
Stationäre psychoedukative Gruppentherapie

-
eine soziologische Evaluation in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik des Markus-Krankenhauses in Frankfurt/M.

Bachelorarbeit

eingereicht am Fachbereich
Gesellschaftswissenschaften
der Goethe Universität Frankfurt/M.

zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts (BA)
Soziologie

Prüfer: Prof. Dr. Dr. Rolf Haubl
Zweitgutachter: Dr. Peter Gostmann

vorgelegt von
Janina Hornung
am 7. August 2012

Dem gesamten Team der Station 31 B des Frankfurter Markus-Krankenhauses,
mit einem besonderen Dank an Heike, die mir mit Rat und Tat zur Seite stand und mich stets
dabei unterstützte, meine Vorhaben in die Tat umzusetzen.

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Theoretische Grundlagen der Psychotherapie	2
2.1 Begriffsklärung – Was ist Psychotherapie?	2
2.1.1 Stationäre Psychotherapie	3
2.1.2 Stationäre Gruppenpsychotherapie	4
3. Das Konzept der stationären psychoedukativen Gruppenpsychotherapie	5
3.1 Zur Herkunft der Psychoedukation	5
3.1.1 Ist Psychoedukation Psychotherapie?	7
3.2 Rolle und Bedeutung von Psychoedukation im stationären Feld	8
3.2.1 Stationäre psychoedukative Gruppenpsychotherapie	8
4. AGAPLESION Markus-Krankenhaus	9
4.1 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	9
4.2 Station 31B – Stationskonzept: Emotionsregulationsstörungen	10
5. Evaluation der Basisgruppe – Patienten, Hypothesen und Methodik	12
5.1 Das Konzept der Basisgruppe	12
5.1.1 Modularer Aufbau	13
5.1.2 Patienten Klientel und Krankheitsbilder	16
5.2 Hypothesenbildung	16
5.3 Empirisches Vorgehen und Datenerhebung in der Gruppe	17
5.3.1 Allgemeine Ergebnisse der Evaluation	22
6. Vergleich zweier Patienten – Psychoedukation bei Depressionen	23
6.1 Kasuistik - Herr W.	24
6.1.1 Ergebnisse der Evaluation	26
6.2 Kasuistik - Herr P.	28

6.2.1 Ergebnisse der Evaluation	30
6.3 Gegenüberstellung beider Patientenverläufe	32
6.4 Prüfung der Hypothesen	34
7. Kritische Perspektiven	35
7.1 Die Gruppenzusammensetzung - Zentraler Indikator für den Weg aus der Krise?	35
7.2 Zeit – Freund oder Feind psychischer Gesundheit?	37
7.3 Psychoedukation – Therapie zwischen Autonomie und Heteronomie	40
8. Fazit und Ausblick	43
Anhang	48
Literaturverzeichnis	50
Eigenständigkeitserklärung	52

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1. Patientenverlauf Herr W.	28
Abb. 2. Patientenverlauf Herr P.	32
Abb. 3. Autonomie und Heteronomie im Verlauf psychoedukativer Therapie (aus Sicht der Patienten)	44
Tab. 1. Rohwertberechnung der einzelnen Skalen	22
Tab. 2. Rohwerte der Skalen der 3-Faktoren-Lösung und die zugehörigen Stanine-Werte	22

1. Einleitung

„Es ist ganz natürlich, dass Ihre Hände feucht sind und ihr Puls rast, wenn Sie sich in einer Situation befinden, in der sie Angst haben. Ihr Körper steht sozusagen noch auf ‚Steinzeitmodus‘ und bereitet sich, wie es früher üblich war, darauf vor zu flüchten. Feuchte Hände verbessern den Halt bei der Flucht am Boden und Ihr Herz versorgt den Körper mit Adrenalin und bereitet ihn so auf Aktion vor.“

(Dr. Maxie Kneist, Stationsärztin der Station 31B und Gruppenleiterin der Basisgruppe)

Menschen, die unter einer psychischen Krankheit leiden, sei es eine Art von Persönlichkeits-, Verhaltens- oder Angststörung, Schizophrenie oder Depression, sie alle verbindet meist ein Aspekt, den sie zum Großteil in Gesprächen mit Ärzten und Fachpersonal erwähnen: eine veränderte Selbstwahrnehmung. Aussagen wie „Ich weiß nicht, was mit mir los ist“ oder „Ich bin nicht mehr ich selbst“ spiegeln die eindeutig veränderten Empfindungen der Betroffenen wider. Mit den Symptomen der Krankheit einhergehend, empfinden zahlreiche Patienten ihr Denken und/oder Handeln zunehmend als für sie untypisch. Ab diesem Punkt, der für die Mehrzahl der Patienten der Station 31B ausschlaggebender Grund dafür war, sich überhaupt in einer psychiatrischen Klinik vorzustellen, häufen sich die Bedenken und Sorgen jedes Einzelnen immer weiter an, sodass sie, für bereits viele Krankheitsbilder typisch, in ein ständiges Grübeln geraten, welches den Genesungsprozess jedes Patienten behindert und somit den Krankheitsverlauf weiterhin äußerst negativ beeinflusst.

An dieser Stelle greift nun der Begriff der „Psychoedukation“. Die Idee ist es, Patienten, als späteren Experten ihrer Krankheit, ein umfassenderes Wissen über ihre Störung und deren Behandlung zu vermitteln, sodass bspw. die Sorgen um ihr Selbst, ihre Persönlichkeit und deren Veränderung eingedämmt werden können und somit erst keine Angst vor dem Ungewissen aufkommen muss, welches sie zu der eigentlichen Krankheit weiter belastet. Wie und mit welchen Ergebnissen dies in der klinischen Praxis tatsächlich vonstatten geht, soll die Evaluation einer stationären psychoedukativen Gruppentherapie verdeutlichen, welche im Rahmen des Stationskonzeptes der Station 31B der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Frankfurter Markus-Krankenhauses, mit dem Schwerpunkt der Emotionsregulationsstörungen, durchgeführt wurde. Außerdem wird neben dem Aspekt der Psychoedukation das Setting der Gruppen- statt der Einzeltherapie näher beleuchtet. Ob diese Art der Behandlung von psychisch Erkrankten, welche sich bereits nachweislich als hocheffektiv herausstellte (vgl. Rabovsky & Stoppe 2006: 543), nicht auch ihre Schwächen hat, wird gegen Ende der Arbeit näher behandelt. Daher rührt auch meine Motivation für diese Thematik:

Psychoedukation, als eine relativ junge und vergleichsweise unerforschte, jedoch bisher äußerst positiv konnotierte Therapie, eröffnet nicht nur Psychologen ein spannendes Feld, sondern beinhaltet ebenfalls für soziologische Fragestellungen genügend Raum. Zudem fehlen, ganz im Gegensatz zu störungsspezifischen Gruppen, insbesondere solchen, für schizophrene Patienten, noch jegliche evaluierte Daten zur Wirksamkeit diagnoseübergreifender Therapiegruppen (vgl. Rabovsky & Stoppe 2006: 546). Um mir einen Weg in dieses bisher vergleichsweise wenig thematisierte Forschungsgebiet zu erschließen, beschäftigte ich mich acht Wochen im Rahmen meines studentischen Praktikums ausführlich mit dieser Thematik und gewann zahlreiche Einblicke in den praktischen stationären Alltag psychoedukativer, diagnoseübergreifender Gruppentherapie. Mein Fokus lag dabei insbesondere auf depressiven Patienten, da diese Krankheit u.a. die am häufigsten gestellte Einzeldiagnose bzgl. psychischer Störungen und demnach in der breiten Gesellschaft häufig zu finden ist, sowie aus dem gegebenen Anlass, dass in der Basisgruppe die Zahl an Patienten, welche unter einer Depression leiden, relativ hoch war.

2. Theoretische Grundlagen der Psychotherapie

Um den Begriff der Psychoedukation leichter fassen und im späteren Verlauf besser verwenden zu können, sollen an dieser Stelle einleitend die charakteristischen Merkmale, sowie zwei unterschiedliche Formen der „klassischen“ Psychotherapie vorgestellt werden. Selbstverständlich wird im Zusammenhang mit psychisch kranken Menschen immer wieder der Ausdruck der Psychotherapie verwendet, sowohl von Professionellen als auch von Amateuren und Laien. Was Psychotherapie jedoch genau ist und wer mit diesem Begriff in Verbindung gebracht wird, behandeln die nächsten Abschnitte.

2.1 Begriffsklärung – Was ist Psychotherapie?

Bei einem solch „prominenten“ Begriff wie dem der Psychotherapie (prominent, da man in den größten Teilen unserer Gesellschaft, sei es im Fernsehen, in Zeitschriften oder lediglich im eigenen privaten Kontext, mit ihm konfrontiert wird und somit eine Art Allgegenwart geschaffen ist) verwundert es weniger, dass aufgrund der unzähligen Verwendungen des Begriffs einige Unklarheiten bezüglich der genauen Definition herrschen.

Die direkte und wörtliche Bedeutung von Psychotherapie ist die der „Seelenbehandlung“, die man zunächst zu Recht als plausibel anerkennt, wenn man weiß, dass in diesem Kontext psychisch kranke Menschen und deren Leiden behandelt werden. Ob es allerdings

tatsächlich lediglich die Behandlung der menschlichen Seele ist oder ob auch andere Leiden bzw. Erscheinungsformen eine Rolle spielen, wie behandelt wird und welche Voraussetzungen geschaffen sein müssen, kann man dem reinen Ausdruck nicht entnehmen. Daher soll an dieser Stelle die häufig zitierte (vgl. Behrendt & Schaub 2005: 20 und Heinzl & Enke 2010: 2) allgemeine Definition des österreichischen Mediziners und Tiefenpsychologen Hans Strotzka Klarheit schaffen:

„Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch a verbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.“ (Strotzka 1978: 4)

2.2.1 Stationäre Psychotherapie

Eine spezifische eigenständige Form der o.g. Psychotherapie ist die stationäre Psychotherapie im klinischen Setting. Das Krankenhaus wird zur alltäglichen Umgebung der zu therapierenden Betroffenen und bietet eine Vielzahl differenzierter Behandlungen, sozialer Interaktionen und allgemein unterschiedlicher Erfahrungen im Gegensatz zu einer Psychotherapie außerhalb von Kliniken, bspw. Einzelgespräche in Praxisräumen von Psychotherapeuten, die zudem ggf. nahe der gewohnten und schützenden vier Wände liegen und dem Patienten somit keine, mit der stationären Behandlung vergleichbare Ungewissheit und Unwohlsein abverlangt.

In der Regel, so die Erfahrungen aus meinem Aufenthalt im Markus-Krankenhaus, schaffen Patienten, die eine stationäre Psychotherapie machen möchten, mit ihrer Familie, dem Freundeskreis und evtl. ihrem beruflichen Umfeld einen Konsens, sodass dem weiteren Verlauf der Behandlung nichts im Wege steht und möglichen Eventualitäten vorgebeugt ist. Zudem unterscheidet sich das stationäre Setting weiter dadurch, dass nicht nur Einzelgespräche geführt werden, sondern weitere therapeutische Angebote und Verpflichtungen mit der Behandlung der Patienten einhergehen. Hierzu zählen u.a. Gestaltungstherapien, Körper- und Bewegungstherapien, soziale Beratungen, Visiten oder unter Umständen Familien- bzw. Paargespräche. Wie sich hier bereits herauskristallisiert, befindet sich das Individuum, welches die Behandlung seiner psychischen Krankheit als Ziel hat, nicht länger, wie es evtl. vorher der Fall war, in einem eigenen intimen Raum, in dem es sich alleine mit seinen Problematiken auseinandersetzen musste bzw. wollte oder in einer Dyade, die bereits vor dem stationären

ren Aufenthalt mit einem Therapeuten bestand, sondern ist nun gezwungen, sich mit Mitpatienten auseinanderzusetzen, völlig fremden Menschen, die ggf. nicht einmal das gleiche Krankheitsbild aufweisen, über andersartige Kommunikations- und Handlungsweisen verfügen, die Kontaktaufnahmen durchaus erschweren können und weniger Raum für die eigene Identität lassen.

Diese Perspektive der Eigenschaften des stationären Behandlungssettings spielen jedoch nicht nur im allgemeinen stationären Kontext eine nicht zu unterschätzende Rolle, sondern nehmen vor allem in Gruppenpsychotherapien einen erheblichen Raum ein.

2.1.2 Stationäre Gruppenpsychotherapie

Charakteristisch für Gruppentherapie im Allgemeinen ist, wie oben bereits kurz erläutert, die Mehrpersonensituation. Damit einhergehend kommt es zwangsläufig zu einer Vielschichtigkeit, welche in diesem Kontext sehr häufig als positiv und äußerst fördernd sowohl von Therapeuten als auch von Patienten gesehen und genutzt wird, wobei Patienten in den meisten Fällen zunächst teils ihre Scham und ihre Bedenken, gegenüber Fremden zu sprechen, überwinden müssen. Heinzl und Enke (vgl. 2010: 2) machen zudem auf spezifische und neuartige, auch interdisziplinäre theoretische, konzeptionelle und praktische Ausrichtungen aufmerksam, welche Gruppentherapie erfordert.

Wie bei der allgemeinen stationären Psychotherapie auch, gilt für die stationäre Gruppenpsychotherapie das identische klinische Setting, einzig mit dem Unterschied, dass diese nun eine weitere spezielle Form der Psychotherapie ist und als Fundament die Gruppe sieht. Nach Senf (In: Tschuschke 2010: 132) „ist jede Therapie im stationären Setting eine Gruppentherapie, da der therapeutische Prozess auf einer Station immer von der Gesamtgruppe (d.h. Mitpatienten und Team) getragen wird“. Zudem formulieren Heinzl und Enke die Ziele von Therapiegruppen wie folgt:

„Es geht um die Beseitigung und die Milderung von Krankheit, Störung, Symptomatik, Behinderung, gegebenenfalls auch die Förderung und Entwicklungserschließung bei den einzelnen Gruppenmitgliedern/Patienten. Gemeinsames Ziel ist die jeweils individuelle gesundheitsförderliche Veränderung. Hierfür werden im Fall der Gruppenpsychotherapie auch die spezifischen Möglichkeiten der Gruppe ausdrücklich, aber immer zielgerichtet genutzt. (Heinzl & Enke 2010: 4, Hervorheb. i. O.)

Strauß, welcher sie hierbei auf ein unveröffentlichtes Vortragsmanuskript von Frank Bartschka aus dem Jahr 1997 bezieht, sieht das Ziel der Gruppenpsychotherapie im Gesamtsetting vor allem in der Anregung der Patienten „in den zwischenmenschlichen Beziehungen

nicht nur das beobachtbare reale Verhalten, sondern auch Unsichtbares und Nicht-Messbares zu beachten“ (Strauß 2010: 132), sprich Wünsche, Bedürfnisse und Gefühle.

Aufgrund der erheblichen Bedeutung der Gruppe soll an dieser Stelle zunächst dieser, durch den alltäglichen Gebrauch eher unscharf gewordene Begriff, näher definiert werden. Laut Hillmann (vgl. 2007: 318 f., Hervorheb. d. Verf.) weist eine Gruppe nach soziologischer Definition folgende Merkmale auf:

- Eine *Mehrzahl* von Personen (diese muss für Gruppenmitglieder und Außenstehende eine überschaubare, von anderen sozialen Gebilden abhebbare soziale Einheit ergeben)
- Eine gemeinsame *Sprache* (eine Art Gruppensprache oder Gruppenjargon)
- Gemeinsame *Wertorientierungen, Ziele, Interessen* und *Auffassungen*
- Gemeinsame *soziale Normen* (diese sind mit sozialer Kontrolle und Sanktionen verbunden)
- Ein *System* (dieses besteht aus wechselseitig aufeinander bezogener, z.T. unterschiedlich bewertender und status- bzw. rangmäßig eingestufte sozialer Positionen und Rollen, die mit Mitgliedern der Gruppe besetzt werden müssen)
- Dauerhafte *soziale Beziehungen* und *Interaktionen* zwischen Mitgliedern
- Ein räumliches, zeitliches und kooperatives *gemeinsames Handeln* (zur Erreichung der Gruppenziele und Bewältigung von Aufgaben und Problemen)
- Vorhandensein eines Wir-Bewusstseins, einer *Gruppensolidarität* (hinsichtlich der gegenseitigen Orientierung, psychisch-geistigen Verbundenheit und gruppenbezogenen Verantwortungsbereitschaft)
- Ein hinreichender Grad an gruppeninterner Festigkeit, *Kohäsion* (infolge des Zusammenhalts der Gruppenmitglieder und einer dadurch erreichten Widerstandskraft gegenüber Konflikten, Führungsproblemen und Fremdeinflüssen)

All diese Merkmale, auch wenn sie im späteren Verlauf nicht näher thematisiert werden, lassen sich jedoch zu genüge in der Basisgruppe wiederfinden.¹

Bzgl. empirischer Forschung auf dem Gebiet der Gruppenpsychotherapie kann gesagt werden, dass diese seit langer Zeit durchgeführt wird (vgl. Strauß 2010: 133). Als ausschlag-

¹ Auf die Basisgruppe angewandt ist bspw. eines der gemeinsamen Ziele, welches deutlich auf der Hand liegt, die psychische Genesung/Besserung, die sozialen Interaktionen und Beziehungen lassen sich vor allem in den Diskussionen und dem Meinungsaustausch der Patienten finden und das gemeinsame Handeln, z.B. in der kollektiven Bearbeitung von Frage- und Aufgabenstellungen, trägt sicherlich einen großen Teil zur Kohäsion der Therapiegruppe bei.

gebend gelten hier u.a. die Gründung der Mainzer Werkstatt durch Bassler und Hoffmann sowie die Etablierung des Arbeitskreises Stationäre Gruppenpsychotherapie im Jahr 1989 (vgl. Strauß 2010: 133).

„Die empirische Forschung zu stationären Gruppen hatte jedoch schon immer mit der Komplexität des stationären Settings zu kämpfen. Insbesondere in der BRD, in der ein weltweit einzigartiges Netz an psychotherapeutischen und psychosomatischen Kliniken bzw. Stationen existiert, wurden einige Studien durchgeführt, die versuchten, die Komplexität des Settings bestmöglich durch eine sehr engmaschige Beschreibung des Gruppenprozesses auszubilden. Zu nennen sind hier insbesondere die Hamburger Studie zur stationären Gruppenpsychotherapie (Eckert u. Biermann-Ratjen 1985), das Heidelberger Kattamneseprojekt (von Rad et al. 1998), die Stuttgarter Gruppentherapiestudie (Tschuschke 1993) und die Kieler Gruppenpsychotherapiestudie (Strauß u. Burgmeier-Lohse 1994).“ (Strauß 2010: 133, Hervorheb. i. O.)

3. Das Konzept der stationären psychoedukativen Gruppenpsychotherapie

Nachdem nun die Grundlagen von Psychotherapie erläutert und diese im Kontext stationärer Behandlungen sowie in Gruppen vertieft wurden, soll nun der schon gebrauchte Begriff der Psychoedukation eingeführt werden, da er eine weitere Differenzierung und Konkretisierung verspricht.

3.1 Zur Herkunft der Psychoedukation

Im Jahr 1980, vor lediglich 32 Jahren, wurde dieser Terminus erstmals von C.M. Anderson, einem Arzt aus den USA, in Bezug auf die Behandlung von an Schizophrenie Erkrankten verwendet, sowie für die Aufklärung der Familienangehörigen über die Krankheit und verwendete Medikamente (Behrendt & Schaub 2005: 16). Außerdem entspringt diese Form kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzepten, in denen das Augenmerk vorwiegend auf der Bewusstmachung von Kognitionen, sprich Einstellungen, Gedanken oder Bewertungen und dem systematischen Training von Verhaltensänderungen liegt.

Nach der reinen Semantik des Wortes ergibt sich bereits grob das Ziel von Psychoedukation: die Bildung bzw. Schulung der Seele, im näheren Sinn und dem hier entscheidenden Kontext, der an psychischen Erkrankungen leidenden Patienten. Als zunächst „expertenbestimmte Form der Unterrichtung im Sinne von Bildung oder Schulung, z.T. in Form von Vorlesungen, Frontalunterricht oder themenzentrierten Diskussionsrunden“ (Behrendt & Schaub 2005: 16) wurde diese neue Behandlungsmethode bekannt. Auch die Einbeziehung von Patienten wurde bis zu diesem Zeitpunkt nicht genutzt und nicht zum Thema professionellen

Handelns gemacht. Unter Anderson waren die beiden folgenden Ziele bezüglich psychoedukativen Psychotherapien von Bedeutung: zum einen die Verbesserung der Compliance, d.h. des kooperativen Verhaltens der Patienten durch die Kenntnis und Akzeptanz der Erkrankung im Rahmen ihrer Therapie und zum anderen die damit verbundene Senkung der Rückfallwahrscheinlichkeit und die Verbesserung des Krankheitsverlaufs (Anderson et al. In: Behrendt & Schaub 2005: 16). Diese Ziele werden nach wie vor zu den von den Therapeuten primär verfolgt. Weitere Ziele lauten wie folgt (Behrendt & Schaub 2005: 17f.):

- Verbesserung des krankheitsbezogenen Wissens
- Förderung des Verständnisses und persönlicher Verarbeitung des Krankheitsverstehens, Stärkung der aktiven Krankheitsbewältigung, Verminderung von Unsicherheiten und Ängsten, Gewinnung eines positiven Selbstkonzeptes
- Verbesserung der Compliance, Erhöhung der Mitverantwortung bzw. Mitbestimmung bei der Medikation
- Verbesserung des Umgangs mit Krisensituationen und Frühsymptomen
- Antizipation und Vermeidung von Über- bzw. Unterforderung
- Verbesserung der Rückfallprophylaxe und Reduktion der Hospitalisierungsrate und Hospitalisierungsdauer
- Förderung des Gesundheitsverhaltens
- Kostenminderung

Diese werden allerdings in der Literatur bezüglich schizophrener Erkrankungen aufgezählt, sie treffen jedoch größtenteils auch auf andere psychische Erkrankungen und deren psychoedukative Behandlung zu.

Rabovsky und Stoppe formulieren die Ziele von psychoedukativer Therapie zusammengefasst folgendermaßen:

„Ziele von Psychoedukation sind die Erarbeitung von Informationen über die Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten, der Erwerb krankheits- und behandlungsrelevanter Fertigkeiten und Bewältigungskompetenzen, sowie eine emotionalen Entlastung der Teilnehmer.“ (Rabovsky & Stoppe 2006: 541)

Es sei allerdings noch darauf hingewiesen, dass bei der bereits genannten, rein semantischen Bedeutung des Begriffs der Psychoedukation darauf geachtet werden muss, dass die Übersetzung von „education“ nicht der der Erziehung ist, da dieser ganz und gar nicht im Sinn

psychoedukativer Therapie ist. Der Patienten soll nämlich nicht dahin „erzogen“ werden, dass er ein besseres Verständnis über seine Erkrankung und deren Behandlung erhält, sondern interessiert, motiviert und eigenverantwortlich an sich arbeitet. Diese Sichtweise wird ebenfalls in der Definition von Rabovsky und Stoppe durch den Begriff der Erarbeitung deutlich. Durch die Internalisierung der in psychoedukativen Interventionen gegebenen Informationen, bildet sich der Betroffene somit selbst.

Was den heutigen Forschungsstand auf dem Gebiet der Psychoedukation angeht, so geben Rabovsky und Stoppe einen vielseitigen Einblick: u.a. erwähnen sie eine Umfrage, welche die aktuelle Versorgungssituation bezgl. Psychoedukation an sämtlichen deutschsprachigen Kliniken eruiert (vgl. 2006: 544), sowie Aspekte der Complianceforschung, welche ebenfalls in starker Beziehung zu Psychoedukation steht. Hier spielt vor allem die Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung und die daraus resultierende Kooperationsbereitschaft der Patienten eine wichtige Rolle (vgl. 2006: 544). Außerdem weisen Burlingame und Strauß (vgl. 2010: 129) auf die Ergebnisse von Payson et al. hin welche aussagen, dass die Effektivität psychoedukativer Gruppen insbesondere für störungsspezifische Gruppen gut belegt wurde, da gerade in solchen speziell auf die individuellen Probleme der Patienten eingegangen werden kann.

3.1.1 Ist Psychoedukation Psychotherapie?

Nach der bisherigen Ausgangslage liegt es nahe, dass Psychoedukation, als spezifische Behandlungsmethode, eine Form von Psychotherapie ist. Auch ein Vergleich der o.g. Ziele von psychoedukativen Interventionen und der Definition von Psychotherapie nach Strotzka legt dies nahe.

Sowohl der bewusste und geplante Prozess, als auch Merkmale wie die Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen und die Verwendung lehr- und lernbarer Techniken finden sich in psychoedukativen Behandlungen wieder. Therapeuten vermitteln Patienten theoretische Informationen bezüglich ihrer Krankheit und deren Verlauf, ebenso Techniken zum Umgang und der Bewältigung krankheitsspezifischer Erscheinungen. Die verbale Vermittlung von Wissen ist ebenfalls einer der relevanten Faktoren in der Psychoedukation, da auf ihr sämtliche Abläufe aufbauen und somit das Fundament psychoedukativer Psychotherapie geschaffen wird. Klingberg (In: Behrendt & Schaub 2005: 21) betont, dass das Zueinander von Psychotherapie und Psychoedukation am besten als Kreislaufmodell verstanden werden kann, wobei zu Beginn der Therapie das Störungswissen und das Störungs-

verständnis vertieft werden sollte. Demnach kann Psychoedukation als eine Art „Transparent-Machen“ des psychotherapeutischen Handelns angesehen werden.

3.2 Rolle und Bedeutung von Psychoedukation im stationären Feld

Aufgrund der fundamentalen Bedeutung von Psychoedukation hinsichtlich der zuvor erläuterten Compliance und des Krankheitswissens von Patienten, fällt eine positive Einschätzung der Rolle dieser Behandlungsmethode nicht schwer. Unter anderen stationären Behandlungskonzepten, wie bspw.

- dem kognitiv-behavioralen Modell, in dem, grob umrissen, davon ausgegangen wird, dass Gedanken, Bewertungen, Vorstellungen und Überzeugungen die Gründe dafür sind, wie der Mensch sich fühlt, sich verhält und Sachverhalte empfindet,
- dem psychodynamischen Modell, welches sich mit sämtlichen analytischen Vorgehensweisen, bspw. der Psychoanalyse und tiefenpsychologischer Psychotherapie beschäftigt,
- oder dem interpersonalen Modell, in welchem grundsätzliche Beziehungsmuster die ausschlaggebende Rolle spielen,

findet sich das der Psychoedukation an gleichwertiger Stelle wieder.

Im stationären klinischen Kontext sind diese weiteren Modelle jedoch nicht unerheblich, da durchaus bspw. eine Therapie des Patienten psychoedukativ und eine weitere psychodynamisch angelegt sein kann. Diese Arten der Behandlungen schließen einander nicht aus. Im Gegenteil: psychoedukative Interventionen bahnen weitere Therapien, z.B. Einzelgesprächen an, indem Patienten kognitiv auf ihr Krankheitsbild, dessen Verlauf und mögliche Bewältigungsstrategien vorbereitet werden, sodass die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Therapeut und Patient wesentlich strukturierter und unmittelbarer vonstatten gehen kann.

3.2.1 Stationäre psychoedukative Gruppenpsychotherapie

Eine stationäre Form von psychoedukativen Interventionen bzw. Therapien ist die der Gruppenpsychotherapie, auf welcher in dieser Arbeit der Schwerpunkt liegen wird. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass nahezu alle Therapiearten und –gruppen zu vielen verschiedenen psychischen Krankheitsbildern psychoedukative Anteile haben können. Bspw. wird in Depressionsgruppen den Patienten u.a. erläutert, wie es zu depressiven Phasen kommen kann, welche Stoffe und Mechanismen des Körpers für ihren Gefühlshaushalt verantwortlich sind oder wie sie bei Frühwarnzeichen selbst aktiv präventiv handeln können. Diese Art des

psychoedukativen Therapierens lässt sich ebenfalls z.B. auf Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung oder Angststörung übertragen.

Der Aspekt der Gruppe, welcher nicht nur das Setting der Therapie im stationären Kontext, sondern auch die Zusammenkunft und Interaktionen der verschiedenen Patienten stark beeinflusst, lässt psychoedukative Therapie abermals neu erscheinen. Außerdem kommt in diesem Kontext erneut das Gruppenkonzept zum tragen. Psychoedukative Gruppen können ebenfalls, wie Gruppentherapien im Allgemeinen, störungsspezifisch oder störungsunspezifisch, geschlossen oder halboffen sein. Der stationäre Aufenthalt der Patienten, welche psychoedukative Gruppentherapien besuchen, ist ebenso bestimmend für deren Genesungsprozess, wie alle weiteren Therapien, die sich aufgrund des in psychoedukativen Gruppen erfahrenen Krankheitswissens den Patienten problemloser erschließen und somit einen besseren Zugang finden können.

4. AGAPLESION Markus-Krankenhaus

Als eine der bundesweit mehr als 80 christlichen und sozialen Einrichtungen sowie 22 Krankenhäusern des gemeinnützigen Verbundes AGAPLESION, welcher im Jahr 2002 als Aktiengesellschaft in Frankfurt am Main gegründet wurde, ist das Markus-Krankenhaus u.a. eines der akademischen Lehrkrankenhäuser der Goethe-Universität Frankfurt. Eine Abteilung des Markus-Krankenhauses ist die psychiatrische Klinik mit 90 vollstationären, 20 teilstationären Behandlungsplätzen inklusive einer Tagesklinik und einer psychiatrischen Institutsambulanz, deren Hauptaufgabe die gemeindenahe Regelversorgung des Sektors Nord in Frankfurt am Main mit ca. 170.000 Einwohnern ist.

4.1 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Auf den fünf Stationen, der Tagesklinik und der Institutsambulanz wird das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen in den verschiedensten Krankheitsphasen behandelt. Die Stationen sind seit geraumer Zeit s.g. „Schwerpunktstationen“, d.h. es gibt u.a. eine Station speziell für Psychoseerkrankungen, eine für affektive Störungen, für Emotionsregulationsstörungen und Depression und eine für Suchterkrankungen. Zu dem Leistungsspektrum der Klinik gehören zum einen psychiatrische und psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung, kombinierte medikamentöse Therapie und Psychotherapie, sozialarbeiterische/psychosoziale Beratung und Betreuung, Ergo- und Physiotherapie, die Betreuung durch Fachkrankenpfleger, Labordiagnostik inklusive Therapeutischem Drug Monitoring, spezielle Psychoedukations-

und Psychotherapiegruppen und letztlich der Einsatz bildgebender Verfahren zur Diagnostik durch die Kooperation mit dem radiologischen/nuklearmedizinischen Versorgungszentrum.

Um das Aufnahmesystem der Klinik etwas transparenter zu gestalten und den Weg der Patienten zu deren stationären Aufenthalten besser nachvollziehen zu können, hier einige kurze Worte zu den Zugangswegen in die Klinik: für jede stationäre Aufnahme ist die Kontaktaufnahme mit dem diensthabenden Arzt notwendig. Dieser bespricht daraufhin die Problematiken des Patienten und entscheidet mit diesem über das weitere Vorgehen. Dringende, oder auch notfällige Patienten werden direkt aufgenommen, wohingegen weniger akute Patienten auf eine Warteliste gesetzt werden und bei Entlassungen anderer Patienten Nachricht der Klinik über einen verfügbaren Platz erhalten.

4.2 Station 31B – Stationskonzept: Emotionsregulationsstörungen

Während meines studentischen Praktikums, welches mir die Möglichkeit für die nachfolgende Evaluation der psychoedukativen Basisgruppe gab, war ich hauptsächlich auf der Station 31B tätig, die Schwerpunktstation für 18 Patienten mit Depressionen und Emotionsregulationsstörungen ist. Neben 13 ausgelernten Pflegekräften sind dort zwei Stationsärztinnen tätig, sowie zwei Stationspsychologen, ein Oberarzt und meine Praktikumsbetreuerin und ständige Ansprechpartnerin, Frau Heike Klarmann-Kriszeleit, die Leiterin des Sozialdienstes. Außerdem zählt eine Ergotherapeutin zu dem Team der Station, die allerdings hauptsächlich in den Räumen der Ergotherapie die Patienten behandelt. Es sind sowohl Zwei- als auch Dreibettzimmer vorhanden.

Der tägliche Ablauf auf der Station ist meines Erachtens nach ein nicht zu unterschätzender Faktor, welcher durchaus Einfluss darauf hatte, wie ich das gesamte Team und die Patienten wahrgenommen habe, die einzelnen Interaktionen und Gruppengefüge beobachten konnte und ein sehr viel besseres Verständnis von den dort behandelten Krankheitsbildern erhielt. Jeder Tag in der Klinik beginnt mit der s.g. *Morgenrunde*, eine von der Pflege geleitete Gruppe. Alle Patienten finden sich um 8:30 Uhr in dem Gemeinschaftsraum der Station ein und bilden einen Stuhlkreis. Zu Beginn wird eine Achtsamkeitsübung aus der buddhistischen Tradition von einem der anwesenden Pfleger durchgeführt. Meist ist es eine Geschichte oder aber auch eine Atemübung, welche durch einen Gong ein-, und etwa drei Minuten später wieder ausgeleitet wird. Diese Übungen sollen zum einen der Entspannung und zum anderen der Konzentration der Patienten dienen. Anschließend folgt die eigentliche Befindlichkeitsrunde. Hier geht es darum, dass jeder Patient und jede Patientin das aktuelle Befinden äußert. Was ist gut, was weniger. Während der Ausführungen der Patienten notiert sich die Pflege dies auf

einen Bogen, auf dem sämtliche momentan aufgenommenen Patienten der Station 31B aufgelistet sind. Dienstags findet jedoch nicht die Morgenrunde statt, sondern die s.g. *Gruppenvisite*. Im Gegensatz zur Morgenrunde ist hierbei nicht nur die Pflege anwesend, sondern auch eine Stationsärztin und die Psychologen. Außerdem werden hier die Patienten dazu angehalten nicht nur ihr Befinden zu äußern, sondern ihre Einschätzungen zu ihrem Befinden in der letzten Woche, was sie letzte Woche gut gemacht haben und welche Ziele sie sich für die laufende Woche gesetzt haben. Nach diesen morgendlichen Gruppen beginnen die individuell verordneten Therapien der Patienten. Neben Aufwachgymnastik, der Kreislaufgruppe oder Ergotherapie gibt es natürlich auch Therapien, die speziell der Auseinandersetzung mit den einzelnen Erkrankungen dienen. Hierzu zählen bspw. die Angstbewältigungsgruppe, die Depressionsgruppe und die Alkoholabstinenzmotivationsgruppe. Diese besuchen die Patienten idealerweise regelmäßig, wobei die spätesten Gruppen gegen 15 Uhr beginnen. Einmal wöchentlich findet mittwochs die *Oberarztvisite* statt, in der jeder Patient und jede Patientin in die Stationsbibliothek gebeten wird. Dort werden sie von dem Oberarzt, den Stationsärztinnen, den Stationspsychologen, der Pflege und dem Sozialdienst empfangen. Hier erkundigt sich der Oberarzt nach dem Befinden, möglichen Problemen bezüglich der Medikation, Zielen des Patienten oder bspw. über Entlassungsvorbereitungen und Dingen, die damit einhergehen und vorbereitet werden müssen. Zudem findet, falls ausreichend Pfleger im Dienst sein sollten, mittwochs eine *Außenaktivität* statt. Hier werden häufig Spaziergänge mit den Patienten oder kleine Ausflüge unternommen, wie z.B. in den Palmengarten oder ein Museum. Freyberger und Spitzer formulieren die allgemeine Bedeutung bzw. das Spektrum der Behandlungen und Vorgehensweisen für Gruppentherapien in Psychiatrien treffend:

„Das heutige Spektrum gruppentherapeutischer Behandlungsangebote in der Psychiatrie reicht damit von sehr einfach konzeptionalisierten, sozialpsychiatrisch motivierten Strategien wie der täglichen ‚Morgenrunde‘ auf einer psychiatrischen Station bis hin zu sehr elaborierten, manualgestützten Ansätzen, wie etwa der dialektisch-behavioralen Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In den meisten Kliniken wird gruppenbezogene Arbeit nicht nur stationär gebunden oder stationsübergreifend, sondern auch über die komplementären Therapiebereiche wie Ergo-, Arbeits-, Musik- und Physiotherapie realisiert.“ (Freyberger & Spitzer 2010: 178, Hervorheb. i. O.)

Was die Zusammenarbeit und die Koordination des Teams und der einzelnen Berufsgruppen der Station angeht, so sind auch hierfür spezielle Zeiten festgelegt. Montags findet das s.g. MPT, das *Multiprofessionelle Team* statt. Hier kommen sämtliche Pfleger, beide Stationsärztinnen, die Psychologen und der Sozialdienst zusammen, um gemeinsam individuelle Ziele

für die jeweiligen Patienten festzuhalten und wöchentlich, bei jeder neuen Sitzung, ihre „Erfüllung“ in % zu beurteilen. In diesem Fall bedeutet 0% „Ziel überhaupt nicht erreicht“ und 100% „Ziel vollkommen erreicht“. Außerdem dient selbstverständlich jede Übergabe der Pflege, vor allem die am Morgen, der gegenseitigen Information und Verständigung.

5. Evaluation der Basisgruppe – Patienten, Hypothesen und Methodik

Die in den vorangegangenen Abschnitten bereits mehrfach genannte Basisgruppe macht in dieser Arbeit den Kern aus. Als eine psychoedukative Gruppenpsychotherapie in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Frankfurter Markus-Krankenhauses bildet sie dort die „Hauptgruppe“ für Psychoedukation. Dies soll heißen, dass natürlich auch andere Gruppen, die evtl. störungsspezifisch und nicht diagnoseübergreifend zusammengesetzt sind, anhand psychoedukativer Interventionen therapieren, die Schwerpunkte jedoch anders gewichtet sind. Während in den übrigen Gruppen, wie bspw. der Depressionsgruppe oder der Angstgruppe eher Bewältigungsstrategien und häufig die individuellen Problematiken der Teilnehmer Thema der Sitzungen sind, zielt die Basisgruppe anhand verschiedener Module vielmehr darauf ab, essentielle Informationen bezüglich der Entstehung von Emotionen, Gedanken, Verhalten und auch der Möglichkeiten für Bewältigung zu vermitteln, sodass Patienten, unabhängig von ihrer psychischen Störung, ein Basiswissen erhalten, mit dem sie in die Lage gesetzt werden, „Herr über ihre Krankheit“ zu werden.

5.1 Das Konzept der Basisgruppe

Die Idee für die Basisgruppe ist auf die Stationsärztinnen der Station 31B, Dr. Maxie Kneist und Dr. Anja Hellenbrecht zurückzuführen, wobei die Durchführung und Leitung der Gruppe interdisziplinär zusammen mit der Stationspsychologin Dr. Sabina Glaser erfolgte. Der Ursprungsgedanke war der, dass diese Gruppe zunächst einzig für die Patienten dieser Station vorgesehen war, der Schwerpunktstation für Depressionen und Emotionsregulationsstörungen, jedoch ab Mitte des Zyklus auch Patienten anderer Stationen hinzu kommen konnten.

Die vorab festgelegten Rahmenbedingungen lauteten wie folgt: die Gruppe findet jede Woche donnerstags von 10:30 Uhr bis 12:00 Uhr statt, setzt sich aus acht bis zwölf Personen zusammen, besteht aus fünf unterschiedlichen und teils aufeinander aufbauenden Modulen, die Art der Wissensvermittlung erfolgt psychoedukativ aus einer Mischung von Frontalunterricht und Interaktion und es werden Materialien wie der Flipchart und Informations- bzw. Übungsblätter ausgegeben und verwendet, die die behandelten Thematiken noch einmal zu-

sammenfassen. Zudem wurden den Teilnehmern Hausaufgaben aufgegeben, die der tieferen Auseinandersetzung mit den Inhalten dienen sollte. Die Gruppenform der Basisgruppe ist halboffen und, wie bereits erwähnt, störungsübergreifend, wobei der Einstieg neuer Patienten jeweils zu Beginn neuer Module möglich ist. Indikationen zur Teilnahme an der Basisgruppe sind sowohl ausreichende kognitive Ressourcen als auch ein gutes sprachliches Verständnis der Teilnehmer. Was die Zugangsbedingungen anbelangt, muss die Verordnung für diese Gruppe durch Einzeltherapeuten erfolgen und die Motivation der Patienten zu regelmäßigen und ernsthaften Teilnahme erkennbar sein, da die Therapie ansonsten lediglich wenig bis keine positiven Erfolge erwarten lässt.

Die von den Therapeutinnen hauptsächlich verwendete Literatur setzt sich vor allem aus drei unterschiedlichen Quellen zusammen:² zum einen aus „Interaktives Skills-Training für Borderline-Patienten. Die Therapeuten Version“ von Bohus und Wolf (2009), dem hauptsächlich Informations- und Arbeitsblätter für die Patienten entnommen wurden, „Im Gefühlsdschungel. Emotionale Krisen verstehen und bewältigen“ von Stavemann (2001), welches den Patienten vordergründig als Informationsliteratur empfohlen wurde, sowie „TEK – Training Emotionaler Kompetenzen“ von Berking (2006), als zusätzliche Unterstützung zur Verbesserung der Stress-, Selbstwert- und Emotionsregulation der Patienten.

5.1.1 Modularer Aufbau

Fünf Module konstruieren das Gerüst der Basisgruppe. Wie der Ablauf in der Gruppe zu diesen aussah und was behandelt wurde, spielt daher eine wichtige Rolle, da im späteren Verlauf, wenn der Paarvergleich zweier Patienten folgt, die Inhalte wichtig für die Ergebnisse der Evaluation sind.

Das erste Modul setzt sich mit dem Thema *Emotionen* auseinander. Fragen wie „Wie entstehen Gefühle?“ oder „Kann man Emotionen steuern?“ spiegeln den Fokus der Überlegungen wider, mit denen sich die Therapiegruppe auseinandersetzte. Zunächst fragten die Gruppenleiterinnen die Patienten nach ihren Überlegungen bezüglich der Entstehung von Gefühlen. Hauptsächlich wurden Beispiele gebracht wie „Gefühle können durch Gedanken und/oder Erfolg bzw. Misserfolg entstehen.“ Zur Veranschaulichung konstruierte Dr. Kneist ein Beispiel, das sich mit der Situation beschäftigte, dass man sich beeilt, seine Bahn zu kommen und diese fährt kurz bevor man einsteigen kann weg. Wichtig in diesem Kontext sind die Bewertungen, die man in einer solchen Situation trifft. Aufkommende Gedanken und Gefühle können bspw. Folgende sein: „Ist nicht so schlimm, bald kommt die nächste Bahn.“

² Die genauen Literaturangaben sind im Literaturverzeichnis dieser Arbeit zu finden.

(Gleichgültigkeit), „So ein Mist! Da bin ich jetzt umsonst gerannt!“ (Ärger), „Jetzt komme ich schon wieder zu spät und werde evtl. gekündigt.“ (Angst) oder „So ein Pech. Die Schwiegermutter muss warten.“ (Freude). Kernaussage hier ist, dass ein Bewusstsein darüber geschaffen werden muss, dass man manche Situationen oder das Handeln von Personen nicht beeinflussen kann und somit nicht in unserer Macht liegen. Daraus resultiert, dass Gefühle demnach nicht durch Situationen, sondern durch die eigenen Bewertungen entstehen. In diesem Modul wurde ferner das Prinzip des rationalen-emotionalen Umlernens thematisiert. Zu Beginn dieses Ansatzes steht als Ausgangspunkt eine automatisierte Einstellung, die es durch Bewusstmachung und regelmäßiges Training kognitiv zu verändern gilt, sodass die negativen alten Einstellungen den neuen positiven Einstellungen weichen.

Das zweite Modul beschäftigt sich mit den Themen *Verhalten und Motivation*. Einführend wurde ein Brainstorming von den Therapeutinnen angeleitet, bei dem die Patienten Antworten auf die Frage finden sollten, wie ihrer Meinung nach Verhalten beeinflusst werden kann. Folgende Beispiele wurden genannt: „Ein gutes Vorbild sein“ (bspw. Nachahmung der Kinder), „Ungewolltes Verhalten bestrafen“ (sodass dieses Verhalten nicht mehr gezeigt wird) und „Verhalten belohnen“ (sodass es immer wieder gezeigt wird). Anschließend wurden zum einen die klassische und zum anderen die operante Konditionierung nach Pawlow und Skinner dargelegt, um die Hauptaspekte der Thematiken von Verhalten und Motivation von Grund auf verstehen und nachvollziehen zu können. Einige Teilnehmer stellten daraufhin selbstständig Bezüge zum therapeutischen Alltag her, die bspw. Lob und Anerkennung bei Ärzten, Pflegepersonal und Therapeuten als Verstärkung ihres zu diesem Zeitpunkt gezeigten Verhaltens erkannten. Dieses Modul wurde aufgrund seines Umfangs auf zwei Sitzungen ausgedehnt, da auch bei den Teilnehmern großes Interesse zu erkennen war. Der Begriff der s.g. erlernten Hilflosigkeit, der Ende der 1960er Jahre von dem Psychologen Martin Seligman entwickelt wurde, spielte für viele der Patienten eine wichtige Rolle, da einige Parallelen zum eigenen Verhalten deutlich erkannt worden sind. Erfolgserlebnisse werden external attribuiert, d.h. dass bspw. eine erfolgreiche Prüfung mit den Gedanken abgewertet wird „Da habe ich nur Glück gehabt. Die Prüfung war so einfach, jeder hätte sie bestehen können.“ Und Misserfolge werden internal attribuiert. Um bei dem Beispiel der Prüfung zu bleiben, wären hier Gedanken bei einem schlechten Ergebnis „Das war ja zu erwarten. Ich bin schlecht und kann nichts.“ Das bedeutet, es spielt keine Rolle ob man ein positives oder negatives Resultat bzw. Erfahrungen macht, man wertet sie grundsätzlich ab.

Auf dieses Modul folgt das des *Stresses*. Auch hier wurden wieder zunächst die Teilnehmer befragt, was Stress eigentlich ist. Feststellungen wie „Ich kann gestresst sein, wenn ich star-

ken Ärger oder starke Angst verspüre.“ oder „Ich bin oft durch Lärm und Schlafmangel gestresst.“ waren Indikatoren dafür, Ursachen von Stress in zwei unterschiedliche Kategorien zu unterteilen: zum einen in interne Faktoren (Emotionen) und zum anderen in externe Faktoren (Lärm, Schlafmangel, Zeitnot, etc.). Die körperlichen Reaktionen bei Stress, der Psychosomatik, wurden grob erklärt mit dem Zusammenspiel von Großhirn und dem limbischen System, wobei die Bedeutung des Adrenalins, das den Körper auf Aktion vorbereitet, näher betrachtet wurde. Analog zu diesen Inhalten wurden Strategien zur Stressbewältigung relativ ausführlich ausgearbeitet. Unterschieden wurden hier regenerative Strategien, wie bspw. Sport, Entspannung, soziale Kontakte oder Hobbies, instrumentelle Strategien, wie Zeitmanagement, Optimierung von Arbeitsabläufen, Selbststudium oder Training sozialer Kompetenzen, und kognitive Strategien wie die Änderung seiner Bewertungen (positive Aspekte sehen, Perfektionismus und Ansprüche etwas senken, realistisch bleiben, etc.), Selbstfürsorge und Akzeptanz. Hier ist noch kurz anzumerken, dass in diesem Modul wesentlich mehr Informationsmaterial an die Patienten ausgegeben wurde, als es in den anderen Modulen der Fall war.

Das vierte Modul fokussiert auf die Problematik der *Kontrolle*. Auch hier wurde erneut eine einleitende Frage an die Patienten gestellt, die der Einführung des Themas dienen sollte: „Worüber hat der Mensch Kontrolle und worüber nicht?“. Willkürliche Handlungen sowie eine zeitlich limitierte Kontrolle über Atmung und Schlaf gehören zu den Dingen, die Menschen kontrollieren können, wobei Gefühle, Erfahrungen oder der Herzschlag nicht dazu zählen. Zahlreiche Aussagen von Patienten zu diesem Thema, Erfahrungen die sie gemacht haben, kreisten meist darum, dass es ihnen ganz besonders schwer fällt, den Verlauf der eigenen Erkrankung nicht kontrollieren zu können. Wünsche, bspw. depressive Einbrüche oder plötzlich aufkommende Ängste so kontrollieren zu können, dass sie wenigstens nicht das gesamte Familienleben behindern, traten hier deutlich in den Vordergrund der Diskussion.

Das letzte und damit abschließende Modul der Basisgruppe beschäftigt sich mit *Problem und Akzeptanz*. Hauptaugenmerk lag bei diesen Erklärungen auf den Begrifflichkeiten des Problems selbst und der Restriktion. Basis für diese Überlegungen ist, dass der Ist-Zustand nicht dem Soll-Zustand entspricht, welcher jedoch von den Personen erwünscht bzw. angestrebt ist. Ein Problem kann man in diesem Zusammenhang so definieren, dass der Ist-Zustand veränderbar ist und somit Problemlösestrategien angewendet werden können, um den erwünschten Soll-Zustand zu erreichen. Mit einer Restriktion findet sich der Mensch jedoch konfrontiert, sobald der Ist-Zustand nicht zum erwünschten Soll-Zustand verändert werden kann und somit den Betroffenen Akzeptanz abverlangt. Die Haltung der radikalen Akzeptanz kann unabänderliche Dinge durch und durch annehmen. Alles in allem, so das Feedback der

Patienten in der letzten Gruppentherapiesitzung, empfanden diese den modularen Aufbau der Basisgruppe als äußerst hilfreich, da ein deutlich erkennbarer „roter Faden“ der Strukturierung diente und die Orientierung und Selbstorganisation stark förderte.

5.1.2 Patientenlientel und Krankheitsbilder

Zu Beginn der psychoedukativen Basisgruppe waren lediglich Patienten der Station 31B vertreten, bis gegen Mitte des Sitzungszyklus weitere Patienten aus anderen Stationen hinzukamen. So war die Gruppe keine rein stationäre, sondern behandelte bspw. ebenso ambulante Patienten der Tagesklinik. Das Teilnehmeralter bewegte sich zwischen 18 und 56 Jahren, wobei der Schwerpunkt eindeutig bei Anfang 40 zu finden war. Ganz entgegen der anfänglichen Vermutung, dass mehr weibliche Patienten, gerade durch die Teilnehmer der Station 31B (Schwerpunkt: Emotionsregulationsstörungen), vertreten sein würden, lag der Anteil an männlichen Patienten durchschnittlich deutlich über dem der Frauen.

Hinsichtlich der Krankheitsbilder, welche in den sechs Therapiesitzungen zu finden waren, lässt sich festhalten, dass der Anteil affektiver Störungen (nach ICD-10 die Codes F30 – F39), besonders der der depressiven Episode, signifikant hoch war im Vergleich zu den übrigen Krankheitsbildern wie Persönlichkeits- oder Angststörung (nach ICD-10 die Codes F60 – F69).³ Da eine der Voraussetzungen für die Gruppenteilnehmer ausreichend kognitive Ressourcen sind, kann man sagen, dass die Mitarbeit und Motivation der Patienten ausgesprochen gut und eine deutlich positive Gruppendynamik zu erkennen war. Unter den meisten Patienten herrschte bereits eine mehr oder weniger gute Bekanntschaft aufgrund des gemeinsamen Aufenthalts auf der gleichen Station oder, das war jedoch seltener der Fall, durch einen bereits vergangenen gemeinsamen Aufenthalt in der Klinik.

5.2 Hypothesenbildung

Wie schon im Theorieteil dieser Arbeit beschrieben, belegten bereits klinische Studien die Wirksamkeit und die positiven Eigenschaften psychoedukativer Therapien, allerdings eher im Bereich der Psychosen, besonders der Schizophrenie und damit einhergehend der Einzeltherapien. Im Rahmen dieser Arbeit soll der Wirkungsgrad, die Effektivität psychoedukativer *Gruppenpsychotherapiesitzungen* anhand einer kurzen Evaluation in der psychiatrischen Klinik des Markus-Krankenhauses näher betrachtet werden. Besonders betonen möchte ich in diesem Zusammenhang allerdings den Einfluss psychoedukativer Interventionen auf das Stö-

³ Im Durchschnitt lag das Verhältnis von depressiven Erkrankungen zu den weiteren Störungen in einer Sitzung bei etwa 9:3, wobei dies von Sitzung zu Sitzung variierte.

rungsbild der Depression. In diesem Kontext stellt sich selbstverständlich die Frage, inwieweit der Verlauf einer Depression möglichst optimal und langanhaltend verbessert werden kann, sodass betroffene Patienten zum einen eine emotionale Entlastung erfahren und zum anderen in die Lage versetzt werden, auch ohne weitere Klinikaufenthalte mithilfe erlernter Copingstrategien zurecht zu kommen.

Im Einzelnen ergeben sich hieraus folgende Hypothesen:

- *Psychoedukative Interventionen in eigens dafür vorgesehenen Gruppenpsychotherapiesitzungen verbessern deutlich den Gefühlshaushalt der an einer Depression erkrankten Patienten hinsichtlich ihrer reaktiven Emotionalität, Aktivität und Selbststärke.*
- *Durch den krankheitsspezifischen Wissenszuwachs und erlernte Copingstrategien erleben depressive Patienten weniger depressive Stimmungseinbrüche in der Zeit der Therapie.*

Im Allgemeinen kann an dieser Stelle argumentiert werden, dass eine Hypothesenbildung für die hier behandelte Thematik der Evaluation einer psychoedukativen Gruppenpsychotherapie nicht notwendig sei, da es ebenso möglich wäre, lediglich die letztlich zustande kommenden Ergebnisse zu betrachten und erst dann Schlüsse daraus abzuleiten. Die hier vorangegangenen Ausgangsüberlegungen werden jedoch als wesentlich für den Verlauf dieser Arbeit angesehen, da bereits zu Beginn der Datenerhebung in der Klinik die positiven Resultate der Studien bezüglich psychoedukativer Interventionen bekannt waren und diese allerdings unter besonderen Betrachtung von diagnoseübergreifenden Gruppen untersucht werden sollen. Demnach sind die beiden obengenannten Hypothesen durchaus berechtigt, wenn man sich vor Augen führt, dass es eine störungsunspezifische Gruppe ist, welche hier im Vordergrund steht.

Wie und ob sich diese Hypothesen bewahrheiten, werden die nachfolgenden Ausführungen bezüglich der Ergebnisse der Evaluation zeigen.

5.3 Empirisches Vorgehen und Datenerhebung in der Gruppe

Die Ausgangsüberlegung zu dem empirischen Teil dieser Arbeit unter Berücksichtigung der bereits oben aufgeführten Vorüberlegungen war die, dass zunächst ein Erhebungsinstrument für die Evaluation der Basisgruppe benötigt wird, welches spezifisch die Selbstwahrnehmung bzw. die Selbsteinschätzung der Patienten eruiert, ohne jedoch eine zu zeitintensive und diffizile Auseinandersetzung der Teilnehmer zu fordern. Dies war zu Beginn klar, vor allem durch

die Absprache mit Frau Dr. Kneist und Dr. Glaser, dass Patienten, die 90 Minuten an einer eher schulischen Gruppentherapie teilnehmen, evtl. schnell überfordert sind bzw. ihr Maximum an Aufmerksamkeit erreicht ist. Zudem musste beachtet werden, dass viele Teilnehmer nach dieser Gruppe lediglich eine relativ kurze Freizeit hatten, der sich erneut verschiedene Therapien anschlossen und daher die Regeneration nicht unbeachtet bleiben sollte.

Der Stuttgarter Bogen⁴, Gedächtnisprotokolle und Patientenakten

Durch Absprache mit Herr Prof. Dr. Dr. Haubl gewann die Rolle des Stuttgarter Bogens, entwickelt von Volker Tschuschke im Rahmen der Stuttgarter Therapiestudie aus dem Jahr 1993, an Bedeutung, da dieser sich bereits in zahlreichen klinischen Studien als äußerst effektiv herausstellte und durch seinen verständlichen und knappen Aufbau besticht. Die gekürzte Fassung, gekennzeichnet durch fünfzehn unterschiedliche semantische Differenziale, die durch eine inverse Anordnung einem Antwortschema vorbeugen sollen und den sechs Antwortmöglichkeiten, erschien für dieses Vorhaben als angemessen. Die einzelnen Items wurden in der Auswertung dann zu drei Skalen zusammengefasst, sodass Aussagen zur *Selbststärke*, zur *reaktiven Emotionalität* sowie zur *Aktivität* der Gruppenteilnehmer getroffen werden konnten. Diese Vorgehensweise wird als „Drei-Faktoren-Lösung“ beschrieben, die in Abgrenzung zur „Zwei-Faktoren-Lösung“, bei der lediglich die Skalen emotionale Bezogenheit und aktive Kompetenz unterschieden werden, alle Items berücksichtigt. Hierzu jedoch später unter dem Abschnitt der Auswertung mehr.

Dieser Bogen, der die quantitative Methode der Datenerhebung darstellt, wird zudem durch einige Inhalte von Gedächtnisprotokollen⁵ und zweier Patientenakten unterstützt, sodass die qualitativen Aspekte der Untersuchung ebenfalls zu finden sind. Die Inhalte dieser Protokolle stammen hauptsächlich aus Gesprächen mit den Therapeuten, dem Sozialdienst, Äußerungen mir gegenüber oder Beiträgen der Morgenrunde, bei denen ich ebenfalls anwesend war. Gerade im Bereich der Sozialpsychologie ist es von entscheidender Bedeutung, dass solch qualitative Aspekte, welche durch ihre Individualität eine Untersuchung vor allem hinsichtlich der Tiefe und Intensität unterstützen und so ein vielseitigeres Bild entstehen lassen, ebenfalls eine signifikante Rolle hinsichtlich der Empirie zugesprochen wird. Die „Mixed Methodologies“ (vgl. Flick 2011: 76-80), welche hauptsächlich eine „pragmatische Verknüpfung qualitativer und quantitativer Forschung ermöglichen“ (Flick 2011: 76), erlauben eine inhaltliche Überprüfung und Vertiefung. In diesem Kontext ist es enorm hilfreich qualitative

⁴ Ein Muster des Bogens, welcher in der Klinik zum Zweck der Evaluation verwendet wurde, lässt sich im Anhang dieser Arbeit finden.

⁵ Die Notizen zu den Gedächtnisprotokollen sind auf der CD-Rom am Ende dieser Arbeit gespeichert.

Daten zur Überprüfung der quantitativen Ergebnisse vorliegen zu haben, da die komprimierten und eher allgemein gehaltenen Ergebnisse der Evaluation ansonsten keinerlei Begründungen hätten, bzw. diese nicht eruiert und angebracht werden könnten.

Anonymität

Was das Thema der Anonymität und des Datenschutzes von Patienten betrifft, hat der sensible Umgang mit den Ergebnissen der Untersuchung höchste Priorität. Daher wurde, um nach wie vor jede einzelne Entwicklung der Teilnehmer festhalten und als solche erkennen zu können, den Patienten die Möglichkeit geben, entweder ihren Namen auf dem Bogen zu vermerken oder aber einen vierstelligen Code, der allerdings über alle Sitzungen identisch sein sollte. Dieses Konzept wurde von den Patienten sehr gut angenommen, wobei von 21 ausgewerteten Patienten lediglich zwei das Konzept des Codes nutzten. Eine kurze Einleitung im Bogen selbst, welche bereits bei Tschuschke Verwendung fand, verfolgte den Zweck, den Teilnehmern vorab, neben einer kurzen Einleitung zu den Bögen meinerseits, die Vorgehensweise bezüglich der Beantwortung des Bogens näherzubringen. Denn Ziel war es natürlich, für die spätere Auswertung, denkbar wenig Fehler in den Bögen der Patienten zu haben (wie bspw. das Auslassen von Variablen oder mehrfachgesetzte Kreuze in einer Variable), sodass eine bestmögliche Auswertung und aussagekräftige Ergebnisse erzielt werden konnten. Auf Fehler bei den Auswertungen wird später in den Ausführungen zu den allgemeinen Ergebnissen der Evaluation noch näher eingegangen.

Ausgabe der Bögen

Ich brachte die Bögen in die Gruppe ein, nachdem ich mich absprachegemäß zu Beginn vorstellte, kurz meinen Studiengang erläuterte und anschließend das Thema meiner Bachelorarbeit, sowie die Bedeutung der Evaluation als empirische Basis für diese, darstellte. Anschließend teilten die Therapeutinnen der Gruppe mit, dass sie mein Vorhaben äußerst positiv einschätzten und auf die Ergebnisse gespannt seien.⁶ Anfängliche Skepsis und Unsicherheit meinerseits vor Beginn der Gruppe bezüglich der Reaktionen der Patienten oder meiner Integration in die Gruppe verloren binnen kürzester Zeit an Bedeutung, da ich freundlich aufgenommen wurde, sowohl von den Patienten als auch seitens des Behandlungsteams.

⁶ Dies soll an dieser Stelle Erwähnung finden, da jene Äußerung der Therapeutinnen sicherlich einen entscheidenden Teil dazu beitrug, dass die von mir ausgegebenen Bögen mit bemerkenswerter Sorgfalt und Interesse ausgefüllt wurden. Es liegt demnach die Vermutung nahe, dass die Teilnehmer der Basisgruppe durch die Aussage der Ärztinnen die Bedeutung der Bögen als weitreichender und entscheidender einstufen, evtl. als ein weiteres „Mittel zur Genesung“ ansahen, welches ich an dieser Stelle jedoch nicht zu beurteilen vermag.

Kennzeichnend für die erste Ausgabe der Bögen waren allerdings die Reaktionen einzelner Patienten hinsichtlich einiger semantischer Differenziale. „Kämpferisch – fliehend“ oder „souverän – kindlich-hilflos“ warfen bei den Teilnehmern vordergründig Verständnisfragen auf. Äußerungen wie bspw. „Kämpferisch oder fliehend? Ich habe weder das Gefühl gehabt meine Meinung unbedingt und rücksichtslos den anderen aufdrängen zu wollen, noch mich so ängstlich gefühlt, dass ich am liebsten weinend weggelaufen wäre“ oder „Kindlich-hilflos macht doch gar keinen Sinn. Das klingt ja gerade so, als ob man in der Foetalhaltung hier gesessen hätte“ behandeln an dieser Stelle im Knappen die anfängliche Problematik der Bögen. Hier bemühte ich mich darum, direkt in der ersten Sitzung diesbezüglich Klarheit zu schaffen und habe den Patienten mitgeteilt, dass der Bogen so übernommen wurde und nicht ich ihn konzipierte. Demnach sollten sie über die möglicherweise abstrus klingende Formulierung hinwegsehen und lediglich die Bedeutung, den näheren Sinn dieser Begrifflichkeiten berücksichtigen. In den folgenden Sitzungen verlor dieser Aspekt der Formulierungen immer mehr an Wichtigkeit. Wenn allerdings neue Teilnehmer in die Gruppensitzungen kamen und Schwierigkeiten mit den Formulierungen hatten, haben grundsätzlich Mitpatienten geholfen und durch ähnliche Begriffe versucht, den Sinn dahinter besser verständlich zu machen. Demnach erübrigten sich weitere Interventionen meinerseits.

Ein weiterer interessanter Punkt ist die Zeit, in der die Patienten die Bögen ausfüllten. Trotz der offiziellen Beendigung der jeweiligen Gruppensitzung durch die Ärztin, allerdings mit der Überleitung zur Ausgabe der Bögen durch mich, blieben alle Patienten auf ihren Plätzen und nahmen sich teilweise bis zu 10 Minuten Zeit, um die Bögen auszufüllen. Charakteristisch für eine Patientin war außerdem, dass sie, nach dem der Bogen ausgefüllt war, jede Variable ein zweites Mal durchgegangen ist, ob ihre Einschätzungen dort auch tatsächlich korrekt waren. Hier stellt sich nun die Frage, ob dies nicht evtl. mit ihrem Krankheitsbild einhergehend, was sich allerdings verneinen lässt, da sie an einer Depression erkrankt war und auch in anderen Therapien, die ich begleitete, keinerlei Anzeichen für zwanghaftes Verhaften oder ähnliches zeigte. Auch in der Rücksprache mit ihrem Therapeuten wurde mir mitgeteilt, dass dies nicht der Fall war.

Auswertung

Anschließend an die Datenerhebung wurden die Bögen anhand der in der Literatur dargestellten Methode ausgewertet (vgl. Tschuschke 1996: 221). Dies geschah folgendermaßen: zunächst wurden sämtliche Bögen, die anfangs nach Sitzungen geordnet waren, anhand der Namen bzw. Codes den bestimmten Patienten zugeordnet. Die Rohwerte, die sich aus den jewei-

ligen Werten der Items ergeben, (z.B. bei Item 1 der Wert 3 welcher sich dadurch ergibt, dass der Patient sein Kreuz im dritten Kästchen von links setzt, oder dem Wert 6 bei Item 8 welcher sich aufgrund der Berücksichtigung der unterschiedlichen Polung der Items aus 7 minus dem Wert des angekreuzten Kästchens, in diesem Fall dem ersten von links ergibt) konnten wie folgt durch Berechnung den unterschiedlichen Skalen zugeordnet werden (Tschuschke 1996: 224):

Tab. 1: Rohwerteberechnung der einzelnen Skalen

F1 (Reaktive Emotionalität)	Item 3 + (7 – Item 6) + (7 – Item 8) + Item 9 + (7 – Item 10) + Item 12
F2 (Aktivität)	Item 2 + Item 4 + (7 – Item 5) + Item 7 + (7 – Item 15)
F3 (Selbststärke)	Item 1 + Item 11 + (7 – Item 13) + Item 14

Daraufhin erfolgte die Einordnung der ermittelten Rohwerte in die von dem Autor vorgegebene Tabelle (Tschuschke 1996: 223), in der sie somit zu Stanine⁷ zusammengefasst und im Anschluss an die Auswertung durch Excel grafisch dargestellt werden konnten:

Tab. 2: Rohwerte der Skalen der 3-Faktoren-Lösung und die zugehörigen Stanine-Werte

Stanine	F1 (Reaktive Emotionalität)	F2 (Aktivität)	F3 (Selbststärke)
1	6-8	5-6	4-6
2	9-15	7-8	7-9
3	16-17	9-11	10-11
4	18-22	12-14	12-13
5	23-25	15-18	14-15
6	26-28	19-20	16-17
7	29-32	21-23	18-19
8	33-35	24-25	20-21
9	36	26-30	22-24

⁷ Stanine-Werte sind zusammengefasste Rohwerte, mit Hilfe derer eine eindeutige Eingrenzung und spätere Darstellung der Ergebnisse möglich ist. Bei Staninen (welche im englischen die Abkürzung für „Standard Nine“ darstellen) sind lediglich Werte von 1 bis 9 möglich, wobei der Mittelwert bei 5 liegt und Werte bei dieser Norm immer auf die nächste ganze Zahl aufgerundet werden.

5.3.1 Allgemeine Ergebnisse der Evaluation⁸

Vorab sei erwähnt, dass die folgenden Ergebnisse der Patienten der Basisgruppe nicht, wie es bei den anschließenden zwei Kasuistiken der Fall sein wird, in einer solchen Ausführlichkeit und Präzision dargelegt werden können, da dies zum einen bei weitem den Umfang dieser Arbeit überschreiten würde und zum anderen, da ich viele Patienten anderer Stationen nicht in einer solchen Tiefe kennenlernte, wie es bei diesen beiden Patienten der Station 31 B der Fall war. Folglich werden im weiteren Verlauf lediglich die allgemeinen Ergebnisse der Patienten analysiert und thematisiert, ohne genauer auf deren einzelne Patientengeschichten einzugehen oder darauf zu verweisen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die zusammengefassten Ergebnisse aller Patienten weniger interessant sind.

Bei anfänglicher Betrachtung der einzelnen Skalen fällt grundsätzlich auf⁹, dass bei jedem Patienten eine eindeutige Entwicklung nachvollzogen werden kann. Bei einigen ist sie stärker ausgeprägt (z.B. bei Teilnehmer 1) und bei anderen eher schwächer (z.B. bei Teilnehmer 2). Bezüglich der Skala der reaktiven Emotionalität kann in fünf von acht Patientenverläufen die Aussage getroffen werden, dass der Stanine-Wert der letzten Sitzung zweifellos über dem zu Beginn der Gruppe liegt. Selbstverständlich sind die Unterschiede mal mehr und mal weniger signifikant, wobei dies sicherlich auch mit den unterschiedlichen Krankheitsbildern und deren Schweregrad in Verbindung gebracht werden kann. Mit der Skala der Aktivität verhält es sich ähnlich, wobei hier bei sieben von acht Fällen ein Anstieg bzw. ein gleichbleibender Wert zu verzeichnen ist. Konträr zu den vorangegangenen Skalen lassen sich bei der Selbststärke keinerlei Abweichungen der Verläufe bei den Patienten feststellen. Sie alle zeigen einen Anstieg der Werte oder aber erneut ein gleichbleibendes Ergebnis. Was die unterschiedlichen Status der Teilnehmer anbelangt, welche lediglich in einer Sitzung anwesend waren¹⁰, kann zwar kein Vergleich der Skalen untereinander stattfinden, allerdings lassen sich bei einigen Patienten Bezüge zu deren Krankheit herstellen.

Um ein kurzes Beispiel hierfür zu nennen: bei Teilnehmer 14 handelte es sich um einen jungen Patienten, welcher aufgrund einer schweren depressiven Episode in der Klinik war.

⁸ Sämtliche Ergebnisse der Evaluation jedes einzelnen Patienten, welcher an der Basisgruppe teilnahm, sind auf der CD-Rom im Anhang dieser Arbeit zu finden. Dies beinhaltet sowohl die Rohwerte sowie die grafische Darstellung der Patientenverläufe, bzw. der Patientenstatus.

⁹ Hier werden nur die Teilnehmerverläufe und nicht die Teilnehmerstatus betrachtet, da lediglich bei ersteren eine Entwicklung der einzelnen Skalen vorhanden ist und somit Gegenüberstellungen und Vergleiche möglich sind.

¹⁰ Die Gründe für Drop-outs von Patienten waren unterschiedliche: einigen wurde die Gruppe von ihren Einzeltherapeuten verschrieben und merkten nach der ersten Sitzung, dass diese nichts für sie war, andere waren nicht motiviert genug oder Patienten wurden entlassen, sodass sie die folgenden Sitzungen nicht wahrnehmen konnten. Wobei ich hier anmerken kann, dass es einen Patienten in der Gruppe gab, der selbst nach seiner Entlassung regelmäßig teilnahm, bis der Zyklus der Therapie beendet war.

Durch seinen unverkennbar hohen Wert auf der Skala der Aktivität habe ich mich bei seiner Therapeutin bezüglich seines Krankheitsbildes näher informiert. Dabei stellte sich heraus, dass dieser Patient häufig aggressiv wurde, bereits mehrere Anzeigen wegen diverser Körperverletzungen hatte und in seinem ganzen Auftreten und Verhalten sehr dominant war.

Wie weiter oben bereits kurz erwähnt, soll an dieser Stelle auch auf den Aspekt möglicher Fehler in den Ergebnissen eingegangen werden, sodass bspw. die Stanine-Werte von Teilnehmer 4 erklärt werden können. In Sitzung 1, 3 und 4 sind in der Grafik vier Mal Stanine mit dem Wert 0 zu erkennen, obwohl lediglich Werte von 1 bis 9 möglich sind. Dies erklärt sich dadurch, dass Teilnehmer 4 bei den jeweiligen Items, die zur Berechnung der Skalen notwendig sind, entweder kein Kreuz setzte oder aber mehrere Kreuze, beides kann nicht gewertet werden. Hierdurch war eine Berechnung der Skalen nicht möglich. Um dies jedoch in der Grafik sichtbar zu machen und eine Darstellung der Fehler nicht auszulassen, wurde der Wert 0 gewählt, sodass dem Betrachter unweigerlich die Problematik auffällt. Man hätte statt dieses Wertes auch einen eindeutigeren wählen können, wie bspw. 888 oder 000. Glücklicherweise kam es neben den Schwierigkeiten bei diesen Patientenbögen zu keinen weiteren, sodass eine fehlerfreie Auswertung der übrigen Teilnehmer möglich war.

Abschließend kann demnach festgehalten werden, dass bei einer starken Mehrheit derjenigen Patienten, die an mindestens zwei Sitzungen teilnahmen, eine positive Entwicklung zu erkennen, bzw. ein Anstieg der Skalen festzustellen ist, wohingegen der Anteil derer, die absolut keine Anstiege in keine der Skalen aufweisen, gegen Null geht. Zudem spielen zweifellos die einzelnen Krankheitsbilder der Patienten eine entscheidende Rolle bezüglich der verschiedenen Werte der Skalen was wiederum darauf zurückzuführen ist, dass jeder Teilnehmer andere Gefühle und unterschiedliche Selbsteinschätzungen bezüglich des eigenen Gefühls Haushaltes hat.

6. Vergleich zweier Patienten – Psychoedukation bei Depressionen

Nachdem nun die allgemeinen Ergebnisse der Basisgruppe vorgestellt wurden, sollen an dieser Stelle die Ergebnisse zweier bestimmter Patienten im Vordergrund stehen. Wie in Abschnitt 5.2 bereits erwähnt, möchte ich den Schwerpunkt der psychoedukativen Interventionen der Basisgruppe vor allem auf das Krankheitsbild der Depression beziehen und den Verlauf und die Resultate zweier depressiver Patienten näher betrachten, welche beide nach ICD-10 die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig schweren Episode ohne psychotische Symptome erhielten (F 33.2), jedoch beide ein multimorbides Krank-

heitsbild aufweisen. Hierzu ist es sicherlich von Vorteil, wenn vorab Teile der Patientengeschichte bzw. der in der Klinik erhobenen Anamnese die Patienten vorstellen und somit ein detailliertes einleitendes Bild der Situation erstellt werden kann, welches für die Rekonstruktion des Patientenverlaufs hinsichtlich der Ergebnisse sicherlich hilfreich sein wird.

6.1 Kasuistik – Herr W.

Es handelt sich in diesem Fall um einen 44-jährigen Patienten, welcher Mitte Januar diesen Jahres stationär aufgenommen wurde. Er erschien in Begleitung seiner Mutter, wobei er zuvor bereits in der PIA (psychiatrische Institutsambulanz) der Klinik vorstellig wurde und man dort eine schwere depressive Episode diagnostizierte. Zudem leidet der Patient seit Säuglingsalter unter einer starken Form der spastischen Tetraparese, wodurch seine Bewegungen enorm eingeschränkt und eine verbale Artikulation nur schwer möglich ist.

Herr W. stammt ursprünglich aus Weimar, hat dort sein Abitur gemacht und anschließend das Bibliothekswesen studiert. Vor neun Jahren zog er schließlich in eine eigene Wohnung nach Frankfurt um eine neue Arbeitsstelle als Bibliothekar in der Deutschen Nationalbibliothek anzutreten. Da die sprachliche Kommunikation bei Herr W. besonders an Tagen depressiver Stimmung schwer verständlich ist, erfolgte die Anamnese mit Hilfe der Mutter, welche selbst Psychologin ist. Zu den Familienverhältnissen ist allgemein zu sagen, dass Herr W. eine zwei Jahre ältere Schwester in Mannheim hat, welche ihren Bruder während seines stationären Aufenthaltes häufiger zu Gesprächen mit Ärzten oder dem Sozialdienst begleitete, und die Eltern seit seiner Kindheit getrennt sind. Die Mutter, die immer aus Berlin anreist, wenn es dem Sohn zunehmend schlechter geht, berichtete bei der Anamnese davon, dass sich ihr Sohn seit langer Zeit massiv überfordere, gerade wenn er wichtige Projekte an seinem Arbeitsplatz koordinieren müsse. Er investiere seine gesamte Energie in diese Arbeit, wobei es ihm privat immer schlechter ginge. Er selbst berichtete, dass er insbesondere seit seinem Umzug und dem Wechsel seines Arbeitsplatzes immer wieder Weinkrämpfe habe, zusammengebrochen und allgemein komplett überfordert sei. Während seines letzten Urlaubs habe er lediglich in seinem Bett gelegen, gegrübelt und sich ausschließlich von Mozzarella ernährt. Seine Mutter erläuterte, dass Herr W. sich beharrlich weigere externe Hilfsangebote anzunehmen, da er trotz seiner gravierenden Behinderung den Ehrgeiz habe, alles, sprich den Haushalt und die Arbeit, alleine zu meistern. Er selbst gab allerdings an, dass ihn seine Arbeit ablenke und er an seinem Arbeitsplatz in guter Stimmung sei, wobei diese sich, sobald er nach Hause käme, wieder verschlechtere. Bezüglich der sozialen Kontakte sagte Herr W. über sich, dass er sich vollständig zurückgezogen habe und somit keinerlei Aktivitäten außerhalb seiner

beruflichen Tätigkeit und auch keinerlei Kontakte pflege. Die Mutter des Patienten gab zudem an, dass sie von Zeit zu Zeit anreise, um „Feuerwehr“ zu spielen, wenn es mit ihrem Sohn gar nicht mehr weiter ginge.

Während des darauffolgenden stationären Aufenthaltes auf der Station 31B, der über drei Monate andauerte, standen in psychotherapeutischen Behandlungen zunächst Psychoedukation bezüglich der Depression sowie der Aufbau positiver Aktivitäten im Vordergrund. Neben der unterstützenden antidepressiven Medikation waren insbesondere die Erkenntnisse aus Gesprächen und die Informationen aus begleitenden psychotherapeutischen Gruppentherapien, insbesondere der Basisgruppe, für Herr W. sehr hilfreich im Umgang mit der Depression. Es gelang ihm immer besser, negative Grübelkreisläufe mit Hilfe des in der psychoedukativen Gruppe behandelten ABC-Modells und den täglich durchgeführten Achtsamkeitsübungen zu durchbrechen und positive Gedanken und Aktivitäten zuzulassen. Durch seine positive Entwicklung wurde Herr W. immer schwingungsfähiger, wobei sein Antrieb nachwieder reduziert und die Neigung zu Überforderungen stets Thema der Behandlung war. Im Rahmen seiner körperlichen Einschränkungen versuchte er häufig ein sehr hohes Funktionsniveau zu erreichen, wobei er dabei teilweise äußerst stark an seine Belastungsgrenzen geriet und sich dies im Umkehrschluss negativ auf seine psychische Verfasstheit auswirkte. Daher waren wichtige Punkte in den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Einzelgesprächen zum einen die Akzeptanz von Einschränkungen sowie die Fokussierung auf eigene Bedürfnisse. Trotz der allgemeinen Unsicherheit Herr Ws. bezüglich sozialer Interaktionen, insbesondere die Angst vor Kommunikation, integrierte er sich in die stationäre Patientengruppe problemlos und profitierte zunehmend von seinen Mitpatienten. Trotz seiner körperlichen Einschränkungen nahm er an allen allgemeinen Gruppenangeboten teil und führte selbst Belastungsproben, wie Tagesausflüge oder Übernachtungen zu Hause, erfolgreich durch. Ergebnisse des BDI-II (Beck-Depressions-Inventar-II), eines Testverfahrens zur Erfassung der Schwere einer depressiven Symptomatik, zeigten bei Herr W. in regelmäßigen Abständen eine immer schwächer werdende depressive Symptomatik, bis er Mitte April dann entlassen wurde.

Nach seiner Entlassung ging es Herr W. anfangs besser, wobei sich sein Zustand zu Hause wieder deutlich verschlechterte, er sich erneut überforderte und die auf der Station erlernten Strategien versuchte anzuwenden, was ihm jedoch nicht mehr gelungen sei. Er habe täglich mindestens 1 Liter Bier getrunken und sich zunehmend abgewertet. Sieben Tage nach seiner ersten Entlassung stellte sich der Patient erneut in Begleitung seiner Mutter notfällig vor. Er erklärte, dass er mit der Doppelbelastung von Depression und Behinderung nicht länger zurechtkäme und sich deshalb an demselben Tag versuchte das Leben zu nehmen, indem

er sich eine Plastiktüte über den Kopf zog. Er ließ allerdings von seinem Vorhaben ab, da er nicht wollte, dass ihn seine Mutter und seine Schwester so sehen. Darauf folgte eine erneute vollstationäre Aufnahme mit anschließender ambulanter Behandlung in der Tagesklinik.

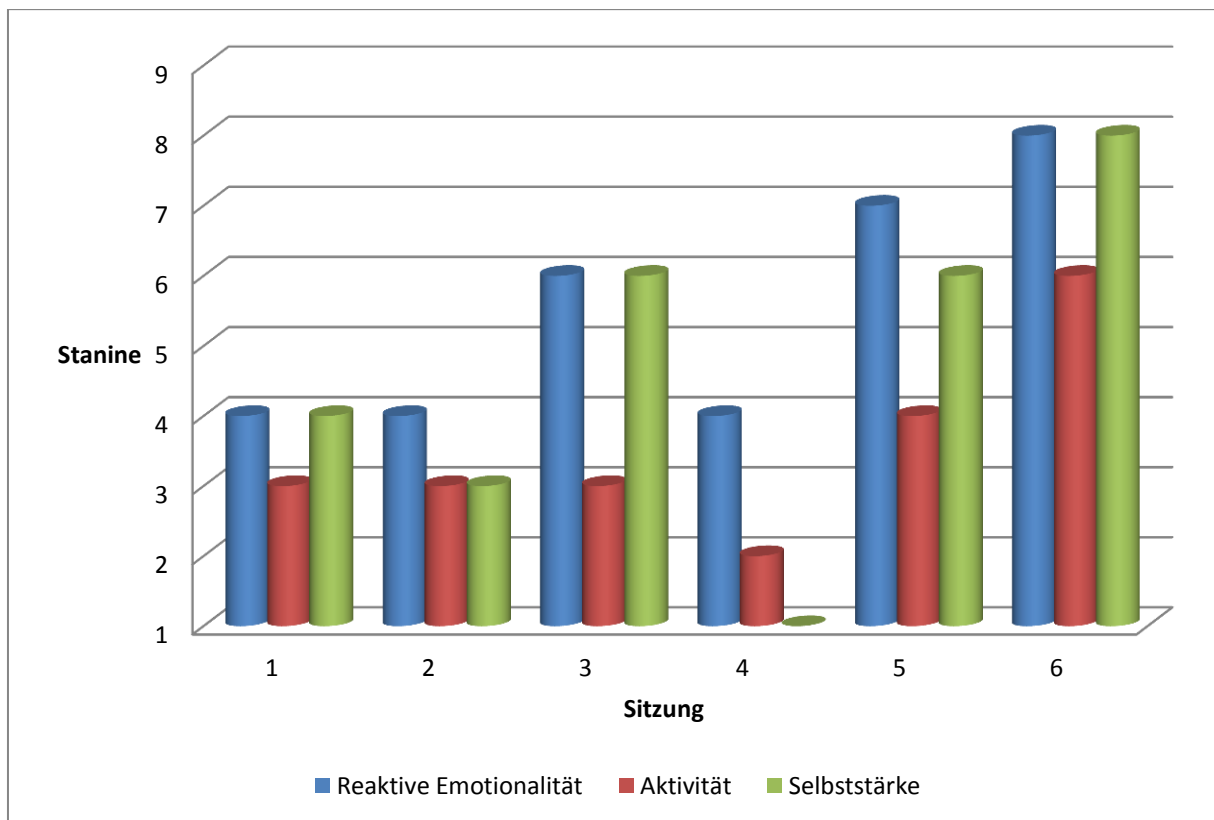
6.1.1 Ergebnisse der Evaluation¹¹

Vor der ausführlichen Darstellung der Ergebnisse der Evaluation soll zunächst Herr Ws. allgemeine Situation in der Basisgruppe thematisiert werden. Herr W. konnte sich zu Beginn der Gruppe, trotz seiner Bedenken bezüglich der Kommunikation und seiner „Andersartigkeit“ wie er es einmal in einem Gespräch mit der Therapeutin nannte, gut in diese einfinden. Das mag zum einen daran liegen, dass die Gruppe zu Beginn nur aus Patienten der Station 31B bestand, sodass alle Beteiligten einander mehr oder weniger gut kannten, sich jedoch sicher von den täglichen Morgenrunden und dem Stationsablauf bekannt waren oder zum anderen daran, dass Herr W., wenn er von Mitpatienten angesprochen und so Kontakt gesucht wurde, sich nicht verschloss und sogar auf die Person zuging. Wenn in der Gruppe Späße gemacht wurden, konnte er stets mitlachen und seinen Teil dazu beitragen. Ein Aspekt, der gegen den der bereits Bekannten mit seinen Mitpatienten spricht ist der, dass Herr W., auch als Patient anderer Stationen dazu kamen, seine mündlichen Anteile in der Gruppe weder reduzierte noch in deren Ausführungen knapper wurde. Ein Gesichtspunkt, welcher an dieser Stelle nicht in Vergessenheit geraten sollte, ist, dass Herr W. sehr wohl zu verstehen war nach Einhören und Nachfragen. Doch wie bereits kurz geschildert sprach Herr W. an depressiven Tagen merklich undeutlicher und leiser, sodass Mitpatienten und Therapeuten häufiger nachfragen mussten, was Herr W. genau sagte. In diesen Situationen resignierte er spürbar öfter, da ein Wiederholen seinerseits in einigen Fällen nicht zum gewünschten Ergebnis führte und eine Kommunikation mit anderen Personen erschwerte. Es gab jedoch keine Gruppensitzung, in der Herr W. nichts sagte. Durch das relativ schulische Konzept der Gruppe ließ sich stets eine Frage der Therapeutinnen beantworten, selbst wenn es lediglich die eigene Meinung war, die wiederum in vielen Fällen zu angeregten Diskussionen führte und definitiv etwas Positives darstellte.

Nun zu den Ergebnissen der Stuttgarter Bögen, die Herr W. nach jeder Sitzung sehr beachtlich ausfüllte und mich durchgehend im Anschluss an diese mit seinen Namen auf den Bögen zu vermerken, da er durch seine Spastik dazu nicht in der Lage war.

¹¹ Die Ergebnisse der Evaluation, bzw. die gesamte Teilnehmerentwicklung sowie die berechneten Rohwerte beider in diesem Abschnitt behandelten Patienten, lassen sich im Anhang dieser Arbeit finden.

Abb. 1: Patientenverlauf Herr W.



Betrachtet man zunächst den gesamten Verlauf Herr Ws., wird schnell deutlich, dass ein signifikanter Anstieg in allen drei Skalen zu erkennen ist. In der ersten Sitzung sind die Werte der Skalen noch sehr niedrig. Die Skalen der reaktiven Emotionalität und der Selbststärke liegen bei einem Wert von vier, wohingegen die der Aktivität mit einem Wert von drei weiter darunter zu finden ist. Dies kann zum einen darauf zurückgeführt werden, dass Herr W. sich noch in der Eingewöhnungszeit befand, welche mit sämtlichen Anpassungen und Umstellungen eine Rolle spielte. Außerdem lag dies noch im Zeitraum der Einstellung der Medikation, deren Auswirkungen ebenfalls nicht unbeachtet bleiben dürfen. Zum Zeitpunkt der zweiten Sitzung ist auffällig, dass die Werte der reaktiven Emotionalität und der Aktivität gleichbleibend sind, die Skala der Selbststärke jedoch auf einen Wert von drei sinkt. Dies unterstreicht die Unsicherheit Herr Ws., die sowohl zu Beginn der Therapie als auch in depressiven Phasen deutlich spürbar war. Herr W. beschäftigte sich zu diesem Zeitpunkt äußerst intensiv mit Themen bzgl. möglicher Rehabilitationsmaßnahmen anschließend an seinen stationären Aufenthalt in der Klinik und Überlegungen zu einer Art betreutem Wohnen, in dem er wieder neue Beziehungen knüpfen und soziale Kontakte pflegen könnte. Zudem kamen unterschiedliche Meinungen zu diesen Themen aus seinem familiären Kreis, welche ebenfalls für Unsicherheiten seinerseits führten. In den Ergebnissen der dritten Gruppensitzung wird jedoch

deutlich, dass Veränderungen stattgefunden haben müssen, da die Werte der reaktiven Emotionalität und der Selbststärke signifikant ansteigen und beide einen Wert von sechs erreichen, wobei der der Aktivität weiterhin bei drei liegt. In dieser Zeit machte Herr W. allgemein einen guten Eindruck. Er verbrachte häufiger Zeit mit anderen Patienten der Station im Gemeinschaftsraum, führte deutlich mehr Unterhaltungen als in den ersten Wochen seines Aufenthaltes und nahm an der Außenaktivität, einem Besuch im Palmengarten, teil. In der folgenden vierten Sitzung ist ein deutlicher Abfall der Werte aller Skalen zu erkennen was damit erklärt werden kann, dass Herr W. zu diesem Zeitpunkt einen starken depressiven Einbruch hatte, in dem er nur wenig Zukunftsperspektiven für sich aufgrund seiner Behinderung und der psychischen Krankheit sah. Es fiel ihm hier zunehmend schwerer, sich zu bewegen und zu gehen und auch, wie weiter vorn bereits kurz angesprochen, zu sprechen, sodass Mitpatienten ihn kaum noch verstanden und Unterhaltungen kaum noch stattfanden. Durch seine Spastik und die damit einhergehende Körperfehlstellung hatte er starke Schmerzen und war erheblich resigniert und niedergestimmt. Der Wert der reaktiven Emotionalität ist hier bei vier zu finden, der der Aktivität ist auf zwei gesunken und der der Selbststärke auf den äußerst geringen Wert von eins. Der unverkennbare Anstieg in der fünften Sitzung ist jedoch umso intensiver. Ein Wert von sieben bei reaktiver Emotionalität, ein Wert von sechs bei Selbststärke und ein Wert von vier bei Aktivität sind sie bis dahin die höchsten Werte Herr Ws. In dieser Woche erhielt er in einem Gespräch mit einer Ärztin Informationen über eine mögliche Botox-Therapie, welche evtl. die Spastiken in Herr Ws. Mundbereich mildern könnten, sodass ihm das Sprechen und somit das Kommunizieren mit anderen Menschen nicht mehr so unangenehm und schwer fallen müsste. Er schöpfte deutlich Energie und Ansporn aus diesen Überlegungen für seine Zukunft und damit verbunden für den Verlauf seiner Krankheit. Diesen positiven Zukunftsperspektiven schlossen sich weitere optimistische und aussichtsreiche Gegebenheiten an, welche sich dann schließlich in den Ergebnissen der sechsten und damit letzten Sitzung niederschlugen. Die Werte der reaktiven Emotionalität mit acht, der Aktivität mit sechs sowie der der Selbststärke mit acht bilden eindeutig Herr Ws. persönliche Maximalwerte während der gesamten Zeit der Basisgruppe. Zu den für die fünfte Sitzung genannten positiven Aspekte kam in der letzten Sitzung die Aussicht auf eine baldige Entlassung hinzu, da Herr W. sich immer besser fühlte und mithilfe von Achtsamkeit und anderen erlernten Bewältigungsstrategien seine Krankheit zu behandeln wusste.

Herr Ws. Ergebnisverlauf ist ein gutes exemplarisches Beispiel dafür, wie eine annähernd kontinuierliche positive Entwicklung eines Patienten aussehen kann. Die stets geringen Werte bei der Skala der Aktivität sind in seinem Fall jedoch sicherlich zu einem nicht gerin-

gen Teil mit dadurch bedingt, dass er sich durch seine Behinderung, auch wenn er sich sehr gut in die Basisgruppe integrieren konnte, im Nachteil und als Minderheit fühlte.

6.2 Kasuistik – Herr P.

Bei dem zweiten Fall handelt es sich um einen 33 jährigen Patienten, welcher Ende Januar diesen Jahres in der Klinik stationär aufgenommen wurde. Bei Herr P. wurde bereits vor einigen Jahren eine depressive Symptomatik festgestellt, welche sich nun erneut stark verschlechterte.

Herr P. berichtete, dass er Einzelkind sei und seine Eltern sich trennten, als er sechs Jahre alt war. Seine Mutter habe einen neuen Mann geheiratet, welcher Herr P. sadistisch behandelte. Bspw. wurde ihm die Nase zugehalten wenn er seine Mahlzeiten aufessen sollte oder öffentlich verhöhnt, wenn Herr P. an Gewicht zunahm. In solchen Situationen hätte ihn seine Mutter nicht geschützt und dem Stiefvater ganz überlassen. Der besagte Stiefvater habe allerdings seinen gleichaltrigen Sohn mit in die Ehe gebracht, welcher ebenfalls misshandelt wurde, dieser sich jedoch laut Herrn P. besser schützen konnte. Die einzig stabile Bezugsperson in Herrn Ps. Leben wäre seine Großmutter gewesen, die er nach einem Schlaganfall und vor ihrem Tod intensiv gepflegt habe. Parallel dazu machte er eine Umschulung zum Elektroniker, da er durch einen Bandscheibenvorfall im Alter von 20 Jahren seinen gelernten Beruf als Drucker aufgeben musste. Zudem berichtete er, dass, als er 12 Jahre alt war, seine Mutter sich von seinem Stiefvater getrennt und danach ständig wechselnde Partner gehabt habe, bis sie schließlich alkoholabhängig wurde. Bekanntschaften zu Leuten aus der Drogenszene wären alltäglich geworden, sodass man ihn daraufhin, bis er 16 Jahre alt wurde, in Pflegefamilien unterbrachte. In seiner Vergangenheit hätte er Leistungssport betrieben, um seine Spannungen und seinen Druck abzubauen, was auch gut funktionierte. Der aktuelle Auslöser für die erneute Verschlechterung sei die Schwangerschaft seiner Freundin, die vor einiger Zeit ebenfalls auf der Station 31B gewesen sei, da sie eine Borderline Persönlichkeitsstörung habe. Die veränderte Situation, die schnelle Schwangerschaft und die Geburt der Tochter mit gewissen Komplikationen hätten ihn stark überfordert. Er berichtete über Freudlosigkeit, Antriebslosigkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen und zudem habe er auf der Arbeitsstelle massive Versagensängste entwickelt, sodass er bereits seit Monaten krank geschrieben sei. Aus der weiteren Anamnese ergaben sich Hinweise auf eine emotionale Instabilität mit Selbstverletzungen, da er zuletzt mit einem Messer in seinen Handrücken schnitt. Suizidgedanken kenne Herr P. schon seit seiner Jugend, da er, nach dem Tod seiner Großmutter, bereits mit einem Seil auf einem Baum gesessen habe, um sich das Leben zu nehmen, davon allerdings aus

Angst wieder abgelassen habe. Von solchen Handlungen könne er sich allerdings entfernen und habe keinerlei Suizidpläne oder –impulse mehr gehabt.

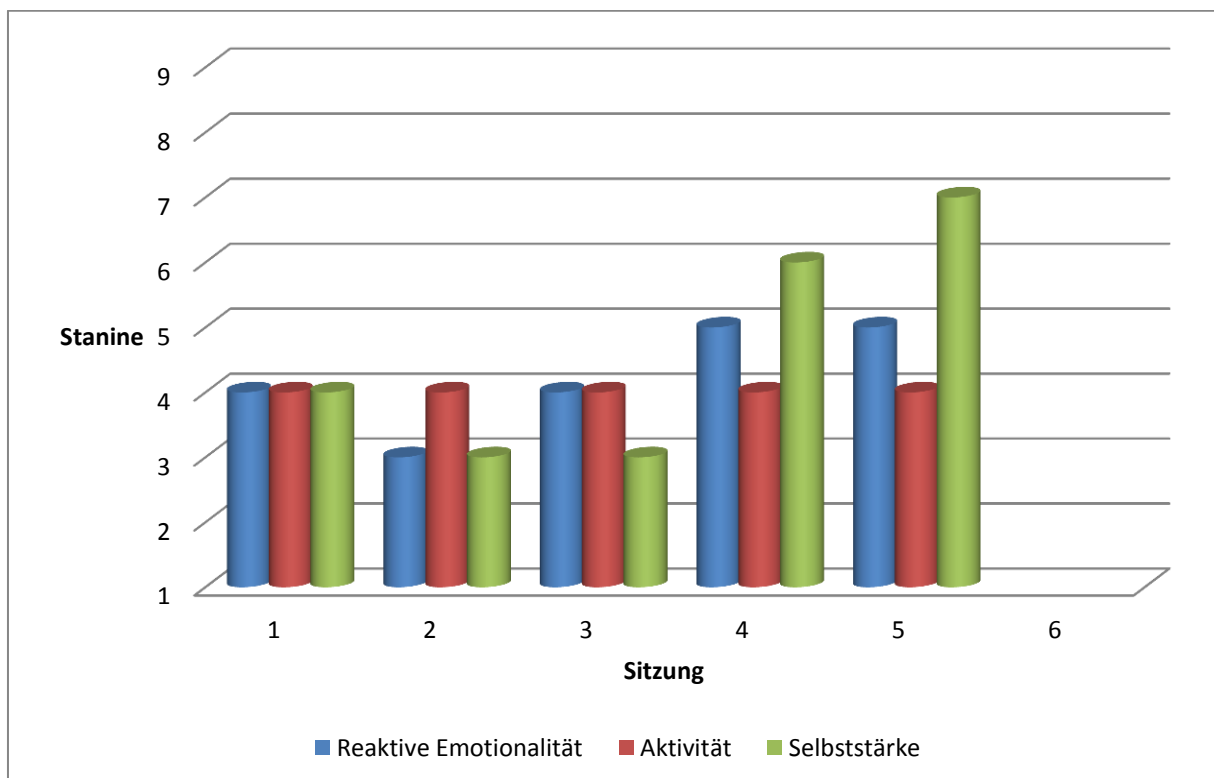
Zu Beginn des stationären Aufenthaltes fand neben einer pharmakologischen Behandlung eine diagnostische Erhebung statt. Ein SKID-II-Interview, ein Verfahren zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen, ergab einerseits eine selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (z.B. durch die Vermeidung beruflicher Aktivitäten aus Angst vor Ablehnung, nur widerwillig mit Menschen in Kontakt treten aus Angst nicht gemocht zu werden, in sozialen Situationen stark davon eingenommen, kritisiert oder abgelehnt zu werden, etc.) und andererseits eine Borderline Persönlichkeitsakzentuierung (z.B. durch impulsives Verhalten in selbstschädigenden Bereichen, wiederholte suizidale Handlungen oder Drohungen, selbstverletzendes Verhalten, etc.). Im Laufe der Behandlung von Herr P. kam es immer wieder zu Anspannungszuständen, sodass er von seiner Therapeutin den Vorschlag umsetzte, Spannungsprotokolle zu führen. Durch diese konnte Herr P. eigenständig Zusammenhänge zu belastenden Situationen herstellen und diese somit versuchen zu vermeiden. An der Behandlung von Borderline Persönlichkeitsstörungen orientiert, probierte er unterschiedliche Skills aus (vor allem Sport) um den Anspannungen entgegenzuwirken. Er berichtete jedoch darüber, besondere Schwierigkeiten damit zu haben, wenn seine Anspannung über 70% steigt. Der häufigste Grund für die Anspannungen von Herr P. war in erster Linie die intensive Beschäftigung mit technischen Problemen, bzw. „lernen“ wie er es nannte. Dort verlor er sich sowohl gedanklich als auch zeitlich. Psychoedukative Interventionen fanden sowohl in den Einzelgesprächen, als auch in der Basisgruppe statt. Es ging ihm nach seinem stationären Aufenthalt deutlich besser als zu Beginn, auch wenn während des Aufenthaltes einige Dinge vorgefallen sind, die auf Station so nicht hingenommen werden konnten.

Nach der Entlassung von Herr P. wurde er in der Tagesklinik weiterhin ambulant betreut, bis es zu einem ernsten Vorfall in der Familie kam und seine wenige Monate alte Tochter auf die Intensivstation einer Klinik verlegt werden musste, da die Mutter dem Kind zu viele Medikamente verabreicht hatte und somit der Gesundheitszustand der Tochter im kritischen Bereich lag. Dadurch schaltete sich das Jugendamt ein und die Tochter wird nun dauerhaft in Pflegefamilien leben. Herr P. erklärte sich mit dieser Situation einverstanden, wobei die Mutter gerichtlich gegen diese Anordnung vorgehen wird. Kurz darauf trennte er sich von seiner Partnerin und zog zu seiner Mutter.

6.2.1 Ergebnisse der Evaluation

Wie zuvor bei den Ergebnissen der Evaluation von Herr W. soll auch in diesem Fall vorab die allgemeine Situation von Herr P. in der Basisgruppe dargestellt werden. Herr P. fiel grundsätzlich durch seine Position in der Gruppe auf, da er in jeder Sitzung, im Gegensatz zu seinen Mitpatienten, im Raum ziemlich weit hinten saß und sich teils hinter andere Patienten setzte, sodass man ihn nicht genau sah. Mit einer häufig gesenkten Kopfhaltung sprach er generell sehr leise und zurückhaltend, oftmals auch ohne eine Art der emotionalen Betonung, was es in einigen Fällen nicht einfach machte, seinen Äußerungen zu folgen. Dies war sehr bedauerlich, da er sich regelmäßig mit Beiträgen an der Gruppe beteiligte und diese durch seine Anmerkungen merklich voran brachte. Er brachte nicht nur eigene Erfahrungen oder Selbsterlebtes vor, sondern auch Beiträge zu fachlichen Theorien, mit denen er bereits mehr oder weniger vertraut war. Er ergriff leise aber bestimmt das Wort, um bestimmte Sachverhalte zu erläutern, allerdings selten mit Augenkontakt, wenn es zu Schwierigkeiten bzgl. des Verständnisses in der Gruppe oder bei einzelnen Mitpatienten kam. Wenn Herr P. sich in der Gruppe einmal dazu hinreißen ließ, mit den anderen zu lachen, dann geschah dies eher zurückhaltend, stets ohne Ton und eher hinter vorgehaltener Hand. Nun jedoch zu den Ergebnissen der Bögen Herr Ps.

Abb. 2: Patientenverlauf Herr P.



Bei ihm ist es besonders auffällig, dass die gesamten Werte der Sitzungen im Vergleich zu Herrn W. bzw. allgemein zu denen der anderen Patienten, deutlich geringer ausfallen. Auch wenn im Gesamten betrachtet die Skalen der reaktiven Emotionalität und der Selbststärke im Verlauf der Gruppe ansteigen, stagniert die der Aktivität über fünf Wochen auf dem gleichen niedrigen Wert.¹² Zu Beginn der ersten Sitzung liegen alle drei Skalen mit einem Wert von vier eindeutig unter dem Mittelwert. Zu diesem Zeitpunkt befand sich Herr P. noch in der Eingewöhnungsphase der stationären Behandlung und beschäftigte sich sehr häufig mit Problemen in und an seinem Laptop. Er verbrachte Stunden damit, sich Problemlösestrategien hierfür auszudenken. Dies führte dazu, dass er häufig alleine in seinem Zimmer saß und lediglich selten in Kontakt mit seinen Mitpatienten trat. Hier geriet er nicht selten in Grübelschleifen, wie er in den Morgenrunden berichtete, was letztlich u.a. zu einer wahrnehmbaren negativen Veränderung seiner Gefühle auf einen Wert von nur noch drei nach der zweiten Therapiesitzung führte. Hinzu kam sicherlich der Gedanke an seine Partnerin und seine wenige Wochen alte Tochter, die in der Zeit seines Aufenthaltes den Vater lediglich einige wenige Male gesehen hatte und somit kein adäquates Verhältnis aufbauen konnte. In der Zeit der dritten Sitzung steigt die Skala der reaktiven Emotionalität erneut auf einen Wert von vier, wobei der der Selbststärke weiterhin bei einem Wert von drei zu finden ist. In dieser Woche fing Herr P. auf Rat seiner Therapeutin und der Pflegekräfte damit an, Spannungsprotokolle zu führen, um die Indikatoren seiner Stimmungs- und Gefühlsschwankungen besser identifizieren und somit mit Achtsamkeitsübungen oder Sport angehen zu können. Das Resultat dieser Interventionen zeigt sich in den Ergebnissen der vierten Sitzung. Der Wert der reaktiven Emotionalität steigt erstmals auf fünf und der Wert der Selbststärke steigt signifikant auf sechs, verdoppelt sich demnach. Hier spielten sicherlich mehrere Variable eine Rolle. Zum einen die regelmäßige Führung der Spannungsprotokolle, die zu diesem Zeitpunkt immer häufiger stattfindenden Belastungsurlaube zu Hause bei seiner Familie und sein Projekt in der Ergotherapie. Dort baute er in minutiöser Kleinstarbeit eine Wandleuchte für seine Tochter, für welche er selbst die Mechanik der Lampe entwarf und herstellte. Während dieser Arbeit, die ich in meiner Anwesenheit bei der Ergotherapie beobachten konnte, war er deutlich entspannter und offener als gewöhnlich. Die Nähe zu seinem Beruf tat ihm sichtlich gut, wobei auch hier wieder darauf geachtet werden musste, dass er sich nicht in den einzelnen Vorgängen verlor und verzettelte. In der fünften und schließlich Herrn Ps. letzten Gruppentherapie-sitzung ist ein erneuter Anstieg des Wertes der Selbststärke auf sieben zu erkennen, wobei der

¹² Aufgrund dessen werden im weiteren Verlauf nur noch die Skalen der reaktiven Emotionalität und Selbststärke behandelt.

der reaktiven Emotionalität auf dem Wert fünf bleibt. Die Treffen mit der Familie fanden in dieser Zeit weiterhin statt, auch wenn es zwischenzeitlich zu Streitigkeiten kam, die Lampe für die Tochter wurde allmählich fertig und seine Anspannungszustände ließen sich immer häufiger, laut seiner Aussagen, gut bewältigen.

Allerdings hat er, und dies lässt sich schließlich in seinem grafischen Verlauf der Ergebnisse der Evaluation gut erkennen, nie hohe Werte gehabt, anhand derer man auf eine äußerst signifikante positive Auswirkung psychoedukativer Interventionen schließen könnte. Jedoch lässt sich ein Anstieg der Skalen der reaktiven Emotionalität und der Selbststärke nicht bestreiten. Die abschließende Sitzung nahm Herr P. aufgrund seiner Entlassung nicht mehr wahr.

6.3 Gegenüberstellung beider Patientenverläufe

In der nachfolgenden Gegenüberstellung der Patienten sollen aufgrund der Übersichtlichkeit, Nachvollziehbarkeit und angesichts des Rahmens dieser Arbeit lediglich zwei ausgewählte Sachverhalte nebeneinander näher betrachtet werden: zum einen die unterschiedlichen Durchschnittswerte bzw. das arithmetische Mittel der einzelnen Skalen beider Patienten, sowie mögliche gemeinsame Ursachen für diese Ergebnisse unter Berücksichtigung der teilweise gleichen Diagnose der Depression.

Zu Beginn soll die Skala der reaktiven Emotionalität behandelt werden. Bereits bei anfänglicher Betrachtung der Grafiken wird klar, dass hier die Werte von Herr W. über denen von Herrn P. liegen, auch wenn sie am Anfang relativ identisch sind. Der Durchschnittswert der reaktiven Emotionalität liegt in Herr Ws. Fall bei sechs, da Stanine-Werte immer auf die nächste ganze Zahl aufgerundet werden und bei Herr P. bei einem Wert von vier. Dies ist gewiss, wie es bei den anderen beiden Skalen ebenfalls der Fall sein wird, größtenteils krankheitsbedingt. Da Kennzeichen einer Depression u.a. Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Niedergeschlagenheit, Unsicherheit, mangelndes Selbstbewusstsein und Gleichgültigkeit sind, wirkt sich dies selbstverständlich auf die Selbstwahrnehmung der Gefühle der Patienten in den Bögen aus. Da diese erste Skala Items mit solchen Inhalten behandelt, spiegeln diese immer auch den Status der Depression in diesem Bereiche wider. Ohne die Auswirkungen weiterer Therapien und der Medikation unbeachtet zu lassen, kann daraus geschlussfolgert werden, dass Herr W. im Unterschied zu Herrn P. durchschnittlich geringer ausgeprägte depressive Stimmungseinbrüche in den Bereichen der reaktiven Emotionalität hatte. Nun ist Herr W. allerdings auch ein zehn Jahre älterer Mann mit einer weitreichenden körperlichen Behinderung und festen familiären Strukturen, während Herr P. jemand ist, der neben seiner depressiven

Symptomatik eine Borderline-Persönlichkeitsakzentuierung aufweist und im Gegensatz zu Herr W. eine schwierige Kindheit und keine festen familiären Beziehungen hat.

Im Bereich der Aktivität, der zweiten Skala, verhält es sich anders. Hier liegt der Durchschnittswert beider Patienten bei vier, was unter dem Mittelwert der Stanine-Werte liegt. Dies bedeutet, dass sowohl Herr W. als auch Herr P. überwiegend angaben, dass sie sich nachdenklich, zurückhaltend und zögernd fühlten. Auch diese Angabe ihrer Gefühle ist ein Indiz für die Ausprägung der Depression. Natürlich spielen Charakterzüge ebenfalls eine Rolle, wobei hier aufgrund des allgemeinen Verhaltens während des stationären Aufenthaltes davon ausgegangen werden kann, dass dies allenfalls eine Art Verstärkung der eigenen Persönlichkeitszüge war. Zudem darf man sich aufgrund des Begriffes Aktivität nicht irreführen lassen und muss sich immer wieder ins Gedächtnis rufen, dass hier nicht die körperliche Aktivität gemeint ist. Denn wenn dies der Fall wäre, hätte der Wert von Herr P. deutlich über dem von Herr W. liegen müssen.

Bei der Skala der Selbststärke verhält es sich wie bei der der Aktivität. Wieder weisen beide Patienten einen identischen Wert, in diesem Fall einen von fünf auf. Diese Skala, als eine der am höchsten bewerteten, spielt in beiden Patientenverläufen eine entscheidende Rolle. Nicht nur, weil im Vergleich zu den anderen beiden Skalen relativ wenige Items diese Skala bilden, sondern weil sie eben mit die höchsten Anstiege zu verzeichnen hat. Hier schätzten beide Patienten ihre Emotionen eher im Bereich des Überlegenen, Durchblickenden und Selbstsicheren ein, wobei weiterhin berücksichtigt werden muss, dass der Wert mit fünf eher im Mittel liegt und daher die Einschätzungen der eben genannten semantischen Differenziale ebenfalls Züge des Unterlegenen, Verwirrten und Verunsicherteren aufweisen. Auch hier ist es augenscheinlich der Einfluss der Krankheit, welcher den Aspekt der Selbststärke bestimmt. In deutlichen Stimmungstiefs verfügten beide Patienten, wie sich im alltäglichen Agieren gut zeigte, über eine sehr geringe Selbststärke. In der Ergotherapie wurden bspw. ihre Projekte, die an guten Tagen schaffbare Herausforderungen darstellten, eher resigniert und motivationslos beiseite gestellt, um andere leichtere Aufgaben zu übernehmen.

Letztlich kann primär hinsichtlich des Vergleiches der Patientenverläufe festgehalten werden, dass in beiden Fällen ein grundsätzlicher Anstieg der Werte in den einzelnen Skalen erkennbar ist. Dies liegt wahrscheinlich zum einen an den gleichen Diagnosen und der gemeinsamen, mit dieser einhergehenden Symptomatik, zum anderen allerdings auch an den individuellen Situationen, in denen sich Herr W. und Herr P. befanden. Ohne einen näheren empirisch fundierten Beweis dafür geben zu können, spielen sicherlich Herrn Ws. starke körperliche Behinderung und Herr Ps. schlechte Erfahrungen in der Vergangenheit eine nicht zu

unterschätzende Rolle bzgl. ihrer allgemeinen anfänglichen psychischen Verfasstheit und ihren Tendenzen hin zu einer depressiven Symptomatik.

6.4 Prüfung der Hypothesen

Hinsichtlich der ersten Hypothese (die wie folgt lautete: Psychoedukative Interventionen in eigens dafür vorgesehenen Gruppenpsychotherapiesitzungen verbessern deutlich den Gefühlshaushalt der an einer Depression erkrankten Patienten hinsichtlich ihrer reaktiven Emotionalität, Aktivität und Selbststärke.) lässt sich sagen, dass diese in dem hier behandelten Kontext aufgrund der Ergebnisse beider Patienten Gültigkeit aufweist. Bei Betrachtung der Ausgangswerte der Patienten in den einzelnen Skalen der reaktiven Emotionalität, Aktivität und Selbststärke kann allgemein ein augenscheinlicher Anstieg verzeichnet werden. Bei Herr W. mag er signifikanter hervorstechen als bei seinem Mitpatienten Herr P., allerdings müssen an dieser Stelle die unterschiedlichen Charaktere berücksichtigt werden. Wie in der Kasuistik bereits umrissen, ist Herr P. von Natur aus, sicherlich auch aufgrund seiner Krankheiten, kein sehr emotionaler und offener Mensch, wohingegen Herr W. sensibler und aufgeschlossener in dieser Hinsicht ist. Beide erleben jedoch auch Einbrüche, welche sich zwischenzeitlich in niedrigeren Skalenwerten ausdrücken. Der Aspekt, dass beide Patienten unter einer depressiven Störung leiden und demnach annähernd vergleichbare Symptomatiken aufweisen, lässt die Schlussfolgerung zu, dass eine speziell psychoedukative Gruppentherapie im störungsunspezifischen Setting einen positiven, wenigstens definitiv nicht negativen Einfluss auf das Wohlbefinden Depressiver hat.

Auch die zweite Hypothese (die Folgendes beinhaltete: Durch den krankheitsspezifischen Wissenszuwachs und erlernte Copingstrategien erleben depressive Patienten weniger depressive Stimmungseinbrüche in der Zeit der Therapie.) lässt sich als bestätigt betrachten. Allerdings ist dies nicht derartig deutlich der Fall wie bei der ersten Hypothese. Beide Patienten gaben während der Zeit der Therapie an, dass sie von den dort erlernten Bewältigungsstrategien profitierten und durch das in der Basisgruppe vermittelte Wissen nun besser mit ihrer Krankheit umzugehen wüssten. Bei Herrn W. waren es vorwiegend unterschiedliche Achtsamkeitsübungen und die Anwendung des ABC-Modells, die ihm dabei halfen, Stimmungseinbrüchen vorzubeugen und Grübelkreisläufe zu unterbrechen. Herr P. nutzte hierzu hauptsächlich Spannungsprotokolle und sportliche Aktivitäten, um präventiv in seine Situationen einzugreifen. Dies wird ebenfalls in den einzelnen Teilnehmerverläufen ersichtlich. Herr W. hatte in der vierten Sitzung einen maßgeblichen Einbruch, allerdings davor und hauptsächlich danach deutlich bessere Werte. Herr P., der allgemein keine sehr hohen Werte in den einzel-

nen Skalen aufweist, hatte in der zweiten Sitzung ein erkennbares Tief. Allerdings wird bei ihm ebenfalls klar, dass ein kontinuierlicher Anstieg zu erkennen ist.

An dieser Stelle muss allerdings angemerkt werden, dass die Ergebnisse dieser knappen Evaluation nicht den Anspruch auf Repräsentativität haben, diesen auch nicht haben können. Dadurch, dass bspw. weder eine Kontrollgruppe der Basisgruppe gegenübergestellt und untersucht werden konnte, welche dann idealerweise störungsspezifisch (mit der gleichen Diagnose nach ICD-10 wie Herr W. und Herr P.; F 33.2) gewesen wäre, und die Untersuchung in einem zu kurzen Zeitraum stattfand, sind die hier dargelegten Ergebnisse und Hypothesen lediglich auf diese Untersuchung anzuwenden. Dies bleibt weiteren, umfänglicheren Untersuchungen, ggf. auch mit multivariaten Analysen, vorbehalten.

7. Kritische Perspektiven

Hinsichtlich der bisher aufgeführten positiven Aspekte von Psychoedukation werden in diesem Abschnitt nun eher kritische Sichtweisen thematisiert, die nicht zwangsläufig ihren Fokus auf dem Gebiet der Psychoedukation haben, allerdings unterschiedliche Aspekte dieser Arbeit aufgreifen und analysieren. Dies jedoch in der gebotenen Kürze, da es andernfalls zum einen den Rahmen dieser Arbeit deutlich sprengen würde und zum anderen, da diese Ausführungen als Anregungen und Einführungen in die jeweiligen Thematiken und ggf. als Grundlagen für weitere Untersuchungen dienen können.

7.1 Die Gruppenzusammensetzung – Zentraler Indikator für den Weg aus der Krise?

In Abgrenzung von der Einzeltherapie bildet in der Gruppentherapie das Kollektiv die entscheidende Dimension für die psychische Genesung. Damit verbunden sind jedoch zahlreiche Aspekte, welche evtl. zunächst gegen eine Besserung der Befindlichkeit sprechen könnten: keine augenscheinliche alleinige Konzentration des Therapeuten auf einen bestimmten Patienten, die individuellen Bedürfnisse sprechen ggf. gegen die der Gruppe, die Offenbarung von zutiefst intimen und vertraulichen Situationen oder Gedanken vor unbekanntem Personen, eine Auseinandersetzung mit Problemen von Mitpatienten zu den eigenen Problemen oder bspw. die Diskretion, die in einer Dyade von Patient und Therapeut eindeutig gegeben ist. In Gruppentherapien ist daher die Zusammensetzung der Therapiegruppe von maßgeblicher Bedeutung, nicht nur für jeden einzelnen Patienten, sondern für den Erfolg der ganzen Gruppe an sich.

Richtungsweisend hierfür ist bereits die Gruppenleitung. Gruppenpsychotherapeuten, die i.d.R. für die Gruppenzusammensetzung verantwortlich sind, konzipieren vor Beginn der Gruppe zum einen das Gruppensetting, wie bspw. bei der bereits geschilderten Basisgruppe das Konzept der Psychoedukation sowie das halboffene Format, und zum anderen das Gruppenklientel, sprich die dort behandelten Störungen. Damit liegen die ausschlaggebenden Faktoren in den Händen der Leitung. Nichts desto trotz hat jedes Gruppensetting seine eigenen Charakteristika, die die Gruppenzusammensetzung beeinflussen und formen. Störungsspezifische Gruppen finden bspw. häufiger in Kurzzeitbehandlungen ihre Anwendung, da hier eine fokussierte und eingegrenzte Therapie möglich ist, welche exakt die Problematiken der speziellen Störung thematisiert:

*„Störungsspezifisch arbeitende Gruppen sollten also eher kurzzeitorientiert sein (meist stationäre Gruppen) und eine hohe Homogenität in der Gruppenzusammensetzung aufweisen [...].Diese Gruppen wären am besten als geschlossene Gruppen konzipiert.“
(Tschuschke 2010: 151, Hervorheb. i. O.)*

Dem gegenüber steht die störungsunspezifische bzw. störungsübergreifende Gruppe. In dieser Gruppenzusammensetzung sind mehrere unterschiedliche Krankheitsbilder vertreten, sodass ein Fokus auf eine spezifische Störung nicht mehr möglich ist. Als Pendant sind solche Gruppen eher längerfristig orientiert:

„Störungsunspezifisch arbeitende Gruppen sind demnach Therapiegruppen, die längerfristig arbeiten (meist ambulante Gruppen), eine heterogene Gruppenzusammensetzung aufweisen (Symptome, Probleme, Funktionsniveaus) und auch als halboffene Gruppe konzipiert werden.“ (Tschuschke 2010: 151, Hervorheb. i. O.)

Allerdings, so Zielke (vgl. 2010: 75), liegen in den dort vertretenen unterschiedlichen Krankheiten ebenso verschiedene Kompetenzen und Eignungen, welche die Gruppenarbeit in den Therapien deutlich positiv beeinflussen können.

In beiden Gruppenzusammensetzungen ist es jedoch relevant, unterschiedliche Aspekte wie bspw. die Gruppenkohäsion, die Gruppendynamik oder aber die Übernahme bzw. Verteilung von Gruppenrollen näher zu betrachten, da diese Produkte der für Gruppentherapien charakteristischen Pluralität sind und daher ausschlaggebend für die Bedeutung der Gruppenzusammensetzung für die Bewältigung einer Krise bzw. der Behandlung einer psychischen Erkrankung. Tschuschke (2010: 53) erwähnt an anderer Stelle, dass Therapeuten vor Beginn einer Gruppe die Gruppenzusammensetzungsaspekte möglichst genau ausarbeiten sollten,

damit es im späteren Verlauf, sobald die Patienten in der Gruppe behandelt werden, zu keinen Isolationen, Ausschreitungen oder ähnlichem kommt. So verhält es sich ebenfalls mit dem Geschlechtseinfluss auf Gruppen. Besteht eine Gruppe überwiegend aus einem gemischten Geschlechterverhältnis, ist dies überwiegend für Männer von Nutzen, für Frauen jedoch weniger (vgl. Tschuschke 2010: 53 f.). Das Gebiet der Gruppenzusammensetzung ist jedoch zu ungenügend erforscht, um allgemeine Regelmäßigkeiten erkennen zu können (vgl. Tschuschke 2010: 53). Allerdings sind kognitive Ressourcen von Patienten, deren Motivation, Engagement oder Teamgeist sicherlich von signifikanter Bedeutung für den individuellen Krankheitsverlauf jedes einzelnen, wenn auch bisher nicht ausreichend empirisch untersucht. Denn wie kann eine Besserung der Krankheiten eintreten, wenn ein oder mehrere Patienten ganz entgegen der Ansichten ihrer Mitpatienten dieser Gruppe bspw. sehr wenig bis überhaupt nicht motiviert sind und sich demnach nicht an der Gruppe beteiligen und somit das Gruppenklima stark abfällt? Ebenso verhält es sich mit der Unterstützung durch die Gruppe. Erfährt man Halt und empfindet Verständnis und Geborgenheit, ist es wahrscheinlich einfacher, sich einer Gruppe von Menschen zu öffnen und sie somit am eigenen Seelenleben teilhaben zu lassen.¹³

Demnach ist die Gruppenzusammensetzung hinsichtlich vieler unterschiedlicher Faktoren ein zentraler Indikator für den Weg aus der Krise. Das Kollektiv und die damit einhergehende Pluralität bieten u.a. die Chance auf Verständnis, konstruktive Kritik, andere Sichtweisen auf die Dinge, allgemeines Feedback und weitere zahlreiche Aspekte, die den Krankheitsverlauf eines Patienten positiv beeinflussen und ihm so zur Genesung verhelfen können.

7.2 Zeit – Freund oder Feind psychischer Gesundheit?

Der Begriff der Zeit ist ein viel gebrauchter und findet in unserem alltäglichen Sprachgebrauch eine routinierte Verwendung. Jedes Individuum bewegt sich in einem zeitlichen Raum, ist umgeben von Momenten bzw. Augenblicken, die in einem bestimmten Zeitabschnitt stattfinden und kann sich der Zeit letztlich nicht entziehen. In welchem Verhältnis steht Zeit jedoch speziell zu psychischer Gesundheit?

Der Aspekt der „Beschleunigung des Lebens“ (Tschuschke 2003: 2) bildet in der Literatur einen deutlichen Schwerpunkt, der entscheidend für das hier behandelte Verhältnis ist.

¹³ Da es durch das Gruppensetting zahlreiche Mitwisser bezüglich der einzelnen Patientengeschichten gibt (vgl. Tschuschke 2010: 59) sind die Mitpatienten in der Rolle einer Art Kotherapeuten, d.h. „sie geben wichtiges Feedback an einzelne Gruppenmitglieder und sehr häufig wichtige Hinweise sowie Konfrontationen bezüglich malignen, unangepassten Verhaltens, was der Gruppenleiter nicht besser vornehmen könnte.“ (Tschuschke 2010: 10)

Ciampi brachte eine treffende Aussage, welche ebenfalls genau diesen Aspekt zum Vorschein bringt:

[...] das bestürzende, kollektive Erlebnis, daß die Zeit uns allen schnell und immer schneller davonzulaufen scheint, weil sich das Tempo des sogenannten Fortschritts – und damit das Lebenstempo überhaupt! – zusehends vergrößert. (Ciampi 1990: 11)

Hier wird nochmals deutlich, dass der Gesichtspunkt der Beschleunigung nicht nur jedes einzelne Individuum unserer Gesellschaft betrifft, sondern die Gesellschaft als Ganzes betroffen ist, als Kollektiv. Sicherlich ist dies ebenfalls von Relevanz, gerade in Bezug zu der Thematik der Gruppentherapie, wobei in dem hier behandelten Kontext vor allem die individuelle Sichtweise und die subjektiven Empfindungen von Zeit im Vordergrund stehen sollen. Da „unsere Erfahrung von Zeit an das Erleben von relativer Dauer und Folge von Ereignissen gebunden ist“ (Münzel 1993: 2), spielt die Anmerkung Ciompis eine umso zentralere Rolle. Beschleunigungsprozesse, bspw. durch immer schnellere Autos, schnelleres Fliegen und Reisen, Drive Through Restaurants oder Drive Through Chapels, mobiles Telefonieren, Fax, Internet, E-Mail und nicht zuletzt die jederzeitige Erreich- und Verfügbarkeit an jedem Ort (vgl. Tschuschke 2003: 1), prägen das menschliche Empfinden von Zeit ungemein, da ein Entzug von diesen durch ständigen Kontakt und Konsum kaum möglich ist.

Der Faktor Zeit birgt jedoch sowohl Aspekte von Angst als auch Aspekte von Potential und Hoffnung (vgl. Ciampi 1990: 11). Mit ihm geht grundsätzlich der deterministische Gedanke der eigenen zeitlich begrenzten Existenz einher, in dem man sich seinem Tod gegenüber übersieht. Bestimmte Lebensabschnitte sind zeitlich begrenzt, wie bspw. die Kindheit oder Jugend, welche meist mit Sorglosigkeit und Unbeschwertheit assoziiert werden.

„Wäre der Mensch nämlich nicht endlich und sterblich, könnte er nichts versäumen. Immer wäre noch ‚Zeit‘, dies oder jenes nachzuholen und wieder gut zu machen. Für einen Sterblichen jedoch kehrt keine Situation so wieder, wie sie vorher war.“ (Boss 1999: 313)

Hoffnung ist hingegen gleichermaßen in Zeit zu finden. Redewendungen wie „Das lässt auf bessere Zeiten hoffen“ oder „Mit der Zeit wird Gras über die Sache wachsen“ sind lediglich einige weniger Beispiele für den gängigen hoffnungsvollen Zeitbegriff im täglichen Umgang mit einander:

„ [...] Hoffnung etwa auf ‚die Zeit, die alle Wunden heilt‘, oder Hoffnung auf die Zeit, die imstande ist, aus winzigen Keimen Großes hervorzubringen, zum Beispiel aus einem

kleinen Samen einen ganzen Baum, aus einem Säugling einen erwachsenen Menschen, aus einer beiläufigen Begegnung eine lebenslange Beziehung.“ (Ciompi 1990: 11)

Diesen Ausführungen zufolge kann Zeit sowohl positiv als auch negativ auf Individuen wirken. Hierzu zählt nun auch deren psychische Verfasstheit. Die bereits genannte allgemeine Beschleunigung des Lebens, zu der sicherlich u.a. auch der immer weiter zunehmende Aspekt der räumlichen und zeitlichen Entgrenzung¹⁴ zu zählen ist, ist demnach ein entscheidendes Kriterium für Individuen und deren psychische Gesundheit.

Menschen ohne psychische Störungen fassen Zeit anders auf als diejenigen, die unter einer solchen leiden. Da ein Merkmal psychisch gesunder Menschen i.d.R. ausreichend Ressourcen und Bewältigungsstrategien sind, die psychisch Kranken aufgrund ihres Krankheitsbildes oftmals fehlen, lassen sich somit Herausforderungen, Verluste und Belastungen im Alltag besser bewältigen, ohne unter solch einen Druck, oftmals auch zeitlichen Druck zu geraten, dass ein Zusammenbruch die Folge ist. Für den Verlauf psychischer Krankheiten, und hier ist bereits ein zeitlicher Aspekt enthalten, spielt Zeit eine bedeutsame Rolle: zum einen entstehen solche Störungen in einem gewissen Zeitraum, sei es durch Faktoren wie genetische Veranlagung oder Traumata, werden in einem bestimmten zeitlichen Rahmen behandelt, haben teilweise unterschiedliche Verläufe, wie bspw. eine manisch-depressive Störung und man benötigt eine gewisse Zeit, bis man, als Betroffener oder aber auch Angehöriger, die Krankheit selbst erfasst hat. Ciompi (1990: 12) geht in einer seiner Ausführungen darauf ein, dass alle psychischen Störungen mit Veränderungen des Zeiterlebens einhergehen. Besonders interessant, vor allem unter Berücksichtigung der vorab analysierten Kasuistiken, ist der Bezug zu Depressiven:

„Dem Depressiven zum Beispiel stockt die Zeit, sie verlangsamt sich und steht auf der Höhe der Erkrankung scheinbar gänzlich still. Nichts geschieht mehr, alles ist wie versteinert, es gibt keinerlei Zukunft mehr, und die Vergangenheit erscheint nur noch als unverrückbare Schuld und Last. Umgekehrt erlebt der euphorische Maniker die Zeit als beschleunigt und heiter beflügelt.“ (Ciompi 1990: 12f.)

¹⁴ Der viel thematisierte Begriff der Entgrenzung ist hier vor allem auf die Erwerbsarbeit aber auch das Privatleben anzuwenden. Räumliche Entgrenzung soll heißen, dass immer mehr Arbeitnehmer nicht mehr, wie es z.B. zur Zeit des Fordismus der Fall war, in eigens dafür vorgesehenen Räumlichkeiten ihrer beruflichen Tätigkeit nachgehen, sondern bspw. im Außendienst tätig sind oder für ihre Arbeitsstelle in andere Städte oder andere Länder ziehen müssen. Zeitliche Entgrenzung bedeutet u.a. die deutliche Tendenz hin zur Nacht- oder auch Schichtarbeit, der Einschluss des Samstags in die regulären Arbeitstage oder auch die ständige, bereits in einigen Verträgen festgehaltene Erreichbarkeit. Dass sowohl die räumliche als auch die zeitliche Entgrenzung gravierende Auswirkungen auf das Privatleben haben, sei an dieser Stelle unumstritten. Schier und Jurczyk (2007: 10-17) behandeln diese Problematik sehr ausführlich.

Desweiteren kommt die Facette der Zeit nicht nur in den Krankheitsabläufen allgemein zum tragen, sondern auch in der Behandlung der Krankheiten selbst. Ein Feld, welches nachwievor immer wieder diskutiert wird, ist das der Kurzzeit- und Langzeittherapie (vgl. Tschuschke 2003). Unter den Gesichtspunkten von Effizienz oder den stets gegenwärtigen Ökonomisierungs-Debatten leisten sich jeweilige Verfechter der Therapieformen rege Auseinandersetzungen:

„Langzeitpsychotherapien, speziell die Psychoanalyse zielen auf eine tiefgreifende Auseinandersetzung mit den ureigenen Traumata [sic.], Defiziten und Ängsten ab; hierzu ist zur Verfügung stehende Zeit eine conditio sine qua non. Kurzzeittherapien können dies ohne Zweifel nicht leisten. Insofern ist der Streit um die gleiche Effizienz an und für sich obsolet!“ (Tschuschke 2003: 36)

Bezüglich der Effektivität beider Therapieformen sei gesagt, dass letztlich das jeweilige Krankheitsbild des Patienten ausschlaggebender Grund dafür ist, wie behandelt wird. Komplexe Persönlichkeitsstörungen sind bspw. meist Indikator für eine Langzeittherapie, wohingegen Kriseninterventionen z.B. bei plötzlichen Ängsten oder depressiven Episoden in der Kurzzeittherapie angesiedelt sind.

Alles in Allem lassen sich unter der Berücksichtigung von „Zeit“ einige interessante Gesichtspunkte zusammentragen, welche das Thema der psychischen Gesundheit aber auch Krankheit gut rahmen. Zeit als Freund psychischer Gesundheit kann zum einen als Raum für Genesung, Reorganisation und Regeneration betrachtet werden und zum anderen als Phase der Reflexion, in der bestimmte zeitliche Abschnitte des Lebens rückwirkend, aber auch zukünftig durchdacht und ggf. umstrukturiert werden können. Zeit als Feind psychischer Gesundheit, gerade in der heutigen modernen Gesellschaft, die unter den o.g. Aspekten eine immer mehr zunehmende Herausforderung für einige Menschen darstellt, ist hauptsächlich geprägt durch Stress, häufig durch zu wenig Zeit, gerade in den heutigen Berufswelten und damit einhergehende Gleichzeitigkeit. Durch „die möglichst effiziente Nutzung von Zeit“ (Tschuschke 2003: 2) entstehen automatisch Situationen, in denen das Individuum dazu angehalten ist, Dinge parallel zu verrichten. Dies bedarf einer gewissen Übersichtlichkeit und eines Belastbarkeitsvermögens, die bei einigen Personen mehr und bei anderen Personen weniger ausgeprägt sind. Die möglichen Folgen solcher Belastungen bei Fehlen verschiedener Bewältigungsstrategien dürften aufgrund der Thematik hinreichend bekannt sein. Demnach

kann Zeit als etwas Positives als auch etwas Negatives gesehen werden, je nach individuellen Kompetenzen und Ressourcen der jeweiligen Personen.¹⁵

7.3 Psychoedukation – Therapie zwischen Autonomie und Heteronomie

Diese letzte Perspektive soll in einen Gedanken einleiten, welcher zunächst sicherlich durch seine Andersartigkeit etwas befremdlich wirkt. Bei der Psychoedukation, die in Abschnitt 3 ausführlich vorgestellt und thematisiert wurde, erscheint es mir jedoch legitim, die Frage nach dem Grad der Selbst- bzw. Fremdbestimmtheit dieser Therapieform zu stellen, gerade da dies ein Feld ständiger Spannung darstellt und somit ausreichend Diskussionspotenzial impliziert. In den nachfolgenden Ausführungen sollen die beiden Ausdrücke anhand soziologischer Definitionen ausführlicher dargelegt werden, sodass im Anschluss eine möglichst detaillierte Auseinandersetzung hinsichtlich psychoedukativer Therapieformen möglich ist.

Autonomie, als etwas grundsätzlich positiv konnotiertes, bezeichnet zunächst einen Zustand der Selbstständigkeit, Unabhängigkeit und Eigenverantwortlichkeit. Das Individuum handelt nach eigenen Maßstäben und eigenen Wertvorstellungen:

„In der Ethik (seit I. Kant) die Bestimmung des Willens und der Maßstäbe des Handelns allein durch die individuelle Vernunft. [...] In der Soziologie und Anthropologie wird Autonomie als Gegenbegriff der Anpassung verstanden und umschreibt den soziokulturellen Tatbestand, dass soziale Rollen dem Individuum neben klaren Verhaltensanweisungen immer auch mehr oder weniger starke Eigenleistungen, Selbstentscheidungen abverlangen. Die freiheitliche, Offene Gesellschaft setzt die weitgehende Autonomie möglichst vieler Individuen mit hoher gesellschaftl. Verantwortung voraus. Wesentlich ist die Fähigkeit zur kritisch-rationalen Auseinandersetzung mit den Ursachen und Folgen des eigenen Handelns sowie zur Abwehr freiheitsbedrohender Manipulations-, Herrschafts- und Ausbeutungsbestrebungen.“ (Hillmann 2007: 65)

In überwiegend pädagogischer Literatur lässt sich die Formulierung des „Menschen als Werk der Natur“ (Pestalozzi 1938: 121) finden, welcher u.a. dadurch gekennzeichnet ist, dass er einzig von seiner Natur gelenkt wird und sich somit in einem schuldlosen tierähnlichen Zustand befindet. Weitere Ausführungen in diese Richtung würden allerdings zu weit führen und vom eigentlichen Thema ablenken. Max Weber definiert in seinem Werk „Wirtschaft und Gesellschaft“ den Autonomiebegriff wie folgt, wobei dies in direkter Abgrenzung zu seiner Definition der Heteronomie geschieht:

¹⁵ Mit individuellen Kompetenzen und Ressourcen sind an dieser Stelle insbesondere die bereits an anderer Stelle genannten Copingstrategien gemeint, mit denen sich belastende Situationen deutlich besser bewältigen lassen. Außerdem ist die Bedeutung funktionierender und unterstützender sozialer Netzwerke nicht zu unterschätzen.

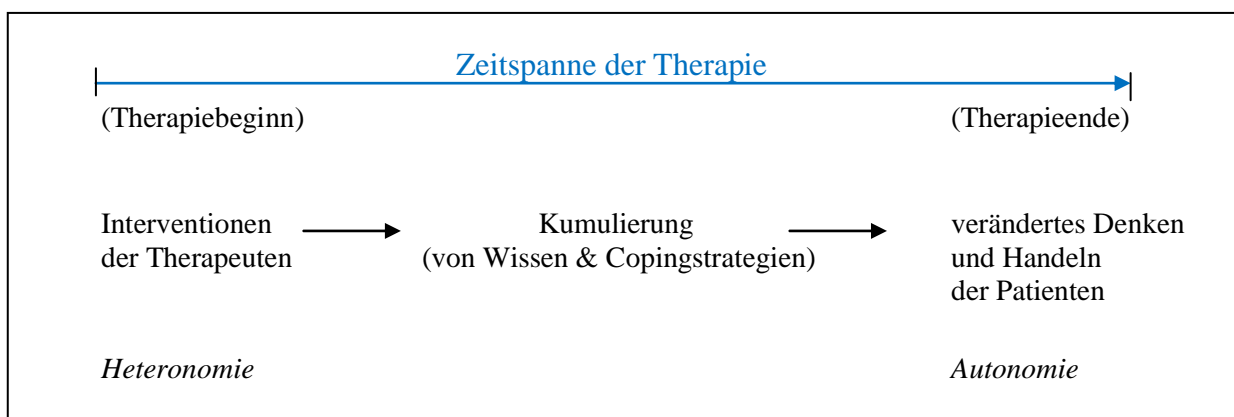
„Autonomie bedeutet, daß nicht, wie bei Heteronomie, die Ordnung des Verbands durch Außenstehende gesetzt wird, sondern durch Verbandsgenossen kraft dieser ihrer Qualität (gleichviel wie sie im übrigen erfolgt).“ (Weber 2010: 36)

Dem gegenüber steht die Heteronomie, die Fremdgesetzlichkeit. Häufig nachteilig eingeschätzt, ist diese hauptsächlich durch Entzug der eigenen Autonomie gekennzeichnet, durch Eingriff in die Persönlichkeit, in persönliche Angelegenheiten oder aber durch Unterdrückung:

„[Heteronomie ist, d. Verf.] die Abhängigkeit der für ein soziales Gebilde (Gruppe, Organisation, Staat) fundamentalen Wert- und Normenstrukturen (insbes. Gesetze und Rechtssysteme) vom Willen und Einfluss äußerer Kräfte.“ (Hillmann 2007: 337)

Anhand dieser Definitionen und unter der Berücksichtigung der bereits erläuterten Ziele und Vorgehensweisen von Psychoedukation lässt sich nun erläutern, inwieweit Aspekte von Autonomie und Heteronomie in dieser Therapieform vorhanden sind bzw. welche Gesichtspunkte diesbezüglich eine Rolle spielen. Zum weiteren Verständnis und der Vertiefung soll einleitend ein Schaubild dienen:

Abb. 3: Autonomie und Heteronomie im Verlauf psychoedukativer Therapie (aus Sicht der Patienten)



Diese Abbildung zeigt den Verlauf einer psychoedukativen Therapie ungeachtet des Therapiesettings, da es an dieser Stelle keine Rolle spielt, ob es sich um eine Einzel- oder Gruppentherapie handelt, da lediglich die psychoedukativen Interventionen im Mittelpunkt stehen sollen. Als Ausgangspunkt wird hier der Therapiebeginn gesehen, welcher hauptsächlich durch die einleitende und ausführliche Informationsvermittlung seitens der Therapeuten gekennzeichnet ist. Es wird primär auf die Krankheitsentstehung und deren Verlauf eingegangen,

wobei in der Entwicklung der Therapie immer detailliertere Sachverhalte eine Rolle spielen werden, welche sicherlich größtenteils mit dem zunehmenden Wissen der Patienten einhergehen. Die Rolle der Patienten in diesem Stadium ist eine eher passive, wobei deren Teilnahme bzgl. der Einbringung eigener Erfahrungen und Ansichten nicht unbeachtet bleiben soll. Jedoch ist das Zuhören, Nachvollziehen und Verstehen seitens der Patienten zu Beginn dieser Therapie grundlegend, da ansonsten die Ziele der Psychoedukation womöglich verfehlt bzw. nicht erreicht werden, was selbstverständlich der eigenen Absicht widerspricht. Demnach wirken auf die zu Behandelnden anfänglich maßgeblich die Entscheidungen und Vorgehensweisen der Therapeuten, sodass sie sich letztlich an dieser Stelle der Therapie eher in einem Abhängigkeitsverhältnis gegenüber den Behandelnden befinden. Ihre Gesundheit bzw. die Verbesserung ihrer psychischen Verfasstheit liegt zunächst ganz in den Händen der Professionellen, „dem Willen und Einfluss äußerer Kräfte“ (Hillmann 2007: 337). Die Satzung durch Außenstehende (vgl. Weber 2010: 36), wie es Weber beschreibt, lässt sich ebenfalls auf das Verhältnis von Therapeuten und Patienten übertragen. Folglich ist der Beginn psychoedukativer Therapie auf Seiten der Patienten maßgeblich durch Heteronomie gekennzeichnet.

Nun findet jedoch im Therapieverlauf (bestenfalls) eine Entwicklung und damit eine Veränderung der Strukturen statt. Durch die immer diffiziler werdenden Informationen und Thematiken häufen die Patienten zunehmend Wissen über ihre Krankheit, deren Verlauf und auch für sie adäquate Copingstrategien an, sodass sie über die Zeit hinweg dazu in die Lage gesetzt werden, über die anfängliche Aufklärung der Therapeuten ihr Denken und Handeln fachspezifisch zu reflektieren. Es kommt zu den „kritisch-rationalen Auseinandersetzungen mit Ursachen und Folgen des eigenen Handelns“ (Hillmann 2007: 65) sowie zu einer entscheidenden Zunahme der Eigenleistungen und Selbstentscheidung (vgl. Hillmann 2007: 65) bezgl. ihrer Krankheit. Zum Ende der Therapie, wenn Ziele wie die konkrete Aufklärung und Schulung der Patienten erreicht sind und die Förderung des krankheitsspezifischen Verständnisses abgeschlossen ist, verfügen die Patienten bestenfalls über ein verändertes Denken und Handeln, welche sich aufgrund der bereits erwähnten Gründe positiv auf den weiteren Krankheitsverlauf oder aber die Genesung auswirken. Demnach sind die zu Behandelnden dann autonome Experten ihrer Krankheit, welche aufgrund ihrer eigenen Vorstellungen, Wünsche und aufgrund ihres Wissens in der Lage sind, eigenverantwortlich zu intervenieren.

Dieser Theorie zufolge ist der Zustand der Heteronomie ein notwendiger, ohne den die Patienten nicht in den späteren Zustand der Autonomie gelangen können, da die Wissensvermittlung und das Abhängigkeitsverhältnis von den Therapeuten grundlegend für die eigene individuelle psychische Entwicklung ist.

8. Fazit und Ausblick

Die Behandlung psychisch Kranker durch die Therapiemethode der Psychoedukation, speziell im Setting der stationären störungsunspezifischen Gruppentherapie, ist ein Feld, in dem zahlreiche Aspekte eine entscheidende Rolle spielen und daher eine Vielzahl von Faktoren zu berücksichtigen sind. Der Kern dieser Arbeit, die Evaluation einer solchen Gruppe in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Markus-Krankenhauses, unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse zweier depressiver Patienten, untersuchte nicht nur die Auswirkungen der Therapie auf alle teilnehmenden Patienten, sondern zudem die Effektivität, mit welcher psychoedukative Interventionen einhergehen. Außerdem wurden mögliche Schwächen dieser Therapie bzw. Gesichtspunkte, unter denen man diese Therapiemethode auch betrachten kann, thematisiert.

Die vorab knapp gehaltenen Einführungen in die Begriffe der Psychotherapie, welche vor allem durch Strotzka definiert ist, und die Psychoedukation, die durch die Behandlungen von Anderson an Schizophrenie Erkrankten bekannt wurde, bilden das Fundament für die anschließenden speziellen Formen der Gruppentherapie und der stationären psychoedukativen Gruppentherapie, welche sowohl die theoretische als auch letztlich die praktische Basis dieser Arbeit bildet. Die darauffolgende Vorstellung der Klinik selbst, sowie der Station 31 B, als Ort der Evaluation, geben schließlich einen Einblick in das Feld, in dem sich hier bewegt wird: in den täglichen Stationsablauf mit den regelmäßigen Morgenrunden, Einzel- sowie Gruppentherapien, Ergotherapien, Oberarztvisiten und Außenaktivitäten. In diesem Rahmen fand einmal wöchentlich die psychoedukative Basisgruppe statt, welche Gegenstand der Evaluation ist. Die Methodik, als eine durch den verwendeten Stuttgarter Bogen von Tschuschke hauptsächlich quantitativ orientierte, allerdings durch Inhalte verschiedener Gedächtnisprotokolle und Patientenakten qualitativ unterstützte, brachte schließlich die hier ausführlich behandelten Ergebnisse.

Der Schwerpunkt bezgl. depressiver Störungen findet sich jedoch in den beiden Kasuistiken von Herr W. und Herr P. wider, welche laut ihrer Ergebnisse und Patientenverläufe, so wie es in allen Teilnehmerverläufen der Fall ist, eindeutig eine positive Entwicklung erkennen lassen, wobei das gemeinsame Krankheitsbild in den einzelnen Werten deutlich mitschwingt und zu erkennen ist, andere Faktoren wie Charaktereigenschaften und Medikation allerdings nicht außer Acht gelassen werden können. Die Gruppenzusammensetzung einer solchen Therapiegruppe ist zudem ein äußerst wichtiger Faktor, der Einfluss darauf hat, wie sich der weitere individuelle Verlauf der Behandlung der Patienten entwickelt. Die Therapeuten, als Leiter

der Gruppe, sind in der Pflicht dafür zu sorgen, dass u.a. das Gruppensetting für die dort behandelte Thematik angemessen und das Patientenkontext ein ausgeglichenes ist. Der Zeitaspekt, als ein ständig anwesender und bestimmender Faktor, welcher über dem gesamten Klinikaufenthalt jedes Patienten und über diesen hinaus schwebt, kann in gewissen Situationen sowohl einen positiven als auch negativen Einfluss auf psychische Gesundheit haben, sowohl einen heilenden, als auch behindernden und zerstörenden. Letztlich nehmen darüber hinaus Heteronomie und Autonomie in psychoedukativen Interventionen einen entscheidenden Platz ein. Auch wenn diese eher hintergründig zum Vorschein kommen, ist eine Entwicklung seitens der Patienten deutlich, welche durch eine anfängliche Heteronomie geprägt ist und sich im Laufe der Therapie zur Autonomie formt.

Da der Schwerpunkt dieser Arbeit hauptsächlich auf dem Krankheitsbild der Depression liegt, wurde auf eine detaillierte Darstellung psychoedukativer Therapien bei schizophrener Patienten und deren Angehörigen verzichtet, obwohl diese Störung als erste durch Anderson mithilfe von Psychoedukation behandelt wurde und somit den Ausgangspunkt dieser Therapiemethode darstellt. Außerdem wurde bewusst nicht näher auf alle Patienten der Basisgruppe eingegangen, da zum einen die Vielzahl der dort behandelten Störungen für die hier behandelte Thematik zweitrangig sind und der Rahmen dieser Arbeit durch eine solche Anzahl an Kasuistiken bei weitem überschritten würde. Kausale Zusammenhänge einzelner unterschiedlicher Faktoren auf die Ergebnisse der Basisgruppe, wie bspw. die Medikation der Patienten oder weitere Therapien, waren aufgrund der begrenzten Zeit von acht Wochen und dem dadurch erheblichen Mehraufwand nicht möglich.

Angesichts der bisher eruierten Effizienz von Psychoedukation und ihrer vielseitigen Anwendungsmöglichkeiten kann eine zukünftige Entwicklung hin zu einem Trend zu dieser Therapiemethode gehen, welches bestenfalls eine intensivere und umfangreichere empirische Forschung mit sich bringt. Gerade in Bezug auf diagnoseübergreifende Gruppentherapien, die laut Literatur bisher selten untersucht wurden, ist eine wissenschaftliche Auseinandersetzung sicherlich von Vorteil, gerade in Zeiten der Ökonomisierung und Zeitdruck, in der die Qualität der Krankenversorgung jedoch keine Einbuße verzeichnen und die Behandlung der stetig wachsenden Zahl psychisch Kranker nicht unbeachtet bleiben sollte.

Anhang

Stuttgarter Bogen (SB)

Name:

oder

Code:

Gruppe:

Datum/Sitzung:/.....

Instruktion: Bitte, füllen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen aus, so spontan wie möglich und ohne langes Überlegen.

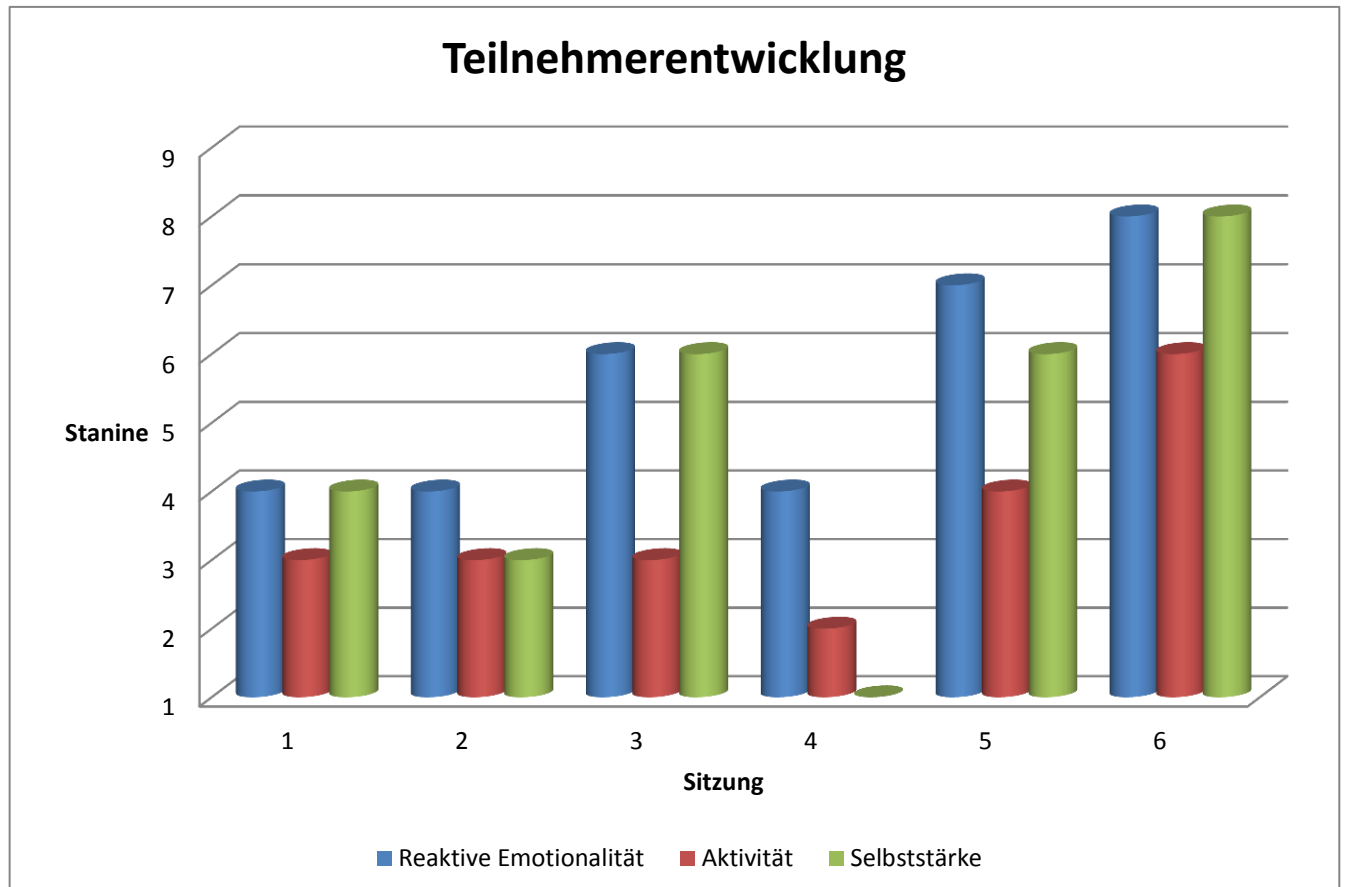
„Ich fühl(t)e mich heute in der Gruppe...“

	deutlich	mittel	eher	eher	mittel	deutlich	
unterlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	überlegen
selbstkontrolliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	impulsiv
resigniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hoffnungsvoll
nachdenklich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lebhaft
kämpferisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fliehend
geschützt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ausgeliefert
zurückhaltend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	draufgängerisch
behaglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unbehaglich
fremd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vertraut
pudelwohl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elend
verwirrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	durchblickend
unverstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verstanden
souverän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kindlich-hilflos
verunsichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	selbstsicher
spontan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zögernd

Patientenverlauf Herr W.

Sitzung →	1	2	3	4	5	6
Items ↓						
1	3	2	3	1	3	4
2	3	3	1	1	1	2
3	1	1	4	1	5	6
4	1	3	3	3	3	5
5	5	5	4	6	3	2
6	1	2	1	2	1	1
7	2	1	1	1	2	3
8	3	5	3	6	2	1
9	4	2	4	5	5	6
10	4	3	3	5	2	2
11	4	3	4	1	5	5
12	3	5	4	5	4	5
13	3	3	2	4	3	1
14	2	2	5	1	4	5
15	5	5	4	6	5	2

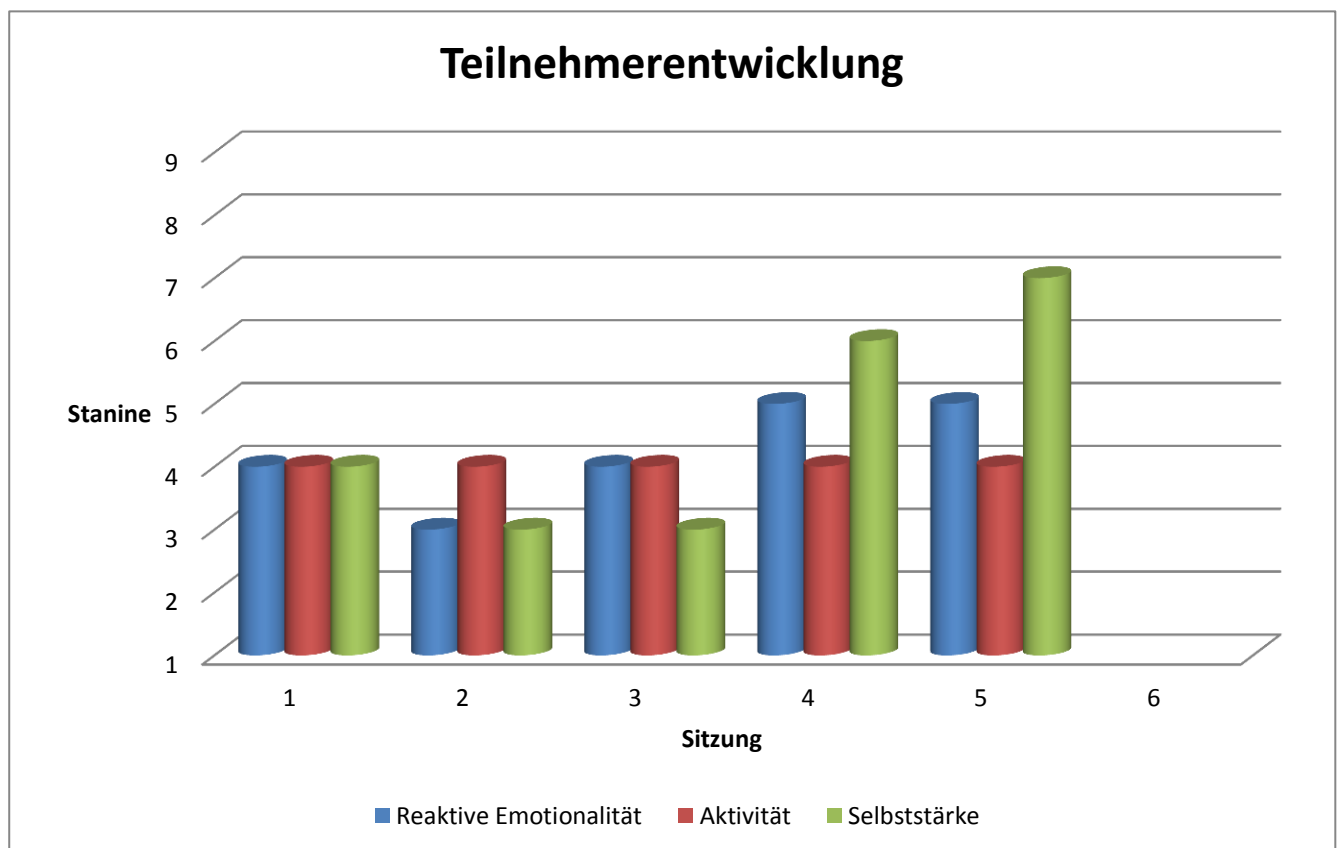
F1 (reaktive Emotionalität)	21	19	26	19	30	34
F2 (Aktivität)	10	11	11	7	12	20
F3 (Selbststärke)	13	11	17	6	16	20



Patientenverlauf Herr P.

Sitzung →	1	2	3	4	5	6
Items ↓						
1	3	2	4	4	4	x
2	4	3	4	3	2	x
3	2	1	3	4	4	x
4	1	2	1	1	2	x
5	5	4	5	3	4	x
6	3	3	4	2	3	x
7	3	1	3	3	4	x
8	5	5	4	3	3	x
9	5	2	2	3	5	x
10	5	4	4	4	3	x
11	2	2	2	5	5	x
12	5	4	4	4	4	x
13	2	4	5	3	2	x
14	3	3	3	4	5	x
15	5	4	4	5	4	x

F1 (reaktive Emotionalität)	20	16	18	23	25	x
F2 (Aktivität)	12	12	13	13	14	x
F3 (Selbststärke)	13	10	11	17	19	x



Literaturverzeichnis

Behrend, Bernd/Schaub, Annette (Hrsg.) (2005):

Handbuch Psychoedukation und Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis. Tübingen: DGVT.

Berking, Matthias/ Znoj, Hans-Jörg (2006):

Achtsamkeit und Emotionsregulation – When East Meets West. In: Psychotherapie im Dialog 2006, Heft 3, S. 1-6.

Bohus, Martin/ Wolf, Martina (2009):

Interaktives Skills-Training für Borderline-Patienten. Therapeuten Version. Stuttgart: Schattauer.

Boss, Medard (1999):

Grundriss der Medizin und Psychologie. Bern: Hans Huber.

Burlingame, Gary M./ Strauß, Bernhard (2010):

Behandlungseffekte: ambulante Gruppen. In: Tschuschke, Volker (Hrsg.): Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Stuttgart: Thieme, S. 126-131.

Ciampi, Luc/Dauwalder, Hans-Peter (Hrsg.) (1990):

Zeit und Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Aspekte. Bern: Hans Buber.

Flick, Uwe (2011):

Triangulation: eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Freyberger, Harald J./ Spitzer, Carsten (2010):

Gruppentherapie in der Psychiatrie. In: Tschuschke, Volker (Hrsg.): Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Stuttgart: Thieme, S. 178-182.

Heinzel, Roland/Enke, Helmut (2010):

Gruppenpsychotherapie. Grundlagen und Zugänge: Psychotherapie, Sozialpsychologie, Systemtheorie. In: Tschuschke, Volker (Hrsg.): Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Stuttgart: Thieme, S. 2-7.

Hillmann, Karl-Heinz (Hrsg.) (2007):

Wörterbuch der Soziologie. Stuttgart: Kröner.

Münzel, Karin (1993):

Depression und Erleben von Dauer. Zeitpsychologische Grundlagen und Ergebnisse klinischer Studien. In: Albert D./Pawlik K./Stapf K.-H/Stroebe W. (Hrsg.): Lehr- und Forschungstexte Psychologie. Heidelberg: Springer.

Pestalozzi, Johann H. (1938):

Meine Nachforschungen über den Gang der Natur in der Entwicklung des Menschengeschlechts. In: (Hrsg.) Buchenau, Artur/Spranger, Eduard/ Stettbacher, Hans: Pestalozzi: Sämtliche Werke. Bd. 12, Berlin: De Gruyter.

Rabovsky, Kristin/Stoppe, Gabriela (2006):

Die Rolle der Psychoedukation in der stationären Behandlung psychisch Kranker. Eine kritische Übersicht. In: Der Nervenarzt 2006, Heft 5, S. 538-548.

Schier, Michaela/Jurczyk Karin (2007):

„Familie als Herstellungsleistung“ in Zeiten der Entgrenzung. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 2007, Heft 34, S. 10-17.

Stavemann, Harlich H. (2001):

Im Gefühlsdschungel: Emotionale Krisen verstehen und bewältigen. Weinheim: Belz, PVU.

Strauß, Bernhard (2010):

Behandlungseffekte: stationäre Behandlung. In: Tschuschke, Volker (Hrsg.): Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Stuttgart: Thieme, S. 132-137.

Tschuschke, Volker (1996):

Der Stuttgarter Bogen (SB). In: Tschuschke, Volker (Hrsg.): Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung. Ein Handbuch. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 218-228.

Tschuschke, Volker (2003):

Kurzgruppenpsychotherapie. Theorie und Praxis. Wien: Springer.

Tschuschke, Volker (Hrsg.) (2010):

Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Stuttgart: Thieme.

Weber, Max (2010):

Wirtschaft und Gesellschaft. Frankfurt am Main: Zweitausendeins.

Zielke, Manfred (2010):

Technik der Leitung verhaltenstherapeutischer Gruppen. In: Tschuschke, Volker (Hrsg.): Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Stuttgart: Thieme, S. 74-80.

Eigenständigkeitserklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Thema

„Stationäre psychoedukative Gruppentherapie -
eine soziologische Evaluation in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosoma-
tik des Markus-Krankenhauses in Frankfurt/M.“

selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, habe ich in jedem einzelnen Fall durch die Angabe der Quelle, auch der benutzten Sekundärliteratur, als Entlehnung kenntlich gemacht.

Ort/Datum

Unterschrift