, Educon u.ä.

**Leistungsträger**

Jugendhilfe nach § 35a, § 41 SGB VIII und Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII

Das therapeutische Vorgehen ist pragmatisch und orientiert sich an den in Kapitel 13 beschriebenen Therapieprogrammen.

Wichtig ist die kontinuierliche Arbeit mit den Angehörigen. Der Ausbruch der Psychose führt zu einer existenziellen Verunsicherung der Familienmitglieder mit Ängsten, Verzweiflung, u.U. sogar zu Bedrohungs- und Vernichtungsängsten nicht nur bei dem betroffenen Patienten!

Prinzipien der Familienarbeit sind:

- Behutsame Begleitung der Familien mit ihren Ängsten und Sorgen
- Aufklärung, Information
- Hilfe beim Erkennen und Bearbeiten von Beziehungskonflikten, Enttäuschungen, Ängsten
- Erkennen von Frühwarnzeichen (drohender Rückfall)
- Management, was ist zu tun?
- Unterstützung von Ablöseprozessen der Patienten
- Stressreduktion (High EE → Low EE)

Bei der Arbeit mit den Familien werden insbesondere die in Kapitel 13.4 und 13.5 erörterten therapeutischen Prinzipien angewandt. Das gilt insbesondere für die Bereiche Stressreduktion, Kommunikations- und Problemlösetraining.

### **Wichtig**

Vermeidung von emotionaler Überinvolviertheit einerseits und kritisch-ablehnender oder gleichgültiger Haltung andererseits

Zugewinn an Sicherheit durch Information über die Krankheit

Wahrnehmung von Frühwarnsymptomen durch Angehörige und Patient

Erarbeiten besserer Konfliktlösungsstrategien (Problemlösetraining)

Das Achten auf sog. *Frühwarnzeichen* ist sowohl für den Patienten selber als auch für seine Familienangehörigen sowie für die Betreuer von größter Bedeutung, um einen drohenden Rückfall rechtzeitig zu erkennen und präventiv tätig werden zu können (vgl. hierzu auch Kap. 9.5!).

Solche Hinweiszeichen sind:

- Soziale Rückzugstendenzen,
- Schlaflosigkeit, Grübelneigung, Appetitstörungen,
- Gedankenkreisen, Gedanken stecken in einer Art „Rille“, Gedankendrängen,
- verstärkte Gefühle von Angst und Misstrauen, Eigenbeziehungen, gesteigerte Empfindsamkeit, Stimmungsschwankungen,
- Konzentrations- und Denkstörungen,
- Antriebsreduzierung,
- affektive Veränderungen (Freud- u. Lustlosigkeit, Gleichgültigkeit, Interesseverlust),
- Intensivierung von optischen, akustischen, Geschmacks- oder Geruchswahrnehmungen,
- Entfremdungsgefühle.

Für Angehörige und Betreuer ist es wichtig, unmotiviertere Veränderungen im Verhalten der Betroffenen wahrzunehmen und den/die Behandler zu informieren. Manchmal reicht auch schon eine Erhöhung der Medikamentendosis nach erfolgter Absprache mit dem betreuenden Arzt aus („Bedarfsmedikation“). Wichtig sind eine *Entlastung* des Patienten in schulischer oder beruflicher Hinsicht (Erlaubnis zum Aussetzen des Schulunterrichts, Krankschreibung), Stressvermeidung oder -reduzierung, Förderung von Erholungsmaßnahmen (Schlafen, Rückzug).

Nachfolgend nochmals die wichtigsten Prinzipien des Kommunikations- und Problemlösetrainings:

### *Kommunikationstraining*

Ziel: Abbau von Ängsten, Schuldgefühlen, Vorwürfen und Stressbelastungen

#### **Wichtig**

Spezifisches Ausdrücken positiver Gefühle, Einüben neuer Kommunikationsformen, Erhöhung der Motivation, Steigerung der Sensibilität, positive Aspekte des Zusammenlebens

**Konstruktives Mitteilen von Wünschen, Vermeidung destruktiver Kritik**

Angemessenes Ausdrücken negativer Gefühle (dadurch Reduktion von spannungsreichen, feindseligen Auseinandersetzungen)

**Aktives Zuhören (Training des empathischen Eingehens auf den jeweiligen Gesprächspartner, Klärung unklarer oder widersprüchlicher Botschaften, respekt- und taktvolles Kommunizieren)**

**Aufrechterhaltung des Gesprächs-/Problemfokus (Vermeiden von störenden und verwirrenden Interaktionen, Ablenkung, „Ball-ins-Aus-Treten“)**

### *Problemlösetraining*

Erarbeiten von konstruktiven und zielgerichteten Konfliktlösungsstrategien.

- Problemdefinition
- Sammeln der angebotenen Lösungsmöglichkeiten
- Erörterung der angebotenen Lösungsmöglichkeiten
- Auswahl der optimalen Lösungsmöglichkeiten
- Entwicklung entsprechender Handlungsstrategien
- Überprüfung, ob die geplanten Schritte eingehalten werden

Die einzelnen Schritte zur Problem- und Konfliktbewältigung müssen mit den Familienmitgliedern sorgfältig, behutsam und taktvoll abgestimmt und erarbeitet werden. Kompetenzrängeleien und Besserwisserei sind zu vermeiden! Stattdessen ist eine *respektvolle Einstellung gegenüber den Vorstellungen und Lösungsvorschlägen der Angehörigen* angebracht. Die Eltern haben in der Regel das Sorgerecht für ihre Kinder, welches respektiert werden muss. Im Übrigen sind die Betroffenen auf eine möglichst übereinstimmende Haltung und Sichtweise von Eltern und Betreuern angewiesen, um Verunsicherungen und Loyalitätskonflikte zu vermeiden!

Hilfreich ist es, Angehörige zu Alltagsaktivitäten, z.B. gemeinsames Kochen und Essen, einzuladen. Hier können in entspannter Atmosphäre Probleme besprochen, Meinungen ausgetauscht und Lösungswege entworfen werden! Solche Initiativen müssen gut geplant und strukturiert werden. Wenn Eltern in die Rolle von Therapeuten oder Berater zu schlüpfen versuchen, muss dem behutsam entgegengewirkt werden, denn auch hier lauert für die Patienten die Gefahr von Loyalitätskonflikten.

*Starre Therapieschemata sind zu vermeiden!* Stattdessen ist ein pragmatisches und die speziellen Ressourcen und Bedürfnisse beachtendes Vorgehen empfehlenswert! So dürfte sich ein Kommunikationstraining bei einer Familie ungünstig auswirken, wenn die Kommunikationsstrukturen intakt sind!

Wenn die Kommunikation in der Familie gestört und das emotionale Klima dysfunktional ist, bewähren sich getrennte Gespräche mit Eltern und Betroffenen. Der Therapeut kann die Rolle eines Vermittlers einnehmen und Spannungen reduzieren. Dabei muss bedacht werden, dass Kommunikationsstörungen weniger Auslöser als Folge der schizophrenen Erkrankung sind. Wenn sich die psychische Erkrankung verbessert, entspannt sich nach unseren Erfahrungen auch das kommunikative Klima in der Familie. Die Stabilisierung des Patienten führt also auch zu einer Stabilisierung der intrafamiliären Spannungen.

Den Rahmen für eine enge Kooperation zwischen Betreuern und Angehörigen bilden:

- Fest vereinbarte Elternseminare
- Regelmäßige Elternnachmittage
- Familien- und Elterngespräche (mit Therapeut und Bezugsbetreuern), nach Möglichkeit alle 14 Tage
- Mitarbeit und Teilnahme der Eltern bei gemeinsamen Aktivitäten
- Telefonische Kontakte nach Bedarf
- In Absprache: Regelmäßige Hausbesuche

Nähere Informationen unter [www.eggerts-stiftung.de](http://www.eggerts-stiftung.de)

Die Betreuung (24 Stunden täglich, Stellenschlüssel 1:1) erfolgt durch ein multiprofessionelles Team aus Erzieherinnen, Sozialarbeiter/-innen, Krankenpflegerin, Ergotherapeut, psychologischer Psychotherapeut. Die Bewohner/-innen besuchen regelmäßig die Schule für Kranke des Univ.-Klinikums Essen, den Prof.-Eggers-Lehrgang an der VHS Essen (s. Kap. 15) oder nehmen an örtlichen Arbeitstrainings- und Berufsvorbereitungsmaßnahmen teil. Die jeweiligen schulischen und ausbildungsbezogenen Anforderungen werden jeweils flexibel an die Belastbarkeit der Betreuten angepasst. Das therapeutisch-pädagogische Wohnprojekt „Triolog“ in Essen wurde im Herbst 2002 in Betrieb genommen. Es handelt sich dabei um ein bundesweit einmaliges Modell der poststationären Weiterbetreuung junger Menschen mit einer schizophrenen oder schizoaffektiven Erkrankung (F20, F25) in Form einer gemeindenahen familienzentrierten Wohngruppe. Ein vergleichbares Projekt, welches Vorbild für unsere Einrichtung war, wurde von dem Wiener Sozialpsychiater Katschnig inauguriert (Katschnig et al. 1989). Dieses Projekt hat sich als sehr erfolgreich erwiesen: 3 Jahre nach dem Auszug zeigte sich eine deutliche Verminderung der stationären Wiederaufnahmerate bei den dort betreuten Bewohnern, ca. zwei Drittel wohnten nunmehr in eigenen Wohnungen und waren berufstätig (Mayr-Mauhart 2005).

Knapp 70% der in unserem Projekt „Trialog“ betreuten Bewohner/-innen wurden anschließend in einer der von uns im Jahre 1985 gegründeten sozialtherapeutischen Wohngruppen mit insgesamt 14 Plätzen weiterbetreut (vgl. Tab. 87). Seit 5 Jahren ist die Prof.-Christian-Eggers-Stiftung Träger dieser Wohngruppen, ebenso wie für derzeit 15 Plätze (variabel) für einzelbetreutes Wohnen.

Von 24 Bewohnern, die zwischen Oktober 2002 und Dezember 2006 in der therapeutischen Wohngruppe „Trialog“ betreut wurden, standen 12 für eine Evaluationsstudie zur Verfügung – die übrigen wurden aus unterschiedlichen Gründen nicht in die Studie aufgenommen (u. a. vorzeitiger Auszug, disziplinarische Entlassung wegen Drogenkonsum bzw. Dealen, erhebliche sprachliche Probleme bei Intelligenzminderung und/oder Migrationshintergrund). Die Bewohner/-innen des Trialog (TG) wurden bei Aufnahme (T<sub>1</sub>) sowie zum Zeitpunkt des Auszugs, 2 Jahre nach Aufnahme (T<sub>2</sub>), psychopathologisch, intelligenz- und neuropsychologisch untersucht. Die Untersuchungsergebnisse wurden mit einer gleich großen Vergleichsgruppe (VG) verglichen, die nach der stationären Behandlung lediglich eine Standardbehandlung (TAU) erhielten. Die Vergleichsgruppe wurde nach Alter, Geschlecht, Diagnose, Medikation (Chlorpromazinäquivalente) und dem sozio-ökonomischen Status gematcht.

Tabelle 87 gibt einen Vergleich zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf Wohnbedingungen, regelmäßige Tätigkeiten und Schulabschlüsse wieder.

Tab. 87 Wohnbedingungen, regelmäßige Tätigkeiten und erreichter Schulabschluss zum Zeitpunkt T<sub>2</sub> bei der Trialog (TG)- und der VG-Gruppe (%) – aus Hemmerle et al. 2010

Variable	TG (n = 12) n (%)	VG (n = 12) n (%)
<b>Wohnbedingungen zu T<sub>2</sub><sup>1</sup> Anzahl (%)</b>		
Eigene Wohnung	1 (8)	1 (8)
Wohngemeinschaft und ambulant betreutes Wohnen	8 (67)	1 (8)
Wohnen bei Eltern	2 (17)	7 (58)
Wohnheim	1 (8)	3 (25)
<b>Regelmäßige Tätigkeit zu T<sub>2</sub><sup>2</sup></b>		
Berufsausbildung	0	1 (8)
Berufsvorbereitende Maßnahme	4 (25)	1 (8)
Freiwilliges soziales Jahr	1 (8)	0
Schule	2 (17)	3 (25)
Beschützte Arbeit	2 (17)	0
Tagesstätte	1 (8)	0
Summe Tätigkeiten	10 (83)	5 (42)
Keine regelmäßige Arbeit	2 (17)	7 (58)
<b>Schulabschluss zu T<sub>2</sub> Anzahl (%)</b>		
	6 (50)	7 (58)

<sup>1</sup>  $\chi^2 = 9,222, p = .026$ ; <sup>2</sup>  $\chi^2$  (Tätigkeit ja/nein) = 4.444,  $p = 0,35$ .

Zum Zeitpunkt T2 bestanden deutliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen im Bereich Wohngemeinschaft/ambulant betreutes Wohnen, Wohnen bei den Eltern, Wohnen im Wohnheim sowie dem Nachgehen einer regelmäßigen Tätigkeit.

Die Einschätzung der psychopathologischen Symptomatologie erfolgte bei der Trialoggruppe (TG) mittels der PANNS, bei der Vergleichsgruppe (VG) mittels SANS/SAPS. Die Schwere der Erkrankung wurde mit dem CGI (Clinical Global Impression) und dem GAF (Global Assessment of Function Scale) eingeschätzt (vgl. auch Kap. 6.2). Zur Bewertung der Lebensqualität wurde ein MANSA verwandt (Manchester Short Assessment of Quality of Life). Zur Bewertung neuropsychologischer Funktionen wurden Untertests des HAWIE-R (AW = Allgemeines Wissen, RD = Rechnerisches Denken, ZN = Zahlen-nachsprechen, ZS = Zahlensymboltest, MT = Mosaiktest) sowie der Trail-Making-Test (TMT), der Wortflüssigkeits (FAS-)Test, Gedächtnisfunktionen: Wechsler-Gedächtnis Test, revid. Fassung (WMS-R) durchgeführt.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme (T1) waren bei den Trialog-Bewohnern/-innen die positiven Symptome (PANNS) stärker ausgeprägt als in der Vergleichsgruppe ( $p = .018$ ), was für einen höheren Schweregrad der psychopathologischen Symptomatologie in der Trialoggruppe spricht. Bis zum Zeitpunkt T2 hat sich die Psychopathologie in der Vergleichsgruppe (VG) allerdings verschlechtert, während der Summenwert positiver Symptome in der Trialog-Gruppe im gleichen Zeitraum zurückging (s. Abb. 43).

Zum Zeitpunkt T1 bestanden keine Unterschiede zwischen TG und VG in Bezug auf das soziale Funktionsniveau – in beiden Gruppen waren die GAF-Werte niedrig. Nach der 2-jährigen Betreuungszeit (T2) war es in der Trialog-Gruppe (TG) zu einem signifikanten Anstieg der GAF-Werte gekommen, während sie in der VG-Gruppe über den

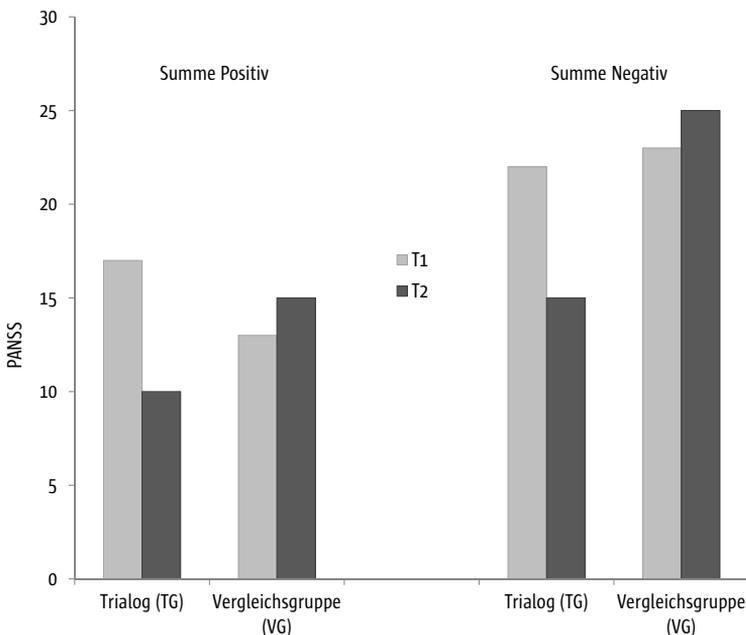


Abb. 43 Veränderung der psychopathologischen Symptome (PANNS) zum Zeitpunkt T1 und T2 bei der Trialog- und der Vergleichsgruppe

gesamten Zeitraum stagnierten (Verbleib auf dem Ausgangsniveau). In analoger Weise hatten sich die CGI-Werte in der Trialog-Gruppe gegenüber der Vergleichsgruppe signifikant verbessert ( $p = 0.000$ ) – Hemmerle et al. (2010).

Die Zahl der stationären Wiederaufnahmen ging in der TG-Gruppe von 75% (1 Jahr vor Einzug ins Trialog) auf 25% zurück, was den positiven Ergebnissen bei Erwachsenen mit der gleichen Betreuungsform entspricht (Mayr-Mauhart 2005).

Wie aus Tabelle 87 ersichtlich, erreichten die Trialog-Bewohner (TG) ein höheres Maß an Autonomie als die Mitglieder der VG, die zu 25% in Wohnheimen und zu 58% noch bei ihren Eltern wohnten, die zum größten Teil ihre Kinder nicht hinreichend unterstützen konnten, was bei ihnen mit einer Beeinträchtigung der Autonomie- und Selbstständigkeitsentwicklung sowie der Befähigung zur Ausübung einer geregelten Arbeit einherging.

**Zusammenfassend** zeigte sich durch die 2-jährige Betreuung in der familienorientierten pädagogisch-therapeutischen WG „Trialog“ ein zufriedenstellendes Rehabilitationsergebnis in Bezug auf die nachfolgend aufgeführten Bereiche:

- Signifikante Abnahme der psychopathologischen Symptome
- Signifikante Besserung des sozialen Funktionsniveaus (GAF)
- Verbesserung der neurokognitiven Funktionen
- Bessere Strukturierung des Tagesablaufs, Übernahme von Eigenverantwortung, vermehrt Außenaktivitäten
- Verbesserung der intrafamiliären Beziehungen
- Signifikanter Anstieg der Suchtmittelabstinenz

## Fazit

Mit Fug und Recht kann das pädagogisch-therapeutische Wohnprojekt „Trialog“ als ein erfolgreiches Projekt bezeichnet werden: Bei den meisten Bewohnern ist es zu einer weitgehenden Verselbstständigung gekommen, als Voraussetzung für eine Re-Integration in die Gesellschaft.

Das Konzept der sozialtherapeutischen Wohngruppen sowie des betreuten Einzelwohnens beinhaltet einen weiteren Flankenschutz bei dem schwierigen Weg in die weitere Verselbstständigung und bietet eine Unterstützung bei der Lebensbewältigung für die jungen Menschen.