



**Psychoedukative Gruppenarbeit
bei schizophrenen Erkrankungen im Spiegel Klinischer Sozialarbeit**

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 10.10.2014
Vorgelegt von: Timm Baumann

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Harald Ansen
Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Georg Schürgers

1. Einleitung	3
2. Klinische Sozialarbeit und ihre Rolle in der Psychiatrie.....	5
3. Psychoedukation in der Behandlung schizophrener Erkrankungen	8
3.1 Exkurs: Schizophrene Erkrankungen	10
3.2 Psychoedukative Interventionen in der klinischen Praxis	15
4. Anregungen aus der Klinischen Sozialarbeit	18
4.1 Inhaltliche Aspekte.....	20
4.1.1 Grundbegriffe: Bio-Psycho-Soziales Modell und Salutogenese	20
4.1.2 Bisheriger Stellenwert in psychoedukativen Interventionen	25
4.1.3 Konsequenzen und Empfehlungen für die klinische Praxis	40
4.2 Methodische Aspekte.....	42
4.2.1 Subjektorientierung in der psychosozialen Beratung	44
4.2.2 Bisheriger Stellenwert in psychoedukativen Interventionen	46
4.2.3 Konsequenzen und Empfehlungen für die klinische Praxis	56
5. Fazit und Ausblick	64
6. Literaturverzeichnis	67
7. Quellenverzeichniss	71
8. Eidesstattliche Erklärung	71

1. Einleitung

Die Psychiatrie – und damit ist hier das Arbeitsfeld gemeint, also alle Einrichtungen, Berufsgruppen und Menschen, die mit der Behandlung von psychischen Erkrankungen im Zusammenhang stehen – ist sicher eines der faszinierendsten Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit. In diesem Bereich sind schon seit den 1970er Jahren Sozialarbeiterinnen¹ in erheblichem Maße an der Begleitung, Betreuung und Behandlung psychisch kranker Menschen beteiligt. Historisch bedingt arbeiten viele in der Psychiatrie tätigen Sozialarbeiter auch heute noch mehrheitlich mit Methoden aus anderen klinischen Disziplinen. Unter dem Leitbegriff der „Klinischen Sozialarbeit“ entwickelt die Soziale Arbeit in der Psychiatrie seit den 1990er Jahren ein neues Selbstbewusstsein. Von Seiten verschiedener Autoren² wird unter diesem Leitbegriff dazu aufgerufen, dass klinische Sozialarbeit ihre eigene theoretische Grundlage und entsprechende Methoden entwickeln, bzw. die Methoden anderer Disziplinen integrieren sollte, um eine eigene theoretische Arbeitsgrundlage zu haben. Gerade bei psychischen Erkrankungen sind die Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen von herausragender Bedeutung, vereinfachende und verkürzte psychologische oder biologische Modelle werden dem ganzen Phänomen nicht gerecht (vgl. Pauls 2004, S. 32–39). Auch an der Durchführung von psychoedukativen Gruppenangeboten im Rahmen der stationären Schizophreniebehandlung sind Sozialarbeiterinnen häufig beteiligt. Es scheint jedoch bisher weitgehend unterblieben zu sein, sich aus der theoretischen Perspektive der Klinischen Sozialarbeit mit den Grundlagen und der Praxis solcher psychoedukativer Angebote auseinanderzusetzen. Psychoedukative Gruppeninterventionen – in denen Betroffenen systematisch Wissen über die Erkrankung vermittelt wird – gelten in der klinischen Praxis als „Basisbaustein“ in der Behandlung schizophrener Erkrankungen (vgl. Gaebel und Wölwer 2010, S. 24). Ein Viertel aller derer, die aufgrund einer schizophrenen Erkrankung stationär behandelt werden, nimmt an einer solchen Gruppe teil. Ein beträchtlicher Anteil der psychoedukativen Gruppen in deutschen Kliniken, wird von Klinischen Sozialarbeiterinnen moderiert oder co-

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit verwende ich, die männliche und weibliche Form im Wechsel. Es sind jeweils alle Geschlechter gemeint, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes kenntlich gemacht ist.

² z.B. (Ansen 2002); (Crefeld 2013); (Pauls 2004)

moderiert. Ein großer Teil dieser Gruppen stützt sich auf Manuale, welche sich wiederum hauptsächlich auf medizinisch/psychologisches Wissen stützen. Auch wenn Psychoedukation nachweislich positive Effekte (z.B. auf die Rückfallhäufigkeit) hat (vgl. Pitschel-Walz und Bäuml 2013, S. 336–337), mehren sich auch kritische Stimmen aus verschiedenen wissenschaftlichen Richtungen, welche auf Risiken der Psychoedukation hinweisen. Sie betreffen etwa die einseitige Vermittlung von als gesichert geltendem Wissen und die damit verbundene Förderung einer passiven Krankenrolle, auf Seiten der Teilnehmenden³. Im Rahmen dieser Arbeit soll untersucht werden, welche Beiträge die Klinische Sozialarbeit zu einer Verbesserung der psychoedukativen Gruppenangebote leisten kann und welche Techniken und Methoden Sozialarbeitern in der Durchführung solcher Gruppeninterventionen dienlich sein können. Ziel dieser Arbeit ist es, eine theoretisch begründete Auswahl von konkreten Inhalten und Techniken zur Vermittlung zusammenzustellen, um Sozialarbeitern, die mit der Durchführung psychoedukativer Gruppenangebote betraut sind, eine erste Orientierung zu bieten. Darüber hinaus soll die Zusammenstellung auch Ansätze zur weiteren Forschung und Evaluation aufzeigen. Um dieses Ziel zu erreichen, werde ich zunächst in gebotener Kürze die Umrisse und das Hauptziel Klinischer Sozialarbeit darstellen. Darauf folgt ein Exkurs zur Einführung in die Thematik schizophrener Erkrankungen und deren Behandlung durch Psychoedukation, wie sie sich gegenwärtig darstellt. Anschließend sollen ausgewählte Aspekte⁴ der Klinischen Sozialarbeit im Hinblick auf ihren möglichen Beitrag zur Psychoedukation diskutiert werden. Dabei wird zwischen inhaltlichen und methodischen Aspekten unterschieden⁵. Die mit den Aspekten verbundenen Grundannahmen werden zunächst dargestellt. Anschließend wird der bisherige Stellenwert in psychoedukativen Gruppenangeboten beurteilt. Psychoedukative Grundlagenliteratur und zwei, in der klinischen Praxis verbreitete, Manuale werden zu diesem Zweck auf entsprechende

³ Die Begriffe *Teilnehmende*, *Klienten*, *Patienten* und *Ratsuchende* bezeichnen im Rahmen dieser Arbeit jeweils die Adressaten bestimmter psychoedukativer, therapeutischer, medizinischer oder beraterischer Interventionen. Die Begriffe werden von mir kontextabhängig verwendet und enthalten keine weiteren, von mir implizierten, Aussagen über die Beziehung (z. B. wer ist aktiv, wer passiv) zwischen den jeweiligen Kooperationspartnern (z.B. Sozialarbeiter und Klientin, Moderatorin und Teilnehmender, Ärztin und Patient).

⁴ Unter diesem etwas ungenauen Begriff sind im Rahmen dieser Arbeit sowohl Leitbegriffe (z.B. „Ressourcenorientierung“), zentrale Modellannahmen (z.B. „Bio-Psycho-Soziales Modell“) und grundlegende Methoden (z.B. „Soziale Beratung“) zu verstehen.

⁵ Oder genauer: Nach Aspekten, aus denen sich inhaltliche oder methodische Anregungen ergeben.

Hinweise untersucht. Dabei wird auch aktuelle Kritik an psychoedukativen Interventionen beachtet, und fließt in die Beurteilung ein. Abschließend werden - basierend auf den Grundannahmen - Inhalte, Techniken und Methoden ausgewählt und skizziert, welche aus Perspektive Klinischer Sozialarbeit psychoedukative Gruppeninterventionen sinnvoll erweitern.

2. Klinische Sozialarbeit und ihre Rolle in der Psychiatrie

Klinische Sozialarbeit wurzelt in dem ursprünglich in den USA entwickeltem Social Case Work (vgl. Geißler-Piltz et al. 2010, S. 131–132) und ist ein Ansatz fallbezogener Sozialarbeit. Trotz verschiedener Anpassungsschwierigkeiten wächst auch in Deutschland die Bedeutung der Klinischen Sozialarbeit als Fachsozialarbeit. (vgl. Ansen 2011, S. 796) Bei Klinischer Sozialarbeit handelt sich um eine Teildisziplin der Sozialen Arbeit. (vgl. Pauls 2004, S. 32). Klinische Sozialarbeit ist spezialisiert auf *Individuumsbezogene Interventionen*, welche die krankheitsbedingt gefährdete psychosoziale Funktionsfähigkeit von Individuen, Familien und kleinen Gruppen erhalten und fördern sollen:

„Das zentrale Ziel der Klinischen Sozialarbeit besteht darin, die durch Krankheit oder Behinderung gefährdete psychosoziale Funktionsfähigkeit von Individuen, Familien und kleinen Gruppen durch interaktive sowie unmittelbar personenorientierte Arbeitsformen zu erhalten und zu fördern. (...) Je nach Ausgangslage kommt es darauf an, Personen zu befähigen, Erwartungen und Anforderungen der Umwelt zu erfüllen, die sozialen und materiellen Bedingungen auf die Besonderheiten einer Person abzustimmen oder Person und Umwelt gleichermaßen so zu reorganisieren, dass ein ausgeglichenes Verhältnis entsteht.“ (Ansen 2011, S. 796)

Hauptbezugspunkt der Klinischen Sozialarbeit ist also die Person in ihrer sozialen Umwelt. In einer eher systemisch ausgerichteten Denk- und Schreibweise wird Klinische Sozialarbeit etwa beschrieben als:

„integrierter professioneller Ansatz zur Verbesserung der psycho-sozialen Passung zwischen Klient bzw. Klientensystem und Umwelt. Klinische Sozialarbeit ist spezialisiert beratende und behandelnde Soziale Arbeit in den Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens. Mittels einer Fülle von Hilfeformen sowie geeigneter Settings wendet Klinische Sozialarbeit in ihren jeweiligen fall- und situationsspezifischen Bezügen spezifische Methoden psycho-sozialer Diagnostik und Intervention an. Zu nennen sind insbesondere psycho-soziale Beratung, Krisenintervention, soziale Therapie, soziale Psychotherapie, soziale Unterstützung und aktive Hilfen in ambulanten und stationären Kontexten mit umgebungsbezogener Ressourcenaktivierung, klinisches Case-Management, psychoedukative Gruppenarbeit.“ (Pauls 2004, S. 17)

Im Kern ist das Ziel gleich, auch wenn jeweils unterschiedliche Akzente gesetzt werden. Es geht um die Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten durch Einwirken auf ein Individuum und seine Umwelt, vor dem Hintergrund gesundheitlicher Schwierigkeiten. Diese letzte Definition zählt psychoedukative Gruppenarbeit explizit zu den Interventionen der klinischen Sozialarbeit. Dies ist keinesfalls allgemein anerkannt: Insgesamt lässt sich feststellen, dass es keine allgemein anerkannte Systematik der Methoden Klinischer und/oder grundständiger Sozialarbeit gibt. Verschiedene Einteilungen finden sich etwa bei Pauls (2004), Ningel (2011) oder Stimmer op. (2006). Auch die Frage, ob Klinische Sozialarbeit eher als gesundheitsbezogene Sozialarbeit, als behandlungsbezogene Sozialarbeit, als „*arbeitsfeldübergreifende Interventionswissenschaft*“ (vgl. Crefeld 2013) oder anderes definiert werden kann oder sollte, ist Gegenstand wissenschaftlicher Auseinandersetzungen. Auch wenn Autoren, entsprechend ihrer sozialarbeiterischen Leitorientierung, andere Worte zur Beschreibung des Hauptziels Klinischer Sozialarbeit verwenden, ist doch sinngemäß soweit das Gleiche gemeint, dass im Rahmen dieser Arbeit der Fokus nicht auf den feinen Unterschieden sondern auf den wesentlichen Gemeinsamkeiten liegen soll. Eine tiefere Beschäftigung mit dieser Thematik würde eher von der Fragestellung wegführen, welche konkreten Techniken und Inhalte durch die Klinische Sozialarbeit zur Durchführung psychoedukativer Gruppeninterventionen beizutragen sein könnten. Entscheidend ist vielmehr, deutlich zu machen, dass unter dem Begriff Klinische Sozialarbeit eine eigene Theorie- und Methodenentwicklung und Methodenintegration vorangetrieben wird.

Es findet eine konsequente Besinnung auf die Entwicklung und Integration eigener Theorien und Methoden zur psychosozialen Behandlung von Individuen statt, nach dem Vorbild der Clinical Social Work in den USA (vgl. Geißler-Piltz et al. 2010, S. 140–147).

Da psychoedukative Gruppenarbeit bei schizophrenen Erkrankungen einen wichtigen Bezugspunkt der vorliegenden Arbeit darstellen, ist das Arbeitsfeld der Psychiatrie von besonderer Bedeutung. Soziale Arbeit in der Psychiatrie kann sich als Klinische Sozialarbeit verstehen. In der Psychiatrie ist der Einsatz von Sozialarbeiterinnen im Rahmen eines therapeutischen Teams bereits seit längerem üblich. So weisen z.B. Peter

Sommerfeld und Cornelia Rügger darauf hin, dass Soziale Arbeit im psychiatrischen Bereich in Deutschland seit den 1970er Jahren an Bedeutung gewinnt. (vgl. Sommerfeld und Rügger 2013, S. 397). Bisher handele sie dort innerhalb der medizinischen Strukturierung und sei eher der Versorgung als der Behandlung zugeordnet. Die Professionalisierung und Akademisierung werde unter dem Etikett Klinische Sozialarbeit mehr und mehr angestrebt (ebd.).

Darüber hinaus weisen Sommerfeld und Rügger für den Bereich der sozialen Psychiatrie auch darauf hin, dass der sozialen Arbeit in der (sozialen) Psychiatrie eine wichtige Funktion zukommt:

"Eine erweiterte interprofessionelle Kooperation zwischen Sozialer Psychiatrie und Sozialer Arbeit, welche die vollständige Funktionalität der Sozialen Arbeit nutzen würde, ist von weit reichender Bedeutung und großer Aktualität. Der erwartbare Mehrwert ist erheblich. Diese Erwartung gründet in der unbestreitbaren Evidenz über die große Bedeutsamkeit der sozialen Faktoren bzw. der sozialen Dimension in Hinblick auf Genese, Verlauf und Behandlung psychischer Krankheiten(...)"
(Sommerfeld und Rügger 2013, S. 404)

Der Psychiater Ralf-Bruno Zimmermann beschreibt, ebenfalls für den Bereich der Sozialpsychiatrie, wie Klinische Sozialarbeit diese erweiterte interprofessionelle Kooperation erreichen kann. Er versteht Klinische Sozialarbeit als eine gesundheitsfördernde Fachsozialarbeit, welche beratende und behandelnde Methoden bündelt. Psychosoziale Notlagen zu analysieren und zu interpretieren sowie adäquate Interventionen durchzuführen versteht er als Aufgaben Klinischer Sozialarbeit (vgl. Zimmermann 2008, S.215). Er weist darauf hin, dass Klinische Sozialarbeit in der klinischen Praxis bereits stattfindet, es ihr aber bisher an einer besonderen Fachlichkeit fehle, zu der auch die Entwicklung von Standards, Effektivitätsnachweisen und standardisierten Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten fehle. Ihre dringend notwendige Beteiligung werde sie nur erkämpfen können, wenn sie nachvollziehbar zeigen könne "zu welcher komplexen Leistungen sie fähig ist" (vgl. ebd., S. 216)

Sozialarbeiter im Bereich der Psychiatrie bleiben also noch hinter dem Anspruch der Klinischen Sozialarbeit zurück, nach eigenen, oder aus anderen klinischen Disziplinen

integrierten Methoden und Theorien zu handeln. Es ist zu vermuten, dass dies auch für die Durchführung von psychoedukativen Gruppeninterventionen im Rahmen der stationären Behandlung von schizophrenen Erkrankungen zutrifft. Psychoedukative Gruppen bleiben m. E. hinter ihren Möglichkeiten zurück, wenn sie eine medizinisch/psychologisch verkürzte Perspektive auf die Erkrankung vermitteln. Durchführende Sozialarbeiter bleiben ebenfalls hinter ihren Möglichkeiten zurück, wenn sie lediglich Techniken und Modelle aus Medizin und Psychologie nutzen und wiedergeben. Daher sollen im Verlauf dieser Arbeit psychoedukative Gruppeninterventionen im stationären Setting, im Rahmen einer Schizophreniebehandlung, darauf hin untersucht werden welche methodischen und inhaltlichen Anregungen sich für sie aus der Perspektive der Klinischen Sozialarbeit ergeben. Dazu ist es zunächst erforderlich, Psychoedukation und ihre Bedeutung in der Schizophreniebehandlung zu erleutern.

3. Psychoedukation in der Behandlung schizophrener Erkrankungen

Die erste Schwierigkeit bei der Darstellung von psychoedukativen Ansätzen ist die wissenschaftliche Unschärfe des Begriffs „Psychoedukation“. Er stellt eine Art Leitbegriff dar, unter dem sich sehr unterschiedliche Ansätze versammeln. Es ist also nötig, genauer zu definieren, was im Rahmen dieser Arbeit unter Psychoedukation verstanden werden soll. Dazu werde ich mich dem Begriff zunächst kurz historisch annähern, um dann bestimmte, in der klinischen Praxis verbreitete Formen von Psychoedukation herauszugreifen und genauer zu beschreiben. Diese sind es letzten Endes, welche durch theoretische Anregungen aus der Klinischen Sozialarbeit erweitert werden sollen.

Der Begriff Psychoedukation stammt aus dem Englischen. Ursprünglich entstand er durch die Verbindung der Worte „psychotherapy“ und „education“. Der Begriff kam erstmals in den 1980er Jahren in der US-Amerikanischen Psychiatrie in Gebrauch. Dort bezeichnete er zunächst umfangreiche Programme zur Behandlung psychischer Störungen, deren Ziel die Stärkung der Autonomiekräfte und die Sensibilisierung für die potenziellen Entfaltungsmöglichkeiten bei Nutzung neuer Therapieoptionen war (vgl.

Bäumli und Pitschel-Walz 2008b, S. 39–40). Im folgenden Jahrzehnt etablierten sich ähnliche Konzepte in modifizierter Form auch in Deutschland. Die Anpassung bestand vor allem in einer Verschlankung⁶ der Programme, um die Chancen ihrer praktischen Umsetzung in der Regelversorgung zu erhöhen (vgl. Bäumli und Pitschel-Walz 2008b, S. 39–40).

1996 gründeten verschiedene in der Psychiatrie tätige Anhänger der psychoedukativen Idee in Deutschland die Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei Schizophrenen Erkrankungen“, aus der kurze Zeit später auch die „Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation“ (DGPE)⁷ als eingetragener Verein hervorging (vgl. Bäumli und Pitschel-Walz 2008c). Ziel der Arbeitsgruppe ist, unter anderem, die Entwicklung einer gemeinsamen Leitlinie für die Durchführung psychoedukativer Interventionen. Eine Annäherung an eine solche Leitlinie hat die Arbeitsgruppe zuletzt in Form eines umfassenden, so genannten „Konsensuspapiers“ (Bäumli und Pitschel-Walz 2008c) publiziert.⁸

Im Konsensuspapier findet sich einleitend folgende Definition des Begriffs Psychoedukation. Unter dem Begriff seien...

„...systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.“
(Bäumli und Pitschel-Walz 2008c, S. 3)

Diese allgemeine Definition fasst den Begriff Psychoedukation sehr weit. Die Fragestellung, welche inhaltlichen und methodischen Anregungen sich für Psychoedukation aus Perspektive der Klinischen Sozialarbeit ergeben könnten, macht

⁶ Von einem breiten, die ganze Behandlung durchziehenden Ansatz, welcher „mit großem therapeutischen Aufwand“ verbunden war, hin zu manualisierten Gruppeninterventionen (vgl. Bäumli und Pitschel-Walz 2008b, S. 40).

⁷ Weitere Informationen zum Verein finden sich auf dessen Internetseite <http://www.dgpe.de>

⁸ Viele maßgebliche deutsche Autoren aus dem Bereich Psychoedukation, wie Josef Bäumli, Andreas Bechdolf, Bernd Behrendt, Gabi Pitschel-Walz, Peter Hornung, Christine Rummel-Kluge und Andere, sind in dieser Arbeitsgruppe versammelt, und waren an der Erstellung des Konsensuspapiers beteiligt (Bäumli und Pitschel-Walz 2008c.)

eine Eingrenzung erforderlich, da es wichtig erscheint, Zielgruppe und Rahmenbedingungen zu kennen und die damit verbundenen Besonderheiten zu beachten. Im Rahmen dieser Arbeit sollen daher psychoedukative Gruppeninterventionen betrachtet werden, welche im stationären Setting im Rahmen einer Schizophreniebehandlung durchgeführt werden.

Psychoedukative Gruppenangebote gelten in der klinischen Praxis als wichtiges therapeutisches Element bei der Behandlung von Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (vgl. Bäuml und Pitschel-Walz 2012, S. 289).

Bevor psychoedukative Gruppenangebote näher betrachtet werden, scheint es hilfreich, einige grundlegende Informationen zu Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis voranzustellen. Bestimmte Merkmale dieser Störungen sind mit psychoedukativen Interventionen in besonderer Weise verbunden. Zudem stellt die Vielschichtigkeit der Störungen auch eine Herausforderung an psychoedukative Interventionen dar. Um dies zu verdeutlichen, soll ein erster Einblick in die Vielschichtigkeit des Krankheitsbildes und ein grober Überblick über die wichtigsten Merkmale der Störung gegeben werden, um dann psychoedukative Gruppeninterventionen im Rahmen der stationären Schizophreniebehandlung genauer darzustellen und zu untersuchen, ob sich aus Sicht der Klinischen Sozialarbeit inhaltliche und methodische Anregungen ergeben.

3.1 Exkurs: Schizophrene Erkrankungen

„Die Schizophrenie ist die schillerndste aller psychischen Störungen. Sie kann leicht sein oder schwer. Sie kann akut und dramatisch verlaufen oder schleichend und für Außenstehende kaum wahrnehmbar. Sie kann kurze Zeit andauern oder ein ganzes Leben. Sie kann einmalig auftreten. Sie kann in längeren oder kürzeren Abständen wiederkehren. Sie kann ausheilen oder zu Invalidität führen. Sie trifft Jugendliche im Prozess des Erwachsenwerdens und in der beruflichen Entwicklung. Sie trifft Frauen und Männer, die mitten im Leben stehen und solche an der Schwelle zum Alter. Weil sie so vielfältig in ihren Erscheinungsformen ist, ist sie auch für Erfahrene oft nur schwer greifbar. Unerfahrene - das sind auch Kranke am Beginn ihres Leidens, Angehörige, Menschen aus dem Freundeskreis und Berufskollegen und die breite Öffentlichkeit - stehen der Krankheit eher ratlos oder zweifelnd gegenüber. Wo so viel Unklarheit besteht, müssen Vorurteile Platz greifen. Diese versteigen sich auf der einen Seite zum Märchen von der Unheilbarkeit der Störung, auf der anderen zu der Unterstellung, die Schizophrenie gebe es gar nicht. Sie sei eine Erfindung der Psychiater.“ (Finzen 2004, S. 7)

Das Zitat macht deutlich, wie vielfältig schizophrene Erkrankungen in Erscheinungsform und Verlauf sein können. Tatsächlich gibt es keine schizophreniespezifischen Symptome, also solche, die ausschließlich bei schizophrenen Erkrankungen vorkommen (vgl. Wienberg 1997, S. 21). Es stellt eine große Herausforderung dar, etwas so Komplexes wie „schizophrene Erkrankungen“ hier in der gebotenen Kürze darzustellen. Im Verlauf der Arbeit werden daher, bei Bedarf, immer wieder relevante Aspekte der Erkrankung beleuchtet. Ziel dieses Exkurses ist es zunächst, ein erstes Verständnis der schizophrenen Erkrankungen und einen groben Überblick über ihre wichtigsten Merkmale zu vermitteln, um zu verdeutlichen, welche besondere Rolle psychoedukative Ansätze bei ihrer Behandlung spielen. Umfassende Übersichtsarbeiten zu schizophrenen Erkrankungen, mit all ihren Facetten und Informationen zur historischen Entwicklung des Begriffs „Schizophrenie“, bieten zum Beispiel die Psychiater Asmus Finzen (2004) und Heinz Häfner (2001).

Der Pschyrembel „Psychiatrie, klinische Psychologie und Psychotherapie“⁹ bezeichnet Schizophrenie als: *„Nichtorganische Psychose mit charakteristischen, aber vielgestaltigen Störungen der Persönlichkeit (des Ich- oder Selbst-Erlebens), des Denkens, der Wahrnehmung, der Realitätsprüfung, der Affektivität und der Motorik“*. (Pschyrembel et al. 2012, S. 775) Unter dem Begriff *Psychose* wiederum wird eine *„Komplexe psychische Störung mit gestörtem Selbst- und Realitätsbezug, die durch Denk-, Wahrnehmungs- und motorischen Störungen, abnorme Erlebnisse und Erfahrungen eines gesteigerten subjektiven Bedeutungsbewusstseins gekennzeichnet ist“* verstanden (ebd., S. 710). In den Leitlinien zum fünften Kapitel des Internationalen Diagnoseklassifikationsystems ICD 10 (**I**nternational **C**lassification of **D**iseases), findet sich darüber hinaus der Hinweis, dass...

„...der Ausdruck psychotisch (...) im deskriptiven Sinne verwendet (wird); er enthält keine Annahmen zur Psychodynamik. Dieser Terminus soll vielmehr das Vorkommen von Halluzinationen, wahnhaften Störungen oder bestimmten Formen schweren abnormen Verhaltens anzeigen. Hierzu gehören schwere

⁹ Dabei handelt es sich um ein klinisches Wörterbuch. Der Pschyrembel versteht sich als Standardwerk für medizinisches Fachwissen in Deutschland.

Erregungszustände und Überaktivität, ausgeprägte psychomotorische Hemmung und katatone Störungen."¹⁰ (Dilling et al. 2010, S. 22)

Zum besseren Verständnis dessen, was im obigen Zitat als „gesteigertes subjektives Bedeutungsbewusstsein“ bezeichnet wird, mag hier eine Beschreibung des „zentralen schizophrenen Syndroms“ dienen. Finzen beschreibt dieses unter Bezug auf den englischen Sozialpsychiater John K. Wing. Dabei handle es sich um eine in besonderer Weise veränderte Wahrnehmung (vgl. Finzen 2004, S. 25):

„Das zentrale Syndrom ist gekennzeichnet durch das Erlebnis der Eingebung von Gedanken, der Gedankenübertragung und des Gedankenentzuges, durch Stimmen, die der Betreffende in der dritten Person über sich sprechen hört oder die seine Handlungen und Gedanken begleiten, überhaupt durch Wahrnehmungen in seiner psychischen und sozialen Umgebung, die auf verschiedene, charakteristische Weise verursacht sind. So kann beispielsweise die ganze Welt in einen so intensiven persönlichen Bezug zu ihm treten, dass sich jedes Geschehen speziell auf ihn zu beziehen scheint und eine besondere Mitteilung an ihn enthält.“
(Wing 1989 zitiert nach Finzen 2004, S. 25)

Betroffene erleben also erhebliche qualitative Veränderungen ihrer Wahrnehmung, bis hin zu optischen, taktilen oder akustischen Halluzinationen.

Das Vorhandensein abfrag- oder beobachtbarer Symptome über bestimmte Zeiträume hinweg begründet die Diagnose „Schizophrenie“. In Deutschland erfolgen ärztliche Diagnosen auf Grundlage des von der Weltgesundheitsorganisation) herausgegebenen Internationalen Diagnoseklassifikationssystem ICD10 . In dessen fünftem Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ werden die Kriterien zur Diagnose einer Schizophrenie dargestellt (vgl. Dilling et al.2010, S. 111–136). Auf eine umfassende Darstellung der Diagnosekriterien wird an dieser Stelle verzichtet. Stattdessen sollen die wichtigsten medizinischen und epidemiologischen Daten kurz wiedergegeben werden, solche finden sich z.B. bei Köhler (1998): Es werde zwischen verschiedenen Unterformen der Erkrankung unterschieden. Die häufigste Unterform sei die „Paranoide Schizophrenie“. Die Störung trete meist vor dem 30. Lebensjahr auf, bei 50% der Betroffenen vor dem 25. Lebensjahr. Männer und Frauen seien gleich häufig betroffen.

¹⁰ Wenn im Rahmen dieser Arbeit von *Psychosen* oder *psychotischem* Erleben die Rede ist, sind die Begriffe in diesem Sinne zu verstehen.

Bei Frauen trete die Störung durchschnittlich 5 Jahre später auf. Die Lebenszeitprävalenz betrage ca. 1%. Die Störung könne plötzlich oder auch schleichend auftreten. Häufig gebe eine Prodromalphase mit unspezifischen Beeinträchtigungen, auch vor akut einsetzenden Symptombildern. Die Störung verlaufe typischerweise in mehrwöchigen oder -monatigen Episoden, nach denen sich ein vollständiges Verschwinden der Symptome einstellt. Auch ein kontinuierlicher Verlauf ohne abgrenzbare Episoden könne vorkommen. Als prognostische Daumenregel gelte: Ein Drittel der Betroffenen wird vollständig symptomfrei, ein weiteres Drittel behält deutliche Symptome, bleibt aber sozial integriert. Das letzte Drittel bleibt schwer beeinträchtigt und werde häufig rehospitalisiert. Unter allen Betroffenen gebe es mit 15% eine hohe Suizidrate (vgl. Köhler 1998, S. 65–84).

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes bietet wichtige Informationen zu Krankheitsentstehung und Risikofaktoren:

„Bei Entstehung, Aufrechterhaltung und möglicher Chronifizierung einer Schizophrenie spielen nach derzeitigem Kenntnisstand sowohl neurobiologische, wie psychologische und soziale Teilfaktoren in individuell wechselnder Kombination und Gewichtung eine Rolle. Als weithin akzeptiertes Erklärungsmodell der Krankheitsentstehung gilt das Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell. Es geht davon aus, dass eine individuelle, biologisch bedingte Vulnerabilität (wörtlich »Verwundbarkeit«), mit umweltbedingten Belastungsfaktoren (kritische Lebensereignisse, Belastungen oder Konflikte aus dem psychosozialen Umfeld, aber auch biologische »Stressoren«) zusammenkommen muss, für die die betreffende Person über keine wirksamen Bewältigungsstrategien (»Coping«) verfügt.“ (Gaebel und Wölwer 2010, S. 13)¹¹

Auf das skizzierte Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell beziehen sich laut Behrendt alle bisher erschienenen Manuale zur Psychoedukation (Behrendt 2008, S. 190), weshalb

¹¹ Tatsächlich stellt sich die Frage, ob es angemessen erscheint von *dem* Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell zu sprechen. Es existiert durchaus in verschiedenen Ausprägungen. Diesen verschiedenen Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodellen ist jedoch allen gemeinsam dass sie die Entstehung einer schizophrenen Erkrankung und den Ausbruch einzelner Episoden auf das komplexe Zusammenspiel verschiedener Faktoren zurückführen. Zentrales Element ist eine geerbte oder lebensgeschichtlich erworbene Verletzlichkeit (Vulnerabilität) in Verbindung mit biologischen, psychologischen und sozialen Risiko- und Schutzfaktoren der Betroffenen Person und ihrer Umwelt (vgl. Schmidt 2012, S. 24–25). In Bezug auf die Fragestellung können mögliche Unterschiede hier jedoch zunächst außer Acht gelassen werden.

es im Rahmen dieser Arbeit von besonderer Relevanz ist.¹² So findet sich auch im Konsensuspapier „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“, die Zielformulierung:

„Basierend auf dem Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell mit genetischen, biologischen und psychosozialen Bedingungsfaktoren der schizophrenen Verletzlichkeit wird über die Ersterkrankung aufgeklärt und damit ein funktionelles Krankheitskonzept erarbeitet, in das alle gängigen Therapiekonzepte integriert werden können.“ (Bäumel und Pitschel-Walz 2008c, S. 8)

Als Therapie bei schizophrenen Erkrankungen kommen bei akut psychotischen Zuständen zunächst die stationäre Aufnahme in eine Klinik sowie eine Pharmakotherapie mit Antipsychotika/Neuroleptika zur Anwendung (vgl. Pschyrembel et al. 2012, S. 776; Köhler 1998, S. 86). Die durchschnittliche Dauer der stationären Behandlung betrug im Jahr 2010 34,9 Tage (Gaebel und Wölwer 2010, S. 7). Im Rahmen der Pharmakotherapie sollen die akuten Symptome bekämpft und die Betroffenen somit wieder ein Stück in den üblichen Rahmen einer sozial ausgehandelten Realität zurückgebracht werden. Ist dies, zumindest teilweise, gelungen, gibt es verschiedene weitere therapeutische Möglichkeiten. Die Darstellung auch nur annähernd aller therapeutischen Möglichkeiten ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich. Eine umfassende Übersicht bietet beispielsweise Finzen (2001). Wie bereits erwähnt, bilden Psychoedukative Gruppen ein wichtiges Element der Behandlung. Psychoedukation bildet, auch nach Auffassung der Bundesgesundheitsberichterstattung, einen Basisbaustein der Schizophreniebehandlung.

Häfner weist im Zusammenhang mit der Behandlungs- bzw. Krankheitseinsicht darauf hin, dass das Bewusstsein, dass es sich bei ihrem Leiden um eine Erkrankung handelt den meisten Betroffenen zu Beginn des Leidens fehlt. Er sieht diese Unfähigkeit der

¹² Neben dem Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell existieren zahlreiche weitere Konzeptionen schizophrener bzw. psychotischer Störungen und ihrer Bedingtheit. Besonders sei an dieser Stelle auf subjektorientierte Zugänge hingewiesen, wie sie etwa Thomas Bock mit seinem Ansatz einer trialogischen und anthropologischen Psychiatrie (Bock et al. 2004) verfolgt. Eine umfassende Übersicht subjektorientierter Zugänge zum Phänomen „Psychose“ bietet Reinhardt Lütjen in seinem Buch „Psychosen verstehen“ (Lütjen 2007).

Krankheitseinsicht als eine Folge von Wahn und Halluzinationen, weist jedoch auch darauf hin, dass diese Unfähigkeit aufgeweicht werden könne (vgl. Häfner 2001, S. 93). Diese mangelnde Krankheitseinsicht und die damit verbundene mangelnde Motivation zur Behandlungsteilnahme sind im Zusammenhang mit Psychoedukation von Bedeutung. Psychoedukation soll dazu beitragen, die Krankheitseinsicht und damit die Behandlungstreue zu fördern. So findet sich auch in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes die Auffassung, durch Psychoedukation, würden Informationen über das Krankheitsbild und Behandlungsmöglichkeiten vermittelt um so: *„... das Krankheitsverständnis und die Behandlungseinsicht (Compliance) des Betroffenen zu bessern sowie dessen selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung zu fördern.“* (Gaebel und Wölwer 2010, S. 24)

Nachdem nun die Vielschichtigkeit und einige Besonderheiten schizophrener Erkrankungen dargestellt worden sind, sollen nun psychoedukative Gruppenangebote genauer betrachtet werden.

3.2 Psychoedukative Interventionen in der klinischen Praxis

Aktuell sind psychoedukative Gruppen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland sehr verbreitet. Die Zahl der Betroffenen, welche tatsächlich an psychoedukativen Gruppen in psychiatrischen Kliniken teilnehmen, beträgt nach einer aktuellen Umfrage etwa 20 bis 25 % (vgl. Bäuml und Pitschel-Walz 2012, S. 289). Es existieren zahlreiche Manuale für psychoedukative Gruppenangebote.

Die drei wichtigsten Ziele solcher Gruppenangebote sind:

- „1. Die Umfassende Aufklärung über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten.*
- 2. Die Vermittlung von Kompetenzen im Umgang mit der Erkrankung.*
- 3. Die Förderung von Adhärenz, Behandlungsbereitschaft und Compliance“*
(Pitschel-Walz und Bäuml 2013, S. 330)

Psychoedukation gilt dabei als gut evaluiert und erzielt signifikante Effekte auf Rezidivrate (Rückfallhäufigkeit), Rehospitalisierungsrate, psychopathologische Störungen und Lebensqualität der Betroffenen (vgl. Bäuml und Pitschel-Walz 2012, S. 289).

Sollte bisher der Eindruck eines homogenen Behandlungsansatzes entstanden sein, wird dem hier nun entschieden widersprochen. Selbst bei einer Eingrenzung der Betrachtung auf psychoedukative Gruppeninterventionen, unterscheiden sich diese in der klinischen Praxis zum Teil erheblich in Bezug auf Gruppengröße, Zielsetzung, Sitzungsdauer, Zahl der Sitzungen, Häufigkeit der Sitzungen, und in der Auswahl der Inhalte. Dennoch soll als nächstes der Versuch unternommen werden, eine typische psychoedukative Gruppe im stationären Setting zu skizzieren und damit gleichzeitig wichtige Merkmale solcher Gruppen zu beleuchten.

Basierend auf einer Umfrage zur Häufigkeit der Durchführung von Psychoedukation in Psychiatrischen Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz, von Rummel-Kluge et al (Rummel-Kluge et al. 2008) lässt sich eine hypothetische, typische Psychoedukationsgruppe konstruieren. Zu diesem Zweck werden an dieser Stelle die bei der Umfrage am häufigsten genannten Antworten aufgeführt, wobei die Zahlen sich nur auf Kliniken in Deutschland beziehen:

In der Umfrage gaben 64% der befragten Kliniken an, Manuale für die Durchführung psychodeukativer Gruppeninterventionen zu nutzen. 46% derjenigen Kliniken, welche Manuale nutzen, gaben an, entweder das PEGASUS (25%) oder das PTS (21%) Manual zu nutzen. Die Anzahl der Gruppenteilnehmenden beträgt bei 78% aller Befragten Kliniken 6 – 10 Personen. In 64% der Fälle handelt es sich um offene Gruppen. 65% der Gruppeninterventionen werden während der stationären Behandlung durchgeführt. Eine Gruppensitzung dauert bei 52% aller befragten Kliniken zwischen 50 und 60 Minuten. In 60% der Fälle trifft sich die Gruppe einmal in der Woche. Die Gesamtzahl der Sitzungen beträgt in 48% der befragten Kliniken 8-12 Sitzungen, bei weiteren befragten Kliniken ist die Gesamtzahl der Sitzungen eher geringer (zwischen 4 – 7 Sitzungen bei 26% der Befragten). Mit 61% wurden die meisten Gruppen durch zwei Personen angeleitet bzw. moderiert. Themen die in über 70% der in den befragten Kliniken durchgeführten

Gruppen bearbeitet werden, sind (in absteigender Folge): Frühwarnzeichen, Pharmakotherapie, das Vulnerabilitäts-Stress-Modell und der Krisenplan. Weitere häufige Themen sind: Rezidivprophylaxe, Nebenwirkungen, Coping-Strategien, Risikofaktoren, Positiv/Negativ-Symptome.

Aussagen über den konkreten Beruf der Gruppenleiterinnen bzw. Moderatorinnen gestalten sich schwieriger, da ein Moderator beispielsweise *Arzt und Psychologe* sein kann. Folgende Aussagen lassen sich aber mit einiger Gewissheit machen: Beim Hauptmoderator handelt es sich in der Mehrzahl um Psychologen und Ärzte. Der größte Teil der Co-Moderatoren ist im Bereich der Pflege beschäftigt. zirka. ein Viertel aller Co-Moderatoren sind Sozialarbeiterinnen. Hinzu kommen 16% Gruppen, in denen Sozialarbeiterinnen die Leitung inne haben. Da die Umfrage keine Hinweise liefert, welche Berufsgruppe in diesen Gruppen die Co-Moderation übernimmt, könnte es sich dabei ebenfalls um Sozialarbeiterinnen handeln, wodurch sich also die Gesamtzahl der Gruppen, an deren Durchführung diese beteiligt wären nicht erhöhen würde. Dennoch lässt sich folgern, dass in *mindestens* einem Viertel der Gruppen Sozialarbeiterinnen tätig sind (vgl. Rummel-Kluge et al. 2008, S. 44–48).

Neben einem Überblick über die wichtigen Gruppenmerkmale wie Teilnehmerzahl, Sitzungshäufigkeit, Sitzungsanzahl, Sitzungsdauer, Themenwahl, offene- oder geschlossene Gruppe, zeigt sich hier auch der große Anteil von - an der Durchführung solcher Gruppen beteiligter – Klinischer Sozialarbeiterinnen.

Im nächsten Kapitel soll nun der Frage nachgegangen werden, welche Beiträge diese aus ihrem eigenen theoretischen Hintergrund in die psychoedukative Arbeit mit der Gruppe einbringen könnten. Unabhängig davon, ob solche Beiträge in der Praxis nicht vielleicht ohnehin schon geleistet werden, ist eine theoretische Auseinandersetzung damit, nach meiner Kenntnis, bisher weitgehend unterblieben.

4. Anregungen aus der Klinischen Sozialarbeit

Aus der im vorigen Kapitel erläuterten Studie geht hervor, dass an mindestens einem Viertel der im stationären Setting durchgeführten psychoedukativen Gruppen Sozialarbeiter beteiligt sind. Auch finden sich im Konsensuspapier Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen Hinweise warum Sozialarbeiter zur Durchführung dieser Gruppeninterventionen in Frage kommen: *"... Insbesondere Sozialarbeiter/Sozialpädagogen mit ihrem Fachwissen hinsichtlich sozialtherapeutischer Aspekte und ihrer Vertrautheit mit den praktischen Lebensnöten der Patienten sind hierzu speziell prädisponiert."* (Bäuml und Pitschel-Walz 2008c, S. 12–13).

Das Fachwissen hinsichtlich sozialtherapeutischer Aspekte sowie die Vertrautheit mit den praktischen Lebensnöten sollen also handlungsleitend sein, wenn Sozialarbeiter psychoedukative Gruppen durchführen. Des Weiteren sind die von der Klinischen Sozialarbeit verfolgten Ziele auch für den Bereich Psychoedukation relevant. Wie im Kapitel über Klinische Sozialarbeit in der Psychiatrie dargestellt, lässt sich die Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten vor dem Hintergrund eines Gesundheitsproblems als ein Hauptziel Klinischer Sozialarbeit begreifen. Zu den Zielen Psychoedukativer Interventionen zählen, neben der Aufklärung der Betroffenen über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten, auch die Vermittlung von Kompetenzen im Umgang mit der Erkrankung (vgl. Pitschel-Walz und Bäuml 2013, S. 330). Ein kompetenterer Umgang mit der Erkrankung und das (mit-)treffen von Behandlungsentscheidungen bzw. eine bessere Orientierung im Gesundheitssystem lassen sich auch als Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen begreifen.

Es scheint bisher weitgehend unterblieben zu sein, vor dem Hintergrund der Klinischen Sozialarbeit zu reflektieren, welche sozialtherapeutischen Aspekte für Psychoedukation besonders relevant sein könnten. Auch zur Frage nach der Würdigung der praktischen Lebensnöte der Gruppenteilnehmenden konnten von mir in der Literatur, von Seiten der Klinischen Sozialarbeit keine Anregungen gefunden werden.

Es wird nützlich sein, einige Überlegungen anzustellen, welche Elemente aus dem Methodenköffer der Klinischen Sozialarbeit die Durchführung von

Psychoedukationsgruppen bereichern könnten und wie die „praktischen Lebensnöte“ in diesen Gruppen gewürdigt, bearbeitet und mit den vermittelten Informationen in Zusammenhang gebracht werden können. Beim Blick auf die methodische Vielfalt innerhalb der Klinischen Sozialarbeit, welche grundsätzlich sämtliche Methoden der grundständigen Sozialarbeit mit einschließt, zeigt sich die Notwendigkeit einer Auswahl. Dabei bestehen zusätzlich zur Vielfalt zwei weitere Schwierigkeiten. Zum Einen, dass es keine allgemein akzeptierte, einheitliche Methodeneinteilung gibt. Zum Anderen, dass sozialarbeiterische Methoden Elemente von psychotherapeutischen Methoden - wie z.B. der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers (1991) - enthalten, so dass eine scharfe Abgrenzung von solchen Methoden kaum möglich ist. Pauls zufolge ist dieser Umstand typisch für die Klinische Sozialarbeit:

„Klinische Sozialarbeit als angewandte Teildisziplin der Sozialen Arbeit ist auf vielfältige theoretische Konzepte und Modelle angewiesen. Sie muss ihre Auswahl aus ihrem eigenen Praxisbezug und wissenschaftlichen Grundverständnis heraus treffen und Konzepte, Modelle und Forschungsergebnisse sowohl der Sozialarbeitswissenschaft als auch einer Reihe von klinisch relevanten Bezugswissenschaften aus ihrer eigenen Perspektive heraus integrieren.“ (Pauls 2004, S. 32)

Um in dieser Hinsicht einen theoretischen Anfang zu machen, sollen in dieser Arbeit zunächst besonders grundlegende Methoden betrachtet werden. Weiteres Kriterium für die Auswahl ist der erwartbare Nutzen im Hinblick auf die Ziele psychoedukativer Gruppen. Besonders wertvoll wären Ansätze, die der aktuellen Kritik an Psychoedukation begegnen und die der Psychoedukation eigenen theoretischen Ansätze erweitern oder ergänzen. Folgende Kriterien sollen also beachtet werden:

- 1) Bringen die Anregungen tatsächlich etwas Neues hinzu, oder findet sich in der PE bereits eine Entsprechung?
- 2) Scheinen die Anregungen für schizophrene Erkrankte zur Krankheitsbewältigung geeignet, sind sie vielleicht sogar eine Antwort auf einen bestehenden Kritikpunkt an psychoedukativen Interventionen?

Diese Fragen sollen für inhaltliche und methodische Aspekte in Kapitel 4.1.2 (inhaltliche Aspekte) und 4.2.2 (methodische Aspekte) beantwortet werden. Zuvor sollen im nächsten Kapitel (und für methodische Aspekte in Kapitel 4.2.1) die mit diesen Aspekten verbundenen Grundannahmen vorgestellt werden.

4.1 Inhaltliche Aspekte

Zunächst sollen zwei Grundbegriffe der klinischen Sozialarbeit vorgestellt werden: Das bio-psycho-soziale Krankheitsverständnis und die salutogenetische Perspektive. Bereits aus diesen Grundbegriffen und den damit verbundenen Implikationen könnten sich Anregungen für psychoedukative Gruppenangebote ergeben. Wie sich zeigt handelt es sich dabei in erster Linie um Anregungen, welche thematische Inhalte von psychoedukativen Gruppeninterventionen betreffen. Dennoch werden diese Grundbegriffe, vor allem die salutogenetische Perspektive, auch im Kapitel 4.2 immer wieder aufgegriffen, da auch die dort gemachten methodischen Empfehlungen mit diesen Grundbegriffen verbunden sind bzw. dem Anspruch gerecht werden sollen, im Sinne dieser Leitperspektiven wertvoll zu sein.

4.1.1 Grundbegriffe: Bio-Psycho-Soziales Modell und Salutogenese

Ein zentrales Modell innerhalb der Klinischen Sozialarbeit ist das Bio-Psycho-Soziale Krankheitsmodell. So ist im „Fachlexikon der sozialen Arbeit“ des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zu erfahren: *„Klinische Sozialarbeit versteht Gesundheit, Krankheit und Beeinträchtigung bio-psycho-sozial, d.h. in Biographie und Lebenswelt verankert.“* (Fachlexikon der sozialen Arbeit 2011, S. 521)

Leibliche und psychische Erkrankung und menschliches Verhalten und Erleben insgesamt beruhen in bio-psycho-sozialer Perspektive auf dem dynamischen Zusammenspiel biologischer, psychischer und sozialer Faktoren. Soziale Unterstützung und Psycho-Soziale Integration sind wichtige Gesundheitsfaktoren. Eine einseitige, reduktionistische Betrachtung steht, auch nach Auffassung der Weltgesundheitsorganisation, zum Einen dem wissenschaftlichen Fortschritt im Weg und wird zum Anderen dem Menschen in seiner Ganzheit nicht gerecht (vgl. Pauls 2004, S. 32–39).

Das Bio-Psycho-Soziale Krankheitsmodell wurde, unter den Eindrücken der Risikofaktorenforschung, der aufkommenden Systemtheorie und der Stressforschung in den siebziger Jahren vom Psychiater Georg L. Engel (2012) formuliert. In der darauf folgenden Zeit fand es in vielen Gesundheitsdisziplinen sowie der Politik breite Anerkennung (vgl. Pauls 2013, S. 16–19). Auch wenn kritisch anzumerken ist, dass es dem Modell zu einem fundierten wissenschaftlichen Modell an klar formulierten und empirisch überprüfbaren Aussagen über die konkreten Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Ebenen fehlt (vgl. Pauls 2013, S. 19) , ist doch sicher:

„Soziale Erfahrungen wirken über soziopsychische und psychobiologische Prozesse auf unsere Körpersysteme - über die absteigende und aufsteigende (emergente) Verkettung (...). Damit wird das primär biologisch geprägte Verständnis von Krankheit in einen biopsychosozialen Kontext transformiert. (...) Und es geht auch um Orientierung an Gesundheit, nicht nur an Krankheit.“ (Pauls 2013, S. 27)

Der letzte Satz dieses Zitates verweist bereits auf die salutogenetische Perspektive, welche ebenfalls eine Grundorientierung in der gesamten gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit darstellt (vgl. Dörr 2005, S. 25). In einer Übersicht verschiedener Krankheitsmodelle weist Wälte darauf hin, dass das Bio-Psycho-Soziale-Modell in der Kritik steht, pathogenetisch ausgerichtet zu sein. Erst in Verbindung mit dem Modell der Salutogenese ergebe sich eine *„sinnvolle paradigmatische Klammer“* für die Behandlung von chronisch psychisch Kranken (vgl. Wälte 2013, S. 76–78).

Das Salutogenetische Modell wurde vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky entwickelt und fragt nach den gesellschaftlichen und individuellen Faktoren, die Menschen gesund erhalten (vgl. Dörr 2005, S. 25). Ein weiterer zentraler Gedanke ist, dass es sich bei Krankheit und Gesundheit nicht um sich gegenseitig ausschließende Zustände handelt, sondern um zwei Pole eines Kontinuums (vgl. ebd.). Durch diese Betrachtung sind Krankheit und Gesundheit keine absoluten Zustände mehr. Vielmehr kann jeder Mensch auf dem Kontinuum dazwischen eingeordnet werden. Es stellt sich dann vor allem die Frage nach den gesundheitlichen Ressourcen und den Möglichkeiten ihrer Förderung (ebd.). Diese Ressourcen ermöglichen einen konstruktiven Umgang mit Stressoren (Franke 2012, S. 173). Im salutogenetischen Verständnis handelt es sich bei Stressoren um *„Anforderungen, auf die der Organismus keine direkt verfügbaren oder*

*automatisch adaptiven Reaktionen hat“ (ebd.). Solche Stressoren seien allgegenwärtig und nicht aus sich heraus schädlich, vielmehr könne ihre erfolgreiche Bewältigung zu einer Bewegung in Richtung des Gesundheitspols im Kontinuum von Krankheit und Gesundheit führen. (ebd.). Die Salutogenese verweist in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung generalisierter Widerstandsressourcen und unterteilt diese in gesellschaftliche (z.B. politische und ökonomische Stabilität einer Gesellschaft) und individuelle Widerstandsressourcen (z.B. Intelligenz und Problemlösefähigkeiten) (ebd.). Verfüge eine Person über ausreichend Widerstandsressourcen: *„können Stressoren ihr gesundheitsschädigendes Potential nicht entfalten, da die Person immer wieder die Erfahrung macht, dass sie sie meistern kann und ihnen nicht hilflos ausgeliefert ist“ (ebd., S.174). Diese Erfahrungen tragen zum so genannten Kohärenzgefühl bei (ebd.). Dabei handelt es sich um:**

„eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“ (Antonovsky und Franke 1997, S. 36)

Die Sozialpädagogin Andrea Grabert (2007) gibt auf der Grundlage einer qualitativen Studie Empfehlungen zum Einsatz dieses Kohärenzgefühls in der Sozialen Arbeit. Diese Empfehlungen für Sozialarbeiterinnen, welche zu einer Stärkung des Kohärenzgefühls beitragen sollen, umfassen unter anderem die Vermittlung von Wissen um eine Erkrankung und ihre Dynamik. Auch Psychoedukation nennt sie als in diesem Sinne hilfreiche Interventionsform (vgl. Grabert 2007, S. 26). Zunächst beschreibt sie die Rolle des Kohärenzgefühls und seiner Komponenten bei der Bewältigung chronisch psychischer Erkrankungen. Das Kohärenzgefühl sei dabei ein übergeordnetes Steuerungsprinzip, welches über Auswahl und Einsatz von Ressourcen und Bewältigungsstrategien eines Individuums entscheidet. Auch wenn Ressourcen und Bewältigungsstrategien bei einem Individuum potentiell vorhanden sind, entscheide das Kohärenzgefühl darüber, ob das Individuum diese zur Bewältigung von, durch Stressoren verursachten, Spannungszuständen nutzen und so gesundheitsmindernde Stresszustände abwenden

kann (vgl. Grabert 2007, S. 23–25). Geformt durch das Erleben von Konsistenz in Bezug auf innere und äußere Stimuli, beschreibe *Verstehbarkeit* die Fähigkeit, Wahrnehmungen und Informationen kognitiv sinnvoll einzuordnen und die Erwartung, dass dies auch mit zukünftig auftretenden Reizen gelingen wird. Eine hohe *Verstehbarkeit* erzeuge den Eindruck, kognitiv Kontrolle über Ereignisse ausüben zu können und die Erwartung, dass auch andere einen verstehen. (vgl. Grabert 2007, S. 26) Bei der *Handhabbarkeit* handle es sich um eine kognitiv-emotionale Komponente. Diese bestimme das Ausmaß, in dem ein Individuum wahrnimmt, dass ihm geeignete Ressourcen zur Verfügung stehen. Es umfasse die Erwartung, auch unerwartete negative Ereignisse bewältigen oder zumindest ertragen zu können und werde geformt durch das Erleben ausgewogener Belastung (vgl. Grabert 2007, S. 27). *Bedeutsamkeit* beschreibe das Ausmaß, in dem ein Individuum sein Leben als emotional sinnvoll beurteilt und somit bereit ist, Kraft für die Bewältigung von Anforderungen aufzubringen (vgl. Grabert 2007, S. 28.). Diese drei Komponenten sind für das Kohärenzgefühl unterschiedlich bedeutsam und beeinflussen sich gegenseitig (Vgl ebd. S. 29). Antonovsky selbst beschreibt dies so, dass alle drei Komponenten des Kohärenzgefühls notwendig, dabei aber unterschiedlich zentral seien. Die motivationale Komponente (*Bedeutsamkeit*) gibt er als wichtigste an, ohne die die anderen beiden Komponenten wenig stabil seien. Die *Verstehbarkeit* sei wiederum die zweitwichtigste Komponente, da das Gefühl der *Handhabbarkeit* vom Verstehen abhängig sei. (Antonovsky und Franke 1997, S. 38).

Auch Harald Ansen (2002) zufolge ist die salutogenetische Sichtweise für den Bereich der Klinischen Sozialarbeit von zentraler Bedeutung. Er weist außerdem darauf hin, dass, bezogen auf das Kohärenzgefühl - eine konstruktive Verarbeitung der Erkrankung dann am besten gelinge, wenn die Krankheit für die Betroffenen verstehbar sei. Die Betroffenen sollten also:

"... über ausreichend Informationen verfügen, die systematisch vermittelt werden müssen. Auf der Grundlage des Verstehens erscheint die Krankheit am ehesten auch handhabbar, die Krankheit ist dann kein unabwendbares Schicksal, dem der Patient willenlos ausgeliefert ist. Auf diesem Weg wird sichergestellt, dass die Krankheit als

Herausforderung wahrgenommen wird. Für den Patienten lohnt sich ein Engagement (Motivation) im Interesse des weiteren Lebens.“ (Ansen 2002, S. 107)

Hier zeigt sich eine Verbindung zu den im Fokus dieser Arbeit stehenden psychoedukativen Gruppen, in denen das systematische Vermitteln von Informationen über schizophrene Erkrankungen an die Betroffenen ein wichtiges Ziel darstellt.

Aus den dargestellten Zusammenhängen lässt sich die Erkenntnis gewinnen, dass der Ausbau von generalisierten Widerstandsressourcen und Maßnahmen, die zu einer Stärkung der Teilkomponenten des Kohärenzgefühls beitragen, wertvolle Beiträge zur Krankheitsbewältigung der Betroffenen leisten kann. Dazu scheint auch ein Krankheitsverständnis notwendig, in dem neben biologischen auch psychologische und soziale Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Innerhalb psychoedukativer Interventionen scheint es möglich zu sein, individuelle generalisierte Widerstandsressourcen (wie Problemlösungsfähigkeiten und Wissen) und die Komponente der *Verstehbarkeit* gezielt zu fördern. Die Komponente der *Bedeutsamkeit* sollte aufgrund ihres hohen Stellenwerts bei der Stabilisierung des Kohärenzgefühls ebenfalls dringend beachtet und nach Möglichkeit gefördert werden. Außerdem wird deutlich, welche besondere Herausforderung in Bezug auf Krankheitsbewältigung der subjektiven Dimension von schizophrenen Erkrankungen zukommt. Alle Teilkomponenten des Kohärenzgefühls werden durch eine Psychoseerfahrung massiv erschüttert. Die betreffenden Menschen haben gerade die Erfahrung gemacht, sich selbst und ihre Umwelt kaum noch zu verstehen. Sie mussten erfahren, dass sie mit den Anforderungen ihres täglichen Lebens nicht mehr fertig werden und sie stehen zusätzlich vor dem Problem, das in der Psychose Erlebte in einen sinnvollen Zusammenhang mit ihrer übrigen Biographie zu bringen.

Es stellt sich zunächst die Frage, ob das in psychoedukativen Interventionen vermittelte Krankheitsmodell den zuvor erörterten Perspektiven bereits entspricht oder ob es durch diese sinnvoll erweitert werden kann.

4.1.2 Bisheriger Stellenwert in psychoedukativen Interventionen

Da es hier um das Krankheitsmodell gehen soll, welches den Betroffenen durch die psychoedukative Intervention vermittelt wird, werde ich mich auf damit zusammenhängende Aspekte konzentrieren, wie sie in den beiden am häufigsten genutzten Manualen und im Konsensuspapier wiedergegeben werden. Ob das jeweils vermittelte Krankheitsmodell ein bio-psycho-soziales ist, soll daran gemessen werden, in wie weit Inhalte vermittelt werden, die den jeweiligen Bereichen - biologisch, psychologisch, sozial - zugeordnet werden können bzw. in welcher Ausgewogenheit und Gewichtung dies geschieht. Für die Bewertung ist auch von Bedeutung, ob bio-psycho-soziale Zusammenhänge direkt vermittelt werden. Eine salutogenetische Ausrichtung würde sich zum Einen daran bemerkbar machen, dass Gesundheit und Krankheit als Kontinuum betrachtet würden, zum Anderen müssten gesundheitserhaltende Faktoren und deren Förderung eine Rolle spielen. Auch Elemente, die Aspekte des Kohärenzgefühls fördern, entsprächen tendenziell einer salutogenetischen Ausrichtung.

Der Psychologe Bernd Behrendt, gibt im Konsensuspapier Hinweise zur Vermittlung des Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodells. Dieses von Nuechterlein u. Dawson sowie Lieberman entwickelte Modell, bilde den Bezugspunkt aller bisher entwickelten psychoedukativen Interventionsprogramme (vgl. Behrendt 2008, S. 190). Dem Modell zufolge seien Verlauf und Ausgang von Psychosen vom zeitlichen Zusammenspiel als Wechselwirkung zwischen Belastungen und deren Bewältigung abhängig. Würde dabei eine bestimmte Belastungsgrenze überschritten, die Belastungen unzureichend bewältigt, komme es zum akuten Ausbruch der Erkrankung (ebd., S. 191). Anschließend stellt Behrendt unterschiedliche bildhafte Darstellungen vor, mit denen das Modell Betroffenen, innerhalb psychoedukativer Interventionen, bildhaft deutlich gemacht werden soll: Im Waagenmodell wird ein Gleichgewicht zwischen Belastung und Belastbarkeit, bzw. in einer von Behrendt erweiterten Form, zwischen Belastungen (Aufgaben, Belastungen und Stressoren) und zur Verfügung stehenden Ressourcen, anhand einer Waage dargestellt. Gerade dies aus dem Gleichgewicht, weil die Belastung wächst oder weil die Ressourcen und Fähigkeiten krankheitsbedingt schwinden, kommt

es zur Entwicklung von psychotischen Symptomen (ebd.). Beim anschließend von Behrendt vorgestelltem "Schiffsmodell" verfügt jeder Mensch über eine individuelle "Kieltiefe", diese stellt die Vulnerabilität dar. Die Ladung des Schiffs stellt die persönlichen Belastungsfaktoren (Stress) dar. Die Beschaffenheit des Meeresgrundes (z.B. viele Untiefen) sowie die Höhe des Wasserstandes stehen für Lebensereignisse und Schicksalsschläge. Ist die Belastung hoch, der Untergrund felsig und der Wasserstand niedrig, so braucht das Schiff eine besonders schützende Außenhaut. Darunter seien z.B. eine hohe antipsychotische Medikamentendosis und engmaschige therapeutische Kontrolle zu verstehen (ebd., S. 191-192). Beim Reifenmodell verdeutlicht eine dünne Stelle in einem unterschiedlich stark aufgepumpten Reifen (Luftdruck = Stress-, Belastungsniveau) die Vulnerabilität. Das Reifenventil steht für Möglichkeiten der Regulation des "Luftdrucks" durch Bewältigungsstrategien. Zusätzlich enthält diese Darstellung den Hinweis, dass die dünne Stelle (Vulnerabilität), "z.B. durch Medikation", dicker gemacht werden könne (Behrendt 2008, S. 190–193).

Alle diese Modelle ermöglichen theoretisch eine Berücksichtigung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren, welche Entstehung, Ausbruch und Verlauf der Erkrankung beeinflussen. Es besteht die Möglichkeit, ein bio-psycho-soziales Bild der Erkrankung zu vermitteln, wobei es sehr auf die konkrete Ausgestaltung der Vermittlung ankommt. Unter salutogenetischen Gesichtspunkten sind die Modelle zwar geeignet, Gesundheit und Krankheit als Kontinuum zu vermitteln, Bewältigungshandeln wird aber immer nur als Reaktion auf wachsende Belastung vorstellbar gemacht, also als Gegenmaßnahme auf eine pathologische Entwicklung. Tritt eine solche nicht ein, ergibt es in den oben genannten Bildern meist keinen Sinn, etwas Gesundheitsförderndes zu unternehmen. Lediglich in der beschriebenen, von Behrendt erweiterten Version des Waagenmodells, ließe sich das Erhöhen der Ressourcen als eine solche Maßnahme beschreiben¹³. Zum Einfluss auf das Kohärenzgefühl und seine Teilkomponenten lässt sich zunächst feststellen, dass es auch hier auf die konkrete Ausgestaltung der Vermittlung ankommt.

¹³ Was in diesem Bild aber unsinnigerweise zu einem Verlust des Gleichgewichts und somit möglicherweise zu psychotischer Dekompensation führen würde.

Während die Modelle schizophrene Erkrankungen in gewisser Hinsicht verstehbar machen und auch Bewältigungsstrategien implizieren, welche ein erhöhtes Gefühl der *Handhabbarkeit* erzeugen könnten, handelt es sich bei einem Autoreifen oder einer Waage doch um einen eher passiven Gegenstand. Bei den durch die Bilder implizierten und von Behrendt genannten Bewältigungsstrategien geht es meist darum, Stress zu reduzieren (Belastungen zu verringern), oder therapeutische Hilfe von Anderen zu bekommen (Medikamente, engmaschige therapeutische Kontrolle), eigene aktive Handlungsmöglichkeiten werden den Betroffenen m. E. auf diese Weise wenig deutlich. Dies scheint dem Gefühl der *Handhabbarkeit* eher abträglich und fördert bei Betroffenen eher den Eindruck eines passiven Ausgeliefertseins an die Erkrankung bzw. eines passiven Angewiesenseins auf therapeutische Hilfen.

Auch die Entscheidung, welche Themen in psychoedukativen Interventionen behandelt werden, wird Einfluss auf das Krankheitsverständnis haben, welches den Teilnehmenden durch solche Interventionen vermittelt wird. In ihrem Beitrag „Psychoedukative Informationsvermittlung: ‚Pflicht und Kür‘“, geben Josef Bäuml und Gabriele Pitschel-Walz (2008a) Empfehlungen zur Themenauswahl für psychoedukative Interventionen. Dabei plädieren sie für eine sukzessive Informationsvermittlung. Psychoedukation soll demnach grundlegende Informationen vermitteln (*Pflicht*). Auf der Grundlage dieses Wissens könnten die Teilnehmenden dann, bei einem entsprechenden Interesse, selbständig aufbauen und dieses grundlegende Wissen durch geeignete Maßnahmen wie Selbsthilfegruppen weiter vertiefen (*Kür*):

„während der basalen Informationseinheit stehen zunächst Fakten zur Diagnose, zur Symptomatik mit den unterschiedlichen Erscheinungsformen der Erkrankung, zu den ätiologischen Hypothesen mit Zusammenführung im multifaktoriell orientierten Vulnerabilitäts-Stress-Modell [...] und vor allem¹⁴ zur Begründung der Notwendigkeit einer ausreichend hoch dosierten und langfristig verabreichten antipsychotischen Medikation sowohl in der Akut- als auch in der anschließenden Rezidivprophylaxe im Vordergrund.“ (Bäuml und Pitschel-Walz 2008a, S. 117)

¹⁴ Hervorhebung durch mich, nicht im Originalzitat

Mit dem vorangestellten Hinweis, dass auf gewisse thematische Beschränkungen aus „zeitökonomischen Gründen“ und aufgrund der „reduzierten kognitiven Leistungsfähigkeit“ der Teilnehmer nicht verzichtet werden könne, führen Bäuml und Pitschl-Walz weiter aus, dass trotz dieser Umstände eine Sensibilisierung für Frühwarnzeichen und Kriseninterventionsmaßnahmen, die Hinführung zu einem multifaktoriellen Krankheitsverständnis wichtig sei um neben die Einsicht in die Notwendigkeit einer Pharmakotherapie (beschrieben im obigen Zitat), auch eine Akzeptanz für psychosoziale Maßnahmen zu erzeugen (ebd., S. 116 - 117).

In Hinblick auf die „individuellen Selbstkompetenz“ (im Sinne von möglichen individuellen Bewältigungsstrategien) konstatieren Bäuml und Pitschl-Walz, dass es von prinzipieller Bedeutung sei, auf deren Wichtigkeit hinzuweisen und solchen Themen auch Raum zu geben: „Solange der kleinste gemeinsame Nenner (multifaktorielles Ursachenbündel) mit einer doch überwiegend biologisch bedingten erhöhten Vulnerabilität gewahrt bleibt, so dass eine medikamentöse Basisbehandlung als Voraussetzung akzeptiert wird.“ (ebd.). Zu emotionalen Themen findet sich noch der Hinweis, dass sich die „sparsame Behandlung“ affektiv berührender Themen bewährt habe (ebd. S. 127). Diese Auszüge, die m. E. eine - mehr oder weniger - subtile Prioritätensetzung bei der Themenauswahl für psychoedukative Gruppenangebote nahe legen, bilden damit möglicherweise den Schlüssel zu der sehr umfassenden Tabelle, die in dem Beitrag enthalten ist (ebd., S. 118 - 126). Diese enthält Themen und Informationen, von denen, aus Sicht der Autoren, viele zum „Pflichtprogramm“ psychoedukativer Interventionen gehören sollen. Die Bandbreite der Themen reicht von medikamentöser Therapie und Nebenwirkungen über psychotherapeutische Verfahren und praktisches Handlungswissen - u. A. mit so potentiell komplexen Themen wie „Aufbau eines sozialen Netzwerks“ (ebd., S. 125) - bis hin zu emotionalen Themen wie „Angst vor Stigmatisierung“ und „Versagensgefühle“ (ebd.). Die Tabelle enthält 150 einzelne „Pflicht“-Elemente für Patienten¹⁵, die oft komplexe Sachverhalte repräsentieren, z.B. unter der Überschrift „Rechtliche Angelegenheiten“ das „Unterbringungsgesetz/

¹⁵ Womit hier direkt Betroffene im Gegensatz zu Angehörigen gemeint sind, für die es auch exklusive Themen gibt.

Psychisch-Kranken-Gesetz“ (ebd., S. 124) oder unter der Überschrift „*spirituelle Bedürfnisse*“ die Erörterung der „*Sinnfrage*“ (ebd.).

Betrachtet man die Pflichtinhalte laut Tabelle, ergibt sich zunächst das Bild einer umfassenden Abdeckung von biologischen, psychologischen und sozialen Themen. Es scheint jedoch nahezu unmöglich, bei einer mehrheitlichen Sitzungsdauer von 50 - 60 Minuten und einer, in der Praxis mehrheitlich vorherrschenden Anzahl von acht bis zwölf Sitzungen innerhalb einer psychoedukativen Intervention (siehe Kapitel 3.2) alle 150 „Pflicht“-Elemente auch nur ansatzweise zu vermitteln. Die beschriebenen Hinweise zur Themenauswahl legen m. E. eine Bevorzugung biologischer Aspekte (vor allem der Pharmakotherapie) nahe. Auch hier hängt es letzten Endes von der konkreten Auswahl und Gewichtung der Themen sowie der Art ihrer Vermittlung ab. Das Konsensuspapier bietet sehr viel Interpretationsspielraum an, was die zu vermittelnden Inhalte betrifft. In der angeratenen Gewichtung der Inhalte tendiert das Konsensuspapier zu einer höheren Gewichtung der biologischen Aspekte. Psychologische und soziale Themen werden als „zur Not verzichtbar“ dargestellt, bzw. es wird darauf verwiesen, dass die Betroffenen diese Themen bei Interesse selbständig vertiefen könnten. Dazu sollen sie durch die psychoedukative Intervention, nach Meinung von Bäuml und Pitsch-Walz, lediglich motiviert werden. Insgesamt ist das Konsensuspapier bemüht, ein möglichst integratives Leitbild zu vermitteln, bleibt jedoch so offen, dass es sehr auf die konkrete Auswahl der Themen durch die jeweiligen Gruppenleiter in der klinischen Praxis ankommt. Gleiches gilt für salutogenetische Aspekte. Einige Themen scheinen durchaus geeignet das Kohärenzgefühl zu fördern. So böte die Erörterung der Sinnfrage beispielsweise, potentiell die Möglichkeit die Komponente der *Bedeutsamkeit* zu fördern.

Da eine Konkretisierung - in Hinsicht auf die, in der Praxis psychoedukativer Interventionen zur Vermittlung des Krankheitsverständnisses ausgewählten Themen, die dazu genutzten Bilder und die dargestellten bio-psycho-sozialen Einflüsse und Zusammenhänge - zur genaueren Beurteilung unerlässlich erscheint, wende ich mich nun den beiden am häufigsten verwendeten Manualen zur Durchführung psychoedukativer Gruppeninterventionen im stationären Rahmen zu (siehe Kapitel 3.2). Dem PEGASUS-

Manual (Wienberg et al. 2013)¹⁶ und dem PTS-Manual (Kieserg und Hornung 1996)¹⁷. Im PEGASUS Manual werden mit dem „Drei-Phasen-Modell der Schizophrenie“¹⁸ und dem Konzept der Vulnerabilität bereits in der zweiten Stunde Krankheitsmodelle eingeführt welche explizit die Grundlage der weiteren Gruppenarbeit bilden. Dazu heißt es in einem Informationstext, welcher den Teilnehmenden vermittelt werden soll (so genannter „Moderatoren-Input“): *„dass es eine besondere Verletzlichkeit gibt, die Voraussetzung dafür ist, an einer schizophrenen Psychose zu erkranken“* (Wienberg et al. 2013, S. 68). Dies bedeute nun, dass jeder, der bereits einmal erkrankt sei, diese Verletzlichkeit in sich trage, *„und zwar von Geburt oder früher Kindheit an.“* (ebd.). Es folgt ein Hinweis, dass man davon ausgehen könne, dass jeder Mensch unter dem Einfluss bestimmter innerer und äußerer Belastungen eine Psychose entwickeln könne (ebd.). Die Verletzlichkeit habe niemals nur eine Ursache sondern entstehe aus dem Zusammenspiel vererbter Anlagen und später in der Lebensgeschichte liegenden biologischen und psychosozialen Einflüssen (ebd., S. 68-69). Die Verletzlichkeit bestehe also bereits vor der akuten Erkrankung und schlage sich vermutlich in der Hirnstruktur und im Hirnstoffwechsel nieder. Dabei handle es sich jedoch nicht um einen Hirnschaden und es bedeute nicht ständig "krank" zu sein (ebd., S.69). Zum akuten Ausbruch der schizophrenen Psychose müssten noch Auslöser (in Form von Belastungen) hinzukommen. Der weitere Krankheitsverlauf nach dem Erleben einer oder mehrerer akuter Psychosen könne sehr unterschiedlich sein (Wienberg et al. 2013, S. 68–70). Folgende Bedingungsfaktoren für die Entwicklung einer Vulnerabilität werden genannt: Erbliche Veranlagung, höheres Alter des Vaters, Entwicklung bis zur Geburt, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, Missbrauchserfahrungen, Cannabiskonsum, Migrationshintergrund, Aufwachsen in der Stadt (ebd., S. 82–85). Was die spezifische Beschaffenheit der Vulnerabilität bei Schizophrenien betrifft, findet sich im Manual eine Themeneinheit zur *„Störanfälligkeit der Informationsvermittlung“*, in der für die Schizophrenie typische Störanfälligkeiten bei der Informationsverarbeitung vermittelt und erarbeitet werden. Auch subjektiv erlebbare Aspekte der Vulnerabilität werden in dieser Einheit thematisiert

¹⁶ PEGASUS = **P**sychoedukative **G**ruppenarbeit mit schizophren **u**nd schizoaffektiv erkrankten Menschen)

¹⁷ PTS = **P**sychoedukatives **T**rainings für schizophrene Patienten

¹⁸ Hier bezieht sich das Manual auf das Drei-Phasen-Modell der Schizophrenie von Luc Ciompi (1989)

und mit den Teilnehmern diskutiert (vgl. ebd. S. 94). Zu den Belastungen, welche dem Modell nach zu einem Übergang in die akute Phase führen, lässt sich folgendes erfahren:

"Plötzliche oder andauernde Belastungen können bei einem für Schizophrenen verletzlichen Menschen Stress auslösen, ihn überfordern und damit in den Grenzbereich zu einer akuten Psychose bringen. Dabei muss es sich nicht um besonders schwerwiegende Belastungen (Schicksalsschläge) handeln. Auch Anforderungen alltäglicher Art können sich aufschaukeln und schließlich zu Überforderung führen." (ebd. S. 119)

Belastungen sollen durch die Teilnehmenden, in Form eigener Beispiele, gesammelt werden. Beispielhaft werden genannt: Leistungsdruck, Über- oder Unterforderung im Beruf, ständige Kritik oder auch Überfürsorglichkeit durch Angehörige. (vgl. ebd., S. 120). Die Einschätzung der eigenen Belastbarkeit sowie aktueller und absehbarer Belastungsfaktoren soll thematisiert und erprobt werden. (vgl. ebd. S.120-123). Handlungsmöglichkeiten bei Belastungen werden in zwei Themeneinheiten behandelt. Einmal in eher unkonkreter Form, wie dieser Auszug aus einem weiteren Moderatoren-Input zeigt:

*„Viele Überforderungssituationen lassen sich z.B. entschärfen indem man
-sich durch Ausweichen oder Vermeiden vor bestimmten Situationen schützt,
-sich Unterstützung bei anderen holt
-oder selbst aktive Lösungsversuche unternimmt
Was jeweils möglich und hilfreich ist, kann von Situation zu Situation und von Person zu Person unterschiedlich sein.“ (ebd., S.125)*

Verbunden mit dem Hinweis an die Teilnehmenden, dass jeder Betroffene schon solche Bewältigungsversuche unternommen habe, soll dann ein Gruppengespräch über Handlungsmöglichkeiten eingeleitet werden (vgl. ebd.). In einer späteren Stunde wird das Thema Bewältigungsmöglichkeiten noch einmal aufgegriffen. Es wird zwischen geeigneten und weniger geeigneten Bewältigungsmaßnahmen als Reaktion auf zuvor erarbeitete Frühwarnsignale unterschieden. Als Beispiele für geeignete Bewältigungsmaßnahmen werden genannt: regelmäßige Medikamenteneinnahme, Erhöhung der Dosierung, Arzt aufsuchen, Krankschreibung, Vermeidung komplexer Reizsituationen, Aufgaben reduzieren, vorausschauend planen, langsamer arbeiten, mehr Pausen, verminderte Leistungsfähigkeit akzeptieren, körperliche Bewegung (ebd., S. 226).

Der langfristige Verlauf schizophrener Erkrankungen und damit verbundene Einflussfaktoren, werden in einer eigenen Themeneinheit behandelt (ebd., S. 130 – 147). Die Teilnehmenden sollen darauf hingewiesen werden, dass der Verlauf schizophrener Erkrankungen häufig langfristig positiv ist, auch wenn das noch nicht jeder wisse, auch nicht jeder im Gesundheitsbereich Tätige (ebd., S.142). Es sollen unterschiedliche belastende und unterstützende Einflüsse mit den Teilnehmern erarbeitet werden. Als Beispiele werden hier soziale Einflüsse (wie z.B. Verständnis und unterstützende Begleitung durch wichtige Bezugspersonen) und Einflüsse der persönlichen Einstellung (z.B. Akzeptanz der eigenen Verletzlichkeit) genannt. (vgl. ebd. S. 134-136). Die Dopamin-Hypothese¹⁹ spielt im PEGASUS-Manual kaum eine Rolle. Einmal findet sie unter dem Stichwort „Gehirnstoffwechsel“ im Rahmen eines optionalen Inhalts über Bedingungsfaktoren und Störungen der Gehirnentwicklung kurz Erwähnung. (ebd. S 86) Ein weiteres Mal wird sie zur Erläuterung der Wirkweise von Antipsychotika herangezogen. (ebd. S. 158)

Insgesamt werden im PEGASUS-Manual viele bio-psycho-soziale Zusammenhänge deutlich vermittelt. Der Einfluss psychologischer und sozialer Faktoren insbesondere auf Ausbruch und Verlauf der akuten Erkrankung wird viel Raum gegeben. Es wird viel Wert darauf gelegt, sowohl Belastungen als auch Bewältigungsmöglichkeiten gemeinsam mit den Teilnehmern zu erarbeiten und so deren Erfahrungen einzubeziehen. In der Auswahl der Themen scheint das PEGASUS-Manual dabei recht ausgewogen. Das verwendete „Verletzlichkeits-Stress-Bewältigungsmodell“ bzw. „Drei-Phasen-Modell der Schizophrenie“ nach Ciompi (1989), und dessen Weiterentwicklungen (Wienberg et al. 2013, S. 120), vermittelt weitgehend ein Krankheitsmodell in dem die Bedeutung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren deutlich wird. Darüber hinaus gelingt es dem Manual anhand dieses Modells auch, Zusammenhänge zwischen den Ebenen zu verdeutlichen. Unter Gesichtspunkten der Salutogenese ist positiv anzumerken, dass das Manual auch auf positive, also Gesundheitsfördernde, Einflussfaktoren eingeht. Gesundheit und Krankheit werden durch eher als Kontinuum vermittelt. Grundsätzlich

¹⁹ Diese besagt, dass positive Symptome (z.B. Halluzinationen) mit einer Überproduktion des Botenstoffs Dopamin, im Gehirn von Menschen mit schizophrenen Störungen, in Zusammenhang stehen. (vgl. Köhler 1998, S. 77 - 78)

ist der Blick des Manuals jedoch häufig auf pathologische Entwicklungen gerichtet. Gesundheitsförderliches Verhalten wird den Teilnehmenden eher als Reaktion auf pathologische Entwicklungen vermittelt. In Bezug auf die Stärkung des Kohärenzgefühls scheint es eine besondere Stärke des Manuals, die Erfahrungen der Teilnehmer konsequent mit einzubeziehen. Es erscheint nachvollziehbar dass die vermittelten Informationen und Handlungsstrategien, auf diesem Wege von den Betroffenen in besonderem Maße als auf sich und ihr Leben bezogen erlebt werden können. Die Anerkennung und das Verständnis, welche in dieser Einbeziehung zum Ausdruck kommen, fördern die *Verstehbarkeit*, welche sich auch auf das Gefühl gründet, verstanden zu werden. Informationen und Handlungsstrategien, die auf diese Weise vermittelt werden und nach dem Eindruck der Betroffenen für deren Lebens- und Krankheitsbewältigung Bedeutung haben, fördern m. E. das Gefühl der *Handhabbarkeit*.

Im PTS-Manual (Kieserg u. Hornung 1996) wird das Vulnerabilitäts-Stress Modell anhand des oben beschriebenen einfachen Waagenmodells (*Belastungen* auf der einen, *Belastbarkeit* auf der anderen Seite der Waage) knapp eingeführt. Zur Entstehung der Vulnerabilität heißt es im so genannten „*Merkttext*“: „*Nun kann man fragen, woher es kommt, dass manche Menschen eine geringere Belastbarkeit haben [...]. Dies ist gleichbedeutend mit der Frage nach der Ursache der Erkrankung.[...] Heute weiß man, dass immer mehrere Gründe zusammenkommen müssen.*“ (Kieserg und Hornung 1996, S. 36)

Als mögliche Gründe für die Entstehung der Vulnerabilität - welche im obigen Zitat mit der Ursache der schizophrenen Erkrankungen gleichgesetzt wird - werden genannt: genetische Belastung, Schwierigkeiten bei der Geburt, Beeinträchtigungen bei der Entwicklung des Gehirns, Umwelt- und Erziehungseinflüsse in der frühen Kindheit. (vgl. ebd.) In einer späteren Sitzung wird das Wagen-Modell dann wieder aufgegriffen, um den Zusammenhang zwischen Belastungen und dem Auftreten einer akuten Psychose zu verdeutlichen. Die möglichen Belastungen werden mit den Teilnehmern erarbeitet, konkrete Beispiele oder Kategorien nennt das Manual kaum. Es lässt sich lediglich erfahren, dass Belastungen „*manchmal in besonderen Situationen der Überforderung und*

des ‚Stresses‘, manchmal aber auch bei Unterforderung, z.B. Arbeitslosigkeit oder Einsamkeit“ bestünden (ebd., S. 69). Es wird auch darauf hingewiesen, dass diese Belastungen auch schon eine längere Zeit vor dem Auftreten von Frühsymptomen bestanden haben können, dass es nicht eine spezifische Belastung sein muss, die Frühsymptome oder eine psychotische Dekompensation auslöst und dass es manchmal auch keine besonderen Belastungen gebe, nach denen dann auch nicht *„krampfhaft gesucht“* werden solle. Das Auftreten von Frühsymptomen könne dann auf eine Verringerung der Belastbarkeit zurückgeführt werden (ebd.). Das Waagenmodell wird im Manual außerdem genutzt, um mögliche Gegenmaßnahmen zu erläutern. Diese werden mit dem Begriff *„Belastungsregulation“* bezeichnet, und sollen den Teilnehmenden Folgendermaßen erläutert werden:

„Man kann versuchen, die Belastung zu verringern (Päckchen von der Waage wegräumen oder verkleinern) oder die Belastbarkeit zu erhöhen (sich, durch Erhöhung der Medikation, mit einem „dickeren Fell“ schützen), um damit Frühsymptomen und dem drohenden Rückfall entgegenzutreten.“ (ebd., S. 72)

Als weitere konkrete Beispiele für eine Belastungsregulation werden genannt: Gespräch oder Hilfe suchen, Rückzug und Ablenkung, intrapsychisches Coping, medikamentöse Maßnahmen. (vgl. ebd. S. 70). Zu Verlauf und Prognose der Erkrankung, lassen sich im PTS-Manual nur äußerst knappe Informationen finden. So sollen die Teilnehmenden etwa die Information erhalten, dass die Erkrankung nicht - wie man früher geglaubt habe - immer in einem sehr negativen Zustand enden müsse sondern, dass sie sehr unterschiedlich verlaufen und enden kann. Wie genau, lasse sich nicht voraussagen (Vgl. ebd., S. 36). Für das im PTS-Manual vermittelte Krankheitsbild scheint auch von nicht unerheblicher Bedeutung, wie Informationen über Behandlungsmöglichkeiten an Teilnehmende vermittelt werden sollen. In der ersten Hälfte der 4. Stunde des Manuals sollen mit den Teilnehmern Behandlungsmöglichkeiten gesammelt werden, welche dann vom Gruppenleiter um *„weitere relevante Behandlungsarten“* ergänzt werden sollen (ebd., S. 38). Es findet sich keine beispielhafte Auflistung, sondern lediglich der Hinweis für den Gruppenleiter, dass *„integrierend argumentiert“* werden solle. Deutlich werden, solle den Teilnehmenden dadurch:

„die ‚gute‘ und sinnvolle Absicht der verschiedenen Behandlungsansätze [...] wie die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Behandlung, die somato-, psycho- und soziotherapeutische Aspekte umfassen soll.“ (ebd., S. 38-39)

Darauf folgt eine Einführung in die medikamentöse Behandlung durch Psychopharmaka. Die Dopamin-Hypothese bildet im Manual ein zentrales Element bei der Vermittlung der Wirkweise von Neuroleptika an die Teilnehmenden (vgl. ebd., S. 40). Die nächsten sechs psychoedukativen Sitzungen sollen sich mit dem Thema *„Pharmakotherapie“* beschäftigen und enthalten ein verhaltenstherapeutisches Programm zur Selbstbeobachtung des Medikationsverhaltens, verbunden mit der aktuellen Befindlichkeit. Dabei soll den Teilnehmenden, unter anderem, der positive Einfluss regelmäßiger Medikamenteneinnahme auf die Rückfallhäufigkeit dargestellt werden (vgl. ebd., S.39-63).

Im PTS-Manual zeigt sich m. E. ein klarer Schwerpunkt auf biologische Aspekte der schizophrener Erkrankungen. Das knapp eingeführte Krankheitsmodell basiert auf dem Diathese-Stress-Modell nach Zubin und Spring und soll in Form des einfachen Waagenmodells knapp an die Teilnehmenden Vermittelt werden. Auch dieses Modell erlaubt zwar, theoretisch die Bedeutung psychologischer und sozialer Einflussfaktoren (in form von Belastungen) deutlich zu machen, diese Möglichkeit wird jedoch vom Manual nicht genutzt. Psychologische und soziale Einflussfaktoren werden kaum vermittelt, wenn doch bleiben sie eher abstrakt. Insgesamt wird die Bedeutung von Belastungsfaktoren tendenziell abgeschwächt. Die Formulierung, die Ursache der Vulnerabilität sei Ursache der Erkrankung (s.o.) vermittelt so beinahe das Bild einer Erbkrankheit. Die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Behandlung wird anfangs erwähnt, bleibt jedoch für den weiteren Verlauf der Sitzungen nahezu ohne Bedeutung. Der Fokus des Manuals liegt klar auf der medikamentösen Behandlung und der Steigerung der Medikamentencompliance.

Informationen über den langfristigen Verlauf der Erkrankung und mögliche Einflüsse darauf, beschränken sich auf die Rückfallhäufigkeit mit und ohne Neuroleptika. Die vermittelte Perspektive ist eine pathogenetische. Ressourcen spielen im Manual keine Rolle. Fraglich ist somit auch, inwieweit die vermittelten Informationen einen positiven

Einfluss auf das Kohärenzgefühl ausüben können. Es stellt sich die Frage: Wie handhabbar erscheint eine Erkrankung, die letztlich durch unumkehrbare Einflüsse entstanden ist und lediglich durch das Befolgen der ärztlichen Medikationsvorschriften, möglicherweise, beeinflusst werden kann?

Ein direkter Vergleich der beiden Manuale zeigt, dass sie sich erheblich in der Art, wie sie das Krankheitsbild vermitteln, unterscheiden, obwohl sich beide Manuale auf „das“ Vulnerabilitäts-Stress-Modell berufen. Während das PTS-Manual sich auf das „Diathese-Stress-Modell“ nach Zubin und Spring beruft (vgl. Kieserg u. Hornung 1996, S. 7), orientiert sich das PEGASUS-Manual eher an einem „Verletzlichkeits-Stress-Bewältigungsmodell“ bzw. „Drei-Phasen-Modell der Schizophrenie“ nach Ciompi (Ciompi 1989), und dessen Weiterentwicklungen (vgl. Wienberg et al. 2013, S. 120). Die Unterschiede zwischen den Manualen lassen sich auch darauf zurückführen, dass das PTS-Manual wesentlich älter ist (aktuellste Auflage von 1998) als das PEGASUS-Manual (aktuellste Auflage von 2013). Auf weitere mögliche theoretische Unterschiede der beiden Manuale (z.B. in Bezug auf die Zielsetzung der Manuale) sowie auf mögliche theoretische Vor- und Nachteile soll hier nicht näher eingegangen werden. Ebenso wird zugunsten der Praxisfokussierung darauf verzichtet, die korrekte Darstellung der genannten Krankheitsmodelle innerhalb der Manuale zu diskutieren. Vielmehr soll beurteilt werden, welchen Eindruck die vermittelten Informationen und die Art ihrer Vermittlung auf Teilnehmer psychoedukativer Gruppen machen. Es ist mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass bei den Teilnehmern ein je nach Manual unterschiedliches Bild der Erkrankung entsteht. Die Grundlagenliteratur, in Form des Konsensuspapiers, bleibt in dem, was sie zum vermittelten Krankheitsbild empfiehlt, eher offen und bietet verschiedene Vorschläge an. Es ist festzustellen, dass das PTS-Manual den im Konsensuspapier nahe gelegten „Pflicht“-Inhalten (vgl. Bäuml und Pitschel-Walz 2008a) weniger gerecht wird als das PEGASUS-Manual.

Im Konsensuspapier und in beiden im Rahmen dieser Arbeit untersuchten Manualen wird somit ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell sichtbar. Dies allerdings in sehr

unterschiedlicher, im Falle des PTS-Manuals eher geringer Ausprägung. Die salutogenetische Perspektive ist in der Grundlagenliteratur und im PEGASUS-Manual in Ansätzen zu erkennen. In weiten Teilen könnten bio-psycho-soziales Modell und Salutogenese aber noch stärker implementiert und deutlicher vermittelt werden. Als nächstes stellt sich somit die Frage, inwiefern eine Stärkung, dieser beiden grundlegenden Aspekte der Klinischen Sozialarbeit eine Antwort auf aktuelle Kritik an psychoedukativen Ansätzen darstellt.

Allgemein scheint es, dass Kritik an psychoedukativem Vorgehen nicht besonders verbreitet oder populär ist. Im Konsensuspapier lässt sich dazu praktisch kaum etwas finden, von Überlegungen zu Kontraindikationen bei einzelnen Patientengruppen einmal abgesehen. Kritik aus anderen Bereichen ist häufig allgemeiner Natur und wenig differenziert. Exemplarisch möchte ich zunächst zwei solche allgemeinen Kritikpunkte einbringen. In einem Beitrag zur Frage der Behandlung chronisch psychisch Kranker im Handbuch der psychiatriebezogenen Sozialpädagogik, erklären Marlene und Sebastian Stierl:

„Hinter Begriffen wie »Psychoedukation« steht in der medizinischen Nomenklatur häufig eine paternalistische Erziehung zum »richtigen« Verhalten und nicht ein emanzipatorisches Konzept der Selbsthilfe. Ein ganzheitliches Krankheitsverständnis zwingt jedoch zum Respekt vor der Einstellung, der Haltung und den Überzeugungen des Betroffenen - möglichst ohne Bewertung. In einem zweiten Schritt besteht die Kunst darin, einen gemeinsamen Nenner als Kompromiss zu erarbeiten. Dabei wird schnell deutlich, dass es hier nicht um eine Analogie zum optimalen Blutzuckerspiegel gehen kann. Vielmehr wird die ganze Komplexität einer Lebenssituation ggf. Einfluss auf das nehmen, was am Ende eines Prozesses der Einbeziehung von Angehörigen, unter Berücksichtigung der Lebensentwicklung, der Lebensphilosophie und der Haltung verschiedenen Hilfsmöglichkeiten gegenüber als wichtig und handlungsrelevant angesehen wird. Ein solches Vorgehen hat mit »Edukation« nicht viel gemein.“ (Stierl und Stierl 2012)

Stattdessen bevorzugen sie den von Thomas Bock entwickelten Ansatz der Psychoseseminare²⁰ bei dem, zugunsten eines gleichberechtigten Austauschs zwischen Betroffenen, Angehörigen und Professionellen, auf die systematische

²⁰ Mehr zu diesem Ansatz findet sich z.B. in (Thomas Bock 2005)

Informationsvermittlung von Professionellen an Betroffene und Angehörige vollständig verzichtet wird.

Auf die Gefahren der Vermittlung eines einseitig biologischen Krankheitskonzeptes, auch mit der guten Absicht der Entlastung von Schuldgefühlen bei Betroffenen und Angehörigen, weist Reinhardt Lüttjen hin:

„Ein von einer Psychose betroffenes Individuum mag sich vielleicht kurzfristig entlastet fühlen, aber es lernt sich nicht besser zu verstehen, wenn man ihm die Schizophrenie als physiologische Entgleisung verständlich zu machen versucht. Das (...) Salutogenese-Prinzip hebt als gesundheitsfördernden Faktor das Kohärenzgefühl hervor, das sich aus Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Bewältigbarkeit zusammensetzt. Die Vermittlung eines reduktionistischen biologistischen Krankheitsmodells, in dem eine psychotische Erkrankung als letztlich autonom ablaufender Organprozess charakterisiert wird, konterkariert dieses Prinzip der Salutogenese in krasser Form.“ (Lüttjen 2007, S. 198)

Obwohl beide Kritikpunkte nachvollziehbar sind, lassen sich aus ihnen nur schwer konkrete Verbesserungsvorschläge ableiten. In Bezug auf die Frage, ob eine stärkere Berücksichtigung bio-psycho-sozialer und salutogenetischer Sichtweisen Abhilfe schaffen könnte, ließe sich interpretieren, dass dies durchaus der Fall sein könnte. Dennoch scheinen die Kritikpunkte für sich genommen einseitig, wenig differenziert und eher dazu geeignet, die Psychoedukation als Behandlungsansatz grundsätzlich zugunsten anderer Ansätze abzulehnen. Einen differenzierten Blick auf die Risiken psychoedukativer Ansätze bietet eine 2012 erschienene, mehrperspektivische Studie der klinischen Psychologin und Psychotherapeutin Frederice Schmidt. Sie kommt auf der Grundlage der von ihr durchgeführten Studie mit quanti- und qualitativen Anteilen zu dem Ergebnis:

„... dass gerade der starke Fokus auf das biomedizinische Krankheitskonzept sowie der damit vermittelte oder erlebte Ausschließlichkeitsanspruch mit bestimmten Risiken für die biografische Krankheitsverarbeitung der Betroffenen einhergehen.“ (Schmidt 2012, S. 195–196). So konnte Schmidt etwa nachweisen, dass ein hohes Medikamentenvertrauen und eine hohe Krankheitseinsicht (also eine weitgehende Übernahme des medizinisch-psychiatrischen Krankheitsmodells) sowie die Vorstellung, dass Gesundheit zufallsabhängig sei, negative Prädikatoren für Lebensqualität und Selbstwert der

Betroffenen darstellen. Dies sieht Schmidt insbesondere deshalb kritisch, da die beiden ersten Punkte (Medikamentenvertrauen und Krankheitseinsicht) die einzigen subjektiven Aspekte sind, welche durch Psychoedukation, gemäß ihrer Studie, signifikant beeinflusst werden und Prädiktoren für Lebensqualität und Selbstwertgefühl darstellen (vgl. Schmidt 2012, S. 195). So kommt Schmidt zu dem Schluss:

„Diese Befunde weisen darauf hin, dass in der Psychoedukation Aspekte des Krankheitsverständnisses fokussiert werden, die einen negativen Einfluss auf das Selbstkonzept und die subjektive Lebensqualität haben können, während andere für das subjektive Wohlbefinden relevante Aspekte des Krankheitskonzeptes vernachlässigt werden.“ (ebd.)

Schmidt kommt außerdem zu dem Ergebnis, dass die im Bereich der Psychoedukation vertretene Auffassung, dass die Vermittlung eines medizinisch-psychiatrischen Krankheitsmodells bei den Betroffenen zu einem kohärenten, widerspruchsfreien Krankheitsmodell führt, welches für die Bewältigung der Erkrankung funktional ist, auf der Grundlage ihrer Studie anzuzweifeln ist (vgl. Schmidt 2012, S. 193.) Die Betroffenen würden viel mehr, in unterschiedlichen Zusammenhängen auf verschiedene Erklärungsmodelle zurückgreifen, welche sich zum Teil zwar widersprechen, jedoch *„unterschiedliche teilweise miteinander konfligierende Anforderungen der biographischen Krankheitsbewältigung erfüllen.“* Schmidt sieht darin eine notwendige Bewältigungsstrategie, da gerade durch dieses Nebeneinander von Modellen *„zentrale Aspekte der Identitätsarbeit in Anbetracht der Erkrankung“* gewährleistet werden (vgl. Schmidt 2012, S. 195–196). Vor diesem Hintergrund würden Betroffene dann dazu neigen, das medizinisch-psychiatrische Modell entweder sehr zu übernehmen oder aber es extrem abzulehnen. Beide Extreme seien für die Krankheitsbewältigung ungünstig. Im ersten Fall kann es zur Übernahme einer passiven Krankenrolle kommen. Im zweiten Fall zu einer völligen Verleugnung der Erkrankung mit der Folge, dass Behandlungsmöglichkeiten gar nicht wahrgenommen werden (Schmidt 2012, S. 195–196).

Erweitert man also die Perspektive von einer medizinisch gedachten „Heilung“ auf die einer Bewältigung der Erkrankung und bezieht subjektive Variablen wie z.B.

Lebensqualität mit ein, lässt sich, zugespitzt formuliert, erkennen: Die starke Suggestion des „Ausgeliefertsein“ an eine Gehirnstoffwechselerkrankung, bei der die regelmäßige Einnahme von Medikamenten und das Ertragen der Nebenwirkungen als einzige Hoffnung für die Betroffenen erscheint und ihnen nahe legt, fortan besser jede Anstrengung (Stress) zu vermeiden, hat negativen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung. Das Kohärenzgefühl wird geschwächt und den Betroffenen somit geschadet.

Wie im Abschnitt über das Modell der Salutogenese dargestellt, ist zur Bewältigung einer Erkrankung das Kohärenzgefühl von entscheidender Bedeutung. Es entscheidet unter anderem darüber, ob vorhandene Ressourcen von Betroffenen auch zur Bewältigung genutzt werden können. In der dargestellten Kritik wird deutlich, dass eine einseitige Vermittlung eines stark biologistisch ausgerichteten Krankheitskonzeptes die Bewältigungsfähigkeit schwächt, wodurch die Lebensqualität abnimmt. Theoretisch lässt sich dies, aus salutogenetischer Perspektive, mit einer Schwächung des Gefühls der *Handhabbarkeit* erklären. Wenn es sich bei der Erkrankung, aus Sicht der Betroffenen, um ein weitgehend biologisches Geschehen handelt, bei dem in erster Linie Medikamente helfen können (Medikamentenvertrauen), sind die erlebten Einflussmöglichkeiten gering. Die Ausschließlichkeit, mit der das Modell z. T. bei den Betroffenen aufgenommen wird, könnte auch dem Gefühl der *Bedeutsamkeit* abträglich sein, da den Betroffenen eine sinnstiftende Interpretation verschiedener Krankheitsaspekte vor dem Hintergrund ihrer Biografie erschwert wird. Darüber hinaus wird deutlich, dass viele möglicherweise förderliche Aspekte durch Psychoedukation bisher gar nicht adressiert werden. Eine Stärkung der bio-psycho-sozialen und salutogenetischen Sichtweisen innerhalb Psychoedukativer Gruppenangebote hat theoretisch das Potential, dieser Kritik zu begegnen und die Risiken für die Krankheitsbewältigung der Teilnehmer zu verringern, im besten Fall sogar die Kohärenzgefühle und Krankheitsbewältigung zu fördern.

4.1.3 Konsequenzen und Empfehlungen für die klinische Praxis

Die erste Empfehlung, die sich daraus für Klinische Sozialarbeiter ableiten lässt, ist, dass diese sich für eine Verwendung moderner Manuale einsetzen sollten. Wie oben

dargestellt, unterscheiden sich schon die beiden am häufigsten verwendeten Manuale erheblich. Das PTS-Manual scheint vor dem Hintergrund der betrachteten Kritikpunkte überholt, dennoch wird es in der Praxis häufig verwendet. Das PEGASUS-Manual hingegen scheint als inhaltliche Grundlage wesentlich besser geeignet.

Informationen vor allem danach auszuwählen, dass die Notwendigkeit ausreichender Medikation und Therapieteilnahme deutlich wird, wie es Bäuml und Pitschel-Walz im Konsensuspapier nahe legen, erscheint aufgrund der aufgezeigten Risiken für die Krankheitsbewältigung durch solches Fokussieren auf biomedizinische Aspekte eher fragwürdig. Insgesamt sollten Klinische Sozialarbeiterinnen sich gegen eine zu starke thematische Ausrichtung psychoedukativer Interventionen auf Medikamentenbehandlung und biologische Krankheitsaspekte zugunsten einer angemessenen bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise, engagieren. Es scheint empfehlenswert, Themen auszuwählen oder neue Inhalte einzubringen, welche geeignet sind, das Kohärenzgefühl der Teilnehmenden zu stärken und somit die Krankheitsbewältigung im Sinne der salutogenetischen Sichtweise zu fördern. So könnte beispielsweise ein Themenblock zu generalisierten Widerstandsressourcen innerhalb psychoedukativer Interventionen eine optimistische auf Gesundheit und vorhandene Ressourcen ausgerichtete Sichtweise einbringen. Ziel einer solchen zusätzlichen Einheit sollte es sein, die Bedeutung der generalisierten Schutzfaktoren mit den Gruppenteilnehmenden zu erörtern und ihnen Möglichkeiten zur Förderung dieser Ressourcen aufzuzeigen. Sinnvoll scheint es dabei, an vorhandene Ressourcen anzuknüpfen.

Eine weitere Empfehlung betrifft die Metaphern zur Vermittlung des Krankheitsbildes. Einerseits sollten diese anschaulich und eingängig sein. Dieser Forderung entsprechen die vorgestellten Metaphern weitestgehend. Andererseits sollten solche Bilder aber nicht so vereinfacht sein, dass wichtige Einflussfaktoren völlig missachtet werden. Es scheint ein Bild geboten, mit dessen Hilfe, der Nutzen von Bewältigungsstrategien für die Teilnehmenden nachvollziehbar gemacht werden kann. Diese Bewältigungsstrategien sollten über die Reduktion von Stress oder die Erhöhung der Medikation hinaus gehen. Eine geeignete Metapher sollte theoretisch auch in der Lage sein, die Komponente der

Handhabbarkeit des Kohärenzgefühls, bei den Teilnehmenden zu fördern, indem sie ihnen verdeutlicht, dass sie vorhandene Ressourcen aktiv zur Bewältigung von Belastungen einsetzen können.

Eine in solcher Art geeignete Metapher ist m.E. die von Moritz et al. in ihrem Metakognitiven Training (Moritz et al. 2011) verwendete Brand-Metapher: Die Vulnerabilität wird in dieser Metapher als Brennmaterial dargestellt. Eine schwere psychotische Episode entspreche einem Großbrand, welcher durch verschiedene Auslöser (Funken) zunächst klein beginne und sich dann ausbreite. Dabei können verschiedene langfristige Faktoren die Entwicklung der Psychose (des Brandes) beeinflussen, oder zur Aufrechterhaltung der Symptome beitragen (Brandbeschleuniger). Dem Betroffenen stehen demgegenüber Ressourcen in Form eines Feuerlöschers zur Verfügung, um die Psychosegefahr einzudämmen. Bei allen negativen Folgen eines Großbrandes lässt sich in der Metapher auch die positive Aussicht eines Neubeginns nach einem solchen Brandschaden transportieren (vgl. Moritz et al. 2011, S. 70).

Mittelfristig ist es wichtig, solche inhaltlichen Anregungen nicht nur in psychoedukativen Interventionen zu verwenden sondern diese auch weiter wissenschaftlich auszuarbeiten und zu evaluieren. Klinische Sozialarbeiterinnen sollten sich verstärkt in den wissenschaftlichen Diskurs um Psychoedukation einbringen. Evaluierte Methoden und theoretisch fundierte Konzepte könnten dann das argumentative Rüstzeug bilden, um entsprechende Änderungen in der klinischen Praxis durchzusetzen.

Nach diesen Empfehlungen zu inhaltlichen Aspekten von Psychoedukation soll nun die Form der Vermittlung dieser Inhalte beleuchtet werden. Ziel ist es auch hier, Anregungen aus dem Bereich der Klinischen Sozialarbeit für die Praxis psychoedukativer Gruppeninterventionen zu finden.

4.2 Methodische Aspekte

Das systematische Vermitteln von Informationen und eine Befähigung der Betroffenen zu einer verbesserten Bewältigung der Erkrankung gehören zu den Aufgaben Klinischer Sozialarbeiter, wenn diese mit der Durchführung psychoedukativer Gruppen betraut oder

an deren Durchführung beteiligt sind. Wie in Kapitel 4.1 gezeigt, sollten sie dabei Methoden und Techniken nutzen, welche geeignet sind, ein bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis zu vermitteln und das Kohärenzgefühl der Betroffenen zu stärken (oder zumindest nicht zu schwächen). Es stellt sich die Frage, welche der Klinischen Sozialarbeit eigenen Methoden ihnen dazu zur Verfügung stehen. Wie bereits in Kapitel 4. beschrieben existiert für den Bereich der Klinischen Sozialarbeit keine einheitliche Methodeneinteilung. Es scheint jedoch Einigkeit darüber zu herrschen, dass soziale Beratung eine grundlegende Methode der Klinischen Sozialarbeit darstellt. Ansen bezeichnet soziale Beratung bei Krankheit als „zentrale Handlungsmethode“ der Klinischen Sozialarbeit (Ansen 2008, S. 52). Zur Bearbeitung der Fragestellung werde ich auf eine umfassende Darstellung verschiedener theoretischer Hintergründe und Konzepte zu sozialer Beratung zugunsten einer stärkeren Orientierung an praktischen Aspekten verzichten. Ziel ist es, konkrete Anregungen für die Durchführung psychoedukativer Gruppenangebote herauszuarbeiten. Dazu sollen diejenigen Aspekte sozialer Beratung berücksichtigt werden, welche mit der Psychoedukation gemeinsame Ziele verfolgen oder diesen Zielen dienlich sein können. Hierzu bediene ich mich zunächst der Konzeption sozialer Beratung in der klinischen Sozialarbeit nach Ansen (2008). Diese liefert neben einer Zielbeschreibung, die eine inhaltliche Verbindung mit psychoedukativen Gruppenangeboten erlaubt, auch zahlreiche Empfehlungen zum praktischen Vorgehen. Gemäß diesen Empfehlungen sollen dann weitere Methoden und Techniken aufgezeigt werden, welche zu einer praktischen Umsetzung der Empfehlung geeignet erscheinen. Dieses eklektische Vorgehen soll nicht zu einer schematisch zu befolgenden Anleitung für Klinische Sozialarbeiter in psychoedukativen Interventionen führen, sondern zu einer Auswahl von Möglichkeiten, welche jeweils situationspezifisch angewendet werden können. Dies entspricht dem in der Sozialen Arbeit vertretenen Grundsatz, dass Methoden der Sozialen Arbeit grundsätzlich keine in sich geschlossenen Ziel-Mittel Systeme darstellen, sondern durch Offenheit und methodische Flexibilität gekennzeichnet sind (vgl. Galuske 2013, S. 159-160).

4.2.1 Subjektorientierung in der psychosozialen Beratung

Ansen weist darauf hin, dass die Weitergabe von handlungsbefähigenden Informationen und Wissen ein Ziel von sozialer Beratung in der Klinischen Sozialarbeit darstellt. Dabei hebt er die Bedeutung eines empathischen Umgangs mit Ratsuchenden besonders hervor. Das Anknüpfen an die Sichtweisen und Verstehensmöglichkeiten der Ratsuchenden ist für Ansen von zentraler Bedeutung (vgl. Ansen 2008, S 54). Im Zusammenhang mit der subjektiven Dimension von Krankheit weist er auf die Verbindung zwischen der persönlichen Wahrnehmung und Verarbeitung der Erkrankung auf der Betroffeneneseite und gesundheitsbezogenem Handeln hin. Auch die hohe Relevanz der Entwicklung einer angemessenen Wahrnehmung der Erkrankung durch den Betroffenen wird von ihm benannt. Diese Wahrnehmung habe unmittelbare Auswirkungen auf dessen Bewältigungsverhalten. Emotionaler Beistand, kognitive Unterstützung durch Rückmeldungen, Aufklärung und korrigierende Hinweise, sollen dazu beitragen, eine solche angemessene Wahrnehmung zu fördern. Im Zusammenhang mit der chronischen Dimension von Erkrankungen weist Ansen auf die weit reichenden Folgen von chronischen Erkrankungen hin, besonders im Bezug auf soziale Rollen und benennt besondere Herausforderungen an die Betroffenen. Dazu gehören - unter Anderem - Symptomkompensation und das Treffen von Behandlungsentscheidungen vor dem Hintergrund eines komplexen Versorgungssystems.

Als Ziele sozialer Beratung bei chronischen Erkrankungen nennt er: Hilfen zur Krankheitsverarbeitung, Förderung von Selbsthilfepotentialen, Angehörigenberatung, Training sozialer, kommunikativer und lebenspraktischer Kompetenzen und die Förderung der Motivation zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsangeboten. Im Beratungsgespräch gehe es um die Vermittlung und den Austausch von Wissen und Kompetenzen, zwischen Berater und Ratsuchenden (vgl. ebd. S.56).

Es ist offensichtlich, dass die Vermittlung von Informationen auch bei psychoedukativen Interventionen ein zentrales Element darstellt. Die Entwicklung einer angemessenen Wahrnehmung der Erkrankung auf Seite der Betroffenen ist ebenfalls ein Ziel psychoedukativer Interventionen, im Konsensuspapier als Aufbau eines funktionalen Krankheitskonzeptes bezeichnet (vgl. Bäuml und Pitschel-Walz 2008a, S. 4). Das Treffen

von Behandlungsentscheidungen vor dem Hintergrund eines komplexen Versorgungssystems findet seine Entsprechung in der Befähigung zur kompetenten Mit-Entscheidung bezüglich der Behandlungsoptionen (vgl. ebd.). Auch die Förderung bestimmter Kompetenzen (Verbesserung der Fähigkeiten zur Bewältigung von Krisen), sowie die Motivation zur Inanspruchnahme weiterer Behandlungsmöglichkeiten (Förderung der langfristigen Behandlungsbereitschaft bei den Patienten) sind laut Konsensuspapier Ziele psychoedukativer Interventionen (vgl. ebd.).

Ansen liefert konkrete Hinweise zur Intervention. Hier finden sich möglicherweise Anregungen für Sequenzen in psychoedukativen Interventionen, in denen es darum geht, die subjektive Sichtweise der Betroffenen mit einzubeziehen. Zur Ermittlung des Unterstützungsbedarfs unter Einbeziehung der subjektiven Sichtweise der Betroffenen empfiehlt Ansen offene Fragen mit direktiven Fragen zu kombinieren, um eine unangenehme Verhörsituation zu vermeiden. Weiterhin empfiehlt er den Einsatz von reflektierenden und ressourcenaufdeckenden Fragen sowie von Paraphrasen (auch im Sinne einer strukturierenden Zusammenfassung längerer Gesprächsabschnitte) unter dem Hinweis, dass diese Gesprächselemente auch Interventionspotential entfalten (Ansen 2008 S.59-60). Zur Beziehungsgestaltung empfiehlt Ansen dabei, Ratsuchende sollten haltgebende, motivierende und ermutigende Unterstützung durch Zuwendung und gezielte Intervention erhalten, bei der Beraterinnen ihr theoretisches Handlungswissen und berufliche Erfahrungen einbringen. Eine beobachtende, vergleichende und schlussfolgernde Haltung sei hilfreich (vgl. ebd.). Es finden sich auch Hinweise zu der Art, wie Informationen ausgewählt und vermittelt werden sollten: Ansen empfiehlt, Informationen präzise und knapp zu formulieren, so dass sie auf Anhieb verstanden werden können. Die Vorkenntnisse und die individuellen Verstehensmöglichkeiten der Ratsuchenden sollen gewürdigt werden. Informationen sollen zur Entscheidung und zur Handlung befähigen. Auf der Ebene der Förderung persönlicher Fähigkeiten steht, Ansen zufolge, zunächst die Aufklärung über die Krankheit und ihre Konsequenzen für die Patientinnen im Mittelpunkt. Dazu sollen ausgewählte Informationen vermittelt werden, die zu einem konstruktiven Umgang mit der Krankheit befähigen. Emotionaler Beistand, kognitive Unterstützung durch Rückmeldungen, Aufklärung und korrigierende Hinweise

können Ansen zufolge dazu beitragen eine angemessene Wahrnehmung der Erkrankung zu fördern. Eine gemeinsame Reflektion der krankheitsbedingten Veränderungen des Lebens im Alltag könne zu einer veränderten Haltung der Ratsuchenden und damit zur Stressreduktion beitragen. Als mögliche Themen werden negative Zukunftserwartungen und Ängste über Rollenveränderungen in Familie und Beruf benannt. Rückmeldungen des Beraters an Ratsuchende seien in dieser Phase hilfreich. Eine biographische Orientierung im Beratungsgespräch könne dazu dienen, dass Patientinnen eine Krankheit auch als Folge zu lange ertragener persönlicher Überlastung begreifen. Dazu werden von Ansen reflektierende und bilanzierende Fragen, so wie das Anbieten von Hypothesen durch die Beraterin empfohlen. Ansen, weist auch auf die Gefahr hin, dass sich Patientinnen in der Patientenrolle einrichten. Um diese Patientinnen zur Überwindung ihrer Angst vor Veränderungen zu bringen, legt Ansen persönliche Rückmeldungen und Reaktionen sowie abweichende Interpretationen nahe. (vgl. Ansen 2008, S.62-66).

In Ansens Empfehlungen zeigen sich viel versprechende Ansätze im Hinblick auf die Entwicklung eines zur Krankheitsbewältigung geeigneten Krankheitswissens, Informationsauswahl und -vermittlung, Kompetenz- und Motivationsförderung. Schlüsselement ist hier m. E. eine konsequente Orientierung an den Betroffenen in ihrer Lebenslage, welche im Weiteren mit dem Begriff „Subjektorientierung“ bezeichnet werden soll. Diese verwirklicht sich durch: Anknüpfen an die Sichtweisen und Verstehensmöglichkeiten der Betroffenen, gemeinsame Reflektion krankheitsbedingter Veränderungen, biographische Orientierung im Beratungsgespräch, all dies mit dem Ziel, eine angemessene Krankheitswahrnehmung, einen konstruktiven Umgang mit der Erkrankung, zu fördern und ein passives Einrichten in der Krankenrolle zu verhindern und Behandlungsentscheidungen treffen zu können.

4.2.2 Bisheriger Stellenwert in psychoedukativen Interventionen

Zu der Frage, ob dieser Aspekt psychoedukativen Interventionen etwas Neues hinzubringt, wird im Folgenden zunächst die Grundlagenliteratur, in Form des Konsensuspapiers, untersucht. Während Ansen für die soziale Beratung innerhalb der Klinischen Sozialarbeit Informationsvermittlung und Austausch gleichberechtigt

nebeneinander stellt und auf die besondere Bedeutung der subjektiven Sichtweisen und Verstehensmöglichkeiten der Betroffenen in Bezug auf die Entwicklung einer angemessenen Krankheitswahrnehmung hinweist, stellen Bäuml et al. den Zusammenhang zwischen Wissensvermittlung, Bewältigungsmöglichkeiten und Verstehensmöglichkeiten anders dar. Zunächst konstruieren Bäuml et al. dazu eine These zur Wirkungsweise von Psychoedukation:

„Der Kompetenzerwerb und das subjektive Gefühl, kompetent zu sein, besitzen eine positive Rückwirkung auf das Selbstvertrauen. Selbstvertrauen aktiviert die individuellen Ressourcen, und mit Blick auf das derzeit allgemein akzeptierte Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell sollte diese Zunahme an subjektiver Zufriedenheit zu einer Verringerung des Vulnerabilitäts-Niveaus führen. Geringere Vulnerabilität würde wiederum das Risiko einer Wiedererkrankung reduzieren. Direkt induktiv ließe sich daraus folgern, dass deshalb möglichst viel Wissen und möglichst viel spezifisches Know-how vermittelt werden sollten, um über diesen Mechanismus positiv auf den Krankheitsprozess einzuwirken.“ (Bäuml und Pitschel-Walz 2008a, S. 114)

Dass diese Rechnung nicht aufgehe, liege in der Hauptsache an bestimmten Defiziten bei den Betroffenen: *„... die krankheitsimmanenten formalen Denkstörungen limitieren den theoretisch wünschenswerten Wissenstransfer natürlicherweise.“* (Bäuml und Pitschel-Walz 2008a, S. 114). Bäuml et al. warnen vor den Gefahren einer Informationsüberflutung mit Krankheitsdetails, diese können zu Kontakt- und Behandlungsabbrüchen führen. Daraus folgt der Schluss:

„Die Förderung des Faktors 'Empowerment' muss deshalb sehr individuell dosiert erfolgen, die zu vermittelnde Information muss eng an das aktuelle psychopathologische Befinden, die kognitive Leistungsstärke, das Ausmaß von Nebenwirkungen, die individuell schwankende Motivationslage, das Krankheitskonzept und insbesondere auch an die aktuelle Krankheitseinsicht der Betroffenen adaptiert werden. (...) Nur durch eine gestufte Annäherung an das individuelle Belastungsvermögen der Patienten mit vorsichtiger Erarbeitung des kleinsten gemeinsamen Nenners ist es möglich, auch skeptische und ambivalente Patienten zur schrittweisen Annäherung bzw. Aussöhnung mit dem schulmedizinischen Krankheits- und Behandlungsmodell zu gewinnen.“ (Bäuml und Pitschel-Walz 2008a, S. 114)

Die subjektive Dimension wird hier in Form einiger Variablen berücksichtigt (psychopathologisches Befinden, kognitive Leistungsstärke, Motivationslage, Krankheitseinsicht etc.). Ansatzpunkt ist die Vermittlung des schulmedizinisch

gesicherten Wissens. Dieses müsse so bearbeitet und dosiert werden, dass es von den Betroffenen angenommen werden könne. Obwohl es sowohl bei Ansen als auch bei Bäuml et al. um die Entwicklung einer angemessenen Krankheitswahrnehmung und damit verbundenes Gesundheitsverhalten geht, werden unterschiedliche Wege verfolgt. Ansen setzt am Betroffenen an, dessen subjektive Sicht und besondere Lage macht er zum Ausgangspunkt. Bäuml et al. dagegen gehen von den zu vermittelnden Informationen aus. Sind diese richtig dosiert, angepasst an die genannten Variablen und werden mit einer „*supportiv therapeutischen Grundhaltung*“ vermittelt, können die Betroffenen sie aufnehmen und sich ein „*gesichertes schulmedizinisches Krankheits- und Bewältigungskonzept*“ aneignen (ebd., S. 115). Es besteht die Tendenz, jede Ablehnung des vermittelten Wissens als Krankheitsfolge zu interpretieren. In der Folge stellen Bäuml et al. vor allem Inhalte zusammen. Wie diese dann vermittelt werden, wird wenig konkret behandelt.

Es zeigen sich deutliche Unterschiede in der von Ansen empfohlenen Herangehensweise innerhalb der sozialen Beratung und der, von Bäuml und Pitschel-Walz vertretenen, Perspektive der Psychoedukation.

Im Konsensuspapier finden sich noch an anderer Stelle Hinweise darauf, dass es wichtig sei, die Sicht der Betroffenen mit einzubeziehen und ihr jeweiliges individuelles Krankheitsverständnis zu würdigen. Am deutlichsten werden im Beitrag „*Individualisierung und dialogische Dimension*“ von M. Bender (2008) Zusammenhänge zwischen individueller Krankheitswahrnehmung und der Befähigung zur Krankheitsbewältigung thematisiert, weshalb dieser Beitrag hier betrachtet werden soll. Die Berücksichtigung der subjektiven Sichtweisen und der Verstehensmöglichkeiten der Betroffenen fasst Bender unter dem Begriff „*Individualisierung*“ zusammen. Deren Bedeutung für Psychoedukation benennt Bender gleich im ersten Absatz, welcher wörtlich lautet: „*Die Individualisierung ist ein wichtiges Strukturelement im psychoedukativen Therapieprozess!*“ (Bender 2008, S. 130). Dieses Strukturelement finde sich in Konzepten und in der Praxis der Psychoedukation in unterschiedlicher Gewichtung wieder (vgl. ebd.). Unter Bezugnahme auf andere Beiträge im Konsensuspapier erklärt Bender, dass Individualisierung zu einer Förderung des individuellen

Selbstmanagements unter salutogenetischer Perspektive führen solle. Diese Individualisierung sei neben der Vermittlung allgemeingültiger Informationen insbesondere bei der Vermittlung von praktischem Handlungswissen wichtig, da die Betroffenen durch Individualisierung mit ihrem "[...] Befinden, Erleben und ihren Erfahrungen wahrgenommen und dort abgeholt werden, wo sie sich gerade befinden."(ebd. S. 132). Voraussetzung dieser Individualisierung sei es, dass in jeder Themeneinheit vor eine Phase der reinen Informationsvermittlung eine Phase tritt, in der Betroffene ihre eigenen Erfahrungen einbringen können. Im Anschluss an die Informationseinheit sollen zwei weitere Phasen folgen, in denen diese Erfahrungen systematisiert und mit dem allgemeinen Krankheitswissen verbunden werden. Praktisch sei diese Integration insbesondere durch das Bemühen eine gemeinsame Sprache zu entwickeln zu erreichen (ebd., S. 133). Er weist außerdem darauf hin, dass auch die nur teilweise erfolgte Übernahme oder Akzeptanz des medizinischen Krankheitsmodells, durch Betroffene ein Ausdruck der individuellen Aushandlung zwischen der Übernahme dieses Modells einerseits und dem individuellen Krankheitserleben und Biographie andererseits sein kann und gerade darum für die Betroffenen wirksam ist (ebd., S.134).

Zunächst einmal stimmt es skeptisch, dass Bender es offenbar für nötig hält, die Bedeutung der Individualisierung als Strukturelement gleich zu Beginn seines Beitrages mit einem Ausrufezeichen gewissermaßen „heraufzubeschwören“. In welchen Gewichtungen diese Dimension in der Praxis tatsächlich vorzufinden ist, wird also noch zu untersuchen sein, dies zumindest annähernd, durch ein Betrachten der beiden Manuale. Weiter fällt auf, dass kaum Aussagen darüber gemacht werden, wie die Phasen ausgestaltet werden sollten, in denen Betroffene ihre Erfahrungen einbringen, bzw. wie diese Erfahrungen systematisiert und mit dem allgemeinen Krankheitswissen in Zusammenhang gebracht werden sollen oder wie das Bemühen um eine gemeinsame Sprache geschehen soll.

Es ist somit zwar tendenziell eine Annäherung an die Subjektorientierung zu erkennen; auf Grund der fehlenden konkreten Hinweise zur Ausgestaltung der Individualisierung, so wie der fraglichen Gewichtung in der psychoedukativen Praxis scheint es aber nötig,

zur genaueren Beurteilung zunächst die Manuale auf diese Aspekte hin zu untersuchen, insbesondere vor dem Hintergrund der weiter oben aufgezeigten Unterschiede in der grundsätzlichen Herangehensweise in Bezug auf die Informationsvermittlung.

Im PEGASUS Manual finden sich Hinweise zu Methoden der Wissensvermittlung. Die am häufigsten genutzten sind Moderatoren-Input und Gruppengespräch. Während die Moderatoren-Inputs klar strukturierte, verständlich aufbereitete Informationen darstellen, welche durch die Moderatoren vermittelt werden sollen, solle es im Gruppengespräch darum gehen, Kenntnisse, Einstellungen, Bedürfnisse und Erfahrungen der Teilnehmer in den Gruppenprozess einzubringen. Zu bestimmten Themen solle der Erfahrungsaustausch der Teilnehmenden untereinander angeregt werden und das Gespräch könne so zur Reflektion und Verarbeitung des Moderatoren-Inputs dienen.

Während Inhalt und zeitlicher Umfang der Moderatoren-Inputs durch das Manual weitgehend festgelegt seien bzw. von den Moderatorinnen gesteuert würden, lasse sich die Dynamik der Gruppengespräche nur bedingt im Voraus abschätzen. Sie sei aus dem Prozess heraus zu moderieren und gegebenenfalls zeitlich zu begrenzen (vgl. Wienberg et al. 2013, S. 42–43). Gruppengespräche werden im PEGASUS-Manual jeweils am Ende einer Themeneinheit zur gemeinsamen Reflektion genutzt.

Zu den Inhalten der einzelnen Stunden werden dann Themen in Form einer Diskussionsfrage für das Gruppengespräch angeregt. Als Beispiel sollen zwei Gruppengesprächs-Einheiten zum Thema Pharmakotherapie dienen. Zum Thema *„Anwendung von Antipsychotika in der Akutbehandlung“* folgt nach einem Moderatoreninput, in dem der Nutzen des Einsatzes - Symptomunterdrückung und Beruhigung - beschrieben wird (ebd. S.161), ein Gruppengespräch mit den Diskussionsfragen: *„Welche Erfahrungen haben die Teilnehmenden mit Antipsychotika in der Akutbehandlung gemacht (Symptomunterdrückung, Beruhigung,...)?“* und *„Wann setzte gegebenenfalls die beruhigende und dämpfende, wann die symptomunterdrückende Wirkung ein?“* (ebd. S.163). Zu einem weiteren Gruppengespräch innerhalb dieser Themeneinheit lauten die Diskussionsfragen: *„Welche Erfahrungen haben die Teilnehmenden mit der Rückfallprophylaxe gemacht?“*, *„Erleben sie Antipsychotika als*

Schutz bei zu großer Dünnhäutigkeit?" und *„Können sie die rückfallvorbeugende Wirkung bei sich selbst nachvollziehen?“* (ebd., S.165). Dieses spezielle Gruppengespräch folgt einer Informationseinheit, in der die hohe Bedeutung der regelmäßigen Antipsychotikaeinnahme für die Rückfallprophylaxe thematisiert wird (vgl. ebd.).

Mit den Gruppengesprächen verfolgt das PEGASUS-Manual offenbar das Ziel, die subjektive Seite zu würdigen bzw., aus Sicht der Psychoedukation, den Aspekt der Individualisierung zu realisieren. Zusätzlich findet sich zu Beginn der Themeneinheiten, im Moderatoreninput jeweils die zu stellende Frage nach dem Vorwissen der Teilnehmenden zu den anstehenden Themen. Es fällt auf, dass die Gruppengespräche den Informationseinheiten nachgeordnet sind.

Das obige Beispiel eines Gruppengesprächs macht deutlich, wie die Fragen darauf abzielen, die zuvor gegebenen Informationen mit den persönlichen Erfahrungen der Gruppenteilnehmenden zu verbinden. Oft werden dazu eher direktive Fragen und Fragen nach Aufzählungen genutzt. Ein Anknüpfen an Verstehensmöglichkeiten der Betroffenen wird angestrebt, indem zunächst Vorwissen abgefragt wird, dann durch den Moderatoreninput Informationen vermittelt werden, welche abschließend in Gruppengesprächen mit persönlichen Erfahrungen der Teilnehmenden verbunden werden. Reflektionen über Krankheitsverlauf und krankheitsbedingte Veränderungen sind vorgesehen. Speziell zum Krankheitsverlauf gibt es einen eigenen Themenbereich (vgl. Wienberg et al. 2013, S. 130–147). Eine biographische Orientierung, die dazu führen soll, die Erkrankung auch als eine Folge von Überlastung zu erleben, wird in besonderem Maße durch die Darstellung und Diskussion lebensgeschichtlicher Einflussfaktoren bei Entstehung der Vulnerabilität (ebd. S. 68-85), beim Übergang in eine akute psychotische Episode (ebd. S. 90-103) und der besonderen Bedeutung von Stress, Belastbarkeit und Überforderung (ebd. S. 116 - 128) berücksichtigt. Zu der Gefahr, einer Einrichtung in der Krankenrolle und wie dieser ggf. zu begegnen wäre, finden sich keine Hinweise. Es gibt Hinweise zur Moderation der Gruppengespräche. Jedoch keinen Verweis auf bestimmte Gesprächs- oder Fragetechniken. Eine hilfreiche Haltung wird skizziert²¹, es finden sich

²¹ Eine „*Haltung*“, getragen von „*Respekt, Interesse, Anerkennung, Hoffnung und Ermutigung*“ (Wienberg et al. 2013, S. 31)

jedoch keine Hinweise wie diese umgesetzt werden kann. Stattdessen wird auf nötige „Erfahrung mit schizophren erkrankten Menschen“ und „psycho-therapeutische Basiskompetenzen“ verwiesen (ebd. S. 34).

Auch im PTS-Manual finden sich Anzeichen für eine Subjektorientierung im Sinne dieser Ausarbeitung. Ein definiertes Element wie die „Gruppengespräche“ des PEGASUS Manuals existiert jedoch nicht. Meist werden zu Beginn eines Themas Fragen nach dem Vorwissen in Form von Aufzählungsfragen gestellt. Die Antworten werden gesammelt und systematisch geordnet. An diese Grundlage soll die Informationsvermittlung dann anknüpfen. Abschließende Diskussionen über das vermittelte Wissen, und ein abschließender Erfahrungsaustausch sind grundsätzlich nicht vorgesehen.

Als anschauliches Beispiel soll hier die Themeneinheit zum Krankheitskonzept dienen. Hier werden die Teilnehmenden zunächst aufgefordert, ihre Vermutungen über die Entstehung und Auslösung ihrer Erkrankung zu nennen (vgl. Kieserg und Hornung 1996, S. 34). Die Nennungen sollen von der Gruppenleitung unterdessen in zwei Spalten, nach Auslösern und Ursachen geordnet, gesammelt werden, wodurch bereits das zu erarbeitende gemeinsame Krankheitskonzept vorbereitet würde (ebd.). Dies wird anschließend in Form des einfachen Waagenmodells eingeführt (ebd., S 35). Die unter „Auslöser“ gesammelten Begriffe werden dann der Belastungsseite dieses Modells zugeordnet, die „Ursachen“ der Seite der geringen Belastbarkeit (ebd.). Eine abschließende gemeinsame Reflektion findet nicht statt. Es lässt sich in gewisser Hinsicht ein Anknüpfen an Sichtweisen und Verstehensmöglichkeiten der Betroffenen erkennen. Auf die mangelnden Informationen zum Krankheitsverlauf im PTS-Manual wurde in dieser Arbeit bereits hingewiesen, damit entfällt auch die Möglichkeit der gemeinsamen Reflektion des möglichen Krankheitsverlaufs und damit verbundener Veränderungen. Eine biographische Orientierung lässt sich nur insofern erkennen, als dass die Teilnehmenden, teilweise, die Möglichkeit erhalten, von ihren vergangenen Krankheitserfahrungen zu berichten (z.B. ebd., S.28). Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass der Zusammenhang zwischen biologischen, psychischen und sozialen Belastungen und Krankheitsentstehung und -Verlauf im PTS-Manual nur wenig

vermittelt wird, so dass die Möglichkeit einer biographischen Orientierung eher schwach ausgeprägt ist. Insgesamt sei hier noch einmal auf die bereits beschriebenen Defizite des PTS-Manuals hingewiesen, welche in der aufgezeigten Weise eine angemessene Krankheitswahrnehmung und einen konstruktiven Umgang, aus salutogenetischer Perspektive, gefährden.

Abschließend lässt sich aussagen, dass die beschriebene Subjektorientierung in der psychoedukativen Praxis ansatzweise vorhanden ist - je nach genutztem Manual in stärkerer oder schwächerer Ausprägung. Interessant ist, dass es mit der Individualisierung im Bereich der Psychoedukation ein ähnliches Element gibt. Dieses scheint bisher in unterschiedlichem jedoch insgesamt eher geringem Maß in der typischen psychoedukativen Gruppe angekommen zu sein. Durch welche konkreten Methoden, Gesprächs- oder Fragetechniken die Subjektorientierung zu verwirklichen ist, ist eine weitgehend unbeantwortete Frage, so dass der Schluss zulässig erscheint, dass psychoedukativen Gruppeninterventionen durch eine stärkere Subjektorientierung durchaus etwas Neues hinzukommt.

Zu der Frage, ob die (in Kapitel 4.2.1) skizzierte Subjektorientierung zur Behandlung schizophrener Erkrankungen geeignet ist und ob sie eine mögliche Antwort auf aktuelle Kritik an psychoedukativen Programmen darstellt, lässt sich zunächst feststellen, dass sie in Teilen bereits realisiert und durch den oben beschriebenen Ansatz der Individualisierung innerhalb der Literatur zur Psychoedukation auch theoretisch begründet ist. Individualisierung ist dabei auch als eine Antwort auf Kritik an paternalistischer Psychoedukation (wie die oben angeführte durch Stierl und Stierl) zu verstehen. Auch Reinhart Lütjen stellt aus seinem subjektorientierten Ansatz der Psychosenbehandlung heraus an psychoedukative Interventionen die Forderung, dass sie es:

„... den Betroffenen ermöglichen, sich mit ihren Erlebnissen und Leidensgeschichten in dem Sinne verstanden und anerkannt zu fühlen, dass ihnen daraus neue Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten für den Umgang mit sich selbst und anderen erwachsen.“
(Lütjen 2007, S. 197)

Schmidt empfiehlt auf der Grundlage der (bereits in Kapitel 4.1.2 vorgestellten) Studie zu Nutzen und Risiken psychoedukativer Interventionen ein individuelles, am Subjekt und seiner Biografie orientiertes Vorgehen in der Psychoedukation. Die jeweilige Entwicklungsrichtung (hin zu einem angemessenen Krankheitsverständnis) müsse individuell und differenziert beurteilt werden, sie sei nicht für alle gleich und dürfe nicht vorschnell an Konzepten wie Krankheitseinsicht oder Medikamenten-Compliance festgemacht werden (vgl. Schmidt 2012, S. 208). Abschließend lässt sich feststellen, dass die skizzierte Subjektorientierung zur Behandlung der schizophrenen Erkrankungen im Rahmen psychoedukativer Interventionen geeignet und vor dem Hintergrund aktueller Kritik auch geboten scheint. Obwohl solche Ansätze auch im Konsensuspapier beschrieben und gefordert werden, scheinen sie in der psychoedukativen Praxis noch ungenügend Eingang gefunden zu haben. Dies könnte auch daran liegen, dass es an konkreten Methoden zu ihrer Realisation fehlt. Hier könnten die Anregungen aus der sozialen Beratung für die psychoedukative Praxis gewinnbringend sein.

Als ein möglicher Einwand kann die Tatsache gelten, dass die von Ansen aufgestellten Empfehlungen nicht speziell auf schizophrene Erkrankungen, nicht einmal speziell auf psychische Erkrankungen bezogen sind (vgl. Ansen 2008, S.51). Bestimmte Elemente könnten also aus störungsspezifischer Sicht ungeeignet sein, dies muss bei der weiteren Auswahl sinnvoller Gesprächs- und Fragetechniken berücksichtigt werden. Stefan Kingberg und Andreas Wittorf haben therapeutische Manuale auf schizophreniespezifische Aspekte der Behandlung untersucht. Dabei haben sie sich auf solche Manuale beschränkt, die in evidenzbasierten Behandlungsleitlinien zur Schizophreniebehandlung empfohlen werden (vgl. Kingberg und Wittorf 2013, S. 316). Störungsspezifisch sei demnach Misstrauen, welches schizophren Erkrankte der Welt im Allgemeinen und Therapeuten im Besonderen häufig entgegenbringen, sowie eine durch die Negativsymptomatik bedingte Initiativlosigkeit, darüber hinaus kognitive Defizite und eine eher geringe soziale Kompetenz (vgl. ebd., S. 323-324). Therapeuten werde empfohlen diesen Besonderheiten durch eine hohe Transparenz des Vorgehens, die aktive Beteiligung an Entscheidungsprozessen, sowie expliziter Meta-Kommunikation über Aspekte der Zusammenarbeit (Misstrauen), erhöhte therapeutische Aktivität

(Initiativlosigkeit), eine einfache Sprache mit überschaubaren Botschaften, das Vermitteln komplexer Informationen in strukturierter Weise und mit vielen Wiederholungen (kognitive Defizite) zu begegnen (ebd.). Die geringen sozialen Kompetenzen sollten dem Behandelnden bewusst sein, damit nicht ungeschickte oder irritierende Interaktionsangebote als Krankheitssymptom oder mangelnde Zusammenarbeit wahrgenommen werden (ebd.). Als weitere störungsspezifische Aspekte führen Klingberg und Wittorf eine eingeschränkte Fähigkeit der Wahrnehmung von Belastungen (vgl. ebd. S. 324) und kognitive Verzerrungen (bis hin zu wahnhaftem Erleben, z.B. Verfolgungswahn.), sowie generalisierte Misserfolgserwartungen an (vgl. ebd.). Neben wichtigen zu berücksichtigenden störungsspezifischen Merkmalen geben die Autoren damit auch Hinweise auf weitere nützliche Techniken, welche im weiteren Verlauf dieses Textes aufgegriffen werden sollen.

Bäumli und Pitschel-Walz weisen außerdem noch auf einen störungsspezifischen Grundsatz in psychoedukativen Interventionen hin. Dieser besage, dass in der postakuten Phase schizophrener Störungen, eine „*Affektaktualisierung mit emotionaler Überstimulierung*“ vermieden werden sollte (vgl. Bäumli und Pitschel-Walz 2008a, S. 127). Auch diese verringerte emotionale Belastbarkeit, soll bei der weiteren Auswahl und Beurteilung von Techniken berücksichtigt werden.

Im Verlauf psychoedukativer Interventionen kann es durch Fragen oder Reaktionen der Teilnehmer immer wieder zu Situationen kommen, die denen einer Beratung ähneln. Insbesondere lassen sich m. E. zwei Sequenzen erkennen, welche gemäß Benders Forderungen in jeder psychoedukativen Themeneinheit vorkommen sollten. Zum Einen eine Phase, in der das Vorwissen der Teilnehmenden zum jeweiligen Thema ermittelt wird, um daran anzuknüpfen. Zum Anderen eine Reflektionsphase, in der die neuen Erkenntnisse in der Gruppe gemeinsam reflektiert werden. Die Anregungen aus der sozialen Beratung und die daraus entstehenden Implikationen sollen im Folgenden praxisnah auf diese Sequenzen bezogen werden. Diese Trennung in Sequenzen ist dabei eine theoretische. Es ist zu erwarten, dass es in der Praxis keine ganz klare Trennung zwischen den beschriebenen Sequenzen geben kann.

4.2.3 Konsequenzen und Empfehlungen für die klinische Praxis

Für die Sequenzen innerhalb psychoedukativer Themeneinheiten, in denen zunächst das Erfahrungswissen der Teilnehmer ermittelt werden soll, mit der Absicht darauf aufbauend Informationen zu einem neuen Thema zu vermitteln, scheinen Ansens Empfehlungen zur Ermittlung des Unterstützungsbedarfs geeignet, um daraus Schlüsse für eben diese Sequenzen zu ziehen. Bevor ich nun Konsequenzen aus diesen Empfehlungen ableite, sollen diese wiederholt werden um das Verständnis zu erleichtern. Ansen empfiehlt: Eine Kombination aus offenen und direktiven Fragen, der Einsatz reflektierender und ressourcenaufdeckender Fragen sowie der Einsatz von Paraphrasen, all dies in Verbindung mit einer beobachtenden, schlussfolgernden und vergleichenden Haltung.

Direktive Fragen können dazu dienen, auch Denjenigen eine Beteiligung zu ermöglichen, für die die Beantwortung einer offenen Frage eine zu große Herausforderung darstellt (vgl. Sickendiek et al. 1999, S. 130). Dies gilt es in psychoedukative Gruppen mit schizophren Erkrankten zu beachten, welche aus kognitiven Einschränkungen heraus, aufgrund geringer sozialer Kompetenzen, oder aus einer misstrauischen Grundhaltung heraus durch offene Fragen überfordert sein könnten. Dennoch scheint grade das Stellen von offenen Fragen, bei denen die Teilnehmenden Gelegenheit zur differenzierten Schilderung erhalten, geeignet, dem Fragesteller einen Eindruck des Vorwissens zu vermitteln und direkt an dieses anzuknüpfen. Die Frage „Woran haben Sie zunächst bemerkt, dass etwas mit Ihnen nicht stimmt“, wird andere Antworten zur Folge haben als die eher direktive Frage: „Welche frühen Symptome haben Sie zu Beginn Ihrer Erkrankung bei sich bemerkt?“. Sollte es dann gelingen, in den geschilderten Veränderungen Symptome zu erkennen, können diese vom Moderator aufgegriffen, benannt und systematisiert werden. Idealerweise würden andere Gruppenmitglieder ihre persönlichen Erfahrungen in den Schilderungen wieder finden. So käme es zu einer Sammlung einiger typischer Symptome, welche in einer anschließenden Phase der Informationsvermittlung weiter systematisiert und ergänzt werden könnten um so schließlich das Erscheinungsbild der schizophrenen Erkrankungen und ihre diagnostischen Unterformen (paranoide Schizophrenie, hebephrene Schizophrenie, etc) vorzustellen. So würde auch die von Bender geforderte Übersetzung in eine gemeinsame

Sprache (s. o.) gewährleistet. Was hier beispielhaft für die Themeneinheit „*Symptome der Erkrankung*“ aufgezeigt wurde, ließe sich in ähnlicher Form für nahezu jeden Themenblock psychoedukativer Manuale realisieren, da die Teilnehmenden zu jedem Thema bereits Erfahrungswissen besitzen. Zur Unterstützung und auch Lenkung bei der Beantwortung offener Fragen durch Teilnehmende kann die Paraphrasetechnik hilfreich sein. Ursel Sickendiek et al. zeigen auf, dass sich in der sozialen Beratung vier Arten der Paraphrasetechnik unterscheiden lassen. Bei der Wiederholung handelt es sich um die Wiedergabe einer Klientenaussage durch den Berater, bei der dieser in eigenen, klareren und konkreteren Worten das Gesagte prägnant auf den Punkt bringt. In einer Reflektion nimmt der Berater Bezug auf die in einer Klientenaussage implizit oder explizit enthaltenen Gefühle und verbalisiert diese. Beim Aufgreifen nicht verbalen Verhaltens macht der Berater Mimik, Körperhaltung oder Handlungen des Klienten zum Thema und versucht dahinter stehende Gefühle wiederzugeben. In der Zusammenfassung schließlich fasst der Berater Klientenaussagen, die in einem bestimmten Zeitraum gemacht wurden, zusammen und resümiert diese (vgl. Sickendiek et al. 1999, S. 130–131).

Bei der Durchführung psychoedukativer Gruppenangebote scheinen insbesondere die Wiederholung und die Zusammenfassung geeignete Paraphrasetechniken, um den Teilnehmenden strukturierende Hilfen bei ihren Schilderungen zu geben, um so möglichen, schizophreniespezifischen kognitiven Einschränkungen gerecht zu werden. Darüber hinaus lassen sich durch Wiederholung und Zusammenfassungen die Schilderungen der Teilnehmenden lenken, indem bestimmte Aspekte in der Paraphrasierung hervorgehoben oder weggelassen werden. Dies ist hilfreich, um das Aufkommen all zu belastender Themen zu verhindern. Dabei ist eine besondere Aufmerksamkeit, seitens der moderierenden Person gefragt, da die Teilnehmenden aufgrund störungsspezifischer Einschränkungen möglicherweise selbst nicht in der Lage sind, die belastenden Auswirkungen ihrer Schilderungen für sich und andere zu erkennen. Daher sollten auch Reflektion und das Aufgreifen nicht verbalen Verhaltens sparsam und mit Bedacht eingesetzt werden, um die Teilnehmer vor einer Überflutung durch negative Gefühle zu bewahren und eine Häufung von selbstabwertenden Aussagen

zu verhindern. Dabei kann auch der Einsatz von Ressourcenaufdeckenden Fragen helfen, um das Augenmerk der Teilnehmenden auf positive Aspekte ihrer Krankheitsgeschichte zu lenken, eine hoffnungsvolle Perspektive zu fördern und so die störungsspezifischen generalisierten Misserfolgserwartungen aufzuweichen. Der Sozialpädagoge und Psychotherapeut Jürgen Beushausen gibt in seinem Beitrag "Ressourcenfokussierung in Psychosozialen Krisen" einige nützliche Beispiele solcher Fragen, wie: *„Welches Verhalten von anderen hat Ihnen geholfen?“*, *„Was tun oder taten Sie, um hilfreiche Personen zu bewegen, Ihnen zu helfen?“*, oder *„Was sind Ihre Bewältigungsstrategien was hat Ihnen bei Schwierigkeiten schon einmal geholfen?“* (Beushausen 2014, S.128).²² Sollte es mit diesen eher sanften Mitteln der Gesprächsführung nicht gelingen belastende Schilderungen von Teilnehmenden zu verhindern ist eine aktive, strukturierende Einflussnahme erforderlich.

Wolfgang Widulle beschreibt in einer Übersicht über Gesprächstechniken in der Sozialen Arbeit (Widulle 2012) Situationen, die ein solches Eingreifen erforderlich machen. Eingreifen sei z. B. erforderlich, um Schaden abzuwenden, wenn einzelne Teilnehmer das Gespräch zu stark dominieren oder wenn das Gespräch sich im Kreis dreht. Das Gespräch sollte in den beschriebenen Situationen von der Metaebene aus unterbrochen werden (z.B. durch eine Aussage wie: "Ich möchte Sie hier mal unterbrechen, das gefällt mir so nicht."), um es in eine andere Richtung zu lenken (Widulle 2012, S. 110). Dieses Vorgehen kann auch bei der Durchführung psychoedukativer Gruppen in den beschriebenen Situationen hilfreich sein wenn die zuvor dargestellten sanfteren Techniken keinen Erfolg dabei zeigen, Teilnehmende daran zu hindern sich selbst oder andere durch belastende Schilderungen zu überfordern, oder wenn einzelne Teilnehmer zu viel Redezeit für sich in Anspruch nehmen.

Die von Ansen empfohlene beobachtende, schlussfolgernde und vergleichende Haltung, kann neben der schlussfolgernden Übersetzungsarbeit zusätzlich durch das Aufzeigen von Gemeinsamkeiten in den Schilderungen verwirklicht werden. Unter störungsspezifischen

²² Darüber hinaus bietet der Beitrag eine gute Übersicht über verschiedene Ressourcen und deren Kategorisierung. Eine genauere Darstellung würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, zur Vertiefung sei er jedoch empfohlen

Gesichtspunkten scheint es hilfreich, den Aspekt der Beobachtung um ein erhöhtes Maß an Initiative zu ergänzen, um der Initiativlosigkeit der Teilnehmenden zu begegnen und diese so zur Beteiligung anzuregen. Dies könnte etwa durch die beispielhafte Schilderung typischer Erfahrungen durch den Moderator realisiert werden. In dem von Thomas Bock herausgegebenen Buch "Stimmenreich" findet sich eine Art Übersetzungstabelle für psychotische Symptome in Alltagssprache, welche gemeinsam mit Betroffenen erarbeitet wurde. In dieser lassen sich Beispiele solcher typischer Erfahrungen finden (Bock et al. 1994, S. 77–93).

Eine besondere Herausforderung stellt in diesen Sequenzen der Ermittlung des Erfahrungswissens die mögliche misstrauische Haltung der Teilnehmenden dar. Die Moderatorin sollte deshalb um Transparenz bemüht sein und darum, sein/ihr Vorgehen sowie den Sinn der einzelnen Schritte und Fragen den Teilnehmenden in einfacher klarer Sprache zu vermitteln. Vor allem dann, wenn strukturierend oder begrenzend in das Gespräch eingegriffen wird, sollte erklärt werden, warum dies nötig ist. Dies gilt in besonderem Maß für die ersten Gruppensitzungen, da sich eine vertrautere Gruppenatmosphäre erst im Verlauf einer psychoedukativen Intervention einstellen kann. Der von Ansen empfohlene Beziehungsaufbau durch Zuwendung und gezielte Intervention lässt sich nur zum Teil auf psychoedukative Gruppenangebote anwenden. Schnelle und von den Betroffenen als hilfreich und entlastend erlebte Interventionen, wie sie in der sozialen Beratung möglich sind, lassen sich hier kaum realisieren. Es bleibt die Möglichkeit einer zugewandten, empathischen, haltgebenden, motivierenden und ermutigenden Beziehungsgestaltung, in der Hoffnung, das vorhandene Misstrauen langsam abzubauen. Hal Arkowitz und William R. Miller stellen das aus der klientenzentrierten Therapie nach Carl Rogers entlehnte Prinzip des Empathie Ausdrückens und seine Bedeutung für die Motivierende Gesprächsführung vor. Demnach strebt es ein empathischer Therapeut an, die Welt aus dem Blickwinkel des Klienten zu erleben, zunächst ohne zu urteilen oder Kritik zu üben. Damit sei nicht gemeint, dass der Therapeut alle Verhaltensweisen des Klienten für gut befindet. Vielmehr gehe es darum zu erkennen, warum das Verhalten des Klienten aus dessen Sicht heraus sinnvoll und

nachvollziehbar ist (vgl. Arkowitz und Miller 2010, S. 5). Umgesetzt wird dieses Ausdrücken von Empathie durch reflektierendes Zuhören (vgl. ebd. S.8), einer Technik, die der weiter oben beschriebenen Paraphrasetechnik sehr ähnlich ist. Um den Klienten zusätzlich zu ermutigen, seien Aussagen hilfreich, die dem Klienten Bestätigung und Anerkennung signalisieren, etwa durch Bemerkungen, wie: "Es erfordert schon viel Mut, so etwas zu machen." (ebd.). Eine empathische Haltung kann auch in der psychoedukativen Gruppenarbeit, durch das nicht urteilende Verstehen der/des Moderators und durch das Ausdrücken von Anerkennung umgesetzt werden und so eventuell helfen, das störungsspezifische Misstrauen der Teilnehmenden aufzuweichen. Neben diesen Möglichkeiten scheint es von Vorteil, wenn die Moderatorin den Teilnehmenden bereits aus anderen Behandlungszusammenhängen als vertrauenswürdig bekannt ist. In diesem Zusammenhang ist auch auf die hohe Bedeutung einer geschlossenen Gruppe hinzuweisen. Eine in beschriebener Weise subjektorientierte psychoedukative Gruppe ist als offenes Gruppenangebot m. E. sehr schwer zu realisieren. Hier ist von Klinischen Sozialarbeiterinnen in langfristiger Perspektive auch eine Einflussnahme auf die Rahmenbedingungen erforderlich, da in der 2008 veröffentlichten Umfrage von Rummel-Kluge et al. 64% der befragten Kliniken angaben, offene Gruppen durchzuführen (Siehe Kapitel 3.2).

Für Sequenzen der gemeinsamen Reflektion über behandelte Themen scheinen die von Ansen gegebenen Empfehlungen (zur Reflektion) geeignet. Zur Wiederholung: Rückmeldungen, eine biographische Orientierung, reflektierende und bilanzierende Fragen, sowie das Anbieten von Hypothesen werden hier von Ansen empfohlen. Sollte die Gefahr sichtbar werden, dass Betroffene sich in der Krankenrolle einrichten, empfiehlt Ansen persönliche Rückmeldungen und das Anbieten abweichender Interpretationen. Die Teilnehmenden sind in diesen Sequenzen aufgefordert, die besprochenen Themen vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Erfahrungen zu reflektieren. Eine reflektierende Diskussionsfrage könnte hier in Anknüpfung an das weiter oben gebrauchte Beispiel lauten: „Wie empfinden die Teilnehmenden die Einordnung in eine solche diagnostische Kategorie. Was kann eine solche Einordnung

bewirken?“. Neben den bereits beschriebenen Techniken (Paraphrasetechniken, strukturierende Einflussnahme) können hier Rückmeldungen von Moderatorseite angebracht sein. Sickendiek et al. beschreiben das Rückmelden als eine Vorgehensweise, bei der der Klient vom Berater Informationen über sich und sein Verhalten erhält. Dabei würden, beispielsweise in gemeinsamen Reflektionen, Feedback, Beurteilungen und Bewertungen vermittelt (vgl. Sickendiek et al. 1999, S. 125). Dieses Vorgehen scheint auch in reflektierenden Sequenzen psychoedukativer Gruppeninterventionen geeignet. Ziel wäre in diesem Beispiel, Nutzen und Risiken von Diagnosen zu verdeutlichen. Die Gefahr der Stigmatisierung sollte genau so Ernst genommen werden wie die durch eine Diagnose z. T. erlebte Entlastung, welche daher rührt, dass die Diagnose für Betroffene auch eine Erklärung für bisher unverständliches Erleben bieten kann. Auch die Tatsache, dass Diagnosen eine wichtige Grundlage der Behandlung darstellen, könnte in diesem Beispiel von Moderatoreneite eingebracht werden. Allgemein sollte in solchen Reflektionseinheiten also angestrebt werden, Teilnehmenden gerade die Aspekte eines Themas näher zu bringen, welche sie bisher weniger beachtet haben. Idealerweise können die Teilnehmenden diese neuen Erkenntnisse dann auf ihr bisheriges Verhalten beziehen und dieses ggf. durch die neu gewonnenen Perspektiven optimieren. Aufgrund der störungsspezifisch geringeren emotionalen Belastbarkeit scheint eine maßvolle biographische Orientierung in solchen reflektierenden Sequenzen angebracht, da die Gefahr besteht, Teilnehmende an sehr belastende Lebensereignisse zu erinnern.

Das Motivieren der Teilnehmenden zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten spielt in der Psychoedukation eine große Rolle (vgl. Kapitel 3.1). So sollen Teilnehmende zum Beispiel zur weiteren Behandlung oder zur regelmäßigen Medikamenteneinnahme motiviert werden. Die aus der Suchthilfe stammende Methode des Motivational Case Management (Schmid et al. 2012), bietet einige für psychoedukative Gruppeninterventionen interessante Hinweise, wie eine solche Motivation zur Verhaltensänderung durch Sozialarbeiter gefördert werden kann. Neben den hier bereits beschriebenen Techniken des reflektierenden Zuhörens (Paraphrasetechnik), des akzeptierenden Verstehens und der Bestätigung, spielt dabei das Erkennen und Bearbeiten

von Ambivalenzen der Betroffenen hinsichtlich einer möglichen Verhaltensänderung eine zentrale Rolle (Schmid et al. 2012, S. 66). Nehmen Betroffene die Diskrepanzen zwischen ihrem bisherigen Verhalten, den damit verbundenen Konsequenzen und ihren Zielen wahr, steigert dies deren Veränderungsbereitschaft (ebd.). Daher sei das Aufzeigen solcher Diskrepanzen entscheidend für den Veränderungsprozess. Aus Sicht des Motivational Case Management ist es wichtig, dass nicht die Case-Managerin auf diese Diskrepanzen hinweist, sondern es den Klienten ermöglicht diese selbst zu erkennen (ebd.) Klienten sollen eigene Gründe finden, die für eine Veränderung sprechen (ebd., S. 84). Dies könne in der Form gefördert werden, dass die in Klientenaussagen sichtbaren Ambivalenzen durch die Case-Managerin in der Paraphrase aufgegriffen und verstärkt würden. So würden Klienten zu selbstmotivierenden Aussagen angeregt. Es wird zwischen verschiedenen Ebenen selbstmotivierender Aussagen unterschieden. Zunächst gehe es um eine Förderung des Problembewusstseins, darauf folge die konkrete Absicht, etwas zu verändern und die Zuversicht, die Veränderung wirklich anzugehen und zu erreichen (ebd. 84). Selbstmotivierende Aussagen sollen, wenn sie auftauchen, durch Bestätigung und positives Feedback verstärkt werden. Direktes Nachfragen könne beim „Hervorlocken“ selbstmotivierender Aussagen hilfreich sein (ebd.). Dieses Vorgehen kann auch im Rahmen psychoedukativer Interventionen genutzt werden, um Veränderungsmotivation hinsichtlich Therapieteilnahme und Medikationsverhaltens hervorzurufen und zu verstärken. Das Motivational Case Management basiert auf der Methode der Motivierenden Gesprächsführung und verbindet diese mit Elementen des Case Management (ebd., S. V). Stanley G. McCracken und Patrick W. Corrigan zufolge eignet sich Motivierende Gesprächsführung in der Behandlung von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen, eine Einhaltung der verordneten Medikation zu fördern (vgl. McCracken und Corrigan 2010, S. 287). Sie sprechen darüber hinaus die Empfehlung aus, die Methode auch in andere psychiatrische Interventionen zu integrieren. Sie weisen dabei auch auf spezielle schizophreniespezifische Herausforderungen hin. Von besonderer Bedeutung ist hier der Hinweis auf die Tatsache, dass Betroffene auch dann einen Rückfall in schizophrene Symptome erleiden können, wenn sie sich an die besprochene Medikation und andere Bestandteile des Behandlungsprogramms halten (vgl. ebd., S. 270).

Dies könne zu Resignation auf Seiten der Betroffenen führen (vgl. ebd., S. 283). Um dem vorzubeugen sei es günstig: „dem Patienten in sorgfältiger Weise eine realistischere Streubreite von Erwartungen für einen langfristigen Umgang mit der Krankheit“ anzubieten (ebd.). So soll Betroffenen ermöglicht werden, etwa auch in der Verlängerung von Intervallen zwischen Rückfällen, oder in kürzeren und weniger stark ausgeprägten Rückfällen in die schizophrene Symptomatik einen Erfolg zu erkennen (vgl. ebd., S. 283). Da in psychoedukativen Interventionen detaillierte Informationen zu möglichen Krankheitsverläufen und auch zur Wirksamkeit der medikamentösen Behandlung gegeben werden, scheint Psychoedukation in besonderer Weise geeignet, die geforderte realistische Streubreite von Erwartungen, zu fördern. Das vorsichtige Verstärken bestehender Ambivalenzen und das Hervorrufen und Bestärken selbstmotivierender Aussagen scheinen somit auch in psychoedukativen Interventionen sinnvolle Techniken, um ein angemessenes Krankheitsverhalten zu fördern ohne verstärkt auf Zwang oder Abschreckung (z.B. durch den wiederholten Hinweis auf die statistische Erhöhung des Rückfallrisikos bei Nicht-Einnahme von Medikamenten) zurückzugreifen.

Eine solche Gestaltung der Ermittlung des Erfahrungswissens der Teilnehmenden, durch offene Fragen, Paraphrasetechnik, und ermutigendes, akzeptierendes Vorgehen des/der Moderators und der Einsatz von Rückmeldungen und der Entwicklung von Veränderungsmotivation während der gemeinsamen Reflektion, scheint auch unter salutogenetischen Gesichtspunkten geeignet, das Kohärenzgefühl zu stärken. Insbesondere die Komponente der *Verstehbarkeit* würde auf diese Weise gefördert. Sie beruht sowohl auf der Erfahrung, sich von Anderen verstanden zu fühlen, als auch auf der Erfahrung, Informationen einordnen und zu sich in Beziehung setzen zu können. Für eine Stärkung des Gefühls der *Handhabbarkeit* wird wichtige Vorarbeit geleistet, da den Teilnehmenden die Bedeutung der im Anschluss vermittelten Informationen für ihre individuelle Situation und damit verbundene neue Handlungsmöglichkeiten durch das beschriebene Vorgehen verdeutlicht werden. Durch biographische Orientierung, die Reflektion bisherigen Verhaltens und die Stärkung von Veränderungsmotivation durch Elemente der Motivierenden Gesprächsführung bzw. des Motivational Case Managements

kann auch die Komponente der *Bedeutsamkeit* gefördert werden, da diese Techniken die Teilnehmenden anregen, eigene, für sie bedeutsame, Ziele in ihrem Leben zu erkennen.

5. Fazit und Ausblick

Es ist deutlich geworden, dass die Klinische Sozialarbeit eine sinnvolle und gewinnbringende Perspektive zur Erweiterung psychoedukativer Intervention bietet. Es soll an dieser Stelle betont werden, dass es nicht Ziel ist, die medizinischen und psychologischen Perspektiven durch die der klinischen Sozialarbeit zu ersetzen. Vielmehr scheint es sinnvoll, wenn diese als eine weitere Perspektive hinzutreten und die bisherigen ergänzen kann. Zu einer ersten Orientierung für Klinische Sozialarbeiterinnen, die in der Praxis an der Durchführung psychoedukativer Interventionen beteiligt sind, konnten einige Methoden und Techniken identifiziert werden, welche unter theoretischen Gesichtspunkten geeignet erscheinen, solche Interventionen stärker bio-psycho-sozial, salutogenetisch und subjektorientiert auszurichten. Vor dem Hintergrund aktueller Kritik an psychoedukativen Interventionen scheint diese Erweiterung dringend erforderlich. Bei der Darstellung der Inhalte, Methoden und Techniken, wurde Wert auf Anschaulichkeit und Prägnanz sowie auf das Bereitstellen der Übersicht einer Anzahl von Möglichkeiten gelegt. Sozialarbeiterinnen, welche diese Techniken anwenden wollen, ist daher dringend empfohlen, sich zunächst vertiefend in diese einzuarbeiten. Es wurde bereits auf die Bedeutung der weiteren Ausarbeitung und Evaluation dieser Anregungen hingewiesen. Diese ist dringend erforderlich um dem Anspruch der Klinischen Sozialarbeit auf eine konsequente wissenschaftliche Methodenentwicklung und Integration gerecht zu werden und sich auf diese Weise von anderen klinischen Disziplinen zu emanzipieren.

Einige weitere wichtige Aspekte konnten im Rahmen dieser Arbeit nicht ausführlich dargestellt und behandelt werden und bilden Anknüpfungspunkte zur weiteren theoretischen Auseinandersetzung und Forschung. Hier ist zunächst der Bereich der sozialen Gruppenarbeit zu nennen. Es ist zu erwarten, dass sich auch in diesem

methodischen Gebiet der sozialen Arbeit und der Klinischen Sozialarbeit viele weitere wertvolle Impulse für psychoedukative Interventionen finden. Etwa in den Methoden der Sozialen Gruppenarbeit nach Schmidt-Grunert (Schmidt-Grunert 2002) oder in der Themenzentrierten Interaktion nach Ruth Cohn²³.

Ein weiterer Aspekt, welcher nicht beleuchtet werden konnte, ist die rechtliche Perspektive auf psychoedukative Interventionen. Von Seiten der Psychoedukation wird darauf hingewiesen, dass durch Psychoedukation auch das Recht der Patienten auf Informationen über Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten (§ 630e, BGB) verwirklicht wird. Soziale Arbeit, verstanden als Menschenrechtsprofession²⁴, könnte auch aus dieser Perspektive aktuelle psychoedukative Angebote analysieren, um zu beurteilen inwieweit Psychoedukation diesem Anspruch gerecht wird. Dies scheint geboten, da sich ein Spannungsfeld zwischen dem Recht der Klientinnen auf umfassende Aufklärung einerseits und ihrem Schutz vor Informationsüberflutung und der Förderung krankheitsangemessenen Verhaltens durch das Betonen bestimmter Informationen andererseits abzeichnet. In diesem Spannungsfeld haben die Rechte der Klienten auf Aufklärung bisher keine Repräsentanten. Eine vakante Aufgabe, für die Sozialarbeiterinnen aufgrund ihrer anwaltschaftlichen Funktion für Rechte der Klientinnen geeignet erscheinen.

Die Einbeziehung von Angehörigen in die psychoedukative Arbeit bildet einen weiteren wichtigen Themenkomplex, auf den im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen werden konnte. Psychoedukative Interventionen, in denen auch die Angehörigen von Betroffenen Psychoedukation erhalten, gelten als in besonderem Maße effektiv (vgl. Pitschel-Walz 2008, S. 95-96). Auch für diesen Bereich finden sich in der Sozialen Arbeit zahlreiche Anregungen. Hier kommt der Sozialen Arbeit möglicherweise sogar eine Schlüsselposition dabei zu, Psychoedukation konsequent um die trialogische Dimension zu erweitern.

²³ Eine umfassende Darstellung dieser Methode bieten Löhmer und Standhardt (1992)

²⁴ Zu finden z.B. bei Silvia Staub-Bernasconi (2007),

Abschließend ist festzustellen, dass das, was hier an psychoedukativen Gruppeninterventionen untersucht und erweitert wurde, auch stellvertretend für viele andere Bereiche der Klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie und im gesamten Gesundheitswesen stehen kann. Schließlich kommt Psychoedukation nicht nur bei der Schizophreniebehandlung zum Einsatz. Informationsvermittlung und Behandlungsmotivation spielen auch in der Behandlung somatischer Erkrankungen eine Rolle. Darüber hinaus ist es mehr als wahrscheinlich, dass auch in weiteren psychologisch/medizinisch begründeten Interventionen eine Erweiterung durch die Perspektive der Klinischen Sozialarbeit gewinnbringend wäre. Insbesondere dann, wenn an Durchführung solcher Interventionen bereits Klinische Sozialarbeiterinnen beteiligt sind.

Hier liegt noch viel Arbeit - aber auch viele Chancen für die Klinische Sozialarbeit und ihre Adressaten!

6. Literaturverzeichnis

Ansen, Harald (2002): Theoretisch-systematische Grundlagen der Klinischen Sozialarbeit im Gesundheitswesen. In: Klinische Sozialarbeit. Eine Positionsbestimmung. Münster: Lit (Management und Humanität im Gesundheitswesen, Bd. 4), S. 83–125.

Ansen, Harald (2008): Soziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit und ihr spezifischer Behandlungsbeitrag bei Krankheit. In: Karlheinz Ortman (Hg.): Klinische Sozialarbeit. Konzepte - Praxis - Perspektiven. Freiburg, Br: Lambertus, S. 51–69.

Ansen, Harald (2011): Klinische Sozialarbeit. In: Thiersch und Otto (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit, 4. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 796–802.

Antonovsky, Aaron; Franke, Alexa (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt-Verl. (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 36).

Bäumli, Josef; Pitschel-Walz, Gabriele (2008a): Psychoedukative Informationsvermittlung "Pflicht und Kür". In: Josef Bäumli und Gabriele Pitschel-Walz (Hg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen"; 2., erw. und aktualisierte Aufl. Stuttgart, New York, NY: Schattauer, S. 114–129.

Bäumli, J.; Pitschel-Walz, G. (2008b): Zur Geschichte der Psychoedukation. In: Josef Bäumli und Gabriele Pitschel-Walz (Hg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen"; 2., erw. und aktualisierte Aufl. Stuttgart, New York, NY: Schattauer.

Bäumli, Josef; Pitschel-Walz, Gabriele (Hg.) (2008c): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen" ; 2., erw. und aktualisierte Aufl. Stuttgart, New York, NY: Schattauer.

Bäumli, Josef; Pitschel-Walz, Gabriele (2012): Psychoedukation, quo vadis? In: *Psychotherapeut* 57 (4), S. 289–290.

Behrendt, Bernd (2008): Bilder, Metaphern und Materialien bei der Vermittlung zentraler psychoedukativer Themen. In: Josef Bäumli und Gabriele Pitschel-Walz (Hg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen"; 2., erw. und aktualisierte Aufl. Stuttgart, New York, NY: Schattauer, S. 189–213.

Bender, M. (2008): Individualisierung und dialogische Dimension. In: Josef Bäumli und Gabriele Pitschel-Walz (Hg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen" ; 64 Tabellen. 2., erw. und aktualisierte Aufl. Stuttgart, New York, NY: Schattauer, S. 130–139.

Bock, Thomas (2005): Aus dem Dialog lernen – Konsequenzen für den psychiatrischen Alltag. In: Christoph Abderhalden, Ian Needham (Hg.): Psychiatrische Pflege - verschiedene Settings, Partner, Populationen. Vorträge und Poster vom 2. Dreiländerkongress in Bern. Unterstodorf: Ibicura, S. 154–167.

- Bock, Thomas; Deranders, J. E.; Esterer, Ingeborg (Hg.) (1994):** Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn ; Versuche der Verständigung von Psychose-Erfahrenen, Angehörigen und Psychiatrie-MitarbeiterInnen im Hamburger Psychose-Seminar. 4. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl.
- Ciampi, Luc (1989):** Affektlogik. Über d. Struktur d. Psyche u. ihre Entwicklung ; e. Beitr. zur Schizophrenieforschung. 2., vom Autor bearb. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta
- Crefeld, Wolf (2013):** Behandelnde Sozialarbeiter. Das Projekt Klinische Sozialarbeit. In: Wolf Rainer Wendt (Hg.): Zuwendung zum Menschen in der Sozialen Arbeit. Festschrift für Albert Mühlum. Unter Mitarbeit von Albert Mühlum. Lage: Jacobs, S. 179–194.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.) (2011):** Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7., Aufl. Baden-Baden: Nomos.
- Dilling, Horst; Mombour, Werner; Schmidt, Martin H. (Hg.) (2010):** Internationale klassifikation psychischer storungen. Icd-10 kapitel v. klinisch ... [S.I.]: Hans Huber Verlag.
- Dörr, Margret (2005):** Soziale Arbeit in der Psychiatrie. München, Basel: E. Reinhardt (Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Bd. 8).
- Engel, George L. (2012):** The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. In: *Psychodyn Psychiatry* 40 (3), S. 377–396.
- Finzen, Asmus (2001):** Schizophrenie - die Krankheit behandeln. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Finzen, Asmus (2004):** Schizophrenie, die Krankheit verstehen. 7. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gaebel, Wolfgang; Wölwer, Wolfgang (2010):** Schizophrenie. Berlin: Robert-Koch-Inst (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 50).
- Galuske, Michael (2013):** Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 10. Aufl. Weinheim, Bergstr: Beltz Juventa
- Geißler-Piltz, Brigitte; Mühlum, Albert; Pauls, Helmut (2010):** Klinische Sozialarbeit. 2., unveränderte Auflage. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co. KG.
- Grabert, Andrea (2007):** Salutogenese und Bewältigung psychischer Erkrankung. Einsatz des Kohärenzgefühls in der sozialen Arbeit. Lage: Jacobs-Verl.
- Häfner, Heinz (2001):** Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt : [mit 41 Tab.]. 2. Aufl. München: Beck.
- Kieserg, Angela; Hornung, Peter (1996):** Psychoedukatives Training für schizophrene Patienten (PTS). Ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm zur Rezidivprophylaxe. 2., überarbeitete und erw. Aufl. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Materialie, Nr. 27).
- Kingberg, Stefan; Wittorf Andreas (2013):** Störungsspezifische Aspekte pschotherapeutischer und sozialpsychiartischer Interventionen. In: Wulf Rössler (Hg.):

Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis, Bd. 2. 2 Bände. Stuttgart: Kohlhammer, S. 316–327.

Köhler, Thomas (1998): Psychische Störungen. Symptomatologie, Erklärungsansätze, Therapie. Stuttgart [u.a.]: Kohlhammer.

Löhmer, Cornelia; Standhardt, Rüdiger (Hg.) (1992): TZI. Pädagogisch-therapeutische Gruppenarbeit nach Ruth C. Cohn. Stuttgart: Klett-Cotta.

Lütjen, Reinhard (2007): Psychosen verstehen. Modelle der Subjektorientierung und ihre Bedeutung für die Praxis. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl.

Moritz, Steffen; Veckenstedt, Ruth; Randjbar, Sarah; Vitzthum, Francesca (Hg.) (2011): MKT+. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Ningel, Rainer (2011): Methoden der Klinischen Sozialarbeit. Bern: Haupt Verlag.

Pauls, Helmut (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 1. Aufl. Weinheim: Juventa Verlag.

Pitschel-Walz, Gabriele (2008): Motivierung zur Teilnahme an psychoedukativen Angehörigengruppen. In: Josef Bäuml und Gabriele Pitschel-Walz (Hg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen" ; 2., erw. und aktualisierte Aufl. Stuttgart, New York, NY: Schattauer, S. 93–106.

Pitschel-Walz, Gabriele; Bäuml, Josef (2013): Pschoedukation. In: Wulf Rössler (Hg.): Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis, Bd. 2. 2 Bände. Stuttgart: Kohlhammer, S. 328–341.

Pschyrembel, Willibald; Margraf, Jürgen; Maier, Wolfgang (2012): Pschyrembel Psychiatrie, klinische Psychologie, Psychotherapie. In: *Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie*.

Rogers, Carl R. (1991): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client centered therapy. Ungekürzte Ausg. - 16. - 17. Tsd. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl.

Rummel-Kluge, C.; Pitschel-Walz, G.; Bäuml, J.; Kissling, W. (2008): Umfrage zur Häufigkeit und Durchführung von Psychoedukation bei Schizophrenie an psychiatrischen Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: Josef Bäuml und Gabriele Pitschel-Walz (Hg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen" ; 2., erw. und aktualisierte Aufl. Stuttgart, New York, NY: Schattauer, S. 42–48.

Schmid, Martin; Schu, Martina; Vogt, Irmgard (2012): Motivational case management. Ein Manual für die Drogen- und Suchthilfe. Heidelberg: medhochzwei (Case Management in der Praxis).

Schmidt, Friederike (2012): Nutzen und Risiken psychoedukativer Interventionen für die Krankheitsbewältigung bei schizophrenen Erkrankungen. Eine mehrperspektivische Studie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Schmidt-Grunert, Marianne (2002): Soziale Arbeit mit Gruppen. Eine Einführung. 2., veränd. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Sickendiek, Ursel; Engel, Frank; Nestmann, Frank (1999): Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. Weinheim, München: Juventa-Verl.

Staub-Bernasconi, Sylvia (2007): Soziale Arbeit - Dienstleistung oder Menschenrechtsprofession? Zum Selbstverständnis Sozialer Arbeit in Deutschland mit einem Seitenblick auf die internationale Diskussionslandschaft. In: Andreas Lob-Hüdepohl und Walter Lesch (Hg.): Ethik Sozialer Arbeit. Ein Handbuch. 1. Aufl. Stuttgart: UTB GmbH (UTB L), S. 20–35.

Sommerfeld, Peter; Rügger, Cornelia (2013): Soziale Arbeit in der Sozialen Psychiatrie. In: Wulf Rössler (Hg.): Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis, Bd. 2. 2 Bände. Stuttgart: Kohlhammer, S. 396–406.

Stierl, Marlene; Stierl, Sebastian (2012): Chronische psychische Erkrankungen bei Erwachsenen. In: Marc Grischa Schmid, Susanne Schlüter-Müller, Katharina Rensch und Michael Tetzler (Hg.): Handbuch psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Mit 15 Tabellen. Göttingen, Bristol, Conn: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 486–494.

Stimmer, Franz (op. 2006): Grundlagen des methodischen Handelns in der sozialen Arbeit. 2., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Wälte, Dieter (2013): Salutogenese, Pathogenese und subjektive Krankheitskonzepte. In: Wulf Rössler (Hg.): Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis, Bd. 1. 2 Bände. Stuttgart: Kohlhammer, S. 73–83.

Widulle, Wolfgang (2012): Methodische Ansätze zur Gesprächsführung. In: Wolfgang Widulle (Hg.): Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 97–135.

Wienberg, Günter (1997): Aktuelle Modellvorstellungen zur Schizophrenie. Das Verletzlichkeit-Streß-Beaätigungs-Konzept. In: Günther Wienberg (Hg.): Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. 2., bearb. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl (2), S. 19–130.

Wienberg, Günther; Walther, Christoph; Berg, Michaela (2013): PEGASUS. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. 6., erw. Neuausg. Köln: Psychiatrie-Verl (Psychosoziale Arbeitshilfen, 30).

Zimmermann, Ralf-Bruno (2008): Klinische Sozialarbeit und Sozialpsychiatrie. In: Karlheinz Ortmann (Hg.): Klinische Sozialarbeit. Konzepte - Praxis - Perspektiven. Freiburg, Br: Lambertus, S. 207–221.

7. Quellenverzeichnis

Pauls, Helmut (2013): Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. In: *Resonanzen - E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung* (1), S. 15–31. Online verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>., zuletzt geprüft am 11.02.2014.

8. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form weder von mir noch von jemand anderem als Prüfungsleistung vorgelegt.

Ort, Datum

Unterschrift