

Jensen | Hoffmann | Spreitz | Sadre-Chirazi-Stark

Diagnosenübergreifende Psychoedukation

Ein Manual für Patienten- und Angehörigengruppen

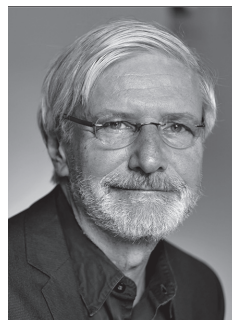
3. vollständig überarbeitete Auflage

Psychosoziale Arbeitshilfen **26**

Inklusive Downloadmaterial



Maren Jensen, Grit Hoffmann,
Julia Spreitz, Michael Sadre Chirazi-Stark
Diagnosenübergreifende Psychoedukation
Ein Manual für Patienten- und Angehörigengruppen



Maren Jensen, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin, Verhaltenstherapie, systemische Therapie und Beratung, Supervision und Coaching, arbeitet in der Psychiatrischen Institutsambulanz des Asklepios Westklinikums Hamburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie. Sie ist Mitglied der Arbeitsgruppe »Psychoedukation« und Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation e.V. Außerdem ist sie als Supervisorin und Dozentin u.a. für das Ausbildungszentrum der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVt) Hamburg tätig.

Grit Hoffmann, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVt). Sie ist seit 2009 in eigener Psychotherapie-Praxis niedergelassen (www.psychotherapie-hoffmann.de).

Julia Spreitz, Dipl.-Psych., Dipl.-Päd., Psychologische Psychotherapeutin für die Verfahren Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie und Weiterbildung zur Psychotraumatheapeutin (DeGPT). Sie arbeitet in der Psychiatrischen Tagesklinik Rissen des Asklepios Westklinikums in Hamburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie. Daneben ist sie niedergelassen in einer Gemeinschaftspraxis in Hamburg sowie als Dozentin und Supervisorin tätig.

Michael Sadre Chirazi-Stark, Prof. Dr. med., Dipl.-Psych., leitete von 1999 bis 2013 als Chefarzt die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Asklepios Westklinikums Hamburg. Jetzt leitet er das Prof. Stark Institut für Kognitive Verhaltenstherapie, Stress und Fatigueforschung. Er ist Mitglied der Arbeitsgruppe »Psychoedukation« und Gründungsmitglied sowie Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation e.V. und ist im Vorstand der Weltgesellschaft für Psychosoziale Rehabilitation Leiter des internationalen Projektes »Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz« (www.prof-stark.de).

Maren Jensen, Grit Hoffmann,
Julia Spreitz, Michael Sadre Chirazi-Stark

Diagnosenübergreifende Psychoedukation

Ein Manual für Patienten- und
Angehörigengruppen
Arbeitshilfe 26

Maren Jensen, Grit Hoffmann, Julia Spreitz, Michael Sadre Chirazi-Stark

Diagnosenübergreifende Psychoedukation

Ein Manual für Patienten- und Angehörigengruppen

Psychosoziale Arbeitshilfe 26

3., vollständig überarbeitete Auflage

ISBN-Print: 978-3-96605-198-9

ISBN-PDF: 978-3-96605-199-6

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation

in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <https://d-nb.ddb.de> abrufbar.

Weitere Arbeitshilfen unter www.psychiatrie-verlag.de

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2023

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung
des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Lektorat: Anne Katrin Bläser, Bonn

Umschlaglayout und Umschlagfoto, Typografie: Iga Bielejec, Nierstein

Satz: Psychiatrie Verlag GmbH, Köln

Druck und Bindung: Plump Druck & Medien Rheinbreitbach

Das Verwenden sämtlicher Materialien ist nur für Patienten- und
Angehörigenschulungen erlaubt. Eine darüber hinausgehende Verwendung,
z. B. zu Fort- und Weiterbildungszwecken, ist nur mit schriftlicher Genehmigung
der Erstautorin und des Psychiatrie Verlages gestattet.

Zur Entstehung dieses Manuals	9
Unser Dank	10
Einleitung	11
Ziele und Besonderheiten der diagnosenübergreifenden Psychoedukation	19
Wissenschaftliche Erforschung	22
Zielgruppe	24
Setting	25
Das Manual im Überblick	31
Praktische Durchführung	35
Sitzung 1: Begrüßung und Einführung in das Thema	36
Sitzung 2: Erkrankungen: Somatische (körperliche), psychosomatische, neurologische und psychische Erkrankungen, deren Auswirkungen auf unser Erleben und wer helfen kann	45
Sitzung 3: Entstehung, Aufrechterhaltung und Bewältigung psychischer Krisen und Erkrankungen	68
Sitzung 4: Diagnosen: Wie Diagnosen gestellt werden und was sie bedeuten	79
Sitzung 5: Besprechen einzelner Störungsbilder nach den Wünschen der Teilnehmenden	92
Sitzung 6: Besprechen einzelner Störungsbilder nach den Wünschen der Teilnehmenden (Fortsetzung)	113
Sitzung 7: Frühwarnzeichen und Frühsymptome	140
Sitzung 8: Medikamenteninformation	149
Sitzung 9: Gesundheitsförderndes Verhalten	160
Sitzung 10: Entspannungsverfahren und Anspannungsregulationstraining	173
Sitzung 11: Krisenbroschüre und Krisenpass	197

Sitzung 12: Psychotherapie, aufsuchende, teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote, unterstütztes Wohnen und Arbeiten, komplementäre Versorgungs- und Beratungsangebote und Selbsthilfe	209
Zusatzmodule	233
Ernährung	234
<i>Sitzung E 1: Bestandsaufnahme: Gewicht und Ernährungsgewohnheiten</i>	237
<i>Sitzung E 2: Verbesserungsvorschläge für die eigene Ernährung</i>	244
<i>Sitzung E 3: Empfehlungen zur Nährstoffverteilung, Reflexion und Ausblick</i>	251
Stressbewältigung bei psychischen Erkrankungen	258
<i>Sitzung St 1: Stresserkennungskompetenz</i>	263
<i>Sitzung St 2: Stressbewältigungskompetenz</i>	274
Beteiligung von Angehörigen	283
<i>Sitzung A 1: Patienten</i>	286
<i>Sitzung A 2: Angehörige</i>	292
<i>Sitzung A 3: Patienten und Angehörige</i>	298
Entlassungsvorbereitung	304
<i>Sitzung zur Entlassungsvorbereitung</i>	306
Anhang	313
Literaturliste zur störungsspezifischen Psychoedukation	314
Empfehlungen zur Patientenlektüre	318
Literaturverzeichnis	323

Materialien zum Download

Alle benötigten Materialien für das Basismodul mit zwölf Sitzungen und die vier Zusatzmodule – Ernährung, Stressbewältigung bei psychischen Erkrankungen, Beteiligung von Angehörigen, Entlassungsvorbereitung – stehen zum Download zur Verfügung unter: <https://psychiatrie-verlag.de/product/diagnosenubergreifende-psychoedukation-2/>
Zugangscode: 5198

Seminarfolien (als PowerPoint-Präsentation)

Teilnehmerliste

Arbeitsblätter zu den einzelnen Sitzungen

Progressive Muskelentspannung nach Jacobson – eine Kurzanleitung (mit Tonaufnahme und Textvorlage)

Empfehlungen zur Patientenlektüre

Zwölf Informationsblätter:

»Psychose oder Neurose?«

»Schizophrene Psychosen«

»Affektive Störungen«

»Angststörungen«

»Zwangsstörungen«

»Persönlichkeitsstörungen«

»Schlafstörungen«

»Stressbewältigung bei psychischen Erkrankungen«

»Was Sie schon immer über Psychopharmaka wissen wollten«

»Psychotherapie und ergänzende Therapien«

»Aufsuchende, teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote, unterstütztes Wohnen und Arbeiten, komplementäre Versorgungs- und Beratungsangebote und Selbsthilfe«

»Ernährungshinweise bei psychischen Erkrankungen«

Vorlagen zur Herstellung von fünf Broschüren:

»Tagesplaner«

»Ernährungsprotokollheft«

»Eine kleine Bewegungspause«

»Krisenbroschüre«

»Krisenpass«

Außerdem stehen folgende Arbeitsmaterialien zum Download bereit:

Seminarankündigungen (als Textvorlagen – veränderbar)

Anmeldeformular

Evaluationsbögen:

Eingangserhebungsbogen

Feedback-Fragebogen (Patienten und Angehörige)

Zur Entstehung dieses Manuals

Herrn Dr. med. Volker Manger verdanken wir den Anstoß zur Entwicklung diagnosenübergreifender Psychoedukationsangebote und damit auch dieses Manuals. Er hat in den 1990er-Jahren als Chefarzt einer Psychosozialen Trainingsstation in einer psychiatrischen Abteilung im Klinikum Nord/Hamburg-Ochsenzoll sehr für eine verbesserte Aufklärung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen eingesetzt und unser Vergehen begleitet und unterstützt.

Die Situation auf dieser Trainingsstation entsprach eine bis heute bestehende Herausforderung für alle Kliniken: Fast immer sind Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen gleichzeitig zu behandeln und Gruppenangebote zu finden, die für alle hilfreich sind. Die Aufgabe des Teams ist es weiterhin, die Patientinnen und Patienten in ihrem Genesungsprozess berufsübergreifend so zu unterstützen, dass ein selbstständiges Wohnen perspektivisch wieder möglich ist. Hierzu ist es notwendig, mit den Patientinnen und Patienten über die unterschiedlichen Symptome psychischer Erkrankungen zu sprechen, das rechtzeitige Erkennen von erneuten Krisen zu fördern, ein »maßgeschneidertes« individuelles Krisenmanagement zu ermöglichen und eine gesunde Lebensführung sowie Selbstfürsorgestrategien zu etablieren. Zur Vorbereitung auf die Entlassung gehört auch die Information über nachstationäre Unterstützungsmöglichkeiten.

Basierend auf dem bereits Ende der 1980er Jahre in der psychiatrischen Tagesklinik des Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf entwickelten psychoedukativen Kurzprogramms für Patientinnen und Patienten mit schizophrenen Erkrankungen von Michael Stark (veröffentlicht 1992) und dem Vorgehen von Angela Kieserg und W. Peter Hornung (1994), welches ebenfalls auf Patienten mit schizophrenen Erkrankungen bezogen war, wurde von der Erstautorin 1994 ein diagnosenübergreifendes psychoedukatives Gruppenprogramm speziell für die Psychosoziale Trainingsstation entwickelt, um die oben genannten Ziele zu erreichen. In den Folgejahren wurde es laufend an die Erfordernisse anderer Behandlungseinheiten sowie an die Entwicklungen in der psychia-

trischen und psychotherapeutischen Versorgung angepasst, um unser Vorgehen fortlaufend zu verbessern und um es möglichst vielen Patientinnen und Patienten zur Verfügung stellen zu können.

Unser Dank

Bei der Erstellung und Überarbeitung des Manuals haben wir viel Unterstützung erfahren. Wir bedanken uns bei der Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation e. V., die uns bei fachlichen und gestalterischen Fragen zur Seite stand. Außerdem bei:

Anne Katrin Bläser und Marina Broll, die im Lektorat und Satz während vieler Überarbeitungsschleifen Geduld und Durchhaltevermögen gezeigt haben;

Dr. med. Sibylle Keivany für die Mitgestaltung der Informationsblätter zur pharmakologischen Behandlung psychischer Störungen; Dr. sportwiss. Susanne Gentzsch, welche die Broschüre »Eine kleine Bewegungspause« erstellt hat;

Christin Hoche für die Gestaltung der Folien zu den Themen Ernährung, Bewegung, Tag-Nacht-Rhythmus, Tagesgestaltung, soziale Kontakte und Stressbewältigung;

der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. für ihre Unterstützung bei der Gestaltung des Zusatzmoduls zur Ernährung;

Andreas Pfeiffer, Vorsitzender des Deutschen Verbandes Ergotherapie e. V. (DVE) für die freundliche und fachliche Hilfe bei der Darstellung der Ergotherapie;

Matze Döbele für zahlreiche grafische Darstellungen;

Britta Maria Jensen, dem Fotomodell für die Broschüren »Eine kleine Bewegungspause« und »Ernährungsprotokollheft«;

Ingo Ulzhöfer für die Mithilfe bei der Erstellung der Präsentationsfolien und den Austausch zu verschiedenen Themen.

Nicht zuletzt danken wir unseren Patientinnen und Patienten für die zahlreichen Anregungen und Rückmeldungen und unseren Partnern und Kindern für ihre Geduld und ihre emotionale Unterstützung.

*Maren Jensen, Grit Hoffmann, Julia Spreitz,
Michael Sadre Chirazi-Stark
Hamburg, im Oktober 2022*

EINLEITUNG



Wir freuen uns, dass unser Manual nun in der 3. Auflage erscheinen kann. Psychoedukation ist weiterhin ein zentraler Therapiebaustein in der effektiven Behandlung psychisch Erkrankter. Denn nur wer etwas erkennen und bewerten kann, kann beurteilen, ob die ihm angebotene Hilfe oder die von ihm angebotene Unterstützung und Behandlung zur Besserung der psychischen Erkrankung beiträgt. Dies gilt gleichermaßen für professionell Helfende, Patienten und deren Angehörige. Vieles hat sich an Erkenntnissen über psychische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten sowie in der Versorgung psychisch Kranker seit der ersten Vorstellung unseres Vorgehens 2003 (JENSEN, SADRE CHIRAZI-STARK, 2003) weiterentwickelt. Auch wird der aktive Einbezug von Betroffenen und Angehörigen nicht mehr infrage gestellt. In vielen Bereichen ist man mutiger geworden, in vielen bescheidener.

Psychoedukative Methoden wurden diagnosenspezifisch bereits in den siebziger und achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts – zunächst in den USA – zur Behandlung von schizophren Erkrankten unter Einbeziehung der Angehörigen entwickelt und erfolgreich eingesetzt (siehe hierzu ANDERSON u. a. 1980). Betroffene und Angehörige erhielten umfassende Informationen über schizophrene Erkrankungen, um eigenverantwortlich den weiteren Verlauf mit beeinflussen zu können. Die Betroffenen sollten u. a. dazu befähigt werden, sich wirksamer vor einem Rezidiv, also einer erneuten akuten Krankheitsphase, schützen zu können. Neben der gezielten Aufklärung über die Erkrankung ging es um die Wirkungen und Nebenwirkungen von Neuroleptika und anderen Medikamenten sowie um die Entwicklung von gesundheitsförderndem Verhalten. Nach und nach erweiterte sich das Indikationsspektrum und Psychoedukation wurde zunehmend auch in der Behandlung anderer psychiatrischer Erkrankungen eingesetzt, beispielsweise bei affektiven Störungen, bei Persönlichkeitsstörungen und bei Abhängigkeitserkrankungen (HORNUNG und FELDMANN 2000). Seit Anfang der achtziger Jahre wurden psychoedukative Gruppen auch in Deutschland etabliert (BUCHKREMER 1990; STARK 1992; KIESERG und HORNUNG 1994), und Anfang der neunziger Jahre entstanden erste deutschsprachige Manuale für die Behandlung schizophren

Erkrankter. Die Gesamtfamilienarbeit und die einbeziehende psychoedukative Arbeit mit Angehörigen rückten dabei aus unterschiedlichen Gründen in den Hintergrund. Mittlerweile liegen für fast alle psychiatrischen Störungen auf die jeweiligen Diagnosen bezogene Manuale vor. Hierzu möchten wir auf das »Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin« (BÄUML u.a. 2016) aufmerksam machen, in dem von der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation e.V. unter Mitwirkung zahlreicher Autorinnen und Autoren die wichtigsten psychoedukativen Vorgehensweisen bei unterschiedlichen psychischen Erkrankungen in Psychiatrie und Psychosomatik dargestellt werden. Wenn Sie störungsspezifische Psychoedukationsmanuale suchen, möchten wir Sie auf unsere Literaturliste zur störungsspezifischen Psychoedukation gegen Ende unseres Manuals und der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation e.V. (<https://www.dgpe.de>) hinweisen.

Es gibt gute Gründe, auch diagnosen- also störungsübergreifende Psychoedukationsgruppen anzubieten. So stehen psychisch Erkrankte, weitgehend unabhängig von ihrer Diagnose, vor der gleichen Herausforderung, eine die gesamte Person betreffende Erkrankung und damit einhergehende Einschränkungen und Veränderungen in ihrem Lebensalltag zunächst einmal akzeptieren zu lernen. Sie müssen sich beispielsweise während einer stationären Behandlung auf fremde Menschen einstellen, in einer Situation, in der sie zuweilen schon mit sich selbst überfordert sind. Sie sollen medizinische und medikamentöse Fachbezeichnungen und Psychiatrie-Begrifflichkeiten verstehen und sich in einer für sie meist ungewohnten Umgebung einfinden. Das fällt Menschen mit einer Schizophrenie ebenso wenig leicht wie Menschen mit einer Angststörung, Depression oder einer anderen psychischen Beeinträchtigung. Der Verlust an Autonomie, das Meistern des stationären Alltags, die Auseinandersetzung mit der Zeit danach, mit Zukunftsperspektiven, mit Arbeitgebern, Partnern und Angehörigen und vielen anderen Fragestellungen sind nicht auf die jeweilige Störung und Symptomatik beschränkt. Diagnosenübergreifend zu arbeiten, empfiehlt sich auch deshalb, weil viele erkrankte Menschen (»komorbid«) an mindestens einer weiteren psychischen Störung leiden. Zudem wird die Entstehung und Behandlung psychischer Störungen heute mehrdimensional erklärt, statt monokausale Ursachen für Symptome zu suchen (siehe z.B. das Vulnerabilitäts-Stress-Modell oder das Handlungsmodell in Sitzung 3). Unser Ziel

ist es, Betroffenen solche Hilfen anzubieten, die ihnen ihre jeweils ganz persönlichen Einfluss- und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten verdeutlichen, die sie für ihre Gesundheit, Gesunderhaltung und präventiv zur Abwendung erneuter Krisen selbst anwenden können (siehe dazu besonders die Sitzungen 7–11).

Aber auch die in den letzten Jahrzehnten vollzogenen Veränderungen im psychiatrischen Versorgungsalltag haben zu der inzwischen großen Verbreitung diagnosenübergreifender Psychoedukation beigetragen. Für einen Überblick möchten wir Ihnen im Folgenden historische Fakten und konkrete Zahlen aus der klinischen Versorgungssituation psychisch Erkrankter vorstellen – von den Anfängen in den achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts bis heute.

Ende der achtziger Jahre machte LUDERER (1989) mit einer Studie darauf aufmerksam, dass von den Patienten der Psychiatrischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen nur 55,5 % in etwa ihre Diagnose kannten und noch weniger ihre Medikation und deren Dosierung (49 %). Nur etwa 32 % der Patienten hatten eine einigermaßen korrekte Vorstellung von den erwünschten Medikamentenwirkungen und lediglich 46,5 % waren in der Lage, wenigstens einen Teil der Nebenwirkungen zu benennen, obgleich schon damals eine Aufklärungspflicht über die Behandlung und deren Risiken bestand (MÖLLHOFF 1981, zit. nach LUDERER 1989).

Obwohl seit langem bekannt war, dass Psychoedukation die Rehospitalisationsrate und somit die Kosten für die Krankenhausbehandlungen im psychiatrischen Kontext reduzieren kann, waren laut einer Umfrage von RUMMEL-KLUGE u. a. (2006, 2008) in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich und der Schweiz noch im Jahre 2003 nur 21 % der Patienten mit Schizophrenie und lediglich 2 % der Angehörigen Teilnehmende einer Psychoedukationsgruppe. Und obwohl Psychoedukation auch bei anderen Störungsbildern wie den Suchterkrankungen, den affektiven Störungen, Zwangs-, Angst- und Persönlichkeitsstörungen nachweislich einen wichtigen Teil einer qualitativ guten Versorgung darstellt (siehe hierzu HORNUNG und FELDMANN 2000), kamen in diesen Bereichen noch weniger Betroffene in den Genuss von Psychoedukation. Eine erneute Umfrage 2009 von Rummel-Kluge und Kollegen erbrachte, dass 2009 signifikant mehr Psychoedukation in den psychiatrischen Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz angeboten wurde als noch in ihrer ersten Untersuchung (RUMMEL-KLUGE u. a. 2006, 2008, 2013), jedoch weiterhin vor allem bei Schizophrenien

und Depressionen. Die Kliniken, die keine Psychoedukation anboten, gaben dabei als Grund in der Untersuchung an, dass ihnen das Personal (Manpower) und das entsprechende Wissen fehle bzw. zu wenig Zeit vorhanden sei (RUMMEL-KLUGE u. a. 2013).

Als eine wesentliche weitere Ursache wurden die niedrigen Fallzahlen der jeweiligen Störungsbilder angegeben, sodass keine störungsspezifischen Gruppen zusammengestellt werden konnten. Allerdings gaben in den vorgelegten Untersuchungen von Rummel-Kluge und Kollegen bereits 23 % bzw. 25 % der befragten Kliniken an, diagnosenübergreifende Psychoedukation anzubieten, obwohl zu diesen Zeitpunkten noch keine entsprechenden Manuale etabliert waren.

In der Bundesrepublik Deutschland werden jährlich* ca. 1,2 Millionen vollstationäre psychiatrische Behandlungsfälle (F00–F99) in allen Fachabteilungen insgesamt gezählt, wobei 2019 735.342 Behandlungen in den allgemeinen Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie durchgeführt wurden (Angaben laut Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes 2021). Die durchschnittliche Verweildauer in den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie betrug für das Jahr 2019 durchschnittlich 24,7 Tage. Insgesamt meldete das Statistische Bundesamt 394 Fachabteilungen für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit 57.269 Betten (Statistisches Bundesamt 2021).

Laut einer Sonderauswertung des statistischen Bundesamtes (2021) stellten Menschen mit Suchtmittelgebrauch (ICD-10: F10–F19) 2019 mit 33,6 % der Behandlungsfälle den größten Anteil der in den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie behandelten Patienten dar. Innerhalb dieser Gruppe bildeten Störungen durch Alkohol mit fast 70 % die größte Untergruppe. 27,8 % der gesamten Behandlungsfälle in den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie stellten 2019 die Patienten mit affektiven Störungen dar (ICD-10: F30–F39), 16,4 % Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (ICD-10: F20–F29).

7,8 % der behandelten Patienten waren an neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen erkrankt (ICD-10: F40–F48), wovon auch Angst- und Zwangserkrankungen sowie Anpassungsstörungen fallen.

* Wir stellen die Daten von 2019 vor, da die Fallzahlen 2020 durch die Corona-Pandemie geprägt sind und daher unserer Einschätzung nach nicht repräsentativ genug sind, um die längerfristige Bedarfslage abzubilden.

4,2 % der Patienten erhielten die Diagnose einer Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (ICD-10: F60–F69).

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10: F90–F98) machten 0,1 % der Behandlungsfälle aus. Hierbei finden sich Störungen wie z. B. hyperkinetische Störungen und solche des Sozialverhaltens sowie der Emotionen.

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10: F50–F59) wie Essstörungen, nichtorganische Schlafstörungen oder sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch organische Störung oder Krankheit, stellten eine kleine Gruppe von 0,3 % dar.

Patienten mit Intelligenzminderung (ICD-10: F70–F79) oder Entwicklungsstörungen (ICD-10: F80–F89) waren mit zusammen weniger als 1 % der Behandlungsfälle in den vollstationären Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie vertreten.

Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (ICD-10: F00–F09), worunter auch die demenziellen Erkrankungen gefasst werden, bildeten 8,7 % der Patientenkontingent in den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie.

Psychiatrische Großkrankenhäuser mit über 1.000 Betten gehören in Deutschland mittlerweile nahezu der Vergangenheit an, lediglich elf Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten, die über 500 und mehr Betten verfügten, wurden 2019 noch gezählt (Statistisches Bundesamt 2021). Psychiatrische Krankenhäuser und Fachabteilungen haben heute in der Regel nicht mehr als 200, die meisten sogar weniger als 100 Betten. Manche Krankenhäuser und Abteilungen bieten Spezialstationen für einzelne Störungsbilder an wie z. B. Suchtstationen, Stationen für depressive oder Trauma-Patienten, Aufnahmestationen für akut Erkrankte oder Stationen für Patienten mit psychotischen Störungen. In den allgemeinen Versorgungskliniken werden jedoch – eben durch die geringe Bettenanzahl – in der Regel zum gleichen Zeitpunkt auf einer Station Patienten behandelt, die an unterschiedlichen Störungen leiden. Will man dann die eine oder andere Patientengruppe weder vernachlässigen noch bevorzugen, ist es bei außerdem zunehmendem Sparzwang durch die Kostenträger und damit einhergehender Personalknappheit wichtig, effiziente und störungsübergreifende Gruppenbehandlungskonzepte anzubieten.

In der Vergangenheit gab es jedoch wenig veröffentlichtes Wissen darüber und praktische Erfahrungen, wie Patientengruppen mit unterschiedlichen Diagnosen gleichzeitig behandelt werden können. Es gab auch für die Psychoedukation wie oben beschrieben bereits eine Vielzahl störungsspezifischer Literatur zur Durchführung (siehe Literaturliste zur störungsspezifischen Psychoedukation), aber zunächst noch keine Manuale für störungsübergreifende psychoedukative Behandlungskonzepte. Aus diesem Grund wurde seit 1994 an der hier vorgestellten diagnosenübergreifenden Behandlungsweise gearbeitet und unser Vorgehen – innerhalb von klinischen Arbeitsgruppen und Schulungen – an andere stationär arbeitende Kolleginnen und Kollegen weitervermittelt. 2003 wurde unser Konzept erstmals öffentlich dargestellt in BÄUML und PITSCHEL-WALZ (Hg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen (1. Aufl., S. 137–150) und 2010 schließlich in der Erstauflage des vorliegenden Manuals veröffentlicht.

Literatur zur Vertiefung

BÄUML, J. und PITSCHEL-WALZ, G.: Zur Geschichte der Psychoedukation. In: BÄUML, J. und PITSCHEL-WALZ, G. (Hg.) (2008): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. 2., erweiterte u. aktual. Aufl., Stuttgart, New York: Schattauer, S. 37–41. Siehe auch die Literaturliste zur störungsspezifischen Psychoedukation.

Auch im ambulanten Bereich wird inzwischen standardmäßig Psychoedukation in psychiatrischen Praxen, Institutsambulanzen, sozialpsychiatrischen Diensten und rehabilitativen Einrichtungen angeboten. In verhaltenstherapeutischen Behandlungsplänen ist der Punkt »Psychoedukation« heute selbstverständlich, und die Inhalte werden oft auch über verschiedene Diagnosen hinweg vermittelt. Psychoedukation ist somit inzwischen ein etablierter Behandlungsbaustein einer Therapie, die auf Respekt, Ressourcenorientierung und Stärkung der Autonomie und Eigenverantwortung der Betroffenen setzt.

Das Anbieten von Psychoedukationsgruppen hat im ambulanten Bereich noch einen weiteren Vorteil: So geht aus einer Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (2018) hervor, dass Patientinnen und Patienten im Durchschnitt 5,7 Wochen auf einen Sprechstundentermin bei einem Psychotherapeuten warten müssen. Laut Bundespsychotherapeutenkammer leiden nur 9,3 % der Ratsuchenden nicht an einer psychischen Erkrankung und fast 20 % werden an andere psychosoziale Angebote wie Beratungs-



stellen, Selbsthilfegruppen oder Präventionsangebote verwiesen, sodass eine allgemeine bessere und schnellere Versorgung mit Psychotherapie und/oder anderen Hilfsangeboten stattfindet.

Auch kann inzwischen eine bessere Akutversorgung angeboten werden. Patienten, bei denen die Indikation zur Akutbehandlung besteht, erhalten im Durchschnitt nach 3 Wochen einen ersten Behandlungstermin. Die Akutbehandlung (24 Termine à 25 Minuten) hat zum Ziel, Selbst- oder Fremdgefährdung abzuwenden und der Chronifizierung einer psychischen Erkrankung entgegen zu wirken sowie eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden. Obwohl sich die Wartezeiten (19,9 Wochen laut BPTK-Studie 2018) bis zur Aufnahme einer Richtlinienpsychotherapie seit dem Inkrafttreten der reformierten Psychotherapie-Richtlinie 2017 verkürzt haben, macht es weiterhin Sinn zur Überbrückung der Wartezeit und zur Vorbereitung auf die Einzeltherapie diagnosenübergreifende oder störungsspezifische Psychoedukationsgruppen anzubieten. Auch falls sich dann Teilnehmende einer Psychoedukationsgruppe entscheiden, im Anschluss keine weitere psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch zu nehmen, so haben sie dann trotzdem einiges über ihre Erkrankung erfahren und kennen geeignete Behandlungsmöglichkeiten und haben erfahrungserprobte Anregungen zu gesundheitsförderndem Denken und Handeln erhalten. Auf eine eventuelle Verschlechterung ihrer Symptome sind sie mit einem individuellen Krisenmanagement vorbereitet und haben in jedem Fall andere Betroffene kennengelernt, soziale Unterstützung erfahren und möglicherweise sogar Bekanntschaften oder Freundschaften geknüpft.

Aber auch außerhalb der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung findet heute diagnosenübergreifende Psychoedukation erfolgreich statt. So liegen beispielsweise inzwischen auch Erfahrungen im Bereich der Wohnungslosenhilfe vor (NIEBAUER 2011 bzw. 2012/2013, 2016, 2017, 2019).

Ziele und Besonderheiten der diagnosenübergreifenden Psychoedukation

Die Wurzeln der Psychoedukation sind am ehesten in der Verhaltenstherapie zu finden. Das Vorgehen umfasst ein breites Spektrum psychotherapeutischer Interventionen und richtet sich an Patienten und Angehörige in verschiedenen Lebenskontexten und in unterschiedlichen Behandlungssettings wie stationären, teilstationären und ambulanten Kliniken und Einrichtungen, aber auch Rehabilitations-, Wohn- und Betreuungsstätten sowie psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxen.

Ein übergeordnetes Ziel der diagnosenübergreifenden Psychoedukation ist es – genau wie beim störungsspezifischen Vorgehen –, den Genesungsprozess des Patienten durch einen informierten Umgang mit seiner psychischen Erkrankung und seine aktive Mitgestaltung des Behandlungs- und Genesungsprozesses zu fördern. Dabei spielt das Einordnen in die eigene Lebensgeschichte und das Akzeptieren der persönlichen Vulnerabilität eine bedeutende Rolle, um darauf aufbauend die individuellen psychischen und somatischen Ressourcen zu fördern und zu stärken und entsprechend die Bewältigungsfertigkeiten zu verbessern. Um dies zu erreichen, erscheint uns eine umfangreiche Informationsvermittlung notwendig und sinnvoll, beispielsweise über

- Berufsbezeichnungen und -inhalte der in der Psychiatrie Tätigen, wie Psychiater, Psychologe, Psychotherapeut, Ergotherapeut,
- Diagnosen und den Prozess der Diagnosenfindung,
- Ursachen psychischer Störungen (anhand von Erklärungsmodellen),
- auslösende und aufrechterhaltende Faktoren psychischer Störungen,
- mögliche Krankheitsverläufe,
- Frühwarnzeichen und Frühsymptome,
- Behandlungsverfahren und Wirkungsweisen:
 - medikamentöse Therapien,
 - Psychotherapien,
 - weitere Therapieverfahren wie Ergotherapie und Kreativtherapien,
- Umgang mit Belastungen und Stressmanagement,

- gesundheitsförderndes Verhalten,
- sozialpädagogische Unterstützung,
- weitergehende klinische und außerklinische Hilfsangebote.

Es ist uns ein Anliegen, dass Patientinnen und Patienten bereits während des Krankenhausaufenthalts und vertiefend in der ambulanten Behandlung die Möglichkeit erhalten, vieles von dem in der Gruppe Erfahrenen oder Angeregten im stationären oder häuslichen Umfeld zu erproben, damit sie einen Eindruck davon bekommen, was ihnen im Krisenfall helfen und sie im Alltag stabil halten kann. Dazu gehört auch, dass sie ermutigt werden, Eigenverantwortung zu übernehmen, ihre Behandlung zu verstehen und gegebenenfalls auch zu hinterfragen und sich aktiv zu informieren, zum Beispiel über Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente.

Bei der Wissensvermittlung und gemeinsamen Erarbeitung der inhaltlichen Themen ist auch didaktisches Geschick gefragt, etwa bei der

- Erklärung der in der Psychiatrie gebräuchlichen Begriffe,
- Darstellung der verschiedenen Erkrankungsformen,
- Auseinandersetzung mit den komplexen Entstehungsbedingungen psychischer Krisen und Erkrankungen,
- Informationsvermittlung über medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung,
- Aufklärung über ambulante Nachsorgemöglichkeiten.

Wie in einer Verhaltenstherapie werden Patienten auch in der Psychoedukation zur Selbstbeobachtung angeleitet. Sie erlernen das

- Erkennen von Frühwarnzeichen und ersten spezifischeren Krankheitszeichen (Frühsymptomen) psychischer Krisen;
- Erkennen von auslösenden Faktoren psychischer Krisen – dysfunktionalen Gedanken, Belastungen (äußeren/inneren Stressfaktoren), eigener Überforderung;
- Erkennen von aufrechterhaltenden Faktoren, z.B. dem Verlust von positiven Verstärkern durch Wegfall der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Familiengeschehen, durch emotionale Belastungen in Form von Familienkonflikten, somatischer Krankheit und/oder Chronifizierung.

Hilfreiche Kompetenzen und Bewältigungsfertigkeiten werden gestärkt und aufgebaut durch

- die gemeinsame Erarbeitung von geeigneten Krankheitsbewältigungs- und Problemlösefähigkeiten,

- das Vermitteln von Wissen über psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungen,
- die Bearbeitung einer Krisenbroschüre und eines Krisenpasses, in denen die wichtigsten von den Patienten erarbeiteten Informationen und Hilfen individuell zusammengeführt werden,
- das Erlernen von gesundheitsförderndem Verhalten,
- das Informieren über die verschiedenen Wege zu passenden Beratungs- und Hilfsangeboten.

Wurde früher häufig nur in der Großgruppe gearbeitet, so hat es sich inzwischen bewährt, diese Arbeitsweise durch Einzel- und Kleingruppenarbeit aufzulockern und es damit den Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, ihre persönlichen Ressourcen und Möglichkeiten noch intensiver zu reflektieren und von anderen Betroffenen zu lernen.

Für den Anwender ist es wichtig, sich bewusst zu machen, dass die Gruppenteilnehmenden oft unter starken Emotionen leiden, sich wegen ihrer Beeinträchtigungen schämen, Angst vor Ablehnung und häufig wenig Selbstvertrauen haben, tatsächlich weniger belastbar und schneller überfordert sind. Die Haltung der Gruppenleitung sollte durch ein aus den humanistischen Therapieverfahren bekanntes Bemühen um Wohlwollen, Wertschätzung, Akzeptanz und Authentizität geprägt sein.

Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Nutzen und den Risiken von Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen fanden wir bei Frederike SCHMIDT (2012). Wir teilen ihre Auffassung und Schlussfolgerungen in vielen Punkten. Auch aus unserer Sicht sollten in der Psychoedukation nicht lediglich Informationen vermittelt werden oder die »Medikamenten-Compliance« im Vordergrund stehen. Es soll die Entwicklung eines positiven, selbstwirksamen Selbstkonzeptes unterstützt werden. Die Patientinnen und Patienten sollen sich auf ihre momentan vielleicht in den Hintergrund geratenen Fähigkeiten besinnen und diese zur Bewältigung ihrer Krise nutzen lernen. Ziel ist auch, dass die Patienten trotz ihrer Erkrankung wieder zuversichtlicher in die Zukunft schauen, sich für eine mögliche nächste Krise seelisch wappnen und praktisch vorbereiten. Wir sehen die Weiterentwicklung der diagnosenübergreifenden Psychoedukation in der Beteiligung der Teilnehmenden als Partner auf Augenhöhe unter dem Motto »Von der Psycho-Edukation zur Psycho-Edu-Aktion!«.

Wissenschaftliche Erforschung

Das vorliegende diagnosenübergreifende psychoedukativ-therapeutische Vorgehen wurde aus der Versorgungspraxis heraus entwickelt und findet auch hier seine Anwendung. Seine Effizienz konnte schon vor mehr als zehn Jahren in einer ersten Forschungsarbeit im Rahmen einer Diplomarbeit für Patienten mit Psychoseerkrankungen bestätigt werden. Hier wurde dargestellt, dass Patienten mit Psychosen etwa im selben Maße von diagnosenübergreifender Psychoedukation profitierten wie von psychosespezifischer Psychoedukation. Die Untersuchung wurde an Patienten einer psychiatrischen Institutsambulanz durchgeführt und es wurden lediglich die Daten der Patienten mit Psychoseerkrankungen in die Untersuchung aufgenommen. Obwohl nur eine kleine Anzahl von Patientinnen und Patienten (15) untersucht wurde, ergeben sich daraus erste Hinweise auf die Wirksamkeit des diagnosenübergreifenden Vorgehens (VELLGUTH 2008).

NIEBAUER (2011 bzw. 2012/2013, 2016, 2017, 2019) und RABOVSKY u.a. (2012a, b) konnten ebenfalls erste erfolgversprechende Forschungsergebnisse zum diagnosenübergreifenden psychoedukativen Vorgehen vorlegen. Über die Wirksamkeit ist ansonsten bis heute noch wenig publiziert, was der Komplexität dieser Anwendung geschuldet ist und der daraus erwachsenden Schwierigkeit, die zu messenden Daten zu operationalisieren. Erscheint es bereits schwierig, Erfolgskriterien für die positive Wirkung störungsspezifischer Verfahren zu postulieren, etwa Symptomrückgang, Rückgang der Wiedererkrankungsfrequenz, keine erneute Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus, Sinken der Notwendigkeit einer medikamentösen Dauerbehandlung oder Lebensqualitätsverbesserung, so gestaltet sich die detaillierte Erfolgszuschreibung noch schwieriger für ein diagnosenübergreifendes Vorgehen, will man der Spezifität der einzelnen Störungen gerecht werden und zum anderen die allgemeinen Kriterien für Behandlungserfolge und zusätzlich deren Wirksamkeit in der Versorgungspraxis abbilden. Einigkeit besteht jedoch darüber, dass Psychoedukation wirksam und effizient dazu beiträgt, Patienten, die sich in einem negativen psychischen Zustand befinden, dazu zu

befähigen, mehr Unabhängigkeit und individuelle Möglichkeiten zu entwickeln, um eine Genesung zu erreichen oder zumindest ihr Leid zu verringern.

Eine Evaluierung ist aus Gründen der Wissenschaftlichkeit, zum Beleg der Effizienz und zur Qualitätssicherung grundsätzlich bei allen Maßnahmen unerlässlich. Wir empfehlen daher bei jedem Gruppenstart den Einsatz standardisierter Messverfahren, beispielsweise SCL-90-S (eine Symptom-Checkliste, FRANKE 2013), und je nachdem, ob Sie auch Verläufe bezüglich der spezifischen Störungen erheben wollen, einen symptombezogenen Fragebogen, etwa das Beck-Depressions-Inventar (BDI-II) oder das Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (ESI).

Eine darüber hinausgehende systematische weitere Beforschung und Darstellung ist für den Anwender wegen des Zeit- und Methodenaufwands zusätzlich zur täglichen Arbeit im Klinikalltag zwar eine Herausforderung, jedoch unbedingt wünschenswert, um damit zur weiteren Verbreitung dieses wirksamen Vorgehens beizutragen.

Mit unserem Manual möchten wir zu standardisierten Untersuchungen mit Kontrollgruppen ermutigen. Wir freuen uns über das seit Jahren andauernde Mitwirken vieler und sind dankbar für weitere konkrete Rückmeldungen der Anwender und der in der Forschung tätigen Kolleginnen und Kollegen.

Zielgruppe

Wie geschildert, wurde das diagnosenübergreifende psychoedukative Vorgehen für die gleichzeitige Behandlung von Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen im stationären, teilstationären und ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Setting konzipiert. Auch eignet es sich für Einrichtungen wie Übergangswohnheime, Patiententreffs und Einrichtungen des Betreuten Wohnens sowie der Wohnungslosenhilfe.

Das Manual dient in erster Linie als Leitfaden für das Durchführen von Betroffenengruppen, kann jedoch gleichermaßen für Angehörigengruppen oder für Gruppen, an denen sowohl Angehörige als auch Patienten teilnehmen, genutzt werden. Dies ist sogar ausdrücklich erwünscht: LINCOLN u.a. schlussfolgern in ihrer Meta-Analyse zu Studien über die Effektivität von Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen (2007), dass die deutlichsten Verbesserungen im Hinblick auf Rückfälle, Symptome, Kenntnisse, Funktion und Medikamenteneinnahme beim Einsatz von Psychoedukation mit Einbeziehung von Angehörigen erzielt wurden. Um Ihnen als Nutzerin oder Nutzer dieses Manuals diesbezüglich mehr Flexibilität zu ermöglichen, haben wir inzwischen zusätzliche Sitzungen zur Vertiefung einzelner wichtiger Themen konzipiert, die Sie entsprechend Ihrer vorhandenen Rahmenbedingungen und Bedürfnisse einsetzen können (Stressbewältigung bei psychischen Erkrankungen, Ernährung bei psychischen Erkrankungen, Entlassungsvorbereitung, Beteiligung von Angehörigen). Damit können Sie Gruppen flexibler gestalten, in denen Patienten und Angehörige getrennt oder gemeinsam teilnehmen.

Auf die Besonderheiten sowie Vor- und Nachteile von gemischten und getrennten Patienten- und Angehörigengruppen gehen wir ausführlich im Abschnitt »Zusammensetzung der Gruppe« ein.

Wir freuen uns, wenn dieses Konzept auch über den Klinikrahmen hinaus als Anregung für niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten sowie andere Versorgungseinrichtungen bei der Gestaltung von psychoedukativen Gruppen oder als Informationsgrundlage in Einzelgesprächen dient.

Setting

Die einzelnen Sitzungen bauen inhaltlich systematisch aufeinander auf. Wir empfehlen, auch im stationären Setting geschlossene Gruppen anzubieten, wenn es möglich ist, denn der Nachteil offener gegenüber geschlossenen Gruppen ist der, dass unterstützende Wirkfaktoren wie Vertrautheit unter den Gruppenmitgliedern und emotionale Entlastung in der Regel dort weniger zum Tragen kommen. Im Versorgungsalltag ist es jedoch oft praktikabler, mit offenen oder halboffenen Gruppen zu arbeiten, um möglichst viele Patienten zu erreichen und mit der Psychoedukation bekannt zu machen. Die stationäre psychiatrische Verweildauer betrug 2019 – wie bereits dargestellt – im Durchschnitt nur 24,7 Tage (Statistisches Bundesamt 2021). Daher wird es wohl auch in Zukunft nur wenigen Patienten möglich sein, das Curriculum während ihres stationären Aufenthalts vollständig zu durchlaufen. Patientinnen und Patienten sollten daher in jedem Fall die Möglichkeit bekommen, nachstationär die Gruppe zu beenden oder in eine geschlossene ambulante Gruppe z.B. in einer angegliederten Institutsambulanz zu wechseln. Erst recht, wenn das Programm für die stationäre Behandlung gekürzt wurde, sollte den Gruppenteilnehmenden ein vollständiges Durchlaufen nach dem Basiscurriculum poststationär zugänglich sein und bedarfsabhängig durch Zusatzmodule komplettiert werden. Vorschläge dazu finden Sie im Anschluss unseres Kapitels zu den Basissitzungen. Welche Inhalte in welcher Ausführlichkeit vermittelt werden, sollte vom Schweregrad der Erkrankungen und von den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, der Personalkapazität, dem Ausbildungs- und Erfahrungsstand der moderierenden Therapeuten sowie von der Möglichkeit abhängen, auch poststationär mit Patienten psychoedukativ zu arbeiten.

Besonders in ländlichen Regionen ist es oftmals für Patienten kaum möglich, regelmäßige Termine z.B. in einer Institutsambulanz wahrzunehmen. Hier gilt dann: Weniger ist besser als gar keine Psychoedukation.

Wir möchten auch niedergelassene Kolleginnen und Kollegen motivieren, diagnosenübergreifende Gruppen anzubieten, um mög-

lichst vielen Patienten und Angehörigen ein qualifiziertes psycho-
edukatives Angebot zugänglich zu machen.

Obwohl das Vorgehen als Gruppenprogramm konzipiert wurde, kann es auch der psychotherapeutischen Unterstützung in der Einzelbehandlung dienen. Gruppenwirkfaktoren wie die emotionale Entlastung durch den Austausch unter Betroffenen fallen dabei zwar weg, aber die Informationen und die vielfältigen Arbeitsmaterialien dienen auch im Einzelbehandlungsprozess dem besseren Verständnis psychischer Erkrankungen und zeigen gangbare Wege zur Bewältigung auf.

Planung einer diagnosenübergreifenden Gruppe unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen

Bevor Sie eine Gruppe neu starten, sollten Sie sich aus den hier vorgeschlagenen Sitzungen und Vertiefungsmodulen ein auf Ihre Klientel zugeschnittenes Vorgehen zusammenstellen. Wir empfehlen Ihnen, mit jedem bzw. jeder einzelnen Teilnehmenden ein Vorgespräch zu führen.

Wenn dies im stationären Rahmen nicht möglich ist, sollte sich die Gruppenleitung durch Rücksprache mit den behandelnden Kolleginnen und Kollegen – zum Beispiel in einer Teamsitzung – zumindest einen Überblick über Erkrankungen und Krankheitsverläufe der vorgesehenen Teilnehmenden verschaffen. Im ambulanten Bereich sollten Sie auf jeden Fall ein Vorgespräch führen, damit Sie die Wünsche und Erwartungen der Gruppenteilnehmenden kennen und schon vorher wissen, was und wann Sie etwas vertieft oder ergänzend behandeln sollten.

Sitzungsdauer

Eine Sitzung dauert im ambulanten Setting je nach Zusammensetzung der Gruppe zwischen 60 und 90 Minuten. Für stationäre Gruppen sollte eine Sitzungsdauer zwischen 45 und 60 Minuten veranschlagt werden, um der reduzierten Konzentrations- und kognitiven Integrationsfähigkeit der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden. Lange Sitzungen oder emotional stark belastende Inhalte können die Symptomatik verschiedener Erkrankungen ver-

stärken – die Gruppenmoderatoren sollten sich dies stets vergegenwärtigen. Bei Überforderung durch vermittelte Informationen oder durch Interaktionsprozesse in der Gruppe sollte die Leitung gegebenenfalls aktiv eingreifen. Bei kürzeren Sitzungen zum Beispiel im akut-stationären Setting können Sie als Leiterin oder Leiter ruhig auch ein Thema kürzen oder sogar ganz weglassen. Weniger, aber prägnanter ist hier oft hilfreicher.

Bei Gruppensitzungen über sechzig Minuten ist auf jeden Fall eine Pause von zehn Minuten einzuplanen. Je nachdem, wie groß Ihre Gruppe ist oder wie schnell sie arbeitet, hat es sich bewährt, diese entweder nach dem Punkt »Besprechen der Aufgabe aus der letzten Sitzung« oder nach der Kleingruppen- beziehungsweise Partner- oder Einzelarbeit zu machen.

Gruppenfrequenz

Im stationären bzw. teilstationären Setting empfiehlt es sich, die Gruppe zweimal, mindestens aber einmal wöchentlich anzubieten. Im ambulanten Bereich hat sich die Frequenz von einmal wöchentlich stattfindenden Sitzungen gut bewährt.

Zusammensetzung der Gruppe

Patientinnen und Patienten mit schizophrenen Psychosen, affektiven Störungen, Zwangs-, Angst-, Belastungs- und somatoformen Störungen, Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen nehmen gemeinsam an einer Gruppe teil.

Ein notwendiges Kriterium für die Teilnahme an der diagnosenübergreifenden Gruppenform ist das ausreichende Abgeklungen-sein der Akutsymptomatik, also psychotischer Symptome, krankheitsbedingter Anspannung und Unruhe, so weit, dass die Patientin/der Patient in Ihren/seinen Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Verarbeitungskapazitäten nicht überfordert wird und Informationen angemessen aufnehmen kann. Außerdem sollen andere Teilnehmende nicht irritiert und verunsichert werden – dies ist insbesondere für die Durchführung auf Akutstationen zu beachten.

Das Gruppenprogramm ist nicht für Patienten mit primären Suchterkrankungen entwickelt worden. Betroffene mit diesen Störungsbildern sollten nur dann teilnehmen, wenn bei ihnen momentan andere klinische oder Verhaltensstörungen – welche im Curriculum aufgeführt sind – im Fokus der Behandlung stehen.

Auch Patienten mit demenziellen Erkrankungen gehören nicht zur Zielgruppe unseres psychoedukativen Vorgehens.

Grundsätzlich können ansonsten alle Patientinnen und Patienten im Erwachsenenalter sowie deren Angehörige teilnehmen, sofern sie »gruppenfähig«, das heißt in der Lage sind, ihr Verhalten zu steuern und sich innerhalb einer Gruppensituation auf Fremdinformationen einzustellen.

Können Angehörige nicht an den stationären, teilstationären oder ambulanten Gruppen zusammen mit den Patienten teilnehmen – und dies wird im klinischen Alltag meistens der Fall sein –, kann das Manual auch als Leitfaden für eine diagnosenübergreifende Angehörigengruppe dienen – oder Sie arbeiten nach dem Vorschlag unseres Zusatzmoduls »Beteiligung von Angehörigen«. Für die gemeinsame Teilnahme von Patienten und Angehörigen an psychoedukativen Gruppen gibt es, wie schon erwähnt, gute Argumente, etwa gemeinsam zu lernen, voneinander zu lernen und sich gegenseitig zu unterstützen. Aber es gibt auch Argumente dagegen, wie den Schutzraum für Patienten zu erhalten und den offenen Erfahrungsaustausch von Angehörigen untereinander zu ermöglichen. Auch sind Patienten-Angehörigen-Gruppen schwerer zu moderieren und erfordern mehr Sicherheit und Erfahrung im Umgang mit schwierigen Gruppensituationen. Deshalb sollte die Wahl der Gruppenzusammensetzung unbedingt von der Qualifikation der Gruppenleitung abhängen. Wir empfehlen, erst einmal mit getrennten Patienten- und Angehörigengruppen zu beginnen.

Als Gruppengröße hat sich eine Höchstzahl von acht bis zehn Teilnehmenden bewährt. Im ambulanten Setting ist mit einer »Schwundrate« zu rechnen, sodass mit etwas mehr Teilnehmenden begonnen werden kann.

Gruppenleitung

Die Gruppenleitung sollte von zwei Moderatoren übernommen werden – im Idealfall von einer Frau und einem Mann. Die Hauptverantwortung für die Vermittlung der fachlichen Inhalte und die interaktionellen Gruppenprozesse sollte von einem Psychologen/einer Psychologin oder einem Arzt/einer Ärztin übernommen werden. Wünschenswert wären zudem eine langjährige Erfahrung in der Arbeit mit psychiatrisch erkrankten Menschen und eine abgeschlossene oder fortgeschrittene Therapieausbildung. Besonders

das diagnosenübergreifende Vorgehen erfordert umfangreiche Kenntnisse in der Diagnostik und Behandlung von unterschiedlichen psychiatrischen Erkrankungen. Die Gruppenprozesse gestalten sich durch die unterschiedlichen Störungsbilder oft spannend, sie können aber auch stark herausfordernd bis überfordernd sein.

Die schwerpunktmäßig psychologisch ausgerichteten Sitzungen sollten hauptverantwortlich von einer Psychologin oder einem Psychologen übernommen werden.

Zur Information über medikamentöse Behandlungen sind umfangreiche medizinische Kenntnisse notwendig. Wird die Gruppe hauptverantwortlich von einem Psychologen geleitet, sollte er daher in dieser Einheit möglichst eine Ärztin oder einen Arzt einbeziehen bzw. den gesamten medizinischen Abschnitt von einer ärztlichen Kollegin durchführen lassen.

Empfehlenswert ist auch die Koeitung der Abschlusssitzung durch eine Sozialpädagogin oder einen Sozialpädagogen, da es inhaltlich um private und berufliche Rehabilitation und weitere psychosoziale und medizinische Unterstützung geht.

Möchte man intensiv – und ist dies auch der Wunsch der Patienten – über Selbsthilfemöglichkeiten (Sitzung 12) informieren, sollte zu dieser Sitzung eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter aus dem Selbsthilfebereich eingeladen werden. Die Einladung externer Personen sollte jedoch generell bereits einige Sitzungen zuvor mit den Patienten abgesprochen werden.

Als Komoderatoren für alle anderen Sitzungen kommen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer therapeutischer Fachrichtungen und aus dem Pflegeteam infrage.

Räumlichkeiten

Der Raum sollte mit einem Tisch ausgestattet sein, an dem die Teilnehmenden und die Gruppenleitung sitzen und arbeiten können. Zusätzlich wäre es gut, Getränke bereitzustellen, um eine angenehme Arbeitsatmosphäre zu schaffen.

Außerdem sollte der Raum mit einem Whiteboard, einem Flipchart und Computer und Beamer oder großem Bildschirm ausgestattet sein, um die Seminarfolien für alle Teilnehmenden gut lesbar projizieren zu können. Wenn Sie – wie wir häufig im Manual vorschlagen – mit Metaplankarten arbeiten, benötigen Sie zusätzlich eine Metaplanwand und Moderationsmaterialien.

Auch an Schreibmaterialien für die Gruppenteilnehmenden sollten Sie denken, damit die vorgeschlagenen Einzel-, Partner- und Kleingruppenarbeiten jeweils reibungslos durchgeführt werden können.

Handout

Es hat sich bewährt, die projizierten und besprochenen Präsentationsfolien mit jeweils drei bis sechs Folien pro Seite auszudrucken und den Teilnehmenden als Handzettel mitzugeben. So können sie die erarbeiteten Themen nach der Sitzung und auch später in Ruhe noch einmal nachlesen oder sich einen Überblick über eventuell versäumte Einheiten verschaffen.

Die Leitenden können aber natürlich auch einzelne Präsentationsfolien kopieren und ausgeben.

Vorbereitung der Gruppensitzungen

Stellen Sie die Materialien vor jeder Gruppensitzung zusammen: in der ersten und letzten Sitzung die in der Seminaranleitung angegebenen Fragebögen oder Ihre eigene Zusammenstellung, zu diesen und allen anderen Sitzungen eine Teilnehmerliste sowie pro Teilnehmenden ein Handout, die zu den jeweiligen Sitzungen gehörenden Arbeitsblätter und ggf. Informationsblätter und/oder Broschüren, Metaplinkarten und -wand. Die genauen Hinweise finden Sie unter dem Punkt »Benötigte Materialien« der jeweiligen Sitzungen.

Wir empfehlen, zur Begrüßung und Einstimmung für die Eintreffenden jeweils die erste Präsentationsfolie schon vor Beginn der Sitzung an die Wand zu projizieren. Außerdem sollten Sie stets den Themenspeicher nachbereitet haben, um zur visuellen Unterstützung Ihrer Ausführungen neu angefertigte oder aus anderen Sitzungen eingefügte Folien zum passenden Zeitpunkt präsentieren zu können.

Das Manual im Überblick

Das als Curriculum konzipierte Basismanual besteht aus einer Schritt-für-Schritt-Anleitung sowie vollständig vorbereiteten Präsentationsfolien für die insgesamt zwölf Sitzungen. Zusätzlich können Sie mithilfe der vier Zusatzmodule – Ernährung, Stressbewältigung bei psychischen Erkrankungen, Beteiligung von Angehörigen, Entlassungsvorbereitung – einzelne Themen vertiefen.

Zu jedem der systematisch aufeinander aufbauenden Gruppentreffen gibt es Arbeitsblätter, die der Erarbeitung des Themas innerhalb der jeweiligen Sitzung und als Nachbereitung und Vertiefung der jeweiligen Inhalte bis zur nächsten Sitzung dienen. Zur Ergänzung einzelner Themen wurden Informationsblätter erstellt und zur Verwendung auch außerhalb des Seminars folgende Broschüren verfasst: »Tagesplaner«, »Ernährungsprotokollheft«, »Eine kleine Bewegungspause« sowie »Krisenbroschüre« und »Krisenpass«.

Die Präsentationsfolien wurden in Powerpoint erstellt und belassen, sodass Sie als Anwenderin oder Anwender diese auf das jeweilige Setting abgestimmt animieren und nach eigenen Schwerpunkten Inhalte hinzufügen, weglassen oder durch andere ersetzen können.

Wir weisen im Text häufig auf die Nutzung eines Whiteboards oder Flipcharts hin. Selbstverständlich können Sie auch ein Smartboard oder eine andere Schreibwand verwenden.

Der Ablauf jedes Treffens ist in sechs Abschnitte unterteilt:

1. Begrüßung, Vorstellen der thematischen Inhalte der Sitzung, Anfangsrunde

Die Begrüßung und das Vorstellen der Themen für die jeweilige Sitzung ermöglichen es den Teilnehmenden, sich darauf einzustellen und sich willkommen zu fühlen.

Die kurze Anfangsrunde dient ebenfalls der inhaltlichen Einstimmung auf die gemeinsame Arbeit und vermittelt sowohl den Mitteilnehmenden als auch den Leitenden Informationen, wie es jedem Einzelnen geht, ob es etwas Wichtiges gibt, das in der Gruppe besprochen werden sollte, oder ob ein Gruppenteilnehmer aktuell Hilfe benötigt. Außerdem können zum Thema passende eigene Wünsche und Vorschläge an dieser Stelle eingebracht werden.

2. Kurze Wiederholung der Themen der vorangegangenen Sitzung

Die Rückschau auf das vorherige Treffen dient dazu, die Inhalte wieder ins Gedächtnis zu rufen, das Wichtigste noch einmal zusammenzufassen und daran anzuknüpfen. Offengebliebene Fragen können an dieser Stelle von der Gruppenleitung beantwortet werden.

3. Aufgabe aus der letzten Sitzung

Die Gruppenmitglieder stellen ihre bearbeiteten Aufgaben aus der letzten Sitzung vor und ggf. aufgetretene Fragen dazu werden beantwortet. Bei größeren Runden sollten die Ergebnisse nur exemplarisch vorgestellt werden. Die Bearbeitung und das Vorstellen der eigenen Hausaufgaben erfolgen ausschließlich auf freiwilliger Basis.

4. Neues Thema bearbeiten

Dieser Teil dient der theoretischen Wissensvermittlung, der Information über Anwendungsmöglichkeiten und dem Austausch über die jeweiligen Erfahrungen der Teilnehmenden. Manche Inhalte werden referiert, andere mit den Patienten interaktiv erarbeitet. Um möglichst allen Teilnehmenden die aktive Mitarbeit zu ermöglichen, wird für jede Sitzung mindestens eine Einzel-, Partner-, oder Kleingruppenarbeit vorgeschlagen. Eine Kleingruppengröße von drei bis vier Teilnehmenden hat sich dabei als besonders günstig erwiesen – so kann jeder aktiv mitarbeiten, sich aber auch bei Bedarf zurückhalten.

5. Aufgabe zur nächsten Sitzung

Es gibt jeweils eine kleine Aufgabe, die bis zur nächsten Zusammenkunft bearbeitet werden soll. Dadurch wird das in der Gruppensitzung Gelernte von den Betroffenen in ihrem Alltag angewendet und mit eigenen Erfahrungen verknüpft.

6. Abschluss

Am Ende der Sitzung werden die Inhalte zusammengefasst sowie noch offene Fragen und thematische Wünsche für die nächste Sitzung gesammelt. Sofern die Fragen kurz beantwortet werden können, kann das an dieser Stelle geschehen, ansonsten an passender Stelle im weiteren Verlauf des Curriculums.

Die Abschlussrunde erfolgt in Form eines sogenannten »Blitzlichts«, bei dem die Teilnehmenden ohne Unterbrechung durch die Mitpatienten kurz ihre Befindlichkeit mitteilen und, wenn sie möchten, kurz sagen, was sie von dem Gehörten anwenden wollen. Das dient der Gruppenleitung als Rückmeldung, welche der Themen von den Beteiligten als hilfreich aufgenommen wurden

und ob es ggf. bei Einzelnen noch Verständnisprobleme gibt. Falls es jemandem aus der Gruppe schlechter geht, weil er z. B. Schwierigkeiten hatte, sich zu konzentrieren, oder weil er einzelne Inhalte als belastend empfand, und es sinnvoll erscheint, sollte ihm im Anschluss ein kurzes Gespräch angeboten werden, um Unterstützung zu signalisieren.

Zum Ende der Sitzungen wird das Handout ausgegeben und die Teilnehmenden werden verabschiedet. Die Seminarleitung sollte sich stets für die aktive und engagierte Mitarbeit der Patientinnen und Patienten bedanken.

Überprüfung der Wirksamkeit und Begleitforschung

Wie schon beschrieben, bedürfen medizinische und therapeutische Maßnahmen in der allgemeinen Patientenversorgung ohnehin einer laufenden Evaluation zur Qualitätssicherung, zur Wirksamkeitsbelegung und auch zur Rechtfertigung der jeweiligen Behandlungskosten gegenüber der Solidargemeinschaft. Aber auch die weitere Beforschung und beständige Weiterentwicklung sollte uns Anwendern stets am Herzen liegen. Wir empfehlen daher in der ersten Sitzung eine Eingangserhebung, bestehend aus einem von uns erstellten Eingangsfragebogen und einem Standard-Symptom-Fragebogen und gegebenenfalls wie unter dem Punkt »Wissenschaftliche Erforschung« bereits empfohlen störungsspezifische Fragebögen.

Zum Abschluss empfehlen wir den Einsatz eines Feedback-Fragebogens, z. B. den von uns in Anlehnung an STENGLER 2008 erstellten und die in der ersten Sitzung verwendeten symptom- und störungsbezogenen Fragebögen. Eingangserhebungsbogen und Feedback-Fragebogen stehen zum Download bereit.

Beforschen Sie unser Vorgehen in der Versorgungspraxis oder im universitären Kontext, bitten wir Sie, mit uns in Kontakt zu treten, damit wir Ihre Forschungsergebnisse bei der Weiterentwicklung der diagnosenübergreifenden Psychoedukation berücksichtigen können.