

Christoph Walther

## Schizophrenie als Lern- und Bildungsanlass





Christoph Walther

# **Schizophrenie als Lern- und Bildungsanlass**

Psychoedukation aus pädagogischer Sicht

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie-Verlag

DOI: 10.1486/9783884145203

## **Christoph Walther. Schizophrenie als Lern- und Bildungsanlass.**

Psychoedukation aus pädagogischer Sicht

Die vorliegende Arbeit wurde im Jahr 2010 von der Philosophischen Fakultät II der Julius-Maximilians-Universität Würzburg als Dissertationsschrift angenommen.

ISBN 978-3-88414-520-3

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage

© Psychiatrie-Verlag GmbH, Bonn 2011

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

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Fröndenberg

Satz: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Druck: DIP, Witten

Psychiatrie-Verlag im Internet: [www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de)

Zum Schutz von Umwelt und Ressourcen wurde für dieses Buch FSC-zertifiziertes Papier verwendet:



|   |           |
|---|-----------|
| Danksagung  | 10        |
| Zusammenfassung   | 11        |
| <b>1 Einleitung</b>   | <b>13</b> |
| Teil I: Grundlagen  |           |
| <b>2 Schizophrenie aus psychiatrischer Sicht</b>                    | <b>18</b> |
| 2.1 Geschichtlicher Abriss  | 18        |
| 2.2 Die Diagnose der Schizophrenie                                  | 19        |
| 2.3 Das Vulnerabilitätskonzept                                      | 21        |
| 2.4 Forschungsergebnisse und Diskussionsstand                       | 25        |
| 2.4.1 Krankheitseinsicht  | 26        |
| 2.4.2 Compliance  | 29        |
| 2.4.3 Subjektive Krankheitstheorie                                  | 31        |
| 2.4.4 Coping-Verhalten  | 34        |
| <b>3 Schizophrenie im Kontext von Lernen und Bildung</b>            | <b>37</b> |
| 3.1 Definition von Lernen und Bildung                               | 37        |
| 3.2 Schizophrenie als Lern- und Bildungsanlass                      | 39        |
| 3.2.1 Krankheit als Thema in der Erziehungswissenschaft             | 39        |
| 3.2.2 Impliziter und expliziter Lern- und Bildungsanlass            | 42        |
| 3.2.3 Forschungsergebnisse  | 45        |
| <b>4 Psychoedukation für schizophren erkrankte Menschen</b>         | <b>47</b> |
| 4.1 Was ist Psychoedukation?  | 47        |
| 4.2 Psychoedukation im historischen Kontext                         | 50        |
| 4.3 Ziele und Zielgruppen   | 56        |
| 4.4 Deutschsprachige psychoedukative Manuale bei Schizophrenie      | 61        |
| 4.4.1 Organisatorischer, inhaltlicher und methodischer Rahmen       | 61        |
| 4.4.2 Qualifikationsanforderungen an die Gruppenleitung             | 65        |
| 4.4.3 Die einzelnen Manuale   | 67        |
| 4.5 Forschungs- und Evaluationsergebnisse                           | 70        |
| 4.6 Psychoedukation – Gesundheitserziehung oder Gesundheitsbildung? | 72        |
| 4.7 Psychoedukation als Erwachsenenbildung                          | 77        |
| <b>5 Zusammenfassung</b>  | <b>79</b> |

## Teil II: Methodik und Theorie

|   |            |
|---|------------|
| <b>6 Kriterien zur Analyse des Lehr-, Lern- und Bildungsprozessverständnisses</b> | <b>82</b>  |
| 6.1 Begrifflichkeiten von Ingeborg Schüßler                                       | 82         |
| 6.2 Pädagogische Handlungssituationen nach Rolf Arnold                            | 84         |
| 6.3 Die Analysekriterien  | 86         |
| <b>7 Auswahl einer erziehungswissenschaftlichen Referenztheorie</b>               | <b>89</b>  |
| <b>8 Der pädagogische Konstruktivismus als Referenztheorie</b>                    | <b>93</b>  |
| 8.1 Kernaussagen des Konstruktivismus   | 93         |
| 8.1.1 Der Konstruktivismus und seine Ansätze                                      | 93         |
| 8.1.2 Der Mensch und seine Wahrnehmung  | 95         |
| 8.1.3 Einflussnahme auf menschliches Handeln                                      | 99         |
| 8.1.4 Konstruktivismuskritik  | 103        |
| 8.2 Lehr-, Lern- und Bildungsprozess in der Erwachsenenbildung                    | 106        |
| 8.2.1 Lern- und Bildungsprozesslogik  | 107        |
| 8.2.2 Vermittlungslogik   | 113        |
| 8.2.3 Aneignungslogik   | 119        |
| <b>9 Zusammenfassung</b>  | <b>123</b> |

## Teil III: Analyse, Ergebnisse, Auswertung und Diskussion

|   |            |
|---|------------|
| <b>10 Auswahl zweier Manual</b>                                       | <b>126</b> |
| <b>11 Analyse des psychoedukativen Manuals PEGASUS</b>                | <b>129</b> |
| 11.1 Manual im Überblick  | 129        |
| 11.1.1 Manualaufbau   | 129        |
| 11.1.2 Äußerer Rahmen   | 131        |
| 11.1.3 Inhaltliche Gestaltung   | 134        |
| 11.1.4 Evaluations- und Forschungsergebnisse                          | 136        |
| 11.2 Verwendung des Lern- und Bildungsbegriffs                        | 139        |
| 11.3 Lern- und Bildungsprozesslogik                                   | 140        |
| 11.3.1 Allgemeine Lern- und Bildungsprozesslogik                      | 140        |
| 11.3.2 Was ermöglicht die Veränderung durch Lernen und Bildung?       | 145        |
| 11.3.3 Rollen- und Kompetenzverteilung                                | 146        |
| 11.3.4 Erklärungsmuster differenter Sicht- und Verhaltensweisen       | 148        |
| 11.4 Vermittlungslogik  | 150        |
| 11.4.1 Allgemeine Vermittlungslogik                                   | 150        |
| 11.4.2 Lern- und Bildungsanlass sowie Identifikation der Lernaufgaben | 157        |
| 11.4.3 Zentrale Lern- und Bildungsziele                               | 159        |

|           |  |            |
|-----------|--|------------|
| 11.4.4    | Legitimierung des Lern- und Bildungsgeschehens                 | 163        |
| 11.4.5    | Lern- und Bildungserfolg                                       | 165        |
| 11.5      | Aneignungslogik  | 167        |
| 11.5.1    | Allgemeine Aneignungslogik                                     | 167        |
| 11.5.2    | Kriterien gelungener Aneignung                                 | 169        |
| <b>12</b> | <b>Analyse des psychoedukativen Manuals APES</b>               | <b>171</b> |
| 12.1      | Manual im Überblick  | 171        |
| 12.1.1    | Manualaufbau   | 171        |
| 12.1.2    | Äußerer Rahmen des Basismoduls                                 | 174        |
| 12.1.3    | Inhaltliche Gestaltung des Basismoduls                         | 177        |
| 12.1.4    | Evaluations- und Forschungsergebnisse                          | 178        |
| 12.2      | Verwendung des Lern- und Bildungsbegriffs                      | 182        |
| 12.3      | Lern- und Bildungsprozesslogik                                 | 184        |
| 12.3.1    | Allgemeine Lern- und Bildungsprozesslogik                      | 184        |
| 12.3.2    | Was ermöglicht die Veränderung durch Lernen und Bildung?       | 189        |
| 12.3.3    | Rollen- und Kompetenzverteilung                                | 190        |
| 12.3.4    | Erklärungsmuster differenter Sicht- und Verhaltensweisen       | 192        |
| 12.4      | Vermittlungslogik  | 194        |
| 12.4.1    | Allgemeine Vermittlungslogik                                   | 195        |
| 12.4.2    | Lern- und Bildungsanlass sowie Identifikation der Lernaufgaben | 200        |
| 12.4.3    | Zentrale Lern- und Bildungsziele                               | 204        |
| 12.4.4    | Legitimierung des Lern- und Bildungsgeschehens                 | 209        |
| 12.4.5    | Lern- und Bildungserfolg                                       | 213        |
| 12.5      | Aneignungslogik  | 215        |
| 12.5.1    | Allgemeine Aneignungslogik                                     | 215        |
| 12.5.2    | Kriterien gelungener Aneignung                                 | 219        |
| <b>13</b> | <b>Analyseergebnisse im Überblick</b>                          | <b>221</b> |
| <b>14</b> | <b>Auswertung und Diskussion der Ergebnisse</b>                | <b>223</b> |
| 14.1      | Lern- und Bildungsprozesslogik                                 | 223        |
| 14.1.1    | Allgemeine Lern- und Bildungsprozesslogik                      | 224        |
| 14.1.2    | Was ermöglicht die Veränderung durch Lernen und Bildung?       | 229        |
| 14.1.3    | Rollen- und Kompetenzverteilung                                | 231        |
| 14.1.4    | Erklärungsmuster differenter Sicht- und Verhaltensweisen       | 233        |
| 14.2      | Vermittlungslogik  | 238        |
| 14.2.1    | Allgemeine Vermittlungslogik                                   | 238        |
| 14.2.2    | Lern- und Bildungsanlass sowie Identifikation der Lernaufgaben | 245        |
| 14.2.3    | Zentrale Lern- und Bildungsziele                               | 249        |
| 14.2.4    | Legitimierung des Lern- und Bildungsgeschehens                 | 256        |
| 14.2.5    | Lern- und Bildungserfolg                                       | 264        |

|   |     |
|---|-----|
| 14.3 Aneignungslogik  | 265 |
| 14.3.1 Allgemeine Aneignungslogik   | 265 |
| 14.3.2 Kriterien gelungener Aneignung   | 269 |
| 14.4 Gesamteinschätzung   | 271 |
| Teil IV: Zusammenfassung und Schlussfolgerungen                                   |     |
| 15 Fünfzehn Essentials  | 276 |
| Anhang  |     |
| A Literaturverzeichnis  | 286 |
| B Überblick über die derzeitigen deutschsprachigen<br>Manuale der Psychoedukation | 299 |
| Der Autor   | 307 |

»Gelernt wird nicht, was einem ›gesagt‹ wird,  
sondern was als relevant, bedeutsam, integrierbar erlebt wird.  
Es ist im Normalfall für Lehrende wichtig zu wissen,  
wie die Teilnehmer lernen ...«  
*(Horst Siebert)*

# Danksagung

Zum Gelingen einer Doktorarbeit bedarf es nicht nur der notwendigen inhaltlichen Auseinandersetzung mit einer Fragestellung, sondern auch einer Vielzahl von Anregungen, Hinweisen und motivationaler Unterstützung von anderen Personen. Dies alles wurde mir in vielfacher Hinsicht zuteil.

Vor allem bin ich meinem Betreuer Herrn Prof. Dr. Hans-Joachim Petsch sehr dankbar, der in einer stets wohlwollenden Art und Weise mich während der gesamten Bearbeitungszeit der Dissertation gefördert und gefordert hat und mir manch hilfreichen Rat und klare Orientierung gab. Auch meinem Zweitgutachter Herrn Prof. Dr. Roland Stein gilt mein Dank. Sein genaues Nachfragen hat mir zu inhaltlicher Präzision verholfen.

Ich danke meinem akademischen Lehrer Herrn Prof. (emerit.) Dr. Ernst Engelke von der Fachhochschule Würzburg-Schweinfurt, der mir die Liebe, Sorgfalt und Ausdauer zu wissenschaftlichem Arbeiten nahegebracht hat.

Das Interesse und die moralische Unterstützung von Kollegen und Freunden waren mir sehr hilfreich bei der Fertigstellung dieser Arbeit: Ich bedanke mich bei Frau Prof. Dr. Doris Rosenkranz und Herrn Prof. Dr. Ulrich Bartmann, beide von der Fachhochschule Würzburg-Schweinfurt, bei Frau Dr. Ilona Biendarra und Frau Dipl.-Päd. Sabine Doppel, beide von der Universität Würzburg, bei meinen Berufskolleginnen und -kollegen, Herrn Dr. Michael Leupold M. A., Frau Dipl.-Soz.päd. (FH) Ute Winter, Frau Dipl.-Soz.päd. (FH) Anja Rapp, Frau Dipl.-Soz.päd. (FH) Sonja Rauh und Herrn Dipl.-Soz.päd. (FH) Klaus Miller. Herrn Dipl.-Psych. Ulrich Kamm danke ich sehr für seine Bereitschaft zu inhaltlichen Rückmeldungen und für die motivationale Hilfestellungen, Herrn Dipl.-Math. Martin Sichelstiel für die Datensicherung und Gestaltungsvorschläge. Frau Dipl.-Ing. Bettina Jungkunz M. A. bin ich äußerst dankbar, weil sie mit der nötigen kritischen Distanz und mit Humor mir zahlreiche Hilfestellungen bei der Textredigierung und Formatierung gegeben hat.

Mein Dank gilt ebenso allen Klientinnen und Klienten an meinen sozialpsychiatrischen Arbeitsstellen. Sie werden in dieser Arbeit nirgendwo namentlich genannt, doch haben sie einen sehr großen Anteil an dieser Arbeit: Sie lehrten mich immer wieder, dass mein Fachwissen nur dann hilfreich ist, wenn ich mich damit auf ihr vorhandenes Erfahrungswissen beziehe.

Nicht zuletzt danke ich auch meiner Frau und meiner Tochter für ihre weitreichende Unterstützung. Diese Arbeit hat ihnen manchen Verzicht im Alltag zugemutet und abverlangt.

*Christoph Walther*

# Zusammenfassung

Standardisierte Patienteninformation (Psychoedukation) ist mittlerweile auch in der Therapie bei schizophren erkrankten Menschen eine gängige Verfahrensweise, die Betroffenen über ihre Erkrankung aufzuklären und im Umgang mit ihr zu schulen. Die vorliegende Arbeit kritisiert, dass offensichtlich Schizophrenie zwar als Lehr-, Lern- und Bildungsanlass gesehen wird, dies aber in der Psychoedukation weder konzeptionell weitergehend reflektiert wird noch sich praxeologisch niederschlägt. Der durch Psychoedukation initiierte Lern- und Bildungsprozess hat beim derzeitigen Diskussionsstand keine nennenswerte Relevanz. Bei den Inhalten, der Gestaltung und Durchführung der Psychoedukation dominiert eine klinisch-pathogene Sichtweise und keinesfalls ein Lern- und Bildungsaspekt.

Würde der Lehr-, Lern- und Bildungsprozess aber systematisch erfasst und ihm eine zentrale Stellung in der Psychoedukation eingeräumt, könnten daraus essenzielle Anregungen und Impulse für eine theoretische und praktische Weiterentwicklung und Verbesserung der Psychoedukation abgeleitet werden. Diese These zugrunde legend wird deshalb mit der vorliegenden Arbeit

- erstmalig Psychoedukation für schizophren erkrankte Menschen bewusst in den Kontext von Erziehungswissenschaft und Erwachsenenbildung gestellt und
- erstmalig der in der Psychoedukation initiierte Lehr-, Lern- und Bildungsprozess erziehungswissenschaftlich explizit erfasst, systematisch analysiert, ausgewertet und diskutiert.

Um den erziehungswissenschaftlichen Kontext herzustellen, wird als Referenztheorie aus der Erwachsenenbildung der pädagogische Konstruktivismus herangezogen. Es werden Analyse Kriterien entwickelt, anhand derer das Verständnis dieser Theorie für den Lehr-, Lern- und Bildungsprozess dargelegt wird. Die gleichen Analyse Kriterien dienen dazu, exemplarisch an zwei Manualen der Psychoedukation für schizophren erkrankte Menschen das jeweils dort zugrunde liegende – implizite – Verständnis des Lehr-, Lern- und Bildungsprozesses herauszuarbeiten und zu analysieren. Die Ergebnisse werden auf dem erziehungswissenschaftlichen Hintergrund des pädagogischen Konstruktivismus ausgewertet und kritisch diskutiert, um daraus wesentliche Konsequenzen für das theoretische Verständnis und die praktische Anwendung der Psychoedukation ziehen zu können. Daraus leiten sich Orientierungsrichtlinien für eine notwendig erachtete Weiterentwicklung und Verbesserung von Psychoedukation ab. Die gewonnenen Erkenntnisse werden in fünfzehn Essentials zusammengefasst.

Diese Arbeit ist ein Beitrag dazu, das übliche Verständnis und die gängige Praxis der Psychoedukation um den Lern- und Bildungsgedanken zu erweitern und damit bei einer konzeptionellen und anwendungsbezogenen Weiterentwicklung der Psychoedukation ein pädagogisches Gegengewicht zur traditionellen klinisch-pathogenen Ausrichtung zu etablieren. Mit der vorliegenden Arbeit wird im Interesse der schizophran erkrankten Menschen bewusst der Diskurs zwischen Pädagogik und Psychiatrie gesucht und für eine zukünftige interdisziplinäre Herangehensweise an Psychoedukation plädiert.

## Vorbemerkungen

Bezogen auf die weibliche und männliche Form werde ich aus Gründen der leichteren Lesbarkeit auf die Verwendung von Doppelformen oder den Zusatz »Innen« verzichten und stattdessen bei konkreten Personen das natürliche Geschlecht wiedergeben (z. B. die Autorin), bei allgemeinen Schilderungen dagegen die männliche Form (z. B. der Betroffene bewältigt seine Krankheit ...) benutzen, gemeint sind dann aber immer beide Geschlechter. In Zitaten wird natürlich die Weise wiedergegeben, die der Autor benutzt (z. B. »TherapeutInnen«). Für diese Vorgehensweise habe ich mich entschieden, auch wenn mir durchaus bewusst ist, dass die Bezeichnung weiblicher und männlicher Personen durch die jeweils maskuline Form die gebotene und von mir auch unterstützte Gleichstellung von Mann und Frau sprachlich nicht angemessen zum Ausdruck bringt.

Das Zeichen »[...]« zeigt in Zitaten an, dass ich eine Auslassung vorgenommen habe. Mögliche Zusätze in Zitaten werden an Ort und Stelle kenntlich gemacht.

# 1 Einleitung

Den Begriff der Schizophrenie im direkten Zusammenhang mit den Begriffen Lernen und Bildung zu verwenden, ist ungewöhnlich – irritiert und befremdet vielleicht sogar zunächst. Gibt es zwischen ihnen überhaupt eine Verknüpfung und falls es so wäre, worin besteht sie und welche Relevanz hat sie?

Die Erwachsenenbildung hat – von ihr selbst nahezu unbemerkt – Zuwachs bekommen in Form einer neuen Art von Lern- und Bildungsveranstaltung: der Psychoedukation. Unter Psychoedukation werden systematische und standardisierte didaktische Interventionen verstanden, um Patienten und ihre Angehörigen über eine Krankheit und ihre Behandlung aufzuklären und damit den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit und deren Bewältigung zu fördern. Psychoedukation wird bei vielen organischen Krankheiten (z. B. Diabetes, Rheuma, Osteoporose), bei psychosomatischen Störungen (z. B. Asthma), aber auch bei psychischen Erkrankungen (z. B. Depression, Schizophrenie) eingesetzt.

Um eine thematische Übersichtlichkeit und inhaltliche Konsistenz in der vorliegenden Arbeit zu gewährleisten, werde ich mich ausschließlich mit der Psychoedukation für schizophren erkrankte Menschen befassen. Die Überlegung, wieweit die dabei gewonnenen Erkenntnisse auch auf Psychoedukation bei anderen Erkrankungen übertragen werden können, stellt eine interessante Frage dar, der ich aber nicht weiter nachgehe, da sie den Rahmen der Arbeit sprengen würde.

Seit mittlerweile gut 20 Jahren gibt es sehr ausgefeilte Psychoedukationsmanuale, mit denen schizophren erkrankten Menschen ein dem heutigen wissenschaftlichen Verständnis von Schizophrenie angemessener Umgang mit der Krankheit nahegebracht werden soll. Damit wird Schizophrenie offensichtlich zwar als ein Lehr-, Lern- und Bildungsanlass gesehen. Doch dies bleibt implizit, da es in der Psychoedukation weder konzeptionell weitergehend reflektiert wird noch sich in den Manualen praxeologisch niederschlägt. Die entsprechenden Curricula und Manuale sind aus der psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxis heraus von Klinikern – meist Ärzten und Psychologen – unter medizinischen und psychologischen Aspekten entwickelt worden. Der durch die Anwendung der Manuale initiierte Lern- und Bildungsprozess hat innerhalb des derzeitigen Fachdiskurses über Konzeption und Anwendung von Psychoedukation keine nennenswerte Relevanz. Inhalte, Gestaltung und Durchführung der Psychoedukation werden von klinisch notwendig erachteten Sachverhalten dominiert. Das pädagogische

Geschehen im Sinne eines Lern- und Bildungsprozesses spielt bislang nur eine sehr randständige Rolle.

Schizophrenie explizit als Lehr-, Lern- und Bildungsanlass aufzufassen, könnte als Verharmlosung oder gar Idealisierung der Krankheit aufgefasst werden. Das wäre ein Missverständnis! An Schizophrenie zu erkranken, ist ein extrem belastendes, in das Leben eingreifendes und viele Daseinsvollzüge veränderndes Lebensereignis. Durch die gezielte Integration des Lern- und Bildungsgedankens soll vielmehr in einem konstruktivistischen Sinne ein Perspektivenwechsel vollzogen werden: von der klinisch-pathogenen zur pädagogischen Sicht, mit der Absicht die durch die Psychoedukation initiierten Lehr-, Lern- und Bildungsprozesse besser zu erfassen, zu verstehen und dann gezielt zu nutzen.

Da es in der Psychoedukation vorrangig um Wissens- und Informationsvermittlung an Erwachsene, um Lernen, Lernziele und deren Legitimation und didaktische Fragen geht, liegt es nahe, Erkenntnisse und Konzepte der Erziehungswissenschaft, vor allem der Erwachsenenbildung, heranzuziehen. Die Erziehungswissenschaft stellt unter diesem Blickwinkel eine wichtige wissenschaftliche Bezugsdisziplin für das Fachgebiet der Psychiatrie dar – zumindest wenn es um konzeptionelle Überlegungen und inhaltliche Gestaltung von Psychoedukation geht.

Die These, die den Ausgangspunkt der Arbeit bildet, ist demnach folgende:

*Würde der Lehr-, Lern- und Bildungsprozess systematisch erfasst und ihm eine zentrale Stellung in der Psychoedukation für schizophren erkrankte Menschen eingeräumt, könnten daraus essenzielle Anregungen und Impulse für eine theoretische und praktische Weiterentwicklung und Verbesserung der Psychoedukation abgeleitet werden.*

Aus der These ergibt sich die Leitfrage, die gleichzeitig eines von drei Hauptanliegen der Arbeit beschreibt. Die Frage lässt sich folgendermaßen formulieren: Kann mit einer erziehungswissenschaftlichen Perspektive und Analyse von Psychoedukation ein Beitrag zu deren konzeptioneller und anwendungsbezogener Weiterentwicklung geleistet werden?

Aus erziehungswissenschaftlicher Perspektive ist meinen Recherchen zufolge Psychoedukation bisher noch nicht systematisch untersucht worden. Um oben genannte Fragestellung bearbeiten zu können, werden mit dieser Arbeit zwei weitere Hauptanliegen verfolgt, nämlich

- erstmalig Psychoedukation bewusst in den Kontext von Erziehungswissenschaft und Erwachsenenbildung zu stellen und
- erstmalig den in der Psychoedukation initiierte Lehr-, Lern- und Bildungsprozess erziehungswissenschaftlich explizit zu erfassen, systematisch zu analysieren, auszuwerten und zu diskutieren.

Die Arbeit ist so aufgebaut, dass in Teil I die Grundlagen für das weitere Vorgehen gelegt werden. Schizophrenie, Lernen, Bildung und Psychoedukation werden definiert und beschrieben.

Teil II stellt eine für die Leitfrage angemessene Referenztheorie aus der Erwachsenenbildung vor: den pädagogischen Konstruktivismus. Anhand eigens entwickelter Analyse Kriterien wird das Verständnis dieser Theorie für den Lehr-, Lern- und Bildungsprozess dargelegt.

In Teil III dienen dieselben Analyse Kriterien dazu, das bislang implizite Verständnis des Lehr-, Lern- und Bildungsprozesses in der Psychoedukation herauszuarbeiten und die Ergebnisse auf dem erziehungswissenschaftlichen Hintergrund des pädagogischen Konstruktivismus auszuwerten und kritisch zu diskutieren. Das geschieht am Beispiel zweier ausgewählter Manuale, nämlich PEGASUS (WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005) und APES (BÄUML et al. 2005).

Teil IV fasst die Resultate der Auswertung und Diskussion zusammen und zeigt wesentliche Schlussfolgerungen für das theoretische Verständnis und die praktische Anwendung der Psychoedukation auf. Dieses Fazit setzt Orientierungsrichtlinien für eine notwendig erachtete Weiterentwicklung und Verbesserung von Psychoedukation.



## Teil I

### Grundlagen

In einem ersten Schritt sollen die für das weitere Vorgehen zentralen Begriffe geklärt werden. Dazu gehört das Verständnis von Schizophrenie aus heutiger psychiatrischer Sicht (Kapitel 2). Weiter müssen die pädagogischen Begriffe »Lernen« und »Bildung« definiert und deren Bezug zur Situation des schizophren erkrankten Menschen hergestellt werden (Kapitel 3). Notwendig ist ferner, ein Überblick über Psychoedukation für schizophren erkrankte Menschen zu geben, der auch der Frage nachgeht, ob Psychoedukation eher als Gesundheitserziehung, -bildung oder Erwachsenenbildung aufzufassen ist (Kapitel 4).

## 2 Schizophrenie aus psychiatrischer Sicht

Das Kapitel versucht einen Bogen von historischen Sichtweisen der Schizophrenie (Kapitel 2.1) zum heutigen Krankheitsverständnis nach ICD (Kapitel 2.2) mit dem dahinterstehenden Vulnerabilitätskonzept (Kapitel 2.3) zu spannen. Wesentliche Forschungsergebnisse (Kapitel 2.4) konkretisieren die gegenwärtige Sicht von Schizophrenie.

### 2.1 Geschichtlicher Abriss

Im Laufe der Psychiatriegeschichte gab es sehr unterschiedliche Vorstellungen über die Krankheit, die wir heute als »Schizophrenie« bezeichnen (vgl. BÖKER 1991, S. 189–191). Ende des 18. Jahrhunderts galt die Erkrankung als Ausdruck verwirrten Geistes, sündiger Triebe, verstörter Unvernunft oder böswilliger Aufsässigkeit. Die Betroffenen lebten in Zucht-, Irren- und Tollhäusern. Ende des 19. Jahrhunderts galten psychotische Symptome als Ausdruck bisher noch nicht lokalisierbarer Fehlfunktionen im Gehirn. Der Kranke wurde – oft jahrelang – in der Heil- und Pflegeanstalt untergebracht, verwahrt und von der Gesellschaft isoliert. Emil Kraepelin (1856–1926) führte die Bezeichnung »Dementia praecox« ein, der die Vorstellung eines vererbten, eigenen inneren Gesetzen (endogen) gehorchenden, fortschreitenden Verlauf des allmählichen Persönlichkeitszerfalls bis zur vorzeitigen Verblödung, dem der Betroffene schicksalhaft ausgeliefert ist, zugrunde lag. Diese Ansicht prägte lange Zeit – und noch bis heute – das Verständnis von Schizophrenie in entscheidender Weise. Der kranke Mensch wurde in der Regel in einer Anstalt verwahrt, die später als »totale Institution« beschrieben, analysiert und kritisiert werden sollte (vgl. z. B. Goffman). Eugen Bleuler (1857–1939) verwendete 1911 erstmals den Begriff der »Schizophrenien«. Der Plural wird bis heute oft verwendet, um der Vielfältigkeit der Erscheinungsformen gerecht werden zu können. Im Dritten Reich wurden Tausende psychisch kranker Menschen als »Träger minderwertigen Erbguts«, als »unnütze Esser« oder als »chronisches Material« ermordet. Nach dem 2. Weltkrieg kamen in den 1950er-Jahren die Neuroleptika

auf den Markt, mit denen sich erstmals eine Möglichkeit symptomorientierter Behandlung der Schizophrenie bot.

Im Kontext der gesellschaftspolitischen Emanzipationsbestrebungen der 1960er-Jahre wurde die herrschende Anstaltspsychiatrie infrage gestellt. Der erkrankte Mensch sollte aus der Entmündigung und Bevormundung befreit werden und wieder Bürger- und Menschenrechte erhalten. Entsprechend wurde auch auf der theoretischen Ebene das traditionelle Konzept der Schizophrenie im Sinne Kraepelins von einem komplexen systemischen Ansatz abgelöst, in dem verschiedene biologische, psychologische und soziale Variablen miteinander dynamisch in Wechselwirkung und Rückkoppelung stehen (Vulnerabilitätskonzept). Pate standen hier systemisch-ökologische Ansätze aus der Biologie (vgl. WIENBERG<sup>3</sup>2003 b), deren Darstellung aber den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

## 2.2 Die Diagnose der Schizophrenie

Wenn heute in Europa die Diagnose Schizophrenie gestellt wird, wird auf das Diagnose-Glossar ICD (International Classification of Mental and Behavioural Disorders) in seiner 10. Auflage Bezug genommen. Die deutsche Übersetzung der bereits 1992 erstmals erschienen Leitlinien legten DILLING, MOMBOUR und SCHMIDT (1992, zzt. in der 5. Auflage 2005) vor. Darin ist eine acht Symptomgruppen umfassende Liste enthalten.

Schizophrenie beschreibt im Zentrum eine grundlegende Störung des Denkens und Wahrnehmens mit folgenden charakteristischen Symptomgruppen nach ICD-10:

- »1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
2. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahrnehmungen.
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen.
4. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer (bizarrer) Wahn, wie der, eine religiöse oder politische Person zu sein, übermenschliche Kräfte und Fähigkeiten zu besitzen (z.B. das Wetter kontrollieren zu können oder im Kontakt mit Außerirdischen zu sein).
5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet entweder von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen, täglich über Wochen und Monate auftretend.

6. Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt.

7. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien oder wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus und Stupor.

8. »Negative« Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zumeist mit sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit. Diese Symptome dürfen nicht durch eine Depression oder eine neuroleptische Medikation verursacht sein.« (DILLING et al.<sup>5</sup>2005, S. 104 f.)

Damit die Diagnose Schizophrenie gestellt werden kann, muss von den Symptomgruppen 1 bis 4 mindestens ein Symptom eindeutig vorliegen (bei geringerer Deutlichkeit müssen es zwei oder mehr sein), oder es müssen mindestens zwei Symptome der Gruppen 5 bis 8 feststellbar sein.

Die Diagnostik unterscheidet Unterformen, bei denen die oben genannten allgemeinen Kriterien erfüllt sein müssen, die sich aber danach differenzieren, welche Symptomgruppe im Vordergrund (im Folgenden in Klammern aufgeführt) steht. Wesentliche Unterformen sind: »Paranoide Schizophrenie« (Halluzinationen und/oder Wahngeschehen), »Hebephrene Schizophrenie« (affektive Störungen), »Katatone Schizophrenie« (psychomotorische Störungen), »Undifferenzierte Schizophrenie« (Restkategorie), »Schizophrenes Residuum« (chronisches Stadium) und »Schizoaffektive Störung« (sowohl eindeutig manische und/oder depressive als auch eindeutig schizophrene Symptome gleichzeitig) (vgl. ebd., S. 106–111 und S. 123–126).

In der Praxis ist es üblich, bei den Symptomen einer Schizophrenie zwischen Plus- und Minussymptomatik zu unterscheiden (vgl. WIENBERG <sup>3</sup>2003 b, S. 23–27; BÄUML <sup>2</sup>2008, S. 13–20). Zur *Plussymptomatik* zählen Symptome, die im nicht-kranken Zustand nicht auftreten, also im kranken Zustand noch dazukommen, wie z. B. Denkstörungen, Erregung und Anspannung, Wahnerleben, Wahnstimmung, Halluzinationen, Ich-Störungen sowie Fremdbeeinflussungserlebnisse (vgl. BÄUML <sup>2</sup>2008, S. 13). Die *Minussymptomatik* ist durch Beeinträchtigungen bestimmt, die einen Mangel psychischer Funktionen beschreiben, der in gesunden Phasen so nicht gegeben ist. Typische Symptomen sind Verarmung des Gefühlslebens, innere Leere, Niedergeschlagenheit und Depression, Mut- und Hoffnungslosigkeit, Minderwertigkeitsgefühle, Antriebslosigkeit, Interesse- und Initiativverlust, fehlende Spontaneität, soziales Rückzugverhalten und Kontaktverarmung (vgl. ebd., S. 17; WIENBERG <sup>3</sup>2003 b, S. 24).

Statt Schizophrenie werden auch noch andere Begriffe synonym verwendet, wie z. B. »endogene Psychose« (vgl. HUBER <sup>7</sup>2005, S. 153–156), »schizophrene Psychose« oder »Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis« (vgl. BÄUML <sup>2</sup>2008).

Heute geht man von einer Prävalenz der Erkrankung an Schizophrenie von ca. 0,3 % bis 1,5 % der Bevölkerung aus. Die Wahrscheinlichkeit, zumindest einmal

im Leben an einer schizophrenen Psychose zu erkranken (Life-Time-Risiko), liegt bei ca. 1 % (vgl. HUBER 2005, S. 257; SASS et al. 2003, S. 354). Das Ersterkrankungsalter der Schizophrenie liegt typischerweise nach dem 15. und vor dem 30. Lebensjahr (vgl. HUBER 2005, S. 257). Die Verteilung zwischen Männern und Frauen ist gleich häufig (vgl. SCHWARZER & LUSZCZYNSKA 2005, S. 594). Transkulturelle epidemiologische Studien der WHO zeigen, dass bei enger Definition der Schizophrenie diese Erkrankung bei Menschen aller Kulturen auftritt, sogar regelmäßiger als jede andere Krankheit. Zudem sind keine interkulturellen Unterschiede bei der Ersterkrankungsrate festzustellen (vgl. HÄFNER 1989 oder ZAUMSEIL 1997, S. 155). Aufgrund zahlreicher Verlaufsstudien wird davon ausgegangen, dass bei bis zu 20 % der erkrankten Menschen mit Heilung, bei 40–60 % mit Rezidiven und bei bis zu 30 % mit chronischen Zuständen bzw. dauernder psychischer Behinderung zu rechnen ist (vgl. BÄUML 2008, S. 8). Die Varianzbreite der Krankheitsverläufe wird mit ihrer Beeinflussbarkeit durch vielfältige psychosoziale Faktoren erklärt, die in Untersuchungen immer wieder dokumentiert (vgl. z. B. Übersicht bei SCHAUB 1993, S. 53 f.) werden konnten.

## 2.3 Das Vulnerabilitätskonzept

In der Psychiatriegeschichte lassen sich die unterschiedlichsten Theoriekonzepte zur Ätiologie und zum Verständnis von Schizophrenie nachweisen, von organischen Modellen (Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten), neurobiologischen (Störung des Transmitterhaushaltes), genetischen (Vererbung), psychoanalytischen (z. B. das Konzept der schizophrenogenen Mutter nach Fromm-Reichmann), psychologischen (z. B. critical life events), soziologischen (z. B. Labeling-Theorie) bis zu kommunikationstheoretischen Modellen (z. B. Double-Bind-Theorie von Bateson).

All diese Ansätze sind in der Regel monokausal ausgerichtet und vertreten mehr oder weniger einen Ausschließlichkeitsanspruch. So stehen sie zum Teil unvereinbar nebeneinander oder gar gegeneinander. Keine Theorie setzte sich letztlich alleine durch, da wohl keine die zu beschreibende Komplexität der Fragestellungen in sich schlüssig zu beantworten vermochte. Weder konnte bis heute ein organisches Substrat der Schizophrenie gefunden werden noch konnten pathologische Hirnstrukturen isoliert werden, die den schizophrenen Symptomen zuzuordnen sind. Auch ein Genort für Schizophrenie ließ sich nicht finden. Der Zwillingsforschung fehlt eine 100 % Konkordanz bei eineiigen Zwillingen. Und die antipsychiatrische Idee, die Gesellschaft für verrückt zu erklären und den einzelnen Kranken für gesund zu halten, führte nicht wirklich weiter (vgl. STARK 2005, S. 28 f.).

Gleichwohl wirkt das Gedankengut aller dieser Theorien nach, sodass man daraus schließen kann, dass offensichtlich alle Modelle einen Teilaspekt des Krankheitsgeschehens erfasst haben. Das menschliche Gehirn ist wohl tatsächlich am Krankheitsprozess beteiligt, eine genetische Belastung scheint gesichert, ebenso der deutliche Einfluss psychosozialer Faktoren. Und manches psychotische Verhalten lässt sich durchaus auch als einen – an sich gesunden – Bewältigungsimpuls in einer krank machenden Umwelt verstehen. Auch wenn eine pauschale Verdächtigung einer schizophrogenen Mutter nicht zu halten ist, so gibt es sehr wohl belastende, pathogene Familienstrukturen, wie in der Literatur der Familientherapie oft eindrücklich berichtet wird.

Das heute weltweit akzeptierte Vulnerabilitätskonzept integriert zum großen Teil die verschiedenartigen Einzelbefunde monokausaler Konzepte. Es geht von einer multifaktoriellen Ätiologie und Erklärung aus und versucht, verschiedene Einflussvariablen in einer Gesamtschau zu verbinden und deren Interaktion aufzuzeigen. Die allgemeine Akzeptanz zeigt sich darin, dass in der heutigen Forschung und in der theoretischen Fundierung fast ausschließlich auf dieses Konzept Bezug genommen wird (z. B. KLINGBERG 1993; SCHAUB 1993; RAUH 1996; LAUBENSTEIN 1996; STEFFENS 2004; GUTKNECHT 2004). Für meine Arbeit ist dieses Konzept deshalb wesentlich, da es zum einen die Voraussetzung zur Entwicklung der Psychoedukation war und zum anderen deren zentralen Lerninhalt darstellt. WIENBERG et al. (<sup>5</sup>2005) bezeichnen das Vulnerabilitätskonzept als »Meta-Theorie von hohem integrativen Potenzial« (S. 10), weil es alte und neue Ergebnisse der Schizophrenie-Forschung in einem übergeordneten Modell zusammenführt (vgl. ebd.). Psychiatriegeschichtlich markiert das Vulnerabilitätskonzept einen Paradigmawechsel: Monokausale Vorstellungen über Schizophrenie und Kraepelins Gedanke der Unbeeinflussbarkeit und Endogenität werden abgelöst von einem multifaktoriellen Verständnis, das auch die Möglichkeit der Einflussnahme durch den Betroffenen auf die Faktoren einschließt.

Das, was in dieser Arbeit als Vulnerabilitätskonzept bezeichnet wird, sind im Grunde mehrere Modelle, die sich zunehmend ausdifferenziert haben. Ursprünglich wurde das Konzept bereits von Zubin und Spring in den 1960er-Jahren in den USA entwickelt, aber erst 1977 veröffentlicht. Nuechterlein und Dawson haben es 1984 dann zum »Vulnerabilitäts-Stress-Modell« ausgearbeitet und Liberman entwickelte es mit Mitarbeitern 1986 weiter zum »Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Kompetenz-Modell«. Auch das zum Teil in der Psychoedukation verwendete Drei-Phasen-Modell von CIOMPI (<sup>5</sup>1998, vgl. S. 324–334) baut auf dem Vulnerabilitätskonzept auf. Damit arbeitete Ciompi vor allem den Ablauf der Dekompensation und die langfristigen Verlaufsformen der Schizophrenie heraus. In meiner Arbeit werde ich lediglich überblicksartig die entscheidenden Variablen des Vulnerabilitätskonzepts darstellen können.

Das Modell geht von einer multifaktoriellen Erklärung mit genetischen, biologischen, neurophysiologischen, psychologischen und sozialen Variablen und deren dynamische Interaktion auf systemtheoretischer Grundlage aus. Der Begriff der Vulnerabilität hat dabei eine zentrale Bedeutung. Darunter wird eine psychophysiologische Übererregbarkeit, kombiniert mit einer reduzierten Informationsverarbeitungskapazität, verstanden, die sich aus einer Wechselwirkung angeborener und erworbener biologischer Bedingungen sowie psychosozialer Einflüsse entwickelte (vgl. WIENBERG <sup>3</sup>2003 b, S. 33 f.). Im Deutschen wird Vulnerabilität mit »Verletzlichkeit« übersetzt oder oft als Fremdwort unübersetzt übernommen. Vulnerabilität wird als ein überdauerndes, relativ stabiles und unter Umständen lebenslanges Merkmal verstanden, das die Grundlage der schizophrenen Störung darstellt, aber nicht mit ihr gleichzusetzen ist. WIENBERG et al. (<sup>5</sup>2005) bringen es auf den Punkt: »Betroffene sind nicht andauernd krank, sondern andauernd mehr oder weniger vermindert belastbar und zeitweise akut krank.« (S. 44)

Um an Schizophrenie akut (akute Episode) zu erkranken, müssen zu der Vulnerabilität, die schon lange vor einer Ersterkrankung gegeben sein kann, auslösende Belastungs- und Stressfaktoren hinzukommen. Als Belastungsfaktoren kommen chronischer Stress (z. B. emotionale Probleme mit Bezugspersonen, chronische Überlastung), akuter Stress (z. B. Umzug, Neubeginn, Prüfung, Verlusterleben, Häufung von Alltagsproblemen und Life-Events, Schwellensituationen im Leben) und mangelnde Möglichkeiten oder Fähigkeiten der Stressbewältigung infrage. Diese situativen Belastungen haben auslösende Funktion und sind die vermittelnden Variablen zwischen Vulnerabilitätsmerkmalen und offensichtlichen Krankheitssymptomen. Das soziale Netz und personale Ressourcen sind dabei wesentliche Einflussgrößen, die im günstigsten Fall eine sich anbahnende Krankheitsphase noch verhindern oder aber – im ungünstigsten Fall – auch auslösen oder gar verstärken können.

Vulnerabilität und Stressoren interagieren additiv: Aufgrund der Verletzlichkeit werden Belastungen nicht so gut bewältigt, diese wiederum lassen eine bereits bestehende Vulnerabilität noch stärker ins Gewicht fallen. Das Ausmaß der Verletzlichkeit und der Stressoren stehen in einem reziproken Verhältnis: Bei starker Vulnerabilität reicht ein geringes Maß an Belastung aus, bei gering ausgeprägter Verletzlichkeit braucht es stärkere Stressoren, um den kritischen Grenzwert für eine akute Dekompensation zu überschreiten.

Im Vulnerabilitätskonzept kommt der Bewältigungsfähigkeit – verstanden als Motivation zu entsprechendem Bewältigungsverhalten und der Fertigkeit dieses auch anzuwenden –, der Krankheitseinsicht und der Compliance der Betroffenen zentrale Bedeutung zu. Sie sind Voraussetzung, um zum einen mit der Vulnerabilität leben zu lernen und zum anderen, um Krisen- und Stresssituationen zu antizipieren und diese durch geeignetes Verhalten nicht in Überforderung

ausarten zu lassen und so eine Dekompensation verhindern zu können. Dabei spielt die handlungsleitende subjektive Krankheitstheorie des Betroffenen eine wesentliche Rolle sowie die subjektive Einschätzung, was er als »Belastung« wertet und welche wahrgenommene Schwere bzw. Bedeutung er dem jeweiligen Lebensereignis beimisst. Mit einer (erlernbaren) entsprechenden Einstellung und Verhaltenskompetenz haben Betroffene es in der Hand, wesentlichen Einfluss auf die Qualität des Krankheitsverlaufs zu nehmen (z. B. Rezidivhäufigkeit und -schwere, Ausmaß der psychosozialen Integration) und damit letztlich auch die Auswirkung der Vulnerabilität zu minimieren. Diese Steuerungschance wirkt sich rekursiv günstig auf das Gefühl aus, mit der Verletzlichkeit leben zu müssen und zu können.

Die multifaktorielle Genese bedingt eine multimodale Therapie. Diese umfasst Neuroleptika zur Akutbehandlung und Rückfallprophylaxe, Psychotherapie und psychosoziale Maßnahmen. Die Medikamente schützen, machen widerstandsfähiger und sollen helfen, die Vulnerabilität teilweise auszugleichen. Psychotherapie dient dazu, unvermeidlichen Stress besser zu bewältigen und vermeidbaren zu verhindern, eigene Schwächen und Ressourcen gezielter zu wahrnehmen, um mit dem Alltag relativ gut zurechtzukommen. Psychosoziale Maßnahmen bieten lebenspraktische Unterstützung in den Bereichen Finanzen, Wohnen, Arbeitsmöglichkeiten, Tagesstruktur, Rehabilitation, und Freizeit (vgl. BÄUML <sup>2</sup>2008, S. 36). In der Forschung gilt es mittlerweile als gesichert, dass eine Behandlung der Schizophrenie in der Kombination von Pharmakotherapie mit psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Verfahren jedem dieser drei Ansätze alleine deutlich überlegen ist (vgl. BEHRENDT 2004, S. 100).

Das Vulnerabilitätskonzept hat auf den (therapeutischen) Umgang mit den Betroffenen wesentlichen Einfluss genommen, den ich kurz in vier Punkten skizziere:

1. Erst dieses Modell räumte – auch theoretisch – dem schizophran erkrankten Menschen prinzipiell das Potenzial ein, selbst aktiv mit entsprechendem Bewältigungsverhalten positiven Einfluss sowohl auf die krankheitsbedingten Belastungen und Folgen als auch auf den Krankheitsverlauf und den Wiederauftritt von Akutphasen nehmen zu können. LIBERMAN et al. (1986) resümieren zu ihrem Vulnerabilitäts-Modell: »Unser Konzept des Patienten als Individuum, das seine Umgebung, seine Persönlichkeit und sogar sein biologisches Substrat aktiv mitgestaltet – und damit auch den zukünftigen Verlauf mitbestimmt –, sollte das allgemein akzeptierte Bild des von seiner Geschichte, seinen psychobiologischen Beeinträchtigungen und seinem prämorbidem Verhaltensrepertoire vollständig determinierten Patienten ersetzen.« (S. 99)
2. Das Vulnerabilitätskonzept legte die Grundlage für die aktive Einbeziehung des Betroffenen in den Therapieprozess. Die mitverantwortliche Rolle der Betroffenen bekam in den 1990er-Jahren durch die Forderung nach einer

anthropologisch und psychiatriepolitisch begründeten Subjektorientierung zusätzlich Unterstützung sowohl von der Betroffenen-Bewegung als auch von professioneller Seite (Laing, Ciompi, Mentzos, Wulff, Bock). Einen Überblick über deren Modelle der Subjektorientierung legte LÜTJEN 2007 vor, auf den hier nur verwiesen werden kann. Subjektorientierung heißt, den Betroffenen als Experten für sich selbst zu sehen, als gleichberechtigtes Subjekt mit eigenen Wünschen, Bedürfnissen und individuellen Ansichten anstatt als zu behandelndes Objekt. Der »Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen« bringt Subjektorientierung auf die Kurz-Formel: »Verhandeln statt behandeln« und fordert damit Entscheidungsbeteiligung und Mitspracherecht der Betroffenen sowohl bei der individuellen Therapiegestaltung als auch bei psychiatriepolitischen Entscheidungen ein.

3. Aus der Sicht des Vulnerabilitätskonzepts wurde Psychoedukation notwendig, weil es die prinzipielle Möglichkeit und Fähigkeit des Betroffenen, seine Erkrankung bewältigen zu können, herausgearbeitet hat. Das Krankheitsverständnis sowie die Bewältigungskompetenzen sollen deshalb bei dem schizophren erkrankten Menschen auf eine systematisierte Weise durch Information, Aufklärung, Austausch, Übungen und Handlungsstrategien auf- und ausgebaut, geschult und verbessert werden. Dabei wird aus klinischer Sicht die Möglichkeit der aktiven Einflussnahme auch als Notwendigkeit der Einflussnahme durch den Betroffenen gesehen. Sie sollten sich nicht nur entsprechend verhalten können, sondern sich auch tatsächlich so verhalten. Ohne Vulnerabilitätskonzept gäbe es keine Psychoedukation, es ist zugleich ihre Legitimation und ihr Lerninhalt.
4. Die dem Betroffenen zugewiesene aktive Rolle im Bewältigungsprozess kann ihre Wirkung nur entfalten, wenn Krankheitseinsicht und Compliance vorhanden sind sowie Coping-Verhalten eingesetzt wird. Deshalb haben Themen wie Krankheitseinsicht, Compliance für die medikamentöse und psychosoziale Behandlung, subjektive Krankheitstheorie und Coping-Verhalten sowohl in der theoretischen Diskussion als auch in der empirischen Forschung eine hohe Relevanz. Von diesen Variablen hängt es entscheidend ab, ob die potenziell mögliche aktive Rolle des Betroffenen auch praktisch zur Geltung kommen kann.

## 2.4 Forschungsergebnisse und Diskussionsstand

Idealerweise setzt die tatsächlich ausgeübte aktive Rolle bei der Einflussnahme auf den Krankheitsprozess voraus, dass der Betroffene Krankheitseinsicht besitzt, compliant ist, seine subjektive Krankheitstheorie sich weitgehend mit dem

Vulnerabilitätskonzept deckt und er dementsprechendes – empirisch abgesichertes – Bewältigungsverhalten einsetzt. Im Folgenden wird deshalb ein kurzer Überblick über Forschungsergebnisse und den Diskussionsstand zu den Themen Krankheitseinsicht (Kapitel 2.4.1), Compliance (Kapitel 2.4.2), subjektive Krankheitstheorie (Kapitel 2.4.3) und Coping-Verhalten (Kapitel 2.4.4) gegeben. Eine vollständige Übersicht über den Forschungsstand zu diesen Themen zu geben, würde den Rahmen der Arbeit überschreiten.

### 2.4.1 Krankheitseinsicht

Die fast schon klassisch einzustufende Arbeit von MCGLASHAN et al. (1975) hat die Einstellung schizophren erkrankter Menschen zu ihrer Erkrankung auf einem Kontinuum mit den Polen »Integration versus Isolation« zu erfassen versucht. »Isolation« bedeutet, Krankheit als fremd, als einen Einbruch zu erleben, mit dem man sich am besten nicht beschäftigt, der auch in keinem Bezug zu persönlichen Problemen steht. »Integration« heißt, sich für eine Auseinandersetzung mit der Erkrankung zu interessieren, ihre positiven und negativen Seiten zu sehen und das psychotische Erleben als dienlich für das Verständnis von sich selbst und von seinem Umgang mit anderen Menschen einzuschätzen.

In der Literatur wird bis heute noch auf dieses Konzept Bezug genommen. STARK (2005) fasst die Forschungsergebnisse wie folgt zusammen. »Empirische Studien auf dieser Grundlage zeigten für den deutschsprachigen Raum, dass beide Verarbeitungsformen in etwa gleich häufig vertreten sind [...].« (S. 43) Dabei ist zu beachten, dass eine implizite Bewertung, Integration sei besser als Isolation, nicht generell gilt. KRAUSZ und SORGENFREI (1991) merken dazu an: »Ungeklärt bleibt [...] die Frage, ob nicht eine Reihe von Schizophrenen besser in der Gesellschaft überleben, wenn sie ihre Psycho verdrängen [...], vor allem angesichts ihrer besonderen Verletzlichkeit.« (S. 16)

Das Problem dieser Ergebnisse ist, dass ein Kategoriensystem eine statische über die Zeit relativ gleichbleibende, scheinbar unveränderte Einstellung zur Krankheit suggeriert, was aber der in der Praxis zu beobachtenden individuellen Variabilität und Veränderung während des Krankheitsverlaufs nicht gerecht wird (vgl. z. B. DERISSEN 1989; SCHAUB 1993; ENGLERT 1999). SCHAUB (1993) kommt in ihren Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass die Reaktionsformen auf die Erkrankung »durch ein hohes Maß an Komplexität gekennzeichnet sind« (S. 288). Die erwähnte Einteilung in »Integrierer« und »Isolierer« sei zu einfach und werde »dem Facettenreichtum potenzieller Reaktionsmuster nicht gerecht [...].« (ebd.).

Von einer generellen und durchgängigen krankheitsbedingten Krankheitsun-einsichtigkeit wird heute bei Schizophrenie nicht mehr ausgegangen, jedoch gilt

sie in der akuten psychotischen Phase als deutlich häufiger gegeben als danach. Meist schwankt das Ausmaß der Krankheitseinsicht im Laufe des Krankheitsprozesses (vgl. Übersicht bei SCHAUB 1993, S. 84–86), sodass Krankheitseinsicht nicht kategorial aufzufassen ist, sondern eher graduell (vgl. WIENBERG & SIBUM <sup>3</sup>2003 b, S. 131). Das ist Stand heutiger Lehrmeinung (vgl. BÖKER 1999; WIENBERG & SIBUM <sup>3</sup>2003; HUBER <sup>7</sup>2005). Im Vergleich zu anderen psychiatrisch kranken Menschen (z. B. depressiv Erkrankte) scheint das Krankheitsgefühl bei schizophren erkrankten Menschen signifikant geringer zu sein (vgl. LINDEN 1982).

Mangelnde Krankheitseinsicht gefährdet aber die Compliance und erhöht die Rückfallhäufigkeit mit dem Risiko der stationären Wiederaufnahme und den damit verbundenen negativen sozialen Folgen (vgl. z. B. LINDEN 1982; WIENBERG & SIBUM <sup>3</sup>2003; RABOVSKY & STOPPE 2004; BÄUML 2007). Mangelnde Krankheitseinsicht heißt im Umkehrschluss aber nicht automatisch, dass der Betroffene sich unbedingt für gesund hält, sondern sich sehr wohl krank fühlen kann, aber in einer von der psychiatrischen Auffassung deutlich abweichenden Weise (vgl. z. B. LINDEN 1982). Wie komplex und ambivalent die Situation ist, macht WINDGASSEN (1989) deutlich, wenn er schildert, dass »zahlreiche Untersuchte Veränderungen beschrieben, die sie selbst als krankhaft bezeichneten, und doch bestritten sie, krank zu sein« (S. 116). Ähnliche Inkonsistenzen schildert LEFERINK (1997) in einer qualitativen Studie, dass manche Befragten innerhalb weniger Sätze inhaltlich von einem »Mir-fehlt-Nichts« zu ihrem »Krank-Sein« wechselten. Der Autor spricht von einer »Kippfigur« (S. 238). RAKOVSKY und STOPPE (2004) berichten ähnliche Befunde. BÖKER (1999) stellt zusammenfassend fest: »Mangelnde oder fehlende Krankheitseinsicht« darf offensichtlich nicht mit einer überhaupt fehlenden Ursachenattribution der Schizophrenen gleichgesetzt werden.« (S. 243).

BÄUML (2007, vgl. S. 15, siehe z. B. auch BÖKER 1999, S. 245) zählt die gängigsten vier Hypothesen für mangelnde Krankheitseinsicht bei Schizophrenie auf und ergänzt sie selbst mit einer fünften Hypothese. Mangelnde oder fehlende Krankheitseinsicht wird erklärt als:

1. konstituierendes, nicht weiter ableitbares Merkmal der Schizophrenie per se (nosospezifische Erklärung),
  2. Folge der schizophrenen Symptomatik (psychopathologische Erklärung),
  3. Ausdruck einer spezifischen neurokognitiven Störung mit Blockade der Krankheitseinsicht (neurokognitive Erklärung),
  4. spezifische Form der Krankheitsverarbeitung durch Krankheitsverleugnung mit Selbstschutzfunktion (psychologische Erklärung) und
  5. mangelnde Aufklärung und Information über die Hintergründe der Erkrankung und die erforderliche Behandlung (Informationsdefizit-Erklärung).
- Gerade die zuletzt genannte Erklärung zieht BÄUML (ebd.) als Legitimation zur Etablierung von Psychoedukation heran.

Von mehreren Autoren wird jedoch darauf verwiesen, dass mangelnde Krankheitseinsicht auch als eine Schutzfunktion vor einer weitergehenden Auseinandersetzung mit der Krankheit sowie als eine stabilisierende Funktion für das Selbstbild und die Selbstkontrolle des Erkrankten gesehen werden kann (vgl. z. B. BUSCHMANN-STEINHAGE 1987; LAUBENSTEIN 1996; LEFERINK 1997; BÖKER 1999). HAUBL (1994) beschreibt, welchen Sinn Krankheitsverleugnung allgemein für kranke Menschen hat. »Mit Eintritt der Krankheit wird der narzisstische Selbstschutz, den ihnen ihr Unverwundbarkeitsglaube bis dato gewährt hat, erschüttert. Das anschließende Bestreben, die Erschütterung abzufangen, lässt die Tendenz erkennen, ihn so weit wie möglich (kompensatorisch) zu bewahren.« (S. 105) In diesem Sinne kann mangelnde Krankheitseinsicht im Grunde auch als gesunder Impuls mit adaptiver Bedeutung gewertet werden: sie ist ein Selbstschutz des bedrohten Ichs und schützt vor einem befürchteten Autonomieverlust. Entsprechend wurden Ergebnisse in meist qualitativen Studien interpretiert, wenn Betroffene eigenwillige Ausdrücke für ihre Störung wählten: »etwas krank sein« (vgl. BUSCHMANN-STEINHAGE 1987), »Zustände haben« (vgl. BOCK 1997; STEFFENS 2004), »angespannt bzw. psychisch labil sein« (vgl. SCHAUB 1993; BÖKER 1999; HOFER et al. 2001).

Von manchen Autoren wird das Konzept der Krankheitseinsicht generell infrage gestellt. »Krankheitseinsicht« als Terminus der Psychiatrie heißt gewöhnlich nichts anderes, als dass der Patient sein subjektives Ursachenkonzept aufgibt und sich dem Krankheitsmodell des »Experten« mehr oder weniger überzeugt anschließt oder unterwirft.« (BÖKER 1999, S. 243) Krankheitseinsicht wäre dann gleichzusetzen mit Übernahme des Krankheitskonzepts des Therapeuten. BOCK (2001) z. B. fragt: »Beschränkt sich die Vermittlung von Krankheitseinsicht darauf, eine unverständlich gewordene eigene Entwicklung mit medizinischen Fremdworten zu belegen? Meint Krankheitseinsicht mehr als die Forderung nach Übernahme professionellen, also fremden Wissens? Wer hat Einsicht zu nehmen und in was? Notwendig ist zuerst die Einsicht der Profis in die unverwechselbar eigene Entwicklung eines Menschen – auch und gerade in Psychosen, Einsicht im Sinne von Einblick nehmen und im Sinne von Anerkennen der Individualität als Basis jeder Therapie.« (S. 24) Krankheitseinsicht wird von ihm als »wechselseitiger dialogischer [...] Prozess« (1997, S. 352) aufgefasst. »Krankheitseinsicht im Sinne eines Begreifens der konkreten Umstände und der inneren Repräsentationen von abweichendem und auffälligem Handeln, Denken und Fühlen, ist zunächst einmal vor allem von den Therapeuten zu leisten.« (ebd. S. 347) Demnach sollte es aus seiner Sicht Bestandteil jeder Therapie sein, dass sich auch Therapeuten um Krankheitseinsicht bemühen.

## 2.4.2 Compliance

»Compliance« kommt aus dem Englischen und heißt wörtlich übersetzt »Willfähigkeit, Nachgiebigkeit, Erfüllung, Einwilligung«. Im klinischen Kontext definiert PETERMANN (2004) Compliance als das Ausmaß, »in dem das Verhalten einer Person [...] mit dem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat korrespondiert« (S. 89). Inhaltlich geht es bei Compliance um die Bereitschaft, eine Therapie anzufangen, an ihr konsequent teilzunehmen, Behandlungstermine einzuhalten, die verordneten Medikamente einzunehmen, Behandlungsempfehlungen zu befolgen, eventuell den Lebensstil zu ändern und Gesundheitsrisiken abzubauen (vgl. RABOVSKY & STOPPE 2004, S. 133). Medikamenten-Compliance ist damit ein Sub-Bereich der Compliance. Als Non-Compliance wird die fehlende Kooperation des Patienten bezeichnet, die auch Mal-Compliance – als teilweise Kooperation – mit einschließt.

Im Kontext der Schizophrenie konnte die Forschung zeigen, dass Compliance – vor allem Medikamenten-Compliance – die Rezidivrate, die stationäre Wiederaufnahmerate und Aufenthaltsdauer senkt sowie die sozioökonomischen Krankheitsfolgen mindert (vgl. RABOVSKY & STOPPE 2004, S. 132; Studienübersicht bei BÄUML 2007, S. 15). Compliance scheint nicht abhängig vom Bildungsniveau zu sein (vgl. MAYER & SOYKA 1992, S. 218). Da Compliance manchmal auch eine Anpassungsleistung ist, um bestimmte Vorteile zu erlangen (z. B. frühere Klinikentlassung), muss sie nicht notwendigerweise mit Krankheitseinsicht einhergehen (vgl. LINDEN 1982; BÖKER 1999, S. 239; WIENBERG & SIBUM <sup>3</sup>2003, S. 135; RABOVSKY & STOPPE 2004, S. 135). Mehr Krankheitseinsicht muss im Gegenzug nicht automatisch auch mehr Compliance bedeuten (vgl. SCHAUB 1993, S. 268; AMERING & SCHMOLKE <sup>2</sup>2007, S. 39 f.).

Non-Compliance ist oftmals bei schizophren erkrankten Menschen ein Problem. BÄUML (2007, S. 11) kommt in seiner Studienübersicht (ausschließlich über Medikamentencompliance) zu Non-Compliance-Raten zwischen 30 und 90 %. AMERING und SCHMOLKE (<sup>2</sup>2007, S. 40) referieren ähnliche Werte zwischen 24 und 88 %. Deshalb kommen WIENBERG und SIBUM (<sup>3</sup>2003) zu der Einschätzung, dass diese Raten »angesichts der erwiesenen Wirksamkeit der Neuroleptikatherapie insbesondere bei der Rückfallprophylaxe alles andere als zufriedenstellend« (S. 181) sind. Hauptgründe für Medikamenten-Non-Compliance sind die Nebenwirkungen der Psychopharmaka (vgl. RAUH 1996; STARK 2005), die durch sie verursachten negativen Erlebnisqualitäten und das Gefühl des Verlustes von Autonomie. Bei Diabetes, Epilepsie, Hypertonie werden Non-Compliance-Raten von bis zu 50 % angegeben, bei Rheuma und Osteoporose liegen sie noch darüber (vgl. PETERMANN 2004, S. 97). Damit unterscheiden sich die Compliance-Raten bei Schizophrenie im statistischen Mittel nicht wesentlich von den anderer chronischer Krankheiten.

Non-Compliance wird ähnlich wie mangelnde Krankheitseinsicht als Schutz- und Bewältigungsfunktion angesehen, möglicherweise ist jene Folge von dieser (vgl. MAYER & SOYKA 1992, S. 219). AMERING und SCHMOLKE (2007) argumentieren, dass zu klären sei, »unter welchen Umständen und für wen Compliance oder eben auch Non-Compliance einen Sinn macht« (S. 43), so könne Non-Compliance »eine Quelle oder ein Ausdruck von notwendiger Abgrenzung« (ebd.) sein: als Schutz vor einer befürchteten oder tatsächlichen Stigmatisierung oder als Schutz vor der »Schwäche« einer Abhängigkeit von langfristiger Medikation (vgl. auch RABOVSKY & STOPPE 2004, S. 135). Der Non-Compliance kann auch ein Abwägungsprozess zwischen Therapieerwartung und in Kauf zu nehmender Nebenwirkung zugrunde liegen. »So muss es letztlich nach adäquater Aufklärung dem Patienten überlassen werden, ob er beispielsweise häufigere Rezidive einer Langzeittherapie mit Neuroleptika und der möglicherweise verbundenen Einschränkung der Lebensqualität, vorzieht – ein Verhalten, das unter gewissen Voraussetzungen auch als ›intelligente Non-Compliance‹ bezeichnet wurde [...].« (MAYER & SOYKA 1992, S. 220)

Das Problem bei Non-Compliance ist, dass sie von den psychiatrisch Tätigen schnell abgewertet wird, da sie für den Behandlungsverlauf als störend, extrem hinderlich und zeitaufwendig empfunden wird. Der Betroffene, der non-compliant ist, gerät »leicht ins moralische Abseits« (BUCHKREMER & HORNING 1992, S. 297). Zudem fühlen sich die Therapeuten aufgrund der wissenschaftlichen Forschungsergebnisse über einen günstigen Krankheitsverlauf im Recht, Compliance einzufordern. So scheint es, dass es keine vernünftigen Gründe für Non-Compliance geben kann (vgl. z.B. BÄUML 2008, S. 169 f.). Zwar wird noch als mildernder Grund auf die Krankheitsbedingtheit der Non-Compliance verwiesen, in dem Sinne, der erkrankte Mensch könne nicht anders. Nach Ansicht von HAUBL (1994) ist Non-Compliance aber »ein komplex motivierter Handlungstyp [...], bei dem die Motive oftmals latent bleiben« (S. 96). Deshalb werden nach MAYER und SOYKA (1992) »monokausale Erklärungsmodelle dem Phänomen der Non-Compliance [...] nicht gerecht [...]« (S. 218). RABOVSKY und STOPPE (2004) plädieren infolgedessen für einen differenzierenden Umgang. »Bei einem so komplexen Phänomen wie Non-Compliance kann letztendlich nur eine auf individueller und differenzierter Klärung der Ursachen beruhende Strategie wirksam sein.« (S. 136) Non-Compliance lediglich pathologisch zu werten, negiert die Komplexität ihrer zugrunde liegenden Motivlage.

Das Besondere an der Non- oder Mal-Compliance bei Schizophrenie ist, dass deren Auswirkung nicht allein nur der Betroffene zu erleiden hat, sondern andere Menschen und auch die Öffentlichkeit. Der mal-compliance Asthmatiker spürt die Auswirkungen am eigenen Atem, der non-compliance schizophrene erkrankte Mensch sieht vielleicht subjektiv kein Problem, stört unter Umständen aber massiv andere Menschen und ist aufgrund seines Sozialverhaltens sogar

als selbst- oder fremdgefährdend einzuschätzen. Folglich kommen RABOVSKY und STOPPE (2004) zu dem Schluss, »an der Compliance eines Schizophrenen [...] hat mehr als bei allen anderen Krankheiten auch die Öffentlichkeit ein Interesse« (S. 139). Diesem Hintergrund ist wohl auch die umfangreiche Diskussion über Compliance bei Schizophrenie geschuldet. Compliance ist eben nicht nur eine persönliche Angelegenheit, die im Belieben der Person steht. Folglich gibt es auch die juristische Möglichkeit, einem schizophren erkrankten Menschen zu seinem oder dem Schutz anderer die Urteilsfähigkeit über seinen Gesundheitszustand abzusprechen und ihn gegen oder ohne seinen Willen zu behandeln, notfalls auch mit Anwendung körperlicher Gewalt. Compliance wird dann erzwungen.

Der Begriff der Compliance ist aber nicht unumstritten. Das Verständnis von Compliance als »Gehorsam« (BEHRENDT & KRISCHKE 2005, S. 29) wird beanstandet, denn dies kann »der Komplexität menschlicher Bewertungs- und Abwägungsprozesse bei der Entscheidung und Durchführung von Handlungen nicht gerecht werden [...]« (ebd.). Vertreter der Gesundheitspsychologie (SCHWARZER & LUSZCZYNSKA 2005) kritisieren den »paternalistischen Beigeschmack« (S. 585) des Begriffes »Compliance«, »er impliziert eine Asymmetrie in der Sozialbeziehung zwischen dem, der verordnet, und dem, der befolgt« (ebd.). Ähnlich äußern sich RABOVSKY und STOPPE (2004, vgl. S. 133) oder AMERING und SCHMOLKE (<sup>2</sup>2007, vgl. S. 60). In der Gesundheitspsychologie wird deshalb neuerdings versucht, den Begriff »Adhärenz« zu prägen (vgl. SCHWARZER & LUSZCZYNSKA 2005, S. 585). BOCK (2001) erinnert daran, dass Compliance »keine einseitige Anpassungsleistung, sondern Ergebnis einer gelungenen Beziehung« (S. 24) zwischen Therapeut und Betroffenen ist.

### 2.4.3 Subjektive Krankheitstheorie

Eine subjektive Krankheitstheorie zu haben, entspricht dem Bedürfnis, beobachtete Phänomene und Veränderungen im eigenen Erleben und Handeln, die einen gravierend irritieren, sich und anderen zu erklären, einzuordnen, zu interpretieren und zu bewerten, um daraus handlungsleitende Prinzipien und Vorhersagen für den weiteren Verlauf zu entwickeln. Subjektive Krankheitstheorien erfüllen einen Erklärungsbedarf, der über ein reines Ätiologiekonzept hinausgeht. Sie gelten daher als relativ stabil über die Zeit und eng mit dem individuellen Wertesystem verbunden. Nach FILIPP und AYMANN (<sup>2</sup>1997) haben subjektive Krankheitstheorien die Funktion, »das durch die Diagnose einer schweren Krankheit erschütterte Vertrauen in eine geordnete, verstehbare und vorhersehbare Welt wiederzugewinnen [...]« (S. 4).

Auch subjektive Krankheitstheorien bei Schizophrenie dienen als plausibles Interpretationsschema mit Erklärungs-, Rechtfertigungs- oder auch Entschuldigungscharakter für sich und andere. Sie sollen die Unheimlichkeit und Unberechenbarkeit der Krankheit vermindern helfen (vgl. SÜLLWOLD & HERRLICH <sup>2</sup>1998, S. 35). Zudem haben sie handlungsleitende Bedeutung, indem sie zu einem großen Teil die Compliance, das konkrete Coping-Verhalten und die Kommunikation zwischen Therapeut und Betroffenen prägen. Subjektive Krankheitstheorien sind selbst Ausdruck der individuellen Strategie zur Krankheitsbewältigung und sie entscheiden gleichzeitig darüber, welche Bewältigungsstrategien genutzt werden und welche nicht (vgl. AMERING & SCHMOLKE <sup>2</sup>2007, S. 37). Subjektive Krankheitstheorien können ohne die dahinterliegende vielfältige Motivlage kaum angemessen verstanden werden. Positive oder negative Therapieerfahrungen wirken auf die Theorien ein und verändern sie im Verlauf der Krankheit (vgl. MAYER & SOYKA 1992, S. 219).

Die Krankheitstheorie der Therapeuten wird »wissenschaftliche Theorie« genannt. Das ist der Gegenbegriff für »subjektive Krankheitstheorie«. Wenn die subjektive Krankheitstheorie nicht mit der wissenschaftlichen Krankheitstheorie übereinstimmt, bezeichnet man jene als »idiosynkratisch«. Inkongruenz von subjektiver und professioneller bzw. wissenschaftlicher Krankheitstheorie wird von den Therapeuten häufig als ein zusätzliches Krankheitssymptom gewertet, nämlich als mangelnde Krankheitseinsicht. Dabei ist aber eine Deckungsgleichheit der beiden Krankheitskonzepte weder zu erwarten – schon allein wegen des unterschiedlichen Maßes persönlicher Betroffenheit (vgl. LINDEN 1985, S. 8) und der am eigenen Leib erlebten Beschwerden mit ihren sozialen Beeinträchtigungen – noch muss sie für eine Krankheitsbewältigung stets angestrebt werden. Denn nach BÖKER (1999) ist z. B. gerade bei Schizophrenie »unter Umständen eine prekäre Verknüpfung von Krankheitseinsicht und Suizidrisiko« (S. 244) zu beachten.

Befragungen der Betroffenen zeigen, dass sie ein multifaktorielles Krankheitsverständnis bevorzugen, in dem aber psychosoziale Faktoren dominieren (vgl. z. B. BÖKER 1999; Hofer et al. 2001; WIENBERG & SIBUM <sup>3</sup>2003; GUTKNECHT 2004), und dass sie sich in der Regel dem Vulnerabilitätskonzept zuordnen können. BÖKER (1999) vermutet den Grund darin, weil das Konzept »psychosozialen Belastungen (Stressoren) eine wesentliche, symptomauslösende Rolle« (S. 243) zubilligt. Ob und wie weit es sich hier auch um ein Ergebnis psychiatrischer Sozialisation der erkrankten Menschen handelt, bleibt offen. AMERING und SCHMOLKE (<sup>2</sup>2007) weisen daraufhin, dass subjektive Krankheitstheorien nicht unbedingt stabil sind, sondern sich in der Zeit und an Situationen anpassen können. Subjektive Krankheitstheorien korrelieren mit der Compliance, mit dem Umgang mit der Erkrankung (vgl. LINDEN et al. 1988; SÜLLWOLD & HERRLICH <sup>2</sup>1998, AMANN & WIPPLINGER 1998; WIENBERG & SIBUM 2003; STARK 2005) sowie mit dem konkreten Bewältigungsverhalten (vgl. SCHAUB 1993; AMANN &

WIPPLINGER 1998; WIENBERG & SIBUM<sup>3</sup>2003; GUTKNECHT 2004). Patienten mit biologischen Krankheitstheorien glauben, eher wenig subjektive Einflussmöglichkeiten auf den Krankheitsverlauf zu haben, verhalten sich ausgeprägt passiv und haben ein großes Medikamentenvertrauen. Im Gegensatz dazu stehen Patienten mit einem mehr psychosozialen Krankheitsbild. Sie zeigen mehr Eigeninitiative, wünschen viel Information über die Krankheit und sind den Medikamenten gegenüber eher skeptisch eingestellt (vgl. STARK 2005).

Zur Überraschung von RÖSSLER et al. (1999) zeigte sich in deren Studie, dass bei schizophren erkrankten Menschen mit idiosynkratischen Krankheitskonzepten und einer kritischen Haltung zu Psychopharmaka eine höhere Lebensqualität feststellbar war, als bei denen, die sich den gängigen Krankheitskonzepten und Behandlungserfordernissen anpassten. AMERING und SCHMOLKE (2007) deuten das Ergebnis etwas provozierend so: »Eine naheliegende Erklärung dieser Erkenntnisse besteht darin anzunehmen, dass in unserem Kulturkreis diejenigen Menschen sich wohlfühlen, die eine eigene Meinung haben.« (S. 70) Die Autorinnen gehen davon aus, dass die Lebensqualität wohl als höher erlebt wird, wenn die Meinung der Allgemeinbevölkerung geteilt werden kann. »Deren kritische Haltung zu Psychopharmaka und zum medizinischen Krankheitsmodell zu teilen, also Teil dieser Allgemeinheit zu bleiben, mag sehr wohl dazu beitragen, dass die Lebensqualität besser ist, als wenn man die Ansichten und Haltungen der psychiatrischen Profis übernimmt und sich so von seiner eigenen sozialen Umgebung entfernt. [...] Leben muss man ja mit der Allgemeinheit, nicht mit dem psychiatrischen System.« (ebd.)

Von einigen Autoren wird der Umgang mit subjektiven Krankheitstheorien kritisiert. Es ist kritisch zu hinterfragen, wieweit eine abweichende subjektive Krankheitstheorie von der der behandelnden Therapeuten Zeichen mangelnder Krankheitseinsicht ist. Es kann auch als ein Versuch der Betroffenen gewertet werden, eine individuelle Bewältigungsart der Erkrankung zu suchen oder dem Bestreben dienen, »sinnhafte Bezüge zwischen Krankheitserfahrungen und ihrem Leben« (ZAUMSEIL & ANGERMEYER 1997, S. 11) herzustellen. Hinzu kommt die Frage, ob für eine Krankheitsbewältigung das Maß aller Dinge die Übernahme der wissenschaftlichen Krankheitstheorie ist und wieweit dies dann auch ausreichend ist (vgl. HOFER et al. 2001, S. 291).

BITTNER (2001) kritisiert, dass die Medizin generell »subjektive Krankheitstheorien« (S. 206) untersucht und sich damit selber bescheinigt, »im Besitz der ›objektiven‹ Sicht zu sein. Die ›objektivistische‹ Medizin kann die Patientenperspektive nicht als gleichrangig und -wertig anerkennen – weil sie sonst anerkennen müsste, dass die eigene Perspektive eben nicht objektiv gültig und der des Patienten überlegen ist« (ebd.). Diese Überlegung wiegt im Rahmen der Psychiatrie umso schwerer, da manche subjektiven Krankheitstheorien als Krankheitssymptom gewertet werden.

Auch RIEMANN (1987) stimmt in die Kritik ein, dass »der Anspruch erhoben [wird], den Betroffenen in für ihn zentralen Bereichen tiefer erkennen zu können, als er sich selbst kennen kann, und dieser Sichtweise ihm gegenüber Geltung zu verschaffen« (S. 447, Zusatz vom Verfasser). Zudem setzen sich gerade in einer Krisensituation (wie einer akuten Psychose) leicht die »Identitäts- und Wirklichkeitsbestimmungen« (ebd.) der psychiatrisch Tätigen durch, »wenn die eigenen theoretischen Anstrengungen nicht mehr ausreichen, um sich selbst und das, was geschehen ist, hinreichend zu verstehen und für die Umwelt plausible und akzeptable Versionen bereitzustellen« (ebd.). Der Autor spricht vom »Eindringen psychiatrischer Terminologie in das eigene autobiografische Kategoriensystem« (ebd., S. 446). Die psychiatrisch Tätigen haben, so RIEMANN weiter, ein Monopol an »Wahrprüchen« (ebd., S. 447), das »gesellschaftlich anerkannt, wissenschaftlich legitimiert und durch institutionelle Verfahren abgestützt« (ebd.) wird.

#### 2.4.4 Coping-Verhalten

Coping wird im Rahmen der Bewältigung von Krankheit und Lebenskrisen von HEIM (1986) definiert als das Bemühen »bereits bestehende oder erwartete Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch (emotional/kognitiv) oder durch zielgerichtetes Handeln aufzufangen, auszugleichen zu meistern oder zu verarbeiten« (S. 367).

Es sind unterschiedlichste Modelle zur Belastungs- und Krankheitsbewältigung ausgearbeitet worden, die den Bewältigungsvorgang aus unterschiedlichen Perspektiven betrachten. Bekannte Modelle sind das transaktionale Coping-Modell von LAZARUS und FOLKMAN (<sup>5</sup>1990), das in der Interdependenz verschiedener Variablen die Situationsbewertung als zentralen Faktor sieht, oder das Konzept von KÜBLER-ROSS (<sup>14</sup>1982), welches das Phasenhafte eines Bewältigungsvorganges betont. LIPOWSKI (1970) legte ein Modell vor, in dem er in kategorialer Weise einzelne Deutungsmöglichkeiten einer Erkrankung beschreibt: Krankheit als Herausforderung, als Feind, als Bestrafung, als Schwäche, als Entlastung, als Strategie, als Verlust oder als Wert. Alle drei genannten Modelle gehen von einer Veränderung der Bewertung der Belastungssituation im Laufe der Zeit aus.

Die Hypothese, dass dieselbe Belastung von allen Menschen gleich erlebt wird, kann als falsifiziert gelten. Nicht die Gegebenheiten einer Belastungssituation, sondern deren individuelle Bewertung und die gleichzeitige Einschätzung der für diese Aufgabe zur Verfügung stehenden Bewältigungskompetenz sind wohl die ausschlaggebenden Momente (vgl. THURM-MUSSGAY 1990, S. 82–85) und erklären die große Varianz der Reaktionen auf gleiche Situationen.

Mittlerweile liegt eine unüberschaubare Anzahl von Studien vor, die das Bewältigungsverhalten an Schizophrenie erkrankter Menschen zum Thema haben, deren Darstellung den Rahmen der Arbeit sprengen würde (vgl. Übersichtsarbeit bei WIENBERG <sup>3</sup>2003 b). Nachgewiesen werden konnte, dass kognitive und emotionale Bewertungsprozesse das Bewältigungsverhalten steuern und beeinflussen (vgl. z. B. Übersichtsarbeit von RAUH 1996). Vor allem folgende Coping-Strategien sind als hilfreich herausgearbeitet worden:

- ein strukturierter Tagesablauf zur Konzentration auf wenige, routinierte Aktivitäten,
- die Identifizierung individueller Über- und Unterstimulationssituationen im Kontakt- und Leistungsbereich durch Selbstbeobachtung,
- die Entwicklung entsprechender Abschirm-, Vermeidungs- und Toleranzstrategien sowie partieller sozialer Rückzug, um die Störanfälligkeit zu verringern,
- Ablenkung,
- die Suche nach sozialer Unterstützung und
- eine zuverlässige Medikamenteneinnahme (vgl. HUBER <sup>7</sup>2005, S. 395–402).

Diese Strategien beeinflussen positiv die Häufigkeit, Dauer und das Ausmaß eines psychotischen Rezidivs, fördern die psychosoziale Integration und sind für den prognostischen Krankheitsverlauf von größter Bedeutung (vgl. auch SCHAUB 1993, S. 86–110; KLINGBERG 1993; ENGLERT 1999, S. 70–72). ENGLERT (1999) bringt es kurz und bündig auf den Punkt, wenn sie sagt: »Bewältigung gilt als protektiver Faktor.« (S. 70)

In der Literatur werden auch idiosynkratische Selbstheilungsversuche schizophrener erkrankter Menschen thematisiert. LANGE (1981) und BÖKER (1983, 1986) haben Bewältigungsreaktionen und Selbsthilfemaßnahmen von schizophren erkrankten Menschen zusammengetragen, die diese ohne therapeutische Anleitung, mit unterschiedlichem Erfolg, von sich aus einsetzen. Das reicht vom Versuch der Eigenanalyse über Zufluchtsuche in der Religion, Anwendung von Lebensregeln, Übungen in Meditationstechniken, Tanz, Malen, Werken, Schreiben, Zuhilfenahme von Lehrbüchern, Selbstbehandlung mit Medikamenten, Alkohol oder Diäten, bis hin zu sozialem Rückzug und (Kontakt-)Vermeidungsstrategien. WIENBERG (<sup>3</sup>2003 b) bemängelt, dass in der Forschung die Unterscheidung von nützlichem und hilfreichem sowie unnützem oder gar schädlichem Bewältigungsverhalten zu wenig thematisiert werde (vgl. S. 80).

Problematisch bleibt, dass oft nicht klar zu trennen ist, ob ein konkretes Verhalten (z. B. Rückzug) als psychopathologisches Symptom der Erkrankung oder als Ausdruck einer Bewältigung zu werten ist (vgl. BOCK 1997). In der Literatur besteht Einigkeit darüber, dass die Übergänge zwischen Bewältigungsversuch und psychotischem Symptom fließend sein können (vgl. WIENBERG <sup>3</sup>2002 b, S. 78). BOCK (1997) geht davon aus, dass »Krankheits- und Bewältigungsfunktionen

in der Schizophrenie koexistieren [...]« (S. 59). Wie komplex die Thematik ist, zeigen AHRENS et al. (1996), die in ihrer Studie zu dem Ergebnis kommen, »dass das Bewältigungsverhalten schizophrener Patienten nicht generell betrachtet werden kann, sondern dass sich verschiedene Bewältigungsformen sowohl günstig, aber auch ungünstig auf die jeweiligen Outcome-Kriterien auswirken können« (S. 3).

Für den Diskussionsstand zu den Themen Krankheitseinsicht, Compliance, subjektive Krankheitstheorie und Coping-Verhalten kann zusammenfassend Folgendes festgehalten werden: Menschliche Einstellung und menschliches Handeln ist kontingent. Es besteht ein großer inter- wie auch intraindividueller Spielraum. Krankheitseinsicht und Compliance ist nicht kategorial zu sehen, im Sinne vorhanden oder nicht vorhanden, sondern das Ausmaß schwankt graduell sowohl aktuell (»Kipp-Figur«) als auch im Verlauf des Auseinandersetzungsprozesses mit der Krankheit. Bei diesem Prozess scheint es sich um eine nicht-lineare, nicht-unidirektionale und betont individuelle Such- und Annäherungsbewegung der Betroffenen zu handeln, an das, was Therapeuten oder andere Mitmenschen als Schizophrenie bezeichnen. Deshalb kann der Kliniker beim Betroffenen weder von vorhandener Krankheitseinsicht, vorliegender Compliance, einer der wissenschaftlichen Krankheitstheorie konformen subjektiven Theorie und von einem, den empirischen Befunden angepassten, Coping-Verhalten ausgehen noch wird dies kategorial so zu verwirklichen sein. Denn mangelnde Krankheitseinsicht und Compliance sowie idiosynkratische Krankheitstheorien und entsprechendes Verhalten können nicht von vornherein nur als psychopathologisch oder dysfunktional gewertet werden, sondern sie haben oft eine subjektive funktionale bzw. adaptive Bedeutung.

# 3 Schizophrenie im Kontext von Lernen und Bildung

Damit Schizophrenie in den Kontext von Lernen und Bildung gestellt werden kann, werde ich zunächst Lernen und Bildung definieren und ihr Verhältnis zueinander bestimmen (Kapitel 3.1). Darauf aufbauend lässt sich Schizophrenie als Lern- und Bildungsanlass konzeptualisieren (Kapitel 3.2).

## 3.1 Definition von Lernen und Bildung

Im Rahmen dieser Arbeit geht es um die Erarbeitung eines operationalisierten Verständnisses von Lernen und Bildung. Daher wird kein vollständiger Überblick über den Diskurs in der Erziehungswissenschaft zum Thema Lernen und Bildung gegeben.

KÖCK und OTT (2002) verstehen unter »Lernen« die »relativ überdauernde Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen aufgrund von Erfahrungen« (S. 435). Sie grenzen diese von solchen Verhaltens- und Einstellungsänderungen ab, die sich aufgrund von »Reifungsvorgängen, [...] physischen, medikamentösen und hormonalen Einflüssen [...] sowie [...] durch kurzfristige Stimmungs- und Motivationsschwankungen« (ebd.), wie z. B. Ermüdung, Verletzung, Krankheit, erklären lassen. Diese Einflüsse gelten als erfahrungsunabhängig und werden nicht als Lernen betrachtet. Um von Lernen sprechen zu können, müssen zumindest Veränderungen von Verhaltens*möglichkeiten* vorliegen, die weder notwendigerweise von außen wahrnehmbar sind, noch zwangsläufig tatsächlich umgesetzt werden. Es ist zu beachten, dass Lernen nicht immer bewusst und intentional abläuft, der Mensch kann genauso auch nebenbei, zufällig, unbeabsichtigt Erfahrungen machen, die einen Lernprozess auslösen (vgl. GIESECKE 2004, S. 64 f.).

DÖRPINGHAUS et al. (2009) kritisieren, dass Lernen und Lernerfolg meist vom zukünftig gewünschten oder erwarteten *Ergebnis* im Verhalten oder in der Einstellung her bestimmt werden (vgl. S. 146). Das ist wohl eine Folge davon, dass der Lernbegriff in der Erziehungswissenschaft sehr psychologisch geprägt ist. Als Phänomenologin definiert die Erziehungswissenschaftlerin MEYER-DRAWE

(2005) menschliches Lernen dagegen von den *Anfängen* her. »Das Anfangen des Lernens gründet in einer Störung eines unter anderen Umständen verlässlichen Vollzuges. Diese Störung ist ein Widerfahrnis und niemals Ergebnis eines Entschlusses. Ich kann zwar wollen, nicht gestört zu werden, aber nicht, gestört zu werden.« (S. 32) Lernprozesse beginnen demnach mit Irritation und entziehen sich damit in weiten Teilen einer Planbarkeit und Steuerung. »Eine solche Auffassung vom menschlichen Lernen lässt weite Teile gegenwärtiger pädagogischer und didaktischer Anstrengungen, das Lernen zu initiieren, zu planen, zu steuern oder als selbstgesteuert zu propagieren, fragwürdig erscheinen.« (DÖRPINGHAUS et al. <sup>3</sup>2009, S. 146)

Am Lernanfang steht also ein Erlebnis, ein Ereignis, eine Irritation, eine Erfahrung. Lernen heißt dann, diese Erfahrungen für sich so aufbereitet und ausgewertet zu haben, dass sie potenziell in späteren Situationen Änderungen im Verhalten und der Einstellung ermöglicht, solange bis neue Erfahrungen wiederum weitere Modifikationen hervorrufen.

Bildung gilt als typisch deutscher Begriff, der in anderen Sprachen kein Äquivalent hat (vgl. EHRENSPECK <sup>2</sup>2006, S. 65). DÖRPINGHAUS et al. (<sup>3</sup>2009) fassen »das durchgängig leitende Bildungsverständnis« (S. 10) verschiedener Bildungstheorien und Autoren in der Erziehungswissenschaft so zusammen: Bildung ist »die differenzierte, gedanklich und sprachlich vermittelte Auseinandersetzung von Menschen mit sich, mit anderen und mit der Welt« (ebd.). Die Kriterien sind also das Selbst-, Fremd- und Weltverhältnis eines Individuums, wobei der Modus, der das Verhältnis bestimmt, in der »kritischen Reflexivität« (ebd.) festgelegt ist. Reflexivität meint *gedanklich und sprachlich vermittelte Auseinandersetzung*, kritisch meint *differenzierte Auseinandersetzung*, also infrage stellend auf der Basis von Argumenten und Gründen (vgl. ebd.). Der ihrem Bildungsverständnis übergeordnete Wert, wird von den Autoren nicht ausdrücklich genannt. Es ist zu vermuten, dass sie den klassischen Bezugspunkt für Bildung haben – in der Tradition der Aufklärung –, nämlich den Menschen durch Bildung in die Lage zu versetzen, »sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen« (KANT 1784/<sup>2</sup>1975, S. 55), und sie zur Mündigkeit, Selbstbestimmung und Autonomie zu befähigen. Kritisch anzumerken ist, dass die Reflexivität im Bildungsverständnis von DÖRPINGHAUS et al. (<sup>3</sup>2009) stark kognitiv (Gedanken und Sprache) geprägt ist und – zumindest *expressis verbis* – keine emotionale Dimension umfasst.

In welchem Verhältnis stehen Lernen und Bildung zueinander? Lernen muss keine Frage der Bildung sein. Es gibt Lernen ohne Bildung. Denn nach GUDJONS (<sup>10</sup>2008) ist Lernen ein »wertneutraler Begriff« (S. 212). Dem Vorgang des Lernens liegt keine Richtung, keine Wertorientierung zugrunde. Der Mensch kann sozusagen irgendetwas und alles mögliche Sinnvolle oder Nichtsinnvolle lernen.

Bildung dagegen umfasst die Auswertung von Lernvorgängen nach Bedeutung und Bewertung für das Verhältnis zu sich, anderen und der Umwelt. Werden Lernerfahrungen durch Reflexion ausgewertet, geordnet, gewertet und in einen Kontext ihrer (verändernden) Bedeutung für das Verhältnis zu sich, anderen und der Welt gestellt, wird von Bildung gesprochen. Bildung bezieht sich also auf die Veränderung bzw. Neustrukturierung des Selbstbilds des Betreffenden, des Bilds, das er von seinen Mitmenschen hat, und/oder des Verhältnisses, das er zur Welt hat. Bildung impliziert Lernen, es gibt keine Bildung ohne Lernen. In genau diesem Sinne präzisiert MAROTZKI (1990) den Unterschied zwischen Lernen und Bildung. »Lernen innerhalb eines Rahmens hat akkumulierende Funktion. [...] Diese Rahmen legen die Interpunktionsweise von Welt- und Selbstausslegung fest. [...] Bildungsprozesse [...] stellen jene Prozesse dar, durch die sich Welt- und Selbstreferenzen qualitativ ändern.« (ebd., S. 52) Lernen vermehrt quantitativ das Wissen innerhalb eines gegebenen bzw. gewohnten Orientierungsrahmens der Erfahrungsverarbeitung. Die Interpretationsmuster der Selbst- und Weltausslegung sind festgelegt. Bildungsprozesse verändern dagegen den Rahmen selbst und führen, qualitativ gesehen, »zu der Ausprägung eines neuen Selbst- und Weltverhältnisses« (ebd., S. 41). Durch Lernprozesse werden einzelne Verhaltenstechniken und Handlungen vermittelt, durch Bildungsprozesse werden auch Haltungen und Einstellungen im Selbst-, Fremd- und Weltverhältnis geformt sowie ihre Veränderung ermöglicht.

## 3.2 Schizophrenie als Lern- und Bildungsanlass

Ausgehend von der Frage, welche Bedeutung das Thema »Krankheit« generell in der Erziehungswissenschaft hat (Kapitel 3.2.1), zeige ich auf, dass Schizophrenie als Lern- und Bildungsanlass aufgefasst werden kann (Kapitel 3.2.2) – eine Auffassung, zu der es empirische Befunde gibt (Kapitel 3.2.3).

### 3.2.1 Krankheit als Thema in der Erziehungswissenschaft

Dass Krankheit in der Erziehungswissenschaft zum Thema gemacht wird, ist nicht ungewöhnlich. Sowohl die Gesundheitserziehung bzw. -bildung als auch die Biografieforschung beschäftigen sich mit Krankheit. Gesundheitsbildung als primäre Prävention ist ein Gebiet der Erwachsenenbildung (vgl. WITTPOTH<sup>2</sup>2006). Ihr geht es um die Erhaltung der Gesundheit und Vermeidung von Krankheit. Ausgehend von einer Unterscheidung von krankmachendem von gesundheits-

förderlichem Verhalten wird in der Gesundheitsbildung ermutigt, entsprechende Einstellungen und Verhaltensweisen konkret im Alltag umzusetzen und eine gesundheitsgefährdende Lebensweise möglichst zu unterlassen. Dabei geschieht ein Rückgriff auf Erwachsenenbildung. »Krankenkassen, Kliniken und andere Institutionen greifen auf erwachsenenpädagogische Kompetenzen zurück, um Menschen über krankheitsverursachende Faktoren aufzuklären und ihnen bei gesundheitsfördernder Lebensweise behilflich zu sein.« (ebd., S. 192) Die wachsende Bedeutung der Gesundheitsbildung spiegelt sich in Bestrebungen wider, den Bereich der Gesundheitspädagogik als Teildisziplin der Erziehungswissenschaft zu etablieren (vgl. ZWICK 2004, S. 8). Bei schon erkrankten Menschen spricht man im Rahmen der Krankheitsbewältigung und sekundärer Prävention in der Regel nicht mehr von Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung, sondern von Patientenschulung, -anleitung oder Patientenedukation (vgl. HURRELMANN 2001, S. 43). So sind auch für schizophran erkrankte Menschen psychoedukative Programme entwickelt worden.

Ein weiterer Bereich ist die Biografieforschung, in der Krankheit zum Gegenstand pädagogischer Reflexion wird (vgl. z. B. KRÜGER & MAROTZKI <sup>2</sup>2006). »Im Zentrum des Interesses der erziehungswissenschaftlichen Biografieforschung steht das Bemühen, Lebensgeschichten unter dem Fokus von Lern- und Bildungsgeschichten zu rekonstruieren.« (KRÜGER <sup>2</sup>2006, S. 14) Hierbei werden Biografieverläufe und darin enthaltene markante biografische Ereignisse untersucht, mit der Fragestellung wie sich diese bildend für den Betroffenen und seinen weiteren Lebensverlauf ausgewirkt haben. Der Ausgangspunkt dieser Tradition wird in der Regel bei PESTALOZZI (1826/1976) gesetzt, der den Grundsatz geprägt hat: »Das Leben bildet.« (S. 83) Als typische biografische Ereignisse mit einem Bildungspotenzial gelten z. B. berufliche Entscheidungen, Familiengründung, Trennung oder auch manche Krankheiten. In diesem Zusammenhang hat HENNINGSEN (1981) einmal formuliert: »Unglück bildet« (S. 89). Er redet damit nicht einer Idealisierung von Schicksalsschlägen das Wort, sondern weist darauf hin, dass manchen Lebensereignissen ein bildender Charakter innewohnt, der hoch wirksam ist, sich aber einer bewussten bildenden Planung entzieht. »Denn nicht das ist bildend, was einem Individuum irgendwie zustößt (und von außen registriert werden könnte); bildend ist, was dieses Individuum zu einem Bestandteil seiner selbst macht, indem es darüber nachdenkt, mit sich und anderen darüber spricht, sich des Widerfahrenen innewird und sich daran erinnert, was es in sich hineinverwandelt, zu seinem Eigenen macht, integriert [...].« (ebd., S. 93) Der Autor versucht dafür eine beschreibende erziehungswissenschaftliche Kategorie zu finden und schlägt vor, »vielleicht sollte man besser einen passivischen Ausdruck vorziehen, etwa ›unstetige Formen des Gebildetwerdens« (ebd., S. 106 f.).

In dieser Denktradition hat z. B. BIENDARRA (2005, 2006) in Interviews mit betagten Menschen das »Bildungspotenzial« (2005, S. 59) nachzuzeichnen ver-

sucht, das Krankheit jeweils für den Menschen lebensgeschichtlich prägend in sich trug. Sie versteht dabei Krankheit als eine von vielen »biografischen Primärerfahrungen« (2006, S. 45), die »in der Reflexion zum bildenden Ereignis im Leben« (2005, S. 60) werden kann. Für BIENDARRA ist in diesem Sinne Krankheit nicht nur ein biografisches Ereignis, sondern sie spricht von »Krankheit als Bildungsereignis« (2005).

Krankheit aus Sicht der Pädagogik zu betrachten, gibt die Möglichkeit, sich dieser aus dem Blickwinkel des Patienten als Subjekt, also aus einer Ich-Perspektive, zu nähern, statt Krankheit oder den erkrankten Mensch als zu behandelndes Objekt aus einer Es-Perspektive zu verstehen, wie es der in der Medizin übliche objektivierende, klinische und pathologische Blick auf Krankheit nahelegt (vgl. auch BITTNER 2001). In der Es-Perspektive heißt Krankheitsauseinandersetzung, das Krankhafte, das von einer medizinischen, psychologischen, gesellschaftlichen Norm Abweichende zu definieren und zu kategorisieren. Dann gilt es, sich Gedanken zu machen, wie eine entsprechende Therapie, hilfreiche Einstellung zur Krankheit, effektives Bewältigungsverhalten aussehen und eine Vermeidung von Rückfall und erneuter Behandlungsbedürftigkeit erreicht werden kann.

Krankheitsbewältigung in der Ich-Perspektive dagegen ermöglicht einen pädagogisch-anthropologischen Blickwinkel: Die eingetretene Krankheit und die Auseinandersetzung mit ihr wird als »biografische Primärerfahrung« (vgl. BIENDARRA 2006) und damit als Teil des natürlichen Ablaufs eines Lebens verstanden. Krankheit bewältigen heißt dann – unabhängig von krankheitsspezifischen klinischen Erfordernissen – sich einer Herausforderung stellen zu müssen, die das Leben bietet. Das macht unter anderem menschliches Leben aus, sich – immer wieder neu mit Herausforderungen auseinanderzusetzen, ja auseinanderzusetzen zu müssen. Deshalb greift es nach Auffassung von ZAUMSEIL (1997) zu kurz, Schizophrenie nur unter dem Aspekt organischer Fehlfunktionen zu sehen: »Die Auffassung, dass es bei Schizophrenie lediglich um eine Störung von Funktionen gehe, die sich ähnlich verstehen lassen wie physiologische Prozesse, lässt außer Acht, dass wir uns in einer Welt von Bedeutungen bewegen, auf die wir uns ständig beziehen müssen.« (S. 155)

Krankheit als pädagogisches Geschehen zu sehen und mit einem Bildungsgedanken zu verbinden, soll sie aus dem rein klinisch-pathogenen Verständnis herausführen und ihren allgemein menschlichen und biografischen Herausforderungscharakter betonen. So hat beispielsweise BITTNER (2001) seine pädagogisch ausgerichtete Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters im Zentralen auf »Lernaufgaben, die das Leben stellt« (S. 232), aufgebaut. Krankheit ist in seinem Sinne integraler und unvermeidlicher Bestandteil jeden menschlichen Lebens, sie hat ihren »Sitz im Leben« (ebd., S. 203).

### 3.2.2 Impliziter und expliziter Lern- und Bildungsanlass

Schizophrenie ist ein den weiteren Lebensverlauf prägendes Ereignis, das den Betroffenen geradezu zu einer Auseinandersetzung nötigt. Die Erkrankung stellt ein Widerfahrnis (vgl. MEYER-DRAWE 2005) mit Irritationskraft und einem Herausforderungscharakter dar, durch das Lernprozesse und eine Veränderung im Selbst-, Fremd- und Weltverhältnis des Betroffenen ausgelöst wird, denen er sich gar nicht entziehen kann. Und das ist unabhängig davon, ob der Betroffene sich selbst für krank hält oder nicht. Denn selbst, wenn er sich nicht als krank einschätzt, ist er doch damit konfrontiert, dass andere ihn für krank halten und dementsprechend mit ihm umgehen. Mithin wird Schizophrenie zum Lern- und Bildungsanlass.

Schizophrenie als einen Lern- und Bildungsanlass zu sehen, muss berücksichtigen, wie es zu dem Anlass kommt. Lernen und Bildung hat im Allgemeinen eine positive Konnotation: es ist etwas Gutes. Wann immer man die Gelegenheit erhält, sich bilden zu können, darf man sie sich nicht entgehen lassen. Das kann so nicht für diesen Anlass gelten, denn sowohl die Erstmanifestation von Schizophrenie als auch der dann folgende Krankheitsverlauf sind ein extrem belastendes Lebensereignis, eine menschliche Ausnahmesituation (vgl. THURM-MUSSGAY 1990; LAUBENSTEIN 1996; CONRADT & KLINGBERG 2008). Schizophrenie als Lern- und Bildungsanlass ist ein unfreiwilliger Anlass, der buchstäblich notgedrungen zu Lern- und Bildungsprozessen führt. Es ist wie eine Aufgabe zu sehen, die das Leben dem Betroffenen stellt, unabhängig davon, ob er sie haben will oder nicht, so wie ihm das Leben schon viele andere Aufgaben gestellt hat und noch stellen wird. Die Auseinandersetzung mit der Psychose ist in den Worten von BLANKENBURG (1981) »das dem Patienten ›Aufgegebene« (S. 58), im Bitterschen Sinne ist sie eine Lernaufgabe, die das Leben stellt (vgl. BITTNER 2001, S. 232). Der Mensch bildet sich eben nicht nur, weil er will, er bildet sich bzw. lernt auch, weil er es muss. LAUBENSTEIN (1996) stellt die rhetorische Frage: »Welch andere Krisensituation kann einen Menschen derart nachhaltig verändern und ihn aus seinen bisherigen Lebensbezügen herausreißen, wenn nicht die akute Exacerbation einer schizophrenen Psychose?« (S. 10)

Der Lern- und Bildungsanlass bei Schizophrenie kann danach unterschieden werden, ob er implizit oder explizit gesetzt ist. Implizit bedeutet, dass der Lern- und Bildungsanlass durch die vom Leben ungefragt gestellte Herausforderung, schizophren zu erkranken, der Krankheit immanent ist. Der Betroffene kann die Erkrankung nicht ignorieren, da sie so gravierend ist, dass er sich mit ihr in irgendeiner Weise auseinandersetzen muss, um einen Modus vivendi zu finden. Ich bezeichne das als *den impliziten Lern- und Bildungsanlass der Schizophrenie*.

Der den Lebensereignissen innewohnende Zwang, sich mit ihnen auseinanderzusetzen zu müssen, hat Kurt LEWIN (1926, 1931/1982) in seiner Feldtheorie

mit dem Begriff »des Aufforderungscharakters« und in seinem späteren Werk mit dem Begriff »Valenz« beschrieben. Dinge, Zustände und Ereignisse sind nicht neutral, sie sind oder haben einen Aufforderungscharakter, der eine unmittelbare psychologische Wirkung auf die Richtung menschlichen Verhaltens hat (vgl. 1931/1982, S. 177). »Viele Dinge und Ereignisse, denen wir begegnen, zeigen uns gegenüber einen mehr oder weniger bestimmten Willen; *sie fordern uns zu bestimmten Handlungen auf.*« (1926, S. 350) Er grenzt den Begriff »Aufforderungscharakter« vom Begriff »Reiz« ab. »Die Wirkung des Aufforderungscharakters entspricht dynamisch viel stärker einem Befehl, einem Gebot oder einer Forderung.« (1931/1982, S. 210f.) Nach LEWIN (vgl. 1926, S. 351) kann von der Verhaltensrichtung her der Aufforderungscharakter eher anziehend (positiver Aufforderungscharakter) oder abstoßend wirken (negativer Aufforderungscharakter).

An Schizophrenie erkrankt zu sein, kann im Sinne Lewins in der Regel als eine negative Valenz betrachtet werden. Nur ungern oder der Not gehorchend setzt man sich damit auseinander und sei es, dass man ablehnt, sich als krank zu bezeichnen oder bezeichnet zu werden. Gleichgültig, wie sich der Betroffene zu der Erkrankung stellt, der Aufforderungscharakter, der dem Umstand innewohnt, als schizophren diagnostiziert zu werden, ist stets gegeben: in irgendeiner Art wird er sich damit auseinandersetzen müssen, denn er kann sich nicht nicht dazu verhalten.

*Expliziter Lern- und Bildungsanlass* heißt, dass der Anlass von außen gezielt angestoßen, definiert oder gesetzt wird. Zum Beispiel sollen aus Sicht der Kliniker – aufgrund des Vulnerabilitätskonzeptes sowie klinischer und empirischer Erfahrung – schizophren erkrankte Menschen dazu angehalten werden, ihr Verhältnis zur Krankheit und in der Folge ihr Selbst-, Fremd- und Weltverhältnis bewusst mit therapeutischer Unterstützung kritisch-differenzierend zu reflektieren (Bildung). Dies befähigt sie dann, durch Einstellungs- und Verhaltensveränderung (Lernen) gezielt Einfluss auf Krankheitsverlauf, Krankheitsfolgen und Behandlungserfolg nehmen zu können. Um diese Ziele zu erreichen, ist Psychoedukation entwickelt worden. Kliniker haben sozusagen im Behandlungsalltag einen Lern- und Bildungsbedarf der erkrankten Menschen ausgemacht. So gesehen stellt Psychoedukation ein organisiertes Lern- bzw. Bildungsangebot dar. Schizophrenie hat in Form von Psychoedukation eine institutionalisierte Lern- und Bildungsveranstaltung erhalten. Für die Zielgruppe der schizophren erkrankten Menschen sind dementsprechende Lernziele, Curricula, Manuale und didaktische Hinweise formuliert worden: Psychoedukation macht Schizophrenie explizit zum Lern- und Bildungsanlass.

Die durch die beiden Anlässe ausgelösten Lern- und Bildungsprozesse unterscheiden sich in ihrer Zeitdimension. Der der Erkrankung an Schizophrenie innewohnende Lern- und Bildungsanlass löst beim Betroffenen eine grundsätzliche

Auseinandersetzung mit der Erkrankung aus, die unter Umständen ein Leben lang dauert. Der durch Psychoedukation explizit initiierte Lern- und Bildungsanlass ermöglicht einen Lern- und Bildungsprozess, der zeitlich begrenzt ist und gegebenenfalls wiederholt werden kann.

Der Lern- und Bildungsprozess kann von informeller oder formaler bzw. organisierter Art sein. Als wesentliche organisierte Angebote sind Selbsthilfegruppen, Psychoedukation oder Psychotherapie zu nennen. Informelle Lern- und Bildungsangebote ergeben sich beispielsweise über selbsttätige Auseinandersetzung mit Ratgeber-Büchern, Medien- und Internetangeboten (z. B. »Kompetenznetz Schizophrenie«), Zeitungsartikeln, Gesprächen mit Mitpatienten, Familienangehörigen und Freunden, Zufallsbegegnungen, durch Beobachtung, durch Nachdenken.

Schizophrenie als Lern- und Bildungsanlass zu betrachten, hat für die zu bearbeitende Fragestellung der vorliegenden Arbeit und das weitere Vorgehen drei wesentliche Konsequenzen:

1. Es erfüllt einen legitimatorischen Zweck. Psychoedukation für schizophren erkrankte Menschen wird dadurch »offiziell« zum Gegenstand erziehungswissenschaftlicher Betrachtung gemacht. Dies ist die Voraussetzung für ein zentrales Anliegen dieser Arbeit, Psychoedukation erstmalig bewusst in den Kontext von Erziehungswissenschaft und Erwachsenenbildung zu stellen (siehe Kapitel 1). Es legitimiert die Erziehungswissenschaft, sich an dem Diskurs über Psychoedukation zu beteiligen und ihn nicht nur der Psychiatrie bzw. den Ärzten, Psychotherapeuten und Psychologen zu überlassen. Das umfangreiche Wissen der Pädagogik als Wissenschaftsdisziplin, ihre zahlreichen Konzepte und Erkenntnisse über Bildung, Lernen, Didaktik und praktische Vorgehensweise stehen damit der Psychoedukation zur Verfügung. So lässt sich ein pädagogischer Beitrag formulieren, der für die Zukunft eine interdisziplinäre Herangehensweise an Psychoedukation nahelegt. Die Erziehungswissenschaft beteiligt sich somit an der konzeptionellen und inhaltlichen Weiterentwicklung der Psychoedukation und nimmt bei diesem Thema einen Platz als Bezugswissenschaft für die Psychiatrie ein.
2. Üblicherweise gilt Krankheitsbewältigung als Teil der medizinischen und psychologischen Therapie. Die Auseinandersetzung mit Schizophrenie jedoch auch als unfreiwilligen Lern- und Bildungsanlass zu sehen, stellt bewusst eine Schnittstelle zwischen Krankheitsbewältigung und Erziehungswissenschaft her. Durch die Implementierung des Lern- und Bildungsgedanken soll eine erziehungswissenschaftliche Grundlage geschaffen werden, um daraus essenzielle Anregungen und Impulse für eine theoretische und praktische Weiterentwicklung und Verbesserung der Psychoedukation herauszuarbeiten – ein weiteres zentrales Anliegen dieser Arbeit (vgl. Kapitel 1).
3. Mit der Auffassung, Schizophrenie als Lern- und Bildungsanlass zu verstehen, reiht sich die Arbeit in die Tradition mancher Autoren der Erziehungswissen-

schaft ein, Krankheit als Lern- und Bildungsereignis zu werten (vgl. z. B. PESTALOZZI 1826/1976; HENNINGSEN 1981; BITTNER 2001; BIENDARRA 2005).

### 3.2.3 Forschungsergebnisse

Im Rahmen dieser Arbeit kann lediglich ein kurzer Einblick über Lern- und Bildungsprozesse des schizophren erkrankten Menschen gewährt werden. Einschlägige Vorstellungen einzelner Studien müssen entsprechenden Stellen in der Fachliteratur vorbehalten bleiben.

Ohne die Forschungsergebnisse aus dem Kapitel 2.4 inhaltlich zu wiederholen, kann auf einer Meta-Ebene aus ihnen geschlossen werden, dass viele Betroffene, wenn sie befragt werden, differenzierte Einstellungen, Umgangsweisen und unterschiedliche Coping-Strategien bezüglich ihrer Erkrankung haben und diese mit der Zeit auch ändern (können). Mithin haben zum Befragungszeitpunkt bereits Lernprozesse stattgefunden. Ihre Haltungen und Verhaltensweisen werden mit spezifischen Outcome-Variablen korreliert und in Bezug auf diese Variablen in günstig oder ungünstig eingestuft.

Wird das Bildungsverständnis von DÖRPINGHAUS et al. (2009) zugrunde gelegt, als »die differenzierte, gedanklich und sprachlich vermittelte Auseinandersetzung von Menschen mit sich, mit anderen und mit der Welt« (S. 10), wurde bereits im Kapitel 2.4 im Rahmen von Krankheitseinsicht, Compliance, subjektiver Krankheitstheorie und Coping-Verhalten der differenzierte, kontingente und zum Teil sehr ambivalente Auseinandersetzungsprozess der Betroffenen mit der Erkrankung deutlich. Die Forschung hat mittlerweile in einer unüberschaubaren Anzahl an Studien die Auswirkungen der Schizophrenie auf das Selbst-, Fremd- und Weltverhältnis der Betroffenen untersucht.

Zur Fragestellung, welche Auswirkungen die Erkrankung für den Betroffenen *im Verhältnis zu sich* hat, wurde vor allem das Selbstkonzept und Selbstbild untersucht (vgl. z. B. Übersichtsarbeit von LAUBENSTEIN 1996; BUSCHMANN-STEINHAGE 1987; RIEMANN 1987; RAUH 1996). Auch wurde nach den stärksten Beeinträchtigungen und Beschwerden gefragt (vgl. z. B. THURM-MUSSGAY 1990; S. 116–118; SCHAUB 1993, S. 248–251; LAUBENSTEIN 1996, S. 118–124; RAUH 1996, S. 100–102, 121 f.; HUBER 2005, S. 327). Die Ergebnisse zeigen, dass sich durch die Erkrankung das Verhältnis des schizophren erkrankten Menschen zu sich verändert. Dies reflektieren die Betroffenen auch. Ihr Selbstbild organisiert sich durch die Erkrankung um und stabilisiert sich im Laufe der Zeit auf neuem Niveau. Ihr Bild von sich selbst hat oft – aber nicht notwendigerweise – negative, selbstabwertende Züge, verbunden mit vielfältigen Fremdheitsgefühlen. Als häufigste und sehr belastende Beeinträchtigungen werden Konzentrationsmängel,

Schwierigkeiten bei allen alltäglichen Verrichtungen und eine hohe Störanfälligkeit genannt. Gleichzeitig steigt der innere und äußere Druck, handlungsfähig bleiben zu wollen und zu müssen.

Das *Verhältnis schizophrener erkrankter Menschen zu anderen Menschen* kommt als Thema empirischer Untersuchungen vor allem unter der Fragestellung des sozialen Netzes zum Tragen (vgl. z. B. Übersichtsarbeiten bei SCHAUB 1993, S. 102–107; LAUBENSTEIN 1996, S. 75–80; MELCOP 1997, S. 202–206). Sein Verhältnis zu seinen Mitmenschen ändert sich durch die Krankheit und zusätzlich auch im Laufe der Erkrankung. Das soziale Netz ist insgesamt im Hinblick auf die Anzahl der Beteiligten kleiner und bezogen auf die Kontakthäufigkeit »schwächer« als bei Gesunden. Uneinigkeit besteht in der Deutung dieses Befunds: Ist der Schrumpfungsprozess Folge der Krankheit oder ist es ein antizipierender Bewältigungsversuch befürchteter Überforderung durch Kontakt? Weiter werden befürchtete oder erlebte Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen sowie Erlebnisse mit Vorurteilen, sozialer Ausgrenzung und Distanzierung anderer Menschen untersucht (vgl. z. B. SCHULZE 2000; STARK 2005). Über die Hälfte der Betroffenen erzählen von solchen Erfahrungen. Eine psychologische Folge subjektiver Erfahrung durch Stigmata ist die Selbststigmatisierung im Sinne eines internalisierten Stigmas (vgl. AMERING & SCHMOLKE 2007, S. 72), was zu Selbstabwertung, Scham, Verheimlichung und sozialem Rückzug führt und damit erheblich einen Gesundungsprozess erschwert. RIEMANN (1987) thematisiert in einer qualitativen Studie das Auffälligwerden durch die Erkrankung. Manchmal wurden Auffälligkeiten ausschließlich von anderen festgestellt, die dann eine psychiatrische Intervention, mitunter auch Zwangsmaßnahmen, veranlassten. Manche Betroffene bekommen ihr Auffälligwerden mit und wissen, was sie an Konsequenzen riskieren.

Das *Verhältnis des schizophren erkrankten Menschen zur Welt* lässt sich vor allem an Parametern wie der soziökonomischen Integration bzw. Desintegration (vgl. z. B. ZAUMSEIL & LEFERINK 1997a, 1997b; STEFFENS 2004; HUBER 2005, S. 321; BÄUML 2007, S. 126; ALBUS 2007) oder an der Lebensqualität (vgl. z. B. ANGERMEYER et al. 1999; KAROW et al. 2006, S. 203–205; ALBUS 2007) festmachen. Das Beschäftigungs- und Finanzniveau sinkt in der Regel unter den prämorbidem Stand, mit all den finanziellen, sozialen und sinnentziehenden Folgen, sowie wiederum deren Auswirkungen auf die Lebensqualität. Mehrere Studien erwähnen zudem ein Grundgefühl der Fremdheit oder des Fremdwerdens beim Betroffenen (z. B. REIMANN 1987; SCHAUB 1993; ZAUMSEIL & LEFERINK 1997a, 1997b; STEFFENS 2004), das ihm bewusst ist. Steffens nennt es »Verlust lebensweltlicher, vorreflexiver Vertrautheit [...]« (ebd., S. 365). Es ist eine gegenseitige Entfremdung: Der Betroffene ist der Welt und die Welt ist ihm fremd geworden. Zeitlich, räumlich, intentional und vom Austausch her laufen die Welten manchmal parallel nebeneinander.

## 4 Psychoedukation für schizophren erkrankte Menschen

Wie bereits in der Einleitung (vgl. Kapitel 1) ausgeführt, befasst sich die vorliegende Arbeit ausschließlich mit der Psychoedukation für schizophren erkrankte Menschen, um eine thematische Übersichtlichkeit und inhaltliche Konsistenz zu gewährleisten. Deshalb beziehen sich im Folgenden die Ausführungen auch nur auf die Psychoedukation bei Schizophrenie. Vereinzelt Überlegungen zur Psychoedukation im Allgemeinen sind extra gekennzeichnet.

Schizophrenie ist durch Psychoedukation zum expliziten Lern- und Bildungsanlass gemacht worden. In diesem Kapitel soll nun ein Überblick über Psychoedukation gegeben werden: Was wird darunter verstanden? (Kapitel 4.1) In welchem historischen Kontext muss sie gesehen werden? (Kapitel 4.2) Welche Ziele verfolgt sie und welche Zielgruppen hat sie? (Kapitel 4.3) Welche Manuale gibt es und wie ist ihr Aufbau? (Kapitel 4.4) Welche Forschungs- und Evaluationsergebnisse liegen zur Psychoedukation vor? (Kapitel 4.5) Ist Psychoedukation Gesundheitserziehung oder Gesundheitsbildung? (Kapitel 4.6) Nach diesem Überblick wird Psychoedukation in den Kontext von Erwachsenenbildung gestellt (Kapitel 4.7).

### 4.1 Was ist Psychoedukation?

Der Begriff »Psychoedukation« wurde in dieser Arbeit bisher mehrfach verwendet, ohne ihn jedoch genau zu definieren. Das soll hier nachgeholt werden. Der Ausdruck »Psychoedukation« ist etymologisch gesehen ein Kunstwort. Er wurde im psychiatrischen Kontext erstmals 1980 in den USA in einer Veröffentlichung von ANDERSON et al. (1980) verwendet. Die Autoren entwickelten eine verhaltenstherapeutisch orientierte Familienintervention mit einer Kombination aus edukativen Elementen (z. B. Patientenaufklärung, Informationsvermittlung über die Krankheit und ihre Behandlungsmöglichkeiten) sowie psychotherapeutischen Elementen wie Kommunikations- und Problemlösetraining, sozialem Training, Stressbewältigung und Angehörigenberatung.

In Deutschland wurde 1996 eine Arbeitsgruppe »Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen« gebildet, die sich über allgemein akzeptierte Grundsätze

der Psychoedukation verständigen wollte. Aus ihr ging 2006 die »Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation« hervor. In dem sogenannten »Konsensuspapier zu psychoedukativen Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen« der Arbeitsgruppe (2008) wird Psychoedukation folgendermaßen definiert: »Unter dem Begriff der Psychoedukation werden [...] systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. [...] Die Wurzeln der Psychoedukation liegen in der Verhaltenstherapie [...].« (Arbeitsgruppe Psychoedukation 2008, S. 3) Auf diese Definition wird in der Literatur am häufigsten Bezug genommen. Wenn ich mich im Folgenden auf die Arbeitsgruppe und das Konsensuspapier beziehe, werde ich als Kurzformel von der »Arbeitsgruppe Psychoedukation« und ihrem »Konsensuspapier« sprechen.

Die Arbeitsgruppe Psychoedukation weist eigens darauf hin, dass mit »Eduktion« nicht »Erziehung« verstanden werden soll, »sondern Aufklärung, Wissenserarbeitung und Bildung [...].« (ebd.). Psychoedukation wird also ausdrücklich in den Kontext von Bildung gestellt, leider ohne dies nachfolgend inhaltlich genauer auszuführen. In der ersten Auflage des Konsensuspapiers aus dem Jahr 2003 wurde der Ausdruck »Bildung« noch gar nicht verwendet. Der Begriff »Bildung« bleibt merkwürdig blass, wird inhaltlich nicht weiter beschrieben und hat schon gar keine konzeptuellen oder handlungsrelevanten Konsequenzen für das Verständnis und Geschehen innerhalb der Psychoedukation.

BÄUML (2005 a) betont, dass Psychoedukation sich nicht von »educare« ableitet, sondern eher von »educere« (vgl., S. 1). Er verweist auf die wörtliche Übersetzung von »educere«, wenn er Psychoedukation als ein »psychotherapeutisches gestütztes ›Herausführen‹ aus dem Informationsdefizit bezüglich der eigenen Erkrankung« (BÄUML 2007, S. 12 f.) versteht. So will er denn auch Psychoedukation gegen Indoktrination abgegrenzt wissen. »Psychoedukation versteht sich nicht als autoritär-direktive Intervention, um die Patienten gegen ihren Willen mit einer fremden Überzeugung zu indoktrinieren.« (ebd., S. 12)

Erstaunlich ist, dass in der Definition der Arbeitsgruppe nicht von Lernen oder einem Lernvorgang gesprochen wird. Ein Bezug zur Bildung wird lediglich begrifflich hergestellt, aber inhaltlich nicht näher ausgeführt. Psychoedukation hat jedoch laut Definition Lern- und Bildungsabsichten: Der Betroffene soll Wissen erhalten, informiert werden und Kompetenzen im Umgang mit der Krankheit vermitteln bekommen (Lernen). Grundsätzlich wird eine Auseinandersetzung mit der Erkrankung (Bildung) in verschiedenen Bezügen angestrebt.

Diese Lern- und Bildungsabsichten setzen gewisse Lehraktivitäten voraus. Von Lehre ist in der Definition allenfalls sehr indirekt die Rede. Aus dem Ausdruck »systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen« (Arbeitsgruppe

Psychoedukation<sup>2</sup>2008, S. 3) im erwähnten Konsensuspapier könnte man auf eine Lehrabsicht schließen. An anderer Stelle (vgl. ebd., S. 11) wird auf didaktisches Vorgehen eingegangen, doch das umfasst in lediglich 17 Zeilen den festgelegten Ablauf der Sitzungen und den Einsatz von Medien. Der durch Psychoedukation initiierte und beabsichtigte Lehr-, Lern- und Bildungsprozess wird nicht weitergehend thematisiert und reflektiert. Er bleibt implizit. Damit wird deutlich, dass die Definition und das Verständnis von Psychoedukation klinisch und nicht pädagogisch geprägt sind.

In der Literatur wird Psychoedukation entweder als Teil der Psychotherapie – und hier vor allem der Verhaltens- oder Familientherapie – (vgl. z. B. FIEDLER 1996; HORNING 1999; WIENBERG & SIBUM<sup>3</sup>2003) oder als ein eigenständiges psychosoziales Verfahren im Gesamtbehandlungsplan gleichrangig neben den einzelnen Psychotherapieverfahren verstanden (vgl. z. B. BEHRENDT & KRISCHKE 2005; HUBER<sup>7</sup>2005; BÄUML 2007; SCHMAUSS<sup>2</sup>2006). Laut den Praxisleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2005) wird Psychoedukation den psychosozialen Therapien zugeordnet, die die dritte Säule in der Behandlung von Schizophrenie – neben den Psychotherapien und den somatotherapeutischen Therapien (z. B. Pharmakotherapie, Elektrokrampftherapie) – darstellen. Egal wie die Autoren zu der Frage stehen, das inhaltlich Verbindende innerhalb der Psychoedukation ist nicht eine spezifische psychotherapeutische Ausrichtung, sondern die gemeinsame Orientierung am Vulnerabilitätskonzept als zugrunde liegendes Krankheits- und Behandlungsmodell (vgl. Arbeitsgruppe Psychoedukation<sup>2</sup>2008, S. 12).

Überraschenderweise konnte ich eine ausgesprochen pädagogisch orientierte Definition der Psychoedukation finden. Diese Definition wurde von BUTTNER (1996) vorgelegt: »Psychoedukation ist eine pädagogische Behandlungsform der sekundären Prävention in der Medizin (Psychiatrie), die im Rahmen einer umfassenden Behandlung oder Rehabilitation stattfindet. Sie [...] zielt darauf, das Verhalten des Patienten oder Angehörigen in einem gesundheitsfördernden Sinn zu beeinflussen. Zentrale Momente sind die strukturierte Vermittlung präventiv relevanter Informationen durch Experten und der Einsatz behavioraler Elemente (Verhaltensmodelle) zur Umsetzung der vermittelten Inhalte in praktische Fertigkeiten. Psychoedukation bezieht die Erfahrungen der ›Edukationsnehmer‹ in den Lernprozess ein.« (S. 195) Für BUTTNER ist allen psychoedukativen Programmen das »pädagogische Element« (ebd., S. 194) gemeinsam: »Patienten oder Angehörige sollen wichtige Tatsachen, Modelle und Handlungsmuster erlernen.« (ebd.)

Buttner stellt Psychoedukation in den Kontext von Prävention, Gesundheitsförderung und Lernen. Die Wissensvermittlung ist dabei eine entscheidende Säule. Sie muss sich, weil es »pädagogisch wirksamer ist« (ebd.), zum einen auf die subjektiven Erfahrungen der Betroffenen beziehen. »Einsicht und Aus-

einandersetzung können leichter erzielt werden, wenn die Krankheitskonzepte der Patienten und Angehörigen sowie deren Fragen und aktuellen Probleme einbezogen werden.« (ebd.) Zum anderen wird angestrebt, das Wissen in Verhaltensmöglichkeiten und Handlungsmuster umzusetzen (z. B. Erstellen eines Notfallplans, Rezidivprophylaxe), damit es nicht nur theoretisch bleibt oder zu trägem Wissen wird. Dabei soll Psychoedukation helfen. Die Betonung, dass der Psychoedukation ein Lernvorgang innewohnt, der von der subjektiven Erfahrung ausgeht, der eine Umsetzbarkeit des vermittelten Wissens anstrebt und der insgesamt präventiv und gesundheitsfördernd wirken soll, gibt dieser Definition auch in seiner Wortwahl eine pädagogische Prägung. In dieser Denkart wird deutlich, dass Psychoedukation einen Lern- und Bildungsprozess initiieren will. Auf die Definition von Buttner wird in der nachfolgenden Fachliteratur – nach meinen Recherchen – lediglich einmal bei BEHRENDT (2004) Bezug genommen.

Aus erziehungswissenschaftlicher Sicht muss festgehalten werden, dass Psychoedukation in ihrem Selbstverständnis klinisch-medizinisch geprägt ist und den ihr innewohnenden und auch beabsichtigten Lern- und Bildungsprozess vernachlässigt und nicht zufriedenstellend positioniert. Die Auffassung BUTTNER'S (1996), Psychoedukation ist eine »pädagogische Behandlungsmethode« (S. 195) und bedeutet einen »Lernprozess« (ebd.), wird in der Fachdiskussion nicht weiter verfolgt.

## 4.2 Psychoedukation im historischen Kontext

Will man Psychoedukation für schizophran erkrankte Menschen in einen historischen Kontext stellen, müssen mindestens drei Hintergründe genannt werden, die die Entstehung der Psychoedukation begünstigt und ermöglicht haben: ein medizinisch-psychologischer, ein pädagogischer und ein speziell psychiatrischer. Der medizinisch-psychologische und pädagogische Hintergrund stellen auch den geschichtlichen Kontext von Psychoedukation bei allen anderen Erkrankungen dar.

Der *medizinisch-psychologische Hintergrund* ist von der Verhaltensmedizin und Gesundheitspsychologie (vgl. SCHWARZER 2005) geprägt, die sich beide im deutschsprachigen Raum Mitte der 1980er-Jahre etablierten (vgl. KRYSPIN-EXNER 1998). Psychoedukation steht in der Tradition der »Patientenschulung«, die eine typische Intervention der Verhaltensmedizin und der Gesundheitspsychologie ist. Die Verhaltensmedizin untersucht psychologische Einflussmöglichkeiten auf Krankheitsentstehung, -bewältigung, -verlauf, Rückfallgefährdung und Progredienz und will den erkrankten Menschen in den Stand versetzen, diese auch im Alltag umzusetzen (vgl. ELLGRING 1990, S. 47). Patientenschulung ist eine

psychologische Begleitbehandlung einer Krankheit mit den Zielen, Wissen über die jeweilige Krankheit zu erwerben sowie ein adäquates Krankheitsbewältigungsverhalten auszubilden bzw. zu trainieren. Dies soll durch Information und Aufklärung über die Krankheit sowie über Schulung der Selbstbeobachtung mit daran anknüpfendem Kompetenztraining erreicht werden. Typische Ziele einer verhaltensmedizinischen Intervention sind nach ELLGRING (ebd., vgl. S. 48): Veränderung krankheitsauslösenden (Fehl-)Verhaltens, Verbesserung der Therapeut-Patient-Interaktion, Verbesserung der Compliance, Krankheitsprävention und Förderung des Gesundheitsverhaltens, Erlernen angemessenen Coping-Verhaltens zur Abmilderung der Krankheitsfolgen und Veränderung krankheitsfördernder Lebensgewohnheiten.

Im Fokus der Gesundheitspsychologie befindet sich Prävention, Rehabilitation und die Erhaltung von Gesundheit. »Entsprechend konzentrieren sich die Maßnahmen der Gesundheitspsychologie im Gegensatz zur eher individuumsozialorientierten Verhaltensmedizin vor allem darauf, Gruppen oder Populationen zu informieren und zu unterweisen.« (KRYSPIN-EXNER 1998, S. 121) Diese Informationen und Unterweisungen wurden als Patientenschulungen vor allem für chronisch kranke Menschen ausgearbeitet und zum Teil manualisiert. Typische Patientengruppen sind z. B. Schmerz-, Asthma-, Adipositas-, Schlaganfall-, Parkinson-, Herz-Kreislauf-, Multiple Sklerose-Erkrankte.

Psychoedukation lässt sich auch in die *pädagogische Tradition der Gesundheitserziehung* stellen, deren Anfänge bis in die Zeit der Aufklärung zurückzuführen sind (vgl. z. B. HAUG 1991, S. 109–124). Die klassische Auffassung der Aufklärung war, durch populärmedizinische Schriften, Belehrung und Schulung alle Menschen zu gesundheitsförderlichem Verhalten erziehen zu können. Der Gesundheitskatechismus des Arztes Bernhard Christoph Faust von 1792 entwickelte sich z. B. zu einem Standardwerk für Schulen und erschien noch bis 1954 in immer wieder neuen Auflagen (vgl. ZWICK 2004, S. 23). Aufklärung wurde als Pflicht angesehen und geschah damit auch ungefragt. »Das ständige Moralisieren und Dozieren der Aufklärer empfanden also die Zeitgenossen nicht etwa als aufdringlich, sondern als wesentliche Pflicht.« (REBLE <sup>19</sup>1999, S. 141)

Gesundheitspflege war staatliche, aber auch staatsbürgerliche Pflicht. Der Bürger hatte sich um die Erhaltung seiner Gesundheit zu kümmern. OSTERHAUSEN schreibt 1798: »Nun ist es aber für jeden Menschen Pflicht, für die Erhaltung seines Lebens und seiner Gesundheit zu sorgen, und alles zu vermeiden, was sie beschädigen könnte. Es ist dies ein Moralgesetz.« (S. 17) Es ist »ein allgemein verbindendes Moralgesetz [...], welches Selbsterhaltung befiehlt, von dessen Verbindlichkeit sich niemand freisprechen kann, ohne seine Pflichten zu verletzen, und sich vor dem Richterstuhl seines Gewissens verantwortlich zu machen« (ebd., S. 11). Hier wird die Pflicht zur Gesundheit, der der einzelne Bürger nachzukommen hat, grundgelegt – eine Pflicht, die durchaus auch heute (wieder) eingefordert

wird. HAUG (1991) spricht vom »Zwangscharakter« (S. 293), da jeder dazu bewegt werden soll, »sich, nicht nur im Interesse des eigenen Wohlbefindens, sondern oft gegen das eigene Wohlbefinden gerichtet, im Interesse der möglichst langen Verwertbarkeit durch Staat oder Unternehmer, ›gesundheitsgerecht‹ zu verhalten« (ebd.).

Noch bis in die 1970er-Jahre hinein baute Gesundheitserziehung darauf, durch fachliche Autorität, Aufklärung und Sachinformation zielorientiert gesundheitsgefährdendes Verhalten zu verhindern und eine entsprechend veränderte Einstellung zu erreichen. Die Sicht war geprägt von »paternalistisch-mechanistisch dominierten Vorstellungen« (RAKOVSKY & STOPPE 2004, S. 133): Der kompetente Fachexperte verordnete dem unwissenden Laien das richtige Verhalten, was dieser gehorsam zu befolgen hatte. Was als vernünftiges und anzustrebendes Ziel galt, wurde am Vermeiden gesundheitlichen Risikoverhaltens gemessen und entsprechend normativ vorgegeben (z. B. du sollst nichts Fettiges essen). HURRELMANN (2001) bezeichnet diese Art der Gesundheitserziehung als »autoritatives Konzept« (S. 42).

In den 1980er-Jahren erfuhr die Gesundheitserziehung eine »partizipative Ausrichtung« (HURRELMANN 2001, S. 40). Statt Risikoverhalten und Risikofaktoren zu vermeiden, ging es nun um den Aufbau und die Stärkung persönlicher und sozialer Kompetenz, gesundheitsförderndes Verhalten zu entwickeln. Die Ziele der Gesundheitserziehung im partizipativen Sinne werden weder von außen durch eine Autoritätsperson gesetzt noch werden sie normativ abgeleitet. Der Betroffene soll vielmehr motiviert werden, mit Kompetenzen zur gesundheitlichen Selbststeuerung ausgerüstet, die selbstbestimmte Auseinandersetzung mit der Krankheitssituation zu gestalten. Er entscheidet, welches Ziel er verfolgt und wobei er beraten, informiert, gelenkt und geleitet werden will. Die Wissensvermittlung geschieht also nicht ungefragt und muss daher so gestaltet sein, »dass es an die persönlichen Erlebnisse und die Lebenserfahrungen der Adressaten anknüpft und in ihr Verhaltensrepertoire übernommen und umgesetzt werden kann« (ebd., S. 41).

Manche Autoren verwenden für die partizipativ gestaltete Gesundheitserziehung sensu Hurrelmanns den Begriff »Gesundheitsbildung« (vgl. z. B. HAUG 1991; BITTNER 2006). Nach HAUG (1991) ist Gesundheitsbildung ausgerichtet auf »den mündigen, sich selbst bestimmenden, aktiven und selbstverantwortlichen Menschen [...], dem sie durch Bereitstellung von Informationen, Materialien und Wahlmöglichkeiten die Chancen bieten kann, für sich selbst die angemessensten Entscheidungen zu treffen« (S. 406).

Auch Psychoedukation will über Krankheit aufklären und gesundheitsförderliches Wissen vermitteln. Der Fragestellung, ob dies eher in der Haltung und im Verständnis von Gesundheitserziehung oder Gesundheitsbildung geschieht, werde ich nachgehen, nachdem die Ziele und Inhalte der Psychoedukation mit

schizophren erkrankten Menschen im Folgenden vorgestellt worden sind (siehe Kapitel 4.6).

Der speziell *psychiatrisch geprägte historische Hintergrund* der Psychoedukation mit schizophren erkrankten Menschen ergibt sich aus der Entwicklung des Vulnerabilitätskonzepts in den 1970er-Jahren. Von klinischer Seite wurde die Notwendigkeit gesehen, den Betroffenen und seine Angehörigen über Einflussmöglichkeiten auf das Krankheitsgeschehen zu informieren, entsprechendes relevantes Wissen weiterzugeben und ihnen adäquates Bewältigungsverhalten nahezubringen. Vorausgegangen war die Einführung der Psychopharmaka in den 1950er-Jahren, die eine ambulante Behandlung schizophren erkrankter Menschen ermöglichte. Dies führte zu deutlich verkürzten Klinikverweildauern. Die Ende des 18. Jahrhunderts entstandenen Irrenanstalten und Hospitäler wurden nun enthospitalisiert. Die bis dahin oft auch dauerhospitalisierten Betroffenen waren nach der Entlassung aus den »Anstalten« mit einem selbstständigeren Leben mit der Erkrankung konfrontiert. Auf viele Angehörige kamen so neue und nicht immer leichte – manchmal auch überfordernde – Betreuungsaufgaben zu. Der Informationsbedarf stieg bei allen Beteiligten deutlich an, bei den Betroffenen auch wegen der medikamentösen Nebenwirkungen. Anfangs waren die Rückfallraten überraschend hoch, angesichts der neuen Option, Medikamente einsetzen zu können. Dadurch bekam die ambulante Behandlungscompliance eine zentrale Bedeutung, wie z. B. BÄUML (2007) deutlich macht: »Dieses Konzept der ambulant gestützten Behandlung kann aber nur dann seine volle Wirkung entfalten, wenn alle an der Behandlung Beteiligten die heute zur Verfügung stehenden therapeutischen Instrumente konsequent nutzen. Deshalb ist ein die Pharmakotherapie unterstützendes psychosoziales Therapieverfahren erforderlich, das möglichst alle Patienten erreicht [...].« (S. 128) Mit dem unterstützenden psychosozialen Therapieverfahren meint der Autor Psychoedukation.

In den 1980er-Jahren äußerten Angehörige wie Betroffene zunehmend den Wunsch nach Einblick in das Krankheitsgeschehen und in den therapeutischen Prozess, um beides nachvollziehen und auch mitbestimmen zu können. 1985 wurde der »Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker« und 1992 der »Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener« gegründet. Selbstbewusster geworden, forderten beide Gruppen sowohl in der individuellen Therapieplanung als auch in der psychiatriepolitischen Planung weniger Bevormundung und mehr Teilhabe und Mitbestimmungsrechte. In der Literatur wird dies unter den Begriffen der Entstigmatisierung, der Personenzentrierung, des Empowerments und – zunehmend – des Recovery diskutiert. Personenzentrierung bedeutet – im Gegensatz zu Institutionszentrierung –, dass das Hilfsangebot sich in erster Linie den Bedürfnissen der Betroffenen anzupassen hat und nicht umgekehrt (vgl. AMERING & SCHMOLKE 2007, S. 52). Empowerment und der Recovery-Gedanke

sind Forderungen nach deutlich mehr Einflussnahme und Selbstbestimmung der Betroffenen bei der Wahl der Behandlungsziele und Behandlungsmethoden (siehe Kapitel 4.6.1).

Historisch gesehen wurde also von professioneller wie von betroffener Seite relativ zeitgleich und zudem auch inhaltlich ein ähnliches Anliegen formuliert. Jene wollten informieren, diese informiert werden. Die Entwicklung von Psychoedukation war die Antwort: 1980 in Amerika und 1989 in Deutschland, damals zunächst als Übersetzungen englischsprachiger Manuale.

Psychiatriegeschichtlich kritisch anzumerken ist, dass offensichtliche strukturelle Verbesserungen in der Versorgung psychisch kranker Menschen jedoch auch einer subtilen Disziplinierung dienen können. Das gilt für die Vergangenheit und möglicherweise auch für die Gegenwart. FOUCAULT (<sup>11</sup>1995, <sup>12</sup>1998) hat z. B. den Ruhm der Befreiung der psychisch kranken Menschen am Ende des 18. Jahrhunderts aus den Ketten und Kerkern der Internierungshäuser als Mythos (vgl.<sup>11</sup>1995, S. 502 f.) entlarvt. Die Sicht, den Wahnsinnigen als Kranken zu betrachten und ihm eine entsprechende Heilbehandlung zukommen zu lassen, ist erst eine Erfindung des 18. Jahrhunderts (vgl. ebd., S. 91). Daher verschwinden zu Beginn des 19. Jahrhunderts europaweit die Internierungshäuser (vgl. ebd., S. 88) und es entstehen die Asyle, Irrenanstalten, Heilanstalten oder Hospitäler. Nach Foucault ist die Entstehung der Asyle jedoch nicht Ausdruck einer Reformbewegung der Institutionen oder neuer Leitbilder. Auch im Asyl setzt sich – wie in den Internierungshäusern – eine Machstruktur fort, die subtiler ist, nicht von so offensichtlicher, physischer Natur wie Ketten und Kerker. »Überwachung und Beurteilung« (ebd., S. 510) – und keinesfalls Freiheit oder Behandlung im heutigen Verständnis – machen das Profil der Asyle aus. Foucault analysiert die Machtstruktur der Asyle und verdeutlicht ihr Überwachungs- und Disziplinierungssystem anhand verschiedener Punkte.

1. Da Wahnsinn im Asyl als Krankheit aufgefasst wird und damit der Makel der Schuldhaftigkeit einer Verfehlung verloren geht, hat der Geisteskranke zwar nicht mehr Schuld an seiner Krankheit aber dennoch eine Verantwortung für seine Handlungen und sein Denken. »Der Irre als Irrer innerhalb jener Krankheit, für die er nichts mehr kann, muss sich verantwortlich für alles das fühlen, was in ihr die Moral und die Gesellschaft zerstören kann, und für die Bestrafung, die er leidet, nur sich selbst verantwortlich machen.« (ebd., S. 506). Typische vom Geisteskranken zu verantwortende Fehler sind vor allem z. B. verrücktes Verhalten, Vernachlässigung von Pflichten, Nahrungs- und Arbeitsverweigerung oder Ungehorsam.
2. Die Schuldhaftigkeit ist vermittels einer beständig drohenden Verurteilung organisiert. Die Hauptaufgaben der Asyle sind »Zucht und Bestrafung« (ebd., S. 308). Die durch das Verständnis des Wahnsinns als Krankheit entwickelten therapeutischen Methoden werden gleichzeitig auch zu Bestrafungen (z. B.

Bäder, kalte Duschen, Untertauchen). Das Asyl verurteilt den Kranken unmittelbar und in letzter Instanz, mit eigenen Strafinstrumenten nach therapeutisch begründetem Gutdünken (vgl. ebd., S. 524). »Er muss wissen, dass er überwacht, beurteilt und verurteilt wird. Von der Verfehlung zur Strafe muss die Verbindung klar verlaufen wie eine von allen anerkannte Schuldhaftigkeit [...].« (ebd., S. 525)

3. Die Durchsetzung von Überwachung, Disziplin und Beurteilung setzt den Betroffenen fortwährend dem Blick der Wärter und Ärzte zur moralischen und wissenschaftlichen Beobachtung, Klassifizierung und Beurteilung aus. Das Asyl nimmt damit eine Definitionsmacht ein. Der beobachtende und klassifizierende Blick bleibt aber stets an der Oberfläche. »Man beurteilt ihn nur nach seinen Handlungen, man fragt nicht nach seiner Intention und versucht nicht, seine Geheimnisse zu ergünden. Er ist nur für jenen Teil seiner selbst verantwortlich, der sichtbar ist, während der ganze Rest zum Schweigen verurteilt ist. Der Wahnsinn existiert nicht mehr als sichtbares Wesen.« (ebd., S. 509)
4. Die Perspektive der Beurteilung macht aus dem Individuum »einen Fall, der sowohl Gegenstand für eine Erkenntnis wie auch Zielscheibe für eine Macht ist« (1998, S. 246). Fall zu sein, bedeutet, die Individualität als auszuwertende Auffälligkeit zu erfassen. Im Fall wird bewusst die Individualität beschrieben, abgeschätzt, gemessen und mit anderen verglichen, um sie »zu dressieren oder zu korrigieren, zu klassifizieren, zu normalisieren, auszuschließen [...]« (ebd.). Kranke werden »seit dem 18. Jahrhundert im Zuge des Ausbaus der Disziplinarmechanismen immer häufiger zum Gegenstand individueller Beschreibungen und biografischer Berichte« (ebd., S. 247), aus denen »ein Mittel der Kontrolle und eine Methode der Beherrschung« (ebd.) gemacht wird.
5. Im Dienste der Disziplinierung stehen Instrumente, die in den Alltag der Asyle und Hospitäler implementiert werden. Ende des 18. Jahrhunderts wird die Visite eingeführt. »Aus der unregelmäßigen und flüchtigen Inspektion von einst [im Internierungshaus] ist eine geregelte Beobachtung geworden, die den Kranken in eine fast ununterbrochene Überprüfungssituation versetzt.« (ebd., S. 239, Zusatz vom Verfasser) Zur gleichen Zeit entstehen auch die Aufzeichnungs- und Dokumentationsformen. Mit Akten kann man Unterlagen sammeln und ordnen, Vergleiche ziehen, klassifizieren, Kategorien bilden, Durchschnitte ermitteln, Normen fixieren (vgl. ebd., S. 244 f.).

Foucault zeigt mit seiner Analyse, dass die Befreiung der Geisteskranken aus den Ketten und Kerkern und die damit einhergehende vermeintliche Humanisierung der Verhältnisse sich bei genauer Betrachtung als Fortsetzung von Isolation, Überwachung, Machtausübung und Disziplinierung mit anderen Mitteln erweist. Das macht nachdenklich, ob nicht spätere Reformbemühungen in der Verbesserung der Versorgungsstrukturen für Menschen mit psychischen Erkrankungen erneut wieder dem gleichen Mechanismus unterliegen. Im Sinne Foucaults ist deshalb

kritisch zu fragen, wieweit Enthospitalisierung, gemeindenahe ambulante Versorgung und Aufklärung der Betroffenen durch Psychoedukation auch subtile Mechanismen der Überwachung, Machtausübung und Disziplinierung enthalten, die kaum thematisiert werden. Könnten heute z. B. Psychopharmaka und ein – scheinbar so unschuldiges und über jeden Zweifel erhabenes – Lernangebot der Psychoedukation durch die Vermittlung von standardisierten Behandlungsweisen auch im Dienste einer Disziplinierung psychisch kranker Menschen stehen?

### 4.3 Ziele und Zielgruppen

Die Adressaten für Psychoedukation bei Schizophrenie sind die Betroffenen und ihre Angehörigen. Als Betroffene gelten in diesem Zusammenhang Menschen mit einer schizophrenen oder schizoaffektiven Erkrankung. Es wird zwischen einem monofokalen und einem bifokalen Ansatz unterschieden. Bei Ersterem wird nur Betroffenen oder deren Angehörigen alleine Psychoedukation angeboten, beim bifokalen Ansatz erhalten beide Gruppen während der Behandlung parallel Psychoedukation.

Inzwischen ist Psychoedukation ausdrücklich als Behandlungselement der Therapie schizophrener erkrankter Menschen in die aktuellen Behandlungsleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2005) aufgenommen worden. Dort heißt es: »Psychoedukation als psychosoziale Basisbehandlung für möglichst alle Patienten und deren Angehörige hat sich bewährt und sollte deshalb unverzichtbarer Teil des Routinebehandlungsangebotes werden.« (ebd., S. 85) Innerhalb der Gruppe der schizophren Erkrankten gibt es aus Sicht des Konsensuspapiers der Arbeitsgruppe Psychoedukation (vgl. <sup>2</sup>2008, S. 6) oder der Autoren PITSCHER-WALZ und BÄUML (2007) »keine generellen Kontraindikationen« (S. 115) für die Psychoedukation: Weder kognitive Einschränkungen noch mangelnde Krankheitseinsicht noch produktiv-psychotische Symptomatik sprechen von vornherein und generell gegen eine Teilnahme. Entscheidend sei, auf die Situation jeweils einzugehen, das heißt anschaulich, langsam, wiederholend zu sprechen, nur eine begrenzte Anzahl krankheitsuneinsichtiger Patienten in die Gruppe zu nehmen, zeitlich limitierte Treffen mit Pausen und einer überschaubaren Informationsmenge zu gestalten. Grenzen sehen die Autoren lediglich bei mangelnder deutscher Sprachkenntnis und bei ausgeprägten Ängsten vor Gruppen, bei Letzteren aber auch nur solange, bis diese durch andere therapeutische Maßnahmen abnehmen. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2005, vgl. S. 83) nennt in ihren Praxisleitlinien noch als Kontraindikation erhebliche Intelligenzeinbußen.

Bei akut erkrankten Menschen in der Klinik, wenn sie floride produktiv-psychotische Symptome, außerordentliche Konzentrations- und Denkstörungen haben, erheblich antriebsgesteigert oder unruhig sind (vgl. auch RABOVSKY & STOPPE 2006, S. 544) oder sich in schwerer depressiv-suizidaler Stimmung befinden (vgl. PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2007) können aufgrund der vorübergehend eingeschränkten Gruppenfähigkeit einerseits und der Belastung der anderen Teilnehmer andererseits *zunächst* eine Teilnahme beide Seiten überfordern. Im Grunde müssen als Minimalvoraussetzungen lediglich eine »Gruppenfähigkeit« und die Bereitschaft gegeben sein, an einer Gruppe teilnehmen zu wollen. Von klinischer Seite werden also so gut wie keine krankheitsspezifischen Ausschlusskriterien für Psychoedukation formuliert. Die Schwere der Symptomatik stellt generell kein Teilnahmehindernis dar. Das macht Psychoedukation zu einem Verfahren, in dessen Genuss nicht nur die Gesünderen kommen, schizophrene erkrankte Menschen können gerade *mit* ihrer Erkrankung an Psychoedukation teilnehmen.

In der klinischen Literatur werden verschiedene Ziele der Psychoedukation in unterschiedlicher Anzahl und mit unterschiedlichen Schwerpunkten genannt (vgl. z. B. BUTTNER 1996; BÄUML et al. 1999; BÄUML et al. 2005; HUBER 2005; BEHRENDT & KRISCHKE 2005; RABOVSKY & STOPPE 2006; BÄUML 2007; PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2007; Arbeitsgruppe Psychoedukation 2008). Im Wesentlichen lassen sich sieben Ziele zusammenfassen:

1. Information und Aufklärung über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten,
2. Vermittlung von Kompetenzen im Umgang mit der Erkrankung,
3. Förderung der Krankheitseinsicht und langfristigen Compliance,
4. emotionale Entlastung,
5. Verbesserung des subjektiven Empfindens,
6. Reduzierung der Behandlungskosten und,
7. ein zeitökonomisches Ziel.

Die *Information und Aufklärung* ist nach BÄUML (2007) »spezifisch psychoedukativ« (S. 60). Sie ist konstitutiv für Psychoedukation. Aus ethischer und juristischer Sicht hat der Patient ein Recht auf Aufklärung und Information. Inhaltlich geht es darum, die Betroffenen umfangreich über die klinischen Aspekte der Krankheit, wie z. B. Symptome und Verlaufsformen, sowie über das Vulnerabilitätskonzept und den sich daraus ableitenden Behandlungsmöglichkeiten, in einer verständlichen, nachvollziehbaren und anschaulichen Art zu informieren und aufzuklären (vgl. ebd., S. 59, Arbeitsgruppe Psychoedukation 2008, S. 8–10). Information und Aufklärung versucht die Frage des Betroffenen, was ist mit mir los, zu beantworten. Die Absicht ist, dass er durch das verbesserte Wissen Zusammenhänge zwischen dem eigenen Erleben, den Symptomen und deren Deutung sehen, verstehen und einordnen kann und das angewandte Be-

handlungskonzept als in sich schlüssig erlebt. Dazu bedarf es eines funktionalen Krankheitskonzepts. »Funktional ist ein Krankheitskonzept dann, wenn es zur Erreichung eines Behandlungsziels [...] beiträgt. Es geht also darum, bei Patienten [...] ein solches Krankheitsverständnis zu fördern, bei dem die vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen in einem subjektiv nachvollziehbaren Zusammenhang stehen und als hilfreich angesehen werden können.« (WIEDEMANN et al. 2003, S. 791) Die Information und Aufklärung dient zudem der Förderung der medikamentösen Compliance. Dysfunktionale Konzepte und Einstellungen gegenüber der Krankheit und den Medikamenten werden einer kognitiven Umstrukturierung unterzogen (vgl. KIESER & HORNING <sup>2</sup>1996, S. 10). Nach BÄUML et al. (1999) sollte in der Psychoedukation »ein für alle akzeptables Krankheitskonzept auf der Basis des Vulnerabilitäts-Stress-Modells entwickelt werden, aus dem sich ganz selbstverständlich die Notwendigkeit einer ausreichenden medikamentösen Rückfallschutzbehandlung ergibt mit fester Einbettung in eine begleitende psycho- und soziotherapeutische Behandlung« (S. 157).

Manche Aspekte der Aufklärung und Information werden von einigen Autoren kritisch gesehen. KIESER und HORNING (<sup>2</sup>1996) sehen bei reiner Wissensvermittlung die Gefahr, »dass die Betroffenen nicht als Subjekte ihrer eigenen Behandlung ernst genommen werden, sondern dass ihnen eine isolierte und fremdbestimmte medikamentöse Behandlung ›verkauft‹ wird« (S. 10). LÜTJEN (2008) beklagt, dass im psychiatrischen Alltag der Betroffene leicht »in reduzierter Perspektive als zu behrendes, zu beeinflussendes, zu erziehendes Individuum gesehen wird, als Mangelwesen, dem die Experten Sinn und Orientierung vermitteln« (S. 13). BOCK und JUNCK (1991) geben kritisch zu bedenken: »Trainingsprogramme, die Patienten über ihre Krankheit informieren [...] mögen überfällig sein, weil sie immerhin das eigene Denken transparenter machen und mögen helfen, überhaupt ins Gespräch zu kommen. Doch [...] sollte das unvoreingenommene Interesse für subjektive Erklärungsmodelle neben dem Belehren Platz haben.« (S. 59 f.) BOCK (2001) kritisiert weiter, dass es zu kurz gegriffen sei, wenn Psychoedukation sich reduzieren lasse, bezüglich des Krankheitsverständnisses lediglich eine »Standard-sicht« (S. 25) vermitteln zu wollen. »Weder Therapeut noch Patient kommen darum herum, um Verständnis oder Selbstverständnis zu ringen.« (ebd.)

Mithilfe des Ziels der *Vermittlung von Kompetenzen im Umgang mit der Erkrankung* soll der Betroffene genauer wissen und beurteilen können, wie und mit welchen Folgen er sich im Umgang mit der Krankheit im Alltag verhalten kann und welche der medikamentösen, psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungsmöglichkeiten wie einsetzbar sind. Es geht um die Frage: Was kann ich tun? Er lernt, dass er mit seinem Verhalten aktiv an der Krankheitsbewältigung mitwirken und den Verlauf der Erkrankung beeinflussen kann. Ziel ist die Aneignung und Verbesserung »krankheits- und behandlungsrelevanter Fertigkeiten« (RABOVSKY & STOPPE 2006, S. 541) und der Aufbau von »Gesund-

heitsverhalten« (SCHAUB 1999, S. 80), worunter die Autorin die »Etablierung eines Lebensstils, der weiteren Rezidiven vorbeugt« (ebd.), versteht.

Die starke Betonung der Rückfallvermeidung, der Symptomreduzierung und der Vermeidung erneuter Behandlungsbedürftigkeit ist von BOCK (2001) kritisiert worden. »Statt Psychosen zu entdramatisieren und schrittweise zu integrieren, Krisen ›selbstverständlicher‹ zu betrachten und zu begleiten, schüren wir Angst und überstrapazieren die Aufmerksamkeit für Frühwarnzeichen.« (S. 25) KLIMITZ (1997) sieht es ähnlich und befürchtet durch die Fixierung der Frühwarnsignale »eine einschüchternde Übervorsichtigkeit bzw. eine Lähmung von Aktivitäten aufseiten der Betroffenen [...]« (S. 113).

Das Ziel der *Förderung der Krankheitseinsicht und Compliance* stellt nach den Praxisleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2005) »das zentrale Anliegen der Psychoedukation« (S. 74) dar. Damit die aus wissenschaftlicher Sicht bewährten und zur Verfügung stehenden Therapiemaßnahmen auch ihre Wirkung zeigen können, müssen sie überhaupt in Anspruch genommen und ausgeschöpft werden (vgl. BÄUML 2005 a, S. 1). Die derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten gestatten eine – empirisch belegte – verbesserte Rezidivprophylaxe, eine verminderte Anzahl, Dauer und Schwere psychotischer Episoden sowie eine geringere Hospitalisierungsrates und -dauer. BÄUML (2007) resümiert: »Trotz der wissenschaftlich überzeugend belegten Wirksamkeit der Neuroleptika [...] sträuben sich Patienten und oft auch deren Angehörige nach wie vor intuitiv gegen eine medikamentöse Behandlung. [...] Wenn es nicht gelingt, diese negative Haltung gegenüber einer indizierten neuroleptischen Rezidivprophylaxe frühzeitig zu korrigieren, besteht die Gefahr einer Unterbehandlung und einer Häufung von unnötigen Rezidiven mit weiteren negativen sozialen Konsequenzen.« (S. 10 f.) Aus Sicht des Klinikers beantwortet Psychoedukation die Frage des Betroffenen, was soll ich tun, um die Behandlungsergebnisse zu verbessern. »Um den Nutzen der Psychopharmakotherapie begreifen zu können, bedarf es einer gründlichen Krankheitskonzeptbildung mit intensiver Compliance-Schulung.« (BÄUML 2005 a, S. 1)

BOCK und JUNCK (1991) kritisieren, dass das Erkenntnisinteresse eingeschränkt ist, wenn »Krankheitseinsicht konzipiert wird als Einsicht in das, was der ›geschulte‹ Mitarbeiter für richtig hält« (S. 59). Für BOCK (2001) wird durch die Schwerpunktsetzung auf Compliancesicherung »Compliance zum unhinterfragbaren Selbstzweck« (S. 24). Er schreibt weiter: »Doch manchmal fangen Respekt und Zuwendung gerade da an, wo Compliance aufhört.« (S. 25) Darin liegt dann die Herausforderung in der therapeutischen Beziehung.

Ein weiteres Ziel ist die *emotionale Entlastung*. Psychoedukation bietet in der Gruppe für den Betroffenen womöglich erstmals Raum, sich mit der Krankheitssituation und ihren Folgen explizit auseinandersetzen und mit einer subjektiven Verarbeitung beginnen zu können. Durch Psychoedukation »soll den Betroffenen

eine bessere Akzeptanz des krankheitsbedingten ›So-Seins‹ ermöglicht werden mit zumindest vorläufiger Relativierung des bisher favorisierten Gesundheitsideals und Verdrängung der krankheitsimmanenten Vulnerabilität« (BÄUML 2007, S. 60 f.). Der Austausch der Betroffenen untereinander relativiert die augenscheinliche Einmaligkeit des eigenen Schicksals. Sie können das eigene Schicksal mit dem der anderen vergleichen, wieder Mut und Hoffnung schöpfen, weniger resigniert sein und weniger Angst vor Stigmatisierung und Chronifizierung haben. Zudem sollen die inhaltlichen Aussagen des Vulnerabilitätskonzeptes eigene Schuld- und Versagensvorwürfe verringern helfen (vgl. BÄUML et al. 2005; PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2007, S. 18 f.; Arbeitsgruppe Psychoedukation <sup>2</sup>2008, S. 9).

Psychoedukation zielt auf *Verbesserung des subjektiven Empfindens* (vgl. PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2007). Die Botschaft ist: Schizophrenie ist grundsätzlich bewältigbar. Aus Sicht des Betroffenen wird die Frage zum Thema: Was darf ich hoffen? Durch den Wissenserwerb und die erlernbaren Einflussmöglichkeiten auf das Krankheitsgeschehen entsteht das Gefühl, besser Bescheid zu wissen, überhaupt etwas tun und selbstverantwortlich handeln zu können. Das löst eine positive Rückwirkung auf das Selbstvertrauen und die subjektive Zufriedenheit aus und vermittelt berechtigte Hoffnungen, durchaus auch mit der Erkrankung in einer weitgehenden Unabhängigkeit lebenswert leben zu können. Dies reduziert Gefühle der Unsicherheit, des Ausgeliefert-Seins und der Resignation.

Ein weiteres Ziel ist die *Reduzierung der Behandlungskosten*. Schizophrenie gehört zu den fünf teuersten Erkrankungen in Deutschland, gemessen an den direkten Behandlungs- und Betreuungskosten (vgl. RÖSSLER <sup>2</sup>2006). Das erklärt sich durch den frühen Krankheitsbeginn im Lebensverlauf, die hohen Rehospitalisierungsraten, die häufig chronischen Verläufen, die aufwendigen Rehabilitationsmaßnahmen und den über zehn Jahre früheren Rentenbeginn im Vergleich zum durchschnittlichen Berentungsalter aller anderen Diagnosegruppen (vgl. PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2007, S. 122). Folglich wird versucht, durch Psychoedukation die Rezidiv- und Rehospitalisierungsrate, die stationäre Verweildauer zu verringern sowie eine Chronifizierung mit all ihren sozialrechtlichen, finanziellen und volkswirtschaftlichen Konsequenzen zu vermeiden (vgl. ebd.).

Psychoedukation wird aus *zeitökonomischen Gründen* in der Gruppe durchgeführt. In der Gruppensituation sollen die »oftmals generalisierbaren Fakten [...] zeitökonomischer und effizienter vermittelt werden« (BÄUML et al. 1999, S. 157), die auf einen Großteil aller schizophran erkrankten Menschen in entsprechender Weise zutreffen. Ein Ziel der Psychoedukation ist damit, die Erst- und Überblicksinformation sowie erste emotionale Entlastungsmöglichkeit in der Gruppe in einer zeitökonomisierten Weise zu bieten. Diese standardisierte Vorgehensweise in der Psychoedukation ist dann auch kritisiert worden, da sie einer individuell zugeschnittenen Behandlung zu wenig gerecht werde (vgl. BOCK 2001, S. 24).

## 4.4 Deutschsprachige psychoedukative Manuale bei Schizophrenie

In einer Übersicht über die Manuale, die bei schizophren erkrankten Menschen zum Einsatz kommen, werden deren Aufbau, Inhalte und Methodik dargestellt (Kapitel 4.4.1) und die Qualifikationsanforderungen für die Gruppenleitung (Kapitel 4.4.2) untersucht. Eine Tabelle bietet einen Überblick über die derzeitigen deutschsprachigen Manuale (Kapitel 4.4.3).

### 4.4.1 Organisatorischer, inhaltlicher und methodischer Rahmen

*Organisatorisch* wird Psychoedukation überwiegend stationär in Kliniken oder teilstationär in Tageskliniken durchgeführt, jedoch noch recht zögerlich in Rehabilitationseinrichtungen, Übergangseinrichtungen, Wohnheimen und vor allem im ambulanten Bereich (vgl. HUBER <sup>7</sup>2005, S. 405; PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2007, S. 123; Arbeitsgruppe Psychoedukation <sup>2</sup>2008, S. 16 f.), obwohl einige Gründe für eine ambulante Durchführung sprächen. Denn eine ambulante Anwendung bietet im Verhältnis zum stationären Setting Bedingungen, die für einen Lern- und Bildungsprozesse sehr förderlich sind: mehr Zeit, einen relativ stabileren Gesundheitszustand und die Begleitung des Lebensalltags statt nur eines behandlungsbedürftigen Ausnahmezustandes. Die Dauer der Klinikaufenthalte macht heute nämlich nur noch einen Bruchteil der Lebenszeit der Betroffenen aus (vgl. AMERING & SCHMOLKE <sup>2</sup>2007, S. 51). Die Vorteile eines ambulanten Einsatzes von Psychoedukation werden bislang noch nicht ausgeschöpft.

Warum das Angebot im ambulanten Bereich noch so selten ist, liegt wohl daran, dass eine Teilnahme für den Betroffenen eine höhere Zugangsschwelle bedeutet als im stationären Bereich: er trifft zum Teil unbekannte Leute in unbekannter Umgebung, muss dafür einen Anfahrtsweg zurücklegen und pünktlich sein (vgl. LÄNGEL & PUFFE <sup>2</sup>2008, S. 248). Diese Hürden werden etwas abgemildert, wenn nach dem Klinikaufenthalt die Psychoedukation in der Institutsambulanz der Klinik weitergeführt wird. Genau diese organisatorische Form ist auch die häufigste einer ambulanten Psychoedukation (vgl. BUTTNER & KISSLING 1996; RUMMEL-KLUGE et al. <sup>2</sup>2008).

Die Manuale der Psychoedukation sind – bis auf wenige Ausnahmen – alle für Gruppen ausgelegt. Psychoedukation in der Gruppe wird in der Literatur als sehr hilfreich erachtet, da die Gruppensituation für die Lernsituation wesentliche Vorteile im Vergleich zu Einzelgesprächen mit sich bringt. Allein diese Überlegungen

zeigen indirekt, dass es den Autoren in der Psychoedukation offensichtlich auch um Lernprozesse geht. Die Gruppe bietet die Möglichkeit der Diskussion, der Rückmeldung untereinander, des übenden Rollenspiels sowie des Erfahrungsaustausches. Dieser veranschaulicht vieles, lässt Lernen am Modell und Feedback zu, stärkt das Solidaritätsgefühl untereinander, ermöglicht die Erfahrung, nicht alleine mit den Problemen zu sein, vermittelt Hoffnung und erweitert das persönliche soziale Netz. Hinzu kommen zeitökonomische Vorteile und günstigere Kosten-Nutzen-Effekte im Vergleich zu Einzelgesprächen (vgl. WIENBERG & SIBUM <sup>3</sup>2003, S. 200 f.; PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2007, S. 113).

Drei Programme haben keinen Gruppenzuschnitt und bilden die Ausnahmen. Davon sind zwei Manuale für den Einzelkontakt konzipiert (»Psychologische Behandlung schizophrener Erkrankter« nach SÜLLWOLD und HERRLICH aus dem Jahr 1998; »Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Störungen« nach KLINGBERG et al. erschienen 2003) und eins ausschließlich für den Betroffenen und seine Familie (»Familienbetreuung schizophrener Patienten« von HAHLOWEG et al. aus dem Jahr 1995). Alle drei Ansätze sehen sich als integraler Teil einer Psychotherapie, da sie auf die jeweilige individuelle Situation eingehen.

Jedes psychoedukative Manual hat eine feste zeitliche Struktur. Die Anzahl der Sitzungen ist jeweils vorgegeben und deckt eine Spannweite zwischen einer und maximal 50 Sitzungen ab, in der Regel im wöchentlichen Abstand. Im stationären Setting werden manchmal auch zwei Sitzungen pro Woche durchgeführt. Jede Sitzung dauert 45 bis höchstens 90 Minuten, meistens mit einer Pause. Das Treffen sollte möglichst nicht am Abend wegen der dann geringeren Aufnahmefähigkeit stattfinden. Die Gruppengröße variiert von circa fünf bis zwölf Teilnehmer (in reinen Angehörigengruppen bis zu 20 Teilnehmer). Nach Beginn sollte die Gruppe idealerweise geschlossen sein, da ihre Inhalte planmäßig aufeinander aufbauen. Zudem erhöht dies die Gruppenkohäsion und ermöglicht, dass sich eine Atmosphäre des Vertrauens und der Offenheit entwickeln kann, die wichtig ist für die Ziele der emotionalen Entlastung und der Verbesserung des subjektiven Empfindens. Entsprechend dem Versorgungsalltag einer Klinik werden aber die Gruppen sehr häufig halb offen oder gar offen geführt, wie eine Befragung psychiatrischer Kliniken, die Psychoedukation durchführen, ergab (vgl. RUMMEL-KLUGE et al. <sup>2</sup>2008, S. 45).

Geleitet wird die Gruppe von zwei psychotherapeutisch erfahrenen Therapeuten. Der Leiter ist verantwortlich, inhaltlich den roten Faden zu halten, der Ko-Leiter kann den Gruppenprozess und seine Störungen beobachten und eventuell als Begleitperson für besonders unruhige Teilnehmer zur Verfügung stehen. Ein Austausch beider ist sowohl nach der Sitzung als auch für die Planung des weiteren Vorgehens hilfreich.

Auch wenn jedes Manual unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte setzt, gibt es einen *inhaltlichen Rahmen*, der im Prinzip allen gemeinsam ist.

Dieser ist durch

- die vorgenannten allgemeinen Ziele der Psychoedukation (siehe Kapitel 4.3),
- die Inhalte, die laut der Arbeitsgruppe Psychoedukation (2008, vgl. S. 8–10) in einer Psychoedukation besprochen werden sollten – nämlich allgemeines Hintergrundwissen, praktisches Handlungswissen und zentrale emotionale Themen – und
- das allen Manualen zugrunde liegende wissenschaftliche Krankheitskonzept (Vulnerabilitätskonzept) gegeben.

Zum *allgemeinen Hintergrundwissen* gehören – so die Arbeitsgruppe Psychoedukation (2008) – Basisinformationen über

- den Krankheitsbegriff und die Symptome der Schizophrenie (z. B. Diagnose, Frühwarnsignale, Prodromalphase, Symptomatik),
- Ursachen und Krankheitskonzept (z. B. Vulnerabilitätskonzept, Informationsverarbeitung, Neurotransmitterstoffwechsel, Bedeutung des Familienklimas, Risikofaktoren, insbesondere Drogen),
- Epidemiologie und Krankheitsverlauf (z. B. Erkrankungshäufigkeit, Verlaufsformen, Prognose) und
- Akut- und Langzeitbehandlung (z. B. Pharmakotherapie, Rezidivprophylaxe, Nebenwirkungen und der Umgang mit ihnen, Krankheitsbewältigung, psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen, Rehabilitationsmöglichkeiten, rechtliche Fragen).

Das praktische Handlungswissen umfasst z. B. folgende Inhalte: Identifizieren der Auslösefaktoren und persönlichen (Früh-)Warnsignale, Entwicklung individueller Bewältigungsstrategien und Rückfallprophylaxe inklusive Notfall- und Krisenpläne, Erarbeitung von Bewältigungsstrategien und von realistischen Therapie- und Rehabilitationszielen, Vermeidung von Über- und Unterstimulation sowie Optimierung der medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten.

Als *zentrale emotionale Themen* sollten z. B. zur Sprache kommen können: Erleben der Symptome, Scham-, Schuld- und Versagensgefühle, Resignation, Suizidgedanken, Sinnfrage, Hader mit dem Schicksal, Angst vor Stigmatisierung, traumatische Erlebnisse, subjektiv positiv erlebte Aspekte psychotischer Erfahrung. »Um jedoch der spezifischen Vulnerabilität der Patienten während der akut- und postakuten Phase Rechnung zu tragen, müssen überfordernde Affektaktualisierungen selbstverständlich vermieden werden.« (Arbeitsgruppe Psychoedukation 2008, S. 9)

BEHRENDT et al. (2005, vgl. S. 127 f.) und die Arbeitsgruppe Psychoedukation (2008, vgl. S. 8 und 11) haben wichtige Aspekte des *methodisch-didaktischen Vorgehens* zusammengefasst. Danach hat nach der Begrüßung jede Sitzung eine Eingangsrunde, in der die Betroffenen ihre Befindlichkeit schildern können. Dann werden offene Fragen vom letzten Treffen aufgegriffen. Der Eingangs-

runde schließt sich unter Umständen eine Wiederholung der Inhalte der letzten Sitzung an, um dann zu dem im Manual festgelegten Hauptthema der aktuellen Sitzung zu kommen. Eine Zusammenfassung beendet die Sitzung und leitet zur Abschlussrunde über.

Die einzelnen Informationsmodule bauen aufeinander auf, deshalb ist es sinnvoll, die vorgeschlagene thematische Reihenfolge auch so beizubehalten. Insofern wird die Sitzung durch die vorgegebenen Inhalte überwiegend strukturiert und vom Leiter entsprechend moderiert. Das übergeordnete Thema der jeweiligen Sitzung darf er im Verlauf des Treffens nicht aus den Augen verlieren. Dennoch soll auch Platz eingeräumt werden für Wünsche und Themen der Teilnehmer.

Die Leiter sollen dabei eine therapeutische Grundhaltung einnehmen und empathisch, akzeptierend, wertschätzend und respektierend auf Teilnehmerbeiträge, ihre individuellen Erfahrungen und subjektiven Krankheitskonzepte eingehen, sich um eine angstfreie, wohlwollende Gruppenatmosphäre kümmern und die Beiträge und Fortschritte der Betroffenen würdigen. Vor allem sollen die Teilnehmer ermutigt werden, zum Gruppenthema selbst erlebte Beispiele zu nennen. Sehr engagierte Teilnehmer sind zu bremsen, zurückhaltende zu ermutigen. Alle sollten sich äußern können, aber es nicht müssen. Frontalunterricht ist zu vermeiden. Die individuellen Krankheits- und Behandlungserfahrungen der Betroffenen und ihre subjektiven Krankheitskonzepte (»Experten in eigener Sache«) sind der Ausgangspunkt, an denen das Fachwissen anzuknüpfen ist. In diesem Sinne ist das jeweilige Thema der Stunde interaktiv gemeinsam zu erarbeiten.

Wichtige Informationen sollen schrittweise gegeben und regelmäßig wiederholt werden. Eine Informationsüberflutung ist zu vermeiden, sonst besteht die Gefahr des Kontakt- und Behandlungsabbruchs. »Die zu vermittelnde Information muss eng an das aktuelle psychopathologische Befinden, die kognitive Leistungsstärke, das Ausmaß an Nebenwirkungen, die individuell schwankende Motivationslage, das Krankheitskonzept und insbesondere auch an die aktuelle Krankheitseinsicht der Betroffenen adaptiert werden.« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ <sup>2</sup>2008 b, S. 114). Brisante Themen, wie z. B. Medikamente und deren Nebenwirkungen, sollen nicht einseitig, sondern zweiseitig in ihren Vor- und Nachteilen dargelegt werden. Stets sind auch die versuchten eigenen Lösungsansätze der Betroffenen als mögliche Ressourcen und Selbsthilfemechanismen ernst zu nehmen.

Hilfreich bei der Präsentation des Themas sind Medien, wie z. B. Schaubilder am Flipchart. Zu manchen Manualen gehören Videofilme, andere haben schriftliche Informations- und Arbeitsblätter in Form kopierbarer Unterlagen, einer Info-Broschüre oder als extra konzipiertes Arbeitsbuch für die Teilnehmer. Sprachlich gesehen ist es sinnvoll, Metaphern, Bilder und Symbole zu benutzen, um die komplexe Angelegenheit des Vulnerabilitätskonzeptes nachvollziehbar und verständlich darlegen zu können.

#### 4.4.2 Qualifikationsanforderungen an die Gruppenleitung

Die Arbeitsgruppe Psychoedukation schlägt im Konsensuspapier (<sup>2</sup>2008) vor, dass die Gruppen »in der Regel von psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärzten und/oder Psychologen« (S. 12) geleitet werden sollen. »Als weitere Leiter kommen prinzipiell alle anderen Berufsgruppen infrage. Insbesondere Sozialarbeiter/Sozialpädagogen mit ihrem Fachwissen hinsichtlich sozialtherapeutischer Aspekte und ihrer Vertrautheit mit den praktischen Lebensnöten der Patienten sind hierzu speziell prädisponiert. Gleichmaßen gilt dies auch für Mitglieder des Pflegepersonals [...].« (ebd., S. 12 f.) Wie aber die tatsächliche Verteilung der Berufsgruppen bei Leitung und Ko-Leitung ist, zeigt eine Befragung aller psychiatrischen Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz im Jahre 2003. In den Kliniken, die Psychoedukation durchführen, wird die Leitung überwiegend von Ärzten und Psychologen wahrgenommen. Es folgen mit einem deutlichen Abstand Sozialpädagogen/Sozialarbeiter und Pflegepersonal, beide auf relativ gleichem Niveau. Die Ko-Leitung wird am häufigsten vom Pflegepersonal, dann von Ärzten, Psychologen und Sozialpädagogen/Sozialarbeitern übernommen (vgl. RUMMEL-KLUGE et al. <sup>2</sup>2008, S. 47). Pädagogische Berufsgruppen spielen danach bei Leitung und Ko-Leitung bislang eine untergeordnete Rolle.

Dieser Befund stimmt nachdenklich, denn er zeigt auch auf dieser Ebene, dass Psychoedukation vor allem klinisch gedacht, somit der Psychotherapie nahestehend verstanden wird, und folglich eher von den in Deutschland traditionell »behandelnden« Professionen, den Ärzten und Psychologen, durchgeführt wird. In diesem Zusammenhang ist es interessant, dass sich aktuell in der Sozialen Arbeit eine Entwicklung abzeichnet, die hoffen lässt, dass klinisches Denken und die Begleitung von Lern- und Bildungsvorgängen in einer Wissenschaftsdisziplin und in einer Profession zusammengeführt werden. Im Rahmen einer Binnendifferenzierung der allgemeinen Sozialen Arbeit entwickelt sich seit circa 1995 die »Klinische Sozialarbeit« als eine Fachsozialarbeit (vgl. z. B. PAULS 2004; GEISLER-PILTZ et al. 2005). Sie wird als Master-Studiengang an einigen Fachhochschulen in Deutschland angeboten (z. B. Coburg, Berlin).

PAULS (2004) definiert in seinem Lehrbuch über Klinische Sozialarbeit diese als »Teildisziplin der Sozialen Arbeit, die sich mit psycho-sozialen Störungen und den sozialen Aspekten psychischer und somatischer Störungen/Krankheiten und Behinderungen unter Berücksichtigung der Lebenslage der Betroffenen befasst« (S. 22). Der klinische Aspekt ergibt sich durch »die methodische soziale bzw. psychosoziale Mitwirkung an der Fallarbeit bzw. Behandlung [...]« (GEISLER-PILTZ et al. 2005, S. 13). Die Klinische Sozialarbeit setzt auf die Betonung der »sozialen Dimension im Gesundheits- und Krankheitsgeschehen« (ebd.). Sie verortet sich im Gesundheits- und Sozialwesen als dritte psychosozial »mitbehandelnde Disziplin« (ebd., S. 59), die »komplementär zur biosomatischen Medizin und einer

sich immer störungsspezifischer ausrichtenden Psychotherapie« (ebd., S. 156) angesiedelt ist und die auf der berufspolitischen Ebene »eine heilberufsrechtliche Anerkennung beansprucht, die sie anderen Professionen im Gesundheitssystem ebenbürtig macht« (MÜHLUM 2008, S. 72).

Klinische Sozialarbeit hat also einen klinisch-behandelnden Hintergrund. Gerade ihr die Begleitung von durch Krankheit initiierten Lern- und Bildungsprozessen zu übertragen, ergibt sich zum einen inhaltlich aus der sozialen Dimension des Krankheitsgeschehens. Zum anderen gehört es zum Selbstverständnis der Klinischen Sozialarbeit, sich auf den Alltag und die Lebenswelt des Betroffenen zu beziehen und »die Verwobenheit von biologischer Existenz und psychosozialen Problemen in Biografie und sozialem Kontext zu entziffern« (GEISLER-PILTZ et al. 2005, S. 14). Klinische Sozialarbeit macht die Klienten nicht zu Objekten einer Intervention, »sondern achtet ihre autonome Lebensführung, ihre Werthaltungen, ihr Selbstverständnis [...] mit dem vorrangigen Ziel der Befähigung zu Erkennen und Bewältigen prekärer Situationen – als Koproduzenten einer gemeinsamen Leistung [...]« (ebd., S. 156). Klinische Sozialarbeiter haben zwar einen klinischen Blick und stoßen damit Entwicklungsprozesse an, »bei denen aber das eigensinnige Mitwirken der Betroffenen als Koproduzenten im Zentrum steht« (MÜHLUM 2008, S. 71). Der Betroffene ist nicht ein Zubehandelnder, sondern Koproduzent von Erfahrungen mit der Erkrankung, womöglich Lern- und Bildungserfahrungen, die man gemeinsam auswerten könnte.

Die Methode der Psychoedukation wird in der Klinischen Sozialarbeit als eine Grundform psychosozialer Behandlung in der psycho-sozialen Rehabilitation (vgl. PAULS 2004, S. 10) bzw. als Verfahren innerhalb eines Spektrums von Handlungskompetenzen (vgl. GEISLER-PILTZ et al. 2005, S. 7) verstanden. Danach wären klinische Sozialarbeiter geradezu prädestiniert für die Durchführung von Psychoedukation. Aber GEISLER-PILTZ et al. kommen für den sozialpsychiatrischen Bereich zu der Einschätzung, dass bei der Psychoedukation noch eher die Ausgrenzung der Sozialpädagogen/Sozialarbeiter »dominiert« (ebd., S. 115) und schließen daraus, wie notwendig die »klinisch-methodische Profilierung im Sinne der mehrfach geforderten Fachsozialarbeit« (ebd.) ist.

Neben der *beruflichen* werden auch *inhaltliche* Qualifikationsvoraussetzungen der Leiter formuliert. Die Arbeitsgruppe Psychoedukation (<sup>2</sup>2008) fordert eine »humanistische Grundhaltung« (S. 12), einen »kooperativen Behandlungsstil« (ebd.), »psychotherapeutische Grundfertigkeiten« (ebd., S. 13) sowie »neben umfassenden theoretischen Kenntnissen über die schizophrenen Erkrankungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten vor allem [...] eine fundierte Erfahrung im Umgang mit schizophren erkrankten Patienten [...]. Der praktische Erfahrungshorizont sollte wenigstens eine einjährige stationäre bzw. teilstationäre Tätigkeit in einer psychiatrischen Klinik umfassen« (ebd.).

Unter »kooperativem Behandlungsstil« wird der Respekt vor den subjektiven Krankheitskonzepten verstanden, die Fähigkeit, sich auf diese einzustellen und sie in das Gruppengeschehen konstruktiv einzubauen. »Dafür ist pädagogisch-didaktisches Interesse und Geschick von Vorteil.« (ebd., S. 12) Zu den psychotherapeutischen Grundfertigkeiten gehört ein empathisches, wertschätzendes und selbstkongruentes Verhalten. »Darüber hinaus sollten die Grundprinzipien der Gruppenführung sowie die wesentlichen verhaltenstherapeutischen Techniken wie Verstärkung, Strukturierung, Motivationsförderung, kognitive Umstrukturierung und systematisches Problemlösen vertraut sein.« (ebd., S. 13)

Die Qualifikationsanforderungen sind sehr klinisch geprägt. Aus erziehungswissenschaftlicher Sicht ist – wie noch zu zeigen ist – für so ein komplexes Geschehen wie Psychoedukation sicher eine gewisse pädagogisch-didaktische Kompetenz vonnöten, die dann aber über ein bloßes »Interesse und Geschick« hinausgeht.

#### 4.4.3 Die einzelnen Manuale

Im Folgenden wird der Versuch unternommen, die Vielzahl deutschsprachiger Programme für Psychoedukation mit schizophren erkrankten Menschen überblickartig darzustellen. Aufgenommen wurden alle Programme, die zumindest eine Handlungsanweisung zu ihrer Anwendung in der Praxis veröffentlicht haben und die damit ein Manual vorweisen können. Folgende Manuale bleiben aber unberücksichtigt:

- Manuale, die sich ausschließlich an Angehörige schizophrene erkrankter Menschen wenden, da diese Personengruppe nicht Thema meiner Arbeit ist,
- diagnoseübergreifende Manuale, wie z. B. das Manual von JENSEN und SADRE CHIRAZI-STARK aus dem Jahr 2003 (Neuaufgabe: 2008), da meine Arbeit sich auf Menschen mit schizophrener Krankheit beschränkt,
- das Manual für schizophreniegefährdete (aber noch nicht erkrankte) Menschen von BECHDOLF et al. aus dem Jahr 2003, da sich meine Arbeit mit der Psychoedukation bei bereits erkrankten Menschen beschäftigt und
- Manuale, die sich nicht als eigenständiger Teil in der Gesamtbehandlung verstehen, sondern die als Teil der individuellen Psychotherapie konzipiert sind, wie z. B. »Psychologische Behandlung schizophrene Erkrankter« (von SÜLLWOLD und HERRLICH aus dem Jahr 1998), das kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsmanual »Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Störungen« (von KLINGBERG et al. 2003 veröffentlicht) oder »Familienbetreuung schizophrene Patienten« (von HAHLWEG et al. 1995 vorgelegt). Meine Arbeit beschäftigt sich mit der eigenständigen Psychoedukation und dem ihr innewohnenden

Lern- und Bildungspotenzial und nicht mit einem Sondergebiet innerhalb der Psychotherapie.

Die genauen Literaturangaben zu allen Manualen (auch zu denen, die ich ausgeschlossen habe) finden sich in den Übersichten bei BEHRENDT (2004, S. 102–113), bei BEHRENDT et al. (2005, S. 119–121), bei der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2005, S. 77–79) sowie bei PITSCHEL-WALZ et al. (2005, S. 155–161). Ausführlichere Angaben zu jedem Manual, z. B. über Organisationsform, Inhalte, Qualifikationsanforderungen an die Leitung und Evaluationsergebnisse, werden im Anhang dieser Arbeit gegeben. Die Reihenfolge der Manuale ist bestimmt durch das Jahr ihrer Veröffentlichung (s. Tab. 1).

Bezogen auf die Frage, wie verbreitet welche Manuale in der Praxis sind, gibt es nur wenige aktuelle Angaben. Eine Befragung aller psychiatrischen Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz im Jahr 2003 ergab (vgl. RUMMEL-KLUGE et al. 2008, S. 44), dass folgende Manuale (in dieser Reihenfolge) am häufigsten angeboten wurden: PEGASUS (Nr. 8), PTS (Nr. 7), Psychose-Informations-Projekt – das Vorläufermodell von APES (Nr. 9), »Meine persönlichen Warnsignale« (Nr. 12) und das Alliance-Psychoedukations-Programm (Nr. 15).

Wertet man die jeweiligen Angaben in den Manualen über die berufliche Qualifikation und pädagogische Kompetenz der Leitung aus Sicht der Berufsgruppen der Sozialpädagogen/Sozialarbeiter und Pädagogen (siehe Tabelle im Anhang) aus, wird Folgendes deutlich. Drei Manuale sehen ausdrücklich keine Mitarbeit dieser Berufsgruppen vor (Nr. 3, 6, 7). Bei zwei Manualen fehlen Angaben zur Berufsqualifikation der Gruppenleiter (Nr. 1, 5). Ein Manual sieht nur im Ausnahmefall (mit entsprechendem Fachwissen) diese Berufsgruppen vor (Nr. 11), ein Manual bezieht sie als Ko-Leiter ein (Nr. 12). Neun (von sechzehn) Manuale würden auch diesen Berufsgruppen die Leitung übertragen: zweimal ohne weitere Anforderungen (Nr. 4, 15), einmal gebunden an Berufserfahrung und Zusatzqualifikation (Nr. 16), dreimal gebunden an Erfahrung mit schizophren erkrankten Menschen (Nr. 2, 10, 14) und nur drei Manuale fordern von der pädagogischen (oder auch anders qualifizierten) Leitung Erfahrung mit schizophren Erkrankten und eine pädagogisch-didaktische Kompetenz (Nr. 8, 9, 13). Das Manual Nr. 13 sieht zusätzlich die Notwendigkeit, mit kognitiv verhaltenstherapeutischen Methoden vertraut zu sein. Die drei Manuale (Nr. 8, 9, 13) sind überhaupt die einzigen aller sechzehn Manuale, die zur Gruppenleitung eine pädagogisch-didaktische Fertigkeit für notwendig erachten.

**Tab. 1: Überblick über die deutschsprachigen psychoedukativen Manuale**

| Nr. | Name des Manuals   | Autoren   | Erscheinungs-<br>jahr   |
|-----|--|---|---|
| 1.  | Therapieprogramm zum Umgang mit Medikamenten.<br>Medication-Management-Module (MMM).   | Liberman<br>deutschsprachige Ausgabe: Brenner   | 1986<br>1989  |
| 2.  | Fertigkeiten für eine soziale und unabhängige Lebensführung.<br>Therapieprogramm zum Umgang mit Symptomen.<br>Symptom-Management-Module (SSM). | Liberman<br>deutschsprachige Ausgabe: Brenner,<br>Waldvogel<br>modifiziert von Behrendt | 1988<br>1990<br>1996  |
| 3.  | Schizophrenie – Leben mit der Krankheit  | Luderer   | 1991  |
| 4.  | Strukturierte Information über Vulnerabilität und Belastungs-<br>management für schizophrene Patienten   | Stark   | 1992  |
| 5.  | Bewältigungsorientiertes Programm  | Wiedl   | 1993  |
| 6.  | Frühsymptommanagement<br>Rezidivprophylaxe bei schizophren gefährdeten Menschen  | Kraus/Schmalzried/Wittpoth  | 1994<br><sup>2</sup> 1995   |
| 7.  | Psychoedukatives Training für schizophrene Patienten (PTS).<br>Ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm zur<br>Rezidivprophylaxe      | Kieserg/Hornung   | 1994<br><sup>2</sup> 1996   |
| 8.  | Schizophrenie zum Thema machen – Psychoedukative<br>Gruppenarbeit mit schizophren und schizoauffektiv<br>erkrankten Menschen (PEGASUS)         | Wienberg/Schünemann-Wurm-<br>thaler/Sibum   | 1995, <sup>2</sup> 1996,<br><sup>3</sup> 1999, <sup>4</sup> 2003<br><sup>5</sup> 2005 |
| 9.  | Arbeitsbuch PsychoEdukation Schizophrenie (APES)   | Bäumli et al.   | 1996, Neufas-<br>sung 2005*   |
| 10. | Bewältigungsorientierte Therapie (BOT)   | Schaub/Andres/Schindler<br>erweitert: Schaub  | 1996<br>2003  |
| 11. | Problemlösetraining für schizophrene Patienten – ein bewäl-<br>tigungsorientiertes Therapie-Manual zur Rezidivprophylaxe                       | Schmitz-Niehues/Erim  | 2000  |
| 12. | »Meine persönlichen Warnsignale« – Ein Therapieprogramm<br>zur Rezidivprophylaxe bei schizophrener oder schizoauffektiver<br>Erkrankung        | Behrendt  | 2001  |
| 13. | Therapiemanual zur Psychoedukation und Krankheits-<br>bewältigung (PKB)  | Andres/Pfammatter/Brenner   | 2002<br><sup>2</sup> 2008   |
| 14. | Wissen – genießen – besser leben   | Amering/Sibitz/Gössler/Katschnig  | 2002  |
| 15. | Psychoedukation für Patienten mit schizophrenen<br>Psychosen und deren Angehörige<br>(Alliance-Psychoedukations-Programm)                      | Kissling/Rummel/Pitschel-Walz   | 2003  |
| 16. | Psychoedukative Familienintervention (PEFI)  | Berger/Friedrich/Gunia  | 2004  |

\* Nach Einreichen der Dissertation wurde APES im Mai 2010 in einer 2. Auflage herausgegeben.

## 4.5 Forschungs- und Evaluationsergebnisse

Es gibt eine Vielzahl von Forschungs- und Evaluationsergebnisse über die Wirksamkeit von Psychoedukation sowie ihr Zusammenspiel mit bestimmten Out-come-Variablen. Typische Variablen sind z. B.: erfolgter Wissenszuwachs, Ausmaß der Compliance, Rezidiv- und Rehospitalisierungsrate oder Dauer des stationären Aufenthalts.

WIENBERG und SIBUM (<sup>3</sup>2003, Forschungsstand: 1995), BEHRENDT et al. (2005) und BÄUML (2006) geben einen Überblick über kontrollierte quantitative Studien aus dem angloamerikanischen und deutschsprachigen Raum. Die direkte Vergleichbarkeit ist durch unterschiedliche Messmethoden und Erhebungszeiträume sowie durch uneinheitliches Forschungsdesign nur teilweise gegeben. Nachfolgend sollen in groben Zügen die wesentlichsten Forschungsergebnisse der deutschsprachigen Manuale anhand der gebräuchlichsten Effizienzkriterien zusammengefasst werden.

Da die Autoren der drei Übersichten aber keine Befunde über Psychoedukation aus der subjektiven Perspektive der Betroffenen geben – qualitative Forschungsergebnisse sind deutlich seltener als quantitative –, nehme ich in der folgenden Übersicht auch Forschungsergebnisse aus Betroffenen­sicht auf. In Klammern wird jeweils die laufende Nummer aus dem oben aufgeführten Überblick über die deutschsprachigen psychoedukativen Manuale (vgl. Tabelle 1) angegeben, um kenntlich zu machen, bei welchen Manualen entsprechende Untersuchungen gemacht wurden.

*Wissenszuwachs:* Durch Psychoedukation wurde im Prä-Post-Vergleich oder im Vergleich zur Standardbehandlung ein Wissenszuwachs erreicht, der unabhängig von der Schulbildung war (Nr. 1, 2, 3, 9, 10, 12, 13, 16).

*Krankheitskonzept:* Bei einigen Manualen konnte auf standardisierten Skalen mehr Arzt- und Medikamentenvertrauen (nicht aber bei Nr. 13), die Abnahme idiosynkratischer Annahmen und teilweise die Zunahme internaler Kontrollüberzeugungen (das Gefühl, krankheits- und gesundheitsbezogene Ereignisse selbst beeinflussen zu können) nachgewiesen werden (Nr. 2, 7, 9, 12).

*Compliance:* Durch Psychoedukation erhöhte sich die Compliance allgemein, besonders aber die Medikamentencompliance. Ein Resultat, das auch noch nach zwei Jahren nachweisbar war (Nr. 7, 9), jedoch statistisch gesehen nicht immer ein signifikantes Niveau erreichte (Nr. 7, 14).

*Rezidiv- und stationäre Wiederaufnahmerate:* Teilnahme an Psychoedukation verringerte bei vier Manualen die Anzahl der Rezidive und senkte die stationäre Wiederaufnahmerate. Ein Effekt, der auch über die Zeit (zum Teil auch noch nach fünf Jahren) erhalten blieb. Die Wiederaufnahmerate stieg zwar über die Jahre an, aber nicht so stark wie in der Kontrollgruppe (Nr. 7, 9, 11, 16). Bei zwei

Manualen konnte kein signifikanter rezidivprophylaktischer Effekt nachgewiesen werden (Nr. 6, 10).

*Stationäre Aufenthaltsdauer:* Die stationäre Aufenthaltsdauer reduzierte sich signifikant bei einem Manual (Nr. 9). Dieses Ergebnis war auch noch nach sieben Jahren nachweisbar. Bei einem weiteren Manual reduzierte sich die Aufenthaltsdauer auf einem nicht signifikanten Niveau (Nr. 13).

*Bifokaler Ansatz:* Bei gleichzeitiger Teilnahme wichtiger Bezugspersonen an einer parallelen psychoedukativen Angehörigengruppe konnte bei der Rezidiv- und Rehospitalisierungsrate ein deutlicher additiver Effekt festgestellt werden, der sich über zwei Jahre als stabil erwies (Nr. 7, 9).

*Psychopathologie:* Bezüglich der Psychopathologie sind die Ergebnisse uneinheitlich. Eine signifikante Verbesserung des klinischen Zustandsbildes unter Psychoedukation konnte bei fünf Manualen nachgewiesen werden (Nr. 2, 6, 9, 10, 16), bei drei anderen zeigte sich dieser Effekt nicht (Nr. 7, 11, 13).

*Familiäre Beziehungen:* Die Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen war bei Teilnehmern an Psychoedukation und denen einer Kontrollgruppe zum Entlassungszeitpunkt aus der Klinik vergleichbar, stieg aber nach einem Jahr bei den Teilnehmern und sank in der Kontrollgruppe (Nr. 9, 16).

*Behandlungskosten:* Psychoedukation reduziert die Behandlungskosten. Diese werden anhand »eingesparter Krankenhaustage« berechnet und beziffert.

*Subjektive Perspektive:* Aus der subjektiven Perspektive von Teilnehmern an Psychoedukation wurde die grundlegende Information über die Erkrankung und der Austausch mit anderen Betroffenen überwiegend sehr positiv beurteilt, da beides dazu beigetragen habe, das Leben mit der Erkrankung zu erleichtern. Diese positive Beurteilung wurde auch gegeben, wenn sich durch Wissenszuwachs und Austausch keine praktischen Konsequenzen für den Betroffenen ergeben haben! Denn nur ein Drittel gab an, ihr Verhalten durch Psychoedukation verändert zu haben. Der positive Effekt wird von den Betroffenen an anderen Kriterien als den objektiven Out-come-Variablen festgemacht. Geschätzt wurde am Erfahrungsaustausch, dass er soziale Kontakte ermöglichte, dass er zeigte, wie andere mit der Erkrankung umgehen, dass er einen (meist positiven) Vergleich der eigenen Situation zuließ und dass er eine Bestätigung lieferte, die erlebten Symptome sind »normale«, auch bei anderen Erkrankten übliche Merkmale der Krankheit (vgl. KILIAN et al. 2001).

In einer weiteren Studie (vgl. HOFER et al. 2001; n = 27) hatte sich in einem Prä-Post-Vergleich nach zehnwöchiger Psychoedukation die allgemeine Präferenz für ein psychosoziales Krankheitskonzept nicht geändert. Eine biologisch-konstitutionelle genetische Vulnerabilität zu besitzen, gaben nur zwei Personen an (vorher: eine Person). Trotz erfolgter Psychoedukation und regelmäßiger Medikamenteneinnahme erachteten nur etwas mehr als die Hälfte aller Befragten Psychopharmaka als hilfreich (vorher: knapp die

Hälfte). Die persönliche Prognose für sich selbst fiel nach der Psychoedukation deutlich besser aus.

Die qualitativen Studien geben Hinweise, dass die nach dem Selbstverständnis der Psychoedukation anzustrebenden Ziele offensichtlich für die Betroffenen nicht unbedingt immer von gleicher Wertigkeit sind. Es scheint, dass manche Betroffene Psychoedukation unabhängig von den evaluierten objektiven Variablen als hilfreich erleben.

## 4.6 Psychoedukation – Gesundheitserziehung oder Gesundheitsbildung?

Im Kapitel 4.2 wurde bereits darauf hingewiesen, dass Psychoedukation mit schizophren erkrankten Menschen historisch gesehen in der Tradition klassischer Gesundheitserziehung steht. Neben der herkömmlichen Gesundheitserziehung hat sich mittlerweile eine Gesundheitsbildung etabliert. Streng genommen kommen Gesundheitserziehung und -bildung als Methoden im Rahmen primärer Prävention zur Geltung. Auch wenn Psychoedukation als Hilfe zur Krankheitsbewältigung unter sekundäre Prävention fällt (vgl. BUTTNER 1996, S. 195; HURRELMANN 2001, S. 43), stellt sich dennoch die kritische Frage, ob die Ziele und Inhalte der Psychoedukation eher die Haltung und das Verständnis einer Gesundheitserziehung oder einer Gesundheitsbildung ausdrücken.

*Gesundheitserziehung* ist nach HAUG (1991) »der Standardbegriff im Bereich gesundheitsbezogener Erziehungsaktivitäten« (S. 31) und wird »als eher »vormundschaftliche Beeinflussung« des für die Gesundheit relevanten Lernens« (ebd., S. 53) verstanden. Aus Sicht des Autors haftet dem Begriff »die Assoziation mit den pädagogischen Konzepten der »Unmündigkeit« und »Erziehungsbedürftigkeit«, insbesondere der »Fremdbestimmung, Führung, Belehrung und Bevormundung«« (ebd., S. 31) an. Weiter wird Gesundheitserziehung mit »moralischer Pflicht zur Gesundheit« (ebd., S. 344) verbunden. Der Laie soll lernen, »sich gemäß ärztlicher Vorstellung in Gesundheitsdingen richtig zu verhalten« (BITTNER 2006, S. 31).

*Gesundheitsbildung* dagegen versteht HAUG (1991) »als »selbstbestimmtes« Lernen von Bedingungen für die Möglichkeit von Gesundheit [...]« (S. 53). Gesundheitsbildung will Lernprozesse ermöglichen, um ein eigenes Gesundheitsbewusstsein und dementsprechende Verhaltensweisen für eine gesundheitsförderliche Lebensweise zu entwickeln. Bei der Gesundheitsbildung gibt die wissenschaftlich-medizinische Sicht nicht allein die »richtigen« Zielsetzungen vor, sondern der Betroffene soll befähigt werden, selbst bestimmen zu können,

aber auch selbst entscheiden und verantworten zu müssen. Er hat die letztendliche Verantwortung, nicht der Therapeut und auch nicht wissenschaftliche Vorgaben. Im Einzelfall schließt dies nach Ansicht von Haug auch ein »Recht auf Krankheit« (ebd., S. 406) ein.

Gesundheitserziehung betont die Vermittlung normativen medizinischen Wissens. Der Gesundheitsbildung geht es um die Befähigung zu mehr Selbstbestimmung und Selbstverantwortung durch entscheidungsrelevanten Wissenserwerb, um Entscheidungen nicht nur nach Vertrauen oder Autoritätsgläubigkeit auszurichten. Das Ziel der Gesundheitserziehung ist, dass der Betroffene vorhandenes Fachwissen umsetzt, Ziel der Gesundheitsbildung ist es, dass sich der Betroffene auf einer informierten Basis sein eigenes Urteil bildet, sein Verhalten bestimmen kann und verantworten muss.

Im Zusammenhang von Psychoedukation mit schizophren erkrankten Menschen wird von verschiedenen Autoren der Begriff »Erziehung« zwar ausdrücklich abgelehnt (vgl. z. B. HORNUNG 1999, S. 115; WIEDEMANN et al. 2003, S. 790; BÄUML 2005 a, S. 1; Arbeitsgruppe Psychoedukation <sup>2</sup>2008, S. 3). Betrachtet man aber die Ziele der Psychoedukation, wird deutlich, dass das notwendige wissenschaftliche Wissen über Schizophrenie in der Psychoedukation nicht zweckfrei weitergegeben wird. Das Wissen bildet die Norm, von der sich die Verhaltensweisen ableiten, die als gesundheitsförderlich gelten, und für deren Durchführung der Kliniker Krankheitseinsicht und Compliance – und hier vor allem Medikamentencompliance – vom Betroffenen erwartet. BÄUML (<sup>2</sup>2008) bringt es auf den Punkt, wenn er schreibt, es gibt für den Betroffenen »eigentlich kein Argument, sich der erforderlichen Behandlung zu entziehen« (S. 169 f.). Psychoedukation versucht also normativ und vormundschaftlich auf den Betroffenen einzuwirken, um gesundheitsförderliche funktionale Verhaltensweisen zu ermöglichen. Wer durch Psychoedukation aufgeklärt worden ist, hat dann quasi nicht nur die Möglichkeit, sondern auch die Pflicht, sich entsprechend zu verhalten. Damit rückt Psychoedukation in die Nähe traditioneller Gesundheitserziehung.

Psychoedukation zielt aber auch auf die Befähigung zur Selbstreflexion, Bildung eines eigenen Urteils und Selbstbestimmung: »Damit sich Patienten mit Überzeugung für oder gegen eine Behandlung entscheiden können, müssen sie [...] erst einmal gründlich Bescheid wissen, welche Krankheit vorliegt, woher sie kommt und was dagegen am besten hilft.« (BÄUML 2002, S. 11) Demzufolge bietet Psychoedukation grundsätzlich auch die Möglichkeit zur Gesundheitsbildung.

Folglich ist ein ambivalenter Charakter von Psychoedukation zu konstatieren: Auf der einen Seite lehnt Psychoedukation zwar die Verknüpfung mit Erziehung ab, muss sich aber dennoch kritisch auf ihren normativen und vormundschaftlichen Anteil prüfen lassen. Auf der anderen Seite versteht sich Psychoedukation selbst als Bildung (vgl. Definition von Psychoedukation nach der Arbeitsgruppe

Psychoedukation<sup>2</sup>2008, S. 3), muss sich dann aber kritisch fragen lassen, wie mündig oder eigen-sinnig, eigen-willig bzw. eigen-mächtig sich der Betroffene zeigen darf. Werden von wissenschaftlichen Erkenntnissen abweichende Entscheidungen schizophrene erkrankter Menschen als Ausdruck ihrer Krankheit oder als Ausdruck von Selbstbestimmung gewertet? Werden sie als ein Zeichen noch nicht ausreichender erzieherischer Überzeugungsarbeit oder als ein pädagogisch wertvolles und unterstützungswürdiges Moment innerhalb des individuellen Lern- und Bildungsprozesses des Betroffenen gedeutet?

Wie schwer sich Psychoedukation mit den Ideen der Gesundheitsbildung anfreunden kann, wird deutlich, wenn die aktuelle Diskussion über ihre konsequente Fortführung oder radikale Steigerung im Rahmen des Empowerment- und Recovery-Ansatzes betrachtet wird.

Empowerment ist ein Ausdruck, der aus den USA kommend sich in den 1980er-Jahren im deutschsprachigen Raum durchsetzte. »Empowerment meint die Befähigung des Patienten, durch den Erwerb von Wissen, Fertigkeiten und Kompetenzen, informierte Entscheidungen bezüglich seiner Lebensführung zu treffen.« (VOGEL 2001, S. 161) Dieses Verständnis geht deutlich über das herkömmlicher Patientenschulung hinaus, nämlich »bestimmte Verhaltensweisen zu vermitteln und zwar solche, die im Rahmen der Behandlung wünschenswert sind [...]« (ebd., S. 162). Empowerment hat die Stärkung der Eigenmacht und Selbstbestimmung des Betroffenen im Behandlungsprozess zum Ziel. FALLER (2001) schreibt: »Empowerment meint, dass ein Mensch mit einer chronischen Krankheit dazu befähigt werden soll, das medizinische Team »anzuleiten«, um den für ihn optimalen Nutzen aus der professionellen Versorgung ziehen zu können.« (S. 98) Therapeuten stellen ihre professionelle Kompetenz zur Verfügung, der Betroffene trifft »informierte Entscheidungen« (ebd.), ob er das Fachwissen nutzt, in Teilen nutzt, zu bestimmten Zeiten nutzt oder eben auch gar nicht nutzt.

Deshalb macht VOGEL (2001) auf einen tendenziellen »Widerspruch des Empowermentansatzes mit Compliance-Erwartungen der Therapeuten« (S. 161) aufmerksam. Empowerment verlangt »den Respekt vor der Autonomie des Patienten und kann im Prinzip auch bedeuten, dass man Entscheidungen des Patienten zu »ungesunden« Lebensweisen akzeptiert und sogar unterstützt. Die Therapeuten und das Konzept der Einrichtung müssen es billigen und sogar unterstützen, dass der Patient nicht gehorsam ist, sondern autonom« (ebd., S. 162). Das erinnert an das von HAUG (1991) formulierte »Recht auf Krankheit« (S. 406). VOGEL (2001) weiter: »Autonome Patienten erschweren leider den Beratungs- und Behandlungsablauf. Sie verlangen nach Erklärungen, widersprechen ggf. und wollen überzeugt werden, wenn sie anderer Meinung sind.« (S. 162) Die Behandlung autonomer Patienten ist zeitintensiver als die gehorsamer Patienten.

Psychoedukation fühlt sich solch einem Verständnis von Empowerment nicht verpflichtet. BÄUML und PITSCHEL-WALZ (<sup>2</sup>2008 a) wollen nach eigenem Bekunden

zwar »das Selbsthilfepotenzial der Betroffenen im Sinne der Empowerment-Philosophie [...] adäquat gestärkt und einbezogen« (S. 37) wissen, doch der Radikalität der Selbstbestimmung einer Empowerment-Philosophie – z. B. auch ungesunde Verhaltensweisen therapeutisch zu begleiten – hat sich die Psychoedukation nicht verschrieben. In der Psychoedukation gelten Differenzen und Divergenzen vom wissenschaftlichen Krankheitsverständnis als veränderungsbedürftig und nicht als subjektiv sinnvolle Größen in einem individuellen Verarbeitungsprozess, die es wert wären, ihr einen pädagogisch unterstützenswürdigen Charakter beizumessen. Bestehende Divergenzen im Krankheitskonzept bezeichnen z. B. BÄUML und PITSCHEL-WALZ (2005 a, 2005 b) als »dysfunktional« (S. 64 bzw. S. 142), die es rasch und gezielt zu bearbeiten gelte (vgl. 2005 a, S. 64).

Eine Weiterentwicklung von Gesundheitsbildung stellt auch der Recovery-Gedanke dar, der in den 1980er-Jahren in den USA von betroffenen Menschen mit einer psychischen Langzeiterkrankung entwickelt wurde und der deshalb auch bislang nur im Bereich der Psychiatrie diskutiert wird (vgl. AMERING & SCHMOLKE <sup>2</sup>2007; KNUF 2008). Recovery heißt laut Wörterbuch: Wiedergewinnung, Genesung, Erholung, Bergung. Gemeint ist damit, wie es gelingen kann, mit einer schweren und lang andauernden psychischen Krankheit, deren Verlauf ungewiss ist, *trotz, mit oder ohne anhaltende Symptome* das Leben so sinnhaft, befriedigend, hoffnungsvoll und erfolgreich wie möglich zu führen. »Es geht darum, den negativen Einfluss einer psychischen Erkrankung zu überwinden, obwohl sie weiterhin anhält.« (KNUF 2008, S. 8)

Recovery setzt also »nicht notwendigerweise eine Verbesserung oder Beseitigung von Symptomen oder Defiziten [...] [voraus], sondern bezieht sich auf den Lernprozess, wie man mit länger andauernden Einschränkungen leben und diese handhaben oder kompensieren kann und trotzdem oder darüber hinaus so aktiv und erfüllt wie möglich am Leben in der Gemeinschaft teilhat« (AMERING & SCHMOLKE <sup>2</sup>2007, S. 135, Zusatz vom Verfasser). Recovery ist ein höchst individueller und subjektiv unterschiedlicher Prozess der Wiederherstellung nach psychischer Erkrankung. Er verläuft nicht linear im Sinne zunehmender Symptomfreiheit. Stillstand, Rückschritte, Krisen und Symptome sind integraler Teil des Prozesses, der mit, ohne oder trotz professioneller Hilfe gelingen (vgl. KNUF 2008, S. 10) kann. Krankheitsepisoden werden »als Entwicklungs- und Lernerfahrungen« (AMERING & SCHMOLKE <sup>2</sup>2007, S. 101) aufgefasst. Der Recovery-Ansatz schließt ausdrücklich den Lerngedanken ein. Recovery versteht sich nicht als ein Konzept, das zusätzlich zu den vorhandenen angewendet werden soll, sondern es geht ihm darum, das bestehende therapeutische Angebot und die aktuelle Versorgungsstruktur unter dem Blickwinkel zu betrachten, wie beide dazu beitragen, gesund zu bleiben oder wieder zu werden bzw. wie sie dies behindern.

Die Aufgabe der Fachleute in einem Recovery-Prozess ist, die Betroffenen auf ihren *ganz eigenen* Wegen mit ihren Problemen und Kämpfen zu unterstützen

und zu begleiten (vgl. ebd., S. 242). Die Therapeuten müssen es zulassen und aushalten können, dass die Betroffenen aus dem institutionellen Hilfsangebot selbst auswählen, was sie (jetzt) nutzen wollen und was nicht, dass sie überhaupt ihre eigenen Entscheidungen treffen und dass sie damit auch ihre eigenen Fehler machen können (vgl. ebd., S. 224). »Aus einer Recovery-Perspektive geht es hier klar um das Recht, den Zeitpunkt, das Ausmaß und die Art der Interventionen so weitgehend als möglich selbst bestimmen zu können.« (ebd., S. 74) Anstelle des Vermeidens von Risikofaktoren und einem dementsprechenden Risikomanagement wird ein kreativer verantwortlicher Umgang mit Risiken, mit Unterstützung des Therapeuten, bewusst durch den Betroffenen gewählt. AMERING und SCHMOLKE sprechen von der »Würde des Risikos« (ebd., S. 171). Ziel ist es, miteinander Übereinstimmung darüber zu finden, »verantwortliche Risiken [...] zu ermöglichen, damit Lern- und Lebenserfahrungen gemacht werden können« (ebd., S. 261). Erfahrungen, Risiken und auch Fehler werden als Bestandteil eines individuellen Lernprozesses gesehen.

Misst man Psychoedukation am Recovery-Gedanken, wird deutlich, dass sie nicht ergebnisoffen ist. Die anzustrebenden und empirisch untermauerten Ziele der Symptomreduzierung, Verringerung der stationären Aufnahmehäufigkeit und Dauer sowie der Verbesserung der (Medikamenten-)Compliance sind in der Psychoedukation vorgegeben. Der Recovery-Gedanke dagegen fordert deutlich mehr Partizipation und Individualisierung bei der Bestimmung des Behandlungsziels und der -methoden, als die Psychoedukation bereit ist einzuräumen. Psychoedukation steht für Vermeidung von Risikofaktoren und Rezidiven sowie entsprechendem Risikomanagement. Dem Recovery-Gedanken liegt dagegen auch an einem verantwortlichen, abwägenden, aber auch kreativen und Lernerfahrung ermöglichenden Umgang mit Risiken, der von Therapeuten unterstützt, begleitet und mit ihm zusammen evaluiert wird.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Psychoedukation sich selbst eher als Gesundheitsbildung versteht. Doch bei genauer Betrachtung ihrer Ziele und Inhalte wird eine Haltung und ein Verständnis deutlich, wodurch sie stark in die Nähe zu traditioneller Gesundheitserziehung rückt. Neuere Ansätze, wie der Empowerment- oder Recovery-Gedanke, sind der Psychoedukation fremd.\*

---

\* Nach Einreichen der Dissertation haben BÄUML et al. im Mai 2010 eine 2. Auflage ihres Arbeitsbuches PsychoEduktion bei Schizophrenie herausgegeben. Dort erwähnen die Autoren in zwei neu eingefügten Kapiteln u. a. auch kurz den Empowerment- und Recovery-Gedanken. Die oben beschriebene Radikalität, die diesen Gedanken innewohnt, findet jedoch weiterhin nicht Niederschlag im Manual.

## 4.7 Psychoedukation als Erwachsenenbildung

Die entscheidende Kritik dieser Arbeit an der Psychoedukation ist, dass sie Schizophrenie zum expliziten Lern- und Bildungsanlass macht, ohne dies weitergehend konzeptionell zu reflektieren und praxeologisch zu nutzen. Es ist ein zentrales Anliegen der Arbeit, den initiierten Lehr-, Lern- und Bildungsprozess erziehungswissenschaftlich systematisch erfassen, analysieren, auswerten und nutzbar machen zu können (vgl. Kapitel 1). Deshalb habe ich Psychoedukation bewusst in den Kontext von Erziehungswissenschaft gestellt (siehe Kapitel 3.2). Nachdem Psychoedukation inhaltlich und organisatorisch vorgestellt worden ist, ist jetzt abzuwägen, welchem Teilbereich der Erziehungswissenschaft Psychoedukation zugeordnet werden kann.

Es liegt zunächst nahe, Psychoedukation dem Bereich der Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung zuzuordnen. Damit rückt das Krankheitsgeschehen in den Fokus, was aber eher eine klinisch-pathogene Sicht auf Schizophrenie unterstützt. Alternativ suche ich nach einem Teilgebiet der Erziehungswissenschaft, das

- zum einen allgemein Konzepte zu Lehr-, Lern- und Bildungsprozessen bei Erwachsenen zur Verfügung stellt und
- zum anderen Krankheit eher pädagogisch-anthropologisch als eine unter vielen anderen vom Leben gestellte Herausforderung sieht, die einen nicht unbedingt gewollten Lern- und Bildungsanlass zur Folge hat.

Auf eine heuristische Weise bietet sich dafür die Erwachsenenbildung an, da sie beides erfüllt: Sie hat einen umfangreichen Fundus an Konzepten zu Lehr-, Lern- und Bildungsprozessen. Dies ist geradezu konstituierend für das Gebiet der »Erwachsenenbildung«. Außerdem ist ihr die Denkweise, Krankheit als eine vom Leben ungewollt gestellt Lernaufgabe aufzufassen, zumindest nicht fremd (vgl. BITTNER 2001).

DEWE (2006) definiert Erwachsenenbildung ganz pragmatisch »als institutionalisierte Form hilfreicher Kommunikation in modernen Gesellschaften [für] das intentionale Lernen Erwachsener [...]« (S. 121, Zusatz vom Verfasser). WITTPOTH (2006) unterscheidet dann zwischen expliziter und impliziter Erwachsenenbildung. Implizite Erwachsenenbildung umfasst alle Formen, »in denen Menschen eher beiläufig etwas lernen oder in denen sie sich selbst an irgendwelchen Orten, mit Hilfe irgendwelcher Medien mit Wissen versorgen« (ebd., S. 10). Diese Definition schließt dann auch das selbst organisierte Lernen Erwachsener ein. Unter expliziter Erwachsenenbildung dagegen versteht er, »was in eigens zu ihrem Zwecke geschaffenen Institutionen und veranstalteten Kursen in der ausdrücklichen Absicht zu bilden geschieht« (S. 9).

Psychoedukation ist eine Veranstaltung mit Lern- und Bildungsabsicht, da sie, gemessen an ihren Zielen und Inhalten, ausdrücklich Wissen weitergeben

und wissenschaftlich fundierte Kompetenzen vermitteln will (Lernen), um zur Auseinandersetzung mit der Erkrankung (Bildung) und zur Krankheitsbewältigung zu befähigen. Zudem beruft sich Psychoedukation im Selbstverständnis auf Bildung (vgl. Arbeitsgruppe Psychoedukation <sup>2</sup>2008, S. 3). Psychoedukation kann in ihrer manualisierten Form als ein veranstalteter Kurs gesehen werden, mit der ausdrücklichen Intention zu bilden und zählt damit zur expliziten – weil veranstalteten Erwachsenenbildung. Sicher ist Psychoedukation von den Klinikern jedoch nicht eigens zum Zweck einer Erwachsenenbildung geschaffen worden, gemäß der Definition von WITTPOTH (<sup>2</sup>2006), sondern sie ist aus klinischer Perspektive ein Teil der Behandlung.

Die Verbindung zwischen Psychoedukation und Erwachsenenbildung soll erstmals mit dieser Arbeit bewusst und systematisch hergestellt werden. Psychoedukation als Erwachsenenbildung zu denken und in dieser Haltung durchzuführen, ist die konsequente Fortführung der Auffassung davon, dass Schizophrenie einen Lern- und Bildungsanlass darstellt. Die Erkrankung wird in eine Reihe mit vielen weiteren Anlässen gestellt, die das Leben bietet bzw. fordert (vgl. z. B. BITTNER 2001). Krankheit ist genauso ein integraler Teil des Lebens wie auch Erwachsenenbildung in vielen anderen Lebensbezügen zum Leben gehört. Diese Denkweise normalisiert Krankheit und könnte damit auch die gesellschaftliche Integration der Betroffenen fördern.

Psychoedukation als Erwachsenenbildung zu verstehen, dient den drei Hauptanliegen dieser Arbeit (siehe Kapitel 1) und wird für ihren weiteren Verlauf von wesentlicher Bedeutung sein:

- Erstens wird Psychoedukation damit bewusst in den Kontext von Erziehungswissenschaft und Erwachsenenbildung gestellt. Dies legitimiert, dass Konzepte, Kompetenz und Wissen aus der Erwachsenenbildung für die Psychoedukation zugänglich gemacht und genutzt werden.
- Zweitens kann damit der in der Psychoedukation initiierte – bislang implizite – Lehr-, Lern- und Bildungsprozess erziehungswissenschaftlich bzw. erwachsenenpädagogisch systematisch erfasst, analysiert, ausgewertet und diskutiert werden.
- Drittens sollen mit den dabei gewonnenen Ergebnissen perspektivisch wesentliche konzeptionelle und inhaltliche Anregungen und Impulse für eine theoretische und praktische Weiterentwicklung und Verbesserung der Psychoedukation gewonnen werden.

## 5 Zusammenfassung

In Teil I der Arbeit habe ich gezeigt,

1. dass das Vulnerabilitätskonzept Schizophrenie als multifaktorielles Geschehen auffasst, welches dem Betroffenen eine aktive und intervenierende Rolle auf den Krankheitsverlauf und Genesungsprozess einräumt, die ihm mithilfe von Psychoedukation vermittelt werden kann (Kapitel 2),
2. dass Schizophrenie für den betroffenen Menschen einen impliziten Lern- und Bildungsanlass darstellt (Kapitel 3),
3. dass Psychoedukation Schizophrenie zu einem expliziten Lern- und Bildungsanlass macht (Kapitel 3),
4. dass die Erziehungswissenschaft legitimiert ist, sich in den Diskurs über Psychoedukation einzubringen (Kapitel 3),
5. dass der Lern- und Bildungsgedanke als Grundlage dienen soll (Kapitel 3), im weiteren Verlauf der Arbeit essenzielle Anregungen und Impulse für eine theoretische und praktische Weiterentwicklung und Verbesserung der Psychoedukation zu gewinnen,
6. dass das Selbstverständnis der Psychoedukation vor allem klinisch-pathogen geprägt ist und sie deutliche Züge traditioneller Gesundheitserziehung aufweist (Kapitel 4),
7. dass der in der Psychoedukation initiierte Lehr-, Lern- und Bildungsprozess vernachlässigt wird, bislang implizit bleibt und aus erziehungswissenschaftlicher Sicht nur ungenügend positioniert wird (Kapitel 4) und
8. dass Psychoedukation als Erwachsenenbildung aufgefasst werden kann und damit die Basis geschaffen ist, Konzepte, Kompetenz und Wissen aus der Erwachsenenbildung für die Psychoedukation zugänglich gemacht und eingesetzt werden können (Kapitel 4).

Die systematische Erfassung, Analyse, Auswertung und Diskussion des Lehr-, Lern- und Bildungsprozesses in der Psychoedukation geschieht in den folgenden Kapiteln der Arbeit. Die dabei gewonnenen Resultate sollen für eine konzeptionelle und anwendungsbezogene Weiterentwicklung und Verbesserung der Psychoedukation genutzt werden.



## Teil II

### Methodik und Theorie

Mit dieser Arbeit wird zum ersten Mal ausdrücklich ein erziehungswissenschaftlicher und erwachsenenpädagogischer Zugang zur Psychoedukation gesucht. In Teil II werde ich den dazu notwendigen methodischen und theoretischen Rahmen zur systematischen Erfassung, Analyse und Diskussion des Lehr-, Lern- und Bildungsprozessverständnisses in der Psychoedukation abstecken. Zunächst werden Analysekriterien definiert (Kapitel 6), mit denen in einer gezielt ausgewählten erziehungswissenschaftlichen Referenztheorie (Kapitel 7) das dort vorliegende Lehr-, Lern- und Bildungsprozessverständnis (Kapitel 8) erfasst werden soll. Anhand derselben Kriterien wird später in Teil III auch das Lehr-, Lern- und Bildungsverständnis der Psychoedukation am Beispiel zweier Manuale herausgearbeitet. Die Analysekriterien dienen als methodisches Instrument, um zwei – auf den ersten Blick – so ungleiche Phänomene wie die Psychoedukation und eine erziehungswissenschaftliche Theorie überhaupt vergleichen zu können. Die Referenztheorie stellt den erziehungswissenschaftlichen Hintergrund dar, auf dem die Ergebnisse der Analyse der psychoedukativen Manuale ausgewertet und diskutiert werden sollen, um Perspektiven für eine theoretische und praktische Weiterentwicklung und Verbesserung der Psychoedukation aufzuzeigen.

## 6 Kriterien zur Analyse des Lehr-, Lern- und Bildungsprozessverständnisses

Meinen Recherchen zufolge, existieren bislang keine gängigen, allgemeingültigen oder anerkannten Kriterien, mit denen das Verständnis eines Lehr-, Lern- und Bildungsprozesses erfasst werden kann, weder für erziehungswissenschaftliche Theorien noch für Erwachsenenbildungsveranstaltung und schon gar nicht für Psychoedukation. Die Kriterien, die ich im Folgenden entwickeln und definieren werde, basieren im Wesentlichen auf zwei Quellen: auf Begrifflichkeiten von Ingeborg SCHÜßLER (2000) (Kapitel 6.1) und auf systematischen Arbeiten von Rolf ARNOLD (1985) (Kapitel 6.2).

### 6.1 Begrifflichkeiten von Ingeborg Schüßler

SCHÜßLER (2000) hat sich sowohl theoretisch als auch empirisch intensiv mit Erwachsenenbildung beschäftigt. Der Deutungsmusteransatz und der pädagogische Konstruktivismus dient ihr dabei als theoretischer Bezugsrahmen. In ihren Arbeiten prägte sie Begrifflichkeiten, die ich als hilfreich für eine Analyse eines Lehr-, Lern- und Bildungsprozessverständnisses erachte.

SCHÜßLER (vgl. ebd., S. 193–196) unterteilt Lehr-, Lern- und Bildungsprozesse in einen Interventions- und Vermittlungsprozess (Vermittlungslogik), einen Interaktions- und Aushandlungsprozess (Prozesslogik) und einen Lern- und Aneignungsprozess (Aneignungslogik) (vgl. ebd., S. 193 f.). So haben Lehrende bzw. Lernende bestimmte Vorstellungen darüber, wie ein Lernprozess verläuft, welche Aufgaben der Lehrende dabei hat und wie die Aneignung des Lern- und Bildungsangebots beim Lernenden geschieht. Genauer betrachtet versteht SCHÜßLER unter Vermittlungslogik, Prozesslogik und Aneignungslogik im Kontext von Lern- und Bildungsprozessen Folgendes:

1. »Vermittlungslogik« (ebd., S. 194) ist die Antwort auf die Frage, was der Lehrende meint tun zu müssen, damit Lernen und Bildung möglich werden. Grundsätzlich deckt sich Vermittlungslogik mit der Frage nach der Didaktik, als Theorie und Praxis des Lehrens. Mit der Vermittlungslogik wird die Perspektive des Lehrenden im Lehr-, Lern- und Bildungsprozess eingenommen:

- Wie strukturiert er das Lernthema, wie plant er didaktisch die Veranstaltung und welche Vermittlungs- und Interventionsstrategien führt er durch?
  - Welche Zielvorstellung verfolgt er mit seinem Lernangebot und werden diese von den Teilnehmern geteilt? (vgl. ebd., S. 195)
  - Ist seine Problemdefinition identisch mit der des Lernenden? (vgl. ebd.)
2. »Prozesslogik« (ebd., S. 194) ist die Antwort auf die Frage nach der Interaktion zwischen Lehrendem und Lernendem. Prozesslogik umfasst das Verständnis der Dynamik im Lehr-Lern-Geschehen und fokussiert auf den Vorgang des Lern- und Bildungsprozesses:
- Welche Rollen- und Kompetenzverteilung gibt es zwischen Lehrendem und Lernendem? (vgl. ebd., S. 195)
  - Wie reagiert der Lehrende auf Teilnehmerbeiträge und wie reagiert der Teilnehmer auf Angebote der Lehrperson? (vgl. ebd.)
  - Wie wird mit von einander abweichenden Sichtweisen umgegangen? (vgl. ebd.)
3. »Aneignungslogik« (ebd., S. 194) thematisiert das Aneignungsverhalten aus der Perspektive des Lernenden und gibt Antwort auf die Frage, mit welcher momentanen Motivation sich der Lernende auf welche Themen wieweit einlässt.
- Wie vollzieht sich die Aneignung der Lern- und Bildungsinhalte beim Lernenden?
  - Nach welchen Regeln lernt er, bzw. wie eignet er sich Neues an?

Mithilfe dieser drei Ebenen – der Vermittlungs-, Prozess- und Aneignungslogik – lässt sich das Lehr-, Lern- und Bildungsverständnis, das explizit oder implizit einer Bildungsveranstaltung oder einer erziehungswissenschaftlichen Theorie zugrunde liegt, präziser verdeutlichen und begrifflich klarer fassen. Den Zusammenhang zwischen Lehr-, Lern- und Bildungsverständnis und der Vermittlungs-, Prozess- und Aneignungslogik ergibt sich aus folgenden Überlegungen: Der Lehrprozess lässt sich mit der Frage nach der Vermittlungslogik erfassen. Das Verständnis eines Lern- und Bildungsprozess lässt sich aus der zugrunde liegenden Prozess- und Aneignungslogik erschließen, aus deren Verständnis wiederum die Vermittlungslogik folgt.

Um die Übersichtlichkeit der Arbeit und ihrer Ergebnisse zu wahren, werde ich bei den zu entwickelnden Analysekrterien nicht zwischen Lern- und Bildungsvorgang differenzieren. In Kapitel 3.1 habe ich bereits das Verhältnis zwischen Lernen und Bildung bestimmt und gehe davon aus, dass Bildung Lernen impliziert. Bildung umfasst die Auswertung von Lernvorgängen nach Bedeutung und Bewertung für das Verhältnis zu sich, anderen und der Umwelt. Inhaltlich fokussiert Lernen Verhaltens- und Einstellungsänderungen und Bildung die Auseinandersetzung mit dem Selbstbild des Betroffenen und mit dem Verhältnis, das er zu seinen Mitmenschen und zur Welt hat. Psychoedukation initiiert beides:

Lernen und Bildung (siehe Kapitel 3.2.2). Bei den Analysekriterien ist auch stets beides gemeint: Lern- und Bildungsprozess.

Die Prozesslogik beinhaltet im Sinne Schüßlers vor allem die Dynamik der Interaktion zwischen Lehrendem und Lernendem. Diese Sicht möchte ich erweitern und in die Prozesslogik auch die Vorstellung (des Lehrenden und des Lernenden) darüber aufnehmen, wie Lernen und Bildung als Prozess überhaupt vonstatten geht. Um diese Erweiterung begrifflich zu markieren, werde ich im Folgenden stets von »Lern- und Bildungsprozesslogik« – statt »Prozesslogik« – sprechen. Da es in dieser Arbeit um die Analyse einer formalen Lernform (organisierte Psychoedukation) geht, bleibt informelles Lernen in der Prozess-, Vermittlungs- und Aneignungslogik unberücksichtigt.

Der Gedanke, den Lehr-, Lern- und Bildungsprozess anhand einer Prozess-, Vermittlungs- und Aneignungslogik zu erfassen, bildet das Grundgerüst für die Entwicklung der Kriterien. Aus meiner Sicht ist es sinnvoll, bei dem Versuch, einen erziehungswissenschaftlichen Zugang zur Psychoedukation aufzubauen, die dabei anzuwendenden Analysekriterien möglichst umfassend zu definieren. So wird gewährleistet, dass die Ergebnisse auch wirklich einen Überblick über das vorliegende Verständnis des Lehr-, Lern- und Bildungsprozesses geben. Detailliertere Nachfragen und Untersuchungen bleiben Folgearbeiten überlassen.

Die Begrifflichkeiten Schüßlers bieten demnach eine solide Grundstruktur zur Definition von Analysekriterien, die ich in folgende Fragen fasse:

1. Welche Lern- und Bildungsprozesslogik liegt dem zu untersuchenden Manual bzw. der Referenztheorie zugrunde?
2. Von welcher Vermittlungslogik wird in dem zu untersuchenden Manual bzw. in der Referenztheorie ausgegangen?
3. Von welcher Aneignungslogik wird in dem zu untersuchenden Manual bzw. in der Referenztheorie ausgegangen?

Diese Grundstruktur werde ich im Folgenden differenzieren und beziehe mich dabei auf Arbeiten von Rolf Arnold.

## 6.2 Pädagogische Handlungssituationen nach Rolf Arnold

Rolf Arnold hat sich in den 1980er-Jahren intensiv mit dem Deutungsmusteransatz und ab den 1990er-Jahren mit dem pädagogischen Konstruktivismus in der Erwachsenenbildung auseinandergesetzt. Für mein Anliegen, Analysekriterien zu entwickeln, beziehe ich mich hier lediglich auf eine Arbeit von ihm aus dem

Jahre 1985, deren Inhalt pädagogisches Handeln in der Erwachsenenbildung ist. Er entwirft eine Sozialpsychologie der Erwachsenenbildung, um daraus eine erwachsenenpädagogische Handlungstheorie abzuleiten. In diesem Rahmen unterscheidet er vier typische pädagogische Handlungssituationen in der Erwachsenenbildung (vgl. ARNOLD 1985, S. 140–150):

- *Die Identifikation von Fragestellungen:* Wie, warum und von wem wurden in der Lern- und Bildungsveranstaltung besprochene Lerngegenstände, Probleme und Fragestellungen als behandlungsnotwendig definiert und ausgewählt?
- *Die Legitimation des Lerngeschehens:* Wodurch ist oder womit wird die Durchführung des Lern- bzw. Bildungsprozesses gerechtfertigt?
- *Die Vermittlung und Strukturierung der Lerninhalte:* Nach welchen Leitlinien wird der Lerngegenstand vom Lehrenden aufbereitet, der dem Lernenden vermittelt wird und welche Rollen haben beide bei der Vermittlung der Lerninhalte inne?
- *Die Bewertung des Lernprozesses:* Welche Erfolgskriterien werden der Bewertung von Lehr-, Lern- und Bildungsprozessen angelegt? Wonach bemisst sich Lern- und Bildungserfolg?

Mit den vier typischen pädagogischen Handlungssituationen stellt Arnold wichtige Stationen in einem Lehr-, Lern- und Bildungsprozess dar: die Identifikation von Fragestellungen, die Legitimation des Lerngeschehens, die Vermittlung und Strukturierung der Lerninhalte sowie die Bewertung des Lernprozesses.

Alle vier pädagogischen Handlungssituationen lassen sich jeweils als Teilaspekte der Vermittlungslogik im Schüßlerschen Sinne auffassen. Mit der *Identifikation der zu behandelnden Fragestellung* wird im Grunde der Anlass für das Lern- bzw. Bildungsgeschehen und damit für die zu absolvierenden Lernaufgaben definiert. Hierbei ist von Interesse, ob und wie Lern- und Bildungsbedürfnisse festgestellt werden, wie und von wem ein Lern- und Bildungsbedarf definiert und begründet wird, auf welche Art ein Abgleich zwischen Lernbedürfnis und Lernnotwendigkeit geschieht. Bei der *Legitimation des Lerngeschehens* geht es darum, wie das Lern- und Bildungsangebot sowie das sich daraus ergebende Lerngeschehen gerechtfertigt werden, welche Intentionen und Ziele der Lehrende dabei verfolgt und wieweit diese von den Lernenden geteilt werden (vgl. SCHÜßLER 2000, S. 195). *Vermittlung und Strukturierung der Lern- und Bildungsinhalte* bilden das Kernstück der Vermittlungslogik. Die *Bewertung des Lern- und Bildungsprozesses* wiederum versucht den erreichten Lernerfolg in Abhängigkeit von Lernbedürfnis und -bedarf zu erfassen.

So lässt sich die Grundstruktur der Analysekriterien in der folgenden Weise differenzieren und untergliedern:

#### I. *Lern- und Bildungsprozesslogik*

1. Welche allgemeine Lern- und Bildungsprozesslogik liegt dem zu untersuchenden Manual bzw. der Referenztheorie zugrunde?

## II. Vermittlungslogik

1. Von welcher allgemeinen Vermittlungslogik wird in dem zu untersuchenden Manual bzw. in der Referenztheorie ausgegangen?
2. Worin wird der Lern- und Bildungsanlass gesehen, wie und von wem werden die zu behandelnden Fragestellungen und Lernaufgaben identifiziert und begründet?
3. Wie wird das Lern- bzw. Bildungsgeschehen legitimiert?
4. Wie bemisst sich Lern- und Bildungserfolg und wonach werden Lern- bzw. Bildungsprozesse bewertet?

## III. Aneignungslogik

1. Von welcher Aneignungslogik wird in dem zu untersuchenden Manual bzw. in der Referenztheorie ausgegangen?

Um die Analysekriterien zu vervollständigen, füge ich abschließend noch einige Überlegungen hinzu.

## 6.3 Die Analysekriterien

Wie oben ausgeführt, habe ich Schüßlers Verständnis einer Prozesslogik als Dynamik zwischen dem Lehrenden und Lernenden erweitert und das grundsätzliche Verständnis vom Lernvorgang in den Fokus der »Lern- und Bildungsprozesslogik« gestellt. Die Dynamik zwischen Lehrendem und Lernendem bleibt aber deswegen dennoch Teil der Lern- und Bildungsprozesslogik. Um diese Dynamik einfangen zu können, werde ich die Rollen- und Kompetenzverteilung im Lern- und Bildungsprozess zwischen den Teilnehmern und der Lehrperson als Element der Lern- und Bildungsprozesslogik aufnehmen. Denn je nach Rollenverständnis werden die Lehrenden mit den Teilnehmerbeiträgen unterschiedlich umgehen und sich die Lernenden und Lehrenden in der Lern- und Bildungssituation anders verhalten.

Die unter der Vermittlungslogik in die Analysekriterien aufgenommenen Fragen, *woher sich welche* zentralen Lern- und Bildungsthemen ergeben (Identifikation der Fragestellung), *warum* diese zu lernen sind (Legitimation des Lern- und Bildungsgeschehens), *wonach* der Lern- und Bildungsprozess am Schluss bewertet wird und wie die Lerninhalte vermittelt werden sollen, bekommen ihre spezifische Bedeutung und Ausformung erst, wenn sie in Relation zu entsprechenden Lern- und Bildungszielen stehen. Von diesen Zielen leitet sich oftmals auch die Art und Weise ab, wie die zu behandelnden Lernthemen identifiziert, legitimiert, vermittelt und schlussendlich bewertet werden. Deshalb werde ich in die Analysekriterien auch die Frage nach den vorrangigen Lern- und Bildungszielen als ein Element der Vermittlungslogik aufnehmen.

Wenn man einen Lern- bzw. Bildungsprozess nicht von seinem Endresultat her betrachtet, wie dies z. B. typischerweise in der Psychologie geschieht (Lernen als beobachtbare Verhaltensänderung), sondern von seinem Prozesscharakter, dann entzieht sich der Prozess letztlich einer genauen und rationalen Erfassung jedes einzelnen Teilschrittes. Darauf verweisen z. B. vor allem die Phänomenologen. MEYER-DRAWE (2008) schreibt dazu: »Lernen können wir nämlich lediglich in seinen Ergebnissen erkennen, als Vollzug entzieht es sich uns vollständig.« (S. 30 f.). Ein Rest des Lernvorgangs bleibt stets der Reflexion unzugänglich. Manchmal lässt sich nicht vollständig nachvollziehen, warum etwas gelernt wurde – vor allem wenn Dinge gelernt wurden, die man nicht zu lernen beabsichtigte. Wenn ein Teil des Lernvorgangs unserer Reflexion unzugänglich bleiben wird, ist es auch so gut wie unmöglich, hinreichende Bedingungen für Lernen und Bildung zu nennen. Wesentlich leichter können notwendige Bedingungen erfasst werden. MEYER-DRAWE (ebd.) dazu: »Wir können zwar notwendige [...] Bedingungen erforschen, hinreichende Gründe dafür, dass *jemand etwas als etwas lernt*, ergeben sich aus diesen Befunden nicht.« (ebd., S. 31)

Für die Erstellung der Analysekriterien sind diese Überlegungen insofern interessant, als die Referenztheorie und zwei Manuale der Psychoedukation darauf hin befragt werden können, was sie als notwendige Bedingungen oder als wesentliche Kriterien im Lern- und Bildungsvorgang sehen, die Veränderung ermöglichen können. Wie in Kapitel 4 gezeigt, liegt der Psychoedukation viel daran, dass sie beim Menschen mit einer psychischen Erkrankung Veränderungen im Verhalten und in der Einstellung sowie im Verhältnis zu sich, anderen und der Welt bewirkt. Deshalb werde ich als weiteres Kriterium im Bereich der Lern- und Bildungsprozesslogik die Frage aufnehmen, welche Vorstellungen darüber existieren, wie Veränderung durch Lernen und Bildung grundsätzlich ermöglicht wird.

Auch ein Lernender kann Kriterien angeben, die notwendigerweise erfüllt sein müssen, damit eine Aneignung des Zulernenden gelingen kann bzw. konnte. Die Frage nach der allgemeinen Vorstellung über die Aneignungslogik beim Lernenden werde ich ergänzen, indem ich nach maßgeblichen – notwendigen, aber nicht hinreichenden – Merkmalen für eine gelungene Aneignung des Lerngegenstands durch den Lernenden suche.

Wie bereits mehrmals aufgezeigt (Kapitel 2 und 4.3), ist es ein Hauptanliegen der Psychoedukation, Einfluss darauf nehmen zu können, dass das Einsichts- und Compliancenniveau bei den Betroffenen steigt. Mangelnde oder fehlende Krankheitseinsicht bzw. (Medikamenten-)Compliance wird als problematisch erachtet. Wenn in Teil III die Lernprozess-, Vermittlungs- und Aneignungslogik in der Psychoedukation untersucht wird, ist es von Interesse, wie in der erziehungswissenschaftlichen Referenztheorie ein Verhalten des Lernenden, das trotz Teilnahme am Gruppenprogramm nicht den Lernzielen der Therapeuten

entspricht, verstanden und eingeschätzt wird. Wieso wird von ihm nicht das angeeignet, was vermittelt wurde? Lässt sich daraus ein über eine klinisch-pathogene Sicht hinausgehendes Verständnis mangelnder Krankheitseinsicht und Compliance ableiten? SCHÜßLER (2000) stellt im Rahmen ihrer Prozesslogik eine ähnliche Frage, wie denn »mit differenten Sichtweisen von seiten anderer Teilnehmenden und der Lehrperson im Lehr-Lern-Prozess umgegangen« (S. 195) wird. Diese Frage will ich als Analysekriterium im Bereich der Lern- und Bildungsprozesslogik aufnehmen.

Damit stellen sich jetzt zusammenfassend die endgültigen Analysekriterien wie folgt dar:

#### I. *Lern- und Bildungsprozesslogik*

1. Welche allgemeine Lern- und Bildungsprozesslogik liegt dem zu untersuchenden Manual bzw. der Referenztheorie zugrunde?
2. Wie ist die Vorstellung darüber, wie Veränderung durch Lernen und Bildung grundsätzlich ermöglicht wird?
3. Wie sind die Rollen und die Kompetenz zwischen Lehrendem und Lernendem verteilt?
4. Welche Erklärungen werden für differente Sicht- und Verhaltensweisen von Lehrendem und Lernendem gegeben?

#### II. *Vermittlungslogik*

1. Von welcher allgemeinen Vermittlungslogik wird in dem zu untersuchenden Manual bzw. in der Referenztheorie ausgegangen?
2. Worin wird der Lern- und Bildungsanlass gesehen, wie und von wem werden die zu behandelnden Fragestellungen und Lernaufgaben identifiziert und begründet?
3. Welches sind die zentralen Lern- und Bildungsziele?
4. Wie wird das Lern- bzw. Bildungsgeschehen legitimiert?
5. Wie bemisst sich Lern- und Bildungserfolg und wonach werden Lern-bzw. Bildungsprozesse bewertet?

#### III. *Aneignungslogik*

1. Von welcher Aneignungslogik wird in dem zu untersuchenden Manual bzw. in der Referenztheorie ausgegangen?
2. Worin werden die Kriterien für gelungene Aneignung gesehen?

## 7 Auswahl einer erziehungswissenschaftlichen Referenztheorie

In Teil I der Arbeit habe ich Psychoedukation in den Kontext von Erziehungswissenschaft und Erwachsenenbildung gestellt, um den von ihr initiierten Lehr-, Lern- und Bildungsprozess systematisch erfassen, analysieren, auswerten und für konzeptionelle Überlegungen sowie für die konkrete Anwendung in der Psychoedukation nutzbar machen zu können. Es stellt sich die Frage, welche Referenztheorie einen geeigneten erziehungswissenschaftlichen Hintergrund für eine entsprechende Auswertung und Diskussion der Ergebnisse bietet.

Erwachsenenbildung als Teildisziplin der Erziehungswissenschaft kann zunächst ganz pragmatisch als eine methodisch-didaktische Praxis verstanden werden. In diesem Sinne definiert DEWE (2006) Erwachsenenbildung (vgl. Kapitel 4.7) »als institutionalisierte Form hilfreicher Kommunikation in modernen Gesellschaften [für] das intentionale Lernen Erwachsener [...]« (S. 121, Zusatz vom Verfasser). Psychoedukation mit schizophren erkrankten Menschen lässt sich ebenso als eine methodisch-didaktische Praxis verstehen, deren Lerninhalt sich nicht nur in der Vermittlung und im Anlernen bestimmter *Handlungen*, Verhaltensweisen und Techniken erschöpft, sondern die auch eine Vermittlung von *Haltungen* gegenüber der Tatsache anstrebt, erkrankt zu sein bzw. als krank zu gelten.

Für die Vermittlung von Techniken ist aus pädagogischer Sicht Schulung, Training, Anleitung, wiederholtes Beibringen ritualisierter Handlungsabläufe notwendig. Doch für die Herausbildung einer persönlichen Haltung gegenüber der schizophrenen Erkrankung und für die Suche, sich auf diese Lebenssituation einzustellen und einen individuellen Umgang damit zu finden, wird aus erziehungswissenschaftlicher Perspektive eine lineare Vermittlung oder ein Anlernen, wie bei einer Schulung, nicht nur nicht ausreichend, sondern auch nicht möglich sein. Hier auch die Vorstellung von Lernen und Bildung als einer direkten Vermittlungsleistung vom Lehrenden an den Lernenden zu haben, würde zu einer Situation führen, die SCHÄFFTER (1994) einmal als »illusionäre Selbstvereinfachung von Pädagogen« (S. 6) bezeichnet hat. Die Ansicht, Lernen sei direkte Vermittlungsleistung, gilt spätestens seit der reflexiven Wende der Erwachsenenbildung in den 1980er-Jahren als überholt, als der Fokus vermehrt auf die

subjektiven Lern- und Aneignungsprozesse der lernenden Erwachsenen gerichtet wurde (vgl. ARNOLD & SCHÜßLER 2003, S. 1). Folgerichtig stellt MEUELER (1982) in seinen Überlegungen, wie Erwachsene lernen, die Frage: »Wie gelingt es, die falsche Auffassung zu überwinden, Wissen sei etwas Abgeschlossenes, ein für allemal Fertiges, Eigentum von Experten und Lehrenden, zu übernehmen von Lernenden, die es bislang nicht besitzen?« (S. 98)

Bei SCHÜßLER (2000) findet sich in ihren Arbeiten zur Erwachsenenbildung dazu eine praktikable Unterscheidung: Sie teilt Erwachsenenbildungsveranstaltungen nach »Deutungslernen« oder »Qualifikationslernen« ein (vgl. S. 386–389). *Qualifikationslernen* bedeutet – unter Umständen lehrgangsmäßige – Einübung, Training, Anwendung und Überprüfung von erwarteten fest umrissenen Handlungsmustern für bestimmte vorgegebene Handlungsfelder. Qualifikationslernen ist ein Performanztraining von *Anwendungswissen*. Beispiele von Qualifikationslernen wären ein EDV-Kurs, eine Fahrschule oder das Anlernen, um eine bestimmte Maschine bedienen zu können.

*Deutungslernen* heißt reflexives Identitätslernen, um den Denk- und Handlungsspielraum zur Bewältigung spezifischer Lebenssituationen zu erweitern. Es geht um die (Neu-)Etablierung von Haltungen. Dazu gehört kritisches Abwägen eigener oder von außen angebotener Wirklichkeitskonstruktionen und die Bewusstheit der Konstruktivität, Relativität und Funktionalität angewandter Deutungs- und Handlungsmuster. In diesem Sinne ist Deutungslernen *Kompetenzentwicklung*. Es kann vor allem im Bereich von lebenswelt-, erfahrungsorientierten und persönlichkeitsbezogenen Bildungsangeboten zum Einsatz kommen. Beispiele wären Veranstaltungen zu den Themen Kindererziehung, Selbstsicherheit, Gesprächsführung, Lebenshilfe, Politik und Gesundheitsverhalten. Auch Psychoedukation zur Kompetenzentwicklung, um mit der Erkrankung an Schizophrenie umgehen und ihr gegenüber eine Haltung entwickeln zu können, ließe sich in diese Aufzählung integrieren.

Bei der Herausbildung von Haltungen und bei Begleitung individueller Krankheitsbewältigungsprozesse lässt sich die natürliche Schranke zwischen Lehrendem und Lernendem nicht linear und planvoll überschreiten. Dem Arzt Johann Karl OSTERHAUSEN war bereits 1798 im Rahmen von Gesundheitserziehung klar: »Aufklärung kann nicht befohlen, nicht erzwungen, kann nur befördert werden.« (S. 35) Eine »Überredungspädagogik« (ARNOLD 1985, S. 147) bleibt erfolglos. Der Lehrende kann beim Lernenden nicht Wissen durchsetzen, ihm buchstäblich etwas eintrichtern. Das klassische Verständnis, dass Lernen vor allem Folge von Lehre ist, bezeichnen ARNOLD et al. (1998) als »Illusion« (S. 109). »Erwachsene nehmen das dargebotene Wissen in Bildungsveranstaltungen nicht unverändert auf, nach der Vorstellung, gelernt wird, was gelehrt wurde, sondern das vermittelte Wissen wird zunächst von den Teilnehmenden nach je individuellen Gesichtspunkten gedeutet (>gefiltert<), mit Bekanntem >vermischt< und gegebenenfalls an bestimmte

eigene Wissensbereiche ›angehängt.« (ebd.) Für die Auswahl einer erziehungswissenschaftlichen Referenztheorie bedeuten diese Überlegungen, dass die Referenztheorie mit der Unmöglichkeit linearer Wissensvermittlung bei lebenswelt-, erfahrungsorientierten und persönlichkeitsbezogenen Bildungsangeboten vertraut sein und Lernen und Bildung eher als Interaktionsgeschehen zwischen Lehrendem und Lernendem im Rahmen von Kontextvariablen verstehen muss.

Hinzu kommt, dass der Ausgangspunkt für den Lern- und Bildungsvorgang beim schizophren erkrankten Menschen nicht dadurch gekennzeichnet ist, kein Wissen zu haben. Er hat in der Regel bereits ein mehr oder weniger bewusstes Vorverständnis beziehungsweise eine subjektive Krankheitstheorie mit damit verbundenen Handlungskonsequenzen – sei es durch die eigene Krankheitserfahrung oder durch (Krankheits-)Sozialisation erworben. In der Psychoedukation begegnen sich subjektives Vorverständnis und wissenschaftliche Krankheitstheorie mit den wiederum hiermit verbundenen Handlungskonsequenzen. Man kann nicht davon ausgehen, dass das subjektive Wissen sich durch wissenschaftliches Wissen einfach austauschen lässt. Erst im Diskurs, in der Kommunikation und der Interaktion während der Psychoedukation ist eine Veränderung der subjektiven Theorien grundsätzlich möglich, aber nicht systematisch planbar und vorhersehbar. Die auszuwählende Referenztheorie muss sich also der Wirkmächtigkeit bestehender Vorerfahrungen und Wissensstrukturen bewusst sein.

Erwachsene haben im Laufe ihres Lebens umfangreiche Alltagserfahrungen und differenziertes Alltagswissen erworben, das ihre routinierten Überzeugungs-, Deutungs- und Handlungsmuster prägt und ihre Identität und Individualität geformt hat. Neues Wissen wird am vorhandenen Wissen und an früheren Erfahrungen überprüft und mit ihm abgeglichen. Vorwissen und Erfahrungen können deshalb manchmal wie eine Lernbarriere wirken. »Je älter ein Mensch ist, desto mehr resultiert Wissen rekursiv aus früherem Wissen.« (SIEBERT 2009, S. 26) Die Handlungs- und Interpretationsschemata der Erwachsenen sind im Verhältnis zu Kindern stark strukturiert, stabil, gefestigt und ausdifferenziert (vgl. SCHÜßLER 2000, S. 150–152; SIEBERT 2009, S. 23–26). Erwachsenen etwas Neues vermitteln zu wollen, muss also stets diesen bereits vorhandenen und im Alltag zum Teil über Jahre bewährten und subjektiv validierten Wissensstand sowie lebensgeschichtliche Erfahrungen berücksichtigen, um daran anzuknüpfen. Erwachsenenlernen stellt sich »weniger als eine ›Neukonstruktion‹ von Wissen dar, sondern vielmehr als ›Re- oder Dekonstruktion‹ vorhandener kognitiver Strukturen« (SCHÜßLER 2000, S. 151). Die auszuwählende Referenztheorie muss ein Verständnis davon haben, dass bei Erwachsenen das schon Vorhandene auch gleichzeitig das Material ist, an dem der jeweilige Lernprozess ansetzt und sich vollzieht.

Mit den geforderten Kriterien

- der Unmöglichkeit einer linearen Vermittlungsleistung bei lebenswelt-, erfahrungsorientiertem und persönlichkeitsbezogenem Lernen und Sich-Bilden,

- Lernen und Bildung als Interaktionsgeschehen zwischen Lehrendem und Lernendem im Rahmen von Kontextvariablen zu verstehen,
- der Bedeutung und Wirkmächtigkeit bestehenden Vorwissens und subjektiven, biografisch verankerten Vorerfahrungen und
- der Notwendigkeit, neues Wissen und neue Erfahrungen an vorhandenes Wissen und vorhandene Erfahrung anzuknüpfen,

hat sich in der modernen Erwachsenenbildung auf einer theoretischen und praktischen Ebene der pädagogische Konstruktivismus ausführlich beschäftigt. Deshalb wähle ich ihn als erziehungswissenschaftliche Referenztheorie für die Analyse der Lehr-, Lern- und Bildungsprozesse in der Psychoedukation.

Der pädagogische Konstruktivismus lässt sich der systemtheoretischen Erziehungswissenschaft zuordnen, die vor allem von dem deutschen Juristen und Soziologen Niklas Luhmann zusammen mit Karl-Eberhard Schorr konzeptualisiert wurde (vgl. KRÜGER <sup>4</sup>2006, S. 11). In der Literatur wird der Transfer systemtheoretischer und konstruktivistischer Überlegungen auf die Pädagogik unter dem Begriff des »pädagogischen Konstruktivismus« subsumiert. Speziell für die Erwachsenenbildung wurde systemtheoretisches und konstruktivistisches Denken von Horst SIEBERT (1999, <sup>3</sup>2005, <sup>6</sup>2009), Rolf ARNOLD (2003, 2005, <sup>5</sup>2006 a, 2006 b) und Ingeborg SCHÜßLER (2000) nutzbar gemacht. Zur Darstellung der Referenztheorie beziehe ich mich im Wesentlichen auf diese Arbeiten.

# 8 Der pädagogische Konstruktivismus als Referenztheorie

Der pädagogische Konstruktivismus soll den erziehungswissenschaftlichen Hintergrund bieten, auf dem die Ergebnisse der Analyse des Lehr-, Lern- und Bildungsverständnisses in der Psychoedukation ausgewertet und diskutiert werden können. Damit diese Aufgabe erfüllt werden kann, werden zunächst wesentliche Kerngedanken des Konstruktivismus vorgestellt (Kapitel 8.1), um anschließend aufzuzeigen, wie Lehr-, Lern- und Bildungsprozesse bei Erwachsenen aus der Perspektive des pädagogischen Konstruktivismus verstanden werden (Kapitel 8.2).

## 8.1 Kernaussagen des Konstruktivismus

Dem pädagogischen Konstruktivismus liegen Kerngedanken des erkenntnistheoretisch-philosophischen Konstruktivismus zugrunde, welcher sich in unterschiedliche Ansätze auffächert (Kapitel 8.1.1). Dabei geht es um die Fragen, wie der Mensch und seine Wahrnehmung grundsätzlich aufgefasst werden kann (Kapitel 8.1.2) und welche Konsequenzen sich daraus für die Einflussnahme auf menschliches Verhalten ergeben (Kapitel 8.1.3). Letzteres ist für diese Arbeit von wesentlicher Bedeutung. Die Radikalität der Thesen fordert zu einer Kritik geradezu heraus, die abschließend geleistet wird (Kapitel 8.1.4).

### 8.1.1 Der Konstruktivismus und seine Ansätze

Mit dem Begriff »Konstruktivismus« ist genau genommen der erkenntnistheoretisch-philosophische Konstruktivismus gemeint. Er zählt zu den Erkenntnistheorien und stellt ein die Wissenschaftsdisziplinen übergreifendes Paradigma dar. Bei der Frage nach seinen Ursprüngen wird von den Vertretern darauf verwiesen, dass zum Teil schon Immanuel Kant oder Jean Piaget konstruktivistisch gedacht haben (vgl. SIEBERT 2009, S. 29). Wie weit diese Sichtweise sich mit deren Selbstverständnis – vor allem bei Kant – deckt, soll hier nicht weitergehend

erörtert werden. Der konstruktivistische Ansatz wird von unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen gespeist. Entscheidende Beiträge liefern z. B. die Kybernetik (Heinz von Foerster), die Neurobiologie (Humberto Maturana und Francisco Varela), die Kognitionspsychologie (Heinz Mandl und Ernst von Glasersfeld), die Systemtheorie (Niklas Luhmann), die Psychologie (Gregory Bateson), die systemische Psychotherapie (Helm Stierlin), die Kommunikationswissenschaft (Paul Watzlawick) und die Emotionsforschung (Luc Ciompi).

Der Konstruktivismus ist kein einheitliches Gedankengebäude, er fächert sich auf in unterschiedliche Strömungen, wie etwa den sogenannten »radikalen Konstruktivismus«. Vertreter davon sind Ernst von Glasersfeld, Heinz von Foerster, Francisco Varela und Humberto Maturana. Es gibt auch »mildere« Formen, z. B. Vertreter des methodischen Konstruktivismus der Erlanger Schule (Peter Janich) oder des sozial-konstruktivistischen Ansatzes (Peter Hejl, Kersten Reich). Allen Strömungen ist ein Postulat gemeinsam: Menschliche Wahrnehmung und Erkenntnis bildet die Welt nicht ab, wie sie angeblich wirklich ist, sondern wie unsere Wahrnehmung sie interpretiert. »Wirklichkeit ist beobachterabhängig – dies ist der kleinste gemeinsame Nenner [...]«. (SIEBERT <sup>3</sup>2005, S. 11)

Die »milderen« Formen gehen davon aus, dass die Vorstellungen über die Welt miteinander in kulturell beeinflussten interaktionalen Vorgängen diskursiv im sprachlichen Austausch über Begriffe, Symbole und Deutungen mit dem Ziel einer gegenseitigen Verständigung und eines Abgleichens konstruiert werden. Der Konstruktionsprozess findet in sozialen Verhältnissen und Beziehungen statt, ist also kontextgebunden (vgl. z. B. REICH 1998, S. 385). Nicht nur das Individuum konstruiert, sondern auch die Gesellschaft ist ein »kollektiver Konstrukteur« (SIEBERT <sup>3</sup>2005, S. 18) von Realität. »Die *Konstruktion sozialer Wirklichkeit*, wie sie von Einzelnen durchgeführt wird, und die *soziale Konstruktion von Wirklichkeit*, wie sie in der Interaktion der einzelnen Gesellschaftsmitgliedern entsteht, sind nicht voneinander zu trennen.« (LINDEMANN 2006, S. 125) Der Wahrnehmungs- und Erkenntnisvorgang hat damit eine interpsychische Ebene.

Der radikale Konstruktivismus postuliert dagegen ausschließlich eine intrapsychische Ebene bei der Konstruktion der Wirklichkeit, um dadurch auch erklären zu können, warum Menschen trotz ähnlichem sozialen Umfeld zu unterschiedlichen Wirklichkeitsdefinitionen kommen (vgl. SCHÜßLER 2000, S. 128 f.). VON GLASERSFELD (1996) bringt es auf den Punkt, wenn er schreibt, dass Wirklichkeit und Wissen »nur in den Köpfen der Menschen existiert [...]« (S. 22).

### 8.1.2 Der Mensch und seine Wahrnehmung

Die Autoren ARNOLD (<sup>5</sup>2006 a) und SIEBERT (1999, <sup>3</sup>2005) haben sich ausführlich mit dem radikalen Konstruktivismus beschäftigt, um dessen Bedeutung und Auswirkung für die Pädagogik herauszuarbeiten. Dass ich in diesem Kapitel vor allem auf den radikalen Konstruktivismus Bezug nehme, ist der Absicht geschuldet, gegenüber herkömmlichen Auffassungen pointierter – in einer Art Kontrastbildung – neue Denkipulse herausarbeiten zu können.

Die Essenz des radikalen Konstruktivismus fasst SIEBERT (<sup>3</sup>2005) so zusammen: »Menschen sind autopoietische, selbstreferenzielle, operational geschlossene Systeme. Die äußere Realität ist uns sensorisch und kognitiv unzugänglich. Wir sind mit der Umwelt lediglich strukturell gekoppelt, d. h. wir wandeln Impulse von außen in unserem Nervensystem ›struktur determiniert‹, d. h. auf der Grundlage biografisch geprägter psycho-physischer kognitiver und emotionaler Strukturen, um. Die so erzeugte Wirklichkeit ist keine Repräsentation, keine Abbildung der Außenwelt, sondern eine funktionale, viable Konstruktion, die von anderen Menschen geteilt wird und die sich biografisch und gattungsgeschichtlich als lebensdienlich erwiesen hat. Menschen als selbstgesteuerte ›Systeme‹ können von der Umwelt nicht determiniert, sondern allenfalls perturbiert, das heißt, ›gestört‹ und angeregt werden.« (S. 11) Was dies im Einzelnen bedeutet, wird im Folgenden genauer ausgeführt.

Ihm geht es im Wesentlichen darum zu erfassen, wie menschliche Wahrnehmung und Erkenntnis funktioniert und weniger darum, was wir – von dem Sein der Dinge – erkennen: wie nehmen wir wahr, was wir wahrnehmen? Danach besitzt der Mensch keine Möglichkeit für einen unmittelbaren Zugang zu der ihn umgebenden Wirklichkeit. Es gilt als Illusion, dass wir eine objektive Außenwelt beobachten, wahrnehmen, erkennen und mit unseren Sinnen und unserem Denken deckungsgleich und detailgetreu abbilden können. So nehmen z. B. unsere Augen Lichtwellen wahr und unsere Ohren identifizieren Luftdruckunterschiede, aber erst unser Gehirn wandelt dies in eine Farb- bzw. Geräuschwahrnehmung um. Wahrgenommene Farbe ist damit keine Qualität einer äußeren Realität (vgl. SIEBERT <sup>6</sup>2009, S. 28). MATURANA und VARELA (<sup>3</sup>1987) schreiben dazu, dass »man das Phänomen des Erkennens nicht so auffassen kann, als gäbe es ›Tatsachen‹ und Objekte *da draußen*, die man nur aufzugreifen und in den Kopf hineinzutun habe« (S. 31). Im Verständnis des Konstruktivismus generiert unser Wahrnehmen, Denken und Fühlen von einem Beobachterstandpunkt aus erst »die« Wirklichkeit. Wahrnehmung, Denken, Kognition und Emotion sind nicht objektive, ontologisch vorfindbare Gegebenheiten, sondern subjektive Wirklichkeitskonstruktionen. »Der Mensch bildet demnach als Beobachter der Welt diese nicht einfach ab, sondern er konstruiert und erschafft das, was er zu erkennen glaubt im Akt der Beobachtung selbst

[...].« (ARNOLD & SIEBERT <sup>5</sup>2006 a, S. 9). Was wir wahrnehmen und erkennen, haben wir konstruiert. GUDJONS (<sup>9</sup>2006) bringt es pointiert zum Ausdruck: »Die Wirklichkeit wird vom Menschen nicht ge-, sondern erfunden.« (ebd., S. 218)

Der Konstruktionsvorgang der Wirklichkeit ist dabei nicht nur der Umsetzung von Sinnesreizen in biochemische Aktivitäten im Gehirn geschuldet, er ist auch ein subjektiver, biografieabhängiger, kognitiver und emotionaler Akt selektiver Wahrnehmung im Dienste einer Komplexitätsreduktion. »Wir sehen, was wir wissen, was wir mental verknüpfen können, was wir sehen wollen und was wir sehen müssen, um erfolgreich handeln zu können.« (SIEBERT <sup>3</sup>2005, S. 31) Wir übersehen, was uns unangenehm ist, was uns nicht »in den Kram« passt oder was nicht sein darf. Man könnte sagen, wir konstruieren uns die Wirklichkeit so, dass sie für uns erträglich wird. Nach VON GLASERSFELD (1996) dient Wahrnehmung und Erkenntnis der »Organisation der Erfahrungswelt des Subjekts und nicht der ›Erkenntnis‹ einer objektiven ontologischen Realität« (S. 96). Deshalb lehnt der Konstruktivismus eine ontologisch oder metaphysisch begründete Wahrheits- und Wirklichkeitsexistenz ab.

Die Konstruktion von Wirklichkeit ist dabei keineswegs nur ein kognitiver Vorgang, sondern immer auch eine affektive Leistung, da Denken und Fühlen wechselseitig aufeinander bezogen sind. »Kognition und Emotion lassen sich zwar analytisch trennen und auch neurophysiologisch unterscheiden, aber praktisch lässt sich kaum eine Kognition ohne emotionale Verankerung und kaum eine Emotion ohne gedankliche Operation feststellen.« (SIEBERT 1999, S. 28) Luc CIOMPI (<sup>5</sup>1998, <sup>3</sup>2005) hat mit seiner Affektlogik das Verhältnis von Kognition und Emotion sowie die emotionalen Grundlagen menschlichen Denkens genauer analysiert. Danach sind unsere Logik und Kognition emotionsbasiert und keinesfalls emotionslos oder gefühlsneutral und unsere Emotionen unterliegen logischen Komponenten. Unsere Gefühle geben unserem Denken, Handeln und unserer Realitätskonstruktion eine Affektlogik.

Die Sicht des Konstruktivismus lässt die Möglichkeit pluraler und paralleler Wirklichkeitskonstruktionen zu. Eine Wirklichkeitsdeutung unter mehreren denkbaren Deutungen ist z.B. der Konstruktivismus selbst. Welche der möglichen Konstruktionen gewählt und handlungsleitend wird, entscheidet sich am Kriterium der »Viabilität«. Dieser Begriff stammt von Ernst VON GLASERSFELD (vgl. 1996, S. 43). Eine Konstruktion der Wirklichkeit ist dann viabel, wenn sie »lebensdienlich« (SIEBERT <sup>3</sup>2005, S. 143) bzw. »gangbar, passend, brauchbar, funktional« (ebd.) für die eigene Orientierung und das Verhalten ist. Viabilität ist gegeben, wenn sich eine Konstruktion für das Überleben und für eine erfolgreiche Handlungsfähigkeit im Alltag bewährt, bei gleichzeitiger Beibehaltung der inneren Organisationsstruktur des Individuums. Zum Beispiel kann eine selektive Wahrnehmung viabel sein, um in dem potenziell verwirrenden Über-

angebot an Sinnesreizen eine Ordnung, Orientierung und Handlungsfähigkeit zu bewahren.

Ob eine viable Konstruktion auch objektiv richtig oder wahr ist, ist für den Konstruktivismus bedeutungslos. Deshalb wird er auch als »interpretatives Paradigma« bezeichnet, im Unterschied zum »normativen Paradigma«, bei dem Erkenntnis ein Abbildungsvorgang von verbindlichen Wahrheiten ist (vgl. ebd., S. 20). Der Konstruktivismus löst den im normativen Paradigma verwendeten philosophischen Wahrheitsbegriff durch das Konstrukt der »Viabilität« ab. Danach sind Wirklichkeitskonstruktionen nicht wahr oder falsch, sondern sie sind mehr oder weniger viabel. Viabilität bemisst sich danach, ob Konstruktionen funktionieren, und nicht danach, ob sie der Wahrheit näherkommen.

Der subjektive Vorgang der Wirklichkeitskonstruktion im Menschen wird im Konstruktivismus als ein selbstreferenzieller, autopoietischer und operational geschlossener Prozess aufgefasst. *Selbstreferenziell* bedeutet Rekursivität, das heißt, Rückbezug auf sich selbst zu nehmen, im Gegensatz zu von außen durch andere(s) bestimmt zu werden. Rückbezüglichkeit ist nach LUHMANN (1990) ein »Prozess, der seine eigenen Ergebnisse als Grundlage weiterer Operationen verwendet, also das, was weiterhin unternommen wird, mitbestimmt durch das, was bei vorherigen Operationen herausgekommen ist« (S. 44). Er begründet den selbstreferenziellen Prozess neurobiologisch so: »Das gesamte Nervensystem beobachtet ja nur die wechselnden Zustände des eigenen Organismus und nichts, was außerhalb stattfindet.« (ebd. S. 36) Menschliche Wahrnehmung, Beobachtung, Denken, Fühlen, Erinnern und Handeln bezieht sich auf das, was bereits wahrgenommen, beobachtet, gedacht, gefühlt, erinnert und getan wurde. Unsere aktuellen kognitiven und emotionalen Tätigkeiten sind nach dieser Lesart nicht spontan, zufällig, frei oder beliebig wählbar, sie geschehen stets in Relation und im Vergleich zu unserem vorhandenen Wissen und unseren biografischen vorvergangenen Erfahrungen. Wir wissen z. B., was wir gehört haben und wir hören, was wir wissen. SIEBERT (<sup>3</sup>2005) formuliert es so: »Was wir sehen, hängt davon ab, was wir bereits kennen.« (S. 142) In diesem Sinne werden neue »Situationen, Personen, Themen auf ihre subjektive Relevanz und Viabilität kognitiv und emotional ›getestet‹, ›abgetastet‹ [...]« (SIEBERT <sup>6</sup>2009, S. 147). Die Wirkzusammenhänge innerhalb selbstreferenzieller Systeme sind damit nicht linear, zeitlich nacheinander und (mono)kausal aufgebaut, sondern sie laufen gleichzeitig in zirkulärer Wechselwirkung ab.

*Autopoietisch* bedeutet selbsterhaltend. Der selbstreferenzielle Erkenntnisprozess dient der Beibehaltung einer psychischen Homöostase und einer gewissen Konstanz der Wirklichkeitskonstruktion. Diese Konstanz wirkt identitätsstiftend, aber auch identitätserhaltend und überlebenssichernd für das wahrnehmende System. Bewährtes, Erprobtes und was sich als funktional in der Vergangenheit erwiesen hat, wird beibehalten. Damit sind autopoietische Systeme im Grunde

strukturkonservativ: Strategien aufzugeben, mit denen man bisher gute Erfahrungen gemacht hat, wird man nur im Notfall bereit sein. Autopoiese schränkt Flexibilität, Spontaneität und Kreativität gegenüber neuen Ereignissen ein: »[...] autopoietische Systeme [...] können nur solche strukturellen Veränderungen durchmachen, die nicht ihre Autopoiesis beeinträchtigen.« (MATURANA <sup>8</sup>2000, S. 95)

Die Prozesse der Autopoiese und Selbstreferenz machen den Menschen zum *operational geschlossenen System*, da die Erkenntnisvorgänge mit den durch sie selbst geschaffenen Zuständen rekursiv interagieren. »Operationen des Systems beziehen sich ausschließlich auf den Zustand des Systems vor der Operation. Somit ist jede Operation des Systems konstitutive Grundlage nachfolgender Operationen.« (LINDEMANN 2006, S. 46)

Allen Wirklichkeitskonstruktionen liegen »Leitdifferenzen« (LUHMANN <sup>11</sup>2003, S. 19) zugrunde, die als zentrale Unterscheidungen die nachfolgenden Wahrnehmungen, Beobachtungen und Denkvorgänge in einer komplexitätsreduzierenden Weise steuern. SIEBERT (<sup>6</sup>2009) führt dazu aus: »Beobachten heißt – systemtheoretisch – bezeichnen und unterscheiden. Wir nehmen permanent *Unterscheidungen* vor, oft auf der Grundlage binärer Codes wie gut – schlecht, schön – hässlich, nützlich – nutzlos.« (S. 132) So auch der Konstruktivismus selbst. Der radikale Konstruktivismus postuliert z. B. eine grundsätzliche Leitdifferenz zwischen Mensch und Umwelt – in seiner Sprache ausgedrückt – zwischen Einheit bzw. System und Milieu (vgl. MATURANA & VARELA <sup>3</sup>1987, S. 85). Der Konstruktivismus leugnet nicht die Existenz einer außerhalb des Menschen bestehenden Umwelt, doch sie wird nicht im normativen Sinne als objektiv aufgefasst und zudem hat der Mensch keine unmittelbare sensorische oder kognitive Zugangsmöglichkeit zu ihr.

Dennoch – und auch trotz Autopoiese – ist eine Interaktion von System und Umwelt, von Einheit und Milieu, möglich. Die Interaktion wird »strukturelle Kopplung« (ebd.) genannt. Das bedeutet, dass zwei Systeme zunächst von einander unabhängig und autark existieren. Sie können sich aber in einer oder mehreren Begegnungen mit ihren Strukturen koppeln, indem sie sich aufeinander beziehen und mit gegenseitigen Impulsen sowie durch Verschränkung von Perspektiven zur reziproken Weiterentwicklung anregen. Im letzteren Fall können die Systeme sich wechselseitig beeinflussen und von- und miteinander lernen, sie steuern sich aber nicht. Diese aneinander orientierte Weiterentwicklung wird im Konstruktivismus »Koevolution« genannt: z. B. entwickeln sich Lebewesen anhand der Herausforderungen der Umwelt weiter und die Umwelt verändert sich durch ihre Lebewesen.

Der Mensch und die Umwelt können sich nicht gegenseitig determinieren, höchstens gegenseitig anregen im Sinne einer strukturellen Kopplung, weil beide Systeme die Anregungen jeweils strukturdeterminiert wahrnehmen und verarbei-

ten. Struktur determiniert heißt, dass Wahrnehmung und Erkenntnis nicht von außen bestimmt werden – also nicht umwelt- oder milieudeterminiert sind –, sondern durch emotionale und kognitive Strukturen, die während der Lebensgeschichte entwickelt wurden. Wahrgenommenes bezieht sich auf schon einmal Wahrgenommenes, aktuelle Erfahrung greift auf frühere Erfahrungen zurück. »Als struktur determinierte Wesen hören wir, was wir hören – nicht, was andere sagen.« (MATURANA 1994, S. 236)

Der Mensch ist als einziges Lebewesen dazu fähig, sich bei der Wirklichkeitskonstruktion selbst zu beobachten. Das wird Beobachtung zweiter Ordnung genannt (vgl. SIEBERT <sup>3</sup>2005, S. 139). Beobachtung erster Ordnung entspricht der Beobachtung einer Situation, z. B. den Ablauf eines Verkaufsgesprächs. Eine Beobachtung zweiter Ordnung wäre, sich selbst dabei zu beobachten, auf welche Art man das Verkaufsgespräch beobachtet, nach welchen Leitdifferenzen, Viabilitätskriterien oder Vorlieben der Aufmerksamkeit man beispielsweise vorgeht. Beobachtung zweiter Ordnung bedeutet zu beobachten, wie von den Beteiligten Wirklichkeit kreiert wird. Sie ist die Voraussetzung dafür, dass ein Diskurs der Annäherung, Verständigung, der Perspektivenverschränkung, aber auch der Konsensbildung unter Menschen möglich wird. Diese Form der Beobachtung fördert die Selbstreflexion, die Einsicht in Perspektivenvielfalt, in die Beobachtungsabhängigkeit menschlichen Erkennens sowie in die Relativität und Viabilität von Konstrukten. Mit der Beobachtung zweiter Ordnung kann nach LUHMANN (1990) das menschliche Erkennen demnach »lernen zu sehen, dass es nicht sehen kann, was es nicht sehen kann« (S. 33).

### 8.1.3 Einflussnahme auf menschliches Handeln

Angesichts der Selbstreferenz und Struktur determiniertheit des Menschen stellt sich die Frage, ob und wie man aus konstruktivistischer Perspektive auf menschliches Verhalten und Handeln überhaupt Einfluss nehmen kann. Die Antwort darauf hängt davon ab, welche Vorstellungen man sich darüber macht, nach welchen Prinzipien lebende Systeme »funktionieren«. Diese Vorstellungen prägen die Sicht, wie menschliches Handeln beobachtet, eingeordnet, bewertet und beeinflusst werden kann. Von Heinz von Foerster (vgl. 1993, S. 244 ff.) stammt die Einteilung von »trivialen« und »nicht-trivialen Maschinen«. Mit dieser Leitdifferenz will er die konstruktivistische Sicht verdeutlichen, wobei es wichtig ist, sich zu vergegenwärtigen, dass es triviale Maschinen nur in unserer Vorstellung gibt. Es ist nicht die Frage, ob ein System trivial oder nicht-trivial ist, sondern diese Kategorien beschreiben lediglich die Erwartungen und Eigenschaften, die man dem Funktionieren von Systemen – in der Sprache Heinz von Foersterns

»Maschinen« – unterstellt. LINDEMANN (2006) hat eine Zusammenfassung der Gedanken von Foersters über triviale und nicht triviale Maschinen vorgelegt, die ein gutes Verständnis ermöglicht (vgl. S. 136–150) und auf die ich mich im Folgenden beziehe.

Das konstituierende Merkmal trivialer Maschinen ist, dass auf einen bestimmten Input eine bestimmte, vorhersagbare und zu erwartende Reaktion folgt. Das zugrunde liegende Prinzip ist die Vorstellung eines Ursache-Wirkung-Schemas. Triviale Maschinen sind in ihrem Ablauf vorhersagbar, steuerbar, analysierbar und vergangenheitsunabhängig, da sie stets auf die gleiche Weise funktionieren. Wenn eine triviale Maschine – von Foerster wählt das Beispiel des Lichtschalters – nicht mehr die erwartete oder eine fehlerhafte Reaktion zeigt, gilt sie als kaputt oder als falsch funktionierend. Durch die Analysierbarkeit der Maschine lässt sich die Fehlerhaftigkeit orten und beheben, sodass der gewohnte ursprüngliche Zusammenhang von Reiz und Reaktion wieder hergestellt werden kann.

Durch die Erwartung, dass Dinge trivial funktionieren, werden sie für uns handhabbarer und überschaubar. LINDEMANN (2006) weist darauf hin, »dass man Dinge häufig solange als trivial betrachtet, bis sie den in sie gesetzten Erwartungen nicht mehr entsprechen. Oft wird uns die Nicht-Trivialität der Dinge und der Zusammenhänge ihres Funktionierens erst dann bewusst, wenn sie aufhören, unsere trivialen Erwartungen zu erfüllen« (S. 141).

Auch manchen Vorstellungen vom Menschen und bestimmten Handlungen ihm gegenüber liegt eine triviale Perspektive zugrunde (vgl. ebd., S. 142 f.). Nach Lindemann gehen wir z. B. oft – unbewusst – davon aus,

- dass wir nur den richtigen Input wissen und einsetzen müssen, um bei einem anderen Menschen eine bestimmte Reaktion vorhersagen, auslösen und auch erwarten zu können,
- dass bei einem bestimmten Input grundsätzlich alle Menschen in der Lage sind und es auch tun werden, eine verhältnismäßig gleiche Reaktion zu zeigen,
- dass unerwartete und nicht vorhergesagte Reaktionen als Zeichen von Störung und Defekt zu deuten sind, verbunden mit der direkten oder indirekten Aufforderung, diese zu reparieren, sodass sich wieder die erwarteten Reaktionen einstellen.

Bei nicht-trivialen Maschinen dagegen ergibt sich deren Reaktion nicht aus einem Input, sondern durch ihre »inneren Zustände« (LINDEMANN 2006, S. 42, S. 143). Auf den Menschen übertragen umfassen »innere Zustände« Phänomene wie Denken, Motive, Interessen, Vorlieben, Wille, Reflexion, Erfahrung, Erleben, Lebenswelt. Konstruktivisten sprechen wegen der nicht steuerbaren Zielgerichtetheit des Inputs auch nicht von Reiz oder Stimulus, sondern von Perturbation im Sinne von Anregung, Irritation, Störung. Ebenso wird die Reaktion nicht als »Verhalten« bezeichnet, da Verhalten immer auf der Beschreibung eines Beob-

achters beruht und mögliche Beweggründe für das jeweilige Verhalten von außen nur unterstellt und nicht beobachtet werden können. Statt »Verhalten« wird der Begriff »Handlung« verwendet, der auch Motive und Sinnstrukturen, die sich nur aus der Dynamik der »inneren Zustände« herleiten lassen, umfasst (vgl. ebd. S. 43). »Handlung« ist im Sinne eines bedeutungsgebenden und mit Beweggründen versehenen Aktes aufzufassen und nicht als eine (mechanische) Reaktion. Jedem in behavioraler Absicht beobachtbarem Verhalten liegt nach dieser Denkart immer eine mit Sinnstrukturen ausgestattete Handlung zugrunde.

Eine Handlung kann bei Berücksichtigung der »inneren Zustände« nicht ohne Weiteres als die zwangsläufige Folge auf einen äußeren Reiz betrachtet werden. Und umgekehrt gilt, dass mit einer Maßnahme von außen nicht eine eindeutig vorhersagbare und gezielte menschliche Handlung hervorgerufen werden kann. Es ist letztlich nicht vorhersagbar und planbar, wie der Mensch auf Maßnahmen und Anregungen von außen sowie auf Irritation und Perturbation reagieren wird. Es ist noch nicht einmal klar, ob die erfolgte Handlung in einem Zusammenhang mit der Perturbation zu sehen ist. Die Unvorhersagbarkeit beruht darauf, dass weder die »inneren Zustände« vollständig bekannt sind, noch die Rückkopplung einer Handlung auf die »inneren Zustände« einschätzbar ist. Denn jede Handlung wirkt sich wiederum verändernd auf die »inneren Zustände« aus: »Die in der Vergangenheit durchlaufenen Schritte bestimmen das gegenwärtige Verhalten der Maschine.« (VON FOERSTER 1993, S. 358) Die Handlungen beziehen sich selbstreferenziell auf die inneren Zustände, die jene wiederum hervorrufen.

Damit sind nicht-triviale Maschinen vergangenheitsabhängig, unvorhersagbar, unsteuerbar und unanalysierbar. Zusätzlich verkomplizierend ist, dass eine Möglichkeit der Unvorhersagbarkeit auch die sein kann, dass sich ein System als berechenbar und konstant erweist, ebenso wie es sich völlig chaotisch zeigen kann. Folglich lassen sich bei nicht-trivialen Maschinen keine vorher definierten Zustandsveränderungen durch spezifische Perturbationen gezielt auslösen. Man muss sich eingestehen, »dass jeder Versuch der direktiven Steuerung prinzipiell zum Scheitern verurteilt ist« (LINDEMANN 2006, S. 149).

Betrachtet man den Menschen unter einer nicht-trivialen Perspektive, heißt das nach LINDEMANN (ebd., vgl. S. 145 f.) zum einen, dass der Dynamik der »inneren Zustände« entscheidende Funktion zukommt – auch wenn diese weder beobachtbar noch vollständig analysierbar ist – und zum anderen, dass die Anzahl möglicher Gründe für erwartetes als auch unerwartetes Verhalten ansteigt. Der Autor führt einige Gründe auf, warum unerwartetes Verhalten zu beobachten ist (ebd., vgl. S. 146):

1. Die Perturbation stellt keinen oder keinen geeigneten Anlass dar, ein bestimmtes Verhalten hervorzubringen.
2. Die momentanen »inneren Zustände« sind nicht dazu geeignet, das erwartete Verhalten zu erzeugen.

3. Das System ist auf der Grundlage seiner »inneren Zustände« nicht daran interessiert, das erwartete Verhalten hervorzubringen.
4. Das System ist nicht in der Lage zu erfassen, welches Verhalten erzeugt werden soll.
5. Das System versteht es, setzt dies jedoch nicht in beobachtbares Verhalten um.
6. Das System ist mit anderen Operationen beschäftigt und kann bzw. will sich daher zurzeit nicht mit der Erzeugung des gewünschten Verhaltens beschäftigen.

Selbst für beobachtbares Eintreten von erwartetem Verhalten ist eine Entscheidung darüber, wie dies zu begründen ist, dem Beobachter nicht möglich. Die Motivation kann z. B. in einem Zusammenhang mit einer Perturbation stehen, kann aber ebenso auch auf einen Wunsch nach Belohnung oder Vermeidung von Nachteilen zurückzuführen sein (vgl. ebd., S. 147).

Da der Konstruktivismus von autopoietischen, selbstreferenziellen und operational geschlossenen Systemen ausgeht und die Möglichkeit, menschliches Verhalten letztendlich determinieren zu können, negiert, muss er irgendwelche Störfaktoren denken, sonst könnte er keine Veränderungsprozesse beschreiben: er nennt es »Störeinkwirkung (perturbation)« (MATURANA <sup>8</sup>2000, S. 94). Diese wird vom jeweiligen System als Störung des System-Umwelt-Verhältnisses wahrgenommen, die die Viabilität der bisherigen Realitätsdeutungen infrage stellt. Durch Perturbationen ist ein Einfluss von außen auf das System möglich, doch dieser muss nicht zwangsläufig sein, denn eine Störeinkwirkung kann auch abgewehrt werden. Perturbation im Verständnis von Maturana bedeutet ein irritierendes Geschehen in der *Interaktion* zwischen System und Umwelt. Ernst VON GLASERSFELD (1996, vgl. S. 116f.) fasst unter Perturbation aber auch das *intrapsychische* Erleben von Enttäuschung und Überraschung, wenn z. B. das Ergebnis einer Handlung oder Aktivität nicht den Erwartungen und Vorhersagen aufgrund bereits früher erfahrener Ergebnisse entspricht. Insofern können Perturbationen, Anregungen oder Irritationen grundsätzlich durch die Umwelt, gesellschaftliche Ereignisse, durch Bezugspersonen, aber auch durch innerpsychische Prozesse ausgelöst werden.

Die Wirkung von Perturbationen ist in der Regel, dass sie »den alltäglichen Fluss der Gewohnheiten, Routinen, des Selbstverständlichen« (SIEBERT <sup>3</sup>2005, S. 90) unterbrechen. Sie bewirken eine Überraschung, machen einen aufmerksam, geben den Dingen eine unerwartete Wendung und lassen einen vor allem innehalten. Erlebt werden Irritationen als verunsichernd und/oder anregend.

Ob ein Ereignis als Perturbation erlebt wird auch so wirkt, ist nicht von außen machbar oder herstellbar. Ein System lässt sich von einem Ereignis berühren, dass in der Folge perturbierend wirkt – oder es lässt sich aufgrund seiner aktuellen »inneren Zustände« nicht berühren. Es muss nicht einmal das, was ein Beobachter

als Irritation einschätzt, für den Betroffenen selbst als solche erlebt werden. »Die Annahme, dass der Stimulus, den ein Beobachter in seinem Wahrnehmungsfeld isoliert hat, identisch ist mit dem, was für einen beobachteten Organismus als Stimulus funktioniert, ist nichts weiter als ein Vorurteil [...].« (VON GLASERSFELD 1996, S. 288) Es ist für einen äußeren Beobachter nicht vorhersagbar, was vom System als Störeinwirkung bewertet werden wird. Perturbation bedeutet, dass ein äußerer oder innerer Beobachter Ereignisse wahrnimmt, »die mit Veränderungen im System in Zusammenhang gebracht werden, ohne eine Aussage über die spezifische Art dieser Veränderungen machen zu können« (LINDEMANN 2006, S. 43). Eine Störeinwirkung stellt immer nur einen *möglichen Anlass* für Veränderung dar. Das grenzt Perturbation vom (mono-)kausalen Verständnis psychologischer Reiz-Reaktions-Konzepten ab (vgl. auch LINDEMANN 2006, S. 43).

Perturbation wirkt verändernd, wenn sie eine strukturelle Kopplung von Systemen ermöglicht, die zu einer Koevolution und damit zu einem Wandel innerhalb der Struktur der Systeme führt. Die Verarbeitung der gegenseitigen Impulse läuft struktur determiniert ab und lässt sich daher auch nicht vorhersagen. »Wenn ein struktur-spezifisiertes System in eine Interaktion mit einer unabhängigen Einheit eintritt, dann ist alles, was ihm zustößt, durch seine Struktur spezifiziert und nicht durch die unabhängige Einheit, die in der Interaktion lediglich als Auslöser für Strukturveränderungen des Systems dient.« (MATURANA <sup>8</sup>2000, S. 93) Folglich »determinieren die Perturbationen der Umgebung nicht, was dem Lebewesen geschieht; es ist vielmehr die Struktur des Lebewesens, die determiniert, zu welchem Wandel es infolge der Perturbation in ihm kommt« (MATURANA & VARELA <sup>3</sup>1987, S. 106). So wird z. B. die Bedeutung der globalen Klimaerwärmung nicht von jedem Menschen als gleich bedrohlich erlebt. Typische Perturbationen und Irritationen für eigene bisherige Wirklichkeitskonstruktionen sind spezifische Lebensereignisse (z. B. Hausbau, berufliche Veränderung, Partnerschaft, Geburt eines Kindes), (Lebens-)Krisen sowie Anregungen durch Gespräche, Begegnungen und Bücher. Aus Sicht des Konstruktivismus kann in der Regel auf menschliches Handeln nicht über Determination nachhaltig Einfluss genommen werden, sondern nur über Perturbationen, die aber wiederum nicht planmäßig steuerbar sind.

#### 8.1.4 Konstruktivismuskritik

Die Sichtweise des radikalen Konstruktivismus provoziert fast zwangsläufig Kritik. Diese bezieht sich im Wesentlichen auf folgende Punkte:

- Die Grundannahme, dass menschliche Wahrnehmung nicht eine Wirklichkeit abbildet, ist nicht wirklich neu. Der symbolische Interaktionismus oder die

Phänomenologie vertreten diese Auffassung bereits schon länger (vgl. WITTPOTH <sup>2</sup>2006, S. 57 f.).

- Neurobiologische und biochemische Erkenntnisse über das menschliche Gehirn und das Nervensystem werden auf psychische Phänomene wie Denken, Fühlen, Erinnern, Handeln und Lernen übertragen. Diese Erkenntnisse scheinen zwar notwendige, aber keine hinreichenden Bedingungen für die Phänomene zu sein (vgl. SIEBERT <sup>3</sup>2005, S. 18; MEYER-DRAWE 2008).
- Durch die Überbetonung neurobiologischer Grundlagen im Konstruktivismus kommt die Gewichtung von Zielgerichtetheit menschlichen Denkens und Handelns zu kurz (vgl. SIEBERT <sup>3</sup>2005, S. 15 und 18).
- Durch die These, dass der Mensch als operationale Geschlossenheit agiert, wird die Bedeutung des Sozialen, der Interaktion und der Beziehung (vgl. ebd., S. 16) sowie der Einflüsse durch Sozialisation und gesellschaftliche »Zumutungen« (ARNOLD & SIEBERT <sup>5</sup>2006 a, S. 39) auf die Konstruktion der Wirklichkeit vernachlässigt. Die »milderer« Formen des Konstruktivismus betonen jedoch genau diese soziale Komponente (vgl. Kapitel 8.1.1).
- Wenn der Mensch als operational geschlossen gilt, wie sind dann alle Bemühungen einzuschätzen, ihm etwas Bestimmtes beibringen zu wollen (vgl. WITTPOTH <sup>2</sup>2006, S. 58)? Wie kann es aus dieser Sicht zu den »massenhaft einhelligen Lernerfolgen« (ebd.) z. B. in der Schule oder in der Fahrschule kommen?
- Der Konstruktivismus individualisiert, subjektiviert und entpolitisiert soziale Problemlagen und vernachlässigt Faktoren, wie z. B. Profit, Macht (vgl. SCHÜßLER 2000, S. 144), Herrschaft und strukturelle Ungerechtigkeit. Zudem kommt dadurch eine überindividuelle Verantwortlichkeit gegenüber Gesellschaft, Umwelt und Natur zu kurz (vgl. ARNOLD & SIEBERT <sup>5</sup>2006 a, S. 37). Durch die vorrangige Suche, wie Realität definiert wird, bleiben im Konstruktivismus die Strukturen der Realität unberücksichtigt (vgl. ebd. S. 40). ARNOLD und SIEBERT attestieren deshalb dem Konstruktivismus »eine gewisse ›Systemblindheit« (ebd., S. 120).
- Wenn alles Konstruktion und viabel ist, kann dies – ethisch gesehen – zu Beliebigkeit (vgl. SCHÜßLER 2000, S. 144), Egozentrik und Sozialdarwinismus (vgl. ARNOLD & SIEBERT <sup>5</sup>2006 a, S. 120) führen. Mit Viabilität ließe sich durchaus z. B. Unterdrückung und Folter rechtfertigen. Es stellt sich somit die Frage nach der Zulässigkeit, Erlaubnis, Moralität und Ethik von gemachten Konstruktionen sowie nach der Verantwortung bezüglich ihrer Konsequenzen. Die Viabilität der Konstruktionen müsste auch auf ihre Human-, Sozial- und Umweltverträglichkeit überprüft werden (vgl. ebd., S. 38).

Der methodische Konstruktivismus (Peter Janich) oder der sozial-konstruktivistische Ansatz (Peter Hejl, Kersten Reich) betonen in ihren Konzepten genau die soziale Komponente bei der Wirklichkeitskonstruktion und die Intentionalität

menschlichen Denkens und Handelns, deren Vernachlässigung am radikalen Konstruktivismus kritisiert wird. SCHÜßLER (2000) und auch LINDEMANN (2006) zeigen, dass sich der Konstruktivismus keineswegs norm- und ethikfrei versteht. Beide Autoren fassen die in der Literatur diskutierten zentralen ethischen Überlegungen zusammen. SCHÜßLER (2000) spricht von einem »Konstruktivistischen Imperativ« (S. 144), der sich im Einzelnen wie folgt formulieren lässt:

1. »Begegne deinem Mitmenschen mit Vertrauen und Toleranz.« (ebd., S. 147) Schüßler bezieht sich dabei auf Maturana, der in gegenseitigem Vertrauen und Toleranz die Grundvoraussetzung sieht, uns als soziale Wesen zu manifestieren. Das Toleranzgebot beruht darauf, dass andere Menschen ebenso Gründe für ihre Konstruktionen und Handlungen nennen können, die den eigenen vom Prinzip her gleichrangig sind (vgl. LINDEMANN 2006, S. 192).
2. »Beharre nicht auf deinen Wirklichkeitskonstruktionen.« (SCHÜßLER 2000, S. 147) Nach MATURANA und VARELA (<sup>3</sup>1987) ist »die Berechtigung der Anwesenheit des anderen« (S. 265) anzuerkennen, sodass die eigenen Situationsdefinitionen nicht im Bewusstsein der absoluten Wahrheit, sondern in ihrer Abhängigkeit vom eigenen Interpretationsgeschehen als lediglich ein mögliches Deutungsangebot kommuniziert werden. In Bezug auf die jeweilige Viabilität sind letztlich verschiedene Konstruktionen gleichwertig. Konstruktionen anderer Personen sind »genau so legitim und gültig ist, wie unsere« (ebd., S. 264), unabhängig davon, wie wenig wünschenswert sie uns erscheinen mögen.
3. »Kommuniziere so, dass weitere Anschlussmöglichkeiten gegeben sind.« (SCHÜßLER 2000, S. 146) Damit soll deutlich gemacht werden, dass jeder die Interaktionen und Kommunikationen, an denen er beteiligt ist, möglichst so gestaltet, dass strukturelle Kopplungen und Koevolution potenziell stattfinden können. VON GLASERSFELD (1996) bezeichnet dies als »konstruktivistische Haltung« (S. 233).
4. »Begründungspflicht: [...] Dieser Grundsatz besagt, dass man sein Denken und Tun so begründen soll, dass andere es *verstehen* können.« (LINDEMANN 2006, S. 193) Keine Wirklichkeitskonstruktion ist selbstverständlich oder als gegeben voraussetzbar, sondern jede ist begründungsbedürftig, um anderen die Möglichkeit zu geben, die den eignen Gedanken und Handlungen zugrunde liegenden Motive und Interessen sowie deren Logik und Viabilität nachvollziehen zu können.
5. »Handle stets so, dass die Anzahl der Möglichkeiten wächst.« (SCHÜßLER 2000, S. 145) Diese Formulierung geht auf Heinz von Foerster zurück und soll darauf verweisen, dass eine Verantwortung für Wirklichkeitskonstruktion auch die Verantwortung für die daraus resultierenden Entscheidungen, Handlungen und Konsequenzen umfasst. Peter Hejl fordert, dass jeder so handeln soll, dass er auch die Folgen verantworten kann (vgl. LINDEMANN 2006, S. 193).
6. ARNOLD und SIEBERT (<sup>5</sup>2006 a) fügen einen »andragogischen Imperativ« (vgl. S.

115) hinzu: »Bemühe dich um ein Wissen, das viable Konstrukte und Handlungen im Einklang mit Gemeinwohl- und Zukunftsinteressen ermöglicht.« (ebd.) Ein zu erwerbendes Wissen hat immer auch eine ethische Dimension. Diese sollte auf eine Verantwortung für Gesellschaft und Natur ausgerichtet sein.

## 8.2 Lehr-, Lern- und Bildungsprozess in der Erwachsenenbildung

Um einem möglichen Missverständnis vorzubeugen, sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Ausführungen über die Ansichten des radikalen Konstruktivismus im Rahmen dieser Arbeit nicht dazu dienen sollen, die Krankheitentität »Schizophrenie« grundsätzlich infrage zu stellen. Ganz pragmatisch ist im Sinne des sozial-konstruktivistischen Ansatzes dazu zu sagen, dass Konstruktionen, wie z. B. Krankheitsbilder, auch aufgrund sozialer Übereinkunft entstehen können, um Sinn und Orientierung zu stiften.

Wenn hier Thesen des radikalen Konstruktivismus vorgestellt worden sind, geht es vielmehr im Sinne einer Kontrastierung darum, Impulse für pädagogisches Denken und Handeln zu erhalten, Impulse, die über traditionelle oder alltägliche Ansichten zu Lehr-, Lern- und Bildungsprozessen hinausgehen und die im pädagogischen Konstruktivismus zusammengefasst worden sind. Unter diesem Aspekt habe ich die Sichtweisen des radikalen Konstruktivismus als viabel für das Anliegen der vorliegenden Arbeit eingeschätzt.

Traditionell wird Lernen und Bildung meist als ein Vorgang gesehen (vgl. SIEBERT 2009, S. 27), bei dem objektive Realitäten vom Lernenden abgebildet, widergespiegelt und verinnerlicht werden. Dies geschieht vor allem durch Nachahmung, Modell-Lernen, Verstärkung gewünschten Verhaltens und Reiz-Reaktions-Konsequenz-Mechanismen. Die Lehrenden haben dabei die Aufgabe, die Aneignung des Lernenden zu steuern und zu kontrollieren. »Die traditionelle Didaktik enthält die erkenntnistheoretische Prämisse, dass der Mensch in der Lage ist, die Welt so zu erkennen, wie sie ›wirklich‹ ist.« (ebd.) Und genau diese Vorstellung wird vom Konstruktivismus infrage gestellt.

Der pädagogische Konstruktivismus sucht die Ansichten des Konstruktivismus als Erkenntnistheorie für die Pädagogik nutzbar zu machen. Dabei greift er weniger auf die radikale Auffassung zurück, es gäbe keine Außenwelt und alles sei Konstruktion, wohl aber darauf, dass menschliche Erkenntnis eine wie auch immer geartete objektive Welt nicht abbilden oder widerspiegeln kann. Der pädagogische Konstruktivismus bezieht sich dabei zusätzlich auf Ergebnisse der Neurowissenschaften. Das Gehirn gilt als konstruktives Organ: es (re-)konstru-

iert ständig an einer Welt, zu der es sensorisch keinen direkten Zugang hat, und erzeugt damit eine eigene Wirklichkeit (vgl. SIEBERT <sup>6</sup>2009). Wenn nach Lesart des Konstruktivismus der Mensch als autopoietisches, selbstreferenzielles und operational geschlossenes System gilt und »objektive Realitäten« vom Lernenden nicht abgebildet werden können, stellen sich wesentliche pädagogische Fragen, wie Erwachsene z. B. dann überhaupt lernen, wie sie sich neues Wissen aneignen, nach welchen Prinzipien sie erzieherisch beeinflusst werden können. Diesen Fragestellungen des (erwachsenen-)pädagogischen Konstruktivismus werde ich in diesem Kapitel nachgehen. Ich orientiere mich an den in Kapitel 6.3 erarbeiteten Analysekriterien und zeige die Lern- und Bildungsprozesslogik (Kapitel 8.2.1) sowie die Vermittlungs- (Kapitel 8.2.2) und Aneignungslogik (Kapitel 8.2.3) aus Sicht des pädagogischen Konstruktivismus auf. Dabei beziehe ich mich inhaltlich vor allem auf die grundlegenden Arbeiten von ARNOLD (2003, 2005, <sup>5</sup>2006 a, 2006 b), SIEBERT (1999, <sup>3</sup>2005, <sup>6</sup>2009) und SCHÜßLER (2000), die sich seit Mitte der 1990er-Jahre im deutschsprachigen Raum intensiv mit der Anwendung konstruktivistischen und systemtheoretischen Denkens auf Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung und damit auch auf Lern-, Lehr- und Bildungsprozesse von Erwachsenen befasst haben.

## 8.2.1 Lern- und Bildungsprozesslogik

Unter Lern- und Bildungsprozesslogik sind die Auffassungen des pädagogischen Konstruktivismus darüber zu verstehen, wie Lernen und Bildung ablaufen. Nach den Analysekriterien (Kapitel 6.3) umfasst die Lern- und Bildungsprozesslogik neben diesen grundsätzlichen Überlegungen auch die Vorstellungen darüber, wie Veränderung durch Lernen und Bildung ermöglicht wird, wie die Rollen- und Kompetenzverteilung zwischen Lehrendem und Lernendem gesehen wird und welche Erklärungen für differente Sicht- und Verhaltensweisen gegeben werden.

### Allgemeine Lern- und Bildungsprozesslogik

Der Lern- und Bildungsvorgang ist aus der Perspektive des pädagogischen Konstruktivismus weder Abbildung und Wiedergabe von Vorgegebenem (vgl. ARNOLD & SIEBERT <sup>5</sup>2006 a, S. 89) noch ist er Austauschvorgang von neuem gegen vorhandenes Wissen noch ist er die zwangsläufige Folge von Lehre. Der Erwachsene ist keine triviale Maschine, die lediglich durch Lehre instruiert werden muss, damit sie wie vorgesehen funktioniert: Von einem Ist-Zustand ausgehend wird mit geeigneten Vermittlungsmethoden linear und kausal ein Soll-Zustand ange-

zielt. Die aber in der Pädagogik dennoch weitverbreitete Meinung, dass gelernt würde, was gelehrt werde, hat HOLZKAMP (1993) einmal »Lehrlernkurzschluss« (S. 395) genannt. Im Lichte des pädagogischen Konstruktivismus wird eine solche Vorstellung vom Lernprozess seiner Komplexität nicht gerecht (vgl. SCHÜßLER 2000, S. 139). Vielfach wird nicht gelernt, was gelehrt wurde, manchmal wird gelernt, was gar nicht gelehrt wurde, oder es wird gelernt, auch ohne dass gelehrt wurde (vgl. SCHÄFFTER 1994, S. 6; ARNOLD & SIEBERT <sup>5</sup>2006 a, S. 5).

Folglich gelten aus konstruktivistischer Perspektive Lern- und Bildungsprozesslogiken nach einem Input-Outputmodell, nach einem Reiz-Reaktionsmodell oder nach einem Sender-Empfängermodell, bei denen Lernen als evozierte Reaktion aufgefasst wird, als »unterkomplex« (ARNOLD & SIEBERT 2006 b, S. 29). Damit werden die klassischen Lerntheorien über Verstärkungs- oder Imitationslernen nicht hinfällig, doch der springende Punkt ist, dass »das Subjekt entscheidet, welche Verstärkung ihm wichtig ist und wen es in welcher Situation ›imitieren‹ will. Entscheidend [...] ist die *Bedeutung*, die einer Person, einer Situation, einem Lerninhalt beigemessen wird« (SIEBERT 1999, S. 19 f.). Die Lernprozesslogik im pädagogischen Konstruktivismus legt danach vor allem die Betonung auf einen innengesteuerten Prozess des Subjekts und weniger auf eine außengesteuerte Aktivität eines Lehrenden, entsprechend der Vorstellung von den »inneren Zuständen« (LINDEMANN 2006) einer nicht-trivialen Maschine.

Aus konstruktivistischer Sicht unterliegt der Lernprozess damit einer Eigendynamik und Konstruktivität (vgl. ARNOLD & SIEBERT <sup>5</sup>2006 a, S. 1), die durch »eigensinnige« und »eigenwillige« Verarbeitung von dargebotenem Unterrichtsstoff gekennzeichnet ist. Lernen, Bildung und Wissenserwerb läuft im Menschen als ein autopoietischer, selbstreferenzieller und operational geschlossener Prozess ab, der auf komplexen Wechselwirkungszusammenhängen beruht. Er ist letztlich als Gestaltung von Eigenem (vgl. ebd., S. 89) im Sinne einer subjektiven Aneignungs- und Verarbeitungsleistung anzusehen. Der Lernvorgang ist rückbezüglich auf das, was der Erwachsene im Laufe seines Lebens an Erfahrungen gesammelt hat, was er bereits gelernt hat, welches Wissen ihm zur Verfügung steht und wie er bisher die Welt und die Wirklichkeit konstruiert hat bzw. versteht – zumindest soweit, wie es sich bisher im Alltag als viabel erwiesen hat. »Ob gelernt wird und was gelernt wird, hängt also weniger von den ›Inputs‹ als vor allem von der individuellen kognitiv-emotionalen ›Vorstruktur‹ und der psycho-physischen ›Befindlichkeit‹ ab, aber auch vom Kontext, also von der Lernumgebung, der Lerngruppe, den biografischen und beruflichen Verwendungssituationen. Lernen ist ›*biografieabhängig*‹ und ›*situiert*‹, also kontextgebunden.« (SIEBERT <sup>3</sup>2005, S. 32)

Auch wenn Lernen und Bildung als selbstreferenzieller und autopoietischer Prozess betrachtet wird, wünscht und benötigt der Erwachsene zur Weiterentwicklung Anregungen, Impulse, neues Wissen und Input von außen (vgl. SIEBERT <sup>6</sup>2009, S. 116). Wegen der Rekursivität von Lernen und Bildung im Erwachse-

nenalter führen die Anregungen weniger zu einem »Neulernen«, sondern eher zu einem »Anschlusslernen«. Lernen ist also nicht als ein kumulativer Erwerb neuen Wissens, sondern als Erweiterung und Anreicherung schon bestehender Wissensstrukturen zu verstehen. Das bedeutet, dass das bisherige Wissen und die Erfahrung nicht als falsch gelten können, um dann durch Lernen und Erwachsenenbildung richtig gestellt oder ausgetauscht zu werden. Wird der Lernende »als Gestalter seiner Welt ernst genommen, müssen vor allem seine Erfahrung und sein Können als Ergebnis *und* Grundlage seiner Entwicklung betrachtet und zum Ausgangspunkt pädagogischen Handelns gemacht werden« (LINDEMANN 2006, S. 172).

Von dem Lernangebot schließt sich nur der Teil an vorhandene Erfahrung oder Vorkenntnisse an, der von ihm als sinnvoll, wichtig, bedeutsam, wesentlich, weiterführend, nutzbringend, lebensdienlich, not-wendig und auch integrierbar gewertet wird (siehe Aneignungslogik Kapitel 8.2.3). Erwachsene können langfristig zu einem Wissen oder Verhalten nicht pädagogisch überredet werden, ohne dass es in irgendeiner Weise für sie funktional erscheint. SIEBERT (2009) vertritt die These: »Erwachsene sind lernfähig, aber unbelehrbar.« (S. 253) Die Lehr-Lernsituation ist von ihrer Wirkung her als kontingent zu betrachten, d. h. sie ist mehrdeutig, in ihrer Wirkung nicht eindeutig vorhersagbar und letztlich in ihren Lernergebnissen nicht direkt plan- und kalkulierbar. »Man kann also weder davon ausgehen, dass Menschen das, was ihnen in Lehr/Lernprozessen nahe gebracht wird, übernehmen, noch ist gewiss, dass sie gewonnene Erkenntnisse im gewünschten Sinne anwenden.« (WITTPOTH 2006, S. 57)

Der Lehrende und der Lernende gelten beide als selbstständige, operational geschlossene Systeme. Lernen wird ermöglicht, wenn sich Lehr- und Lernsystem durch neues Wissen, Impulse und Anregungen strukturell koppeln und sich gegenseitig zu Perturbation und Koevolution anregen, oder wenn in einem System wahrgenommene Perturbationen oder Irritationen die bisherige Viabilität von Wirklichkeitskonstruktionen infrage stellen.

Eine notwendige Voraussetzung dafür, dass Veränderung durch Lernen geschehen kann, ist eine bewusste und reflektierte Differenz-erfahrung und -wahrnehmung zwischen eigenen und fremden Konstruktionen. »Differenzen sind Unterscheidungen, die einen Unterschied machen« (SIEBERT 2005, S. 69) und Differenz-erfahrung bedeutet »die Wahrnehmung eines bedeutenden Unterschieds zu bisherigen Selbstverständlichkeiten [...]« (SCHÜßLER 2000, S. 175). Differenz-erleben wird möglich, wenn die Teilnehmer einer Veranstaltung unterschiedliche Sichtweisen einbringen und der Lehrende sein Fachwissen zur Verfügung stellt. Der Erfahrungsaustausch untereinander bietet die Möglichkeit, eigene und fremde Wirklichkeitskonstruktionen und Handlungsweisen sowie die ihnen zugrunde liegenden Leitdifferenzen und Viabilitätskriterien kennenzulernen, sie aber auch zueinander in Beziehung zu setzen, um ihre Plausibilität zu testen,

zu vergleichen und zu rechtfertigen. Während der Bildungsveranstaltung setzt vorübergehend der Handlungsdruck des Alltags aus und gibt damit den nötigen Raum zu Selbstdistanz und Selbstreflexion. Das ermöglicht eine strukturelle Kopplung der Systeme.

Der Lehrende hilft bei der Klärung unterschiedlicher oder in Konkurrenz stehender Situationsdeutungen, damit die Lernenden ihrer handlungsleitenden Sichtweisen bewusst werden, sie hinterfragen können – und auch nachvollziehen können, warum andere Menschen anders denken, urteilen und reagieren (Beobachtung zweiter Ordnung). Die verschiedenen Wirklichkeitskonstruktionen werden zum Thema gemacht und auf ihren situativen (Entstehungs)Hintergrund reflektiert und ausgewertet. Der Lehrende verdeutlicht, dass es Unterschiede gibt, dass verschiedene Menschen unterschiedliche Unterscheidungen treffen und »dass für Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen unterschiedliche Lösungen »viabel« sein können [...]« (SIEBERT 2009, S. 112).

Mehrdeutigkeiten und Perspektivenvielfalt auf den Lerngegenstand erfahrbar zu machen, steht im Mittelpunkt einer Differenzerfahrung, die eine strukturelle Kopplung auslösen kann. Differenzerleben gestattet neue Sichtweisen und kann zu einem Überdenken, Überprüfen, einer Relativierung oder Änderung der bisherigen eigenen selbstverständlichen Realitätsdeutung und ihrer zugrunde liegenden Viabilitätskriterien führen. Die potenzielle Mehrdeutigkeit der Realität bietet die Chance für Sichtweisen mit einer höheren Viabilität als bisher. Scheinbar gesichertes Alltagswissen reichert sich womöglich mit dem Erfahrungswissen anderer und mit Wissenschaftswissen an. Altbekannte und vertraute Sichtweisen verschränken sich mit neuen und erweitern das eigene Konstruktions- und Verhaltensspektrum.

Der Lehrende muss aber zunächst damit rechnen, dass er mit seinem Fach- bzw. Wissenschaftswissen auf stark davon differierendes Alltagswissen der Teilnehmer trifft, das sich deshalb nicht einfach gegeneinander austauschen lässt. Immerhin hat das Alltagswissen bisher der Lebensbewältigung gedient. Die Wirkmächtigkeit vorhandener Konstruktionen kann nicht durch die scheinbare Macht des Faktischen wissenschaftlich fundierter Realitätsdeutungen, die vom Lehrenden als richtiger, zweckmäßiger und sinnvoller erachtet werden, einfach übergangen werden. Deren Aneignung lässt sich nicht verfügen. Wissenschaftswissen gilt deshalb im pädagogischen Konstruktivismus nicht von vornherein als dem Alltagswissen überlegen. Es muss sich erst im Alltag für den Lernenden als viabel erweisen.

## **Veränderung durch Lernen und Bildung**

Aus konstruktivistischer Sicht braucht Veränderung durch Lernen als notwendige Bedingungen Differenzerfahrung, Beobachtung zweiter Ordnung und strukturelle Kopplung von Lehr- und Lernsystem. Eine Verhaltensänderung wird dann

nachhaltiger sein, wenn die Wirklichkeitskonstruktionen und deren Viabilitätskriterien, die dem Handeln zugrunde liegen, zugänglich sind, als wenn diese latent bleiben. Ob es letztendlich zu Horizonsweiterung, Perspektivenwechsel und Modifizierung von Realitätskonstruktionen kommt, entzieht sich der Machbarkeit des Lehrenden. Ein Versuch der strukturellen Kopplung setzt voraus, dass Lehrender und Lernender sich gegenseitig »als jeweils ›Andersdenkende‹ und in ihrer Eigensinnigkeit respektieren. Beide Seiten müssen sich umeinander bemühen, [...] aber sie müssen es auch akzeptieren, wenn eine ›Passung‹ oder ›Koevolution‹ nicht zustande kommt« (SIEBERT <sup>6</sup>2009, S. 257).

### **Rollen- und Kompetenzverteilung**

Die Rollen- und Kompetenzverteilung zwischen Lehrendem und lernendem Erwachsenen lässt sich aus Sicht des pädagogischen Konstruktivismus so beschreiben, dass sich zwei autopoietische, selbstreferenzielle und operational geschlossene Systeme treffen, die durch Perturbation oder als Träger viabler Informationen für das jeweils andere System, potenziell eine strukturelle Kopplung eingehen und damit eine gegenseitige Koevolution auslösen können. Es lernt dabei nicht nur der sogenannte Lernende vom sogenannten Lehrenden. Das Lernverhältnis kann durchaus reziprok sein. Das entscheidende Medium für Lernprozesse ist der Dialog bzw. Diskurs zwischen dem Lernenden und dem Lehrenden sowie den anderen Lernenden. Damit hängt viel von der Gestaltung des Dialogs in der Interaktions- und Kommunikationssituation der Erwachsenenbildung (vgl. SCHÜßLER 2000, S. 174 f.) ab. Dies ist Thema der Vermittlungslogik (Kapitel 8.2.2).

### **Erklärungsmuster differenter Sicht- und Verhaltensweisen**

Das vom Lehrenden manchmal im Interaktionsgeschehen einer Lern- und Bildungsveranstaltung beim Lernenden zu beobachtende Verhalten, welches aus jener Perspektive wie ein widerwilliges oder abwehrendes Verhalten, wie ein Lernwiderstand wirkt, ist aus der Subjektperspektive des Lernenden betrachtet meist biografisch nachvollziehbar und begründbar und hat eine – nicht immer bewusste und mitteilbare – viable und plausible Funktion. Die sich aus der Sicht des Lehrenden ergebende Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der Lernanforderung erschließt sich dem Lernenden nicht stets auf die gleiche viable Weise. Eine vom Lehrenden gut gemeinte Lernanforderung kann durchaus vom Lernenden als Lernzumutung erlebt werden. Da Lehr- und Lernsystem beide autopoietisch, selbstreferenziell und operational geschlossenen Systeme sind, ist – nach SIEBERT (<sup>6</sup>2009) – zunächst »das Nicht- und Missverstehen, das Aneinandervorbeireden

[...] der kommunikative Normalfall« (S. 30). Auf diesem Hintergrund müssen die Phänomene im Lern- und Bildungsprozess gesehen werden, die der Lehrende als Lernwiderstände, Lernbarrieren, Lernvermeidung oder gar Lernverweigerung (miss-)deutet.

Unter dem Gesichtspunkt von Viabilität ergeben diese Erscheinungen einen anderen Sinn als nur Widerständigkeit. Lernanforderungen können als nicht sinnhaft, nicht notwendig, verwendungsirrelevant, als bedrohlich, nicht plausibel, identitätsbedrohend, non-viabel, momentan unverträglich, als konträr zu bisheriger Erfahrung und Vorwissen erlebt werden. ZIEHE und STUBENRAUCH (1982) weisen darauf hin, dass »wer lehrt, beglückt nicht nur, er bedroht auch« (S. 175). So kann nach SIEBERT (2009) »eine gewisse Resistenz gegenüber Flexibilisierungsappellen [...] durchaus ein ›viabler‹ Selbstschutz sein« (S. 39). Die Kriterien für solche internen Bewertungsprozesse beim lernenden Erwachsenen erschließen sind dem Lehrenden weniger durch Beobachtung, sondern erst im Austausch mit dem Lernenden über dessen »innere Zustände« (LINDEMANN 2006).

Vergleichbares gilt für Verhalten des Lernenden, das nicht den Erwartungen des Lehrenden entspricht. Wenn das von Lehrenden erwartete Verhalten nicht eintritt, werden sie versuchen, ihr Lehrangebot erneut zu wiederholen. Wenn dies auch nicht zum Ziel führt, werden sie beim Lernenden Unwilligkeit oder gar eine Funktionsstörung oder Behinderung diagnostizieren (vgl. ebd., S. 160). Was bei diesem Vorgehen unberücksichtigt bleibt ist, dass differentem Verhalten vom Standpunkt des Lernenden eine Handlung zugrunde liegt und somit »als Ergebnis viabler Wirklichkeitskonstruktion« (ebd., S. 165) zu werten ist. Deshalb plädiert LINDEMANN (ebd., S. 165 ff.) dafür:

1. Der Lehrende soll jedem (beobachtbaren) Verhalten des Lernenden zunächst Motive unterstellen, die der sinnvollen, plausiblen und zweckgerichteten Bewältigung von Lebenssituationen dienen.
2. Der Lehrende soll dies im Speziellen auch auf zunächst störend wirkendes Verhalten anwenden und es als Ausdruck von Anliegen, Beweggründen und Zielen auffassen, die eventuell von seinen beabsichtigten Lernzielen divergieren. »Betrachtet man das Stören als Ausdruck anderer Interessen und Bedürfnisse, so erscheinen oft die Bedingungen, die Menschen dazu zwingen wollen, sich in einem festen Rahmen oder in der Abfolge bestimmter Schritte zu entwickeln, als die eigentlichen Störfaktoren.« (ebd., S. 167 f.)
3. Beim Ausbleiben erwarteten Verhaltens soll sich der Lehrende mit der Frage beschäftigen, ob dieses Verhalten für den lernenden Erwachsenen in seinen derzeitigen Lebensumständen überhaupt viabel ist, und welche Motive es momentan geben könnte oder welche Veränderungen eintreten müssten, die es für ihn erstrebenswert und sinnvoll erscheinen lassen, erwartete oder überhaupt neue Verhaltensweisen zu zeigen.

Für differente Sicht- und Verhaltensweisen werden also verschiedene Erklärungsmuster angeboten: aus Sicht des Lernenden ist das erwartete Verhalten in den derzeitigen Lebensumständen nicht viabel, das Lernangebot trifft nicht das Lernbedürfnis oder das Lernangebot wird als Lernzumutung erlebt. SIEBERT (2009) resümiert: »Erwachsene ändern ihre Deutungsmuster nur dann, wenn sie es wollen, nicht, wenn sie es sollen.« (S. 123)

Der Autor weist aber auch daraufhin, dass gerade in der Erwachsenenbildung manchmal Lernende begründen müssen, »warum sie bestimmte Wissensbestände ignorieren, d. h. Lernverweigerungen können riskant und mit Nachteilen verbunden sein« (ebd., S. 254). Deshalb lernen ab und zu Erwachsene auch, weil sie es sollen und nicht, weil der Unterrichtsstoff inhaltlich viabel für das eigene Leben ist: der Lernanreiz besteht dann in der Angst vor Nachteilen und Restriktionen oder der Hoffnung auf Vorteile und Entwicklungschancen (vgl. auch HOLZKAMP 1993, S. 190–193; LINDEMANN 2006, S. 174 f.). Aus diesen Gründen wird das Lernen dann aktuell als viabel betrachtet. HOLZKAMP (1993) hat es »defensive Lerngründe« (vgl. S. 191) genannt.

## 8.2.2 Vermittlungslogik

Vermittlungslogik meint die Vorstellungen darüber, welchen Zweck und welche Aufgaben der Lehrende im Lern- und Bildungsprozess hat. Nach den Analyse-kriterien (Kapitel 6.3) umfasst die Vermittlungslogik neben grundsätzlichen Überlegungen auch Auffassungen zu Lern- und Bildungsanlass, zentralen Lern- und Bildungszielen, zur Legitimation des Lern- und Bildungsgeschehens und zu Bewertungskriterien für den Lern- und Bildungserfolg.

### Allgemeine Vermittlungslogik

Lehre kann aus konstruktivistischer Sicht den Lern- und Bildungsprozess nicht determinieren und mit didaktischen Strategien in eine vorhersagbare Richtung zielgenau steuern und planen. Es ist zu unterscheiden, zwischen dem jeweiligen Lehr- und Lernangebot, das sehr wohl inhaltlich geplant werden kann, und dem Lern- und Bildungsprozess selbst, der nicht der Planbarkeit unterliegt. Nach ARNOLD und SIEBERT (2006 a) hält ein Anspruch der Erwachsenenbildung, mit Lehre ein Lernsystem »inhaltlich ›aufklären‹ zu wollen« (S. 165), kaum »einer erkenntnistheoretischen Prüfung« (ebd.) stand. »[...] Erwachsenenbildner müssen letztlich akzeptieren, dass sie die Wirklichkeit ihrer Teilnehmerinnen und Teilnehmer [...] nur sehr eingeschränkt in einer intentionalen Weise ›transformieren‹

können.« (ebd., S. 21) Das Lehrsystem kann in das Lernsystem nicht hineingreifen – oder sozusagen durchgreifen (vgl. WITTPOTH <sup>2</sup>2006, S. 57). Lehre erzeugt demnach nicht automatisch Wissen, Lernen und Bildung. Es gibt empirische Untersuchungen, die zeigen, dass die Vermittlung identischer Informationen nicht zur erhofften Angleichung von Meinungen, Reduzierung von Meinungsunterschieden und einer Vereinheitlichung von Bewertungen in einer Gruppe führen, sondern im Gegenteil die Einstellungen polarisieren (vgl. SIEBERT <sup>3</sup>2005, S. 62). Lehre ist weder eine hinreichende noch notwendige Bedingung für Lern- und Bildungsprozesse, sie ist lediglich eine mögliche Bedingung.

Ziel der Arbeit des Lehrenden kann also weder sein zu belehren oder zu instruieren noch Wissen beim Lernenden zu erzeugen, einzuschleusen, einen Wissenstransfer auf den Lernenden zu vollziehen oder ihm Wahrheiten beizubringen – sei es durch einen als notwendig erachteten Aufklärungswunsch oder durch eine von außen herangetragene Lernanforderung. »Lernen kommt nicht einfach dadurch von selbst in Gang, dass von dritter Seite entsprechende Lernanforderungen an mich gestellt werden; [...]. *Lernanforderungen* sind nicht eo ipso schon *Lernhandlungen*, sondern werden nur dann zu solchen, wenn ich sie bewusst als Lernproblematiken übernehmen kann, was wiederum mindestens voraussetzt, dass ich einsehe, wo es für mich etwas zu lernen gibt.« (HOLZKAMP 1993, S. 184 f.) In der Erwachsenenbildung ist diese Sicht von Pädagogik (mit Lernanforderungen Lernen auszulösen) aber weitverbreitet. SIEBERT (1999) nennt es »stellvertretende problemformulierende Methode« (S. 23). Danach formuliert der Erwachsenenbildner in Programmheften vertretungsweise die Probleme seiner potenziellen Teilnehmer und bietet zugleich Lösungsmöglichkeiten in Form der beworbenen Bildungsveranstaltung an. Dabei ist natürlich zu berücksichtigen, dass diese Vorgehensweise durchaus auch auf entsprechende Erwartungshaltungen mancher Teilnehmer trifft.

Es stellt sich die Frage, welche Aufgabe der Lehrende noch hat, wenn doch der Lernende autopoietisch und operational geschlossene strukturiert ist, oder wie SCHÜßLER (2000) provozierend es formuliert: »Ist ›Lehren‹ angesichts konstruktivistischer Überlegungen ›unmöglich‹ [...]?« (S. 169) Auch wenn der pädagogische Konstruktivismus die Wirkmächtigkeit von Lehre für das Lernen desillusioniert, bedarf das Lernsystem durchaus der Anregungen, Inputs, Hilfestellungen und Unterstützung von außen. SCHÜßLER (ebd., vgl. S. 159) nennt zwei Gründe dafür:

1. Ein sich selbst regulierendes System zu sein, beinhaltet nicht automatisch auch die Fähigkeit und Fertigkeit, sich selbstständig Wissen aufbereiten und den Lernprozess eigenverantwortlich gestalten zu können.
2. Oftmals löst erst eine Interaktion mit der Umwelt und anderen Menschen eine Lernherausforderung aus. Diese Interaktion ist die Voraussetzung für eine mögliche strukturelle Kopplung von Systemen.

Lehre wird im pädagogischen Konstruktivismus folglich weniger unter der Vermittlungsperspektive, sondern unter der Konstruktionsperspektive betrachtet. Deshalb beantwortet SIEBERT (<sup>3</sup>2005) die Frage nach speziellen neuen konstruktivistischen didaktischen Vermittlungsmethoden auch »eher zurückhaltend« (S. 102). Bestimmte – auch traditionelle – Methoden sind nicht entweder richtig oder falsch, sondern ihr Einsatz ist gemessen an den situativen Gegebenheiten eher geeignet oder nicht. Die Methoden selbst stehen nicht im Vordergrund. Entscheidend ist, dass Lehre und die angewandten Methoden die Lern- und Konstruktionsprozesse des Lernenden anregen, begünstigen und unterstützen können. Didaktik unterliegt also auch einer Viabilität.

ARNOLD (1993, vgl. S. 53) spricht in didaktischer Hinsicht von einem Perspektivenwechsel im pädagogischen Konstruktivismus: von einer »Belehrungsdidaktik« – manchmal wird sie auch als »Erzeugungsdidaktik« (ARNOLD & SCHÜßLER 2003, S. 1) bezeichnet – zu einer »Ermöglichungsdidaktik«. »Lernen stellt sich nach dieser Sichtweise nicht als lineares Ergebnis von Lehre, Unterweisung oder Training dar, sondern als ein Aneignungsprozess, der mehr von den subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen der Beteiligten, dem situativen Kontext und dem sozialen Umfeld beeinflusst wird. [...] Mit dem Begriff der Ermöglichungsdidaktik wird ein Verständnis des Lehr-Lern-Prozesses charakterisiert, das um die Konstruktivität und Eigendynamik sowie die begrenzte ›Machbarkeit‹ von Lernergebnissen weiß.« (ARNOLD & SCHÜßLER 2003, S. 1 f.) Lernprozesse lassen sich durch die Gestaltung und Förderung anregender Lernumstände ermöglichen, aber nicht herstellen. Als wesentliche Merkmale einer Ermöglichungsdidaktik gelten nach SIEBERT (<sup>6</sup>2009, vgl. S. 97):

1. *Situiertheit*. Wissen und Lernaufgaben beziehen sich auf konkrete Verwendungssituationen.
2. *Anschlussfähigkeit*. Lernen und Bildung muss sich auf Vorkenntnisse und vorhandene Erfahrungen beziehen.
3. *Selbststeuerung*. Förderung des selbst gesteuerten Lernens unter Berücksichtigung individueller Lernvoraussetzungen und Lernstile.
4. *Biografieorientierung*. Die Wahrnehmung, Reflexion und Erweiterung von vorhandenen Wirklichkeitskonstruktionen soll angeregt werden.
5. *Kontextabhängigkeit*. Lernen ist eingebunden in individuelle, soziale und kulturelle Kontexte.
6. *Emotionalität*. Lernen und die Nachhaltigkeit von Wissenserwerb ist wesentlich davon abhängig, ob das Zulernende auch gefühlsmäßig als zumutbar, sinnvoll und befriedigend erlebt wird.
7. *Prozessorientierung*. Wissen besteht nicht aus fertigen, vorgegebenen und lediglich weiterzugebenden Wissenspaketen, sondern es wird im Diskurs mit anderen ständig gesucht, konstruiert, erworben, bestätigt, widerlegt, differenziert und verändert.

8. *Lernberatung und Lernbegleitung*. Der Lehrende hat die Aufgabe, den Lernprozess nicht zu behindern, sondern ihn zu ermöglichen und beratend zu begleiten.

Die beiden Begriffe »Belehrungs-« und »Ermöglichungsdidaktik« können als eine Leitdifferenz für den Entwurf didaktischer Orientierungs- und Handlungsmodelle betrachtet werden. Zum Überblick soll – in Anlehnung an einen Vorschlag von SCHÜßLER (2000, vgl. S. 170) – hier eine Gegenüberstellung beider Didaktiken erfolgen:

**Tab. 2: Belehrungs- vs. Ermöglichungsdidaktik (in Anlehnung an Schüßler 2000, S. 170)**

|                               | <b>Belehrungsdidaktik</b>  | <b>Ermöglichungsdidaktik</b>   |
|-------------------------------|--|--|
| Paradigma                     | – Lernen und Wissenserwerb als lineares Input-Output- bzw. Reiz-Reaktions-Modell   | – Lernen und Wissenserwerb als autopoietischer, selbstreferenzieller Prozess in einem operational geschlossenen System   |
| Verständnis des Lernprozesses | – linearer Prozess<br>– schwache Wechselwirkung zwischen dem Lernenden und dem Lehrenden bzw. den anderen lernenden Erwachsenen<br>– programmierte Handlungsweisen<br>– Wissenserwerb durch Fremdorganisation  | – nicht-linearer Prozess<br>– starke Wechselwirkung zwischen dem Lernenden und dem Lehrenden bzw. den anderen lernenden Erwachsenen<br>– situativ-flexible Handlungsweisen<br>– Wissenserwerb durch Selbstorganisation   |
| Didaktische Folgerungen       | – stellvertretende Erschließung von Lern- und Bildungsinhalten durch den Lehrenden<br><br>– Planungsdenken: Unterricht als Realisierung und Kontrolle von geplanten Lehrschritten<br>– normative Position, die zu erziehen, belehren, aufzuklären und die Vielfalt der Wirklichkeitskonstruktionen zu normieren versucht<br><br>– Lernwiderstand wird Lehrenden oder Lernenden negativ angerechnet | – auch bei notwendigem Input vom Lehrenden letztlich Selbstaneignungsprozess von Lern- und Bildungsinhalten<br>– Operatives Denken: Unterricht als Realisierung und Begleitung von Lernbedürfnissen<br>– reflexive Position, die Individualisierungs- und Pluralisierungsprozessen Rechnung trägt, aber Gültigkeit der Wirklichkeitskonstruktionen im Dialog reflektiert und problematisiert<br>– Lernwiderstand als sinnvolles Signal über momentane subjektive Lernbedürfnisse |
| Aufgabe des Lehrenden         | – Bereitstellung von Wissen und Information<br>– lehren, vermitteln, führen  | – Bereitstellung von Wissen und Information<br>– Förderung von Lernen, Aneignung, Selbsttätigkeit, Begleitung von Perturbationen   |
| Vorrangiges Ziel              | – Vermittlung und Nachvollzug von gefordertem Wissen   | – Entwicklung und Konstruktion reflexiven Wissens  |

Damit konzentriert sich die Arbeit des Lehrenden in der Ermöglichungsdidaktik darauf, eine anregende Lernsituation zu gestalten. Er nimmt nicht die Rolle eines Wissensvermittlers, sondern die eines Lernermöglichers und Lernbegleiters ein. Der Erwachsenenbildner hat zunächst die Aufgabe, sich auf die »inneren Zustände« (LINDEMANN 2006) des Teilnehmers als Lernender einzustellen und mit ihm darüber in Austausch zu kommen. Dazu muss der Lehrende etwas über die Lernvoraussetzungen, Lerngründe, Lernbedürfnisse

und über bereits bestehende, individuelle Lernanstrengungen des Lernenden zu erfahren versuchen.

Daran anknüpfend kann er die Art beobachten, wie die Lernenden Realität und Wissen unterschiedlich konstruieren und auf welchen kognitiven und emotionalen Mustern ihre Redebeiträge beruhen (Beobachtung zweiter Ordnung). Der Lehrende stellt sein (Fach-)Wissen, seine eigenen Ansichten und Wirklichkeitskonstrukte sowie weitere alternative – beispielsweise kulturell unterschiedliche – Realitätskonstruktionen als differentes Angebot zur Verfügung. Er unterstützt bei Auswahl, Bewertung und Vergleich der Konstruktionen. Er macht Neues, Ungewöhnliches, Überraschendes, Ausgeblendetes und Vergessenes zum Thema, was wiederum dem lernenden Erwachsenen ermöglicht, scheinbar Selbstverständliches zu überprüfen. »Probendenkend« kann er alternative Konstruktionen in der Lernsituation »ausprobieren«. Bei all den Angeboten geht es stets um die Ermöglichung von Differenzwahrnehmung und -erfahrung, damit eine strukturelle Kopplung bzw. Koevolution von Lehr- und Lernsystem angeregt wird. Die entscheidenden didaktischen Verfahren in der Vermittlungslogik sind Evaluation von Konstruktionen, Beobachtung zweiter Ordnung und Differenzerfahrung.

Lernbarrieren oder Lernwiderstände des Lernenden gilt es aushalten und konstruktiv zum Thema machen zu können. Diese Phänomene sind in der Regel weder persönlich zu nehmen noch zeigen sie das vermeintliche didaktische Unvermögen des Lehrenden, sondern sie sind häufig als wichtige Hinweise über die aktuelle Lernsituation des Lernenden zu werten, über seine momentanen Lerninteressen und über erlebte Lernzumutungen.

Zu beachten ist, dass Differenzerfahrung nur bis zu einem bestimmten Ausmaß für den Lernenden erträglich ist: »Ein permanenter Perspektivenwechsel fördert mehr Desorientierung als Horizonsweiterung.« (SIEBERT <sup>6</sup>2009, S. 255) Der Lehrende hat zu berücksichtigen, dass der Spielraum generell für eine Lernfähigkeit und -bereitschaft sowie für die Fähigkeit, Differenzerfahrungen horizonsweiternd zu verarbeiten beim lernenden Erwachsenen begrenzt ist. KÖSEL (<sup>4</sup>2002, S. 280–282) bezeichnet dies als »Driftzone«. Deshalb plädiert SIEBERT (<sup>6</sup>2009) dafür, dass der Lehrende lediglich eine »dosierte Diskrepanz« (S. 255) dem Lernenden zumutet.

### **Lern- und Bildungsanlass sowie Identifikation der Lernaufgaben**

In der Erwachsenenbildung stellen erlebte Perturbationen im Lebens- und Alltagsvollzug einen charakteristischen Lernanlass bzw. eine typische Lernmotivation dar. »Ausgangspunkt für pädagogisches Handeln ist jeweils eine bedeutungsvolle Unterbrechung routinisierter Verlaufstrukturen in Lebenszu-

sammenhängen, in denen gefestigte Erwartungsstrukturen signifikant enttäuscht und hierdurch Irritation auslösen, was zunächst als Verblüffung, Erstaunen, Ärger oder Neugier erlebt wird.« (SCHÄFFTER 2003, S. 48 f.) Hiermit sind nicht nur außerordentliche Vorkommnisse gemeint, sondern vielmehr alltägliche Erlebnisse, die eine Fragestellung aufwerfen, deren Beantwortung man sich nicht entziehen kann. Dies wird vor allem erlebt, wenn durch bestimmte Erfahrungen und Erlebnisse die Unzweckmäßigkeit und Ineffektivität bisheriger Handlungs-, Denk- und Einstellungsmuster deutlich wird. Perturbationen können als Lernfenster betrachtet werden, die günstige Lernoptionen bieten. Die sich aus dieser Irritation ergebenden Fragestellungen und Lernherausforderungen sowie subjektiven Lerninteressen und Bildungsbedürfnisse gilt es in der Bildungsveranstaltung zu identifizieren.

Danach ist ein offen zu thematisierender Abgleich zwischen Lernangebot oder auch Lern(an)forderung – die das Leben, eine Person, ein Lehrender oder eine Institution stellen – und individuellem Lernbedarf notwendig: Wie weit decken sich die Problemformulierung, Fragestellungen und Lernziele bezüglich des Lerngegenstandes zwischen Lehrendem und Lernenden (oder auch nicht) und was wird dann von beiden als zweckmäßig, bedeutsam und sinnvoll in der Bearbeitung des Lerngegenstandes angesehen? »Pädagogen stehen hier in einem Spannungsfeld zwischen dem Wunsch, dass jemand Dinge lernt, die für sein Leben wichtig sein können und der Einsicht, dass er diese nur lernen wird, wenn er will und es für ihn selbst sinnvoll ist.« (LINDEMANN 2006, S. 175 f.)

### Zentrale Lern- und Bildungsziele

Die herkömmliche Sichtweise, dass Lernziele die Ziele sind, die der Lehrende mit seinem Lernangebot anstrebt, muss nach dem Konstruktivismus differenziert werden. Genau genommen ist zu unterscheiden zwischen den *Lehrzielen* des Lehrenden und den *Lernzielen* des Lernenden. Diese müssen keinesfalls deckungsgleich sein, sind es auch selten.

Aus Sicht der Lehrenden bietet die Erwachsenenbildung dem Lernenden »eine Gelegenheit, in relativer Distanz zu den Zwängen und Handlungsnotwendigkeiten des Alltags seine Wirklichkeitskonstruktionen zu überdenken, mit anderen zu vergleichen, durch neues Wissen anzureichern, neue Sichtweisen kennenzulernen« (ARNOLD & SIEBERT <sup>5</sup>2006 a, S. 118). Die möglicherweise irritierende Wirkung von (neuen) Wissensangeboten und Differenzenerfahrungen soll in der Lernsituation bewusst genutzt werden. Die Metakommunikation darüber und die Beobachtung zweiter Ordnung regt eine Selbstreflexion und Evaluation eigener Wirklichkeitskonstruktionen an. So entstehen strukturelle Kopplungen und Koevolutionen zwischen verschiedenen Systemen, z. B. zwischen den Wirklich-

keitskonstruktionen der Wissenschaft und subjektiven Lebenswelten, zwischen denen einzelner Zielgruppen, Generationen, Geschlechtern und Kulturen (vgl. SIEBERT 2009, S. 256). Wenn dies gelingt, können Lern- und Bildungsprozesse als Prozesse der Koevolution von Systemen verstanden werden (vgl. LINDEMANN 2006, S. 158).

Die grundsätzlichen Lehrziele bestehen darin, dass der Lernende seine Wirklichkeitskonstruktionen evaluiert, reflektiert, modifiziert und weiterentwickelt, mit unterschiedlichen Konstruktionen situativ flexibel variieren kann und zum Wechseln von Perspektiven fähig wird. Dies führt zu besserem Selbst- und Fremdverstehen, zu Toleranz und zu einer Erweiterung eigener Handlungs- und Orientierungsfähigkeit.

### Legitimierung des Lern- und Bildungsgeschehens

Das Lerngeschehen wird im pädagogischen Konstruktivismus durch seine subjektive Relevanz für die individuellen Fragestellungen und Lernbedürfnisse legitimiert, die durch die erlebte Perturbation angestoßen wurden. Damit entzieht er – aus Sicht SIEBERTS (2009) – »einer normativen Pädagogik, die ›für andere‹ ein richtiges Handeln entscheidet und postuliert, die erkenntnistheoretische Grundlage [...]« (S. 31).

### Lern- und Bildungserfolg

Lernergebnisse sind demzufolge nicht entweder als richtig oder falsch einzustufen, sie unterliegen einer Bandbreite möglicher Konstruktivität und Pluralität (vgl. ARNOLD & SIEBERT 2006 a, S. 1), aber auch Viabilität. Lernerfolg und die Bewertung des Lernprozesses bemisst sich am Maßstab subjektiver Relevanz danach, wie weit Koevolution und Perspektivenverschränkung möglich geworden und wie hoch die Kompatibilität des Lernangebots mit dem Lernbedürfnis gewesen ist.

### 8.2.3 Aneignungslogik

Aneignungslogik ist das Verständnis davon, auf welche Weise der Lernende neu Zulernendes aufnimmt. Nach den Analysekriterien (Kapitel 6.3) umfasst Aneignungslogik neben grundsätzlichen Überlegungen auch Bewertungskriterien für gelungene Aneignung.

## Allgemeine Aneignungslogik

Aufgrund der biografischen Vorerfahrungen und des Vorwissens Erwachsener sowie der Autopoiesis und Selbstreferenz von Lernen und Wissenserwerb muss – scharf formuliert – beim Lernenden zunächst von einer Lernresistenz gegenüber Neuem ausgegangen werden. So schreiben ARNOLD und SIEBERT (2006b): »Die biografischen Erfahrungen haben nicht nur kognitive, sondern auch emotionale ›Spurungen‹ hinterlassen. Die Strukturdeterminiertheit des Lernens ist gleichsam doppelt ›codiert‹, nämlich kognitiv und emotional [...].« (S. 87) Diese lebensgeschichtlich erworbenen Kognitions- und Emotionsmuster bestimmen, was der Lernende zu dem momentanen Lerngegenstand denkt und fühlt, welche subjektive Lernnotwendigkeit er sieht und was er von der augenblicklichen Lehr-Lernsituation hält. Damit ist Lernen und Bildung im Grunde eher ein vom Lernenden selbstgesteuerter und -regulierter Prozess als ein durch den Lehrenden gesteuerter Vorgang.

Diese Eigenständigkeit, Eigenwilligkeit und Eigensinnigkeit bestimmt, ob das Neue wirklich als passend und nützlich erlebt wird und sich an die bisherigen Vorkenntnisse, Erfahrungen und Einstellungen ohne große Verwerfungen anschließen lässt. »Eine Argumentation ist für den einen plausibel und ›viabel‹, für den anderen z. B. aufgrund seiner anders gearteten lebensgeschichtlichen Erfahrungen unverständlich oder indiskutabel.« (SIEBERT 2009, S. 30) ZIEHE und STUBENRAUCH (1982) weisen darauf hin, dass Hinzulernen durchaus auch als Aufforderung erlebt werden kann, etwas von der subjektiven Wirklichkeit hergeben zu müssen: »Hinzulernen kann eben auch erst einmal ein Prozess der *Enteignung* sein.« (S. 175) Gegen diese Enteignung versucht sich der Lernende zu schützen. Neues und Ungewohntes oder auch Umlernen kann deshalb vom Lernenden zunächst als Zumutung, Verunsicherung und Bedrohung erlebt werden und folglich abgelehnt oder vermieden werden mit der Folge, dass er (wieder) auf bereits bestehendes Wissen zurückgreift. Der Lernende verteidigt seine »kognitive Landkarten« (SCHÜßLER 2000, S. 385) erst einmal gegenüber anderen Perspektiven, sodass er neue Sichtweisen nicht einfach gegen alte austauschen wird. Er beruft sich darauf, dass er schon weiß. Der Wissende braucht nicht mehr zu lernen. »In diesem Sinne hat *Wissen* eine affirmative, bestätigende Funktion. Wissen ist somit das Gegenteil des Lernens. Wer von sich überzeugt ist, ›Bescheid zu wissen‹, muss nicht Neues lernen. Wissen immunisiert häufig gegen ein Lernen.« (SIEBERT 1999, S. 22)

Dennoch widerspricht es der Aneignungslogik eines autopoietischen, selbstreferenziellen und selbstgesteuerten Systems nicht, wenn der Lernende auch an professionellen Anregungen von außen interessiert ist und sie bewusst nachfragt (z. B. in der Erwachsenenbildung), weil beispielsweise die Kommunikationsmög-

lichkeiten im sozialen Umfeld für die eigenen Lern- und Bildungsbedürfnisse nicht ausreichen oder nicht zufriedenstellend sind (vgl. SCHÜßLER 2000, S. 194). Doch das offizielle Unterrichtsthema einer Erwachsenenbildungsveranstaltung ist aus Sicht des pädagogischen Konstruktivismus nicht mit dem Lerninhalt gleichzusetzen. Der Lerninhalt ist vielmehr eine »Aneignungsleistung der Lernenden« (SIEBERT 1999, S. 40), denn »sie weisen einem Thema eine Bedeutung zu, identifizieren sich damit, verknüpfen es mit Gedächtnisinhalten – oder auch nicht« (ebd., S. 39). Der Lernende weiß, was er nicht verstanden hat, was er noch klären will und was nicht. Er wählt bestimmte Aspekte aus, lehnt aber auch mehr oder weniger bewusst Lerninhalte ab, findet sie dann z. B. nicht interessant. Die Entscheidung, Verfügung und Verantwortung über Lernbedürfnis, Lernmotivation, Lernziele, Lerngeschwindigkeit sowie Auswahl und Eignung von Lerninhalten bleibt beim Lernenden. Allein die Absicht einer Institution oder die Bereitschaft eines Lehrenden etwas vermitteln zu wollen, wird im Endeffekt nicht darüber entscheiden, ob der Lernende Zugang zu dem Lernangebot findet und sich ihn aneignet oder ob dieser ihm fremd bleibt.

Es ist dabei zu beachten, dass die Lernbereitschaft und -fähigkeit des lernenden Erwachsenen nur einen gewissen Spielraum hat. Hierfür wurde der Begriff der »Driftzone« (vgl. KÖSEL <sup>4</sup>2002, S. 280–282) geprägt: »[...] die Offenheit für Neues in einem selbstreferenziellen System wird als *Driftzone* definiert.« (ARNOLD & SIEBERT <sup>5</sup>2006 a, S. 122) Eine Driftzone markiert den Bereich, in dem sich sowohl der Lernende als auch der Lehrende emotional und kognitiv wohlfühlen und in dem sie bereit sind, auf die Meinungen anderer Bezug zu nehmen. Lernanforderungen, die über die individuelle Driftzone hinausgehen, werden als ungewohnt, unzumutbar, unverträglich, überfordernd oder bedrohlich erlebt. Die Anschlussfähigkeit der Lernanforderung an vorhandene Wissens- und Erfahrungsbestände ist dann nicht gegeben. Die Driftzonen des Lernenden und des Lehrenden müssen nicht deckungsgleich sein. Das Ausmaß der Inkongruenz bestimmt, ob Lehrender und Lernender überhaupt miteinander arbeiten können, ob Unter- oder Überforderung oder gar weltanschauliche Inkompatibilität erlebt wird. Die individuellen Driftzonen sind geprägt durch Sozialisation, gesellschaftliche Normen und Werte und Lebensverhältnisse.

Nach ARNOLD und SIEBERT (ebd.) werden Informationen und Wissen dann am ehesten angeeignet, wenn sie dem Lernenden als

- »a.) relevant, d. h. bedeutsam, sinnvoll
- b.) viabel, d. h. praktisch, hilfreich, nützlich
- c.) neu, d. h. nicht redundant
- d.) anschlussfähig, d. h. in ein vorhandenes kognitives System integrierbar« (S. 113)

erscheinen. Ob und welcher Teil des Lernstoffes ernsthaft für eine potenzielle Aneignung in Erwägung gezogen und als aneignungswürdig eingeschätzt wird,

hängt davon ab, wie weit die Inhalte in der momentanen Lebenssituation und in den aktuellen Handlungsbezügen vom Lernenden als zweckmäßig und weiterführend, mithin als viabel bewertet und erlebt werden, sodass sich für ihn ein weiteres Nachdenken darüber überhaupt lohnt.

Das entscheidende Moment für die Aneignungsleistung des Lernenden ist nicht die Lehre, sondern erlebte Perturbationen und Irritationen im Lebensvollzug, die die Viabilität und Situationsadäquatheit seiner bisherigen Denk- und Handlungskonstrukte fraglich werden und ihn die Notwendigkeit für alternative oder modifizierte Konstrukte erleben lassen. Der Lernende muss im Alltag eine gewisse Unzufriedenheit, Verunsicherung, Ineffektivität, Widersprüchlichkeit oder Unzweckmäßigkeit mit seinen bisherigen Realitätskonstruktionen und Handlungsmustern erleben, sonst ist der Lernbedarf gering. Die Aufnahmebereitschaft für neues Wissen ist damit nicht in jeder Lebenssituation gleich groß. Erlebte Perturbationen geben den auf sie folgenden viablen und anschlussfähigen Lerninhalten Verwendungsrelevanz und Signifikanz und gestalten dadurch den Lern- und Bildungsprozess für den Lernenden nachhaltig (vgl. SCHÜßLER 2000).

### **Kriterien gelungener Aneignung**

Gelungene Aneignung macht sich an der erlebten Viabilität der neuen Sichtweisen, Wirklichkeitskonstruktionen und Wissensangebote fest. In der weiterführenden Kommunikation und Interaktion mit dem Lehrenden und den anderen Lernenden sowie mit signifikanten Bezugspersonen im Alltag wird sich zeigen, ob sich die abgeänderten Wirklichkeitskonstruktionen bewähren oder nicht. Kann die Kommunikation ohne größere Störungen fortgeführt werden, werden die Konstruktionen im Grunde bestätigt und können beibehalten werden, misslingt eine weitere Kommunikation, kann dies Anstoß zu einer (weiteren) Abänderung der Konstruktionen sein (vgl. SCHÜßLER 2000, S. 164f.).

## 9 Zusammenfassung

In Teil II wurden Analyse Kriterien allgemein zur Erfassung von Lehr-, Lern- und Bildungsprozesse entwickelt. Damit wird das Verständnis dieser Prozesse in psychoedukativen Manualen und in einer erziehungswissenschaftlichen Theorie vergleichbar gemacht. Als erziehungswissenschaftliche Referenztheorie ist der pädagogische Konstruktivismus ausgewählt und dargestellt worden. Dieser soll den fachlichen Hintergrund zur Verfügung stellen, auf dem in Teil III die Analyseergebnisse zum Lehr-, Lern- und Bildungsprozess in der Psychoedukation erziehungswissenschaftlich fundiert und stichhaltig ausgewertet und diskutiert werden. Was der pädagogische Konstruktivismus für das Verständnis des Lehr-, Lern- und Bildungsprozesses Erwachsener leistet, lässt sich anhand der Analyse Kriterien tabellarisch wie folgt zusammenfassen:

**Tab. 3: Lern- und Bildungsprozesslogik sowie Vermittlungs- und Aneignungslogik im pädagogischen Konstruktivismus**

|  |  |
|--|--|
| 1 Menschliche Wahrnehmung und Erkenntnis:                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• geschieht durch Konstruktionen</li> <li>• Erkenntnis ist standortabhängig, nicht Abbild der Wirklichkeit</li> </ul>   |
| 2 Lern- und Bildungsprozesslogik (allgemein):                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lernen und Wissenserwerb ist ein autopoietischer, selbstreferenzieller und operational geschlossener Prozess, der der Anregungen von außen bedarf</li> </ul>  |
| 2.1 Veränderung wird grundsätzlich ermöglicht durch:             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• strukturelle Kopplung von Lehr- und Lernsystem</li> <li>• Neues schließt an Vorerfahrung und Vorwissen an</li> <li>• keine direkte Wissensvermittlung von außen möglich</li> </ul>  |
| 2.2 Rollen- und Kompetenzverteilung:                             | <p>Strukturelle Kopplung, Beobachtung zweiter Ordnung und Differenz Erfahrung</p>  |
| 2.3 Erklärungsmuster für differente Sicht- und Verhaltensweisen: | <ul style="list-style-type: none"> <li>• diskursiv, dialogisch und reziprok</li> <li>• Lehr- und Lernsystem können sich strukturell koppeln</li> <li>• Teilnehmerbeiträge und ihre Wirklichkeitskonstruktionen sind der Ausgangs- und Bezugspunkt</li> </ul>   |
| 3 Vermittlungslogik (allgemein):                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• erwartetes Verhalten ist aus subjektiver Sicht in den derzeitigen Lebensumständen nicht viabel</li> <li>• Lernangebot trifft nicht Lernbedürfnis</li> <li>• Lernangebot als Lernzumutung, überschreitet Driftzone</li> </ul>  |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lehr- und Lernangebot ist inhaltlich planbar, nicht aber Lern- u. Bildungsprozess</li> <li>• Ermöglichungsdidaktik: Lern- und Konstruktionsprozesse des Lernenden können durch Lehrenden angeregt, begünstigt, gefördert, begleitet und unterstützt, nicht aber planmäßig gesteuert werden</li> <li>• strukturelle Kopplung und Koevolution des Lehr- und Lernsystems durch Evaluation von Konstruktionen, Beobachtung zweiter Ordnung und Differenz Erfahrung</li> </ul> |

|  |   |
|--|---|
| <b>3.1 Lern- und Bildungsanlass</b><br>– <i>Identifikation von Fragestellungen und Lernaufgaben:</i> | Perturbation zeigt Unzweckmäßigkeit und Ineffektivität bisheriger Realitätskonstruktionen auf. Perturbation löst Fragestellungen und subjektive Lerninteressen aus.   |
| <b>3.2 Zentrale Lern- und Bildungsziele:</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluierung, Reflexion, Modifizierung und Weiterentwicklung von Konstruktionen</li><li>• mit Konstruktionen und Perspektivenwechsel variieren können</li><li>• besseres Selbst- und Fremdverstehen, Toleranz</li><li>• Handlungs- und Orientierungsfähigkeit erweitern</li></ul>  |
| <b>3.3 Legitimation des Lern- und Bildungsgeschehens:</b>  | Lerngeschehen muss subjektive Relevanz für die Perturbation haben, keine normative Legitimation   |
| <b>3.4 Lern- und Bildungserfolg – Bewertung des Lern- und Bildungsprozesses:</b>                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Koevolution und Perspektivenverschränkung wurde möglich</li><li>• subjektive Relevanz und Kompatibilität des Lernangebots, weniger objektive Kriterien</li></ul>  |
| <b>4 Aneignungslogik (allgemein):</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• erlebte Perturbation</li><li>• autopoietische, selbstreferenzielle und operational geschlossene Aneignungsleistung des Lernenden</li><li>• Interesse an Anregung von außen</li><li>• Aneignung, wenn Lernangebot relevant, neu, viabel und anschlussfähig ist</li><li>• Lernfähigkeit und -bereitschaft durch Driftzonen beschränkt</li></ul> |
| <b>4.1 Kriterium für gelungene Aneignung:</b>  | Viabilität von neuem Wissen, Wirklichkeitskonstruktionen, Sichtweisen und Informationen   |

## Teil III

### Analyse, Ergebnisse, Auswertung und Diskussion

Ein zentrales Anliegen dieser Arbeit ist, den in der Psychoedukation initiierten Lehr-, Lern- und Bildungsprozess erstmalig erziehungswissenschaftlich explizit zu erfassen, systematisch zu analysieren, auszuwerten und zu diskutieren (vgl. Kapitel 1). Dies soll in Teil III umgesetzt werden. Am Beispiel zweier ausgewählter Manuale (Kapitel 10) wird mithilfe der Analyse Kriterien das dem Selbstverständnis der Psychoedukation implizit zugrunde liegende Verständnis des Lehr-, Lern- und Bildungsprozesses analysiert (Kapitel 11, 12) und zusammengefasst (Kapitel 13). Daran schließt sich eine Auswertung und Diskussion der Ergebnisse auf der Grundlage der erziehungswissenschaftlichen Referenztheorie an (Kapitel 14).

## 10 Auswahl zweier Manuale

In Kapitel 4.4 habe ich eine Übersicht über die derzeitigen sechzehn deutschsprachigen Manuale der Psychoedukation bei Menschen mit schizophrener Erkrankung gegeben. Aus der Vielzahl möglicher Manuale wähle ich für die exemplarische Analyse des Verständnisses des Lehr-, Lern- und Bildungsprozesses in der Psychoedukation das Manual PEGASUS (in der Übersicht in Kapitel 4.4.3 Nr. 8) der Autoren WIENBERG, SCHÜNEMANN-WURMTHALER und SIBUM (<sup>5</sup>2003) sowie das Manual APES (in der Übersicht Nr. 9) der Autorengemeinschaft BÄUML, PITSCHEL-WALZ, BERGER, GUNIA, HEINZ und JUCKEL (2005). PEGASUS ist eine Abkürzung für »Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen«, APES für »Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie«.

Die Manualauswahl wurde nicht zufällig getroffen. Beide Manuale gehören zu den in der Praxis am häufigsten angewandten Programmen (vgl. BEHRENDT 2004, S. 107; RUMMEL-KLUGE et al. <sup>2</sup>2008, S. 44). Da ich mit meiner exemplarischen Analyse möglichst das gängige und typische Verständnis des Lehr-, Lern- und Bildungsprozesses in der Psychoedukation zu erfassen suche, habe ich zwei Manuale gewählt, die in der Praxis auch häufig Anwendung finden. Gleichzeitig möchte ich aber Wiederholungseffekte vermeiden, die sich bei einer zu großen Ähnlichkeit und Kongruenz der Manuale ergeben würden. Deshalb wurde bewusst eine Kontrastbildung bei der Auswahl angestrebt. Eine Kontrastierung ergibt sich in folgenden Punkten:

- *Der Anwendungsbereich im Versorgungssystem für Menschen mit schizophrener Erkrankung:* APES ist speziell für die stationäre Anwendung in der Akutversorgung einer psychiatrischen Klinik entwickelt worden. PEGASUS wurde dagegen für den ambulanten und komplementären Versorgungsbereich konzipiert.
- *Die Zeitdauer der Begleitung durch Psychoedukation:* PEGASUS ist als Baustein längerfristiger Betreuungsprozesse gedacht. APES ist auf eher kurzfristige Behandlungssettings ausgerichtet.
- *Die Situation der Evaluation:* APES hat eine umfangreiche wissenschaftliche Evaluierung verschiedenster objektiver Parameter erfahren. Über PEGASUS liegen subjektive Erfahrungsberichte von Nutzern und Anwendern vor.

Bei der Auswahl der Manuale war auszuschließen, dass sich unter den nicht ausgewählten möglicherweise psychoedukative Gruppenprogramme befinden, die den

durch sie initiierten Lehr-, Lern- und Bildungsprozess konzeptionell reflektieren und für die Durchführung ausdrücklich nutzbar machen. Dies wurde durch eine Sichtung aller Handbücher der verbleibenden vierzehn Manuale sichergestellt. Die Sichtung ergab, dass in keinem Programm diese explizite Reflexion stattfindet. Unterschiede der Manuale zeigen sich vor allem in der Schwerpunktsetzung klinischer Inhalte. Fragestellungen, die Lehre, Lernen und Bildung betreffen, waren implizit in Kapiteln zu finden, die sich mit methodischen oder organisatorischen Aspekten befassen. Die Ausführlichkeit in der Behandlung dieser Gesichtspunkte ist sehr unterschiedlich. Lediglich das Manual »Therapiemanual für Psychoedukation und Krankheitsbewältigung« (Nr. 13 in der Übersicht Kapitel 4.4.3) beinhaltet etwas umfassendere didaktische Überlegungen. Doch diese sind im Wesentlichen störungsspezifisch angelegt und stehen im Dienste der Therapie: mit ihrer Hilfe soll der Grad der Strukturierung der vermittelten Inhalte reguliert werden, um Angst, Aktionsniveau und Motivation eines schizophren erkrankten Menschen beeinflussen zu können. Vergleicht man alle sechzehn Manuale miteinander, werden bei PEGASUS und APES noch die umfangsreichsten allgemeinen pädagogisch-methodischen Überlegungen angestellt. Insofern sind beide Manuale zum einen als durchaus typisch und repräsentativ für die Psychoedukation mit schizophren erkrankten Menschen zu betrachten und zum anderen bieten sie auch zumindest gewisse pädagogische Aussagen, um das implizite Verständnis des Lehr-, Lern- und Bildungsprozesses herausarbeiten zu können.

Als Grundlage der Analyse von PEGASUS und APES dienen die jeweiligen Handbücher und zugehörigen, eigens dafür erstellten und explizit erwähnten Sachbücher. Dass ich mich bei meiner Analyse auf diese Literaturquellen beschränke, beruht auf der Begrifflichkeit »Manual«. Gemäß des Fremdwörterbuchs des Dudenverlags (<sup>9</sup>2006) versteht man unter dem Begriff »Manual« eine »ausführliche Bedienungsanleitung, Handbuch« (S. 631). »Handbuch« wiederum ist laut dem Bedeutungswörterbuch des Dudens (<sup>3</sup>2002) ein »Buch in handlichem Format, das das Wissen über ein Fachgebiet in komprimierter Form darbietet [...]« (S. 454). Das heißt, dass man bei einem Manual oder einem Handbuch über Psychoedukation davon ausgehen kann, darin in prägnanter und verdichteter Form das Wesentliche zu finden, was aus Sicht der jeweiligen Autoren für das Verständnis und die Durchführung der Psychoedukation notwendig ist. Bei weitergehendem Interesse kann zusätzlich ergänzende Literatur herangezogen werden. Dies muss aber nicht notwendigerweise geschehen, um die Psychoedukation sachgerecht durchführen zu können. Ein Manual stellt insofern eine notwendige, aber auch hinreichende Bedienungsanweisung für ein psychoedukatives Programm dar.

Das Manual bei PEGASUS ist derzeit in der 5. Auflage, das Grundlagenbuch in der 3. Auflage herausgegeben. APES ist das Nachfolgeprojekt von PIP (Psychose-Informations-Projekt) aus dem Jahre 1994. Der dazu gehörige Ratgeber

ist 2008 in der 2. Auflage erschienen. Das zeigt das Interesse der Autoren beider Manuale, die psychoedukativen Gruppenprogramme auch auf dem aktuellsten Wissenstand zu halten. Weder bei PEGASUS noch bei APES ist im Moment eine weitere Auflage geplant.\* Die Materialien von PEGASUS und APES spiegeln mithin den gegenwärtigen state of the art wider.

Die zwei Manuale werden nacheinander analysiert, wobei jeweils zunächst der Aufbau und die Inhalte des Manuals vorgestellt werden, um anschließend anhand der Analysekriterien (siehe Kapitel 6.3) das ihm zugrunde liegende Lehr-, Lern- und Bildungsprozessverständnis herauszuarbeiten. Die Kriterien werden bei den entsprechenden Kapitelanfängen noch einmal aufgezählt und in Erinnerung gerufen, um ein Nachschlagen zu ersparen.

---

\* Nach Einreichen der Dissertation wurde APES im Mai 2010 in einer neu bearbeiteten 2. Auflage herausgegeben. Die Kapitel sind in unterschiedlichem Umfang inhaltlich überarbeitet worden, ihre Reihenfolge wurde geändert und zwei neue Kapitel kamen hinzu. Vom Inhalt her bietet die 2. Auflage keine Grundlage, die in dieser Dissertation gemachten Ausführungen weder vom Prinzip noch in Einzelfragen substanziell zu ändern.

# 11 Analyse des psychoedukativen Manuals PEGASUS

Um eine fachlich fundierte Untersuchung des Manuals PEGASUS durchführen zu können, wird es zunächst überblicksartig vorgestellt (Kapitel 11.1). Die Frage, welche Verwendung der Lern- und Bildungsbegriff dort findet (Kapitel 11.2), leitet die systematische erziehungswissenschaftliche Analyse des Manuals ein: Welche Lern- und Bildungsprozesslogik (Kapitel 11.3) sowie Vermittlungs- (Kapitel 11.4) und Aneignungslogik (Kapitel 11.5) liegen dem Manual zugrunde?

## 11.1 Manual im Überblick

Ein Überblick über das Manual soll durch ausgewählte Basisinformationen über seinen formalen Aufbau (Kapitel 11.1.1), seine Rahmenbedingungen (Kapitel 11.1.2), seine Inhalte (Kapitel 11.1.3) und über vorliegende Evaluations- und Forschungsergebnisse gegeben werden (Kapitel 11.1.4).

### 11.1.1 Manualaufbau

Das Manual mit dem vollständigen Titel »Schizophrenie zum Thema machen – Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen/PEGASUS. Manual und Materialien« existiert mittlerweile in der 5. Auflage (WIENBERG et al. 2005). Die Erstauflage erschien 1995. Jede Auflage hat eine unterschiedlich umfangreiche inhaltliche Aktualisierung und Weiterentwicklung erfahren.

Das Manual ist in seinem Aufbau dreigeteilt. Zuerst wird eine Einführung zum Gebrauch des Manuals gegeben. Dann folgen die Anweisungen zur Durchführung aller 14 Stunden. Am Ende sind Kopiervorlagen von 18 Folien, sechs Info-Blätter, zwei Abbildungen, 14 Merkblätter und neun Arbeitsblätter zu finden, die im Laufe der Gruppenarbeit benötigt werden. Jede einzelne Stunde ist detailliert und in sich abgeschlossen anhand einer fünf Punkte (A bis E) umfassenden Gliede-

rung ausgearbeitet (vgl. ebd., S. 14–16). Für jede Stunde werden Ziele, Inhalte, Methoden und didaktische Hilfsmittel genau vorgegeben.

- Unter Punkt A wird die *Zielsetzung* der jeweiligen Stunde genannt.
- Punkt B listet den *thematischen Ablauf* auf. In chronologischer Reihenfolge werden die inhaltlichen Stationen der Stunde überblicksartig genannt. Jede Stunde beginnt mit einem *Einstieg* (Blitzlicht, Rückblick auf die letzte Stunde, Überblick der Themen der aktuellen Stunde) und endet mit dem *Abschluss* (Blitzlicht, Ausblick auf die nächste Stunde, Verteilen von Materialien), dazwischen können bis zu sieben zu behandelnde Themen aufgeführt sein.
- Punkt C beschreibt *Methoden der Durchführung/Inhaltliche Konkretisierung*. Hier wird dargestellt, welche Inhalte mit welchen Methoden und didaktischen Hilfsmitteln (Medien und Materialien) behandelt werden. Methoden sind das »Blitzlicht«, die »Vorstellungsrunde«, der »Moderator/-innen-Input«, das »Gruppengespräch« und das »Rollenspiel«. Ein Blitzlicht über das momentane Befinden der Teilnehmer gibt es am Anfang und Ende jeder Stunde. Das Blitzlicht der 1. Stunde ist eine Vorstellungsrunde. Moderator/-innen-Input und Gruppengespräch wechseln sich in allen Stunden immer wieder ab. Mit dem Input werden bestimmte Inhalte und Informationen präsentiert. Das sich daran anschließende Gruppengespräch dient der Reflexion und Verarbeitung der Informationen sowie dem Austausch subjektiver Erfahrungen der Teilnehmer untereinander. Ein Rollenspiel kommt lediglich in der 13. Stunde vor. Zu manchen Moderator-Inputs oder Methoden einer Stunde werden zusätzlich »Hinweise für Moderator/-innen« aufgeführt. Es handelt sich hier um ergänzende Bemerkungen aufgrund bisheriger Praxiserfahrungen mit dem PEGASUS-Konzept, um den Moderatoren die praktische Durchführung zu erleichtern oder sie auf mögliche Schwierigkeiten hinzuweisen.
- Punkt D gibt einen Überblick über alle *Medien*, die im Verlauf der jeweiligen Stunde benötigt werden. Es kann sich grundsätzlich um *Tafelbilder* bzw. Skizzen am Flipchart, *Folien* und *Arbeitsblätter* handeln. Tafelbilder halten Arbeitsergebnisse fest oder stellen Skizzen zu bestimmten Inhalten dar. Arbeitsblätter können in der laufenden Stunde bearbeitet werden oder sie fassen die erarbeiteten Ergebnisse einer Stunde zusammen.
- Punkt E führt die Materialien auf, die im Verlauf oder am Ende der Stunde den Teilnehmern ausgehändigt werden. Materialien sind *Merkblätter* (Zusammenfassung inhaltlicher Kernsätze der jeweiligen Stunde), *Info-Blätter* (vertiefende Informationen zu bestimmten Inhalten), *Abbildungen* (wiederholt verwendete Folien zum Drei-Phasen-Modell von Ciompi und zum Vulnerabilitätskonzept), *Arbeitsblätter* und ein *Ringordner* mit Register, der in der 1. Stunde verteilt wird, um alle Materialien abheften zu können.

Zum Manual gehört ein Begleitbuch, herausgegeben von WIENBERG (<sup>3</sup>2003 a), mit dem Titel »Schizophrenie zum Thema machen – Psychoedukative Gruppen-

arbeit mit schizophrenen und schizoauffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis«. Dieses Grundlagenbuch und das Manual gehören zusammen. Dies wird zum einen deutlich durch den bewusst gewählten gemeinsamen Obertitel beider Werke (vgl. ebd., S. 9): »Schizophrenie zum Thema machen – Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoauffektiv erkrankten Menschen«, zum anderen wird im Manual »ausdrücklich« (WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 10) auf das Grundlagenbuch verwiesen. Hier ist das Hintergrundwissen über Schizophrenie aufbereitet, »über das potenzielle Moderator/-innen der psychoedukativen Gruppenarbeit nach unserem Konzept verfügen sollten« (ebd.). Das Grundlagenbuch erschien erstmals 1995, zusammen mit dem Manual und den Materialien und liegt jetzt in der 3. Auflage vor.

Das Grundlagenbuch gliedert sich in einen theoretischen Teil (Grundlagen) und in einen Teil mit Erfahrungsberichten aus der Anwendungspraxis mit dem PEGASUS-Konzept (Praxis):

- Im Grundlagenteil werden auf dem Hintergrund eines historischen Abrisses die aktuellen Modellvorstellungen und Forschungsergebnisse zur Schizophrenie mit ihren sich daraus ergebenden therapeutischen Konsequenzen vorgestellt (WIENBERG <sup>3</sup>2003 b). Inhaltlich handelt es sich um das Vulnerabilitätskonzept und das Drei-Phasen-Modell von Ciompi. Es folgt ein Überblick über den derzeitigen Stand der Therapie bei schizophren erkrankten Menschen (WIENBERG & SIBUM <sup>3</sup>2003). Der Grundlagenteil wird abgeschlossen mit einem Beitrag über die Ziele, Inhalte und Methoden von PEGASUS (WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003).
- Im Praxisteil finden sich vier Erfahrungsberichte im Umgang mit PEGASUS: aus der Sicht eines Betroffenen (VOELZKE <sup>3</sup>2003), ein weiterer aus der Sicht dreier pädagogischer Moderatoren (ALBES, BUICK & PLEININGER-HOFFMANN <sup>3</sup>2003), einer aus der Sicht zweier ärztlicher Moderatoren (CHRISTIANSEN & SIBUM <sup>3</sup>2003) und einer aus der Sicht einer Tagesklinik (KASTNER-WIENBERG <sup>3</sup>2003). Der Praxisteil endet mit der Darstellung des Fortbildungskonzepts zur Ausbildung von PEGASUS-Moderatoren (WIENBERG, SIBUM & STARCK <sup>3</sup>2003).

### 11.1.2 Äußerer Rahmen

Die folgende Darstellung beruht auf Ausführungen im Manual (vgl. WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 10–16) und auf dem Beitrag von WIENBERG und SCHÜNEMANN-WURMTHALER (<sup>3</sup>2003) im Grundlagenbuch.

Wie im Ausdruck »PEGASUS« enthalten, ist die Zielgruppe dieses psychoedukativen Manuals Menschen mit Schizophrenie und schizoauffektiven Psycho-

sen. Primär wird dabei an Betroffene mit zwei oder mehr akuten psychotischen Episoden gedacht, da Ersterkrankte ihre Erkrankung oft als einen einmaligen Schicksalsschlag verstehen und es durchaus auch nur bei einer Episode bleiben kann. Die Teilnahme von (motivierten) Ersterkrankten ist aber dennoch nicht ausgeschlossen. Neben diesen Diagnosen gelten als weitere Voraussetzungen einer Teilnahme, nicht akut erkrankt zu sein, ein Mindestmaß an subjektiver Bereitschaft, sich mit der Erkrankung auseinandersetzen zu wollen, eine gewisse Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit sowie Interesse an den Inhalten und Bereitschaft zur Teilnahme. Ausdrücklich erwähnt wird, dass es für die Teilnahme keiner besonderen intellektuellen Voraussetzungen bedarf, ebenso keiner vollständigen Krankheitseinsicht oder Distanzierung vom psychotischen Geschehen. Als Kontraindikationen werden akute Erkrankung, sehr instabile Zustände von Betroffenen und ausschließliche Fremdmotivation genannt.

PEGASUS ist für eine Durchführung in der Gruppe konzipiert. Als optimale Gruppengröße werden im Manual sechs bis acht Teilnehmer genannt (vgl. WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 13), im Grundlagenbuch fünf bis sieben (vgl. WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 218). Die Obergrenze ermöglicht, dass jeder Teilnehmer sich grundsätzlich persönlich einbringen kann, die Untergrenze stellt die Rückzugsmöglichkeit innerhalb der Gruppe sicher. PEGASUS kann nur in einer geschlossenen Gruppe durchgeführt werden, da zum einen jede Stunde inhaltlich auf der vorangegangenen aufbaut und zum anderen sich nur so eine Vertrauensbasis in der Gruppe entwickeln kann, die für eine Auseinandersetzung mit dem Krankheitsgeschehen notwendig ist. Verpasste Gruppenstunden sind sinnvollerweise – möglichst mit Hilfe eines Moderators – vor der nächsten Stunde nachzuholen, um die Inhalte der folgenden Stunde verstehen zu können.

Das Manual umfasst 14 Stunden zu je 60 Minuten Dauer, zusätzlich möglicher Pause. Es wird empfohlen, aufgrund der eingeschränkten Aufnahmekapazität und gesteigerten Störbarkeit der Informationsverarbeitung bei den Betroffenen die Zeitdauer nicht zu überziehen, um einer Überforderung vorzubeugen. Die Treffen sollten möglichst wöchentlich stattfinden. Eine höhere Gruppenfrequenz führt im ambulanten Kontext leicht zu einer Terminbelastung, eine niedrigere läuft Gefahr, die inhaltliche Verbindung zwischen den Stunden abreißen zu lassen. Zur besseren Orientierung empfiehlt sich die Durchführung am selben Wochentag zur selben Uhrzeit am gleichen Ort. Der Raum sollte angenehm und reizarm sein und eine Sitzordnung mit Tischen bieten, um räumliche Distanzierungsmöglichkeit zu schaffen und eine Arbeitsatmosphäre zu signalisieren, zudem ist in einigen Stunden auch Material schriftlich zu bearbeiten. Um gezielt Routine, Überschaubarkeit und Berechenbarkeit zu gewährleisten, ist jede Stunde von der Struktur her gleich aufgebaut, wie bereits in Kapitel 11.1.1 aufgezeigt.

Das Hauptanwendungsgebiet des Manuals sehen die Autoren im ambulanten (Praxen, Sozialpsychiatrische Dienste, Fachambulanzen, Polikliniken), komple-

mentären (Heime, betreutes Wohnen, Kontaktstellen, Tagesstätten) und – unter bestimmten Voraussetzungen – auch im teilstationären Bereich (Tagesklinik). Es eignet sich nicht für den vollstationären Bereich einer psychiatrischen Klinik. Begründet wird dies mit seiner relativ langen Programmdauer von 14 Stunden, mit einer gewissen Belastbarkeit der Teilnehmer als Teilnahmevoraussetzung und mit der ausschließlichen Durchführung in einer geschlossenen Gruppe – allesamt Bedingungen, die während eines Klinkaufenthalts nicht so leicht umgesetzt werden können. Außerdem versteht sich PEGASUS als ein Basisbaustein innerhalb eines längerfristig anzulegenden individuellen Behandlungs- und Betreuungsprozesses und nicht als ein kurzes, befristetes Therapieangebot einer Institution.

Die Gruppenleitung bei PEGASUS wird »Moderator« genannt. Die Stunden sollen grundsätzlich von zwei Moderatoren durchgeführt werden, die eine feste Rollenverteilung untereinander haben: der eine kümmert sich um die Vermittlung der Inhalte, der andere beobachtet den Gruppenverlauf, um bei Bedarf steuernd einzugreifen (z. B. Teilnehmer kommt nicht zu Wort, Anzeichen von Überforderung werden deutlich usw.). Als Qualifikationsvoraussetzungen werden eine mehrjährige Praxiserfahrung in der Arbeit mit schizophren erkrankten Menschen und eine psychotherapeutische Basiskompetenz gefordert. Außerdem ist ein fundierter Überblick über den Forschungsstand und aktuelle Modellvorstellungen zur Schizophrenie und grundlegende Kenntnisse über Neuroleptika notwendig, um ein kompetenter, verlässlicher und authentischer Gesprächspartner zu sein. Ferner braucht es aus Sicht der Autoren »ein gewisses pädagogischdidaktisches Geschick« (WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER<sup>3</sup>2003, S. 222) und Interesse an Psychoedukation. Berufliche Qualifikationen werden nicht genannt. Lediglich bei dem drei Stunden umfassenden Teil über Medikamente sollte einer der Moderatoren ein Arzt sein. Wünschenswert ist, dass ein ärztlicher Moderator bei allen 14 Stunden als Ko-Moderator teilnimmt. Für die Beteiligung eines Arztes spricht aus Sicht der Autoren, dass ihm von Betroffenen die größere Kompetenz zugesprochen wird und darüber hinaus die Mitverantwortung dieser Berufsgruppe bei der Aufklärung und Information verdeutlicht wird.

Es ist erwünscht, dass nicht beide Moderatoren aus dem alltäglichen Betreuungskontext der Betroffenen kommen, damit die Besprechung der Themen in den Stunden nicht gleich auch unmittelbare Konsequenzen für den Betreuungsalltag hat. Die Teilnahme zumindest eines neutralen Moderators schafft Distanz zum Alltag und bietet eher die Möglichkeit, über Themen offen zu sprechen, ohne Konsequenzen befürchten zu müssen.

Aus diesen grundsätzlichen Überlegungen heraus empfehlen die Autoren eine einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit bei der Durchführung von PEGASUS. Zudem wird so die zeitaufwendige Vorbereitung und Durchführung auf mehrere Kollegen verteilt. Bei Einrichtungen, deren Klientel sich überschneidet,

trägt die Moderation von Mitarbeitern unterschiedlicher Institutionen zur personellen und konzeptuellen Kontinuität der Betreuung bei. Schließlich kann eine einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit helfen, in einer Versorgungsregion ein gemeinsames Grundverständnis über Schizophrenie und über therapeutische Prinzipien zu entwickeln und damit dem Betroffenen bei einem möglichen Wechsel der Einrichtung und seines Bezugstherapeuten eine inhaltliche Konstanz der Konzepte zu gewährleisten.

### 11.1.3 Inhaltliche Gestaltung

PEGASUS behandelt bei 14 Treffen vierzehn Themenschwerpunkte, die »strikt aufeinander aufbauen [...]« (WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 220). Es sind dies:

1. *Stunde: Kennenlernen, Einführung.* Neben einer gegenseitigen Vorstellung werden die Erwartungen geklärt, die Ziele der Gruppenarbeit genannt und ein Überblick über die Inhalte gegeben.

Nach der ersten Stunde folgt Teil I des Manuals mit dem inhaltlichen Schwerpunkt »Krankheitskonzept«, der die Stunden 2 mit 7 umfasst. Hier geht es im Wesentlichen um das Vulnerabilitätskonzept und das Drei-Phasen-Modell von Ciompi (siehe Kapitel 2.3.) sowie der Zuordnung subjektiver Erfahrungen zu diesen Modellen.

2. *Stunde: Verletzlichkeits-Stress-Modell, biologische Bedingungsfaktoren der Verletzlichkeit für Schizophrenie.* In dieser Stunde wird der Schizophrenie-Begriff vorgestellt sowie typische Krankheitssymptome. Die Vorstellungen der Teilnehmer über ihre Erkrankung werden Thema, ebenso der Begriff der Verletzlichkeit, wissenschaftliche Erkenntnisse über biologische Bedingungsfaktoren der Verletzlichkeit für Schizophrenie sowie das Drei-Phasen-Modell.

3. *Stunde: Psychosoziale Bedingungsfaktoren der Verletzlichkeit für Schizophrenie.* Neben den psychosozialen Faktoren wird das Zusammenwirken biologischer und psychosozialer Einflüsse verdeutlicht.

4. *Stunde: Die Entwicklung akuter Psychosen.* Das Vulnerabilitätskonzept und das Modell der Schizophrenie als Störanfälligkeit der Informationsverarbeitung werden vorgestellt. Die subjektiv erlebten Aspekte der Verletzlichkeit kommen zur Sprache und der Grenzbereich zwischen Frühwarnzeichen und beginnender psychotischer Krise wird thematisiert.

5. *Stunde: Das Erleben der akuten Psychose.* In dieser Stunde geht es um die Dynamik der psychotischen Entgleisung und die Entwicklung psychotischer Symptome. Geschilderte subjektive Psychoseerlebnisse werden den Vorstellungen im Vulnerabilitätskonzept zugeordnet.

6. *Stunde: Stress, Belastung, Überforderung.* Mögliche, aktuelle und absehbare Belastungsfaktoren werden besprochen. Die eigene Belastungsfähigkeit wird eingeschätzt. Die Notwendigkeit und die eigenen Möglichkeiten zur Bewältigung von Überforderung werden aufgezeigt.

7. *Stunde: Verlauf und Ausgang schizophrener Psychosen.* Es geht um Faktoren, die den Krankheitsverlauf positiv oder negativ beeinflussen. Dabei kommen Erkenntnisse über den langfristigen Verlauf von Schizophrenie und die Suizidproblematik zur Sprache.

Nach der 7. Stunde folgt Teil II mit dem inhaltlichen Schwerpunkt »Behandlung mit Medikamenten«, der die Stunden 8 mit 10 umfasst. Schwerpunktmäßig geht es um ein Basiswissen über die Funktion von Neuroleptika und ihren erwünschten und unerwünschten Wirkungen.

8. *Stunde: Neuroleptika und ihre Wirkungen.* Die Rolle von Psychopharmaka vor dem Hintergrund des Vulnerabilitätskonzeptes wird verdeutlicht. Die Hauptklassen der Psychopharmaka und die Einteilung der Neuroleptika kommen zur Sprache sowie ihre erwünschten Wirkungen. Erfahrungen über erlebte Wirkungen der Medikamente werden ausgetauscht.

9. *Stunde: Nebenwirkungen und Umgang damit, Risiko von Spätschäden.* Es wird über Nebenwirkungen der Neuroleptika und das Risiko von Spätschäden informiert. Ein Erfahrungsaustausch über unerwünschte Wirkungen wird ermöglicht und ein Umgang damit besprochen.

10. *Stunde: Patienten-Mitverantwortung, Zusammenarbeit mit dem Arzt.* Thema sind die Folgen des Absetzens und der unregelmäßigen Einnahme der Neuroleptika. Die Notwendigkeit einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt wird aufgezeigt. Weiter werden die Wechselwirkungen der Medikamente mit Drogen, Alkohol, Koffein, Teein und Nikotin besprochen, sowie die Bedeutung der Medikamente für Verkehrstüchtigkeit und Kinderwunsch.

Nach der 10. Stunde folgt Teil III mit dem inhaltlichen Schwerpunkt »Rückfallvorbeugung und Krisenbewältigung«, der die Stunden 11 mit 14 umfasst. Im Wesentlichen geht es darum, auf einer konkreten Handlungsebene die eigene Belastungsgrenze wahrzunehmen, individuelle Einflussmöglichkeiten auf die Erkrankung auszuloten und einen individuellen Krisenplan zu erarbeiten.

11. *Stunde: Individuelle Handlungsmöglichkeiten, Bedeutung von Frühwarnzeichen.* Durch Sensibilisierung für die individuelle Belastbarkeit und für Frühwarnzeichen werden Einflussmöglichkeiten auf den Krankheitsprozess herausgearbeitet.

12. *Stunde: Individuelle Frühwarnzeichen und Bewältigungsstrategien.* Es folgt eine Auswertung der Erfahrungen im Umgang mit Frühwarnzeichen und persönlichen Bewältigungsstrategien und deren Differenzierung nach geeignetem und ungeeignetem Umgang.

13. *Stunde: Stufenplan zur Krisenbewältigung.* Ein Stufenplan zur Krisenbewältigung wird erarbeitet. Dazu gehört auch, wie Schutzmaßnahmen und Entlastung organisierbar sind und wie Kontakt zu einer Vertrauensperson aus dem privaten oder professionellen Umfeld aufgenommen werden kann.

14. *Stunde: Erstellen eines individuellen Krisenplans.* Jeder Teilnehmer erstellt einen individuellen Krisenplan. Danach wird die Gruppenarbeit der 14 Stunden ausgewertet und abgeschlossen.

#### 11.1.4 Evaluations- und Forschungsergebnisse

Evaluationsergebnisse, die die Wirkung von PEGASUS auf objektive Outcome-Variablen erfassen -wie z. B. Rezidivrate, psychopathologischer Zustand, soziale Einbindung – liegen nicht vor. Jedoch wurden standardisierte Teilnehmer- und Moderatorenbefragungen durchgeführt, um subjektive Meinungen, Einstellungen und Erfahrungen der Betroffenen (n = 34) und der durchführenden Moderatoren (n = 23) zu erhalten (vgl. WIENBERG 1997). Dem Autor ist bewusst, dass solche Befragungen »natürlich keinen hinreichenden Beleg für Effektivität und Effizienz dieses Therapieansatzes erbringen« (ebd., S. 26). Dennoch bedeutet das für ihn nicht Mangel an Wissenschaftlichkeit oder methodischer Exaktheit, denn gerade Meinungsbefragungen entsprechen dem Grundsatz des zu vermittelnden Vulnerabilitätskonzepts, »die subjektive Sichtweise der Betroffenen ernst zu nehmen und in die Gestaltung von Therapieangeboten einzubeziehen« (ebd.). Es folgt ein Überblick der Evaluationsergebnisse anhand wesentlicher Themenbereiche.

1. *Äußerer Rahmen und Methodik:* Gut 80 % der Teilnehmer bezeichnete die Länge der Sitzung von 60 Minuten als »gerade richtig«, die Mehrzahl der anderen reagierte mit »zu kurz«. Über 87 % beurteilten die didaktischen Hilfsmittel (Tafelskizzen, Folien, Arbeitsblätter, ausgeteilte Materialien) als »wichtig« oder »sehr wichtig«. Fast alle hielten es für unerlässlich, dass ein Arzt bei der Durchführung beteiligt ist. Knapp die Hälfte wollte Psychoedukation mit dem Therapeuten durchführen, durch den sie sonst auch betreut werden. Die andere Hälfte bevorzugte eine Kombination aus bekanntem und fremdem Therapeut. »Patienten bevorzugen offensichtlich sowohl Kontinuität in der Therapie als auch einen zweiten, unvoreingenommenen und ›neutralen‹ therapeutischen Blick.« (ebd., S. 30)
2. *Inhalte:* 97 % der Teilnehmer hielten den Informationsteil für »wichtig« oder »sehr wichtig«, 88 % die Gruppengespräche und den Erfahrungsaustausch untereinander. Knapp drei Viertel beurteilten die vermittelte Informationsmenge als »gerade richtig«, knapp ein Viertel hätte gern noch mehr Informationen erhalten. Nach Einschätzung der Teilnehmer hatten 65 % die vermittelten

Informationen zu 90–70 % verstanden, gut 30 % zu 70–50 % und etwas mehr als 4 % zu über 90 %. Die Einschätzung der Therapeuten war optimistischer: 47 % der Betroffenen hätten ihrer Meinung die Informationen zu 90–70 % verstanden, aber gut 35 % zu über 90 % und nur knapp 15 % zu 70–50 %. Von den in den 14 Sitzungen behandelten Themen, wurden sechs von mehr als zwei Dritteln der Teilnehmer als »sehr wichtig« bewertet: Frühwarnsignale, Nebenwirkungen und Schäden von Neuroleptika, das Erleben der Verletzlichkeit, Belastungsfaktoren und Stress, Selbsthilfe- und Bewältigungsmöglichkeiten und Erstellung eines Krisenplans. Die Einschätzung der Wichtigkeit der Themen für den Betroffenen durch die Therapeuten lag bis auf das Thema der Belastungsfaktoren jeweils unterhalb der Wichtigkeit im Vergleich zur Selbsteinschätzung durch den Betroffenen. Die Einschätzung der Bedeutsamkeit von Inhalten differiert also deutlich zwischen Therapeuten und Betroffenen.

3. *Vulnerabilitätskonzept*: Knapp 48 % der Teilnehmer konnten das Vulnerabilitätskonzept »vollständig« auf sich beziehen, ebenso viele waren der Auffassung, dass es »überwiegend« auf sie zutrifft. Hier war die Einschätzung der Therapeuten ungünstiger: nur knapp 18 % glaubten, dass die Betroffenen das Konzept »vollständig« auf sich beziehen. Sie gingen zu knapp 65 % von einem »überwiegenden« Zutreffen aus. Der Autor interpretierte das Ergebnis so, dass »die subjektive Vereinbarkeit der Krankheitskonzepte von Patienten mit dem VSB-Modell [Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell] der Schizophrenie als ein wichtiger Hinweis auf die »ökologische Validität« des Modells anzusehen ist« (ebd., S.34, Zusatz vom Verfasser) und dass psychoedukative Verfahren, die sich auf das Vulnerabilitätskonzept stützen, »den subjektiven Konzepten und Erfahrungen von Patienten offensichtlich keine Gewalt antun [...]« (ebd.).
4. *Erwünschte Wirkungen*: Wird die Gruppenarbeit danach bewertet, ob sie geeignet bzw. sehr geeignet ist, die angestrebten Ziele (vgl. Kapitel 11.4.3) zu erreichen, wurden von den Teilnehmern bei allen Zielen mindestens 78 % oder mehr Zustimmung geäußert. Lediglich bei der Förderung eines positiveren Selbstbildes hielten gut 30 % PEGASUS für »weniger geeignet« oder »ungeeignet«. »Die explizite Auseinandersetzung mit der Erkrankung und die Zuschreibung einer besonderen, im Prinzip lebenslang fortbestehenden Verletzlichkeit und verminderten Belastbarkeit sind für einen Teil der Betroffenen offenbar nicht geeignet, um ein positiveres Selbstkonzept aufrechtzuerhalten bzw. zu fördern.« (ebd., S. 34) Die Raten der Therapeuten lagen bei allen Zielen optimistischer als bei den Teilnehmern selbst. Lediglich in der Einschätzung der positiven Beeinflussung des Krankheitsverlaufs waren die Therapeuten skeptischer: knapp 83 % hielten dafür PEGASUS für (sehr) geeignet, die Betroffenen hatten hier die höchste Zustimmungsrates aller Ziele (knapp 91 %).

5. *Unerwünschte Wirkungen:* Anhand vorgegebener Kategorien wurden »Überschätzung der eigenen Fähigkeiten im Umgang mit der Erkrankung« von gut 31 % der Teilnehmer als die unerwünschte Wirkung mit der höchsten Wahrscheinlichkeit betrachtet. Die zweithöchste Wahrscheinlichkeit wurde in der Kategorie »Verstärkung einer ablehnenden Haltung gegenüber Neuroleptika« (gut 22 %) gesehen. Dieses Ergebnis wertete der Autor als Folge der Aufklärung über Nebenwirkungen. »Zu dieser umfassenden und wahrheitsgemäßen Aufklärung gibt es jedoch keine Alternative. Die Patienten sollen und müssen in die Lage versetzt werden, auf der Basis einer Abwägung von Chancen und Risiken der Therapie eine persönliche Entscheidung zu treffen. Dies ist sowohl ethisch als auch rechtlich geboten und kann nicht von vornherein die Möglichkeit ausschließen, dass diese Entscheidung negativ ausfällt.« (ebd., S. 39) Gut 30 % der Therapeuten befürchteten am ehesten eine »Überforderung durch zu viele Informationen« als unerwünschte Wirkung und 26 % sahen die Gefahr einer »Überschätzung der eigenen Fähigkeiten im Umgang mit der Erkrankung«.
6. *Konkrete Auswirkungen:* Gut 87 % der Teilnehmer berichteten, dass sie durch PEGASUS ihre Frühwarnsignale besser kennen, dass sie wissen, wie sie psychotischen Krisen vorbeugen, dass sie Stressauslöser besser einschätzen (gut 78 %) und ihre Verletzlichkeit besser wahrnehmen können (75 %). 58 % meinten, dass die Teilnahme keine oder kaum eine Auswirkung auf ihr Verhalten bezüglich Medikamenteneinnahme, auf die Wahrnehmung und den Umgang von Nebenwirkungen (50 %) und den gezielten Einsatz zusätzlicher Neuroleptika gehabt hatte (knapp 45 %). Der Autor erklärte die relativ geringen Raten mit einem »Decken-Effekt«, da die Stichprobe von vornherein hohe Compliance-Raten hatte. Die Therapeuten berichteten von Auswirkungen in ihrem Umgang und in ihrem Gesprächsverhalten mit den Patienten (mehr Sicherheit, Klarheit, Verständnis, Geduld, Flexibilität) und von mehr Zutrauen und Akzeptanz bezüglich der individuellen Bewältigungsstrategien der Patienten.
7. *Zusammenfassende Bewertung:* Gut 57 % der Teilnehmer gaben PEGASUS die Gesamtnote »gut«, 30 % gaben »sehr gut« und die restlichen Teilnehmer bewerteten mit »befriedigend«.

WIENBERG (<sup>3</sup>2003 a) hat darüber hinaus in seinem Grundlagenbuch vier Erfahrungsberichte aus unterschiedlicher Perspektive über den Einsatz des Manuals veröffentlicht (siehe Kapitel 11.1.1), auf die ich hier aber nicht weiter eingehe. Im Verlauf der Analyse aber beziehe ich mich punktuell auf sie und werde sie dann darstellen.

## 11.2 Verwendung des Lern- und Bildungsbegriffs

PEGASUS hat den Anspruch, Lern- und Bildungsprozesse auslösen zu wollen. Wie in Kapitel 3.1 ausgeführt, wird unter »Lernen« die »relativ überdauernde Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen aufgrund von Erfahrungen« (KÖCK & OTT <sup>7</sup>2002, S. 435) verstanden. Mit der Gruppenarbeit PEGASUS soll das Verhalten und die Einstellung der Betroffenen gezielt verändert werden (siehe Kapitel 11.4.3: Lern- und Bildungsziele), was irgendwie geartete Lehr- und Lernaktivitäten voraussetzt. Das meiner Arbeit zugrunde liegende Bildungsverständnis von DÖRPINGHAUS et al. (<sup>3</sup>2009) meint mit Bildung »die differenzierte, gedanklich und sprachlich vermittelte Auseinandersetzung von Menschen mit sich, mit anderen und mit der Welt« (ebd., S. 10). Auch PEGASUS will eine Auseinandersetzung des Betroffenen anstoßen über sein Selbst-, Fremd- und Weltverhältnis und deren Veränderung durch die Erkrankung (vgl. Kapitel 11.4.3).

Deshalb ist im Grunde davon auszugehen, dass die Begriffe »Lernen« und »Bildung« im Manualtext und im Grundlagenbuch eine Rolle spielen. In diesem Kapitel wird gezeigt, ob und in welcher Weise dieses pädagogische Vokabular verwendet wird. Das Ergebnis kann als Indikator gewertet werden für den Grad an Bewusstheit darüber, dass PEGASUS Lehr-, Lern- und Bildungsprozesse initiiert.

Nach meinen Recherchen kommt der Begriff »Bildung« im gesamten Manualtext nicht vor. Der Begriff »Lernen« wird zweimal verwendet (vgl. WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 8, S. 50), jedoch nicht im Zusammenhang mit dem Betroffenen und der Psychoedukation. Im Grundlagenbuch kommt der Begriff »Lernen« viermal vor, davon lediglich einmal bezogen auf den Lernvorgang des Betroffenen in der Psychoedukation: Das hohe Maß an Strukturiertheit im Manual wird damit begründet, dass auf diese Weise sich »an lernpsychologischen und pädagogischen Prinzipien [orientiert wird], um die von den Teilnehmern zu verarbeitenden Informationen soweit wie möglich zu vereinfachen und die Verarbeitung zu erleichtern« (WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 219, Zusatz vom Verfasser). Einmal wird der Begriff »Bildung« im Grundlagenbuch verwendet – in der Übersetzung eines englischsprachigen Zitats aus einem Erfahrungsbericht eines Betroffenen (vgl. WIENBERG & SIBUM <sup>3</sup>2003, S. 195). Obwohl PEGASUS von seinen Zielen her den Anspruch hat, Lern- und Bildungsprozesse auslösen zu wollen, spielen die Begriffe »Lernen« und »Bildung« in den entsprechenden Quellentexten keine weitergehende Rolle. Das zeigt, dass weder die Bewusstheit noch die Sichtweise existiert, das Manual löse beim Betroffenen einen Lern- und

Bildungsprozess aus. Eine explizite Erwähnung oder gar Auseinandersetzung damit, wie weit PEGASUS ein Lern- und Bildungsgeschehen initiiert und wie dies nutzbringend für die Anliegen der Psychoedukation eingesetzt werden kann, geschieht nicht. Das Verständnis des Lehr-, Lern- und Bildungsprozesses bleibt implizit.

Im Folgenden versuche ich dieses implizite Verständnis durch eine Analyse der Quellentexte anhand der dort nachweisbaren Lernprozess-, Vermittlung- und Aneignungslogik zu erfassen herauszuarbeiten und darzustellen.

## 11.3 Lern- und Bildungsprozesslogik

Die »Lern- und Bildungsprozesslogik« beschreibt, welche Auffassungen bei PEGASUS darüber vorherrschen, wie der beabsichtigte Lern- und Bildungsprozess von Statten geht. Sie soll im Folgenden anhand der in Kapitel 6.3 erarbeiteten Analysekriterien herausgearbeitet werden:

1. Welche allgemeine Lern- und Bildungsprozesslogik liegt PEGASUS zugrunde?
2. Welche Vorstellung existiert darüber, wie Veränderung durch Lernen und Bildung grundsätzlich ermöglicht wird?
3. Wie sind die Rollen und Kompetenzen zwischen Lehrendem und Lernendem verteilt?
4. Welche Erklärungen werden für differente Sicht- und Verhaltensweisen von Lehrendem und Lernendem gegeben?

### 11.3.1 Allgemeine Lern- und Bildungsprozesslogik

Es lassen sich sechs verschiedene Vorstellungen darüber aufzeigen, wie ein Lern- oder Bildungsprozess abläuft.

#### Informationsvermittlung und -verarbeitung

Laut Manual sollen gegenüber den Teilnehmern in der 1. Stunde die Ziele der Gruppenarbeit unter anderem mit dem »Recht auf Aufklärung und Information« (WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 22) begründet werden. Eine wesentliche Vorstellung vom Lern- und Bildungsprozess, die implizit viele Textpassagen durchzieht, ist die der Informationsvermittlung und -verarbeitung. Zunächst zeige ich die Seite der

**Informationsvermittlung:** Bei der Vorstellung von PEGASUS im Grundlagenbuch durch WIENBERG und SCHÜNEMANN-WURMTHALER (<sup>3</sup>2003) werden Teil I und II (1. bis 10. Stunde) des Manuals so charakterisiert, dass es dort »primär um die Verarbeitung von Informationen und die Erarbeitung eines neuen Verständnisses der Erkrankung sowie der Einordnung der Medikamenten-Therapie« (S. 218) geht. Das Manual stellt »die wichtigsten von den Moderator/-innen zu vermittelnden Informationen und Inhalte jeweils in komprimierter Form« (WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 11) dar. Dieser Input »repräsentiert diejenigen Kenntnisse, die nach Auffassung unserer Arbeitsgruppe mindestens an die Gruppenteilnehmer/-innen weitergegeben werden sollten« (ebd.).

Der Aspekt der *Informationsverarbeitung* wird daran deutlich, dass der Ablauf aller 14 Stunden wesentlich »durch ein fortlaufendes Wechselspiel zwischen *Moderator/-innen-Input* und *Gruppengespräch*« (ebd., S. 15) gekennzeichnet ist. In den Gruppengesprächen geht es um die Korrektur bestehender Vorstellungen im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung oder um die Nachvollziehbarkeit des Lerninhalts.

- Zum Beispiel werden in der 2. Stunde (Thema: Verletzlichkeits-Stress-Modell, biologische Bedingungsfaktoren der Verletzlichkeit für Schizophrenie) die Moderatoren im Manual darauf hingewiesen, dass die Information über die Bedingungsfaktoren von den geäußerten Vorstellungen der Teilnehmer ausgehen, damit »rein subjektive, einseitige oder unzutreffende Vorstellungen über die Entstehung schizophrener Psychosen identifiziert und gegebenenfalls korrigiert werden« (ebd., S. 34) können. Ein anderes Beispiel bietet die 7. Stunde, in der eine »Modifikation unzutreffender Vorstellungen über Verlauf, Ausgang und Prognose« (ebd., S. 76) von Schizophrenie angestrebt wird.
- In der 3. Stunde (Thema: Psychosoziale Bedingungsfaktoren der Verletzlichkeit für Schizophrenie) sollen die Moderatoren die Teilnehmer fragen, ob »die Vorstellung vom Zusammenwirken biologischer und psychosozialer Einflüsse plausibel/nachvollziehbar« (ebd., S. 45) ist. Ähnliche Beispiele für die Vergeisserung, ob der besprochene Lerninhalt nachvollziehbar ist, lassen sich in der 4. Stunde (vgl. ebd., S. 52), in der 6. Stunde (vgl. ebd., S. 73) und in der 11. Stunde (vgl. ebd., S. 116) aufzeigen.

Gemäß dem Grundlagenbuch sprechen WIENBERG und SCHÜNEMANN-WURMTHALER (<sup>3</sup>2003) von einer fortlaufenden und engen »Verzahnung von Informations- und Gesprächsteilen« (S. 219). In der Teilnehmerbefragung von WIENBERG (1997, vgl. Kapitel 11.1.4) haben die Betroffenen bestätigt, dass sie auch beides für (sehr) wichtig halten. Den Gesprächsteilen kommt für den Lern- und Bildungsprozess eine große Bedeutung zu. Laut Manual sollen »durch den Austausch in der Gruppe Kenntnisse, Einstellungen und Erfahrungen der Teilnehmer/-innen in den Gruppenprozess« (WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 15) eingebracht werden. Der Sinn des Erfahrungsaustauschs für den Lern- und Bildungsprozess wird an anderer

Stelle deutlich gemacht. So sehen WIENBERG und SCHÜNEMANN-WURMTHALER (<sup>3</sup>2003) den Erfahrungsaustausch im Dienste, das »eigene Potenzial im Umgang« (S. 215) mit der Erkrankung besser nutzbar zu machen.

## Vergleichsprozesse

Der Erfahrungsaustausch dient auch zu Vergleichszwecken. Im Grundlagenbuch berichtet KASTNER-WIENBERG (<sup>3</sup>2003) in einem Erfahrungsbericht aus der Tagesklinik von »sozialen Vergleichsprozessen« (S. 251), die sie bei den Teilnehmern beobachtet hat, wenn z. B. die medikamentöse Behandlung untereinander verglichen wird und Erklärungen »für unterschiedliche Verschreibungen« (ebd.) gewünscht werden. Eine weitere Lern- und Bildungsprozesslogik ist demnach die Auffassung, Lernen und Bildung erfolgt durch Vergleichen. Im Manual wird vor allem der Vergleichsprozess zwischen dem angebotenen Lerninhalt und dem subjektiven Erleben angeregt. Das Manual gibt den Moderatoren bereits in der 1. Stunde den Hinweis – wenn die Ziele des Programms erläutert werden –, dass die Kenntnisse und Erfahrungen der Teilnehmer »durch die Sichtweise psychiatrischer Fachleute ergänzt, aber nicht ersetzt werden« (WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 22) sollen. Die Ergänzung regt zum Vergleich an.

In einem ganz anderen Zusammenhang zeigt WIENBERG (<sup>3</sup>2003 b) noch einmal die Vorstellung, dass Lernen als Vergleichsprozess geschieht. In seinem Theorieteil erinnert er daran, dass grundsätzlich jedes Modell (z. B. das Vulnerabilitätskonzept) nicht mit der Wirklichkeit gleichzusetzen sei, »allenfalls besteht die Möglichkeit, dass es mit ihr zusammenstößt, weil es nicht »passt«. Solche Kollisionen sind Lernchancen und sollten entsprechend genutzt werden« (S. 121). So gesehen werden den Teilnehmer wiederholt Kollisionen zugemutet, wenn sie aufgefordert werden, das theoretische Stundenthema mit persönlichen Erfahrungen zu vergleichen bzw. in Beziehung zu setzen:

- In der 3. Stunde (Thema: Psychosoziale Bedingungsfaktoren) werden sie beispielsweise gefragt, welche psychosozialen Einflüsse sie während ihrer Entwicklung »in Zusammenhang mit ihrer besonderen Verletzlichkeit« (WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 43) bringen.
- In der 11. Stunde (Thema: Frühwarnzeichen) sollen die Moderatoren fragen, ob »die Teilnehmer das Verletzlichkeits-Stress-Modell mit ihrem Selbsterleben/Selbstkonzept vereinbaren« (ebd., S.116) können und ob es Erlebnisse und Erfahrungen aus den letzten Wochen gibt, »die einzelne Komponenten des Modells beispielhaft verdeutlichen« (ebd.)?
- Zielsetzung für die 13. Stunde (Thema: Stufenplan zur Krisenbewältigung) ist laut Manual die »Übertragung generell geeigneter Bewältigungsmaßnahmen auf die persönliche Situation« (ebd., S. 128).

## Langfristiger Auseinandersetzungsprozess

Eine weitere Vorstellung über den Lern- und Bildungsprozess zeigt sich darin, dass PEGASUS sich als ein »therapeutischer Basisbaustein im Rahmen eines gegebenenfalls langfristig anzulegenden, persönlichen Behandlungs- bzw. Betreuungsprozesses« (ebd., S. 13) begreift. Lernen, mit der Krankheit umzugehen, wird als langfristiger Auseinandersetzungsprozess verstanden, der einer Begleitung bedarf. WIENBERG und SCHÜNEMANN-WURMTHALER (<sup>3</sup>2003) raten dringend davon ab, Psychoedukation »nach dem Muster eines Volkshochschul-Kurses« (S. 224) kurzfristig zu konzeptualisieren. Die Gruppenteilnahme rührt an alten und neuen Problemen und reißt neue Bewältigungs- oder Lösungsmöglichkeiten an. »Diese Ansätze müssen weitergedacht und vor allem in der konkreten Lebenssituation umgesetzt werden.« (ebd.) Der Auseinandersetzungsprozess führt oft noch über eine reine Transfer-Frage hinaus, denn »viele Betroffene ringen darum, aus der Psychoseerfahrung ›Sinn‹ zu machen und sie in ihre persönliche Lebensgeschichte zu integrieren« (ebd., S. 213). WIENBERG und SIBUM (<sup>3</sup>2003) sehen die psychiatrisch Tätigen deshalb aufgefordert, »sich dem Bedarf nach Unterstützung bei der Verarbeitung der Psychoseerfahrung qualifiziert zu stellen« (S. 163 f.). Sie haben einen längerfristig angelegten Lern- und Bildungsprozess zu begleiten. Es handelt sich hier um einen Auseinandersetzungsprozess mit der Erkrankung über eine längere Dauer, der mehrere Lebensbereiche tangiert. Diese Auffassung kommt dem Verständnis von Bildung im Sinne DÖRPINGHAUS' et al. (<sup>3</sup>2009) sehr nahe.

WIENBERG und SIBUM (<sup>3</sup>2003) weisen jedoch darauf hin, dass nicht alle Betroffenen eine Integration des Krankheitserlebens in ihre Biografie anstreben (vgl. Kapitel 2.4.1). »Für viele ist offenbar ein isolierender, abspaltender und verdrängender Umgang die einzig mögliche Art der Psychosebewältigung. Angesichts der brüchigen Identität des von Desintegration bedrohten Ichs des schizophrenen Menschen, ist auch der isolierende Verarbeitungsstil selbstverständlich zu respektieren und, wo nötig, zu stützen.« (S. 163) Wie weit und bis zu welcher Grenze sich die Betroffenen auseinandersetzen wollen, »muss wiederum ihre Entscheidung sein« (ebd.).

## Einüben von Verhaltensweisen

In den Ausführungen des Manuals zur 13. Stunde (Thema: Stufenplan zur Krisenbewältigung) lässt sich noch eine andere Lernprozesslogik aufzeigen: Lernen als vorbereitendes Einüben von Verhaltensweisen für den Ernstfall. In dieser Stunde ist zweimal ein kurzes Rollenspiel geplant. Der Hinweis an die Moderatoren lautet: »[...] exemplarisch einüben, wie eine Vertrauensperson in einer

Krise angesprochen werden kann, wie Erwartungen formuliert werden können etc.« (WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 132).

### Teilschritte und Wiederholung

Im Manual werden noch zwei »formale« Aspekte eines Lernprozesses deutlich: Lernen geschieht in Schritten und durch Wiederholung. Thematisch geht das Manual schrittweise vor. Eine Stunde baut auf der vorhergehenden auf. Jeder Stundenanfang ist so gestaltet, dass im Rückblick auf die letzte Stunde die Moderatoren fragen, ob es noch offene Fragen gibt. Die 6., 8., 12. und 13. Stunde beginnt zudem mit einem inhaltlichen Rückgriff auf die letzte Stunde (vgl. ebd., S. 69, 89, 123, 129 f.). In der 2., 4. und 6. Stunde (vgl. ebd., S. 34, 54, 72) wird auf kommende Stunden hingewiesen. Beispielweise wird in der 2. Stunde bei den biologischen Bedingungsfaktoren der Vulnerabilität erwähnt, dass die psychosozialen Faktoren in der kommenden Stunde behandelt werden (vgl. ebd., S. 34). Die Lernprozesslogik dabei ist, dass Lernen durch aufeinanderfolgende und inhaltlich aufeinander aufbauende Teillernschritte geschieht.

Lernen geschieht zudem durch Wiederholen: Neben den inhaltlichen Rückgriffen in einzelnen Stunden wird am Anfang der 11. Stunde (Thema: Individuelle Handlungsmöglichkeiten, Bedeutung von Frühwarnzeichen) die Lerninhalte der Stunden 1 bis 7 (Verletzlichkeits-Stress-Modell mit seinen Handlungsimplicationen) zusammenfassend wiederholt (vgl. ebd., S. 115).

### Offener Prozess

Das Verständnis von Lernen und Bildung als in die Zukunft hin offener Prozess zeigt sich in der 14. Stunde (Thema: Erstellen eines Krisenplans), wenn die Moderatoren laut Manual darauf hinzuweisen haben, dass ein persönlicher Krisenplan »wie eine Momentaufnahme« (ebd., S. 140) ist, der in Abständen »überprüft und weiterentwickelt« (ebd.) werden sollte. Auf dem Arbeitsblatt zum Krisenplan, das in der Stunde ausgefüllt wird, steht auch der vorgedruckte Hinweis, dass der Plan spätestens nach zwei Jahren zu überprüfen ist.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich im Manual sechs verschiedene allgemeine Lern- bzw. Bildungsprozesslogiken nachweisen lassen:

- Der Lern- und Bildungsprozess als Informationsvermittlung und -verarbeitung
- Lernen und Bildung als sozialer Vergleichsprozess und als Vergleichsprozess zwischen Lerninhalten und subjektiver Erfahrung
- Lernen und Bildung als langfristiger Auseinandersetzungsprozess

- Lernen als Einüben von Verhaltensweisen
- Lernen in Teilschritten und durch Wiederholung und
- Lernen und Bildung als ein in die Zukunft hin offener Prozess

### 11.3.2 Was ermöglicht die Veränderung durch Lernen und Bildung?

Die Frage, wodurch Veränderungen sowohl des Verhaltens und der Einstellung als auch im Selbstbild, im Verhältnis zu anderen und der Welt in der Psychoedukation ermöglicht werden, ist weder im Grundlagenbuch noch im Manual behandelt worden. Dies war im Grunde auch nicht anders zu erwarten, denn eine an klinischen Inhalten ausgerichtete Gruppenarbeit, wie die Psychoedukation, geht in der Regel dieser Frage nicht nach, obwohl es eigentlich für ihre praktische Arbeit von Bedeutung wäre. Insofern kann die Frage nur indirekt beantwortet werden, indem die vorgenannten Verständnisweisen des Lern- und Bildungsprozesses (siehe Kapitel 11.3.1) unabhängig vom Grundlagenbuch und dem Manual auf ihr Veränderungspotenzial untersucht werden. Eine Ausnahme bildet das Lernverständnis als Informationsvermittlung, da hier auf das Manual Bezug genommen werden kann.

Die Sichtweise, Lernen und Bildung als Informationsvermittlung und -verarbeitung aufzufassen, geht davon aus, dass sich durch den Erhalt von neuem Wissen und neuen Informationen sowie einem entsprechenden aufklärenden-argumentativen Vorgehen kognitive Strukturen um- und aufbauen (vgl. auch GUDJONS<sup>10</sup>2008, S. 222–226). Dies wiederum führt zu einer Veränderung bisheriger Sichtweisen, Einstellungen und Verhaltensweisen. Liest man die für jede Stunde im Manual genannten Zielsetzungen durch, wird diese Auffassung deutlich: Es geht in sechs Stunden um *Erkennen* (z. B. der eigenen Handlungsmöglichkeiten bei Überforderung), in fünf Stunden um *Verständnis* (z. B. des Vulnerabilitätskonzepts), in fünf Stunden um *Kenntnis* (z. B. möglicher biologischer Bedingungsfaktoren), in zwei Stunden um *Einordnung* (z. B. des Schizophrenie-Begriffs), und in je einer Stunde um *Identifikation* (persönlicher Belastungsfaktoren), um *Einblick* (in Ergebnisse der Langzeitstudien zum Verlauf der Schizophrenie) und um *Klärung* (wichtiger Fragen der Neuroleptikabehandlung). Die Begriffe *Erkennen*, *Verständnis*, *Kenntnis*, *Einordnung*, *Identifikation*, *Einblick* und *Klärung* zeigen, dass mit dem Manual beabsichtigt ist, durch Informationsvermittlung kognitive Strukturen um- und aufzubauen.

Wenn Lernen und Bildung als Vergleichsprozess gesehen wird, geschieht die Veränderung in einer inneren Gegenüberstellung des Eigenen und Vertrauten mit dem Fremden und Neuen. In dieser »Kollision« ruht die Lernchance (vgl.

WIENBERG <sup>3</sup>2003 b, S. 121). Ist das Neue in irgendeiner Weise interessant, wird es zum bisherigen Wissensstand dazu genommen, ansonsten ignoriert oder abgewiesen.

Die mögliche Veränderung durch Lernen und Bildung bei einem Verständnis als langfristig angelegten Auseinandersetzungsprozess geschieht durch Auswertung der gemachten Erfahrungen. Lernen als Einüben von Verhaltensweisen will eine Veränderung erreichen, indem vorher trainierte Abläufe Sicherheit für eine Umsetzung im Alltag vermitteln. Wenn Lernen in Teilschritten geschieht, lassen sich größere – zunächst unerreichbare – Ziele in kleinere, erreichbare Zwischenziele aufteilen. Der Lern- und Bildungsprozess ist in die Zukunft hin offen, denn jeweils neues Wissen und neue Erfahrung können zu neuem Lernen herausfordern.

### 11.3.3 Rollen- und Kompetenzverteilung

Die Rollen- und Kompetenzverteilung zwischen Moderator und Teilnehmer wird nicht als ein Verhältnis von Experte und Laie, Wissendem und Unwissendem oder Erzieher und zu Erziehendem gesehen. Betroffene und Moderatoren gelten als gleichberechtigte Gesprächspartner. Die Moderatoren nennt WIENBERG (<sup>3</sup>2003 b) auch »professionelle Teilnehmer« (S. 19). WIENBERG und SCHÜNEMANN-WURMTHALER (<sup>3</sup>2003) schreiben im Grundlagenbuch: »Der wichtigste methodische Grundsatz des PEGASUS-Konzepts ist, die Teilnehmer mit ihren Kenntnissen, Erfahrungen und Bedürfnissen als gleichberechtigte Gesprächspartner einzubeziehen und sie als ›Experten‹ für ihre Situation bzw. Erkrankung ernst zu nehmen.« (S. 219) Damit ist der Betroffene nicht ein zu Behandelnder, sondern ein Verhandlungspartner. Die Autoren fassen dies in der schlagwortartigen Forderung des »Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen« zusammen: Verhandeln statt behandeln (vgl. ebd., S. 214). Das PEGASUS-Konzept sieht sich selbst als einen Beitrag »auf dem Weg zu einer ›Verhandlungs-Partnerschaft‹ [...]« (ebd.).

Begründet wird diese Haltung im Rückgriff auf das Vulnerabilitätskonzept und das Drei-Phasen-Modell von Ciompi. Diese Konzepte machen eine »neue Rollenverteilung zwischen Betroffenen, Professionellen und Angehörigen erforderlich [...], und damit ein Umdenken bei allen Beteiligten« (ebd., S. 213). Der Betroffene ist »weder gänzlich hilfloses Objekt eines eigengesetzlichen Krankheitsprozesses noch ist er passives Objekt von professionellen Behandlungsmaßnahmen« (ebd.). Jedes therapeutische Handeln hat folglich »vom Subjekt des Erkrankten auszugehen, seinen Kenntnissen, Erfahrungen und Bedürfnissen und Erwartungen. Er ist als Experte für seine Erkrankung wahr- und ernst zu nehmen, denn auch im

Blick auf psychotische Erkrankungen macht die alte hippokratische Weisheit Sinn, dass der Patient selbst der beste Arzt ist« (ebd.).

Danach werden dem Betroffenen sowohl Bedürfnisse und Erwartungen, die sich nicht notwendigerweise mit denen der Therapeuten decken müssen (siehe Kapitel 11.3.4), als auch Kenntnisse und Erfahrungen mit der Erkrankung unterstellt, die er in die Gruppenarbeit einbringen kann und soll. Im Manual werden die Moderatoren für die 1. Stunde bei der Erwartungsabklärung angehalten, möglichst die Erwartung zu formulieren, »dass die Teilnehmer ihre eigene Sichtweise und Erfahrung in die Gruppenarbeit einbringen« (WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 21) und »durchaus bereits über Kenntnisse verfügen und insofern ›Experten‹ ihrer Erkrankung sind« (ebd., S. 22). In allen nachfolgenden Stunden wird – zum Teil mehrmals in einer Stunde – im Rahmen der Gruppengespräche bewusst nach eigener Meinung und Erfahrung der Teilnehmer zu den vermittelten Lerninhalten gefragt.

In diesem Rollenverständnis kommt dem Therapeuten nicht mehr »die Rolle des omnipotenten Experten zu, der über sichere Erkenntnisse und unhinterfragbare Therapiekonzepte verfügt« (WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 213). Seine Rolle wird in der eines »qualifizierten Ratgebers« (ebd.) gesehen. Natürlich hat auch ein Therapeut Fachwissen, das er in die Gruppenarbeit einbringt, aber er sollte sich »der Vorläufigkeit und Begrenztheit seines Denkens und Handelns bewusst« (ebd., S. 214) sein. Die Moderatoren sollten Respekt und Anerkennung vor den Bemühungen der Betroffenen haben und »Bescheidenheit und Demut aufbringen, angesichts der Grenzen der eigenen Verstehens- und Hilfsmöglichkeiten« (ebd.). Der Begriff »Demut« im Rahmen eines psychoedukativen Manuals überrascht, aber er beschreibt die Grundhaltung bei PEGASUS. Im Grundlagenbuch schildern zwei Ärzte in ihrem Erfahrungsbericht als Moderatoren (CHRISTIANSEN & SIBUM <sup>3</sup>2003), dass ihnen bewusst wurde, »dass wir uns als professionelle ExpertInnen verstehen, die durchaus ein gewisses ›Know-how‹ einzubringen haben, die aber andererseits nur zusammen mit dem Betroffenen, die selbst ExpertInnen für ihre Erkrankung sind, zu einer sinnvollen und individuellen Therapieplanung gelangen können« (S. 243).

Der Lern- und Bildungsprozess wird als reziprok betrachtet. Nicht nur der Moderator gibt sein Fachwissen an den Teilnehmer weiter, sondern auch der Moderator kann von den Erfahrungen und Kenntnissen der Betroffenen profitieren (vgl. WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 12). WIENBERG und SIBUM (<sup>3</sup>2003) vertreten im Grundlagenbuch die Meinung, Aufklärung über Psychose sollte »nie als Einbahnstraße konzipiert sein, sondern als möglichst lebendiger und partnerschaftlicher Austausch von Kenntnissen, Standpunkten und Interessen« (S. 202). Laut Manual sollen in der 1. Stunde die Moderatoren auch die Erwartung formulieren, »aus dieser Art von Zusammenarbeit mit Betroffenen selbst etwas zu lernen und persönlich zu profitieren« (ebd., S. 21).

In der Evaluationserhebung von WIENBERG (1997, vgl. Kapitel 11.1.4) berichten die Moderatoren von Auswirkungen der Psychoedukation auf ihren Umgang (mehr Zutrauen und Akzeptanz bezüglich individueller Bewältigungsstrategien der Betroffenen) und ihr Gesprächsverhalten mit den Patienten (mehr Sicherheit, Klarheit, Verständnis, Geduld, Flexibilität). Auch CHRISTIANSEN und SIBUM (<sup>3</sup>2003) schildern, dass sich durch ihre Tätigkeit als ärztliche Moderatoren das Bild von den Betroffenen änderte. Sie erlebten die Patienten »in zunehmenden Maße weniger als passiverduldende, sondern aktiv handelnde Menschen, die eigene Strategien zur Bewältigung von Belastungen und Krisen entwickeln können« (S. 243). Ihre Beziehung zu den Patienten wurde partnerschaftlicher als früher und sie konnten sich »besser in die Betroffenenperspektive hineinversetzen« (ebd.).

Bezogen auf die Rollen- und Kompetenzverteilung lässt sich zusammenfassend sagen, dass bei PEGASUS Moderator und Betroffener als gleichberechtigte Gesprächspartner gesehen werden. Der Betroffene ist Experte für seine Situation und Erkrankung mit Kenntnissen, Erfahrungen, Erwartungen und Bedürfnissen. Der Moderator ist ein qualifizierter Ratgeber mit Fachwissen. In der Psychoedukation kommt es zu einem partnerschaftlichen Austausch von Kenntnissen, Erfahrungen, Erwartungen und Standpunkten. Der Lernvorgang wird als reziprok betrachtet.

### 11.3.4 Erklärungsmuster differenter Sicht- und Verhaltensweisen

Aus Sicht der Autoren des Manuals hängt dessen »Akzeptanz und hilfreiche Wirkung« (WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 12) davon ab, »ob es den professionellen Moderator/-innen gelingt, den Teilnehmer/-innen mit einer Grundhaltung zu begegnen, die getragen ist von Respekt, Interesse, Anerkennung und Ermutigung« (ebd.). Dazu gehört auch, »die Autonomie der Betroffenen zu respektieren [...]« (ebd., S. 13). Diese Grundhaltung durchzieht das gesamte Manual und prägt – wie oben dargestellt – das Rollenverständnis zwischen Moderator und Teilnehmer. Folglich liegt es nah, dass aus Sicht der Autoren auch mit differenten Sicht- und Verhaltensweisen der Betroffenen zu rechnen ist. WIENBERG und SIBUM (<sup>3</sup>2003) gehen im Grundlagenbuch davon aus, dass Betroffene aus einem Orientierungsbedürfnis heraus »ein eigenes Konzept der Störung/Erkrankung entwickeln, das mehr oder weniger deutlich abweicht von den Konzepten Professioneller« (S. 215). Dies gilt es dann zu respektieren. Ihr Erklärungsmuster ist damit recht einfach: Wenn Betroffene eine Sichtweise vertreten oder ein Verhalten zeigen, das nicht den Erwartungen der Therapeuten entspricht, tun sie dies, weil sie autonom sind. Aus Sicht der Autoren haben die Betroffenen auch ein Recht dazu, differente Sicht- und Verhaltensweisen zu zeigen. Dieses Erklärungsmuster sei an

einem Beispiel aus dem Grundlagenbuch und zwei Beispielen aus dem Manual aufgezeigt.

WIENBERG und SIBUM (ebd.) weisen z. B. darauf hin, dass in der Literatur bei Betroffenen sowohl ein integrierender als auch »isolierender, abspaltender und verdrängender Umgang« (ebd., S. 163) mit der Krankheit bekannt ist (vgl. Kapitel 2.4.1). Letzterer ist »selbstverständlich zu respektieren und, wo nötig, zu stützen« (ebd.). Das Ausmaß der Auseinandersetzung liegt in der Entscheidung des Betroffenen und muss sich nicht notwendigerweise mit der Erwartung der Therapeuten decken (vgl. ebd.).

In der Einführung zum Manual werden die Moderatoren angehalten, »nicht um jeden Preis überzeugen zu wollen – z. B. von der Notwendigkeit der Neuroleptika-Prophylaxe [...]« (WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 12 f.). Die Autoren fordern zum Respekt vor der »Autonomie der Betroffenen« (ebd., S. 13) auf und zum Vertrauen in die Fähigkeit, »verantwortliche Entscheidungen zu treffen« (ebd.). In der 2. Stunde (Thema: Verletzlichkeits-Stress-Modell) gibt es beim Moderatoren-Input über den Begriff »Schizophrenie« den Hinweis: »Teilnehmern, die diesen Begriff für sich (noch) nicht akzeptieren können, muss jedoch die Möglichkeit gelassen werden, die Störung/Erkrankung für sich anders zu benennen.« (ebd., S. 30) Abweichendes Handeln und abweichende Begriffe werden zugelassen.

WIENBERG und SCHÜNEMANN-WURMTHALER (<sup>3</sup>2003) erwähnen im Grundlagenbuch noch eine weitere Erklärung für differente Sicht- und Verhaltensweisen, die sich speziell auf mangelnde Medikamenten-Compliance bezieht. »Viele Betroffene vermitteln aus ihrer Sicht den Eindruck, in der Klinik unter dem Druck der Umstände zur Medikamenteneinnahme quasi gezwungen worden zu sein und die Wirkungen anfangs immer als aversiv empfunden zu haben. Auch im Nachhinein seien sie selten über die Wirkungen und Risiken der Medikamente aufgeklärt worden.« (ebd., S. 216 f.) Ob diese subjektive Sichtweise von den Therapeuten geteilt wird, »ist insofern sekundär, als sie die Einstellungen und die Verhaltensweisen der Betroffenen offensichtlich stark prägen« (ebd., S. 217). Das Fazit der Autoren ist: »Unter diesen Voraussetzungen kann die weitverbreitete Non-Compliance weder verwundern noch ausschließlich den Betroffenen zugerechnet werden.« (ebd.)

Differente Sicht- und Verhaltensweisen der Betroffenen werden durch ihre Autonomie erklärt. Mangelnde Medikamenten-Compliance wird zudem mit der Qualität der Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Betroffenen begründet.

## 11.4 Vermittlungslogik

Die »Vermittlungslogik« beschreibt, welche Vorstellungen bei PEGASUS darüber existieren, was der Lehrende zu tun hat, damit Lernen und Bildung möglich werden. Die Vermittlungslogik nimmt den Lehrenden und seine Perspektive in den Fokus und soll im Folgenden anhand der in Kapitel 6.3 erarbeiteten Analysekriterien untersucht werden:

1. Von welcher allgemeinen Vermittlungslogik wird bei PEGASUS ausgegangen?
2. Worin wird der Lern- und Bildungsanlass gesehen, wie und von wem werden die zu behandelnden Fragestellungen und Lernaufgaben identifiziert und begründet?
3. Welches sind die zentralen Lern- und Bildungsziele?
4. Wie wird das Lern- bzw. Bildungsgeschehen legitimiert?
5. Wie bemisst sich Lern- und Bildungserfolg und wonach werden Lern-bzw. Bildungsprozesse bewertet?

Anzahlmäßig sind die Textpassagen im Grundlagenbuch und im Manual, die das Verständnis der Vermittlungslogik direkt ausdrücken oder aus denen es herausgelesen werden kann, häufiger als die Quellenangaben, die Hinweise auf die Lern- und Bildungsprozesslogik oder die Aneignungslogik geben. Im Grundlagenbuch ist im Beitrag von WIENBERG und SCHÜNEMANN-WURMTHALER (<sup>3</sup>2003) ein eigenes zwei Seiten umfassendes Unterkapitel zum Thema »Methodik/Didaktik« (S. 219) enthalten. Die Vermittlungslogik ist die einzige der drei untersuchten Logiken, für die auch einige explizite Aussagen zu finden sind. Das lässt sich dadurch erklären, dass es das Herzstück jeder Psychoedukation ist, bestimmte Inhalte vermitteln zu wollen. Dies zeigt sich bereits in der Definition der Arbeitsgruppe Psychoedukation (<sup>2</sup>2008): »Unter dem Begriff der Psychoedukation werden [...] systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.« (S. 3)

### 11.4.1 Allgemeine Vermittlungslogik

PEGASUS will Schizophrenie zum Thema machen. Laut Klappentext des Manuals sind die psychiatrisch Tätigen aufgefordert, »ihre Krankheits- und Behandlungskonzepte offen zu legen« (WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005). Zudem »haben

auch schizophrene Erkrankte Anspruch darauf, die sie bewegenden Fragen stellen zu können und qualifizierte Antworten darauf zu bekommen« (ebd.). Der Klappentext des Grundlagenbuches nimmt dabei Bezug auf einen Grundsatz, »der sich in der aktuellen Psychiatrie immer mehr durchsetzt, nämlich *mit* den Betroffenen zu sprechen und nicht nur *über* sie« (WIENBERG <sup>3</sup>2003 a). Diese Zweiseitigkeit – Offenlegung professioneller Konzepte und Berücksichtigung subjektiver Erfahrungen und Fragen – durchzieht die gesamte Vermittlungslogik bei PEGASUS und betont das Rollenverständnis von Moderator und Betroffenen (vgl. Kapitel 11.3.3): sie sind gleichberechtigte Gesprächspartner.

### Zweiseitigkeit: Fachwissen ergänzt Erfahrungswissen

Um die Vermittlungslogik genau zu erfassen, erfolgt ein Blick in die Details. Ein Ziel der Gruppenarbeit ist, das, »was heute als einigermaßen gesichertes Wissen über Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis gelten kann« (ebd., S. 22), zusammen zu erarbeiten. Im Grundlagenbuch wird von »Vermittlung von Basiswissen« (WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 218) gesprochen. Auffällig häufig wird in den Quellentexten der Begriff »erarbeiten« verwendet (vgl. ebd., z.B. S. 215, mehrmals S. 218, WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 22, S. 23). Beispielsweise sollen laut Manual die Moderatoren während der 1. Stunde bei der Einheit über die Ziele der Gruppenarbeit unter anderem auf das Flipchart schreiben: »Wissen erarbeiten!« (ebd., S. 22). Bei der Vorstellung der Inhalte wird gegenüber den Teilnehmern von »Erarbeiten von Wissen über [...]« und »Erarbeiten von individuellen Handlungsmöglichkeiten [...]« (ebd., S. 23) gesprochen.

Das Verb »erarbeiten« kann als Symbol für die oben genannte Zweiseitigkeit aufgefasst und als ein Grundzug der Vermittlungslogik betrachtet werden. »Vermitteln« kann leicht die Konnotation von Einseitigkeit haben, im Sinne »einer bringt dem anderen etwas bei«. »Erarbeiten« oder sogar »zusammen erarbeiten« (vgl. ebd. S. 22) trägt die Konnotation »Bemühen aller Beteiligten« in sich. PEGASUS geht in der Vermittlungslogik nicht davon aus, dass es entscheidend ist, einen Sachverhalt, z.B. das Vulnerabilitätskonzept, vermittelt zu haben, sondern dass Moderator und Betroffener durch die Vermittlung »im Verlauf der Gruppenarbeit gemeinsam ein Krankheits- und Therapieverständnis erarbeiten, das mit den aktuellen Modellvorstellungen über schizophrene Psychosen vereinbar ist« (WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 215). Durch das Nahebringen von Lerninhalten kristallisiert sich also ein eigenes Verständnis heraus. Vermittlung erschöpft sich nicht in der Übertragung von Wissen vom Moderator auf den Betroffenen.

Stattdessen wird ausdrücklich auch auf die Seite der Betroffenen Bezug genommen. »Ausgangs- und Anknüpfungspunkt der Gruppenarbeit sind [...] die

subjektiven Konzepte der Betroffenen.« (WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 215) Der Betroffene hat sowohl subjektive Konzepte über seine Krankheit als auch ein Erfahrungswissen im Umgang mit ihr. Die *Konzepte* dienen der Erklärung von Entstehung und Auslösung psychotischer Episoden und geben handlungsleitende Orientierung (vgl. ebd., S. 213). Sie haben sich »nicht selten in Abhängigkeit von zufälligen Informationen, aus oft obskuren Quellen oder aufgrund eher idiosynkratischer Vorstellungen« (ebd., S. 215) entwickelt. Das entscheidende Kriterium dabei ist nicht, ob die Konzepte in sich vollständig oder wissenschaftlich exakt sind, sondern dass sie »Einstellungen und Verhaltensweisen nachdrücklich und damit auch den Umgang mit der eigenen Verletzlichkeit« (ebd.) beeinflussen. Das *Erfahrungswissen* bezieht sich auf Erfahrungswerte über »das Leben mit der Erkrankung« (ebd.), über das, was den Betroffenen in Krisen gut tut und über das, was sie selbst tun können, um mit der Krankheit möglichst konstruktiv umzugehen (vgl. ebd.). Laut Hinweis an die Moderatoren in der 1. Stunde im Manual sollen diese Kenntnisse und Erfahrungen der Betroffenen während der Gruppenarbeit »durch die Sichtweise psychiatrischer Fachleute ergänzt, aber nicht ersetzt werden« (WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 22).

Dieses Prinzip der »Ergänzung« lässt sich auf der konkreten Durchführungsebene im Manual (ebd.) an zwei Beispielen verdeutlichen. In der 2. Stunde (Thema: Verletzlichkeits-Stress-Modell, biologische Bedingungsfaktoren der Verletzlichkeit für Schizophrenie) wird beim Moderatoren-Input über biologische Bedingungsfaktoren der Hinweis an die Gruppenleitung gegeben, dass die Art und der Umfang der Informationen »vom gegebenen Wissenstand und den geäußerten Vorstellungen der Teilnehmer ausgehen und darauf bezogen sein« (ebd., S. 34) soll. Damit wird eine Priorität festgelegt: »Der individuelle Bezug und das Anknüpfen an vorhandene Krankheitskonzepte sind wichtiger als die Vermittlung ›objektiven‹ Wissens.« (ebd.)

Ähnlich ist der Hinweis an die Moderatoren in der 11. Stunde (Thema: Individuelle Handlungsmöglichkeiten, Bedeutung von Frühwarnzeichen). In den Gruppengesprächen über Frühwarnzeichen und Belastungsgrenzen »kommt es weniger auf charakteristische, verallgemeinerbare Ergebnisse an als auf das Sammeln individueller Frühwarnzeichen vor dem Erfahrungshintergrund der Teilnehmer« (ebd., S. 118).

Die zugrunde liegende Vermittlungslogik kann so zusammengefasst werden: Fachwissen ergänzt subjektives Erfahrungswissen, ersetzt es aber nicht. Die Moderatoren stellen Fachwissen zur Verfügung und setzen es mit den Kenntnissen und Erfahrungen der Betroffenen in Beziehung, wahrscheinlich in der Hoffnung auf eine Kollision als Lernchance (vgl. WIENBERG <sup>3</sup>2003, S. 121), sodass beides sich im Betroffenen miteinander verbindet. Im Grundlagenbuch kommt KASTNER-WIENBERG (<sup>3</sup>2003) in ihrem Erfahrungsbericht aus einer Tagesklinik zu der Einschätzung, dass für die meisten Betroffenen das Drei-Phasen-Modell

»kompatibel« (S. 250) war mit subjektiven Vorstellungen über die Entwicklung einer Psychose. Ähnliche Ergebnisse ergab die Teilnehmerbefragung (vgl. Kapitel 11.1.4) von WIENBERG (1997).

## Verhandlungspartnerschaft

WIENBERG und SIBUM (<sup>3</sup>2003) grenzen sich im Grundlagenbuch von einer Vermittlungslogik ab, die Psychoedukation als »weitere Spielart von Trainingsprogrammen [sieht], die Individualität und Subjektivität der Betroffenen nicht respektieren und damit an die Stelle eines notwendigerweise unvoreingenommenen und echten Interesses für die subjektive Sicht des Patienten Trainings für das ›richtige‹ Krankheitskonzept zur Stärkung der ›Compliance‹ treten [...].« (S. 202, Zusatz vom Verfasser). PEGASUS basiert vielmehr auf dem Grundsatz: Verhandeln statt behandeln (vgl. WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 214). Die Autoren sehen PEGASUS als einen Beitrag zu einer »Verhandlungs-Partnerschaft« (ebd.), die »die Unterschiedlichkeit der Perspektiven, Interessen und Erfahrungen von Betroffenen und Professionellen nicht verleugnet, sondern sie fruchtbar zu machen versucht« (ebd.).

Die der Verhandlungspartnerschaft zugrunde liegende Vermittlungslogik ist dem Prinzip, Fachwissen ergänzt Erfahrungswissen, sehr ähnlich: (Neue) Lerninhalte werden in Verbindung mit dazu passenden subjektiven Erfahrungen und Kenntnissen gebracht. Diese Vermittlungslogik lässt sich auf einer formalen Ebene und einer inhaltlichen Ebene im Manual nachzeichnen.

Alle Stunden im Manual haben als *formale Grundstruktur* einen fortlaufenden Wechsel von Informationsinput und anschließendem Gruppengespräch, wie bereits bei der allgemeinen Lern- und Bildungsprozesslogik aufgezeigt (vgl. Kapitel 11.3.1). »Das heißt es gibt keinen Moderatoren-Input, auf den nicht ein Gruppengespräch folgt, in das die Teilnehmer ihre Fragen, Sichtweisen und Erfahrungen einbringen können.« (WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 220). Das Manual stellt bei seinem Hinweis an die Moderatoren in der 5. Stunde (Thema: Das Erleben der akuten Psychose) aber klar, dass es eine Grenze gibt: Es besteht gerade bei diesem Thema keinen Zwang zur Selbstmitteilung. Die Moderatoren sollen deutlich machen, »dass vorbehaltlos akzeptiert wird, wenn Einzelne nicht Stellung nehmen möchten« (WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 63).

Auf der *inhaltlichen Ebene* fragen die Moderatoren häufig nach der Darstellung eines Lern- und Bildungsinhalts die Teilnehmer in einem Gruppengespräch, ob

- sie mit den besprochenen Themen subjektive Erfahrungen gemacht haben,
- sie die Inhalte subjektiv schlüssig erleben,
- sie erlebte Beispiele zu den Themen nennen können oder
- die Inhalte für sie einen Neuigkeitswert haben.

Die Frage nach *subjektiven Erfahrungen* stellt sich beispielsweise wie folgt dar: In der 3. Stunde (Thema: Psychosoziale Bedingungsfaktoren der Verletzlichkeit für Schizophrenie) erhalten die Moderatoren den Hinweis: »Zwischen der Nennung der einzelnen Einflussfaktoren soll Raum bleiben für Beiträge/eigene Erfahrungen der Teilnehmer. Diese sollen so weit wie möglich aufgegriffen und als Beispiel erläutert werden. Die Faktoren dürfen also nicht bloß aufgezählt werden!« (ebd., S. 43) Im anschließenden Gruppengespräch geht es dann um die Fragen: »Welche psychosozialen Einflüsse während ihrer Entwicklung bringen die Teilnehmer in Zusammenhang mit ihrer besonderen Verletzlichkeit? Was löst das Nachdenken über diese Zusammenhänge aus?« (ebd.) Weitere Beispiele für das Nachfragen nach subjektiven Erfahrungen lassen sich in jeder von der 5. bis zur 13. Stunde aufzeigen. In der 5. Stunde (Thema: Das Erleben der akuten Psychose) als auch in der 10. Stunde (Thema: Patienten-Mitverantwortung, Zusammenarbeit mit dem Arzt) sollen laut Hinweis an die Moderatoren auch Erfahrungen mit Zwangseinweisung, Gewaltmaßnahmen und Zwangsmedikation zur Sprache kommen können (vgl. ebd., S. 63, S. 107). Die Frage nach den subjektiven Erfahrungen ist manchmal auch eine Frage nach subjektiven Erklärungsmodellen von Phänomenen durch den Betroffenen, z. B. in der 5. Stunde: »Welche Erklärungsversuche gibt es für die Entstehung der Symptome?« (ebd., S. 63) Ein weiteres Beispiele findet sich in der 2. Stunde (vgl. ebd., S. 33).

Die *subjektiv erlebte Schlüssigkeit* der Themen lässt sich beispielhaft an der 3. Stunde aufzeigen. Am Ende der Stunde findet ein Gruppengespräch über die Fragen statt: »Ist das Konzept der besonderen Verletzlichkeit mit dem erlebten Selbstbild der Teilnehmer vereinbar? Können die Teilnehmer es auf sich persönlich beziehen? Ist die Vorstellung vom Zusammenwirken biologischer und psychosozialer Einflüsse plausibel/nachvollziehbar?« (ebd., S. 45) Ähnliche Beispiele zu Fragen über die subjektiv erlebte Schlüssigkeit der Lern- und Bildungsinhalte lassen sich in der 4. Stunde (vgl. ebd., S. 52), in der 6. Stunde (vgl. ebd., S. 73) und in der 11. Stunde (vgl. ebd., S. 116) nachweisen.

In der 4. Stunde (Thema: Die Entwicklung akuter Psychosen) werden die Teilnehmer aufgefordert, *Beispiele für die behandelten Themen* zu geben. In einem Gruppengespräch wird über mögliche Merkmale von Verletzlichkeit gesprochen. Der Hinweis an die Moderatoren lautet dazu: »Wichtig ist nicht die Vollständigkeit der Aspekte, sondern die Sammlung konkreter, individuell erlebter Beispiele.« (ebd., S. 53) Ähnliche Aufforderungen für konkrete Beispiele gibt es in der 7. Stunde (vgl. ebd., S. 80, S. 84), 8. Stunde (vgl. ebd., S. 92 f.), 11. Stunde (vgl. ebd., S. 118) und in der 12. Stunde (vgl. ebd., S. 123).

Bei der Besprechung des Verlaufs und des Ausgangs schizophrener Psychosen (7. Stunde) werden die aktuellen Forschungsergebnisse vorgestellt, die in keiner Weise so negativ sind, wie in den Vorurteilen der Bevölkerung gedacht wird. Nach Einblick in diese Studien wird in einem Gruppengespräch nach dem

*Neuigkeitswert der besprochenen Inhalte* gefragt: »Waren die genannten Fakten bekannt? Welche Vorstellungen hatten die Teilnehmer vorher über den möglichen Ausgang? Was lösen die dargestellten Informationen aus?« (ebd., S. 83) Ein weiteres Beispiel für das Nachfragen über den Neuigkeitswert lässt sich in der 13. Stunde finden (vgl. ebd., S. 129).

## Strukturierung und Verständlichkeit

Zu einer Vermittlungslogik gehören auch die verwendeten didaktischen Elemente. Diese basieren bei PEGASUS auf einer prinzipiellen Überlegung, die laut Grundlagenbuch (WIENBERG & SIBUM <sup>3</sup>2003) die Psychoedukation mit schizophren erkrankten Menschen von der mit anderen Zielgruppen unterscheidet. Die leichte Störbarkeit der Informationsverarbeitung bei schizophren erkrankten Menschen muss eine »besondere Berücksichtigung« (ebd., S. 201) finden. WIENBERG und SCHÜNEMANN-WURMTHALER (<sup>3</sup>2003) sind darüber verwundert, dass diese Erkenntnis, die »zu den am besten bestätigten Befunden der Schizophrenie-Forschung« (S. 220) gehört, bisher nur selten »explizit und gezielt« (ebd.) in therapeutische Ansätze einbezogen wurde. PEGASUS versucht darum, die Störbarkeit bewusst durch eine störungsspezifisch ausgerichtete Gestaltung ihrer Methodik und Didaktik zu berücksichtigen und ist deshalb

- zum einen »erheblich vorstrukturiert und durchaus direktiv« (ebd., S. 219) und
- zum anderen um Klarheit, Verständlichkeit und Einfachheit der zu verarbeitenden Informationen bemüht (vgl. ebd.).

Die Vorstrukturiertheit ergibt sich aus der Manualisierung von PEGASUS, die dazu beitragen soll, »die zu vermittelnden Informationen soweit wie möglich zu vereinfachen und die Informationsverarbeitung mittels methodischer und didaktischer Hilfsmittel zu erleichtern« (ebd., S. 220). Die im Folgenden genannten didaktischen Hilfsmittel dienen dabei nicht allein nur einer störungsspezifischen Didaktik, sondern sind auch Überlegungen allgemeiner Didaktik geschuldet, wie grundsätzlich das zu Vermittelnde leichter und nachhaltiger aufgenommen werden kann. Als wesentliche Elemente werden genannt (vgl. ebd., S. 220 f.):

- Der Informations-Input geschieht dosiert in kleinen Einheiten.
- Die Information soll in kurzen Sätzen und in einfachen, klaren Formulierungen erfolgen.
- Wiederholungen und Zusammenfassungen erleichtern das Behalten.
- Langsames Vorgehen und Toleranz gegenüber Vermeidungsverhalten der Teilnehmer helfen Überstimulation zu vermeiden.
- Ein sich wiederholender Stundenablauf gewährleistet Überschaubarkeit und

Berechenbarkeit. Zusätzlich wird am Ende der 2., 3. und 4. Stunde an Tag, Zeit und Ort des nächsten Treffens erinnert.

- Zentrale Inhalte werden mithilfe von Folien visualisiert und erläutert.
- Arbeitsergebnisse werden am Flipchart festgehalten und in der nächsten Stunde als Arbeitsblatt an die Teilnehmer verteilt.
- Einzelne Inhalte werden anhand vorbereiteter Arbeitsblätter in der laufenden Stunde erarbeitet.
- Am Ende jeder Stunde wird ein Merkblatt verteilt, auf dem in maximal vier Sätzen der zentrale Inhalt der Stunde zusammengefasst ist.
- In vier Stunden gibt es zu bestimmten Themen zusätzlich Informationsblätter, die relativ komplexe Stundeninhalte ausführlicher zusammenfassen.
- In der ersten Stunde wird ein Ringordner mit Register an alle Teilnehmer verteilt, um die Arbeits-, Merk- und Informationsblätter abzuheften. Der Ordner dient zur eigenen Orientierung, zur späteren Auffrischung der Inhalte, zum gezielten Rückgriff auf bestimmte Inhalte (z. B. persönlicher Krisenplan) sowie als Gesprächsgrundlage mit wichtigen Bezugspersonen.

Die generell möglichst einfach gehaltenen Informationen sind aber – gerade in der 9. Stunde (Thema: Nebenwirkungen und Umgang damit, Risiko von Spätschäden) – nicht auf Kosten »einer vollständigen und wahrheitsgemäßen Information der Teilnehmer« (vgl. WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 101) zu vermitteln. Im Hinweis für die Moderatoren steht ausdrücklich, das Gespräch über das Risiko von Spätschäden sollte »nicht dramatisierend wirken, ohne jedoch zu bagatellisieren« (ebd.) und über die Nebenwirkungen allgemein »soll offen, aber sachlich ohne Dramatisierung gesprochen werden« (ebd.).

Zusammenfassend lässt sich die allgemeine Vermittlungslogik folgendermaßen charakterisieren: Schizophrenie soll zum Thema gemacht werden, indem der Betroffene und der Therapeut in einer Verhandlungspartnerschaft gleichberechtigt darüber miteinander sprechen. Der Therapeut stellt in einem direktiv-strukturierten Vorgehen Informationen und das derzeitige Fachwissen zur Verfügung und versucht es in einem Gruppengespräch mit Kenntnissen und Erfahrungen der Betroffenen in Beziehung zu setzen. Fachwissen soll Erfahrungswissen ergänzen. Bei der Wahl der didaktischen Hilfsmittel wird die Störbarkeit der Informationsverarbeitung berücksichtigt und deshalb Wert auf Strukturierung, Klarheit, Verständlichkeit, Einfachheit, Überschaubarkeit der Informationen sowie auf Möglichkeiten der optischen und schriftlichen Unterstützung gelegt.

### 11.4.2 Lern- und Bildungsanlass sowie Identifikation der Lernaufgaben

Bei PEGASUS werden im Grundlagenbuch zwei Lern- und Bildungsanlässe mit dementsprechend zu behandelnden Lernaufgaben genannt und begründet. Der eine Anlass wird von klinischer Seite, der andere von der Seite der Betroffenen definiert.

Als 1995 PEGASUS erstmals veröffentlicht wurde, diagnostizierten WIENBERG und SIBUM (<sup>3</sup>2003) beim Thema Schizophrenie sowohl bei den Fachleuten als auch bei den Betroffenen »Schweigen und Ratlosigkeit« (S. 195). Als Gründe werden angeführt, dass lange davon ausgegangen wurde, schizophren erkrankte Menschen könnten krankheitsbedingt Informationen über ihre Störung nicht verstehen oder nur missverstehen. Zudem würden diese ihren Zustand verschlechtern (vgl. ebd.). Heute werden solche Argumente als »unbegründet bis diskriminierend« (ebd.) eingeschätzt. Eine weitere Erklärung des Schweigens ist, dass viele Therapeuten nicht der Überbringer einer vermeintlich fatalen Diagnose sein wollen, die »gleichgesetzt wird mit unheilbar, hoffnungslos und unbeeinflussbar [...]« (ebd., S. 196). Im Zuge der Entwicklung des Vulnerabilitätskonzepts gilt »diese Annahme als nachweislich falsch« (ebd.). Aus Sicht der Autoren war es geboten, »das Thema Schizophrenie auf der Grundlage des heutigen Wissensstandes und aktueller Modellvorstellungen gezielt und in geeigneter Form zwischen Betroffenen, Angehörigen und Professionellen zum Thema« (ebd.) zu machen, um der stigmatisierenden Wirkung alter, nachweislich falscher Annahmen (z. B. Schizophrenie ist eine unheilbare, uneinflussbare Geisteskrankheit) im Denken und Handeln bewusst etwas entgegenzusetzen. Sie haben deshalb PEGASUS entwickelt: Schizophrenie wurde zum expliziten Lern- und Bildungsanlass gemacht (vgl. Kapitel 3.2.2).

Der Lern- und Bildungsanlass ist dadurch gegeben, dass von klinischer Seite das Schweigen gebrochen und das professionelle Krankheits- und Behandlungskonzept mit seinen Handlungsimplicationen dem Betroffenen offengelegt und verständlich gemacht werden soll. Die von klinischer Seite identifizierten Lernaufgaben und zu behandelnden Fragestellungen stellen die drei Teile des Manuals dar:

- Das Vulnerabilitätskonzept und Drei-Phasen-Modell nach Ciompi,
- die medikamentöse Behandlung sowie
- die Rückfallprophylaxe und Krisenbewältigung.

Das Vulnerabilitätskonzept wird nach WIENBERG und SCHÜNEMANN-WURMTHALER (<sup>3</sup>2003) deshalb gewählt, weil es erlaubt, »die Wechselwirkung biologischer und psychosozialer Einflüsse einschließlich Wechselwirkungen und Rückkopplungsschleifen anschaulich nachzuvollziehen und lässt dabei gleichzeitig relativ breiten Identifikationsspielraum für subjektive Deutungen und Einordnung der

persönlichen Erfahrung« (S. 216). Gerade im Bereich der Medikamenten-Behandlung ist nach Einschätzung der Autoren »das Wissen über die Wirkungsweise dieser Medikamente oft erschreckend gering« (ebd.). Dies war der Grund, die Neuroleptika im PEGASUS ausführlich zum Thema zu machen (vgl. WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 11). Die Rückfallprophylaxe und ein Krisenmanagement ermöglicht den Betroffenen eine Einflussnahme auf den Krankheitsverlauf.

Der Lern- und Bildungsanlass, der sich aus der Sicht der Betroffenen ergibt, liegt in der »massiven Erschütterung des Selbstbildes« (WIENBERG & SCHÜNE-MANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 215), die in der Regel mit der Erkrankung an Schizophrenie einhergeht. Diese Erschütterung löst neben »Angst, Ungewissheit und Unsicherheit über den eigenen Ort in der Welt« (ebd.) unter anderem auch eine Suche nach Orientierung aus. Bezogen auf ihre Krankheit haben Betroffene deshalb »Fragen, Ängste und Hoffnungen [...], die ernst zu nehmen eine notwendige Voraussetzung für jede Art von Therapie sein sollte« (ebd., S. 213). Darüber hinaus suchen viele Betroffene »aus der Psychoseerfahrung ›Sinn‹ zu machen und sie in ihre persönliche Lebensgeschichte zu integrieren« (ebd.). Wie stark der Wunsch nach Orientierung ist, zeigt, dass die Betroffenen häufig schon eigene Konzepte oder Konzeptfragmente über ihre Krankheit und Störung entwickelt haben (vgl. Kapitel 11.4.1), die sowohl als Erklärungsmuster dienen als auch ihre Einstellung und ihr Verhalten nachhaltig prägen. Die erlebte Verstörung durch die Erkrankung kann für den Betroffenen einen impliziten Lern- und Bildungsanlass bedeuten (vgl. Kapitel 3.2.2). Wenn dies der Fall ist, ergeben sich die Lernaufgaben aus der Suche nach (Neu-)Orientierung und sind subjektiver Natur.

Der Lern- und Bildungsanlass aus Betroffenen Sicht kann als Voraussetzung den Lernaspekt aus klinischer Sicht haben. So braucht es ein Mindestmaß an Wissen und Informiertheit, um »eine Meta-Perspektive gegenüber der Erkrankung zu gewinnen [...]« (WIENBERG & SIBUM <sup>3</sup>2003, S. 152). Diese Perspektive ist notwendig, damit der Betroffene dabei unterstützt werden kann, seine Erkrankung in sein Selbstkonzept möglichst gut zu integrieren und »die Psychose in seine Biografie einzuordnen sowie seinen persönlichen Genesungsstil zu erkennen und zu fördern« (ebd.). Die Autoren machen aber auch klar, dass nicht jeder Betroffene sich mit der Psychose auseinandersetzen will, sondern für manche »offenbar ein isolierender, absplattender und verdrängender Umgang die einzig mögliche Art der Psychosebewältigung« (S. 163) darstellt.

Der Lernaspekt aus Sicht der Betroffenen bzw. ihre Lern- und Bildungsinteressen werden jedoch in der 1. Stunde nur sehr indirekt erfragt und zum Thema gemacht. Die Moderatoren sollen zwar die Teilnehmererwartungen bezüglich des Gruppenprogramms an der Tafel oder dem Flipchart festhalten (vgl. WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 22) aber ein aktiver Abgleich zwischen Lernbedürfnissen der Teilnehmer und dem im Manual vorstrukturierten Lern- und Bildungsangebot der

Moderatoren findet nicht statt. Das Angebot steht bereits fest und ist von klinischer Seite definiert. Bezeichnenderweise beginnt der Moderatoren-Input über die drei allgemeinen Zielsetzungen der Gruppenarbeit in der 1. Stunde (Wissen erarbeiten. Eigenen Beitrag erkennen, gesund zu bleiben. Maßnahmen in der Krise) dreimal mit den Worten: »Wir möchten [...]« (ebd.). Was die Betroffenen möchten und was sie an individuellen Fragen haben, können sie nur momentan passend zu dem aktuell besprochenen Thema während der jeweiligen Stunde einbringen.

### 11.4.3 Zentrale Lern- und Bildungsziele

In der Einleitung zum Manual machen die Autoren deutlich, dass für sie das Gruppenprogramm und seine Umsetzung »kein Selbstzweck« (ebd., S. 16) »oder gar das Ziel« (ebd., S. 8) darstellt. Übergeordnetes Hauptanliegen von PEGASUS ist vielmehr, Schizophrenie »gezielt und in geeigneter Form [...] zum Thema« (WIENBERG & SIBUM <sup>3</sup>2003, S. 196) zu machen. Dazu werden die aktuellen Modellvorstellungen über Schizophrenie nach heutigem Wissensstand, die Entwicklung, der Verlauf und die Behandlung von Schizophrenie als Informationen in der Gruppenarbeit zur Verfügung gestellt (vgl. WIENBERG <sup>3</sup>2003 b, S. 19), um stigmatisierende und falsche traditionelle Krankheitsvorstellungen (z. B. Schizophrenie ist eine uneinfühlbare und hoffnungslos verlaufende Geisteskrankheit) abzubauen. Auch wenn das Vulnerabilitätskonzept weltweit anerkannt ist, erinnert WIENBERG (ebd.) daran, »dass unsere Modelle zwar unsere Sicht der Wirklichkeit prägen [...], dass sie aber die Wirklichkeit weder abbilden noch sind« (S. 121). Man kann davon ausgehen, dass eines Tages bessere Modelle existieren, die ein neues Bild von Schizophrenie vermitteln (vgl. ebd.).

Das Ansinnen, Schizophrenie zum Thema zu machen, strebt folgende zentrale Lern- und Bildungsziele an (vgl. WIENBERG <sup>3</sup>2003 b, S. 129 f.; WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, vgl. S. 214–218):

1. Kenntnis und Verstehen des Vulnerabilitätskonzepts und des Drei-Phasen-Modells als Rahmenkonzept. Dadurch kann der Betroffene »eine Meta-Perspektive gegenüber der Erkrankung« (WIENBERG & SIBUM <sup>3</sup>2003, S. 152) einnehmen, die ihm die Einordnung und das Verstehen des eigenen Erlebens und Verhaltens erleichtert, Angst und Unsicherheit reduziert und ein positives Selbstkonzept begünstigt.
2. Abbau des Gefühls der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins »an unerklärliche Vorgänge« (WIENBERG <sup>3</sup>2003 b, S. 129) und Entwicklung der Idee, Einfluss auf den Krankheitsverlauf nehmen zu können,
3. Akzeptanz und sensiblere Wahrnehmung der persönlichen Verletzlichkeit, um Selbstverantwortung im Umgang damit zu erlangen,

4. Bewusstmachung persönlicher Belastungsfaktoren und die verbesserte Wahrnehmung der eigenen Belastungsgrenzen,
5. Sensibilisierung für die Wahrnehmung persönlicher Frühwarnzeichen für eine sich andeutende Krise,
6. Basiswissen über die Funktion von Neuroleptika, ihre erwünschten und unerwünschten Wirkungen; Kenntnis und Verständnis der Bedeutung der Neuroleptika-Prophylaxe, um die aktive Krankheitsbewältigung und das Wissen um die Mitverantwortung für die medikamentöse Therapie zu stärken,
7. Erkennen und bewusste Wahrnehmung des eigenen Handlungsspielraums im Umgang mit der Verletzlichkeit, der individuellen Stressoren und der persönlichen Belastungsgrenze; Kenntnis persönlich ungünstiger und günstiger Selbsthilfe- und Bewältigungsstrategien,
8. Erarbeitung eines Konzepts für eine individuelle Krisenbewältigung, um das eigene Handlungspotenzial besser nutzbar zu machen und den Krankheitsverlauf bezüglich Befindlichkeit, Rückfallhäufigkeit sowie Häufigkeit und Dauer von Klinikaufhalten günstig zu beeinflussen,
9. Entwicklung realistischer und positiver Zukunftserwartungen.

Betrachtet man diese Ziele im Kontext von Lernen und Bildung, stellen sie häufig eine Mischung aus beidem dar (siehe Definition von Lernen und Bildung im Kapitel 3.1). Die Ziele sind daran gekoppelt, ein bestimmtes *Verhalten zu lernen* oder *zu üben* sowie eine persönliche Einstellung oder Haltung zu verändern (Lernen), beispielsweise günstige Bewältigungsstrategien einsetzen, Wahrnehmung von Frühwarnsignalen trainieren, persönliche Vulnerabilität akzeptieren. Fast jedes Ziel strebt aber auch eine Auseinandersetzung des Betroffenen mit sich, anderen Menschen und der Welt an (Bildung), wenn es z. B. um Integration der Erkrankung in das Selbstbild oder um Mitverantwortung bei der erwarteten Medikamenteneinnahme geht.

Die oben genannten zentralen Lern- und Bildungsziele finden sich im Manual in den Zielsetzungen der einzelnen Stunden wieder. Hier werden sie zum Teil wiederum in Teillernziele untergliedert, sodass sich die vollständige Behandlung eines Themenbereiches manchmal auch stundenübergreifend gestalten lässt. Beispielsweise wird das oben erwähnte Lernziel unter Punkt 6 (Vermittlung von Basiswissen über die Funktion von Neuroleptika, ihre erwünschten und unerwünschten Wirkungen) in der 8. und 9. Stunde behandelt mit folgenden Teillernzielen:

- »Einordnung der Psychopharmaka-Therapie in das Verletzlichkeits-Stress-Modell
- Kenntnisse über die gebräuchlichsten Psychopharmakaklassen sowie insbesondere über die Gruppe der Neuroleptika
- Kenntnis der Hauptanwendungsbereiche von Neuroleptika: Symptomunterdrückung und Rückfallvorbeugung« (ebd., S. 88).

- »Kenntnisse über die Nebenwirkungen von Neuroleptika sowie über das Risiko von Spätschäden
- Erkennen der eigenen Möglichkeiten im Umgang mit Nebenwirkungen« (ebd., S. 98).

Ähnlich ließe sich dies für jedes weitere Lern- und Bildungsziel aufgliedern.

Selbstkritisch sehen die Autoren des Manuals – bereits schon im Vorwort für die 3. und 4. Auflage –, dass es einen »gravierenden Nachteil« (ebd., S. 8) darstellt, die Behandlung von psycho- und soziotherapeutische Verfahren sowie von Fragenstellungen zu Sozial-, Unterbringungs- und Betreuungsrecht nicht als Lernziel aufgenommen zu haben, »obwohl viele Betroffene an diesbezüglichen Informationen und Orientierungshilfen interessiert sind« (ebd.). Die Vermittlung psycho- und soziotherapeutischer Verfahren ist kein Lern- und Bildungsziel bei PEGASUS. Das hätte den zeitlichen und inhaltlichen Umfang noch weiter ausgedehnt, der mit 14 Stunden bereits »eine hohe Anforderung darstellt« (ebd.). Im Grundlagenbuch werden psychotherapeutische und soziotherapeutische Therapien jedoch ausführlich vorgestellt (vgl. WIENBERG & SIBUM <sup>3</sup>2003).

Die grundsätzliche Haltung bei PEGASUS, den Betroffenen als Experten seiner Krankheit anzusehen und mit ihm gleichberechtigt zu kommunizieren, bedeutet aber nicht, dass die Autoren und Moderatoren in den klinischen Lernzielen und Inhalten unverbindlich und beliebig werden. Eine mögliche Unterschiedlichkeit der Perspektiven, Interessen, Bewertungen und Erfahrungen von Betroffenen und Professionellen soll nicht verleugnet werden (vgl. WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 214). Dies lässt sich an der Haltung gegenüber Medikamenten und geeigneten oder ungeeigneten Bewältigungsstrategien zeigen.

Wenn es um die medikamentöse Behandlung geht (8. bis 10. Stunde), sollen die Moderatoren eine klare Meinung vertreten. Ihre Botschaft ist folgende: »Neuroleptika sind keine Heilmittel, sondern Medikamente mit gravierenden Nachteilen; zugleich sind sie nach unseren Kenntnissen die wirksamsten Mittel zur Vorbeugung von Rückfällen.« (ebd., S. 217) Ziel der Botschaft ist, »die Bereitschaft zur offenen Zusammenarbeit sowie die Mitverantwortung der Betroffenen für die Behandlung zu fördern« (ebd.). Im Manual (WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005) heißt es im Moderatoren-Input zur 8. Stunde (Thema: Neuroleptika und ihre Wirkung): »Ohne regelmäßige Einnahme von Neuroleptika ist das Rückfallrisiko also dreimal höher als mit Medikament!« (S. 94) Deshalb werden folgende »Empfehlungen« (ebd., S. 95) für eine medikamentöse Rückfallprophylaxe den Teilnehmern in der Stunde gegeben:

- Nach der Ersterkrankung mindestens ein halbes bis zwei Jahre,
- nach wiederholten Rezidiven mindestens fünf Jahre Dauerbehandlung,
- ständige Einnahme der Neuroleptika schützt vor Rückfällen besser als die Einnahme erst bei Frühwarnsignalen,
- Erhöhung der Dosis bei Frühwarnsignalen (vgl. ebd.).

In der 12. Stunde (Thema: Individuelle Frühwarnzeichen und Bewältigungsstrategien) wird im Moderatoren-Input ausdrücklich zwischen »geeigneten und weniger geeigneten Maßnahmen« (ebd., S. 124) bei den Bewältigungsstrategien unterschieden. Als eher ungeeignet gelten z. B. Alkohol, Drogen, Abschottung, Disco-Besuch, Diäten oder alles was die Ich-Grenzen destabilisiert, wie Meditation, intensive Beschäftigung mit Esoterik. Beim Sammeln eher ungeeigneter Maßnahmen in der Gruppe lautet der Hinweis an die Moderatoren: »Dabei darf der ausdrückliche Hinweis auf deren eher negative Auswirkung nicht fehlen!« (ebd.)

Dieser Klarheit und Eindeutigkeit in der Sache und Haltung bezüglich Medikamente und Bewältigungsstrategien bei PEGASUS steht aber auch eine Klarheit im Umgang zwischen Moderator und Betroffenen gegenüber, die den anzustrebenden Lern- und Bildungszielen eine Grenze setzt:

- Den Betroffenen ernst zu nehmen und ihm Respekt entgegenzubringen, bedeutet z. B. auch, »nicht um jeden Preis überzeugen zu wollen – zum Beispiel von der Notwendigkeit der Neuroleptika-Prophylaxe –, sondern die Autonomie der Betroffenen zu respektieren und auf ihre Fähigkeit zu vertrauen, verantwortliche Entscheidungen zu treffen« (WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 225).
- PEGASUS sieht sich in den angestrebten Zielen nicht als ein Training für »das ›richtige‹ Krankheitskonzept zur Stärkung der ›Compliance‹ [...]« (WIENBERG & SIBUM <sup>3</sup>2003, S. 202).
- Bereits in der 1. Stunde wird im Manual darauf hingewiesen, »dass es *nicht* Ziel der Gruppenarbeit ist, Rückfälle um jeden Preis zu verhindern. [...] Denn das zwanghafte Bemühen, eine akute Wiedererkrankung zu verhindern, kann selbst zur Belastung werden; und im Einzelfall kann ein Rückfall auch eine wichtige Etappe in der persönlichen Entwicklung sein (›Vorfall‹)« (WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 24). Einem Rückfall wird hier auch grundsätzlich das Potenzial einer notwendigen und hilfreichen Station in einem Entwicklungs- bzw. Lernprozess zuerkannt. Ähnlich äußern sich im Grundlagenbuch ALBES et al. (<sup>3</sup>2003) in ihrem Erfahrungsbericht als Moderatoren. Ihnen sei eine Haltung wichtig, dass erneute psychotische Krisen während des Krankheitsverlaufs »kein ›Versagen der Rückfallkompetenz‹ bedeuten, sondern ein Weg sind, der Akzeptanz verdient und den es nicht um jeden Preis zu verhindern gilt. Ein Weg auch, bei dem es um mehr geht als einen ›unzureichenden Umgang‹ mit Frühwarnzeichen und Bewältigungsstrategien« (ebd., S. 238).
- Im Erfahrungsbericht der Ärzte (CHRISTIANSEN & SIBUM <sup>3</sup>2003) vergleichen die Autoren Psychoedukation mit schizophren Erkrankten mit der Patientenschulung bei anderen rezidivierenden Erkrankungen (z. B. Diabetes). Die Schnittmenge sei der »mündige Patient« (S. 244). In der Diabetologie »bestimmen die persönlichen Ziele und die Lebensweise der Betroffenen [...] die konkrete Behandlungsplanung und -durchführung und nicht umgekehrt«

(ebd.). Ähnlich müsse auch in der Psychiatrie »bei den persönlichen Zielen und den individuellen Möglichkeiten der Betroffenen« (ebd.) angesetzt werden und weniger bei dem aus medizinischer Sicht Gebotenen.

Bei PEGASUS wird der Autonomie und Selbstentscheidung ein höherer Wert beigemessen als der Verwirklichung und Durchsetzung ihrer zentralen Lern- und Bildungsziele. Das Manual grenzt sich bei aller inhaltlichen Klarheit und Eindeutigkeit dagegen ab, als ein Training für richtiges Verhalten und richtige Einstellung, als eine medizinische Überzeugungsschulung oder als eine Rückfallvermeidungs-Methode angesehen zu werden.

#### 11.4.4 Legitimierung des Lern- und Bildungsgeschehens

Die Legitimierung des Lern- und Bildungsgeschehens ergibt sich zum einen aus klinischer Perspektive und zum anderen aus der der Betroffenen.

##### Aus klinischer Perspektive

Nach WIENBERG (<sup>3</sup>2003 b) stellt das Vulnerabilitätskonzept nicht nur den zu vermittelnden Inhalt von PEGASUS dar, sondern es liefert zugleich »auch die beste *Begründung* dafür, warum es sinnvoll und notwendig ist, psychoedukative Gruppen für Betroffene anzubieten« (S. 19). Leider führt der Autor diesen Gedanken nicht weiter aus. Vermutlich ist damit gemeint: Das Konzept umfasst Einflussmöglichkeiten auf die Erkrankung, was wiederum seine Vermittlung durch Psychoedukation rechtfertigt.

An anderer Stelle greift der Autor die Legitimationsfrage des Lern- und Bildungsgeschehens aus klinischer Sicht auf ganz grundsätzlicher Ebene auf. Nach der Ermordung psychisch kranker Menschen in der NS-Zeit ging es um eine »gesellschaftspolitisch zu verwirklichende Wiedereinsetzung des psychisch Kranken in seine Rechte als Bürger und Mitmensch [...]« (ebd., S. 129). Das Vulnerabilitätskonzept passt in diese Entwicklung, denn es ist ein Modell, »das die Betroffenen als Subjekte wahrnimmt und zur Geltung kommen lässt« (ebd.). Schizophren erkrankte Menschen »als gleichberechtigte Bürger und als mitverantwortliche Subjekte« (ebd.) im Umgang mit der Erkrankung zu sehen, sind »zwei Seiten derselben Medaille« (ebd.). Daraus leitet Wienberg zwei Rechte des Betroffenen ab, die das Lern- und Bildungsgeschehen legitimieren:

- »Betroffene haben ein Anrecht auf klare, eindeutige und verständliche Informationen darüber, von welchen Vorstellungen und Konzepten über Schizophrenie sich psychiatrisch Tätige bei der Arbeit leiten lassen.« (ebd., S. 130)

- »Betroffene haben ein Recht auf Aufklärung und Mitentscheidung in allen Fragen, die ihre Behandlung und Betreuung angehen.« (ebd.). Auf dieser »Rechtsgrundlage« halten es WIENBERG und SIBUM (<sup>3</sup>2003) für »geboten« (S. 196), Schizophrenie zum Thema zu machen. Dementsprechend werden im Manual auch die Ziele von PEGASUS begründet (vgl. WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 22).

Sowohl für die Art und Weise der Informationsvermittlung als auch für manche Lerninhalte (Aufklärungsinformation, Vulnerabilitätskonzept, Medikamente) werden zusätzliche Legitimationen angeführt. Die *Art und Weise der Informationsvermittlung* bei PEGASUS lässt sich zurückführen auf die Berücksichtigung der Grundproblematik der schizophrenen Störung aus der Sicht des Drei-Phasen-Modells nach Ciompi, nämlich der Störbarkeit der Informationsverarbeitung. Die zu vermittelnden Botschaften werden vereinfacht und verständlich erklärt (vgl. WIENBERG <sup>3</sup>2003b, S. 126).

*Aufklärungsinformation* über die Erkrankung zu erhalten, legitimiert sich – neben dem Recht auf Aufklärung – dadurch, dass »eine Meta-Perspektive gegenüber der Erkrankung« (WIENBERG & SIBUM <sup>3</sup>2003, S. 152) gewonnen werden kann. Dieser bedarf es als Voraussetzung, das Psychose-Erleben in die Biografie integrieren zu können. Wer informiert ist, muss sich weniger der Krankheit ausgeliefert fühlen und kann mit seinem Verhalten zur Erhaltung der Gesundheit und zur Vorbeugung von Rückfällen beitragen (vgl. WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 22).

Das *Vulnerabilitätskonzept* wird zum einen wegen seiner Aktualität und weltweiten Akzeptanz zum Thema gemacht, aber auch, weil es ermöglicht »die Wechselwirkung biologischer und psychosozialer Einflüsse einschließlich Wechselwirkungen und Rückkopplungsschleifen anschaulich nachzuvollziehen und lässt dabei gleichzeitig relativ breiten Identifikationsspielraum für subjektive Deutungen und Einordnung der persönlichen Erfahrung« (WIENBERG & SCHÜNE-MANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 216). Dem Anliegen von PEGASUS, subjektives Erleben und fachliches Wissen sich begegnen zu lassen (vgl. Kapitel 11.4.1), kommt gerade das Vulnerabilitätskonzept entgegen und legitimiert es deshalb als Lern- und Bildungsgegenstand.

Die Begründung für die ausführliche Behandlung der *Medikamente* in der Gruppenarbeit bietet die Einführung in das Manual (vgl. WIENBERG /et al. <sup>5</sup>2005, S. 11) anhand von vier Punkten:

- Die Betroffenen haben praktisch ausnahmslos – zum Teil einschneidende und aversiv erlebte Erfahrungen mit dieser Therapieform.
- Im Durchschnitt ist das Wissen über die Neuroleptika-Behandlung bei den Betroffenen sehr lückenhaft.
- Neuroleptika sind bis heute die effektivsten Mittel zur Rezidivvorbeugung.
- Die Bereitschaft zur tatsächlichen Einnahme dieser Medikamente ist mangelhaft.

## Aus der Perspektive der Betroffenen

Die Legitimation des Lern- und Bildungsgeschehens aus der Perspektive der Betroffenen ergibt sich aus dem Wunsch, die Möglichkeit zu haben, sich mit dem Psychose-Erleben auseinandersetzen zu können, so wie es der »Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen« als eine zentrale Forderung vertritt (vgl. WIENBERG & SIBUM <sup>3</sup>2003, S. 163). Auch vonseiten der Betroffenen gibt es ein Bedürfnis, Schizophrenie zum Thema zu machen. »Unter psychotherapeutischem Blickwinkel kann es nur als Kunstfehler erscheinen, Betroffenen die Möglichkeit vorzuenthalten, über das ›unerhörte Erleben‹ [...] einer schizophrenen Psychose zu sprechen und sie nicht dabei zu unterstützen, dieses Erleben auf ihre persönliche Weise zu verarbeiten. [...] Psychiatrisch Tätige sind deshalb aufgefordert, sich dem Bedarf nach Unterstützung bei der Verarbeitung der Psychoseerfahrung qualifiziert zu stellen.« (ebd.)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Lern- und Bildungsgeschehen bei PEGASUS aus klinischer Sicht durch das Recht der Betroffenen auf Information über die handlungsleitenden Konzepte der Therapeuten und das Recht auf Aufklärung und Mitentscheidung bei allen Angelegenheiten, die ihre Behandlung betreffen, legitimiert wird. Vonseiten der Betroffenen besteht die Legitimation darin, die Möglichkeit zu haben, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen zu können.

### 11.4.5 Lern- und Bildungserfolg

Über Lern- und Bildungserfolg oder Bewertungskriterien des Lern- und Bildungsprozesses wird bei PEGASUS nichts Ausdrückliches geschrieben. Das mag damit zusammenhängen, dass das Ziel ist, über Schizophrenie miteinander überhaupt ins Gespräch zu kommen und somit eine Bewertung, ob spezifische Lern- und Bildungsziele erreicht wurden, sekundär wird. Zwischen den Zeilen lassen sich jedoch Kriterien für Lern- und Bildungserfolg herauslesen, die sich aus den zentralen Lern- und Bildungszielen (vgl. Kapitel 11.4.3) ergeben. Im Wesentlichen geht es um zwei Bewertungskriterien des Lern- und Bildungsprozesses:

- Wie weit ein Behalten des vermittelten Wissens stattgefunden hat und
- wie weit ein Transfer der Information auf die individuelle Situation geglückt ist.

Diese Einschätzung gründet auf folgenden Textsequenzen. Im Grundlagenbuch schreiben WIENBERG und SCHÜNEMANN-WURMTHALER (<sup>3</sup>2003), dass Wiederholungen und Zusammenfassungen in den Gruppenstunden »das Behalten erleichtern« (S. 220) sollen. Etwas weiter unten heißt es: »Um das Behalten und den

Transfer der behandelten Inhalte zu unterstützen, wird an die Teilnehmer am Ende jeder Stunde ein *Merkblatt* verteilt. « (ebd., S. 221) Das Wort »Merkblätter« beschreibt ihre Funktion: sie dienen dem Merken und Behalten. Die vermittelten Lerninhalte sollen aufgenommen, abgespeichert, gemerkt und potenziell wieder abrufbar sein.

Doch Behalten ist kein Selbstzweck, sondern dient dazu, das (neue) Wissen auf die individuelle Lebenssituation und zukünftige Erlebnisse zu übertragen, anzuwenden und umzusetzen. Was unter derartiger Transferleistung konkret zu verstehen ist, lässt sich gut aus Teillernzielen einzelner Stunden im Manual ableiten (WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005):

- In sechs Stunden wird von »Erkennen« (z. B. individueller Bewältigungsstrategien – in der 11. Stunde, vgl. ebd., S. 122) gesprochen,
- in drei Stunden von »Sensibilisierung« (z. B. für die Wahrnehmung der jeweils aktuellen Belastbarkeit – in der 6. Stunde, vgl. ebd., S. 68),
- in zwei Stunden von »Identifikation« (z. B. persönlicher Belastungsfaktoren und -situationen – in der 6. Stunde, vgl. ebd.),
- in einer Stunde von »Integration« (z. B. des psychotischen Erlebens in das Selbstbild – in der 5. Stunde, vgl. ebd., S. 58) und
- in einer Stunde von »Übertragung« (z. B. generell geeigneter Bewältigungsmaßnahmen auf die persönliche Situation – in der 13. Stunde, vgl. ebd., S. 128).

Danach liegt eine Transferleistung dann vor, wenn eine Sensibilisierung für Sachverhalte, bestimmte Situationen oder Wahrnehmungen eingetreten ist, die vorher übergangen worden sind, wenn handlungsrelevante Situationen und Signale überhaupt wahrgenommen, erkannt und identifiziert werden, die vorher ohne Bedeutung waren, und wenn (neue) Möglichkeiten integriert oder auf die individuelle Situation übertragen werden können.

Bezogen auf die Transferleistung weisen WIENBERG und SCHÜNEMANN-WURMTHALER (<sup>3</sup>2003) im Grundlagenbuch darauf hin, dass sich für viele Teilnehmer während der Gruppenarbeit »neue Wege im Umgang mit ihrer Verletzlichkeit/Erkrankung« (S. 224) eröffnen, »auf denen sie in aller Regel kompetente Begleitung brauchen« (ebd.). Deshalb sollte PEGASUS nur als ein Baustein »im Rahmen eines ggf. langfristig anzulegenden, persönlichen Behandlungs- und Betreuungsprozess angesehen und umgesetzt werden« (ebd.). Denn die in der Psychoedukation angedachten Möglichkeiten »müssen weitergedacht und vor allem in der konkreten Lebenssituation umgesetzt werden« (ebd.). Der Transfer wird hier als längerfristiger individueller Lern- und Bildungsprozess verstanden.

Das Grundlagenbuch und das Manual grenzen sich ausdrücklich gegen bestimmte Bewertungskriterien ab, die auf den ersten Blick als Lern- und Bildungserfolg gelten könnten oder auch üblicherweise gelten. Es geht nicht darum, mit den Lerninhalten um jeden Preis überzeugen oder Rückfälle verhindern zu wollen (vgl. ebd., S. 225, WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 24). Lern- und Bildungserfolg

macht sich also für PEGASUS z.B. nicht in erster Linie an einer zunehmenden Medikamentenakzeptanz oder an der Rückfallvermeidung fest.

Eine subjektive Einschätzung des Lern- und Bildungserfolgs ergibt sich im abschließenden Gruppengespräch in der 14. Stunde, wenn die gesamte Gruppenarbeit per Rückmeldungen über die Inhalte, Atmosphäre, persönliche Bedeutung, fehlende oder weiterzuverfolgende Themen ausgewertet wird. Bei PEGASUS werden Fragebögen oder standardisierte Verfahren für eine Lernzielkontrolle nicht eingesetzt. Es ist davon auszugehen, dass diese Feedback-Runde subjektive Kriterien der Betroffenen für die Erfolgsbewertung des durchlaufenen Lern- und Bildungsprozesses deutlich macht.

Zusammengefasst heißt das, dass sich Lern- und Bildungserfolg von klinischer Seite nach den Bewertungskriterien einer Behaltens- und Transferleistung und aus der Betroffenenansicht nach subjektiven Kriterien bemisst, die individuell sehr verschieden ausfallen können.

## 11.5 Aneignungslogik

Die Aneignungslogik sucht die Vorstellungen bei PEGASUS darüber zu erfassen, wie sich die Aneignung des Lernstoffs beim Betroffenen vollzieht. Wie eignet er sich neues Wissen an? Die Aneignungslogik gibt Antwort auf die Frage, aus welcher Motivation sich der Betroffene auf welche Themen wie weit einlässt. Gemäß der Analyse Kriterien (Kapitel 6.3) gehe ich den Fragen nach:

1. Von welcher allgemeinen Aneignungslogik wird ausgegangen?
2. Welche Kriterien werden für gelungene Aneignung genannt?

Textpassagen, die auf eine Aneignungslogik hinweisen, ließen sich nur wenige finden. Das war im Grunde nicht anders zu erwarten, da ein Manual grundsätzlich immer zum Schwerpunkt hat, dem Kliniker Anleitungen zu geben, wie er Wissen, Aufklärung und Information an den Betroffenen vermitteln kann. Ein Manual hat den Vermittlungsvorgang im Fokus weniger den Aneignungsvorgang. Über ihn werden selten Anmerkungen gemacht, deshalb erschließe ich ihn sozusagen zwischen den Zeilen.

### 11.5.1 Allgemeine Aneignungslogik

Manual und Grundlagenbuch von PEGASUS haben einen gleichlautenden gemeinsamen Titel: »Schizophrenie zum Thema machen«. Dieser Titel ist Programm, denn PEGASUS wurde gezielt entwickelt, um sich gegen ein traditionelles Bild

vom Erkrankten abzugrenzen. Nach dieser überkommenen Vorstellung können die Betroffenen »die Informationen nicht verstehen oder würden sie fehlinterpretieren; sie könnten damit nicht vernünftig umgehen und sie missbrauchen; die Informationen würden Ängste auslösen, entmutigen und damit die Krankheit verschlimmern; [...]« (WIENBERG & SIBUM <sup>3</sup>2003, S. 195). Dieses kategoriale Verständnis einer krankheitsbedingten Unfähigkeit zur Aneignung teilen die Autoren nicht.

Da das PEGASUS-Konzept bei Schizophrenie die Störbarkeit der Informationsverarbeitung betont, wird zwar von einer krankheitsbedingt eingeschränkten »Aufnahmekapazität« (WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 219) ausgegangen, die aber deshalb eine grundsätzliche Aneignungsfähigkeit nicht ausschließt, sondern eher die Frage nach »Zeitpunkt und Qualität der Information und Aufklärung« (WIENBERG & SIBUM <sup>3</sup>2003, S. 195) aufwirft. Auf den Umstand der Störbarkeit der Informationsverarbeitung hat sich die Vermittlungslogik eingestellt, wie in Kapitel 11.4.1 aufgezeigt.

Laut Grundlagenbuch wird nach WIENBERG und SCHÜNEMANN-WURMTHALER (<sup>3</sup>2003) mit dem Vulnerabilitätskonzept und Drei-Phasen-Modell »bewusst ein *allgemeines Rahmenmodell* der Erkrankung eingeführt, und zwar insbesondere aus folgendem Grund: Es soll die TeilnehmerInnen dabei unterstützen, die zahlreichen Einzelaspekte zu integrieren [...]« (S. 215). Das Modell lässt »relativ breiten Identifikationsspielraum für subjektive Deutungen und Einordnung der persönlichen Erfahrung« zu (ebd., S. 216). Die darin anklingende Aneignungslogik ist folgende: Der Betroffene eignet sich den Lernstoff dann an, wenn dieser die subjektiv erfahrbare Möglichkeit bietet, bereits gemachte oder zukünftige Erfahrungen sinnvoll in eine Ordnung zu subsumieren. Deshalb schreiben die Autoren weiter, dass eine Aneinanderreihung von Fakten in den Stunden zu vermeiden ist, »zugunsten der Erarbeitung eines konsistenten, übergreifenden Konzeptes, das es dem Betroffenen erlaubt, die eigenen, auch zukünftigen Erfahrungen einzuordnen und so Orientierung vermittelt« (ebd., S. 215).

Das heißt auch, dass aus Sicht der Autoren die Aneignung neuen Wissens auf der Grundlage bisheriger Erfahrungen geschieht. In der 4. Stunde (Thema: Die Entwicklung akuter Psychosen) wird Vulnerabilität als Störanfälligkeit der Informationsverarbeitung dargestellt. In einem Moderatoren-Input wird dazu der überlebensnotwendige Filtermechanismus der selektiven Aufmerksamkeit erklärt. Ein zu vermittelnder Aspekt ist: »Die Auswahl der Information läuft nicht zufällig ab, sondern aufgrund von Erfahrung. Die gesamte Lerngeschichte des einzelnen Menschen, die in seinem Langzeitgedächtnis gespeichert ist, bildet den Hintergrund für die Informationsverarbeitung. Genau genommen wird nur das verarbeitet, das zu irgendeinem Inhalt der gespeicherten Erfahrung passt und deshalb ›Sinn macht‹.« (WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 50f.) Dieser Input dient zur Erläuterung von Vulnerabilität, er wird aber nicht explizit auf den Lern-

und Bildungsvorgang des Betroffenen generell während der Psychoedukation angewendet. Es liegt jedoch nah, dass die Autoren auch im Rahmen der Psychoedukation davon ausgehen, dass vorhandene Erfahrungen steuern, welches neue Wissen angeeignet wird und welches nicht.

Die allgemeine Aneignungslogik umfasst damit zwei Punkte: angeeignet wird der Lernstoff, der subjektive Erfahrungen sinnvoll in eine Ordnung bringt und der zu bisher gemachten Erfahrungen als passend erlebt wird. Diese Aneignungslogik lässt sich im Manual vor allem wiederfinden, wenn in den Gruppengesprächen nach einem Moderatoren-Input die Nachvollziehbarkeit der Lern- und Bildungsinhalte thematisiert wird (z. B. in der 3. Stunde, ebd., S. 45) oder nach erlebten Beispielen mit den Lerninhalten gefragt wird (z. B. in der 4. Stunde, ebd., S. 53). Wenn Lern- und Bildungsinhalte nachvollziehbar sind oder am eigenen Beispiel nachvollzogen werden können, ist dies ein Hinweis, dass sie als verständlich, plausibel, stimmig, buchstäblich sinn-voll im Verhältnis zu bereits gemachten Erfahrungen erlebt und damit eher angeeignet werden.

### 11.5.2 Kriterien gelungener Aneignung

Die Kriterien einer gelungenen Aneignung unterscheiden sich von den Kriterien einer Bewertung des Lern- und Bildungserfolgs (vgl. Kapitel 11.4.5). Diese ergeben sich aus der Vermittlungslogik, indem von klinischer Seite in einer Art Lernzielkontrolle eingeschätzt wird, ob die Vermittlung der Lerninhalte als erfolgreich angesehen werden kann oder nicht. Kriterien einer gelungenen Aneignung zeigen, wann aus der Sicht des Betroffenen eine Aneignung des Lern- und Bildungsinhaltes stattfinden kann bzw. stattgefunden hat. Diese Kriterien ergeben sich aus der allgemeinen Aneignungslogik. Danach kann Aneignung gelingen, wenn die Inhalte nachvollziehbar und plausibel sind und wenn sie sich auf individuelle Erfahrungen mit der aktuellen Lebens- und Erkrankungssituation übertragen lassen.

Plausibel werden Lern- und Bildungsinhalte, indem sie als verständlich und einleuchtend und dadurch annehmbar erlebt werden. Mit der Übertragbarkeit der Lerninhalte soll die Schwelle zwischen theoretischem Wissen und praktischer Umsetzung gesenkt werden. Dies kann zum einen auf kognitiver Ebene geschehen, indem z. B. subjektive Erfahrungen bestimmten Denkmodellen, Begrifflichkeiten und Sichtweisen exemplarisch zugeordnet werden können. Beispielsweise ermöglicht das Vulnerabilitätskonzept dem Betroffenen eigenartige, für ihn bisher nicht erklärbare Phänomene sinnvoll in ein Modell einzuordnen. Zum anderen kann die Übertragbarkeit auf der Handlungsebene geschehen, wenn z. B. allgemeines Wissen in einer konkreten Alltagssituation angewendet wird, wie es

in der 13. Stunde (Thema: Stufenplan zur Krisenbewältigung) angestrebt wird: »Übertragung generell geeigneter Bewältigungsmaßnahmen auf die persönliche Situation« (ebd., S. 128).

Weitere Kriterien gelungener Aneignung könnten in der Abschlussstunde (14. Stunde) deutlich werden. Laut Manual soll die Gruppenarbeit dann unter anderem mit der Frage ausgewertet werden: »Was hat mir persönlich die Teilnahme an den Gruppen gebracht?« (ebd., S. 141) Die dort gemachten Rückmeldungen und geschilderten subjektiven Erfahrungen könnten Hinweise geben auf zusätzliche individuelle Kriterien für gelungene Aneignung von Lern- und Bildungsinhalten.

Kriterien gelungener Aneignung sind demnach bei PEGASUS: Nachvollziehbarkeit und Plausibilität der Lerninhalte, ihre Übertragbarkeit auf die individuelle Lebens- und Erkrankungssituation sowie in der Abschlussstunde genannte subjektive Kriterien.

# 12 Analyse des psychoedukativen Manuals APES

Als zweites psychoedukatives Manual wird das »Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES)« (BÄUML et al. 2005) zur Analyse herangezogen.\* Um eine fachlich fundierte Untersuchung des Manuals durchführen zu können, wird es zunächst überblicksartig vorgestellt (Kapitel 12.1). Die Frage, welche Verwendung der Lern- und Bildungsbegriff dort findet (Kapitel 12.2), leitet die systematische erziehungswissenschaftliche Analyse des Manuals ein: Welche Lern- und Bildungsprozesslogik (Kapitel 12.3) sowie Vermittlungs- (Kapitel 12.4) und Aneignungslogik (Kapitel 12.5) liegen APES zugrunde?

## 12.1 Manual im Überblick

Ein Überblick über APES soll durch ausgewählte Basisinformationen über seinen formalen Aufbau (Kapitel 12.1.1), seine Rahmenbedingungen (Kapitel 12.1.2), seine Inhalte (Kapitel 12.1.3) und über vorliegende Evaluations- und Forschungsergebnisse (Kapitel 12.1.4) gegeben werden.

### 12.1.1 Manualaufbau

Das »Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES)« ist in drei Teile gegliedert:

1. *Theoretische Grundlagen*. Hier geht es um eine allgemeine Einführung über

---

\* Nach Einreichen der Dissertation wurde APES im Mai 2010 in einer neu bearbeiteten 2. Auflage herausgegeben. Die im Kapitel 12 bei Zitaten aus APES angegebenen Seitenzahlen decken sich nicht mit den Seitenzahlen in der 2. Auflage von APES, da im Verhältnis zur ersten Auflage die Kapitelreihenfolge geändert wurde. So gut wie alle Zitate sind jedoch in der Regel gleichlautend auch in der 2. Auflage zu finden, nur auf einer anderen Seite. Will der Leser einen Abgleich vornehmen, bietet ein Vergleich der Inhaltsverzeichnisse beider Auflagen eine Orientierung zum Auffinden der Textstelle in der 2. Auflage.

Psychoedukation bei schizophrener Erkrankung (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b), über das neurobiologische Verständnis der Erkrankung und seine Implikationen für die Pharmakotherapie (JUCKEL & HEINZ 2005)\* und über psychotherapeutische Verfahren in der Behandlung dieser Krankheit (PITSCHEL-WALZ et al. 2005).

2. *Psychoedukative Module*. Das Handbuch bietet die Anleitung zur Durchführung dreier verschiedener psychoedukativer Programmen. Allen drei Programmen übergeordnet werden zunächst organisatorische Aspekte (PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 a) und psychotherapeutische Strategien und didaktische Elemente bei der Durchführung der Psychoedukation (PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b) beschrieben. Bei den drei Programmen handelt es sich um ein psychoedukatives Basismodul für Patientengruppen (»Psychoedukative Patientengruppen«, Autoren: Bäuml und Pitschel-Walz), ein Basismodul für Angehörige psychisch erkrankter Menschen (»Psychoedukative Angehörigengruppen«, Autoren: Bäuml und Pitschel-Walz) und ein Erweiterungsmodul »Psychoedukative Familienintervention« (PEFI, Autoren: Berger und Gunia), das anschließend an das Basismodul von mehreren Betroffenen und ihren jeweiligen Familienmitgliedern in einer gemeinsamen Gruppe durchlaufen werden kann. Die Basismodule für Betroffene und Angehörige sind bifokal angelegt, das heißt, dass die Angehörigen möglichst zeitlich parallel zu den Betroffenen an einem eigenen psychoedukativen Programm teilnehmen – nach Zustimmung der Patienten, dass Kontakt mit den Angehörigen aufgenommen werden darf. In der Übersicht deutschsprachiger psychoedukativer Manuale im Kapitel 4.4.3 habe ich das Basismodul für Patientengruppen unter der Nr. 9 als APES geführt. Das Basismodul für Angehörige ist nicht aufgenommen, da die Übersicht nur Programme für Betroffene auflistet. PEFI wird als Nr. 16 genannt.
3. *Anhang*. Neben einer Übersicht über aktuelle psychoedukative Programme bei schizophrener Erkrankung (PITSCHEL-WALZ et al. 2005) findet man hier Adressen von Selbsthilfeorganisationen, weiterführende Literaturhinweise sowie Fragebögen, Abbildungen, Tabellen und Kopiervorlagen für den Einsatz bei der Durchführung der Psychoedukation.

Bei meiner Analyse des Manuals beziehe ich mich lediglich auf das psychoedukative Basismodul für Patientengruppen (»Psychoedukative Patientengruppen«, BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a). Dieses Modul gilt als eines der am häufigsten eingesetzten Manuale (vgl. BEHRENDT 2004, S. 107; RUMMEL-KLUGE et al. 2008, S. 44). Wie bereits in Kapitel 10 ausgeführt, war dies ein Hauptgrund, es überhaupt für die Analyse auszuwählen.

Im Manualtext des Basismoduls sind der theoretische Hintergrund sowie die organisatorischen und didaktischen Aspekte meist nur kurz und stichwortartig

---

\* In der 2. Auflage von APES (2010) ist dieses Kapitel unter Mitarbeit von Jürgen Gallinat überarbeitet worden.

gehalten. Eine ausführlichere Darstellung geschieht sowohl in den theoretischen Grundlagen im ersten Teil des Arbeitsbuches PsychoEduktion als auch in den Ausführungen zu organisatorischen und therapeutisch/didaktischen Aspekten im zweiten Teil. Deshalb sind der erste und der zweite Teil von APES selbst als Bestandteil jedes der drei psychoedukativen Programme anzusehen. Zusätzlich weisen die Autoren im Basismodul (vgl. BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 65) auch noch ausdrücklich auf das Ratgeberbuch von BÄUML (2008) hin, das die Informationen über die Erkrankungshintergründe und die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen detaillierter darstellt. Deshalb lege ich bei meiner Analyse insgesamt drei Quellentexte zu Grunde:

1. Das psychoedukative Basismodul für Patientengruppen (»Psychoedukative Patientengruppen«, BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a). Nachstehend bezeichne ich dies als »Basismodul« oder »Manual«.
2. Folgende manualübergreifende Kapitel aus APES:
  - Einleitung (BÄUML 2005 a)
  - Anleitung zum effizienten Gebrauch des Manuals (BÄUML 2005 b)
  - Allgemeine Einführung zur Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b)
  - Neurobiologische Grundlagen schizophrener Erkrankungen und Implikationen für die Pharmakotherapie (JUCKEL & HEINZ 2005)
  - Psychotherapeutische Verfahren in der Behandlung von schizophrenen Erkrankungen (PITSCHEL-WALZ et al. 2005)
  - Organisatorische Aspekte der Durchführung psychoedukativer Basismodule (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a)
  - Psychotherapeutische Strategien und didaktische Elemente in der Psychoedukation (PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b)

Wenn ich mich auf eines dieser Kapitel beziehe, spreche ich im Folgenden von »Begleittext« mit jeweiliger Angabe der Autoren.

3. Das Ratgeberbuch von BÄUML (2008) mit dem Titel: »Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis«.

Das Manual beschreibt nacheinander acht thematisch aufeinander aufbauende Gruppensitzungen, deren Aufbereitung nach gleichen Rubriken gegliedert ist (vgl. BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 64 f.). Zuerst wird die generelle *Problemstellung* dargelegt, die dem thematischen Schwerpunkt der jeweiligen Sitzung zugrunde liegt, und die Zielsetzung beschrieben. Daraus leiten sich die zu vermittelnden *Informationsinhalte* und die *emotionalen Inhalte* für das Treffen ab, die tabellarisch aufgelistet werden. Daran schließen sich stichwortartig mit kurzen Textpassagen Hinweise für das *praktische Vorgehen* an, wie die Eröffnungsrunde, die Informationsvermittlung, die emotionale Entlastung und die Schlussrunde gestaltet werden können. Ergänzend werden *Besonderheiten* beschrieben, die sich eventuell aus dem Sitzungsthema ergeben und zu beachten sind.

### 12.1.2 Äußerer Rahmen des Basismoduls

Angaben über die Gestaltung des äußeren Rahmens sind sowohl im Manual selbst (vgl. BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a) als auch in einigen der Begleittexte zu finden (vgl. BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, 2005 b). Das Basismodul ist speziell für den stationären Behandlungsbereich entwickelt worden. Es umfasst acht Sitzungen, die ein- bis zweimal wöchentlich stattfinden, sodass es in einer Zeit von circa vier bis fünf Wochen durchlaufen ist. »Optimal wäre, die wesentlichen Themen in einer längerfristigen Gruppe zu bearbeiten.« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 133). Doch mit diesem knappen, überschaubaren Zeitrahmen von acht Sitzungen will man der zunehmend kürzeren Verweildauer in den Kliniken gerecht werden. Deshalb ist es sinnvoll, auch mit der Teilnahme der stationär aufgenommenen Betroffenen möglichst schon zu beginnen, sobald ihre psychopathologische Situation ein Mindestmaß an Gruppenfähigkeit zulässt (vgl. BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 64). Die acht Sitzungen könnten grundsätzlich von den Gruppenleitern auch in verlängerter oder verkürzter Form angeboten werden (vgl. BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 133).

Aus diagnostischer Sicht kommen für eine Teilnahme alle Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, einschließlich der schizoaffektiven Störung, infrage. Das Basismodul ist sowohl für Ersterkrankte als auch für wiederholt Erkrankte gedacht (vgl. ebd., S. 132). Als Teilnahmevoraussetzungen werden genannt, dass der Betroffene im Einzelgespräch über die diagnostische Einschätzung seiner Erkrankung, den Sinn und die Zielsetzung der Psychoedukation informiert wurde, er gruppenfähig und zu einer Teilnahme bereit ist. Gruppenfähigkeit bedeutet, dass auch eine möglicherweise vorliegende Denkerfahrenheit, psychomotorische Unruhe oder maniforme Symptomatik dem Betroffenen erlaubt, zumindest 30 Minuten relativ ruhig sitzen zu können (vgl. ebd.).

Als Ausschlusskriterien für eine Teilnahme werden formuliert:

- »schwere Unruhezustände im Rahmen von maniformen Erkrankungsbildern
- schwerste Akathisie, sodass Patienten nicht über längere Zeit sitzen bleiben können
- imperative Stimmen mit Handlungskonsequenzen
- schwere Konzentrations- und Auffassungsstörungen, sodass Gruppengespräche nicht verfolgt werden können
- schwere depressiv-suizidale Verstimmungen
- fehlende Krankheitseinsicht mit offener Ablehnung aller therapeutischer Maßnahmen [...]« (vgl. ebd.).

Diese Kontraindikationen sollen aber sehr restriktiv gehandhabt werden. Denn ausdrücklich wird erwähnt, dass Halluzinationen, Wahnerleben, Residual- oder

ausgeprägte Minussymptomatik (Antriebslosigkeit, Verarmung des Gefühlslebens, Rückzugverhalten), kognitive Leistungseinbußen und auch mangelnde Krankheitseinsicht nicht von vornherein und generell als Ausschlusskriterien anzusehen sind. Die Verfahrensweise in der Psychoedukation müsse sich dann eher daran anpassen (z. B. mehr Pausen, kürzere Dauer, reduzierte Informationsmenge, begrenzte Anzahl krankheitsuneinsichtiger Patienten aufnehmen) (vgl. ebd., S. 132 f.). Eine Teilnahme auf Probe kann Gruppenängste abbauen oder ambivalenten Patienten den Zugang ermöglichen (vgl. ebd., S. 135).

Wiederholte Teilnahme ist nicht ausgeschlossen und manchmal auch wünschenswert. Sie kann vorhandenes Wissen auffrischen und vertiefen. Durch eine andere Gruppenzusammensetzung ergeben sich im Erfahrungsaustausch neue Handlungsoptionen und Einsichtsmöglichkeiten. Gruppenwiederholer können sich zudem aktiv an der Informations- und Erfahrungswertung beteiligen (vgl. ebd., S. 134; BÄUML <sup>2</sup>2008, S. 135).

Bezogen auf die Gruppenleitung gibt es im Arbeitsbuch PsychoEduktion unterschiedliche Angaben. Nach dem Begleittext über organisatorische Aspekte (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a) kommen »im Prinzip alle psychiatrisch tätigen Berufsgruppen in Betracht (Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Pflegekräfte)« (S. 133). Diese Aussage deckt sich mit einer tabellarischen Angabe im Manual (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 64). Doch im erklärenden Text dazu wird die auf den ersten Blick als grundsätzlich gleichberechtigt wirkende Berufsgruppennennung in eine Leitung und Ko-Leitung differenziert mit einer deutlichen Berufsgruppenzuordnung. »Als Leiter fungieren in der Regel Ärzte und Psychologen, als Ko-Leiter häufig Sozialpädagogen, Mitglieder des Pflegepersonals oder auch Mitarbeiter anderer Berufsgruppen [...]« (ebd.) Die Gruppen sollten zu zweit geführt werden, um die Leitungsaufgaben klar aufteilen zu können: Der Leiter hält thematisch den roten Faden, der Ko-Leiter beobachtet den Gruppenprozess. Zudem werden ein Austausch und ein Feedback unter den Leitern nach Sitzungsende ermöglicht. Sie können sich in schwierigen Situationen unterstützen und sie sind imstande, unruhige Patienten vorübergehend hinauszubegleiten, ohne den Gruppenablauf unterbrechen zu müssen (vgl. BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 133). Zwei Gruppenleiter garantieren auch Kontinuität während Krankheit und Urlaub, denn ausfallende Sitzungstermine sollten möglichst vermieden werden, da dies die Gruppenkohäsion stört (vgl. ebd., S. 136).

Die einzelne Sitzung dauert maximal 60 Minuten. Sie sollte möglichst vormittags stattfinden. Beides kommt der oftmals eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit zugute. Ein vorher festgelegter verbindlicher Terminplan mit Datum, Uhrzeit, Dauer kann den Teilnehmern bei der ersten Sitzung ausgeteilt werden (vgl. ebd.). Eine wiederkehrende Gruppenstruktur wird als ein wichtiges didaktisches Element gesehen, um Vertrautheit mit dem Gruppenablauf zu ermöglichen

und das Vertrauen in die Gruppenleiter und ihr Konzept zu fördern. Als Struktur einer Gruppensitzung wird folgendes Muster vorgeschlagen:

- Feststellen der Anwesenheit,
- Begrüßung,
- Eröffnungsrunde,
- Wiederholung,
- Erarbeitung des Themenschwerpunktes der Sitzung,
- Abschlussrunde,
- Austeilen von schriftlichem Material und
- Verabschiedung (vgl. BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 145).

Der für die Treffen genutzte Raum sollte ausreichend groß sein, ruhig liegen, eine freundliche Atmosphäre haben und leicht erreichbar sein. Unter Umständen muss der Gruppenraum auf der geschlossenen Station sein, sodass akut kranke Menschen ebenfalls teilnehmen können (vgl. BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 134).

Der Organisationsform »Gruppe« wird nach dem Begleittext zur allgemeinen Einführung in die Psychoedukation (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b) der Vorzug vor dem Einzelgespräch gegeben, weil zum einen das die Arbeit zu »ökonomisieren« (S. 8) hilft und zum anderen eine Gruppe einige therapeutisch günstige Vorteile mit sich bringt, wie z. B. Gruppenkohäsion, Solidarität, Erfahrungsaustausch untereinander, andere Menschen mit ähnlichen Fragestellungen erleben, Gruppe als Möglichkeit zum Feedback, zum Modell-Lernen, für Rollenspiele usw. (vgl. ebd.). Die Gruppengröße kann laut Manual (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a) zwischen 8 und 15 Personen schwanken (vgl., S. 64), laut Begleittext über organisatorische Aspekte (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a) zwischen sechs und zwölf (vgl., S. 134). Nach Beginn des Basismoduls sollten in der Regel keine neuen Patienten aufgenommen werden. »Geschlossene Gruppen mit einem konstanten Teilnehmerfeld sind zu bevorzugen!« (ebd.) Das hat einmal inhaltliche Gründe, da die besprochenen Themen aufeinander aufbauen, aber auch gruppenspezifische, weil in einer geschlossen geführten Gruppe eine vertrauensvolle Atmosphäre besser wachsen kann und eine Gruppenkohäsion eher gelingt (vgl. BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 144). Das schließt nicht aus, dass es manchmal sinnvoller ist, die Gruppen offen zu führen, z. B. bei Langzeitgruppen, oder um neu aufgenommene Patienten schneller eine Teilnahme zu ermöglichen (vgl. BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 134).

Zu APES gehört auch eine CD-ROM, die verschiedene Materialien zur Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung bereithält: Teilnehmerliste, Checkliste für besprochene Inhalte, Stundenprotokoll, Wissensfragebogen zur Überprüfung des Wissenszuwachs bei den Teilnehmern und ein Feedback-Bogen zum Abschluss nach den acht Sitzungen (vgl. ebd., S. 135). Den angekündigten Vordruck eines Feedback-Bogens für das Basismodul für Patienten habe ich auf der CD-ROM nicht finden können.

### 12.1.3 Inhaltliche Gestaltung des Basismoduls

Laut Manual (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, vgl. S. 65–86) umfasst das »Curriculum« (ebd., S. 66) acht Themenschwerpunkte, die inhaltlich aufeinander aufbauen. Es sind dies:

1. *Erste Sitzung: Begrüßung und Einführung* (»Bin ich hier denn richtig?«) Es wird der organisatorische Rahmen besprochen, die Gruppenregeln, die Inhalte und Ziele des Curriculum. Neben einem ersten Erfahrungsaustausch untereinander, der dem Betroffenen deutlich macht, dass er mit der Problematik nicht alleine ist, wird die Frage besprochen, welchen Personen wie viel von der Diagnose »Schizophrenie« zu erzählen ist.
2. *Zweite Sitzung: Krankheitsbegriff, Symptomatik, Diagnostik* (»Ist das überhaupt eine Psychose?«) In dieser Sitzung soll »Ordnung in das vermeintliche Chaos der Symptomvielfalt« (ebd., S. 67) und der Begrifflichkeiten gebracht werden, um die eigenen Beschwerden besser ein- und zuordnen zu können.
3. *Dritte Sitzung: »Somatische Brücke«* (»Wie passen Chemie und Seele zusammen?«) Anhand eines vereinfachten Synapsen-Modells wird der Dopamin-Überschuss im limbischen System dargestellt, der nach heutigem Erkenntnisstand verantwortlich für die der Plussymptomatik der Schizophrenie (Wahnerlebnisse, Halluzinationen, Ich-Störungen) zugrunde liegenden Informationsverarbeitungsstörung im Gehirn gemacht wird. Damit erhält die Krankheit ein nachvollziehbares Erklärungsmodell, das eine Berechenbarkeit und Behandelbarkeit impliziert. Auf dieser Grundlage werden die Wirkprinzipien von Neuroleptika und die Selbsthilfemöglichkeiten verdeutlicht.
4. *Vierte Sitzung: Ursachen – Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell* (»Ich war schon immer sensibler und unkonventioneller als andere ...«) Vulnerabilität, Stress und entsprechendes Coping-Verhalten werden besprochen. Das Vulnerabilitätskonzept formuliert ein Zusammenspiel von bio-psycho-sozialen Faktoren, die eine Psychose auslösen, und bietet Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Faktoren durch Medikamente, Psychotherapie und psychosoziale Maßnahmen. Dadurch soll deutlich werden, dass Psychose multifaktoriell bedingt ist und nicht als Folge persönlichen Versagens anzusehen ist.
5. *Fünfte Sitzung: Medikamente und Nebenwirkungen* (»Schaden diese Medikamente nicht mehr, als sie nutzen?«) Es wird über klassische und atypische Neuroleptika mit ihrem Wirkungs- und Nebenwirkungsspektrum, über ihre Dosierung, ihre Darreichungsformen und ihren Einsatz als Rezidivprophylaxe informiert, um die Medikamentencompliance zu erhöhen.
6. *Sechste Sitzung: Psychotherapie und Psychosoziale Maßnahmen* (»Kann man den inneren Knackpunkt finden?«) Zur Orientierungs- und Entscheidungshilfe

wird darüber gesprochen, welche psychotherapeutischen Methoden und psychosozialen Maßnahmen sich bei Schizophrenie bewährt haben und welche nicht.

7. *Siebte Sitzung: Rezidivprophylaxe, Frühwarnzeichen, Krisenplan* («*Wie lange muss ich das Gras wachsen hören?*») Da bei der Erkrankung grundsätzlich mit einem Rezidiv zu rechnen ist, wird die Notwendigkeit einer medikamentösen Rezidivprophylaxe deutlich gemacht und begründet, die Wahrnehmung individueller Frühwarnzeichen geschult und ein Notfallplan entwickelt. Diese Maßnahmen dienen einer aktiven Rezidivverhinderung.
8. *Achte Sitzung: Abschluss-Sitzung* («*Wie wird es weitergehen?*«/«*Habe ich jetzt das Schlimmste hinter mir?*«) Die Sitzung ist gedacht zum Wiederholen und Einprägen zentraler Informationen, zur Klärung offener Fragen sowie für Empfehlungen zu weiterführenden Therapien, Literatur und lokalen Selbsthilfegruppen. Der gewonnene Wissenszuwachs und die Vermittlung neuer Bewältigungsstrategien werden noch einmal hervorgehoben, um zu verdeutlichen, dass der Betroffene mehr und mehr ein »eigener »Experte« auf dem Gebiet der psychotischen Erkrankungen« (ebd., S. 87) wird.

#### 12.1.4 Evaluations- und Forschungsergebnisse

Die psychoedukativen Basismodule für Betroffene und Angehörige aus APES sind im Rahmen der Münchner PIP-Studie (Psychose-Informationen-Projekt) bezüglich spezifischer Out-come-Variablen auf kurz- und langfristige Effekte (ein, zwei, sieben Jahre) evaluiert worden. Hier gebe ich lediglich die wesentlichsten Ergebnisse und ihre Interpretation wieder, die sich auf das Patientenkollektiv beziehen. Eine ausführliche Darstellung findet sich bei BÄUML et al. (1999), BÄUML und PITSCHER-WALZ (2005 b, S. 11–13) oder BÄUML (2007).

1. *Feedback*: 93 % der regelmäßig teilnehmenden Patienten empfanden das Basismodul nach den acht Sitzungen als hilfreich/sehr hilfreich, 91 % fühlten sich zum Thema Psychose gut/sehr gut informiert.
2. *Rehospitalisierungsrate*: 21 % der Patienten der Interventionsgruppe (Standardbehandlung und Psychoedukation) wurden innerhalb eines Jahres nach Entlassung wieder stationär aufgenommen (38 % der Kontrollgruppe, lediglich mit Standardbehandlung), nach zwei Jahren waren es 41 % (Kontrollgruppe: 58 %). Bei einer kleinen Teilstichprobe (n = 24) lagen die Werte nach vier Jahren bei 46 % und nach sieben Jahren bei 54 % (Kontrollgruppe 63 % und 88 %, n = 24). Zudem waren die Anzahl der Rezidive pro Patient der Kontrollgruppe nach zwei und sieben Jahren signifikant höher war als bei den Patienten der Interventionsgruppe.

Wird die Rehospitalisierungsrate in Abhängigkeit der Anzahl bisheriger Klinikaufenthalte gesetzt, ergibt sich folgendes Bild: Bei Ersthospitalisierten war die Rehospitalisierungsrate nach einem, zwei und sieben Jahren nicht signifikant unterschiedlich zu der der Kontrollgruppen. Hier scheint es sich »um einen Deckeneffekt zu handeln; die potenziellen Vorteile [...] sind innerhalb des kurzen Beobachtungszeitraumes angesichts des ohnehin guten Verlaufs in der Kontrollgruppe noch nicht zum Tragen gekommen« (BÄUML et al. 1999, S. 167). Einen deutlichen Unterschied gab es jedoch bei den Betroffenen, die bereits einen bis fünf Klinikaufenthalte hatten: 18 % mussten nach einem Jahr (Kontrollgruppe: 47 %) und 34 % nach zwei Jahren (Kontrollgruppe: 65 %) wieder stationär aufgenommen werden. Ähnlich signifikant waren die Werte der Teilstichprobe, die nach sieben Jahren untersucht wurde (38 % vs. 87 %). Bei Patienten mit sechs und mehr Voraufenthalten zeigten sich bei beiden Gruppen keine Unterschiede mehr. »[...] bei diesem Klientel scheint die ausschließliche psychoedukative Kurzzeitintervention von 8 Sitzungen nicht mehr ausreichend, um einen Langzeiteffekt zu erzielen.« (BÄUML 2007, S. 120)

3. *Angehörige*: Nehmen sowohl Betroffene als auch Angehörige regelmäßig jeweils an psychoedukativen Gruppen teil (bifokaler Ansatz), fällt die stationäre Wiederaufnahmerate geringer aus, als bei einer alleinigen Teilnahme nur der Betroffenen.
4. *Anzahl der Krankenhaustage*: Jeder Patient der Interventionsgruppe verbrachte im ersten Jahr nach der Entlassung im Schnitt 17 Tage in der Klinik, im zweiten Jahr weitere 21 Tage. Patienten der Teilstichprobe wurde innerhalb sieben Jahre durchschnittlich 75 Tage stationär behandelt. (Kontrollgruppe: 30 Tage im ersten Jahr, weitere 46 Tage im zweiten Jahr, 225 Tage innerhalb von sieben Jahre). Patienten der Kontrollgruppe waren häufiger und länger in der Klinik als die der Interventionsgruppe. »Daraus kann gefolgert werden, dass die Interventionspatienten aufgrund ihrer psychoedukativ bedingten Complianceverbesserung in der Lage waren, mit erneut auftretenden Krankheitsepisoden effizienter zurechtzukommen. Bei auftauchenden Rezidiven haben sie rascher Hilfe aufgesucht und waren mit einer konsequenteren Dosiserhöhung einverstanden, sodass die erforderlichen stationären Aufenthalte signifikant kürzer verliefen.« (ebd., S. 124 f.)
5. *Medikamenten-Compliance*: Durch eine Kombination von Arzt-Rating und einer regelmäßigen Plasmaspiegelbestimmung wurde die Compliance eingeschätzt, mit dem Ergebnis, dass zum Zeitpunkt der Entlassung 85 % der Patienten der Interventionsgruppe eine gute/sehr gute Compliance hatten, ein Jahr und zwei Jahre später waren es jeweils 80 %, nach sieben Jahren 83 %. (Kontrollgruppe: 81 % bei der Entlassung, 58 % nach einem Jahr, 55 % nach zwei Jahren, 83 % nach sieben Jahren): »Während es in der In-

terventionsgruppe zu einer anhaltenden Stabilisierung der guten Ausgangscompliance kam, erreichten die Kontrollpatienten erst nach sieben Jahren dieses gute Compliancenniveau.« (ebd., S. 129) Zu berücksichtigen ist, dass die Compliance in beiden Gruppen von vornherein als hoch zu werten ist, da die Stichprobenteilnehmer bereit waren, an einer Studie teilzunehmen, zum Teil über einen Zeitraum von sieben Jahren. »Die Kontrollgruppenpatienten haben offensichtlich während der sich immer wieder einstellenden Krankenhausaufenthalte aus ihren früheren Compliancefehlern gelernt und zu einem kooperativeren Behandlungsverhalten gefunden.« (ebd., S. 125)

6. *Medikamentendosis*: Im Schnitt hatten die Patienten der Interventionsgruppe eine höhere Dosis (gemessen an Chlorpromazineinheiten, CPZ) an Psychopharmaka eingenommen als die der Kontrollgruppe. »Diese Zahlen zeigen, dass die psychoedukativ bewirkte Verbesserung der Compliance über eine Erhöhung der regelmäßig eingenommenen CPZ-Einheiten zu einer signifikanten Reduktion der Wiederaufnahmeraten und stationär verbrachten Krankenhaustage führte.« (ebd., S. 122) Deshalb kann eine »risikoreichere Niedrigdosisstrategie nicht empfohlen werden [...]« (ebd., S. 126).
7. *Nebenwirkungen*: Die objektiv messbaren motorischen Nebenwirkungen hatten nach einem und nach sieben Jahren ein ähnliches Niveau in beiden Gruppen, ebenso die subjektiven Zufriedenheitswerte mit leichten Vorteilen für die Interventionspatienten, obwohl diese eine höhere Medikamentendosis einnahmen. In der Kontrollgruppe wurde nach einem Jahr ein höheres Maß an subjektiver Belastung angegeben. »Dies lässt sich am ehesten daraus erklären, dass die psychoedukativ geschulten Interventionspatienten besser in der Lage waren, nebenwirkungsbedingte Beschwerden differenzierter von morbogen bedingten Beeinträchtigungen zu unterscheiden. Kontrollgruppenpatienten ohne die entsprechende Instruktion waren eher in Gefahr, krankheitsbedingte Beschwerden automatisch auf die Medikation zu attribuieren, obwohl sie insgesamt eine geringere Dosis einnahmen.« (ebd., S. 122).
8. *Psychopathologischer Befund und soziales Funktionsniveau*: Der psychopathologische Befund sowie das soziale Funktionsniveau hatte nach Einschätzung der Ärzte im Durchschnitt in der Interventionsgruppe wie in der Kontrollgruppe ein vergleichbares Ausgangsniveau bei der Klinikentlassung. Das pathologische Bild verbesserte sich in der Interventionsgruppe signifikant nach einem Jahr und verschlechterte sich leicht nach zwei Jahren (Kontrollgruppe: leichte Verschlechterung nach einem Jahr und zusätzliche leichte Verschlechterung nach zwei Jahren). »Das heißt, die geringe Rate an Rehospitalisierungen und Krankenhaustagen spiegelte sich auch in einer signifikanten Verbesserung der psychopathologischen Werte wider.« (ebd., S. 122 f.) Das soziale Funktionsniveau war nach einem Jahr bei der Interventionsgruppe deutlich besser und nahm nach zwei Jahren leicht ab (Kontrollgruppe: geringe

Verbesserung nach einem Jahr, leichte Verschlechterung nach zwei Jahren, bleibt aber über Ausgangsniveau). Nach sieben Jahren hatten beide Gruppen annähernd gleiche Werte beim psychopathologischen Befund und sozialen Funktionsniveau.

9. *Wissenszuwachs*: Das krankheitsbezogene Wissen wurde mit Multiple-Choice-Fragebögen überprüft. Die durchschnittliche Quote der richtigen Antworten stieg in der Interventionsgruppe im Laufe der Jahre. Der Wissenszuwachs war unabhängig von der Schulbildung der Patienten (vgl. BÄUML et al. 1999, S. 168). Der Wissensscore der Kontrollpatienten verbesserte sich ebenfalls über die Jahre, ohne jedoch das Niveau der Interventionspatienten zu erreichen. BÄUML (2007) führt das auf die Wissensauffrischung anlässlich der wiederholt stationären Behandlungen zurück (vgl. S. 127).
10. *Soziale Adaption und familiäre Zufriedenheit*: Die soziale Adaption wurde an der Arbeits- und Wohnsituation festgemacht. Bei vergleichbarem Ausgangsniveau der Interventions- und Kontrollgruppe hatte nach einem Jahr ein so gut wie gleich hoher Anteil beider Gruppen eine geregelte Arbeit (47 % vs. 48 %), bei höherer subjektiver Zufriedenheit in der Interventionsgruppe (77 % vs. 66 %). Nach zwei Jahren hatten deutlich mehr Patienten der Interventionsgruppe eine Arbeit (49 % vs. 36 %), jedoch mit deutlich geringerer Zufriedenheit im Vergleich zur Kontrollgruppe (76 % vs. 88 %). Nach sieben Jahren hatten 54 % der Interventionsgruppe (46 % der Kontrollgruppe) eine regelmäßige Arbeit, bei höherer Zufriedenheit als in der Kontrollgruppe (67 % vs. 46 %). Eine größere Zufriedenheit mit der Wohnsituation bei der Interventionsgruppe nach einem Jahr entwickelte sich nach zwei Jahren zu einer gleichen Zufriedenheit auf hohem Niveau beider Gruppen. Nach sieben Jahren fiel die Zufriedenheit in der Kontrollgruppe höher aus. Die Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen steigt von 73 % (bei der Entlassung) in der Interventionsgruppe auf 90 % nach einem Jahr und ist nach zwei Jahren bei 88 %, nach sieben Jahren bei 83 % (die Werte der Kontrollgruppe: 70 %, 66 %, 78 %, 75 %). Die Zuversicht bezüglich Zukunft klettert in der Interventionsgruppe von 41 % auf 62 % nach einem Jahr und bleibt nach zwei Jahren auf diesem Niveau (Kontrollgruppe: 43 %, 45 %, 41 %). Nach sieben Jahren fällt sie auf 33 %, in der Kontrollgruppe steigt sie auf 46 %.

Als Gesamtergebnis lässt sich festhalten, dass sich die mittel- und langfristigen positiven Effekte des psychoedukativen Basismoduls in einer signifikanten Verbesserung der Compliance, in der Akzeptanz einer höheren Medikamentendosis und in einer geringeren Anzahl von Rezidiven, stationären Aufenthalten und Krankenhaustagen zeigt (vgl. BÄUML 2007, S. 131).

## 12.2 Verwendung des Lern- und Bildungsbegriffs

In diesem Kapitel wird aufgezeigt, ob und in welcher Weise die Begriffe »Lernen« und »Bildung« in den Manual- und Begleittexten bei APES sowie im Ratgeberbuch von BÄUML (2008) verwendet werden. Das Ergebnis kann als Indikator gewertet werden für den Grad an Bewusstheit darüber, dass das Basismodul Lehr-, Lern- und Bildungsprozesse initiiert.

Das Basismodul hat den Anspruch, Lern- und Bildungsprozesse auslösen zu wollen, wie nachfolgend aufgezeigt. In Kapitel 3.1 wurde »Lernen« bereits als die »relativ überdauernde Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen aufgrund von Erfahrungen« (KÖCK & OTT 2002, S. 435) definiert. Zentrale Elemente der Psychoedukation sind nach BÄUML und PITSCHEL-WALZ (2005 b) die »Informationsvermittlung und emotionale Entlastung« (S. 9). Mit der Informationsvermittlung soll spezifisches Wissen und davon sich ableitende Verhaltensweisen nahegebracht werden. »Die Betroffenen wollen und sollen ihre Krankheit verstehen und begreifen lernen, um daraus die notwendigen Konsequenzen für die weitere Lebensplanung ziehen zu können.« (BÄUML 2008, S. 132) Die emotionale Entlastung hat zum Ziel, Hilfestellungen zur gefühlsmäßigen Verarbeitung und für den Umgang der Patienten mit der Erkrankung zu geben. Damit wird eine positive Auswirkung auf die Einstellung zur Krankheit und die Auswahl der Coping-Strategien angestrebt (vgl. BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 9). Psychoedukation will also mit ihrem Lernangebot einer Wissensvermittlung, einer Erfahrungsauswertung und -verarbeitung auf die Einstellung der Betroffenen zu ihrer Erkrankung, auf ihr (Coping-)Verhalten sowie auf den Aufbau von Coping-Fertigkeiten einwirken – mithin durch Lehrtätigkeiten Lernprozesse initiieren.

Der Begriff »Lernen« findet sich jedoch nicht in den Sachregistern, mit denen APES und das Ratgeberbuch von BÄUML (2008) ausgestattet sind. In APES ist lediglich das Stichwort »indirektes Lernen« (BÄUML et al. 2005, S. 196) aufgeführt.

Auch der Begriff »Bildung« steht nicht in den Sachregistern. Nur im Ratgeberbuch von BÄUML (2008) habe ich eine einzige Textstelle mit dem Begriff »Bildung« gefunden. Bei der Begriffsdefinition von Psychoedukation nennt er für den Begriffsteil »educatio« zwei Übersetzungen: »Erziehung« sowie »Ausbildung« bzw. »Bildung« (vgl. ebd., S. 134). Er verwahrt sich gegen ein Verständnis von Psychoedukation als »seelische Erziehung« (ebd.). »Die zweite Bedeutung des Begriffes, nämlich die der ›Bildung‹, der Aufklärung und Information über die Krankheit als ein Herausführen aus der Unwissenheit bzgl. der Krankheit

mit psychotherapeutischen Mitteln, beschreibt genau das, was die Psychoedukation will.« (ebd.) Hier liegt ein Bildungsverständnis vor, welches Bildung als Herausführung aus einer Unwissenheit durch aufklärende Wissens- und Informationsvermittlung versteht.

Nimmt man das meiner Arbeit zugrunde liegende Bildungsverständnis von DÖRPINGHAUS et al. (2009) auf (vgl. Kapitel 3.1), besitzt Psychoedukation im Grunde ein weit umfassenderes Bildungsangebot, als Bäumel es formuliert. Die Intention des Basismoduls ist, ganz bewusst eine »differenzierte, gedanklich und sprachlich vermittelte Auseinandersetzung« (ebd., S. 10) über die Erkrankung und ihre Auswirkungen auf das Selbst-, Fremd- und Weltverhältnis anzustoßen.

Anhand zweier beispielhafter Textpassagen soll dies nachgezeichnet werden. Im Begleittext zur allgemeinen Einführung über Psychoedukation schreiben BÄUML und PITSCHEL-WALZ (2005 b): »Wichtig ist auch der Aspekt der Trauerarbeit; dadurch soll den Betroffenen eine bessere Akzeptanz des krankheitsbedingten ›So-Seins‹ ermöglicht werden, mit zumindest vorläufiger Relativierung des bisher favorisierten Gesundheitsideals und gezielter Verdrängung der krankheitsimmanenten Vulnerabilität. Die dabei automatisch zur Sprache kommende Sinnfrage bedarf einer behutsamen und taktvoll-humanen Vorgehensweise [...].« (S. 10) Die differenzierte Auseinandersetzung mit der Krankheit und der individuellen Vulnerabilität berührt danach mindestens das Verhältnis zu sich selbst, aber auch das Fremdverhältnis (z. B. warum haben andere Menschen ein geringeres Maß an Vulnerabilität?) und möglicherweise auch das Verhältnis zur Welt, z. B. im Rahmen von Wert- und Sinnfragen.

Die zweite Textpassage stammt aus dem Begleittext »Psychotherapeutische Strategien und didaktische Elemente in der Psychoedukation« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b). Dort heißt es: »Vielen Teilnehmern wird es vor allem durch die Gruppengespräche deutlich, dass die Bewältigung der Erkrankung eine individuelle Herausforderung bedeutet, die unter Beziehung der verfügbaren Hilfen von einer möglichst selbstkompetenten Warte aus zu bestehen ist. Das Ja-Sagen zur eignen Krankheit und die Willensbekundung, den Kampf gegen die Krankheit aufzunehmen, können zu einem sinnstiftenden Vorgang werden, die vielen Patienten wieder eine lebenswerte Perspektive eröffnet [...].« (S. 144) Auch hier wird deutlich, dass die durch Psychoedukation unterstützte differenzierte Auseinandersetzung mit der Erkrankung eine Auswirkung auf das Selbstverhältnis und in der Folge auf das Fremd- und Weltverhältnis bewirken will. Deshalb ist aus meiner Sicht das Verständnis von Bildung im Basismodul implizit weitaus umfassender angelegt, als es begrifflich im Selbstverständnis vertreten wird. Das Basismodul versucht Bildung im erziehungswissenschaftlichen Verständnis nach DÖRPINGHAUS et al. (2009) zu initiieren.

Obwohl das Basismodul den Anspruch hat, Lern- und Bildungsprozesse auslösen zu wollen, spielen – wie schon bei PEGASUS – die Begriffe »Lernen« und »Bil-

dung« weder im Manual noch in den Begleittexten noch im Ratgeberbuch keine weitergehende Rolle. Das zeigt, dass weder die Bewusstheit noch die Sichtweise existiert, das Manual löse beim Betroffenen einen Lern- und Bildungsprozess aus. Eine explizite Erwähnung oder gar Auseinandersetzung darüber, wie weit das Basismodul ein Lern- und Bildungsgeschehen initiiert und wie dies nutzbringend für die Anliegen der Psychoedukation eingesetzt werden kann, geschieht nicht. Das Verständnis des Lehr-, Lern- und Bildungsprozesses bleibt implizit.

Im Folgenden versuche ich dieses implizite Verständnis im Basismodul durch eine Analyse der Quellentexte anhand der dort nachweisbaren Lernprozess-, Vermittlungs- und Aneignungslogik zu erfassen, herauszuarbeiten und darzustellen.

## 12.3 Lern- und Bildungsprozesslogik

Die »Lern- und Bildungsprozesslogik« beschreibt, welche Auffassungen im Basismodul darüber existieren, wie der beabsichtigte Lern- und Bildungsprozess von Statten geht. Sie soll im Folgenden anhand der in Kapitel 6.3 erarbeiteten Analysekriterien herausgearbeitet werden:

1. Welche allgemeine Lern- und Bildungsprozesslogik liegt dem Basismodul zugrunde?
2. Welche Vorstellung existiert darüber, wie Veränderung durch Lernen und Bildung grundsätzlich ermöglicht wird?
3. Wie sind die Rollen und Kompetenzen zwischen Lehrendem und Lernendem verteilt?
4. Welche Erklärungen werden für differente Sicht- und Verhaltensweisen von Lehrendem und Lernendem gegeben?

### 12.3.1 Allgemeine Lern- und Bildungsprozesslogik

Bereits in der Einleitung zu APES wird am buchstäblichen Wortverständnis von »Psychoedukation« die allgemeine Lern- und Bildungsprozesslogik deutlich.

#### Aufklärungsidee

Es ist den Autoren »ein ganz besonderes Anliegen« (BÄUML 2005 a, S. 1), dass Psychoedukation nicht im Sinne von »educare«, also »erziehen«, sondern von »educere« verstanden wird, nämlich »herausführen«. Psychoedukation soll den

Betroffenen »aus einem Informationsdefizit« (ebd.) herausführen. Aufklärung und Wissensvermittlung im Basismodul will »die ›Teilhabe‹ am heutigen Behandlungsfortschritt« (ebd.) ermöglichen. In seinem Ratgeberbuch (BÄUML 2008) geht der Autor auf die Übersetzung von »educatio« ein, die er mit Erziehung, Ausbildung, Bildung angibt (vgl. S. 134). »[...] Erziehung ist keine Aufgabe von Therapeuten! Die zweite Bedeutung des Begriffes, nämlich die der ›Bildung‹, der Aufklärung und Information über die Krankheit als ein Herausführen aus der Unwissenheit bzgl. der Krankheit mit psychotherapeutischen Mitteln, beschreibt genau das, was die Psychoedukation will.« (ebd.) Der Ausdruck »Herausführen aus der Unwissenheit« löst Assoziationen an Kants klassische Definition von Aufklärung aus: Aufklärung als Ausgang des Menschen aus der Unmündigkeit.

### Wissensvermittlung und Informationsverarbeitung

Das Motiv der Wissens- und Informationsvermittlung wird in verschiedenen Variationen wiederholt in den Begleittexten und im Manual sowohl formal als auch inhaltlich genannt. *Formal* gesehen gibt es im Manualtext zu jeder Sitzung eine Rubrik »Informationsinhalte« und praktische Anweisungen für die »Informationsvermittlung«. *Inhaltlich* lassen sich viele Beschreibungen finden, bei denen es um Wissens- und Informationsvermittlung geht. Exemplarisch seien einige angefügt:

- Die Therapeuten sollen »durch den schrittweisen Informationsaufbau und die strukturierte Wissensvermittlung eine gewisse Ordnung in das scheinbare Chaos der Erkrankung bringen« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 140) und wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse zur Verfügung stellen (vgl. ebd.).
- Das Basismodul will »Aufklärungs- und Informationsarbeit« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 8) leisten.
- Im Rahmen der 7. Sitzung (Thema: Rezidivprophylaxe, Frühwarnzeichen, Krisenplan) wird von »Vertrautmachen mit den empirischen Daten« (ebd., S. 85) gesprochen.

Der Lern- und Bildungsprozess läuft im Basismodul über Aufklärung und Informationsweitergabe: vor der Teilnahme am Basismodul war Nicht-Wissen, Halb-Wissen, Teil-Wissen oder Falschwissen, durch Informationsvermittlung ist danach sachgerechtes wissenschaftlich fundiertes Wissen vorhanden.

Die Bedeutung der Wissensweitergabe wird zusätzlich dadurch betont, wenn im Basismodul auf »Einsicht« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 8, S. 10), »Durchblick« (ebd., S. 10), »Aha-Erlebnisse« (ebd.) und eine »gewollten Redundanz« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 65) gesetzt wird. Letzteres soll das Behalten der vermittelten Informationen allgemein fördern, aber zusätzlich

auch einen Lernprozess bei Menschen unterstützen, »die mit Konzentrationsstörungen und Müdigkeit zu kämpfen haben« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 147). Die Lern- und Bildungsprozesslogik ist geprägt von einem Informationsverarbeitungsmodell. Sie geht von einer Weitergabe von Informationen durch den Kliniker und deren Aufnahme vom Betroffenen aus, beides Vorgänge, die sich wiederholen sollen, um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen.

### Positive Erfahrung

Eine weitere Lernprozesslogik ist das Lernen durch Erfahrung. Im Basismodul wird ein Erfahrungslernen durch Ausprobieren und durch Auswertung (positiver) Erlebnisse favorisiert. Positive Erfahrungen sollen bewusst vergegenwärtigt werden, nicht nur im Sinne ihrer Modell-Funktion, sondern auch im Sinne der Verstärkung, der Motivationsbildung und Hoffnungsstiftung.

Zum Beispiel werden die Gruppenleiter im Manualtext (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a) zur 1. Sitzung (Thema: Begrüßung und Einführung) auf Folgendes hingewiesen: »Trotz innerer Ablehnung und eines unterschweligen Widerstandes gegen das schulmedizinische Vorgehen, machen doch die meisten Patienten die Erfahrung, dass sie von den Medikamenten profitieren [...].« (S. 65) Genau diese positiven Erfahrungen gilt es aus Sicht der Autoren zu nutzen, um dadurch mit den Betroffenen über die »individuellen Kausal- und Kontrollattributionen« (ebd.) oder »idiosynkratischen Denkweisen« (ebd.) ins Gespräch zu kommen. Darauf wird in der 5. Sitzung (Thema: Medikamente und Nebenwirkung) noch einmal Bezug genommen. Das »Zulassen dieses Ambivalenzkonfliktes« (ebd., S. 81), zwischen Ablehnung der Medikamente und der mehrmals gemachten »konkreten Erfahrung« (ebd.) der Normalisierung seelischer Befindlichkeit durch Medikamente, »gehört zu den zentralen Entlastungsmomenten dieser Gesprächseinheit« (ebd.). Ähnliche Beispiele, bei denen auf positive Erfahrungen mit Bewältigungstechniken und Therapiemethoden eingegangen wird, lassen sich in der 6. Sitzung aufzeigen (vgl. ebd., S. 83).

Lernen und Bildung durch Erfahrung kann – laut des Begleittexts über die didaktischen Elemente (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b) – in den Gruppensitzungen auch im Sinne eines Übungsfelds ermöglicht werden. Vor allem mithilfe von Rollenspielen können in einer Art Trockenübung neue Verhaltenweisen ausprobiert, erprobt, eingeübt und trainiert werden, um Selbstvertrauen und Selbstsicherheit zu gewinnen (vgl. ebd., S. 143).

## Klassisches behaviorales Lernverständnis

Das Vorgehen im Basismodul ist stark verhaltenstherapeutisch ausgerichtet (vgl. ebd., S. 139; BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 9), folglich ist die Lernprozesslogik auch behavioral geprägt. Ausdrücklich werden im Begleittext, der sich mit psychotherapeutischen Strategien und Didaktik befasst (PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b), als Elemente des Lernvorganges genannt:

- das Modell-Lernen untereinander (vgl. S. 144 f.) und an den Gruppenleitern (vgl. S. 141)
- und die positive Verstärkung sowie das Löschen von Verhaltensweisen (vgl., S. 139, S. 141 f.).

*Lernen am Modell untereinander* heißt im Basismodul, dass die Betroffenen füreinander eine Vorbild- oder Modellfunktion haben können, wenn die Therapeuten »erfolgreiche Patienten ermuntern, zu berichten, wie sie ein Problem/eine Krise gemeistert haben« (ebd., S. 140), wenn sie »ehemalige Patienten in die Gruppensitzung einladen, die darüber berichten können, was ihnen geholfen hat« (ebd.) oder wenn die Kliniker selbst »positive Beispiele früherer Patienten schildern« (ebd.). Von anderen Betroffenen lernen zu können, wird als Vorteil des Gruppensettings gesehen (vgl. ebd., S. 144). Deren authentische Berichte über persönlich hilfreiche Strategien oder »Einstellungsänderungen und die daraus resultierenden Konsequenzen für ihren Alltag« (ebd.) sind »oft informativer, glaubwürdiger und überzeugender als die Ausführungen selbst des besten Therapeuten« (ebd.), zumal wenn diese Schilderungen zusätzlich »vom Therapeuten positiv herausgestellt werden [...]« (ebd.). Lernen am Modell kann sich auch in der Form des »indirekten Lernens« (ebd.) ereignen, wenn z. B. Gruppenteilnehmer Lösungswege, die andere sich in einer Sitzung erarbeitet haben, auf ihre eigene Lebenssituation übertragen. Sie haben sich dann etwas abgeschaut und gelernt, »ohne direkt angesprochen zu sein« (ebd., S. 145).

Dem Erfahrungsaustausch untereinander wird neben seiner Modell-Funktion auch eine emotionale Entlastungsfunktion zugesprochen. Der Betroffene erfährt, nicht als einziger ungewöhnliche Erlebnisse zu haben, wie z. B. Stimmenhören, Verfolgungsgefühle, veränderte Wahrnehmung (vgl. ebd., S. 141). Die Erfahrung, nicht allein zu sein, entlastet von Schuld- und Versagensgefühlen. Auch andere Menschen kommen in ähnliche existenzielle Krisen und müssen stationär behandelt werden. Er trifft auf »Menschen mit ähnlichem Erfahrungs- und Leidenshintergrund« (ebd., S. 144), denen seine Probleme und Ängste nicht fremd sind.

*Lernen am Modell geschieht auch über die Person des Therapeuten* (vgl. ebd., S. 141). Ihm kommt »eine wichtige Modellfunktion zu. Die Teilnehmer sehen ihn als Vorbild und versuchen häufig, seine Einstellungen, Werte und Verhaltensweisen zu übernehmen« (ebd.). In Vorbildfunktion kann er Themen anschnitten, die nicht so leicht zur Sprache kommen (z. B. Umgang mit Suizidgedanken, Angst,

Wut, Trauer, Drogen, Sexualität) und er hilft den Betroffenen »Fortschritte und Erfolge bewusster wahrzunehmen und sie auch auszudrücken [...]« (ebd.).

Sanktionen, Leistungs- oder Veränderungsdruck bezüglich Verhalten und Einstellungen, Überredung und Zurechtweisung werden als »kontraproduktiv« (ebd., S. 140) eingeschätzt und müssen vermieden werden, stattdessen wird auf *positive Verstärkung von Verhaltensweisen* gesetzt (vgl. ebd., S. 141), um »die Wahrscheinlichkeit, dass die Teilnehmer das gewünschte gesundheitsförderliche Verhalten zeigen, zu erhöhen« (ebd.). Der Therapeut soll verbale und nonverbale positive Verstärkung geben für das Erscheinen der Teilnehmer zu den Sitzungen, für die Teilnehmerbeiträge generell, für erwünschtes Verhalten sowie für funktionale Kognitionen (vgl. ebd., S. 141 f.).

Entsprechend wird z. B. im Manual (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a) im Rahmen jeweils der Eröffnungsrunde in der 2., 3., 6. und 7. Sitzung »Verstärkung fürs Kommen« (S. 68, vgl. auch S. 71, S. 83, S. 85) angeraten. Jeder Beitrag eines Teilnehmers sollte verbal und non-verbal durch Hinwendung oder Nicken »verstärkt und anerkannt werden [...]« (PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b, S. 142). Positive Veränderungen im Verhalten und in der Einstellung sowie Berichte von Fortschritten und Erfolgen sind mit entsprechender positiver Rückmeldung seitens des Therapeuten zu versehen (vgl. ebd., S. 141 f., S. 144). Sie »sollten dabei nicht nur das optimale Zielverhalten verstärken, sondern auch die einzelnen kleinen Schritte auf dem Weg zum Verhaltensziel [...]« (ebd., S. 142). Positive Verstärkung zeigt sich auch darin, dass der Therapeut überhaupt »Vertrauen in die Fähigkeit der Patienten signalisiert und ihnen so das Gefühl der Beeinflussbarkeit und der potenziellen Selbstwirksamkeit gibt« (ebd., S. 139) und dies auch mit einer »Forderung nach Eigeninitiative« (ebd.) verbindet. Das zu vermittelnde Vertrauen, selbst Einfluss auf die Erkrankung nehmen zu können, ist gekoppelt mit der Erwartung, diese Fähigkeiten dann auch einzusetzen.

Auf dysfunktionale Bemerkungen sollte möglichst mit *Löschung* reagiert werden. »Um dysfunktionale Äußerungen einzudämmen, reicht es manchmal sie verbal wie nonverbal nicht zu beachten und sich auf die konstruktiven Beiträge innerhalb der Gruppe zu konzentrieren.« (ebd.) Bei massiver Störung wird empfohlen, dass einer der Leiter den Betroffenen vorübergehend hinausbegleitet (vgl. ebd.).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich im Basismodul vier verschiedene allgemeine Lern- und Bildungsprozessarten nachweisen lassen:

- Lernen und Bildung als Aufklärungsidee,
- Lern- und Bildungsprozess als Wissensvermittlung und Informationsverarbeitung,
- Lernen und Bildung durch (positive) Erfahrung und
- klassisches behaviorales Lernverständnis, wie Modell-Lernen, positive Verstärkung und Löschung.

### 12.3.2 Was ermöglicht die Veränderung durch Lernen und Bildung?

Die Frage, wodurch Veränderungen sowohl des Verhaltens und der Einstellung als auch im Selbstbild, im Verhältnis zu anderen und der Welt in der Psychoedukation ermöglicht werden, ist weder in den Begleittexten noch im Manual noch im Ratgeberbuch behandelt worden. Insofern kann die Frage nur indirekt beantwortet werden, indem die vorgenannten Verständnisweisen eines Lern- und Bildungsprozesses (siehe Kapitel 12.3.1) unabhängig von den Quellentexten auf ihr Veränderungspotenzial untersucht werden.

Den einzelnen Verständnisweisen übergeordnet, geht das Manual davon aus, dass die Veränderung durch Lernen und Bildung eines Zeitraumes bedarf. »Eine gewisse Zeit« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 74) wird als notwendig erachtet, um Verhalten oder Einstellungen zu verändern, oder um sich mit einer »nur ungerne akzeptierten Realität« (ebd.) der Erkrankung arrangieren zu können.

Lernen und Bildung als *Aufklärung, Wissensvermittlung und Informationsverarbeitung* geht davon aus, dass sich allein schon durch den Erhalt von neuem Wissen, neuen Informationen und einem entsprechenden aufklärenden-argumentativen Vorgehen kognitive Strukturen um- und aufbauen (vgl. auch GUDJONS<sup>10</sup>2008, S. 222–226). Dies wiederum führt zu einer Veränderung bisheriger Sichtweisen, Einstellungen und Verhaltensweisen. *Erfahrungslernen* ermöglicht diese Ziele über den Weg der Beurteilung bereits gemachter Erfahrungen, des Ausprobierens sowie des Trial-and-Error. Aktuell gemachte Erfahrungen in Relation zu bereits bekannten Erfahrungen zu stellen, führt bei entsprechender Auswertung buchstäblich zu Lern- und Bildungserfahrungen. *Modell-Lernen* ermöglicht Veränderung durch Beobachtung, Identifikation und Nachahmung. Dies setzt voraus, dass das Modell als glaubwürdig erlebt wird und dass mit dem imitierten Verhalten eine Wirksamkeitserwartung verbunden ist (vgl. ebd., S. 216 f.). *Positive Verstärkung* erhöht – im Verständnis eines Reiz-Reaktionsmodells – aufgrund der angenehmen Reaktion die Auftretenswahrscheinlichkeit bestimmter Äußerungen oder Verhaltensweisen, so wie *Löschung* diese Wahrscheinlichkeit erniedrigt. Auf die Erhöhung der Auftretenswahrscheinlichkeit für gewünschtes Verhalten wird im Basismodul ausdrücklich gebaut (vgl. PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b, S. 141).

### 12.3.3 Rollen- und Kompetenzverteilung

Eine Rollenverteilung zwischen Gruppenleiter als Erzieher und Betroffenen als zu Erziehendem wie es der Begriff der »Psychoedukation« nahelegt – wird ausdrücklich abgelehnt (BÄUML 2005 a, S. 1, <sup>2</sup>2008, S. 134). Der Begleittext über die allgemeine Einführung zur Psychoedukation (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b) grenzt sich bewusst gegen eine »tradierte Persuasionsmethode« (S. 10) ab, in der die Aufklärung über die Erkrankung »einseitig und autoritär-direktiv« (ebd.) vermittelt wird. Stattdessen wird eine »partnerschaftliche Begegnung mit dem Patienten [...] als essenziell betrachtet« (ebd., S. 9). Psychoedukation will versuchen, durch »zweiseitige Informationsvermittlung« (ebd.) fair über Vor- und Nachteile der im Basismodul vorgeschlagenen Behandlungsmethode aufzuklären. Zudem ist es »spezifisch psychoedukativ [...], die komplizierte Fachinformation mit laiengerechten Worten sehr anschaulich und didaktisch geschickt aufbereitet zu vermitteln [...]. Nach dem Prinzip ›Wissen ist Macht‹ soll den Teilnehmern signalisiert werden, dass der tradierte hierarchische Wissensvorsprung der professionellen Helfer zugunsten einer solidarisch-partnerschaftlichen Informationsweitergabe umfunktioniert werden soll« (ebd.).

Hier wird zum einen auf die herkömmliche Rollenverteilung zwischen Experte und Laie angespielt, bei der der Experte einen Wissensvorsprung hat und diesen auch bewusst bewahrt (z. B. in der Sprache), um damit den Laien zu führen. Der Wissensvorsprung rechtfertigt die Bevormundung. Zum anderen wird dadurch deutlich, dass im Verständnis des Basismoduls der Gruppenleiter partnerschaftlich zum Betroffenen steht. Jener hat die »Rolle eines Dolmetschers« (ebd. S. 9, BÄUML <sup>2</sup>2008, S. 134), »um die übergeordneten Gesetzmäßigkeiten des Krankheits- und Behandlungsprozesses an die subjektive Sichtweise der Patienten« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 9) nachvollziehbar anzupassen. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse sind in einer Sprache zu präsentieren, die die Betroffenen verstehen. Sie sind »nicht nur inhaltlich, sondern auch sprachlich da abzuholen, wo sie stehen« (PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b, S. 145).

Die Wissensvermittlung dient dem Ziel, die Betroffenen »zu Experten ihrer Erkrankung und der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu machen! Dadurch soll das bisher tradierte Kompetenzgefälle zwischen Erkrankten und professionellen Helfern abgebaut werden« (BÄUML 2005 a, S. 1). Es wird öfter betont, dass der Betroffene eine »Expertenrolle« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 11) hat oder dass er ein »kompetenter Gesprächspartner« (PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b, S. 140) ist. Laut Manualtext (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a) soll der Therapeut z. B. in der Abschlussitzung ein »klares Signal« (S. 87) setzen, dass die Betroffenen durch die Teilnahme an der Psychoedukation »mittlerweile als Krankheitsexperten gesehen werden [...]« (ebd.).

Die Wissensvermittlung wird durchaus auch als reziproker Vorgang verstanden. Im Manualtext wird der Therapeut in der 1. Sitzung auf Folgendes aufmerksam gemacht: »Gruppenleiter sollten explizit erwähnen, dass sie nicht nur als Experten, sondern immer auch als Lernende in der Gruppe sind, um über den praktischen Erfahrungsschatz der Betroffenen ihr eigenes Wissensrepertoire bezüglich Brauchbarkeit der Therapieverfahren aus der Sicht der Patienten zu erweitern.« (ebd., S. 67) Unter dem Aspekt »Der Therapeut als Modell« wird im Begleittext über die didaktischen Elemente (PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b) empfohlen, dass der Kliniker sich selbst »als Gruppenmitglied begreift, der in und mit der Gruppe etwas lernen kann« (S. 141).

Die Gruppenleiter bleiben im Rollenverständnis des Basismoduls aber dennoch fachliche Experten. Sie haben die Aufgabe mithilfe von Psychoedukation bei dem Betroffenen einen grundsätzlich vergleichbaren Wissensstand aufzubauen. Dies ist die Voraussetzung, um dem Wunsch des »Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen« nach »Verhandeln statt Behandeln« überhaupt nachkommen zu können (vgl. BÄUML 2005 a, S. 1). Eine faire und gleichberechtigte Verhandlungsebene (vgl. ebd.) beruht auf einem ähnlichen Wissenstand. Diese Haltung bekräftigt BÄUML (2008) in seinem Ratgeberbuch, wenn er schreibt: »Wer sich selbst fachkundig macht und sich informiert, kann auch selbst bei der Behandlung mitreden und diese aktiv mitgestalten!« (S. 135) Deshalb ist es aus Sicht des Basismoduls »ganz selbstverständlich« (BÄUML 2005 a, S. 1), dass die Betroffenen »in die Auswahlentscheidung für das am besten geeignete Antipsychotikum und die erforderlichen psychosozialen Behandlungsmaßnahmen einbezogen werden« (ebd.). Ziel ist es, möglichst eine gemeinsame Entscheidung zwischen Arzt und Patient über die Therapiemaßnahmen herbeizuführen. In der Medizinsoziologie wird dies als »shared decision making« bezeichnet. Im Begleittext über die Grundlagen der Pharmakotherapie (JUCKEL & HEINZ 2005) verwenden die Autoren auch genau diesen Begriff (vgl. S. 31).

Im Manual (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a) wird in der 7. Sitzung (Thema: Rezidivprophylaxe, Frühwarnzeichen, Krisenplan) im Rahmen von Krisenmanagement über die Möglichkeit einer Behandlungsvereinbarung informiert (vgl. S. 84). Eine Behandlungsvereinbarung zwischen Therapeut und Betroffenen auszuhandeln, ist ebenso ein Ausdruck der Forderung nach Verhandeln statt Behandeln und kann eine Form der »shared decision making« sein.

In solch einer Vereinbarung wird in gesunden Phasen schriftlich festgelegt, »welche medikamentösen und psychotherapeutisch/psychosozialen Maßnahmen [...] im Falle einer akuten Wiedererkrankung mit abnehmender Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft« (BÄUML 2008, S. 169) ergriffen werden und welche nicht. »Patient und Klinik verpflichten sich so weit wie möglich, diese Richtlinien einzuhalten [...]« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 84).

Die fachliche Basis, worauf sich der Expertenstatus des Gruppenleiters begründet, gibt auch den Spielraum für das Prinzip, verhandeln statt behandeln, vor: das Vulnerabilitätskonzept mit seinem wissenschaftlichen Verständnis von Schizophrenie sowie den sich daraus ableitenden, empirisch fundierten medikamentösen, psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungsweisen. Der Gruppenleiter muss »eine klare Grundposition hinsichtlich der schulmedizinischen Krankheitssicht vertreten, um eine berechenbare Orientierungshilfe für alle Betroffenen zu sein. Das heißt, die als notwendig erachteten Behandlungsschritte dürfen nicht beliebig minimalisiert werden [...]« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 10). Doch laut Manualtext (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a) soll der Therapeut in der 5. Sitzung (Thema: Medikamente und Nebenwirkungen) klarstellen, »dass letztendlich die Patienten [...] selbst entscheiden müssen, welchen Weg sie gehen wollen« (S. 77).

Bezogen auf die Rollen- und Kompetenzverteilung lässt sich zusammenfassend sagen, dass im Basismodul das klassische Verhältnis zwischen medizinischem Experten und Laie bewusst abgelehnt wird. Durch Psychoedukation sollen die Gruppenleiter als Fachexperten, auf der Basis gegenwärtiger wissenschaftlicher Erkenntnisse dem Betroffenen einen vergleichbaren Wissensstand vermitteln, damit er zum Krankheitsexperten sowohl im Krankheitsverständnis als auch in den Behandlungskonsequenzen wird sowie in die Mitentscheidung über therapeutische Maßnahmen einbezogen werden kann. Der Lern- und Bildungsvorgang wird als reziprok betrachtet: auch der Kliniker kann vom Betroffenen lernen.

#### 12.3.4 Erklärungsmuster differenter Sicht- und Verhaltensweisen

Im Basismodul werden häufig differente Sicht- und Verhaltensweisen zwischen Therapeuten und Betroffenen thematisiert: Es geht dabei um nicht den Erwartungen der Therapeuten entsprechende Überzeugungen der Betroffenen, um dysfunktionale Krankheitskonzepte und Verhaltensweisen sowie um mangelnde Krankheitseinsicht bzw. (Medikamenten-)Compliance. So wird z. B. in den Begleittexten von »dysfunktionalen Aussagen« (PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b, S. 140) oder »von der Schulmedizin abweichende Meinungen« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 9) gesprochen. Oder laut Manualtext (ebd.) zur 1. Sitzung gilt als eine Aufgabe des Basismoduls, »bisher verkrustete antipsychiatrische Sichtweisen und Grundüberzeugungen aufzuweichen und zu relativieren« (ebd., S. 65). Im Rahmen der 5. Sitzung (Thema: Medikamente und Nebenwirkungen) geht es um »Widerstand gegen die Medikation« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 81) und in der 7. Sitzung (Thema: Rezidivprophylaxe, Frühwarnzeichen, Krisenplan) um »wenig einsichtige Patienten« (S. 85).

Für differente Sicht- und Verhaltensweisen werden unterschiedliche Erklärungsansätze gegeben:

- *Differente Auffassungen sind krankheitsbedingt zu verstehen.* Im Ratgeberbuch schreibt BÄUML (2008): »Das Krankheitsgefühl und die Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, nehmen mit fortschreitender Verschlechterung der Psychose rasch ab.« (S. 13) Auch die Frage, ob Betroffene in bestimmten Zuständen aus Bequemlichkeit bestimmte Verhaltensweisen nicht zeigen wollen oder an sich nicht zeigen können, sollte seiner Meinung nach im Zweifelsfall zugunsten eines fast immer Nichtkönnens als »Zeichen einer krankheitsbedingten Energieeinbuße« (ebd., S. 18) entschieden werden.
- *Dysfunktionale Aussagen und Krankheitskonzepte sind individuelle Bewältigungs- und Erklärungsmuster.* Sie können als Versuch gewertet werden, »das unfassbare Krankheitsgeschehen irgendwie begreiflich zu machen bzw. auf individuelle Weise damit umzugehen« (PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b, S. 140).
- *Mangelnde Medikamentencompliance ist eine Reaktion auf die unangenehmen Nebenwirkungen der Medikamente,* die schwerer wiegen als die positive Wirkung und meist früher als diese eintreten (ebd., S. 62, S. 100). »Nebenwirkungen sind subjektiv belastend, deshalb ist die anfängliche Ablehnung des Neuroleptikums ganz normal.« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 80)
- *Mangelnde Medikamentencompliance ist auf fehlende Aufklärung und mangelnde Informiertheit zurückzuführen.* Da »trotz vieler, unangenehmer Vorerfahrungen« (BÄUML 2008, S. 135) – gemeint sind z. B. Rezidive – die Medikamente abgesetzt werden, »besteht die Befürchtung« (ebd.), dass die Betroffenen die gesundheitsstabilisierende Wirkung der Medikamente »nicht richtig nachvollziehen können« (ebd.). Das Rückfallrisiko wird mangels Aufklärung unterschätzt.
- *Medikamente zu nehmen, wird als »persönliche Bankrotterklärung«* (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 81) erlebt. Medikamenteneinnahme kommt einem Eingeständnis gleich, nicht mehr »aus eigener Kraft« (ebd.) sein Schicksal meistern zu können. »Das Angewiesensein auf eine ›chemische Krücke‹ ist zunächst persönlichkeitsfremd und kränkend und untergräbt das eigene Autonomiebedürfnis.« (ebd.)

Im Umgang mit differenten Sicht- und Verhaltensweisen wird in den Begleittexten empfohlen, den Patienten einen »Eigensinn« (PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b, S. 140, vgl. auch BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 9) zuzugestehen und nicht mit Veränderungsdruck, Sanktionen, Überreden oder Zurechtweisung zu antworten (vgl. PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b, S. 140). Im Manual (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a) werden z. B. die Gruppenleiter in den Ausführungen zur 5. Sitzung (Thema: Medikamente und Nebenwirkungen) angehalten: »Konfrontationshaltung unbedingt vermeiden!« (S. 81) Es wird zu Verständnis und

Geduld geraten. Sie sollen den »Widerstand gegen die Medikation« (ebd.) als »Bemühen deuten, die zweifelsohne vorhandenen individuellen Selbstbewältigungskräfte optimal fördern und sich nicht auf die scheinbar ›faulere chemische Haut‹ legen zu wollen [...]« (ebd.).

Eine verständnisvolle Haltung gegenüber den Ängsten und der Skepsis wird generell als notwendig erachtet, damit die Teilnehmer nicht wegbleiben oder innerlich in Widerstand gehen (PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b, S. 140). Zudem wird wiederholt Respekt, Achtung und Ernstnehmen von abweichendem Verhalten und Einstellungen angemahnt (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 9 f.). Dennoch bleibt die Notwendigkeit zur Aufklärung im Rahmen des Basismoduls bestehen. »Ohne entsprechende Information über die Hintergründe der Krankheit und die Wichtigkeit einer Rückfallbehandlung kann man nicht erwarten, dass die Patienten diese Nebenwirkungen ohne Weiteres auf sich nehmen.« (BÄUML 2008, S. 62) Nur mithilfe eines »ausreichenden Basiswissens über die Behandlung kann das verständliche Unbehagen [...] abgebaut werden« (ebd, S. 63). Bei »ausgeprägten inhaltlichen Diskrepanzen« (PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b, S. 140) sollten die Kliniker »die Teilnehmer um anhaltende Gesprächsbereitschaft bitten, um sich gegenseitig die Chance zu geben, den Gründen für die unterschiedlichen Standpunkte allmählich auf die Spur zu kommen« (ebd.).

Differente Sicht- und Verhaltensweisen werden entweder krankheitsimmanent oder psychologisch als Bewältigungsversuch oder als Reaktion auf medikamentöse Nebenwirkungen oder als mangelnde Informiertheit verstanden. Durch Wissensvermittlung in der Psychoedukation soll Einsicht und Bereitschaft für die (Medikamenten-)Compliance erhöht werden.

## 12.4 Vermittlungslogik

Die »Vermittlungslogik« beschreibt, welche Vorstellungen im Basismodul darüber existieren, was der Lehrende zu tun hat, damit Lernen und Bildung möglich werden. Die Vermittlungslogik nimmt den Lehrenden und seine Perspektive in den Fokus und soll im Folgenden anhand der in Kapitel 6.3 erarbeiteten Analyse-kriterien untersucht werden:

1. Von welcher allgemeinen Vermittlungslogik wird im Basismodul ausgegangen?
2. Worin wird der Lern- und Bildungsanlass gesehen, wie und von wem werden die zu behandelnden Fragestellungen und Lernaufgaben identifiziert und begründet?
3. Welches sind die zentralen Lern- und Bildungsziele?
4. Wie wird das Lern- bzw. Bildungsgeschehen legitimiert?

5. Wie bemisst sich Lern- und Bildungserfolg und wonach werden Lern- bzw. Bildungsprozesse bewertet?

Zahlenmäßig sind auch hier – wie bei PEGASUS – die Textpassagen, die das Verständnis der Vermittlungslogik direkt ausdrücken oder aus denen es herausgelesen werden kann, häufiger als jeweils die Quellenangaben, die Hinweise zur Lern- und Bildungsprozesslogik oder zur Aneignungslogik geben. Im Begleittext von PITSCHEL-WALZ und BÄUML (2005 b) über psychotherapeutische Strategien und didaktische Elemente in der Psychoedukation werden in einem gut zwei Seiten umfassenden Unterkapitel (vgl. S. 145–147) ausdrücklich didaktische Fragestellungen behandelt. Diese zum Teil pädagogischen Überlegungen sind im Vergleich zu allen anderen fünfzehn psychoedukativen Manualen (siehe Kapitel 4.4.3) die, die noch am ausführlichsten sind. Lediglich das Manual »Psychoedukative Familienintervention (PEFI)« (Nr. 16 der Übersicht in Kapitel 4.4.3) hat durch seine Veröffentlichung innerhalb von APES die identischen pädagogischen Überlegungen wie das Basismodul.

### 12.4.1 Allgemeine Vermittlungslogik

Der Kliniker will und soll den Betroffenen ein wissenschaftlich begründetes »Wissenspaket« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 9) mit bestimmter Zielvorgabe vermitteln. Die Zielvorgabe ist laut Klappentext des Arbeitsbuchs (APES) die Verbesserung des Krankheitskonzepts, der Compliance und der Ausschöpfung des Selbsthilfepotenzials. Das Vorhaben einer Vermittlung von Wissen wird ausgedrückt durch die häufige Verwendung des Wortes »(Informations-)Vermittlung« (z. B. BÄUML 2005 b, S. 3; BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 9; JUCKEL & HEINZ 2005, S. 18, S. 25; BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 65) sowie Verben, wie z. B. »vermitteln« (z. B. BÄUML 2005 b, S. 3; BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 9; JUCKEL & HEINZ 2005, S. 34; PITSCHEL-WALZ et al. 2005, S. 58), »anleiten« (z. B. BÄUML 2005 b, S. 3) oder »verständlich machen« (vgl. z. B. ebd.).

### Informationsvermittlung

Laut Einleitung zu APES (BÄUML 2005 b) enthält das Basismodul die »wissenschaftlich abgesicherte Quintessenz des derzeitigen Wissens [...]« (S. 3). Das zu vermittelnde Vulnerabilitätskonzept ist das – gemäß des Begleittexts über neurobiologische Grundlagen der Schizophrenie (JUCKEL & HEINZ 2005) – »am besten etablierte und den Betroffenen vermutlich am einfachsten zu vermittelnde

Krankheitsmodell schizophrener Erkrankungen [...]« (S. 18). Das Wissenspaket ist bereits fertig geschnürt und steht in Form des Basismoduls grundsätzlich jedem Kliniker zur Verfügung, damit er sich »ohne übergroßen Vorbereitungsaufwand und ohne zu komplizierte Vorüberlegungen« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 65) an die Arbeit machen kann.

»Typisch« (ebd.) für Psychoedukation ist eine »Informationsvermittlung bei gleichzeitiger Kombination mit einer situationsadäquaten emotionalen Entlastung« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 9). Die *Informationen* umfassen die Symptomatik und Diagnose, das Vulnerabilitätskonzept sowie die sich daraus ableitende medikamentöse Akuttherapie, die Langzeittherapie (medikamentöse Rezidivprophylaxe, psychotherapeutische Behandlung, psychosoziale Maßnahmen) und Selbsthilfestrategie, wie z. B. Gesundheitsverhalten, Früherkennung und Krisenmanagement. Diese Informationsvermittlung soll neben Aufklärung auch eine *emotionale Entlastung* leisten. Sie will beispielsweise die Angst vor Stigmatisierung und Chronifizierung reduzieren, Schuld- und Versagensgefühle abbauen, die vermeintliche Einmaligkeit des eigenen Schicksals relativieren, den Erfahrungsaustausch mit anderen Schicksalsgenossen fördern sowie Mut und Hoffnung vermitteln (vgl. ebd.). Im Manual werden für jede Sitzung die relevanten Informationsinhalte *und* die emotionalen Themen, die zu der zu besprechenden Fragestellung gehören, aufgelistet. Der Therapeut wird im Manualtext angehalten, die emotionalen Themen »aktiv zur Sprache [zu] bringen, sofern diese während des Gruppenprozesses nicht spontan auftreten« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 65, Zusatz vom Verfasser). Die Betonung der Notwendigkeit emotionaler Entlastung zeigt, dass die Vermittlungslogik auf zwei Säulen steht: »strukturierte Informationsvermittlung bei gleichzeitig Eingebettetsein in eine Gruppe von gleichgesinnten Schicksalsgenossen [...]« (ebd.).

### Emotionale Entlastung in der Gruppe

Der Gruppe und der Gruppenatmosphäre kommt eine zentrale Funktion bei der Vermittlungslogik zu. Ihnen werden im Begleittext über die psychotherapeutischen Strategien und didaktischen Elemente (PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b) eigene Unterkapitel (S. 143–145) gewidmet, die als Beschreibung der notwendigen und hilfreichen Lernatmosphäre für das Basismodul gelesen werden können. Die Erfahrung in der Gruppe, dass auch andere Menschen in ähnliche Krisen geraten und stationär behandelt werden müssen oder dass man füreinander Verständnis haben kann, bedeutet, »eine emotionale Entlastung« (ebd., S. 144). Die Gruppe schafft die Möglichkeit, voneinander zu lernen, Solidarität untereinander zu erfahren und sie hat die Funktion als »Hoffnungsspender« (ebd.): Teilnehmer, denen es schlecht geht, treffen andere Betroffene mit deutlichen

Besserungen. Eine »warme, vertrauensvolle Atmosphäre, in der alle aktiv und ohne Angst vor Kritik oder Zurückweisung an der Gruppenarbeit teilnehmen und voneinander profitieren können« (ebd.), wird als *wesentlich* erachtet. Dieses »kooperative Gruppenklima« (ebd.) wird durch Einführung von Gruppenregeln (z. B. ausreden lassen, keine Seitengespräche usw.) sowie durch eine an den Variablen des Personenzentrierten Ansatzes von Carl Rogers orientierte Haltung des Therapeuten (vgl. BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 10) unterstützt.

## Didaktische Elemente

Die Wissensvermittlung soll gemäß des Begleittexts über die didaktischen Elemente (PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b) deshalb »nicht lehrerhaft« (S. 145), weder als »Schulunterricht« (ebd.) noch als »Frontalunterricht« (ebd.) noch im »Vortragstil« (ebd., S. 146) geschehen. Als allgemeine didaktische Elemente, die teilweise auch störungsspezifisch zu sehen sind, werden von den Autoren genannt (vgl., S. 145):

- wiederkehrende Gruppenstruktur zur Vertrauensförderung,
- Vermeidung von Fachsprache,
- Vermeidung von Informationsüberflutung, um der Aufnahmekapazität der Betroffenen gerecht zu werden,
- interaktive und aktivierende Gruppenführung,
- strukturierende Gesprächsführung des Therapeuten, damit die wichtigen Informationen möglichst leicht aufgenommen und auch behalten werden können,
- Visualisierung und Verwendung von Bildern und Metaphern,
- regelmäßiges Wiederholen und
- Austeilen von schriftlichem Material zur Vertiefung.

Die meisten didaktischen Elemente erschließen sich direkt beim Lesen. Im Folgenden gehe ich genauer auf die interaktive und aktivierende Gesprächsführung, die strukturierende Gesprächsführung, sowie die Visualisierung und Metaphernverwendung ein.

*Interaktive und aktivierende Gesprächsführung.* Es wird in den Quellentexten wiederholt betont, dass die Informationsvermittlung »interaktiv« (z. B. BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 9; BÄUML 2008, S. 135; PITSCHEL-WALZ et al. 2005, S. 58) gestaltet sein soll. Damit ist gemeint, die Kenntnisse und Erfahrungen der Betroffenen »von vornherein mit einzubeziehen. [...] Auf diese Weise werden die Teilnehmer da abgeholt, wo sie stehen, und können die Empfehlungen des Therapeuten später besser akzeptieren« (ebd.). So sollen z. B. die Therapeuten, wenn psychotherapeutische Behandlungsverfahren von Betroffenen genannt werden, die »aus professioneller Sicht nicht für schizophrene Erkrankte geeignet sind«

(ebd.), die Verfahren nicht sofort disqualifizieren oder den Teilnehmer gleich korrigieren, sondern dann »besser geeignete Behandlungsmethoden ergänzen« (ebd.). Ein anderes Beispiel sind Empfehlungen im Manual (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a) für die Durchführung der 5. Sitzung (Thema: Medikamente und Nebenwirkungen): »Die Patienten dort abholen, wo sie stehen! Negative Erfahrungen mit Medikation zum Thema machen [...].« (ebd., S. 81) Bei dem Thema Medikamente sollten »die dem subjektiven Erleben zunächst sehr viel näher liegenden Nebenwirkungen besprochen werden. Dadurch wird der Provokation des typischen ›Ja-aber-Effektes‹ vorgebeugt [...]. Werden aber die Nebenwirkungen gleich zu Beginn angesprochen, so ist es den Teilnehmern viel eher möglich, auch positive Wirkungen der Medikation zu benennen« (ebd., S. 77). Dennoch sind nach dem Ratgeberbuch von BÄUML (2008) »die unvermeidbaren Nebenwirkungen einer solchen Behandlung stets den negativen Konsequenzen eines Rückfalls gegenüberzustellen« (S. 171). Insofern wirkt diese Vorgehensweise strategisch: Der Betroffene wird auf eine bestimmte Art abgeholt, um möglichen Widerstand gegenüber dem Lern- und Bildungsangebot zu unterlaufen.

Im Begleittext über die didaktischen Elemente (PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b) wird der Zweck des interaktiven und aktivierenden Vorgehens noch einmal deutlich benannt. »Aus der Lernpsychologie ist bekannt, dass Wissen, das unter aktiver Beteiligung erworben wurde, besser behalten wird.« (S. 146) Deshalb soll den Betroffenen bewusst die Möglichkeit gegeben werden, »sich zu äußern oder eigene Erfahrungen einzubringen [...]« (ebd.). Laut Ratgeberbuch von BÄUML (2008) wird der Kliniker bei der interaktiven Informationsvermittlung »stets Bezug auf das Vorwissen und die Vorerfahrung der Patienten« (S. 135) nehmen, »um deren Erfahrungsschatz gewinnbringend in die weitere Aufklärungsarbeit einzubauen« (ebd.). Das vorhandene Erfahrungswissen des Betroffenen dient dem Kliniker für seine weitere Aufklärungsarbeit. Das interaktive Element ist Mittel zu einem Zweck, nämlich die Behaltensleistung und die Akzeptanz des vom Kliniker angebotenen Lernstoffes zu steigern.

*Strukturierende Gesprächsführung des Gruppenleiters.* Sie dient zur »Verständnishilfe« (PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b, S. 146) und zum besseren Behalten der komplexen Materie. Denn es gehört »zu den höchsten psychoedukativen Tugenden, das komplexe Wissen bewusst sehr reduktionistisch und simplifiziert zu vermitteln, dass es besser verstanden wird« (BÄUML 2005b, S. 3). In der Einleitung zu APES (ebd.) wird dem Kliniker »das beruhigende Gefühl« (ebd.) gegeben, dass die deshalb notwendige Faktenreduzierung im Basismodul fachlich abgesichert ist (vgl. ebd.). Die Informationsvermittlung strukturiert er »vereinfachend und dolmetschend« (ebd.) für jeden verständlich, um »den Menschen bildungsunabhängig die Diskussion über ihre Erkrankung zu ermöglichen« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b S. 10). In der »Rolle eines Dolmetschers« (ebd.) bringt der Kliniker den Betroffenen medizinisch-wissenschaftliches Wis-

sen in einer Sprache nahe, die diese auch verstehen. Die Ausführlichkeit der zu vermittelnden (pharmakotherapeutischen) Information wiederum hängt – laut Begleittext über die neurobiologischen Grundlagen (JUCKEL & HEINZ 2005) – stark »von den momentanen kognitiven Fähigkeiten« (S. 33) und von »aktuellen Krankheitsaspekten« (ebd.) des Betroffenen ab.

*Visualisierung und Metaphern.* Als Verständnishilfe werden »praktische Demonstrationen« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 72), Schaubilder oder Metaphern verwendet. In der 3. Sitzung (Thema: »Somatische Brücke«) z. B. soll der Therapeut – indem er die Hand eines Teilnehmers berührt – die Weiterleitung von taktilen Reizen an die Großhirnrinde »demonstrieren« (ebd.), um die Arbeit der Synapsen verständlich zu machen. In der 4. Sitzung (Thema: Uraschen – Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell) wird anhand des »Schiffsmodells« (vgl. ebd., S. 75 f. und BÄUML 2008, S. 34–38, S. 144 f.) das Vulnerabilitätskonzept und die daraus folgenden Behandlungstechniken wie folgt verdeutlicht. Die angeborene erhöhte, aber individuell unterschiedliche Erkrankungsbereitschaft (Vulnerabilität) von Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung wird mit Schiffen verglichen, die unterschiedliche Kieltiefen haben. Die Stabilität der Kielwand und der Außenwand des Schiffes kann von körperlichen und lebensgeschichtlichen Komplikationen beeinträchtigt sein. Die unterschiedliche Ladung und Last an Bord des Schiffes sind Symbole für beeinflussbare innere Stressoren, wie Konflikte oder Überforderungen. Kieftiefe und Ladung können sich für die Manövrierfähigkeit des Schiffes negativ summieren. Der größere Tiefgang kann bei entsprechendem Gewässeruntergrund zu Grundberührungen führen. Dies ist abhängig vom Wasserstand und der Beschaffenheit des Gewässeruntergrunds. Der Untergrund und der Wasserstand stehen für nicht-beeinflussbare äußere Stressoren, wie z. B. Schicksalsschläge, berufliche Härten, zwischenmenschliche Enttäuschungen. Zum Ausbruch einer Psychose kommt es in Abhängigkeit vom Zusammenspiel dreier Faktoren, wenn ein individueller Grenzwert von Vulnerabilität (Kieftiefe, Zustand der Außenwand), täglichem chronischen Stress (Ladung an Bord) und akutem schicksalhafterm Stress (Hindernisse im Wasser, Wasserstand, Sturm) überschritten wird. Die größte Gefährdung, an einer Psychose zu erkranken, besteht bei einem Menschen mit »großer Kiellänge«, »schwerer Ladung« und »felsigem Untergrund im Leben«.

Die Behandlungstechniken lassen sich dann so verdeutlichen: Medikamente sind ein spezieller Kielschutz, der die Außenhaut des Kiels bei Grundberührung schützt, sei es weil der Wasserstand gesunken ist oder ein unvermeidlicher Zusammenstoß mit plötzlich auftretenden Hindernissen des Gewässeruntergrunds passiert. Psychotherapie und Psychoedukation bedeutet Schulung des Kapitäns, um mit den Stärken und Schwächen seines Schiffs klarzukommen und dessen Manövrierfähigkeit zu sichern. Psychosoziale Hilfen in den Lebensbereichen Wohnen, Arbeit, Finanzen, Freizeit und Kontakt zielen auf Umverteilungen der

Lasten an Bord und der Verbesserung der Fahrerinne für den langen und verletzlichen Kiel. Klinik steht für den schützenden Hafen bei akuter Überlastung und Überforderung.

Zusammenfassend lässt sich die allgemeine Vermittlungslogik folgendermaßen charakterisieren: Der Kliniker stellt zum einen medizinisch-wissenschaftliches Fachwissen und Informationen über Schizophrenie bereit, das er den Betroffenen in einer für jeden verständlichen Sprache und nachvollziehbaren Darstellung vermitteln bzw. beibringen will, und bietet zum anderen einen Raum zur emotionalen Entlastung in der Gruppe. Das Fachwissen steht in Form eines bereits ausgearbeiteten Programms (Basismodul) als abrufbarer und wiederholt einsetzbarer Input zur Verfügung.

#### **12.4.2 Lern- und Bildungsanlass sowie Identifikation der Lernaufgaben**

Im Basismodul werden drei verschiedene Lern- bzw. Bildungsanlässe genannt, zwei von grundsätzlicher Art und ein wissenschaftlich begründeter Anlass. Letzterer prägt das Vorgehen im Basismodul. Die ersten beiden Anlässe lassen sich nur jeweils an wenigen Textstellen nachweisen und sollen als Erste beschrieben werden.

1. Die Erkrankung hat einen der Krankheit immanenten Lern- und Bildungsanlass. Laut Ratgeberbuch von BÄUML (2008) stellt der unerwartete Krankheitsausbruch bei einer Ersterkrankung an Schizophrenie »meistens eine ungeheuerliche Belastung« (S. 57) dar. Der Autor drückt Bewunderung gegenüber dem Betroffenen aus, der die Krankheit »als Schicksal versteht, das getragen und bewältigt werden muss« (S. VII). Auch nach jeder erneuten psychotischen Phase »besteht häufig ein großes Bedürfnis, über die zurückliegenden Erlebnisse zu sprechen, um das in der Psychose Erlebte einigermaßen ›verdauen‹ zu können« (S. 132). Ein an Schizophrenie erkrankter Mensch kann »nicht einfach so weiterleben wie bisher« (JUCKEL & HEINZ 2005, S. 27). Damit wird der implizite Lern- und Bildungsanlass der Schizophrenie beschrieben (vgl. Kapitel 3.2.2). Die aus diesem Anlass vom Kliniker abgeleiteten Lernaufgaben sind, »Kenntnisse« (ebd.) über die Krankheit und »zunehmende Krankheitseinsicht« (ebd.) zu haben, damit die Betroffenen »ihre berufliche und private Zukunft planen können, und zwar trotz und eben auch angesichts der Psychose als leider nun vorhandenen Bestandteil ihres Lebens« (ebd.).

Damit der Betroffene die Notwendigkeit der Lernaufgabe, besser mit der Krankheit umgehen zu können, nachvollziehen kann, wird im Basismodul öfter der Vergleich mit einem Diabetiker gezogen (vgl. JUCKEL & HEINZ 2005,

S.27). »Ähnlich wie Diabetiker etwas über die Funktion ihrer Bauchspeicheldrüse wissen sollten, so sollten die Menschen, die an einer schizophrenen Psychose erkrankt sind, hinreichend über die Funktion des Zentralnervensystems informiert sein und wissen, was sie bei Auftreten einer bestimmten Symptomatik durch psychotherapeutische [...] und biologische Strategien (z. B. Medikamenteneinnahme) erreichen können.« (ebd., S. 18) Der Lern- bzw. Bildungsanlass ist die Krankheit, die das Leben verändert. Die Lernaufgaben sind vom Kliniker definiert und dienen einem (verbesserten) Leben-Können mit der Krankheit.

2. Die Autoren des Begleittexts über die neurobiologischen Grundlagen (JUCKEL & HEINZ 2005) stellen aufgrund von Vorurteilen, Stigmatisierungen, und »Un- bzw. Halbwissen über die Krankheit ›Schizophrenie‹« (S. 18) in der Öffentlichkeit eine »Verunsicherung« (ebd.) der Betroffenen fest. Die Autoren sehen einen Lern-bzw. Bildungsanlass durch die fehlende Aufgeklärtheit der Öffentlichkeit gegeben, die den Betroffenen von einem den Krankheitsverlauf günstig beeinflussenden Verhalten abhält, z. B. wenn ein Betroffener aus gesellschaftlichen Vorurteilen grundsätzlich gegen Medikamente eingestellt ist. Daraus ergeben sich die aus klinischer Sicht notwendigen Lernaufgaben. »Ein geeignetes Mittel dieser Verunsicherung [...] entgegenzuwirken und letztlich zu einem günstigeren Krankheitsverlauf beizutragen, ist die Informationsvermittlung über Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten der schizophrenen Psychosen.« (ebd.)
3. Der entscheidende Lern- und Bildungsanlass, auf den wiederholt in den Begleittexten und im Manual Bezug genommen wird, sind die Ziele, die mit dem Basismodul verfolgt werden. So wird bereits in der Einleitung zu APES (BÄUML 2005 a) darauf verwiesen, dass aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht zwischen 70 % und 80 % der Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung bei den derzeit zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten »ein weitgehend autonomes Leben innerhalb der Gemeinde führen« (S. 1) können. »Dies setzt allerdings voraus, dass die zur Verfügung stehenden Therapieoptionen auch konsequent und umfassend genutzt werden.« (ebd.) Das, was den Fachleuten mittlerweile selbstverständlich ist, ist jedoch für die Betroffenen »nicht a priori evident. Um den Nutzen der Psychopharmakotherapie begreifen zu können, bedarf es einer gründlichen Krankheitskonzeptbildung mit intensiver Compliance-Schulung« (ebd.). Klinker diagnostizieren also beim Betroffenen einen Lern- und Bildungsbedarf in puncto Krankheitskonzeptbildung und Compiianceschulung, der sich für eine bessere Nutzung der Therapiemöglichkeiten als notwendig erweist. Dieser festgestellte Bedarf wird zum Anlass genommen, mit einem entsprechenden, inhaltlich vorstrukturierten Lernangebot auf die Betroffenen zuzugehen. Schizophrenie wird im Basismodul zum expliziten Lern- und Bildungsanlass gemacht (vgl. Kapitel 3.2.2).

Aufgrund des zuletzt erwähnten Lern- und Bildungsanlasses ist das gesamte Basismodul mit seinen acht Sitzungen entwickelt worden, die mit jeweils einem anderen thematischen Schwerpunkt letztlich alle auf die Ziele der Krankheitskonzeptbildung und Verbesserung der Compliance hinarbeiten sollen. Dieser Anlass ist konstituierend für das Basismodul. In der 1. Sitzung werden die von klinischer Seite als notwendig erachteten Lernaufgaben aufgelistet: »Wissenszuwachs, Verbesserung des Krankheitskonzeptes, Compliance-Zuwachs, Selbstkompetenzzuwachs, weniger Rezidive.« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 66). Das Manual benennt in jeder der acht Sitzungen die wesentlichen Informationsinhalte und emotionalen Themen, die zur Sprache kommen sollen, und damit die zu behandelnden und abzuarbeitenden Fragestellungen und Lernaufgaben. Eine Abfrage der Lerninteressen und Bildungsbedürfnisse der Betroffenen findet in keiner Sitzung statt.

Für das Ziel der *Krankheitskonzeptbildung* ist es eine wesentliche Lernaufgabe, das Vulnerabilitätskonzept zu verstehen. Laut Begleittext über die neurobiologischen Grundlagen der Schizophrenie (JUCKEL & HEINZ 2005) sollte das vorrangige Ziel »die Vermittlung eines für den Patienten verständlichen, nachvollziehbaren und funktionalen Krankheitskonzeptes« (S. 25) sein. Das Vulnerabilitätskonzept »ist hierfür gut geeignet« (ebd.). Die Begründung liefert der Begleittext über die psychotherapeutischen Verfahren (PITSCHEL-WALZ et al. 2005): Das Modell »schafft eine plausible Verbindung zwischen neurobiologischen und psychosozialen Faktoren und zeigt wie Chemie und Seele zusammengehören. Antipsychotische Medikation und psychosoziale Behandlungsverfahren sind daher gleich wichtige Komponenten in dem Gesamtbehandlungsplan [...]« (S. 58).

Für das zweite Ziel, die (*Medikamenten-*)*Compliance* zu verbessern, lassen sich einige Lernaufgaben ableiten. In der 2. Sitzung (Thema: Krankheitsbegriff, Symptomatik, Diagnostik), geht es darum, dass die Betroffenen die individuell verschiedenen Symptome als »Zeichen ein und derselben Krankheit, nämlich einer Psychose« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 67) verstehen. Ohne dieses Verständnis werden die Betroffenen »kaum bereit sein, die oft sehr weitgehenden therapeutischen Maßnahmen mitzutragen« (ebd.). Das Verständnis der Diagnose dient der Verbesserung der Compliance. In der 3. Sitzung (Thema: »Somatische Brücke«) soll erklärt und vom Betroffenen nachvollzogen werden können, wie die Symptome zustande kommen und wie hierbei Medikamente hilfreich einzusetzen sind (vgl. ebd., S. 69). Auch dies ist wiederum für »die langfristige Compliance von zentraler Bedeutung!« (ebd.). Bessere Compliance führt zur verbesserten Nutzung von Psychopharmaka und damit auch zur geringeren Rückfallhäufigkeit. Deshalb kann in der 7. Sitzung (Thema: Rezidivprophylaxe, Frühwarnzeichen, Krisenplan) das »Vertrautmachen mit den Rückfallraten unter einer systematischen neuroleptischen Behandlung im Vergleich zur Placebobehandlung« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 84) als eine Lernaufgabe betrachtet werden mit dem

Ziel der Motivierung und Ermutigung »zur Beibehaltung einer langfristigen medikamentösen Behandlung« (ebd.).

Krankheitskonzeptschulung und Verbesserung der Medikamentencompliance sollen helfen, die bestehenden Therapiemöglichkeiten auch vollständig auszuschöpfen. Neben Psychopharmaka gehört dazu auch Psychotherapie. Im Basismodul werden die verschiedenen Methoden im Überblick vorgestellt. Der Schwerpunkt wird dabei auf »die verhaltenstherapeutischen bzw. kognitiv-behavioralen Ansätze« (PITSCHEL-WALZ et al. 2005, S. 36) gelegt, weil sie zu den »in der Schizophrenie-Behandlung am meisten praxis- und versorgungsrelevanten psychotherapeutischen Verfahren« (ebd.) gehören. Auch in den Sitzungen sollten sie »den meisten Raum« (ebd.) einnehmen. Entsprechend sind die Ausführungen des Manuals (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a) zur 6. Sitzung (Thema: Psychotherapie und Psychosoziale Maßnahmen) gestaltet. Die Betroffenen sollen »ein Verständnis dafür bekommen, dass während und nach akuten Psychosen verhaltenstherapeutische Ansätze in der Regel geeigneter sind als tiefenpsychologische Konzepte [...]« (ebd., S. 82). Nach dem Ratgeberbuch von BÄUML (2008) »müssen alle psychotherapeutischen Maßnahmen« (S. 134), die der Betroffene in Anspruch nehmen will »mit einem erfahrenen Psychiater abgesprochen werden. Er kann am besten abschätzen, welche Vor- und Nachteile die einzelnen Therapieformen bergen« (ebd.), um nicht »ungewollt die Gefahr eines Rückfalls heraufzubeschwören [...]« (ebd.). Hier wird deutlich, dass die Lernaufgaben im Basismodul nicht nur vom Kliniker grundsätzlich identifiziert und begründet, sondern durchaus auch inhaltlich geprägt werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Lern- und Bildungsanlass im Basismodul in der sich aus klinischer Sicht ergebenden Notwendigkeit gesehen wird, die (Medikamenten-)Compliance und das Krankheitsverständnis der Betroffenen zu verbessern. Der Anlass ist von klinischer Seite gesetzt (Schizophrenie als expliziter Lern- und Bildungsanlass). Aus der angestrebten Zielsetzung werden die Lernaufgaben und zu behandelnden Fragestellungen abgeleitet, begründet und auch auf die zu besprechende inhaltliche Richtung festlegt. An wenigen Textstellen lassen sich zwei weitere – nicht von klinischer Seite gesetzte – Lern- und Bildungsanlässe nachweisen: Die Krankheit, die das Leben komplett verändert (impliziter Lern- und Bildungsanlass der Schizophrenie), und die Verunsicherung, die aus Vorurteilen und Unwissen über Schizophrenie herrührt. Diese Anlässen haben die gleichen – wieder vom Kliniker als notwendig erachteten – Lernaufgaben zur Folge, deren Begründung sich diesmal aus der Notwendigkeit zur (Neu-)Orientierung im Leben bzw. der Notwendigkeit von Aufklärung herleitet.

### 12.4.3 Zentrale Lern- und Bildungsziele

Bereits in der Einleitung zu APES (BÄUML 2005 a) werden die zentralen Lern- und Bildungsziele genannt. Das Basismodul will die »Selbstbefähigung der Patienten [...] für ein möglichst autonomes und erfolgreiches Zurechtkommen mit ihrer Erkrankung« fördern (ebd., S. 2). Deshalb soll der Betroffene durch Aufklärung und Wissensvermittlung »am heutigen Behandlungsfortschritt« (ebd., S. 1) teilhaben können, »um die Weichen für eine möglichst effiziente Behandlung zu stellen« (ebd.).

Den »Behandlungsfortschritt« fasst BÄUML wie folgt zusammen: Eine »intelligente Kombination einer individuell adaptierten Psychopharmakotherapie mit supportiv psychotherapeutischer Betreuung in der Akutphase und anschließender Überführung in eine pharmakotherapeutisch gestützten Langzeitbehandlung mit begleitenden psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen kann den Langzeitverlauf signifikant verbessern« (ebd.). Würden alle zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft und auch konsequent genutzt, könnten 70 bis 80 % der schizophren erkrankten Menschen weitgehend autonom leben (vgl. ebd.). Für den Kliniker ist dieser Status der Schizophreniebehandlung Standard. Für viele Betroffene ist er aber »nicht a priori evident« (ebd.), deshalb »darf es einer gründlichen Krankheitskonzeptbildung mit intensiver Compliance-Schulung« (ebd.). Wie im letzten Kapitel schon ausgeführt, sind *Krankheitskonzeptbildung* und *Compliance-Schulung* zwei zentrale Lern- und Bildungsziele des Basismoduls, die bereits im Klappentext von APES erwähnt und dort um das dritte Ziel der *Förderung des Selbsthilfepotenzials* des Betroffenen ergänzt werden.

Laut Manual werden in der ersten Sitzung den Betroffenen als wichtigste Ziele des Basismoduls genannt: »Wissenszuwachs, Verbesserung des Krankheitskonzeptes, Compliance-Zuwachs, Selbstkompetenzzuwachs, weniger Rezidive« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 66) sowie emotionale Entlastung durch die Möglichkeit, das eigene Schicksal zu relativieren, sich Kummer von der Seele zu reden, Schuld- und Schamgefühle abzubauen, Solidarität, Mut, Hoffnung und Hilfe zur Selbsthilfe zu erfahren (vgl. ebd.). Für jede der acht Sitzungen ist im Manualtext unter der Rubrik »Problemstellung« jeweils eine »Beschreibung der psychodidaktischen Zielsetzung« (ebd., S. 64) angegeben. Diese enthält die Teillernziele für die einzelne Sitzung, die sowohl auf der Informationsebene und als auch auf der emotionalen Ebene der Verbesserung des Krankheitskonzeptes, der Compliance und der Selbsthilfefähigkeit dienen. Was die drei zentralen Lern- und Bildungsziele des Basismoduls inhaltlich im Wesentlichen bedeuten, soll im Folgenden genauer analysiert werden.

## Krankheitskonzeptbildung

Bezüglich der Krankheitskonzeptbildung wird in den Ausführungen zum Manual empfohlen, dass der Betroffene möglichst bald nach Klinikaufnahme am Basismodul teilnimmt, um die sich »bietende Chance der gezielten Bearbeitung der oft dysfunktional gelagerten Krankheitskonzepte« (ebd., S. 64) rasch zu nutzen. Dabei verweist der Manualtext zur 1. Sitzung auf das anfangs oft mangelnde Krankheitsgefühl bei den Betroffenen, verbunden mit einer inneren »Ablehnung und eines unterschweligen Widerstandes gegen das schulmedizinische Vorgehen [...]« (ebd., S. 65). So soll das Basismodul helfen »bisher verkrustete antipsychiatrische Sichtweisen und Grundüberzeugungen aufzuweichen und zu relativieren« (ebd.). Nach dem Begleittext über die neurobiologischen Grundlagen (JUCKEL & HEINZ 2005) soll »vorrangiges Ziel die Vermittlung eines für den Patienten verständlichen, nachvollziehbaren und funktionalen Krankheitskonzeptes« (S. 25) sein.

Als funktionales Krankheitskonzept gilt das Vulnerabilitätskonzept, dessen inhaltliche Vorstellungen in der 4. Sitzung (Thema: Ursachen-Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell) zum Thema gemacht werden: Aus neurobiologischer und biochemischer Sicht handelt es sich bei Schizophrenie um eine »Reizleitungsstörung durch die Neurotransmitter-Entgleisung« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 74) im Dopamin-Haushalt. Diese Auffassung »verdeutlicht den meisten Patienten, dass es sich tatsächlich um eine Erkrankung und nicht nur um eine »extravagante« Verhaltensweise im Rahmen einer Lebenskrise handelt« (ebd.). Das Vulnerabilitätskonzept »bietet hierzu ein sehr plausibles Konzept, wie das Zusammenspiel von Anlagefaktoren und Umgebungseinflüssen vorstellbar ist« (ebd.). Laut Ratgeberbuch von BÄUML (<sup>2</sup>2008) führt eine angeborene, erblich erhöhte innere Erkrankungsbereitschaft (Vulnerabilität) zusammen mit körperlichen und psychosozialen Einflüssen zu einer »Gleichgewichtsstörung im Neurotransmittersystem« (S. 32). Eine akute Psychose ist »immer eine schwere Entgleisung des Gehirnstoffwechsels« (ebd.), unabhängig von der grundsätzlich multifaktoriellen Genese der Erkrankung. Daraus lässt sich auch das notwendige Behandlungskonzept einer prinzipiellen medikamentösen Behandlung mit additiven psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungsmaßnahmen ableiten und begründen. Laut des Begleittexts über die allgemeine Einführung zur Psychoedukation (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b) versucht das Basismodul »die Akzeptanz des vorgelegten Krankheitskonzeptes mit all seinen Konsequenzen« (S. 9) beim Betroffenen zu erreichen, sozusagen als kleinster gemeinsamer Nenner (vgl. ebd.).

Die Verbindung zwischen der Krankheitskonzeptbildung und der Compliance-Verbesserung wird im Manual ebenfalls in der 4. Sitzung formuliert. Wenn das Vulnerabilitätskonzept akzeptiert wird, besteht die Chance, dass Betroffene

»die sich daraus ergebenden Behandlungsstrategien beherrzigen« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 74). Was unter »Beherrzigen« verstanden wird, macht BÄUML (2008) in seinem Ratgeberbuch deutlich: »[...] je länger und je intensiver sich ein Patient gegen ärztliche Hilfe sperrt, desto wahrscheinlicher wird sich die Krankheit verschlechtern. Am besten fahren jene Patienten, die rasch und rechtzeitig ärztliche Hilfe beanspruchen und die erforderliche medikamentöse Behandlung akzeptieren.« (S. 28) Insofern wirkt die Verbesserung der (Medikamenten-)Compliance manchmal als dem Ziel der Krankheitskonzeptbildung übergeordnet.

### Schulung der (Medikamenten-)Compliance

Das Ziel der Verbesserung der Compliance steht oft – aber nicht ausschließlich – für Verbesserung der Medikamentencompliance. Im Begleittext über die allgemeine Einführung zur Psychoedukation (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b) wird festgestellt: »Um die Akzeptanz für die erforderlichen medikamentösen und psychosozialen Maßnahmen zu stärken und die langfristige Behandlungsbereitschaft zu sichern, bedarf es vor allem zu Behandlungsbeginn intensiver Bemühungen zur Compliance-Sicherung.« (ebd., S. 8) BÄUML (2008) spricht in seinem Ratgeberbuch davon, das »Unbehagen« (S. 63) gegenüber einer antipsychotischen Langzeitbehandlung durch Wissensvermittlung abbauen zu wollen. Der Kliniker hat laut Manual in der 5. Sitzung die »Wichtigkeit einer langfristigen Rezidivprophylaxe« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 81) herauszustellen und »die bessere Langzeitstabilisierung mit größerer sozialer Adaption unter kontinuierlicher Rezidivprophylaxe« (ebd.) zu erwähnen.

Die Compliance-Schulung zielt nicht nur auf die Einstellung des Betroffenen selbst, sondern sie coacht ihn (in der gleichen Sitzung) auch gegenüber non-complianten Meinungen anderer. »Unsachliche Polemisierungen von Außenstehenden gegenüber Medikamenten sind Folge der mangelnden Aufklärung der Öffentlichkeit [...].« (ebd.) Das Manual empfiehlt als ein emotionales Thema dieser Sitzung: »Immunisierung vor Gegenargumenten durch Stressinokulation« (ebd.). Durch die Vorstellung und Vorbereitung auf eine mögliche stressverursachende Gegenargumentation anderer soll diese ins Leere laufen. Durch den Gruppenleiter ist deshalb die Medikamenteneinnahme »als Zeichen von Vernunft und Verantwortungsbewusstsein« (ebd.) herauszustellen.

Welche genaue Compliance-Erwartung hat der Kliniker? Die Psychopharmaka kommen bei der Behandlung der akuten Symptomatik und als Prophylaxe zum Einsatz (vgl. JUCKEL & HEINZ 2005, S. 34). Für die rezidivprophylaktische Langzeitbehandlung werden in den Ausführungen des Manuals (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a) zur 5. Sitzung (Thema: Medikamente und Nebenwirkungen)

folgende Zeiträume genannt: Bei Ersterkrankten ein bis zwei Jahre, bei wiederholt Erkrankten vier bis fünf Jahre und bei besonders schweren Krankheitsverläufen fünf Jahre und länger, ohne feste zeitliche Begrenzung (vgl., S. 80). Laut Ratgeberbuch von BÄUML (<sup>2</sup>2008) muss den Betroffenen durch Psychoedukation nachvollziehbar werden, »dass sie zur langfristigen Stabilisierung eine antipsychotische Langzeitbehandlung brauchen und es sich lohnt, diese Therapie, trotz hiermit verbundener Nebenwirkungen, zu akzeptieren« (S. 132).

Die Langzeitbehandlung dient der Verhinderung erneuter Krankheitsepisoden, der Symptomunterdrückung, stationärer Wiederaufnahme und legt die Grundlage für eine berufliche und soziale Wiedereingliederung, die mithilfe psychotherapeutischer und psychosozialer Maßnahmen gefördert und begleitet wird. »Die Langzeitbehandlung mit Antipsychotika bildet hierbei die Grundlage für alle weiteren therapeutischen Maßnahmen.« (ebd., S. 62) Die Einnahme von Medikamenten ermöglicht erst, von anderen therapeutischen Angeboten profitieren zu können. Im Begleittext über die neurobiologischen Grundlagen (JUCKEL & HEINZ 2005) wird betont, »dass eine medikamentöse Behandlung nur im Zusammenwirken mit soziotherapeutischen, psychotherapeutischen und psychoedukativen Maßnahmen zu einem günstigeren Krankheitsverlauf mit weniger Rezidiven und Krankheitsaufenthalten sowie zur besseren sozialen Integration und Lebensqualität des Betroffenen beiträgt [...]« (S. 34). Dies wiederum wirkt sich positiv auf die Compliance aus (vgl. ebd., S. 32). Im Manualtext (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a) wird folglich in verschiedenen Sitzungen darauf verwiesen, dass Medikamente und Psychotherapie in einem Sowohl-als-auch-Verhältnis stehen (vgl. S. 74, 3. Sitzung) oder »dass psychotherapeutische Verfahren erst dann ihre volle additive Kraft entfalten können, wenn die Grunderkrankung durch eine optimale Medikation ausreichend kompensiert ist« (ebd., S. 83, 6. Sitzung).

Nach BÄUML (<sup>2</sup>2008) soll »die Gabe von atypischen Antipsychotika in der langfristigen Rückfallschutzbehandlung die Regel sein« (S. 79), weil sie geringere oder keine motorischen Nebenwirkungen – wie Zittern, Muskelsteifigkeit, Bewegungsunruhe – haben und besser gegen die sogenannte Minussymptomatik (Antriebsschwäche, depressive Verstimmung, Verarmung des Gefühlslebens, Rückzugverhalten) wirken als die klassischen Neuroleptika. Entsprechend werden in der 5. Sitzung (Thema: Medikamente und Nebenwirkungen) Atypika als ein deutlicher Fortschritt in der Psychosenbehandlung dargestellt (vgl. BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 78), weil mit ihnen das Risiko auf irreversible Spätdyskinesien (durch Nebenwirkung verursachte bleibende motorische Störungen) »deutlich reduziert werden kann [...]« (ebd., S. 77). In der Abschlusssitzung ist unter anderem als Thema vorgesehen: »Beruhigung durch die heute verbesserten atypischen Behandlungsmöglichkeiten« (ebd., S. 87).

Die Botschaft ist dabei, dass das alte und häufigste Gegenargument gegen die Neuroleptika entfällt, welches auf die Gefährlichkeit langfristiger Nebenwirkungen

abzielt, und es folglich kein Argument mehr gegen die Einnahme von Neuroleptika bei Schizophrenie gibt. Aber auch die Atypika sind nicht nebenwirkungsfrei, sie haben nur andere, nämlich vor allem Müdigkeit, Appetit- und Gewichtszunahme (vgl. JUCKEL & HEINZ 2005, S. 29–32), Kreislaufprobleme und die Möglichkeit, eine Blutzuckererkrankung zu entwickeln (vgl. BÄUML <sup>2</sup>2008, S. 78).

Auf einen zusätzlichen positiven Effekt von Atypika weisen Forschungsergebnisse hin. Sie zeigen, dass mit Atypika »unter Umständen eine neurobiologische Nachreifung des Gehirns möglich ist, die zu einer Abschwächung bzw. weitgehenden Ausheilung der Erkrankung führt (>Recovery>« (BÄUML <sup>2</sup>2008, S. XI, vgl. auch JUCKEL & HEINZ 2005, S. 34). Nebenbei bemerkt ist dies die einzige Stelle, an der auf den Recovery-Gedanken Bezug genommen wird.\* Doch Recovery wird hier als Heilung in einem *neurobiologischen Sinne* verstanden und nicht in dem ursprünglich *psychologischen Sinn* – als Lernprozess, wie man auch mit länger andauernden Einschränkungen zufrieden leben kann, obwohl sie weiterhin anhalten (vgl. AMERING & SCHMOLKE <sup>2</sup>2007, S. 135; KNUF 2008, S. 8). In den Ausführungen des Manuals (BÄUML & PITSCHER-WALZ 2005 a) zur 4. Sitzung (Thema: Ursachen – Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell) wird auf die Compliance fördernde Wirkung dieser neurobiologischen Sichtweise gebaut: Das Wissen um »die neuroprotektive Funktion der Neuroleptika« (ebd., S. 75) könne für manchen Betroffenen »einen positiven Umstimmungsimpuls darstellen, der seine Compliance günstig beeinflussen wird« (ebd.).

### Förderung des Selbsthilfepotenzials

Das Basismodul verfolgt als drittes zentrales Lern- und Bildungsziel, die Selbsthilfefähigkeit des Betroffenen zu stärken, um »mit ausreichendem Wissen selbstbestimmt und bewusst mit der Krankheit, ihren akuten Exazerbationen und längerfristigen Folgen« (BÄUML & PITSCHER-WALZ 2005 b, S. 18) umgehen zu können. Ähnlich den Diabetikern, die auch im Umgang mit der Krankheit geschult werden, sollen die Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung »hinreichend über die Funktion des Zentralnervensystems informiert sein und wissen, was sie bei Auftreten einer bestimmten Symptomatik durch psychotherapeutische (z. B. Muskelrelaxation, Stressreduzierung) und biologische Strategien (z. B. Medikamenteneinnahme) erreichen können« (ebd.). Eine Bewusstheit über die »eigenen Gestaltungs- und Einflussmöglichkeiten« (JUCKEL & HEINZ 2005, S. 27) soll entstehen. Die Einflussmöglichkeiten beziehen sich sowohl auf den Krankheitsverlauf selbst als auch auf die Lebensgestaltung mit der Erkrankung.

---

\* In der 2. Auflage von APES, im Mai 2010 nach Einreichen der Dissertation herausgegeben, wird in zwei neu eingefügten Kapiteln u. a. auch der Recovery-Gedanke kurz beschrieben.

Wenn Medikamente den akuten und langfristigen Verlauf positiv beeinflussen und wenn »Stress und viele andere Umweltfaktoren den Krankheitsprozess und den Ausbruch akuter Psychosen befördern« (ebd.), bietet ein Coping-Verhalten, das sich an diesen Erkenntnissen orientiert, die Chance, den Krankheitsprozess aktiv günstig beeinflussen zu können. Bezüglich einer Lebensgestaltung, die sich auf die Erkrankung einstellt, eröffnet sich mit wachsendem Krankheitsverständnis und zunehmender Krankheitseinsicht die Möglichkeit, »dass die Patienten ihre berufliche und private Zukunft planen können und zwar trotz und eben auch angesichts der Psychose als leider nun vorhandenen Bestandteil ihres Lebens« (ebd.).

Das Lern- und Bildungsziel der Stärkung der Selbsthilfefähigkeit schlägt sich im Manualtext (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a) in verschiedenen Sitzungen nieder. Zum Beispiel sollen in der 4. Sitzung (Thema: Ursachen – Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell) die »sich aus dem Modell ergebenden Beeinflussungsmöglichkeiten« (ebd., S. 77) des Betroffenen auf die Erkrankung herausgearbeitet werden. In den Ausführungen zur 7. Sitzung (Thema: Rezidivprophylaxe, Frühwarnzeichen, Krisenplan) heißt es: »Die konkrete Information über die gute rückfallpräventive Wirkung der Medikation gibt den Patienten dann aber die Gewissheit und Hoffnung, den Krankheitsverlauf aktiv beeinflussen zu können.« (ebd., S. 84) Deshalb wird in dieser Sitzung über medikamentöse Rückfallprophylaxe gesprochen, über ein rechtzeitiges Wahrnehmen von Frühwarnsignalen und über einem darauf abgestimmten Krisenplan. Dieser enthält Angaben über zusätzliche Bedarfsmedikation aber auch pragmatische Hilfestellungen durch die »protektive Funktion des sozialen Netzes [...]« (ebd., S. 85). Die Stärkung des Selbsthilfepotenzials dient damit unter anderem auch der Verbesserung der Medikamentencompliance.

Zusammenfassend können als zentrale Lern- und Bildungsziele des Basismoduls das Vertrautwerden mit dem Vulnerabilitätskonzept, die Schulung der (Medikamenten-)Compliance und die Förderung des Selbsthilfepotenzials festgehalten werden. Manches deutet darauf hin, dass die drei Ziele eigentlich auf ein Ziel hinarbeiten, die Verbesserung der Medikamentencompliance.

#### **12.4.4 Legitimierung des Lern- und Bildungsgeschehens**

Das Lern- und Bildungsgeschehen im Basismodul wird durch zwei Überlegungen legitimiert. Zum einen wird auf eine empirisch erhobene, wissenschaftliche Datengrundlage verwiesen und zum anderen auf die sich daraus ableitbaren und ebenfalls empirisch gesicherten Einflussmöglichkeiten des Betroffenen auf den Genesungs- und Krankheitsprozess.

## Empirisch gesicherte Daten

Ausgangspunkt ist, dass laut Einleitung zu APES (BÄUML 2005 a) die für die Kliniker »selbstverständlich gewordenen Grundprinzipien der Schizophrenie-Behandlung« (S. 1) nicht beim Betroffenen vorausgesetzt werden können. Deshalb soll mit dem Basismodul ein »vergleichbarer Wissenstand« (ebd.) zwischen Kliniker und Betroffenen geschaffen werden. Vergleichbares Wissen wie die Kliniker zu haben, bedeutet dann, entsprechend den Empfehlungen der Kliniker auch handeln zu können. Professionellem Wissen und Handeln liegt eine »intelligente Kombination einer individuell adaptierten Psychopharmakotherapie mit supportiv psychotherapeutischer Betreuung in der Akutphase und anschließender Überführung in eine pharmatherapeutisch gestützte Langzeitbehandlung mit begleitenden psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen« (ebd.) zugrunde. Daraus leitet sich die Legitimation des Lern- und Bildungsgeschehens ab: »Um den Nutzen der Psychopharmakotherapie begreifen zu können, bedarf es einer gründlichen Krankheitskonzeptbildung mit intensiver Compliance-Schulung.« (ebd.)

Die wissenschaftliche Datenlage und Legitimation bezüglich der oben genannten Grundprinzipien bei der Behandlung der Schizophrenie stellt sich so dar: »In zahlreichen Studien hat sich weltweit herausgestellt, dass bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis die Behandlung mit Antipsychotika (früher: Neuroleptika) allen anderen Therapieformen überlegen ist.« (BÄUML <sup>2</sup>2008, S. 64) Vor Einführung der Psychopharmaka in den 1950er-Jahren wurden die Betroffenen zu 75 % in den Kliniken behandelt, und zu 25 % ambulant. Heute ist dieses Zahlenverhältnis umgedreht. Die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer sank in diesem Zeitraum von drei Jahren auf jetzt drei Monate (vgl. ebd.).

Die »rezidivprophylaktische Wirkung« (JUCKEL & HEINZ 2005, S. 32) der Antipsychotika »konnte durch zahlreiche Studien belegt werden [...]« (ebd.). Unter Medikamenteneinnahme liegt das Rückfallrisiko im ersten Jahr nach Klinikentlassung bei 10 %–20 % (vgl. BÄUML <sup>2</sup>2008, S. 95), ohne Medikamenteneinnahme erhöht es sich auf 70 %–80 % (vgl. ebd.; JUCKEL & HEINZ 2005, S. 32). Weniger Rezidive bedeuten weniger Unannehmlichkeiten, weniger stationäre Wiederaufnahmen und »günstigere Entwicklungen des Berufslebens und der Sozialbeziehungen« (ebd.). Neuere Befunde, dass eine akute Psychose »sowohl sozial als auch neurobiologisch ›toxisch‹ wirken kann« (ebd., S. 28), liefern einen zusätzlichen Grund zur Rezidivvermeidung. Laut Manualtext (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a) soll in der 7. Sitzung (Thema: Rezidivprophylaxe, Frühwarnzeichen, Krisenplan) mit diesen neueren Befunden darüber informiert werden, »dass wiederholte schizophrene Schübe eine objektive Belastung für das Organ Gehirn darstellen [...]« (S. 85).

Weiter zeigen aktuelle Untersuchungen, dass die neue Generation der Psychopharmaka, die Atypika, »eine vergleichsweise geringere Rezidivquote als die

älteren Neuroleptika aufweisen« (JUCKEL & HEINZ 2005, S. 32), was wohl der höheren Compliance-Rate geschuldet ist. Bei den älteren Neuroleptika wird von Compliance-Raten zwischen 20 % bis 50 % ausgegangen. Diese liegen bei den Atypika höher aufgrund des »günstigeren Nebenwirkungsprofils [...]« (ebd.).

Die grundsätzlich supportive Wirkung psychotherapeutischer und psychosozialer Behandlungsformen konnte in Abhängigkeit des Krankheitsstadiums, der individuellen Problemlage, der Motivation und der angewandten Methode bei Menschen mit schizophrener Erkrankung nachgewiesen werden (vgl. PITSCHEL-WALZ et al. 2005, S. 58). Psychosoziale Behandlungsmöglichkeiten (z. B. berufliche Rehabilitation, betreute Wohngemeinschaft) helfen bei der Erweiterung der Verhaltensspielräume, der sozialen und beruflichen (Re-)Integration, der Verbesserung der Lebensqualität und der Rückfallverhütung (vgl. ebd.). Dass grundsätzlich eine Kombinationsbehandlung aus Medikamenten, Psychotherapie und psychosozialen Maßnahmen »jeglicher Monotherapie« (ebd., S. 36) vorzuziehen ist, »konnte mittlerweile wiederholt belegt werden« (ebd.).

Aus dieser empirisch fundierten Datenlage folgen für den Kliniker die im letzten Kapitel aufgeführten zentralen Lern- und Bildungsziele, deren Verfolgung das Lern- und Bildungsgeschehen im Basismodul legitimieren. Eine weitere Rechtfertigung erhält es durch die empirisch gesicherten Einflussmöglichkeiten des Betroffenen auf seinen Krankheitsverlauf.

### Empirisch fundierte Einflussmöglichkeiten

Der zweite Argumentationsstrang für die Legitimation ergibt sich aus den konkreten Möglichkeiten für den Betroffenen, Einfluss auf den Verlauf seines Gesundungs- und Krankheitsprozesses zu nehmen, die sich aus empirisch gesichertem Wissen ableiten. Laut Begleittext zu den neurobiologischen Grundlagen schizophrener Erkrankung (JUCKEL & HEINZ 2005) sollen im Basismodul die »eigenen Gestaltungs- und Einflussmöglichkeiten« (S. 27) der Betroffenen vermittelt werden, ähnlich wie bei einer Aufklärung und Schulung bei Diabetikern (z. B. ebd., S. 18, S. 27). Indem der erkrankte Mensch eine medikamentöse Rezidivprophylaxe einhält, Frühwarnsignale wahrnimmt und auf sie reagiert und für sich in guten Zeiten einen Krisenplan aufstellt, kann er aktiv an einer Rückfallminimierung arbeiten. Das sind z. B. die Inhalte der 7. Sitzung (Thema: Rezidivprophylaxe, Frühwarnzeichen, Krisenplan, vgl. BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 84–86).

Die »Mitwirkungsmöglichkeiten« (BÄUML <sup>2</sup>2008, S. 169) des Betroffenen geben ihm laut Ratgeberbuch von Bäuml die »besten Chancen, ein selbstbestimmtes und von anderen weitgehend unabhängiges Leben zu führen« (ebd.). Selbstbestimmt heißt hier, dem zu folgen, was aus wissenschaftlicher Sicht als wünschenswert gilt.

Die Mitwirkungsmöglichkeit wird von BÄUML als »die beste Anti-Stigma-Arbeit« (ebd.) eingeschätzt. Sie besteht darin, »dass sich die Erkrankten so gut behandeln lassen, dass die Umgebung nur wenig von ihrer Erkrankung merkt« (ebd.). Nach seiner Ansicht, »gibt es eigentlich kein Argument, sich der erforderlichen Behandlung zu entziehen. In gleichem Maße, wie alle Erkrankten einen Anspruch darauf haben, bei schweren und nicht ausreichend zu beeinflussenden Erkrankungen von der Allgemeinheit unterstützt und getragen zu werden, so sehr sollten sie auch darauf achten, alle zur Verfügung stehenden therapeutischen Maßnahmen zu nutzen, um möglichst stabil zu bleiben« (S. 169 f.). An der Mitwirkungsmöglichkeit hängt eine Mitwirkungspflicht. Das erinnert an die im Rahmen der Gesundheitserziehung geforderte Pflicht zur Gesundheit (vgl. Kapitel 4.2).

Im Manual (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a) wird auf der Ebene jeder einzelnen Sitzung unter der Rubrik »Problemstellung« das Lern- und Bildungsgeschehen der jeweiligen Gruppenstunde legitimiert. Exemplarisch seien dazu zwei Beispiele angeführt. In der 2. Sitzung (Thema: Krankheitsbegriff, Symptomatik, Diagnostik) wird unter »Problemstellung« darauf Bezug genommen, dass viele Betroffene wegen der Symptombandbreite zweifeln, an ein und derselben Krankheit zu leiden. Das Thema der Stunde ist deshalb, die Diagnostik der Psychose aus dem schizophränen Formenkreis vermittelt zu bekommen. Denn wenn die Betroffenen »nicht davon überzeugt« (ebd., S. 67) sind, dass es sich um eine gemeinsame Krankheit handelt, »werden sie auch kaum bereit sein, die oft sehr weitgehenden therapeutischen Maßnahmen mitzutragen« (ebd.). Die Legitimation des Lernprozesses z. B. in der 2. Sitzung ergibt sich aus der Compliance-Schulung, deren Notwendigkeit sich wiederum aus der wissenschaftlichen Datenlage ableitet.

In der 7. Sitzung (Thema: Rezidivprophylaxe, Frühwarnzeichen, Krisenplan) wird unter der Rubrik »Problemstellung« ein »Vertrautmachen mit den Rückfallraten« (ebd., S. 84) unter Placebobehandlung und medikamentöser Behandlung angemahnt. Auch wenn diese Zahlen dem »Wunschdenken« (ebd.) vieler Betroffener zuwiderlaufen, soll die »Information über die gute rückfallpräventive Wirkung der Medikation [...] die Gewissheit und die Hoffnung [geben], den Krankheitsverlauf aktiv beeinflussen zu können. Dies ermutigt und motiviert sie zur Beibehaltung einer langfristigen medikamentösen Behandlung« (ebd., Zusatz vom Verfasser). Die Legitimation des Lernens über die Rezidivprophylaxe ergibt sich aus dem Potenzial zur Einflussnahme auf den Krankheitsverlauf. Diese wiederum dient der Verbesserung der Medikamentencompliance.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Lern- und Bildungsgeschehen im Basismodul durch den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und durch die sich daraus für den Betroffenen ergebenden Möglichkeiten der Einflussnahme auf den Verlauf des Krankheits- und Gesundungsprozesses legitimiert werden. Dies lässt sich sowohl übergeordnet für das gesamte Basismodul als auch für die einzelne Sitzung nachweisen.

### 12.4.5 Lern- und Bildungserfolg

Die umfangreichen Forschungs- und Evaluationsarbeiten zu APES (siehe Kapitel 12.1.4) zeigen, dass der Lern- und Bildungserfolg im Basismodul prinzipiell danach bemessen wird, wie weit die angestrebten zentralen Ziele erreicht worden sind. Demzufolge ist ein Lern- und Bildungserfolg zu verzeichnen, wenn sich beim Betroffenen ein dysfunktionales Krankheitskonzept in Richtung auf das Vulnerabilitätskonzept hin verändert, die (Medikamenten-)Compliance sich verbessert – und dadurch z. B. die psychopathologischen Störungen, die Rezidivhäufigkeit und -dauer sowie die Anzahl der Hospitalisierungstage abnehmen – und wenn das individuelle Coping-Verhalten des Betroffenen im Umgang mit Krisen, Frühwarnsignalen und Rezidivprophylaxe diesen Zielen zuarbeitet. Deshalb sollten die Teilnehmer laut Begleittext über die didaktischen Elemente (PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b) »für positive Veränderungen im Verhalten und in den Einstellungen« (S. 142) entsprechende Rückmeldung vom Therapeuten bekommen. Diese »sollten dabei nicht nur das optimale Zielverhalten verstärken, sondern auch die einzelnen kleinen Schritte auf dem Weg zum Verhaltensziel [...]« (ebd.). Dabei ist aber grundsätzlich zu beachten, dass möglicherweise den beobachtbaren veränderten Verhaltensweisen und Einstellungen nicht ein Lernerfolg sondern eine Anpassungsleistung zugrunde liegt, z. B. die Hoffnung, sich damit Vorteile verschaffen zu können (beispielsweise eine frühere Klinikentlassung). Hier handelt es sich um das, was HOLZKAMP (1993) »defensive Lerngründe« (vgl. S. 191) genannt hat. Die Gefahr einer Anpassungsleistung wird im Basismodul nicht thematisiert.

Im Manual wird ein weiteres Kriterium für Lern- und Bildungserfolg beschrieben: die Behaltensleistung. Für die Abschlusssitzung wird eine »Rekapitulation wichtiger Basisinformationen« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 86) empfohlen. »Die Gruppenleiter müssen [...] darauf achten, dass während der acht Sitzungen zumindest die wichtigsten Kerninhalte mehrmals besprochen werden, um einen gewissen Behaltenseffekt zu sichern.« (ebd.) Regelmäßiges Wiederholen wird im Basismodul überhaupt als ein wichtiges didaktisches Element gesehen (vgl. PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b, S. 145 f.). Damit soll die Behaltensleistung gefördert werden. Aufgabe der Gruppenleitung ist, die Sitzungen so zu strukturieren, »dass die wichtigen Informationsinhalte möglichst leicht erfasst und auch behalten werden« (S. 146). Die systematische Wiederholung aller wichtigen Fakten geschieht zu verschiedenen Zeitpunkten einer Sitzung. »Die Zusammenfassung am Ende der Gruppensitzung, die Wiederholung am Anfang der nächsten Sitzung [...], sowie das erneute Bezugnehmen bei den weiteren Sitzungen, erzeugen eine konstruktive Redundanz [...]« (ebd., S. 146 f.). Als Lern- und Bildungserfolg ist anzusehen, wenn der Betroffene etwas von der Information behält, die der Gruppenleiter vermittelt.

In der letzten Sitzung wird im Rahmen einer Gesamtevaluation unter anderem der Lernerfolg systematisch erhoben. Laut Manual (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a) soll der Gruppenverlauf mit einigen Fragebögen evaluiert werden: mit einem Erwartungsfragebogen, einem Wissensfragebogen (Multiple-Choice-Fragen, die als Vordruck auf CD-ROM in APES zu finden sind), einem Feedbackbogen, einer standardisierten Krankheitskonzeptskala und einer Selbsteinschätzung der eigenen Befindlichkeit (vgl. ebd., S. 87). Alle Fragebögen (bis auf den Feedbackbogen) werden auch schon in der ersten Sitzung ausgefüllt (vgl. ebd., S. 66), um dadurch beim Abschluss des Basismoduls einen Prä-Post-Vergleich zu erhalten. Dieser Vergleich gibt die Möglichkeit, in einem gewissen Maß den Lern- und Bildungsprozess zu bewerten. Im Begleittext über organisatorische Aspekte bei der Durchführung des Basismoduls (PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 a) heißt es über den Wissensfragebogen und die Krankheitskonzeptskala: »Die Objektivierung des Wissens und von Einstellungen im Pre/post-Vergleich (z. B. mit der Krankheitskonzeptskala [...]) erlaubt eine gewisse Erfolgskontrolle, ob die vermittelten Inhalte verstanden wurden und ob sie zur Funktionalisierung der Krankheitskonzepte beigetragen haben.« (ebd., S. 135) Der Lern- und Bildungsprozess wird danach bewertet, ob die gegebenen Informationen verstanden und behalten wurden und ob auf der Verhaltens- und Einstellungsebene Veränderungen in Richtung »Funktionalisierung« festzustellen sind. Funktionalisierung bedeutet, wie weit, im Verhältnis zum Gruppenbeginn, eine Annäherung an die Erwartungen des Kliniklers stattgefunden hat.

In der Abschlusssitzung wird ein Feedback-Bogen »zur Erfassung der Akzeptanz und der subjektiv erlebten Auswirkungen« (ebd.) ausgeteilt. Unter der Perspektive der Bewertung des Lern- und Bildungsprozesses werden die dabei gemachten Antworten nicht nur Auskunft über das Ausmaß der Zielerreichung geben, die durch das Curriculum angestrebt wird, sondern vor allem darüber, was aus subjektiver Sicht als lernenswert erlebt wurde. Die Antworten könnten Hinweise auf subjektiv-relevante Bewertungskriterien geben. Den im Begleittext angekündigten Vordruck eines Feedback-Bogens (vgl. ebd.) auf der beiliegenden CD-ROM in APES konnte ich jedoch dort nicht auffinden.

Zusammenfassend können als Bewertungskriterien im Basismodul für den Lernerfolg die Behaltensleistung, ein Wissenszuwachs und eine Verhaltens- und Einstellungsveränderung im klinisch gewünschten Sinne aufgefasst werden. Daneben wird auch die Möglichkeit zu subjektiven Kriterien für Lernerfolg eingeräumt, die individuell verschieden ausfallen können.

## 12.5 Aneignungslogik

Die Aneignungslogik sucht die Vorstellungen im Basismodul darüber zu erfassen, wie sich die Aneignung des Lernstoffes beim Betroffenen vollzieht. Wie eignet er sich neues Wissen an? Die Aneignungslogik gibt Antwort auf die Frage, aus welcher Motivation sich der Betroffene auf welche Themen wie weit einlässt. Gemäß der Analysekriterien (Kapitel 6.3) gehe ich den Fragen nach:

1. Von welcher allgemeinen Aneignungslogik wird ausgegangen?
2. Welche Kriterien werden für gelungene Aneignung genannt?

Wie schon bei PEGASUS haben sich auch beim Basismodul deutlich weniger Textpassagen zur Aneignungslogik finden lassen als zur Vermittlungslogik.

### 12.5.1 Allgemeine Aneignungslogik

In den Begleittexten wird von einer Form der Aneignungslogik ausgegangen, die sich im Manual so nicht wieder nachweisen lässt. Sowohl im Begleittext über die neurobiologischen Grundlagen (JUCKEL & HEINZ 2005) als auch in dem über psychotherapeutische Verfahren (PITSCHEL-WALZ et al. 2005) gehen die Autoren davon aus, dass die vom Gruppenleiter vermittelten Informationen bzw. seine »Botschaften« (ebd., S. 58) angeeignet werden, wenn sie klar, wiederholt und der »Auffassungskapazität« (ebd.) angepasst gegeben werden. Im Begleittext der Autoren JUCKEL und HEINZ (2005) finden sich vorwiegend Verben, wie »informieren«, »ausführlich besprechen«, »ansprechen«, »Argumente mitgeben«, »vermitteln«, »es sollte auch betont werden« (ebd. S. 34). Im Begleittext über die didaktischen Elemente (PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b) wird die Aufgabe des Gruppenleiters unter anderem darin gesehen, »die themengeleiteten Gespräche so zu strukturieren, dass die wichtigen Informationsgehalte möglichst leicht erfasst und auch behalten werden« (S. 146). Etwas weiter unten wird für die Visualisierung, den Einsatz von Bildern und Metaphern plädiert. Dies »trägt zur besseren Verankerung der Information bei und dient als Verständnishilfe bei den zum Teil äußerst komplexen Themen« (ebd.). Diese Textpassagen legen folgende Aneignungslogik der Autoren nahe: Die zu vermittelnden Botschaften werden vom Betroffenen eher erfasst, verstanden, in sich verankert und behalten, wenn sie klar, wiederholt und leicht erfassbar zur Verfügung gestellt werden.

Dem Manual selbst (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a) liegt eine andere Aneignungslogik zugrunde. An mehreren Stellen wird darauf hingewiesen, dass der Betroffene sich das leichter aneignet, was sich den Erfahrungen annähert,

die er bereits gemacht hat oder die ihm vertraut sind. Dazu seien exemplarisch drei Beispiele aufgeführt.

1. Im Rahmen der Ausführungen zur 4. Sitzung (Thema: Ursachen, Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell) wird deutlich gemacht, dass die im Vulnerabilitätskonzept postulierte anlagebedingte Dünnhäutigkeit oft von Betroffenen als kränkend und defizitär erlebt wird. Es besteht erst dann »die Chance« (ebd., S. 74), dass der Betroffene dieses Modell akzeptieren kann, wenn vorhandene individuelle Stärken und Begabungen »ausreichend gewürdigt werden [...]« (ebd.). Deshalb werden die Therapeuten angehalten, »die Gruppenmitglieder nicht in erster Linie als Patienten [zu] definieren, sondern als gehandicapte Individuen, die sich mit dem ›Schicksalsschlag‹ Psychose arrangieren müssen [...]« (ebd., S. 77, Zusatz vom Verfasser).
2. Für die 5. Sitzung (Thema: Medikamente und Nebenwirkung) wird Folgendes empfohlen: »Bevor die unzweifelhaften Vorteile der neuroleptischen Medikation thematisiert werden, sollten die dem subjektiven Erleben zunächst sehr viel näher liegenden Nebenwirkungen besprochen werden« (ebd., S. 77), um einem »Ja-aber-Effekt« vorzubeugen. Die Gruppenleiter sollen die »Ambivalenz gegenüber Medikation thematisieren« (ebd.) und deutlich zu machen, dass eine »zunächst spontane Bevorzugung von psychologischen Behandlungsmethoden« (ebd.) ganz normal sei.
3. Während der 6. Sitzung (Thema: Psychotherapie und Psychosoziale Maßnahmen) werden die Betroffenen aufgefordert, individuelle »positive Bewältigungstechniken« (ebd., S. 83) zu nennen, die sie bisher erfolgreich eingesetzt haben. Erst dann ist »darauf aufbauend« (ebd.) die Bedeutung professioneller Hilfen zu erklären. BÄUML (<sup>2</sup>2008) ergänzt in seinem Ratgeberbuch: »Es ist außerordentlich wichtig, die bisherigen Bewältigungsversuche in Erfahrung zu bringen, um einen Überblick zu erhalten, was sich bewährt hat und ausbaufähig erscheint [...].« (S. 133)

Sich auf die Erfahrungen der Betroffenen zu beziehen, wird im Begleittext über die psychotherapeutischen Verfahren (PITSCHER-WALZ et al. 2005) als Regel ausgegeben, die Teilnehmer dort abzuholen, wo sie stehen (vgl., S. 58), weil sie dann »die Empfehlungen der Therapeuten später besser akzeptieren« (ebd.) können. BÄUML (<sup>2</sup>2008) macht diese Regel zum Prinzip. Die Therapeuten sollen in der Psychoedukation »stets Bezug auf das Vorwissen und die Vorerfahrungen« (S. 135) nehmen, um den »Erfahrungsschatz gewinnbringend in die weitere Aufklärungsarbeit einzubauen. Das bisherige Erfahrungswissen [...] soll dann Schritt für Schritt mit dem fachlichen Wissen erweitert werden, das sich in den letzten Jahren aus therapeutischer Sicht als wesentlich erwiesen hat« (ebd.).

Aus diesen Textpassagen lässt sich folgendes Verständnis einer Aneignungslogik herauslesen: Die Betroffenen eignen sich am ehesten die Wissensteile oder Informationen an, die in nicht allzu großer inhaltlicher Diskrepanz zu den bestehenden

Vorerfahrungen und dem vorhandenen Vorwissen liegen. So wird z. B. bei schwierigeren Themen, die als kränkend erlebt werden können (Vulnerabilitätskonzept) oder wo bereits negative Erfahrungen gemacht wurden (Nebenwirkungen der Medikamente) die Chance der Aneignung erhöht, wenn zunächst bewusst »die andere Seite« zum Thema gemacht wird. Bei der Krankheitskonzeptdiskussion wären es die individuellen Stärken (trotz der Verletzlichkeit) und beim Thema der medikamentösen Therapie die Nebenwirkungen (trotz der positiven Wirkungen). Eine Vermittlung, die die Vorteile des Modells oder der Medikamente betont, steht einer Aneignung im Wege, ruft eher Widerstand oder Abwehr hervor und leistet tendenziell einer Nicht-Aneignung Vorschub.

Darüber hinaus lässt sich im Basismodul auch eine Aneignungslogik nachweisen, die auf Einsicht, Durchblick und Aha-Erlebnisse baut. Im Begleittext über die allgemeine Einführung zur Psychoedukation (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b) wird im Rahmen der Wirkfaktoren der Psychoedukation davon gesprochen, »den Betroffenen das Gefühl des ›Durchblicks‹ mit ›Aha-Erlebnissen‹« (S. 10) zu ermöglichen und ihre »Einsicht in die Krankheit und die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen« (ebd.) schrittweise zu vertiefen. BÄUML (2008) wird in seinem Ratgeberbuch noch deutlicher. In der Psychoedukation soll der Betroffene in einer allgemeinverständlichen Sprache informiert werden, sodass es ihm »praktisch wie ›Schuppen von den Augen‹ fällt. In einer Psychoedukativen Gruppe müssen ständig ›Aha!‹-Äußerungen fallen. Die Teilnehmer sollen praktisch die Treppe hinaufstolpern [...]« (S. 134). Beispielsweise wird – laut Manual (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a) – in der 3. Sitzung (Thema: »Somatische Brücke«) das Synapsen-Modell am Beispiel der Berührung einer Hand demonstriert werden, um dann der Frage nachzugehen, was an den Synapsen während einer Psychose passiert. Als zu erwartende Wirkung stellt das Manual »in der Regel direkt sichtbare Aha-Reaktion bei den Teilnehmern, deutlicher Verständnisszuwachs« (ebd., S. 72) fest. Im Rahmen von Einsicht, Durchblick und Aha-Erlebnis vollzieht sich der Aneignungsvorgang, indem ein Sachverhalt, ein Zusammenhang, eine Darstellung signalartig als stimmig, einsichtig, erhellend erlebt wird oder bereits gewusste Einzelteile in einem neuen Gesamtkontext als sinnig erscheinen.

Eine weitere Aneignungslogik basiert auf dem Erleben bestimmter intensiver Gefühle. Ein Gefühl, auf das sich das Manual bezieht, ist Neugierde oder Eigenmotivation. Im Manualtext heißt es in den Ausführungen zur 1. Sitzung, dass bewusst auch gegenüber der Schulmedizin skeptisch eingestellte Betroffene zum Basismodul eingeladen werden sollen. »Erfahrungsgemäß gewinnen die Patienten sehr rasch ein eigenständiges Interesse, mehr über diese Erkrankung zu erfahren und sich einmal zusammenhängend anzuhören, was die Schulmedizin hierzu zu sagen und an Abhilfen zu bieten hat.« (ebd., S. 65) Laut Ratgeberbuch von BÄUML (2008) ist anzustreben, dass die Betroffenen »richtig Lust bekommen, die Krankheit möglichst erfolgreich zu bewältigen« (S. 134). In der Einfüh-

zung zu APES (BÄUML 2005 b) schreibt er, dass bei vielen Betroffenen durch die Grundinformation im Basismodul »das Bedürfnis geweckt« (S. 4) wird, »an der weiteren Vertiefung der eigenen Ressourcen und Bewältigungsstrategien zu arbeiten« (ebd.).

Neben der Neugierde wird im Verlauf der nachfolgenden Sitzungen auf eine Vielzahl weiterer Gefühle im Zusammenhang mit Lernvorgängen der jeweiligen Sitzung Bezug genommen. So kann in der 2. Sitzung (Thema: Krankheitsbegriff, Symptomatik, Diagnostik) bei der Besprechung der Symptome der Kliniker bei den Teilnehmern »Betroffenheit und Staunen, wie generalisiert die eigenen Probleme auch bei anderen auftreten können« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 68), erleben, aber auch »oft Bestürzung und Verwirrung, welche Beschwerden, im Rahmen dieser Erkrankung noch möglich sind [...]« (ebd.). Für die 3. Sitzung (Thema: »Somatische Brücke) weist das Manual den Therapeuten darauf hin, dass die Thematisierung der psychophysiologischen Abläufe »für viele Teilnehmer auch eine Desillusionierung und Konfrontation mit einer nur ungern akzeptierten Realität ist« (ebd., S. 74), weil es die Hoffnung reduziert, allein mit psychologischen Mitteln »die Krankheit ungeschehen« (ebd.) machen zu können. Die »potenzielle Ernüchterung« (ebd.) soll der Therapeut in der Schlussrunde der Sitzung »bei Bedarf zum Thema machen« (ebd.). Bei der Beschreibung der Problemstellung zur 4. Sitzung (Thema: Ursachen – Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell) wird darauf hingewiesen, die Plausibilität des Vulnerabilitätskonzeptes dürfe nicht dazu verleiten zu übersehen, dass viele Betroffene bei diesem Konzept »einen bitteren Beigeschmack« (ebd.) verspüren, da die Identifikation mit diesem Modell »das Eingeständnis, schwächer, sensibler und weniger leistungsfähig zu sein als andere« (ebd.) bedeutet.

Zusätzlich macht BÄUML (<sup>2</sup>2008) in seinem Ratgeberbuch deutlich, welche »ungeheuerliche Belastung für den Betroffenen« (S. 57) der unerwartete Krankheitsausbruch bei einer Ersterkrankung darstellt. Generell besteht im Krankheitsverlauf nach jeder akuten Phase »häufig ein großes Bedürfnis, über die zurückliegenden Erlebnisse zu sprechen, um das in der Psychose Erlebte einigermaßen »verdauen« zu können« (ebd., S. 132). Diese Sichtweise mutet wie eine Auffassung einer »sensiblen Phase« an, in der aufgrund des Wunsches nach Orientierung und Einordnung eine höhere Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der Erkrankung gegeben ist als zu anderen Zeiten.

Das Erleben intensiver Gefühle – wie z. B. Neugierde, Betroffenheit, Staunen, Bestürzung, Verwirrung, Desillusionierung, Konfrontation, Ernüchterung, Belastung – sind besondere emotionale Zustände, die die Alltagsroutine sowie Handlungs- oder Denkgewohnheiten teilweise außer Kraft setzen und auf die man in der Regel – frei nach Watzlawick – nicht nicht reagieren kann. Sie werden dadurch zu – zum Teil sehr schmerzhaften – Anlässen, sich um oder neu zu orientieren und fördern die grundsätzliche Bereitschaft, sich für neues Wissen,

neue Informationen, neue Einstellungen oder Verhaltensweisen zu interessieren, es aufzunehmen und sich anzueignen.

Die Aneignungsfähigkeit der Betroffenen wird jedoch nicht als grenzenlos eingestuft. Sie kann grundsätzlich begrenzt sein durch die »krankheitsbedingt eingeschränkte Aufnahmekapazität [...]« (PITSCHSEL-WALZ & BÄUML 2005 b, S. 146). Während der Behandlung eines Themas in einer Sitzung soll eine Überlastung mit Details vermieden werden. »Die Konzentration auf einige wenige Kerndaten hat sich bewährt, getreu dem Grundsatz: ›Weniger ist manchmal mehr‹.« (ebd.) Die Aufnahmekapazität stellt keine starre Größe dar. Sie schwankt aktuell in Abhängigkeit des Krankheits- bzw. Gesundheitsstatus und unterliegt generell »im Laufe einer längeren Krankheit meist einer Wandlung [...]« (BÄUML 2008, S. IX).

Zusammenfassend lässt sich folgendes Verständnis über die allgemeine Aneignungslogik von Lern- und Bildungsangeboten beim Betroffenen im Basismodul nachweisen:

- Was vermittelt wird, kann potenziell angeeignet werden.
- Angeeignet werden die neuen Wissensteile und Informationen, die eine gewisse inhaltliche Nähe zum Vorwissen und zu den Vorerfahrungen haben.
- Aneignung geschieht aufgrund von Einsicht, Durchblick und Aha-Erlebnissen.
- Die Bereitschaft zu einer Aneignungsleistung steigt im Zustand bestimmter intensiver Gefühle, die im Laufe der Auseinandersetzung mit der Erkrankung erlebt werden (können).
- Die Aufnahmekapazität des Betroffenen beim Aneignungsvorgang ist in Abhängigkeit vom Krankheitsstatus limitiert.

### 12.5.2 Kriterien gelungener Aneignung

Gelungene Aneignung der vermittelten Lerninhalte wird im Basismodul primär vom Gruppenleiter her gedacht. Sie wird daran festgemacht, wie weit die Teilnahme am Basismodul dazu beigetragen hat, dass der Betroffene sich in seiner Einstellung und in seinem Verhalten mehr an den zentralen Lern- und Bildungszielen (Verbesserung der Compliance, funktionales Krankheitskonzept und Ausschöpfung des Selbsthilfepotentials) orientiert (vgl. Kapitel 12.4.5). Laut den Ausführungen im Manual (BÄUML & PITSCHSEL-WALZ 2005 a) zur 3. Sitzung (Thema: »Somatische Brücke«) stellt sich die Frage, ob es dem Betroffenen im Laufe der Zeit gelingt, sich durch die »positiven Bewältigungsmöglichkeiten« (S. 74) mit der Erkrankung zu arrangieren und trotz der »nur ungerne akzeptierten Realität« (ebd.) dennoch »eher erleichtert und gelassener in die Zukunft«

(ebd.) zu sehen. Ähnlich wird es in den Ausführungen zur 4. Sitzung (Thema: Ursachen, Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell) formuliert. Hier wird ebenso ein Konnex zwischen einer gewissen »Aussöhnung mit dem Faktum der Erkrankung« (ebd., S. 77) und der »Herausarbeitung der sich aus diesem Modell ergebenden Beeinflussungsmöglichkeiten der Patienten« (ebd.) hergestellt. Nach BÄUML (2008) muss es für die Betroffenen durch das Basismodul nachvollziehbar werden, »dass sie zur langfristigen Stabilisierung eine antipsychotische Langzeitbehandlung brauchen und es sich lohnt, diese Therapie, trotz hiermit verbundener Nebenwirkungen, zu akzeptieren« (S. 132).

Würde ein Betroffener sich nach der Teilnahme am Basismodul dementsprechend verhalten und eine zunehmende Akzeptanz zeigen, wird von klinischer Seite von einer Aneignung des Lernstoffes und der Information ausgegangen.

Was als eine gelungene Aneignungsleistung aus dem Lernangebot des Basismoduls aus Sicht des Betroffenen gelten kann, würden die jeweiligen Ergebnisse der Feedback-Bögen nach der letzten Sitzung zeigen. Die darin geschilderten »subjektiv erlebten Auswirkungen der Gruppe« (PITSCHER-WALZ & BÄUML 2005 a, S. 135) können als Ausdruck individuell bedeutsamer Aneignungsleistungen betrachtet werden. Der Einsatz von Feedback-Bögen wird während der Abschlussitzung empfohlen (vgl. ebd.).

# 13 Analyseergebnisse im Überblick

Die Zusammenfassung der Ergebnisse, die sich aus der systematischen Untersuchung des Lehr-, Lern- und Bildungsverständnisses der psychoedukativen Manuale PEGASUS und APES (Psychoedukative Patientengruppen) anhand der Analysekriterien ergeben haben, erfolgt tabellarisch in einer Synopse.

**Tab. 4: Analyseergebnisse im Überblick**

| Analysekriterien   | PEGASUS  | APES (Psychoedukative Patientengruppen)  |
|--|--|--|
| 1 Lern- und Bildungsprozesslogik (allgemein):                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• als Informationsvermittlung und -verarbeitung</li> <li>• als Vergleichsprozess zwischen Lernerhalten und subjektiver Erfahrung</li> <li>• als langfristiger Auseinandersetzungsprozess</li> <li>• als Einüben von Verhaltensweisen</li> <li>• in Teilschritten, durch Wiederholung und als offener Prozess</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• als Wissensvermittlung und Informationsverarbeitung</li> <li>• als Aufklärung</li> <li>• Lernen aus Erfahrung</li> <li>• klassisches behaviorales Lernverständnis: Modell-Lernen, positive Verstärkung und Löschung</li> </ul>  |
| 1.1 Veränderung wird grundsätzlich ermöglicht durch ...:         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufbau und Umstrukturierung kognitiver Strukturen</li> <li>• Kollision von vertrautem und neuem Wissen</li> <li>• Erfahrungsauswertung, Übung, Zerlegung der Ziele in Teillernschritte</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufbau und Umstrukturierung kognitiver Strukturen</li> <li>• ausprobieren, Trial-and-Error</li> <li>• Beobachtung, Nachahmung und Identifikation mit dem Vorbild</li> <li>• Reiz-Reaktions-Modell: Erhöhung/Erniedrigung der Auftretenswahrscheinlichkeit</li> </ul>  |
| 1.2 Rollen- und Kompetenzverteilung:                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moderator und Betroffener als gleichberechtigt Gesprächspartner beim Austausch von Kenntnissen und Standpunkten</li> <li>• Betroffener ist Experte für seine Situation und Erkrankung mit eigenen Erfahrungen, Erwartungen und Bedürfnissen</li> <li>• Moderator ist qualifizierter Ratgeber mit Fachwissen</li> <li>• Lern- und Bildungsvorgang ist reziprok</li> </ul>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kliniker als Fachexperte vermittelt Betroffenen einen vergleichbaren Wissensstand, damit er zum Krankheitsexperten wird</li> <li>• Lern- und Bildungsvorgang ist reziprok</li> </ul>  |
| 1.3 Erklärungsmuster für differente Sicht- und Verhaltensweisen: | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomie des Betroffenen</li> <li>• Qualität der Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Betroffenen</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• krankheitsimmanent</li> <li>• Reaktion auf Nebenwirkungen der Medikamente</li> <li>• als Bewältigungsversuch</li> <li>• mangelnde Informiertheit</li> </ul>   |
| 2 Vermittlungslogik (allgemein)                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• direktiv-strukturiertes Vorgehen</li> <li>• Vermittlung wissenschaftl. Wissens, das in Beziehung zu Erfahrungen der Betroffenen gesetzt wird</li> <li>• Sichtweisen des Betroffenen werden durch Fachwissen des Therapeuten ergänzt</li> <li>• Berücksichtigung der Störbarkeit der Informationsverarbeitung: Klarheit, Verständlichkeit, Einfachheit und Überschaubarkeit der Informationen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• strukturiertes Vorgehen</li> <li>• Bereitstellung und Vermittlung von Wissen und Information</li> <li>• Informationsvermittlung und emotionale Entlastung</li> <li>• verständliche, dolmetschende Sprache und nachvollziehbare, vereinfachende Darstellung</li> </ul> |

| Analysekriterien   | PEGASUS  | APES (Psychoedukative Patientengruppen)   |
|--|--|---|
| 2.1 <i>Lern- und Bildungsanlass – Identifikation von Fragestellungen und Lernaufgaben:</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• aus klinischer Sicht: professionelles Krankheits- und Behandlungskonzept mit seinen Handlungsimplikationen dem Betroffenen offenlegen</li> <li>• Lernaufgaben sind diese Konzepte</li> <li>• vonseiten der Betroffenen: Erschütterung der Krankheit führt zur Orientierungssuche</li> <li>• Lernaufgaben sind subjektive Fragestellungen</li> </ul>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• aus klinischer Sicht: Verbesserung der Medikamentencompliance und des Krankheitsverständnisses</li> <li>• Lernaufgaben ergeben sich aus diesen Zielsetzungen</li> <li>• Krankheit zwingt zur (Neu-)Orientierung im Leben</li> <li>• Verunsicherung durch Vorurteile und Unwissen über Schizophrenie bedarf der Aufklärung</li> <li>• Vertrautwerden mit dem Vulnerabilitätskonzept</li> <li>• Verbesserung der (Medikamenten-)Compliance</li> <li>• Förderung des Selbsthilfepotenzials</li> </ul> |
| 2.2 <i>Zentrale Lern- und Bildungsziele:</i>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schizophrenie thematisieren</li> <li>• Kenntnis und Verstehen des Vulnerabilitätskonzepts und des Drei-Phasen-Modells</li> <li>• Sensibilisierung für Einflussfaktoren sowie individuelle Handlungs- und Einflussmöglichkeiten auf den Krankheitsverlauf</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wissenschaftlichkeit der Erkenntnisse</li> <li>• Möglichkeit der Einflussnahme auf Krankheits- und Genesungsverlauf</li> </ul>   |
| 2.3 <i>Legitimation des Lern- und Bildungsgeschehens:</i>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recht der Betroffenen auf Information und Aufklärung</li> <li>• Gewährung der Möglichkeit, sich mit Erkrankung auseinanderzusetzen</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behaltensleistung</li> <li>• Wissenszuwachs</li> </ul>   |
| 2.4 <i>Lern- und Bildungserfolg – Bewertung des Lern- und Bildungsprozesses:</i>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behaltensleistung</li> <li>• Transferleistung</li> <li>• subjektive Kriterien</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veränderung auf Verhaltens- und Einstellungsebene</li> <li>• subjektive Kriterien</li> </ul>   |
| 3 <i>Aneignungslogik (allgemein)</i>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• schizophrene erkrankter Mensch ist fähig, sich Lerninhalte anzueignen</li> <li>• Aneignung der Inhalte, die bereits gemachte oder zukünftige Erfahrungen sinnvoll integrieren können</li> <li>• Lern- und Bildungsinhalte, die zu bisherigen Erfahrungen als passend erlebt werden</li> <li>• Aufnahmekapazität ist krankheitsbedingt begrenzt</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• was vermittelt wird, kann potenziell angeeignet werden</li> <li>• Aneignung neuer Wissensteile, wenn inhaltliche Nähe zu Vorwissen und Vorerfahrungen gegeben ist</li> <li>• durch Einsicht, Durchblick und Aha-Erlebnisse</li> <li>• Aneignung bei bestimmten intensiven Gefühlen in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung</li> <li>• Aufnahmekapazität ist krankheitsbedingt begrenzt</li> </ul>   |
| 3.1 <i>Kriterium für gelungene Aneignung:</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachvollziehbarkeit und Plausibilität der Lern- und Bildungsinhalte</li> <li>• Übertragbarkeit auf die individuelle Lebens- und Erkrankungssituation</li> <li>• subjektive Kriterien</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• aus klinischer Sicht: Einstellung und Verhalten orientieren sich vermehrt an den zentralen Lern- und Bildungszielen</li> <li>• subjektive Kriterien</li> </ul>   |

# 14 Auswertung und Diskussion der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel wird die Auswertung und Diskussion der Analyseergebnisse vorgenommen. Die bei PEGASUS und APES jeweils aufgezeigte Lern- und Bildungsprozesslogik (Kapitel 14.1) sowie Vermittlungslogik (Kapitel 14.2) und Aneignungslogik (Kapitel 14.3) werden verglichen, ausgewertet und auf der Grundlage des pädagogischen Konstruktivismus, als erziehungswissenschaftlicher Referenztheorie, und weiterer einschlägiger Fachliteratur kritisch diskutiert. Auf diese Weise wird in Kapitel 14 ein zentrales Anliegen dieser Arbeit umgesetzt, nämlich Psychoedukation für schizophrene erkrankte Menschen erstmalig bewusst und systematisiert in den Kontext von Erziehungswissenschaft und Erwachsenenbildung zu stellen (vgl. Kapitel 1). Damit verfolge ich vier Ziele:

1. Der Diskurs zwischen Pädagogik und Psychiatrie über den durch die Psychoedukation initiierten Lern- und Bildungsprozess sowie über die sich daraus ergebenden Konsequenzen für das Lehrverständnis soll angestoßen und explizit gemacht werden (Kapitel 14).
2. Ich möchte dazu beitragen, dass die Kliniker ein besseres pädagogisches Verständnis für das Lern- und Bildungsgeschehen in der Psychoedukation gewinnen und es für die konkrete Arbeit nutzen können (Kapitel 14).
3. Auf der erziehungswissenschaftlichen Basis wird die derzeitige Theorie und Praxis der Psychoedukation einer kritischen Würdigung unterzogen (Kapitel 14).
4. Entsprechend meiner Ausgangsthese sollen daraus wesentliche Anregungen und Impulse für eine Weiterentwicklung und Verbesserung der Psychoedukation in Theorie und Praxis abgeleitet werden (Kapitel 14 und 15). Dies stellt ein weiteres zentrales Anliegen der Arbeit dar.

## 14.1 Lern- und Bildungsprozesslogik

Wie durch die Struktur der Analysekriterien vorgegeben, werden die Ergebnisse zu folgenden vier Kriterien verglichen, ausgewertet und diskutiert:

- allgemeine Lern- und Bildungsprozesslogik

- Vorstellungen über die Veränderung durch Lernen und Bildung
- Rollen- und Kompetenzverteilung zwischen Therapeut und Betroffenenem
- Erklärungsmuster über differente Sicht- und Verhaltensweisen

### 14.1.1 Allgemeine Lern- und Bildungsprozesslogik

Grundsätzlich setzen beide Manuale schwerpunktmäßig auf Informationsvermittlung und -verarbeitung sachgerechten wissenschaftlichen Wissens über Schizophrenie und daraus abgeleiteter Behandlungsimplicationen. Im Detail unterscheiden sich die Manuale jedoch. PEGASUS will Schizophrenie zwischen Betroffenen und den professionellen Helfern zum Thema machen, wobei diese ihre Krankheits- und Behandlungskonzepte jenen offenlegen wollen. APES\* betont viel deutlicher die Wissens- und Informationsvermittlung, da es den Autoren um ein Herausführen aus einem Informationsdefizit (vgl. BÄUML 2005 a, S. 1) bzw. einer »Unwissenheit« (BÄUML 2008, S. 134) sowie um Aufklärung, Einsicht, Durchblick und Aha-Erlebnisse geht (vgl. BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 8, S. 10). Damit steht bei der Lern- und Bildungsprozesslogik eine steuernde Vermittlungsleistung des wissenschaftlichen Experten im Vordergrund, die beim Betroffenen Wissen aufbauen oder laienhaftes bzw. defizitäres Wissen austauschen oder korrigieren soll.

### Aneignungsleistung

Gemessen am pädagogischen Konstruktivismus wird mit dieser Sichtweise der Lern- und Bildungsprozesslogik das Potenzial der Vermittlungsleistung des Kliniklers überschätzt und das der subjektiven Aneignungs- und Verarbeitungsleistung des Betroffenen unterschätzt. Das Gelernte deckt sich nicht selbstverständlicherweise mit dem Gelehrten. Hierzu passt der Befund aus der Untersuchung von WIENBERG (1997), dass die Einschätzung der Therapeuten über das Ausmaß, wie gut die Betroffenen die in der Psychoedukation vermittelten Informationen verstanden haben, deutlich optimistischer ausfiel als die Selbsteinschätzung der erkrankten Menschen (vgl. S. 33). Dies kann als Indiz gewertet werden, dass

---

\* Die im Kapitel 14 bei Zitaten aus APES angegebenen Seitenzahlen decken sich nicht mit den Seitenzahlen in der 2. Auflage von APES, die nach Einreichen der Dissertation herausgegeben wurde, da im Verhältnis zur ersten Auflage die Kapitelreihenfolge geändert wurde. So gut wie alle Zitate sind jedoch in der Regel gleichlautend auch in der 2. Auflage zu finden, nur auf einer anderen Seite. Will der Leser einen Abgleich vornehmen, bietet ein Vergleich der Inhaltsverzeichnis beider Auflagen eine Orientierung zum Auffinden der Textstelle in der 2. Auflage.

Kliniker tendenziell die Bedeutung ihrer Vermittlungsleistung überbewerten. LÜTJEN (2008) beklagt, dass im psychiatrischen Alltag der Betroffene leicht »in reduzierter Perspektive als zu belehrendes, zu beeinflussendes, zu erziehendes Individuum gesehen wird, als Mangelwesen, dem die Experten Sinn und Orientierung vermitteln« (S. 13).

Aus konstruktivistischer Sicht ist Lernen und Bildung vor allem ein innen- und selbstgesteuerter Prozess der Aufnahme von Lernangeboten durch den Betroffenen. Die Bewegung bei einem Lern- und Bildungsvorgang ist (aus Sicht des Lernenden) weniger, dass von außen ein Lerninhalt nach innen kommt, sondern dass von innen eine Aneignung auf das Lernangebot passiert – oder eben nicht passiert. Die Aneignung entzieht sich letztlich der Machbarkeit durch den Lehrenden. Auch die von beiden Manualen betonte wissenschaftliche Fundierung der Wissensangebote kann nicht übergehen, dass Lernen und Bildung beim Betroffenen autopoietisch, selbstreferenziell und operational geschlossen abläuft.

Denn was sich, von den während der Lebens- und Krankheitsgeschichte entwickelten Handlungs-, Denk- und Emotionsmustern, in der Vergangenheit bewährt und sich für den Betroffenen als subjektiv funktional und überlebens- sowie handlungssichernd erwiesen hat, wird beibehalten (Autopoiese). Das Ergebnis seiner bisherigen Vorerfahrung und seines Vorwissens ist die nicht hintergehbare Grundlage für jeden zukünftigen Lern- und Bildungsschritt. Seine Biografie setzt den Rahmen für seine diesbezüglichen gegenwärtigen kognitiven, emotionalen und praktischen Aktivitäten (Selbstreferenz). Ein Lernvorgang ist rückbezüglich auf diese bestehenden Vorstrukturen – unabhängig von der wissenschaftlichen Validierung des Lernangebots.

## Anschlusslernen

Beide Manuale streben eine mit der Zeit zunehmende Übernahme des wissenschaftlichen Wissens durch den Betroffenen an, das seine bisherigen idiosynkratischen Vorstellungen ersetzen soll. APES macht dies wiederum deutlicher als PEGASUS. Laut PEGASUS sollen die Kenntnisse und Erfahrungen der Betroffenen »durch die Sichtweise psychiatrischer Fachleute ergänzt, aber nicht ersetzt werden« (WIENBERG et al. 2005, S. 22). APES will ausdrücklich erwünschtes Verhalten sowie funktionale Kognitionen des Betroffenen durch entsprechende Äußerungen des Kliniklers verstärken (vgl. PITSCHER-WALZ & BÄUML 2005 b, S. 141 f.). Dieses Anliegen wird zusätzlich untermauert durch die eigene Vorbildfunktion (vgl., S. 141) und durch die Modellfunktion bereits gemachter positiver Erfahrungen des Betroffenen selbst (vgl. BÄUML & PITSCHER-WALZ 2005 a, S. 65, S. 81, S. 83) oder anderer Betroffener (vgl. PITSCHER-WALZ & BÄUML 2005 b, S. 140, S. 144). Dysfunktionale Äußerungen sollen möglichst

gelöscht werden (vgl. ebd., S. 139). Der Maßstab zu diesen Interventionen ist der derzeitige wissenschaftliche Kenntnisstand über Schizophrenie und die daraus abgeleiteten Behandlungsansätze.

Lernen und Bildung als einen durch Verstärkung und positive Modelle geleiteten Vorgang eines Wissensaustauschs zu sehen, gilt in den Vorstellungen des pädagogischen Konstruktivismus als unterkomplex. Eine lineare Übernahme des Gelehrten beim Betroffenen ist nicht zu erwarten, und zwar nicht aufgrund einer krankheitsbedingt fehlenden Krankheitseinsicht, sondern weil der Lern- und Bildungsprozess in der Regel so nicht verläuft. Hierzu passen Untersuchungen, in denen Betroffene Psychoedukation als sehr hilfreich erlebt haben, *obwohl* sie nur zu einem geringen Prozentsatz ihr Verhalten oder ihr Krankheitskonzept verändert haben (vgl. z. B. HOFER et al. 2001; KILIAN et al. 2001). Erklärt wird diese Diskrepanz von den Autoren so: Therapeuten gehen in der Regel davon aus, »dass Patienten aufgrund fehlenden Wissens falsch mit ihrer Erkrankung umgehen« (ebd., S. 172) und deshalb Aufklärung brauchen. Doch diese Sichtweise übersieht die im Laufe langjähriger Krankheitsauseinandersetzung erworbenen Bewältigungskompetenzen, die sich bewährt haben und folglich keiner Veränderung bedürfen. »Die Vermittlung neuer Informationen kann nur insoweit zu einer verhaltensrelevanten Umorientierung führen, als sich diese neuen Informationen in das bestehende System von Deutungsmustern und Handlungsorientierungen [...] integrieren lassen.« (ebd.) ZAUMSEIL und ANGERMEYER (1997) erinnern, dass zwar »das pragmatische Management der störenden Symptome und Defizite bei psychisch Kranken durch psychoedukative Techniken empirisch gut begründet« (S. 11) sei, aber ein Beschränkung darauf, den Befund übersieht, dass die Betroffenen »sinnhafte Bezüge zwischen Krankheitserfahrungen und ihrem Leben herstellen [...]« (ebd.).

Aufgrund der Autopoiese und Selbstreferenz vollzieht sich Lernen und Bildung weniger als Austauschvorgang, sondern eher als ein Anschlusslernen an bereits vorhandene Denk- und Handlungsmuster sowie Erfahrungen und Wissensbestände. Diese werden in einem Lern- und Bildungsprozess nicht gegen einen kompletten Wissenssatz ausgetauscht, sondern durch einzelne Aspekte neuen Wissens und neuer Erfahrungen erweitert, angereichert, differenziert und weiterentwickelt – wenn die Aspekte vom Lernenden als viabel eingeschätzt werden (siehe Kapitel 14.3). PEGASUS spricht von Ergänzung (vgl. WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 22), APES von Erweiterung (BÄUML <sup>2</sup>2008, S. 135) vorhandenen Erfahrungswissens. Bei APES lassen sich kaum eindeutige Interventionen für Anschlusslernen im Manual aufzeigen. PEGASUS zeigt in Ansätzen ein Anschlusslernen, wenn z. B. der Therapeut während der Psychoedukation wiederholt die Betroffenen in den einzelnen Stunden zu der Nachvollziehbarkeit und Plausibilität der vermittelten Lernangebote befragt (vgl. WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 45, S. 52, S. 73, S. 116).

Die über die Viabilität selbst gesteuerte Aneignungsleistung setzt damit dem Kliniker in der Steuerbarkeit und Planbarkeit des Lern- und Bildungsprozesses sowie des Lernerfolgs eine Grenze. APES versucht über Aufklärung, Verstärkung, Löschung und Modell-Lernen das Coping-Verhalten des Betroffenen und seine Einstellung zur Krankheit im Sinne empirisch abgesicherten Wissens zu instruieren und zu steuern. Diese Vorgehensweise trägt Züge einer Gesundheitserziehung, die normierenden Charakter für alle Betroffenen hat (vgl. Kapitel 4.6). Nach HAUG (1991) wird unter Gesundheitserziehung eine »eher »vormundschaftliche Beeinflussung« des für die Gesundheit relevanten Lernens« (S. 53) verstanden. Doch VOGEL (2001) erinnert daran, dass ein Patient grundsätzlich autonom ist und nicht in erster Linie gehorsam (vgl. S. 162).

Aus konstruktivistischer Sicht stellen auch empirisch fundierte wissenschaftliche Krankheitstheorien lediglich eine mögliche Wirklichkeitskonstruktion unter weiteren denkbaren Konstruktionen dar. Sie sind mit den subjektiven Krankheitstheorien von Menschen mit schizophrener Erkrankung als gleichwertig einzustufen. Die Gleichwertigkeit ergibt sich aus der jeweils vorliegenden Viabilität der Konstruktionen. Deshalb kann aus dieser Perspektive den wissenschaftlichen Konstruktionen – unabhängig von deren empirischer Untermauerung – nicht von vornherein und generell ein Vorzug gegenüber anderen Krankheitsvorstellungen gegeben werden. Konsequenterweise kann nicht ein Austausch des subjektiven Krankheitsverständnisses gegen die wissenschaftliche Sicht angestrebt werden mit dem Argument, diese sei jenem überlegen.

Ebenso lässt sich die Vorstellung einer Instruktion und Steuerbarkeit des Lern- und Bildungsprozesses in der Psychoedukation aus erziehungswissenschaftlicher Sicht nicht halten. Nach dem pädagogischen Konstruktivismus ist die Lehr- und Lernsituation kontingent und in ihrer Wirkung nicht plan- und kalkulierbar. Lernen und Bildung kann nicht gemacht, sondern höchstens ermöglicht werden, »Erwachsene sind lernfähig, aber unbelehrbar« (SIEBERT 2009, S. 35). Die Psychoedukation muss vielmehr die Möglichkeit der strukturellen Kopplung beider Systeme suchen.

### Perspektivenvielfalt und Differenz Erfahrung

Lernen und Bildung zu fördern, geschieht durch ein Angebot der Perspektivenvielfalt, das mithilfe einer Beobachtung zweiter Ordnung eine bewusste Differenz Erfahrung bietet und dadurch zu einer strukturellen Kopplung des Lehr- und Lernsystems führen kann. Zu der Differenz Erfahrung kommt es aus Neugierde oder aufgrund erlebter Perturbation. Will man Veränderung von vorhandenem Wissen und Erfahrung ermöglichen, z. B. auch von sogenanntem dysfunktionalen Verhalten, wird dies auf Dauer nicht durch Aufklärung über richtige Handlungs-

weisen und Belohnung des erwarteten Verhaltens gehen, sondern nur über ein Angebot von Perspektivenvielfalt. Sie kann – muss aber nicht – zu einer Differenzerfahrung führen, die den Betroffenen potenziell in eine Auswahlposition für seine (zukünftigen) Verhaltens- und Sichtweisen bringt. In der oben erwähnten Studie von KILIAN et al. (2001) wird von einem Teil der befragten Betroffenen in der Psychoedukation gerade die »Auseinandersetzung mit den Erfahrungen anderer Patienten [...] als hilfreich für die Bewältigung der eigenen Situation erlebt« (S. 171). Den Autoren zu Folge ist »die Anregung des Informationsaustausches zwischen den Patienten ein mindestens ebenso wichtiger Effekt [...] wie die Vermittlung von Wissen [...]« (ebd.). Dieses Ergebnis ist bemerkenswert und könnte als Wunsch nach Perspektivenvielfalt interpretiert werden. Zu berücksichtigen ist dabei aber, dass die Bereitschaft zur Differenzwahrnehmung durch die individuelle Driftzone begrenzt ist. Deshalb plädiert SIEBERT (<sup>6</sup>2009) für »das Prinzip der ›dosierten Diskrepanz‹« (S. 255). Das bedeutet in der Vermittlungstätigkeit des Kliniklers die Differenzerfahrung so zu dosieren, dass sie vom Betroffenen verarbeitet werden kann.

Beide Manuale ermöglichen teilweise eine Differenzerfahrung. PEGASUS sucht wiederholt das Lernthema der jeweiligen Stunde mit persönlichen Erfahrungen des Betroffenen abzugleichen (vgl. WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 45, S. 52 S. 73, S. 116). Auf jeden Moderatoren-Input folgt ein Gruppengespräch über subjektive Erfahrungen und erlebte Beispiele zu den behandelten Themen. WIENBERG (<sup>3</sup>2003 b) spricht von Kollisionen als Lernchancen (vgl. S. 121). Doch von einer Perspektivenvielfalt, z. B. durch ein »Probedenken« der unterschiedlichen Einstellungen der Betroffenen in der Gruppe oder anderer noch möglicher Einstellungen, kann nicht gesprochen werden, da die subjektiven Erfahrungen alle auf das Lernthema hin orientiert werden. Ebenso bezieht sich ein Erfahrungsaustausch untereinander auf das aktuell vermittelte Wissen im Sinne einer Perspektivenbestätigung. Er wird nicht als eigene Quelle zusätzlicher wissenswerter Information gesehen, die Perspektivenvielfalt schafft. APES weist beim Erfahrungsaustausch untereinander zwar ausdrücklich auf die »Modellfunktion der anderen Teilnehmer« (PITSCHER-WALZ & BÄUML 2005, S.144) hin, jedoch wird auch hier auf Schilderungen positiver Bewältigungsstrategien im Sinne des Manuals abgezielt, die dann auch vom Therapeuten verstärkend hervorgehoben werden sollen (vgl. ebd.). In beiden Manualen steht nicht Perspektivenvielfalt im Vordergrund, sondern die Perspektive des wissenschaftlichen Wissens, das den Bezugspunkt für alle gezielt nachgefragten subjektiven Erfahrungen und den Erfahrungsaustausch untereinander bildet.

Damit kann festgehalten werden, dass beide Manuale im Grunde auf die Vermittlungs- und Aufklärungsleistung des Kliniklers über richtige und wissenschaftlich fundierte Handlungsweisen setzen, womit auf das Verhalten und die Einstellung der Betroffenen steuernd Einfluss genommen werden soll. Bei einer

zukünftigen Fokussierung des Lern- und Bildungsprozesses in der Psychoedukation wäre

- das Augenmerk weniger auf die Vermittlungsleistung, sondern vielmehr auf die Aneignungsleistung des Lernangebots durch den Betroffenen zu richten, deren Machbarkeit sich aber dem Kliniker entzieht,
- die Form des Anschlusslernens zu berücksichtigen, bei der einzelne neuwertige Aspekte aufgenommen werden, wenn sie als viabel erlebt werden und
- der Perspektivenvielfalt zentrale Bedeutung einzuräumen, um eine Differenz-erfahrung dem Betroffenen bewusst erlebbar zu machen und ihn potenziell in eine Auswahlposition für seine (zukünftigen) Verhaltens- und Sichtweisen zu versetzen.

### 14.1.2 Was ermöglicht die Veränderung durch Lernen und Bildung?

Die Frage, wodurch Veränderungen sowohl im Verhalten und in der Einstellung als auch im Selbstbild, im Verhältnis zu anderen und der Welt in der Psychoedukation ermöglicht werden, wird in beiden Manualen nicht explizit behandelt. Eine Antwort kann nur indirekt aus den Vorstellungen über die allgemeine Lern- und Bildungsprozesslogik erschlossen werden. Durch den Schwerpunkt der Wissens- und Informationsvermittlung in den Manualen wird vermutlich auf einen Auf- und Umbau kognitiver Strukturen gesetzt. APES sucht zudem durch positive Verstärkung und Modell-Lernen die Auftretenswahrscheinlichkeit von aus klinischer Sicht wünschenswertem Verhalten zu erhöhen.

Aus der Perspektive des pädagogischen Konstruktivismus ist eine notwendige Bedingung für einen Lern- und Bildungsvorgang die bewusste Differenz-erfahrung. Durch Beobachtung zweiter Ordnung kann die dem jeweils gezeigten Verhalten oder der jeweils mitgeteilten Einstellung zugrunde liegende Konstruktion und deren Viabilitätskriterien wahrgenommen und reflektiert werden. Dies ermöglicht eine strukturelle Kopplung zwischen subjektiven und wissenschaftlichen Erfahrungswerten. Durch Selbstdistanz und durch Einnahme einer Metaebene wird ein Perspektivenwechsel möglich, der Lern- und Bildungsvorgänge initiiert.

Beiden Manualen liegt sehr an einer Verknüpfung von wissenschaftlichem Wissen mit subjektiven Erfahrungen, Einstellungen und Sichtweisen der Betroffenen (vgl. z. B. WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 22, S. 34; BÄUML <sup>2</sup>2008, S. 135). Beide betonen, dass der Betroffene während der Psychoedukation dort abgeholt werden muss, wo er steht (vgl. WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 215; BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 81; PITSCHEL-WALZ et al. 2005, S. 58). Es ist aber kritisch zu hinterfragen, ob mit dem »Abholen« – neben einer

emotionalen Entlastungsfunktion – eher eine Strategie zur besseren Vermittelbarkeit der vorbereiteten Lehrinhalte verfolgt wird. Beispielsweise sollen bei APES in der 5. Sitzung zuerst die Nebenwirkungen der Psychopharmaka besprochen werden, um »der Provokation des typischen ›Ja-aber-Effektes« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 77) vorzubeugen. Insofern wirkt diese Vorgehensweise strategisch: Der Betroffene wird auf eine bestimmte Art abgeholt, um möglichen Widerstand gegenüber dem Lernangebot zu unterlaufen.

Diese Abholstrategie ist nicht mit struktureller Kopplung gleichzusetzen. Strukturelle Kopplung bedeutet, dass sich Systeme gegenseitig anregen können, indem sie sich aufeinander beziehen und durch Verschränkung von Perspektiven zur reziproken Weiterentwicklung anregen. Dann können die Systeme sich wechselseitig beeinflussen und von- und miteinander lernen – sie steuern sich aber nicht zielgenau und kalkulierbar. APES will jedoch »die sich während des stationären Aufenthaltes bietende Chance der *gezielten Bearbeitung* der oft dysfunktional gelagerten Krankheitskonzepte« (ebd., S. 64, kursiv durch den Verfasser) nutzen. PEGASUS dagegen nennt einige Elemente struktureller Kopplung. Durch den Vergleich der Lernthemen mit subjektiver Erfahrung in den Stunden, durch das Verständnis von Kollision als Lernchance und durch die Einstellung, subjektive Wissensbestände durch psychiatrisches Fachwissen zu ergänzen und nicht zu ersetzen (vgl. WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 22), wird einer Differenzenerfahrung zugearbeitet. Auch das bei PEGASUS geäußerte Verständnis von Lernen und Bildung als einem langfristigen Auseinandersetzungsprozess mit der Erkrankung (vgl. ebd., S. 13) bietet grundsätzlich das Potenzial einer Differenzwahrnehmung zwischen aktuell gemachten Erfahrungen und bisherigen Einstellungen und Handlungsoptionen. Doch die pädagogische Bedeutung von Differenzenerfahrung für Lernen und Bildung wird nicht weitergehend reflektiert. Sie bleibt implizit.

Durch eine bewusste Beobachtung zweiter Ordnung dieser Differenzwahrnehmungen könnte die Auftretenswahrscheinlichkeit einer strukturellen Kopplung vergrößert werden. Beispielsweise wird eine Beobachtung zweiter Ordnung in der Psychoedukation gefördert, wenn mit der Unterstützung des Kliniklers unterschiedliche Teilnehmerbeiträge auf deren jeweilige Plausibilitätszusammenhänge zwischen gemachter Erfahrung des Teilnehmers, seinen daraus abgeleiteten Realitätskonstruktionen und seinen beobachtbaren Verhaltensweisen reflektiert werden. Es gilt vom Klinikler zu verdeutlichen und vom Betroffenen zu durchschauen, mit welchen unterschiedlichen Bewertungen er selbst und andere bestimmte Situationen interpretieren und wie dies jeweils zur Plausibilisierung von Handlungen dient. Dies würde eine bewusste aktive Förderung von Perspektivenvielfalt und Perspektivenwechsel durch den Klinikler bedeuten.

Voraussetzung für das Gelingen einer strukturellen Kopplung in der Psychoedukation ist, dass

- Kliniker und Betroffene sowie Betroffene untereinander Bezug aufeinander nehmen,
- Kliniker und Betroffene eine gemeinsame Sprache entwickeln,
- ein Austausch unterschiedlicher Realitätskonstruktionen und deren Viabilitätskriterien stattfindet,
- eine Beobachtung zweiter Ordnung in Gang kommt und beide – zumindest probeweise – eine gemeinsame Beobachterperspektive einnehmen und
- eine bewusste und reflektierte Differenzerfahrung und -wahrnehmung ermöglicht wird.

Festzuhalten ist, dass die aus Sicht des pädagogischen Konstruktivismus entscheidenden Möglichkeiten für eine Veränderung durch Lern- und Bildungsvorgänge in beiden Manualen weder thematisiert noch reflektiert und folglich auch nicht genutzt werden. Zwar beschreibt PEGASUS ansatzweise Elemente für Differenzerfahrung, Beobachtung zweiter Ordnung und struktureller Kopplung, verfolgt aber deren Lern- und Bildungspotenzial nicht weitergehend. Für die konzeptuelle und anwendungsbezogene Weiterentwicklung und Verbesserung muss Psychoedukation deshalb

- der Differenzerfahrung, Beobachtung zweiter Ordnung und strukturellen Kopplung eine Bedeutung einräumen und
- im Erfahrungsaustausch der Betroffenen untereinander mehr Perspektivenvielfalt zulassen, thematisieren und auswerten.

### 14.1.3 Rollen- und Kompetenzverteilung

Beide Manuale lehnen das traditionelle Rollenverständnis von Fachmann und Laie ausdrücklich ab. PEGASUS sieht das Verhältnis zwischen Moderator und Betroffenenem als das »gleichberechtigter Gesprächspartner« (WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 219) und APES das Verhältnis zwischen Gruppenleiter und Betroffenenem als eine »partnerschaftliche Begegnung« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 9) an. Beide Gruppenprogramme berufen sich für den Umgang zwischen Kliniker und Betroffenenem auf den Grundsatz »Verhandeln statt behandeln« und betrachten Letzteren als Experten seiner Erkrankung (PEGASUS) bzw. als potenziellen Experten (APES). Der Therapeut ist im Sinne von PEGASUS der fachliche Experte, der sich aber in »Bescheidenheit und Demut« (WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 214) der Vorläufigkeit und Begrenztheit seines Wissens und seiner therapeutischen Möglichkeiten bewusst sein sollte (vgl. ebd.). Nach APES bleibt er verankert in der Schulmedizin, doch bewahrt er nicht seinen Wissensvorsprung und das Kompetenzgefälle, sondern baut dies bewusst durch eine laiengerechte »solidarisch-partnerschaftliche Wis-

sensweitergabe« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 10) ab. Beide Manuale sehen den Lernprozess auch als reziprok.

Auf den ersten Blick wirkt dieses Verständnis den Vorstellungen des pädagogischen Konstruktivismus nahestehend. Therapeut und Betroffener sind beide autonome Systeme, die als Träger viabler Informationen für das jeweils andere System potenziell eine strukturelle Kopplung eingehen und eine gegenseitige Koevolution auslösen können. Zudem wirken beide Manuale in ihrer Auffassung über die Rollen- und Kompetenzverteilung als sehr ähnlich, jedoch lassen sich im Detail auszumachen.

Bei PEGASUS werden die durchführenden Therapeuten der Psychoedukation »Moderatoren« genannt, bei APES »Gruppenleiter«. Diese Wortwahl drückt bereits eine unterschiedliche Sichtweise aus. Bei PEGASUS werden die Betroffenen als Experten für ihre Situation und Krankheit gesehen (vgl. WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 219). Sie sind bereits Experten, mit denen die psychiatrisch Tätigen Schizophrenie zum Thema machen. Der Betroffene und seine Sichtweise gelten als autonom. In der Einleitung zum Manual fordern die Autoren zu Respekt vor der »Autonomie der Betroffenen« (WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 13) auf. Bei APES dagegen sollen die Betroffenen durch die Psychoedukation »zu Experten ihrer Erkrankung und der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen« (BÄUML 2005 a, S. 1) gemacht werden. Sie sind noch nicht Experten, sie werden es erst. Damit der Grundsatz, Verhandeln statt behandeln, »zu keiner ›Farce‹ wird, brauchen beide Verhandlungspartner einen vergleichbaren Wissenstand« (ebd.). Der Betroffene kann erst mitreden, wenn er sich fachkundig gemacht und informiert hat (vgl. BÄUML <sup>2</sup>2008, S. 135). Er ist erst sachverständiger Experte, wenn er durch Psychoedukation einen dem Therapeuten entsprechenden Wissensstand bekommen hat. Diese Ansicht geht über das Verständnis vom Therapeuten als Träger und Vermittler viabler Information hinaus. Auch wenn den Betroffenen die letzte Entscheidung gelassen wird, »welchen Weg sie gehen wollen« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 77), wirkt diese Auffassung wie der Versuch, standardisierend oder gar normierend auf Sichtweisen, Einstellungen und Verhalten der Betroffenen Einfluss zu nehmen. Für BOCK (2001) ist es zu kurz gegriffen, wenn Psychoedukation sich darauf reduziert, lediglich eine »Standardsicht« (S. 25) vermitteln zu wollen. Konstruktivistisch gesehen, versucht hier das Lehrsystem die Übernahme seiner Wirklichkeitskonstruktionen durch das Lernsystem zu erreichen. Die Einstellung gegenüber dem Betroffenen und seinen Sichtweisen enthält bei APES daher deutlich heteronome Züge.

In der Literatur ist wiederholt darauf hingewiesen worden, dass grundsätzlich die Sichtweisen von Therapeut und Betroffenen – nicht nur im psychiatrischen Bereich – unterschiedlich sind, sich auch nur begrenzt aneinander angleichen lassen und es fraglich ist, ob dies anzustreben ist. Es seien einige Beispiele an-

geführt. LINDEN (1985) weist darauf hin, dass bei Arzt und Patient auch bei gleichem Wissensstand die Krankheitskonzepte aufgrund unterschiedlicher persönlicher Betroffenheit »nicht deckungsgleich sein können« (S. 8). Im Rahmen von Gesundheitsbildung hat sich BITTNER (2006) über die Rollenverteilung und grundsätzlich verschiedenen Perspektiven von Arzt und Patient geäußert. Er sieht den Arzt als Spezialisten mit einer »Auswahlperspektive« (S. 31), die sich durch sein Fachwissen ergibt. Der Patient ist Experte »im Hinblick auf das, was mir im Leben frommt, was die Qualität meines Lebens ausmacht [...]« (ebd.). Der Patient muss sein Leben in Krankheit und Gesundheit leben und erleben, und ist deshalb »Experte für sein eigenes Leben in Krankheit und Gesundheit« (ebd.). HAUBL (1994) sieht den Therapeuten als Experten mit »Grundsatzvernunft« (S. 102) und den Betroffenen als Experten mit »Gelegenheitsvernunft« (ebd.), denn nur er selbst verfügt »über das besondere Wissen [...], wie das allgemeine ärztliche Wissen fallspezifisch wirksam werden kann. In dieser Hinsicht ist er der Experte, ohne dessen ›Gelegenheitsvernunft‹ die ›Grundsatzvernunft‹ [...] des Arztes akademisch bleibt« (ebd.). Diese Beiträge zeigen, dass gerade in der Begegnung und Unterschiedlichkeit von Perspektiven – und weniger in ihrer Gleichförmigkeit – das Lern- und Bildungspotenzial gesehen wird.

Zusammenfassend kann die Rollen- und Kompetenzverteilung zwischen Therapeut und Betroffenen in den untersuchten Manualen, gemessen an dem im medizinischen System traditionellen Kompetenzgefälle, grundsätzlich als partnerschaftlich und gleichberechtigt eingeschätzt werden. Diese Sichtweise wird vom pädagogischen Konstruktivismus unterstützt. Therapeut und Betroffener sind autonome Systeme mit potenziell viabler Information für das andere System. Das macht beide attraktiv füreinander und ist die Voraussetzung für strukturelle Kopplung und damit für Lern- und Bildungsvorgänge. PEGASUS verfolgt dieses Verständnis von Autonomie deutlicher als APES, denn hier lassen sich Züge nachweisen, dass mit Psychoedukation Wirklichkeitskonstruktionen bei Betroffenen im erwünschten Sinne der Kliniker instruiert werden sollen. Wenn Psychoedukation aber eine Instruktion anstrebt, läuft sie Gefahr, eine strukturelle Kopplung eher zu verhindern.

#### 14.1.4 Erklärungsmuster differenter Sicht- und Verhaltensweisen

Diese Fragestellung nimmt bei PEGASUS weniger Raum ein als bei APES. PEGASUS geht davon aus, dass manche Betroffene sich nicht mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen wollen, andere als die wissenschaftlichen Begrifflichkeiten für ihre Erkrankung benutzen und bei der medikamentösen Behandlung anders entscheiden als es aus klinischer Sicht wünschenswert ist. Das erklärt sich aus

der »Autonomie der Betroffenen« (WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 12 f.), die es von klinischer Seite zu respektieren gilt.

Bei APES dagegen wird wiederholt auf »dysfunktionale Aussagen« (PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b, S. 140) und dysfunktionale Krankheitskonzepte (vgl. BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 64), »auf wenig einsichtige Patienten« (ebd., S. 8) oder auf von der Schulmedizin abweichende Meinungen (vgl. BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 9) Bezug genommen. »Psychoedukative Grupeerfahrungen können [...] dazu beitragen, bisher verkrustete antipsychiatrische Sichtweisen und Grundüberzeugungen aufzuweichen und zu relativieren.« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 65) Erklärt werden differente Sicht- und Verhaltensweisen entweder krankheitsimmanent oder psychologisch als Bewältigungsversuche oder als Reaktion auf Nebenwirkungen der Medikamente oder als mangelnde Informiertheit. APES plädiert dafür, dem Eigensinn mit Geduld und Verständnis zu begegnen, Respekt und Achtung vor abweichendem Verhalten zu haben. Durch Aufklärung und Wissensvermittlung in der Psychoedukation sollen dysfunktionale Verhaltens- und Einstellungsmuster aber verändert werden. Doch Untersuchungen zeigen (vgl. MAYER & SOYKA 1992), dass eine sachliche Aufklärung allein »häufig nicht zur Annäherung divergierender Krankheitskonzepte von Arzt und Patient« (ebd., S. 220) führen.

In beiden Manualen wird zwar Respekt vor von klinischer Sicht abweichendem Verhalten und differenten Einstellungen angemahnt. Dennoch erhalten diese Phänomene eine negative Bewertung als Störung, Defizit, Krankheitssymptom oder als »mangelnde« Krankheitseinsicht und »mangelnde« (Medikamenten-) Compliance – bei APES deutlich mehr als bei PEGASUS. Das (von der wissenschaftlichen Sichtweise abweichende) subjektive Verständnis und Verhalten gilt als nicht vernünftig und wird als nicht unterstützungswürdig – z. B. im Rahmen eines subjektiv sinnvollen Lern- und Bildungsprozesses – angesehen. Es erhält keine weitergehende positive Aufmerksamkeit. Dysfunktionalität wird vom Prinzip her als veränderungswürdig eingestuft.

Der pädagogische Konstruktivismus bietet die Möglichkeit den Plausibilitäts- und Erklärungsrahmen bei der Bewertung von differenten Sicht- und Verhaltensweisen deutlich zu erweitern. Im Rahmen dieser Theorie haben Fragestellungen um einen aus Sicht des Lehrenden erlebten Lernwiderstands, einer Lernbarriere, Lernverweigerung oder Lernvermeidung einen wichtigen Stellenwert. Aufgrund der Autopoiese, der Selbstreferenz und operationalen Geschlossenheit des Lehr- und Lernsystems ist zunächst davon auszugehen, dass das »Nicht- und Missverstehen, das Aneinandervorbeireden [...] der kommunikative Normalfall« (SIEBERT <sup>6</sup>2009, S. 30) ist. Der betroffene Mensch funktioniert aus konstruktivistischer Sicht nicht wie eine triviale Maschine. Deshalb sind auch im Rahmen der Psychoedukation unerwartete und nichtvorhersagbare Reaktionen eigentlich keine Ausnahmesituation, sondern der Regelfall.

Die bestehenden subjektiven Erklärungs- und Handlungsmuster des Betroffenen basieren auf bisher allgemein im Leben und speziell im Umgang mit der Erkrankung gemachten Erfahrungen. Diese Muster haben sich bislang durch Viabilität, Plausibilität, Erklärungslogik und Handlungsorientierung ausgezeichnet und im Lebensvollzug mehr oder weniger bewährt. Das erklärt zum einen ihr Beharrungsvermögen und zum anderen, warum in der Psychoedukation nicht davon ausgegangen werden kann, dass sich Alltagswissen gegen Wissenschaftswissen und wissenschaftliche Konstruktionen gegen subjektive Krankheitstheorie einfach austauschen lassen. Dieser Wirkmächtigkeit bestehender Realitätskonstruktionen muss sich der Kliniker stets bewusst sein. Schon FOUCAULT (<sup>11</sup>1995) wies in seiner historischen Analyse darauf hin, dass auf die Hintergründe der Handlungsmuster beim psychisch erkrankten Menschen nicht geachtet wird, sondern nur auf die Muster selbst. »Man beurteilt ihn nur nach seinen Handlungen, man fragt nicht nach seiner Intention und versucht nicht, seine Geheimnisse zu ergründen.« (ebd., S. 509)

Der von klinischer Seite gewerteten Dysfunktionalität wird aus konstruktivistischer Sicht eine viable Funktion zugesprochen. Differente Sicht- und Verhaltensweisen können einer subjektiv sinnvollen, zweckgerichteten und plausiblen Bewältigung von Lebenssituationen dienen. Forschungsergebnisse haben wiederholt gezeigt, dass z. B. mangelnde Krankheitseinsicht und Compliance sowie idiosynkratische Krankheitstheorien und entsprechendes Verhalten nicht von vornherein nur als psychopathologisch oder dysfunktional aufgefasst werden können, sondern oft eine subjektive funktionale bzw. adaptive Bedeutung haben (siehe Kapitel 2.4.4). Üblicherweise wird von dem Idealbild des Menschen ausgegangen, er verhalte sich vernünftig und logisch gemäß dem erlernten Wissen qua Einsicht. Doch dieses Wunschbild vernachlässigt, dass menschliches Denken, Erleben und Handeln eher diskordant, ambivalent, komplex und buchstäblich durch Psycho-Logik geprägt ist. Typische Gründe, dass Betroffene trotz Lern- und Bildungsangebot differente Sicht- und Verhaltensweisen nicht verändern, sind aus Sicht des pädagogischen Konstruktivismus:

- Das Lern- und Bildungsangebot des Kliniklers entspricht nicht dem (momentanen) Lernbedürfnis des Betroffenen.
- Das Lern- und Bildungsangebot erscheint dem Betroffenen nicht viabel.
- Die Lern- und Bildungsanforderung wird als Lernzumutung angesehen, weil sie über die individuelle Driftzone der Lernbereitschaft hinausgeht.

Lern- und Bildungsanforderungen können vom Betroffenen als verwendungsirrelevant, als bedrohlich, nicht plausibel, non-viabel erlebt werden oder andere Aufgabenstellungen erscheinen derzeit als dringlicher. Für solche Einschätzungen und Bewertungen ist der Betroffene vielleicht zudem auch bereit, einen entsprechenden Preis zu zahlen, wie z. B. einen Krankheitsrückfall zu riskieren – ein Risiko, das es aus Sicht des Kliniklers zu verhindern gilt. Manchmal ist, ein

Erkrankungsrisiko einzugehen, viabler, als es zu vermeiden. MAYER und SOYKA (1992) haben von Non-Compliance als einem »Verhalten, das unter gewissen Voraussetzungen auch als ›intelligente Non-Compliance‹ bezeichnet wurde« (S. 220) gesprochen. Die Frage ist, welche Bedeutung der Betroffene der an ihn gestellten Lern- und Bildungsanforderung zumisst und was er bereit ist, dadurch in Kauf zu nehmen, wenn er diese ablehnt – oder annimmt. Dabei ist nicht davon auszugehen, dass seine bisherigen subjektiven Viabilitätskriterien lediglich durch den Verweis auf die wissenschaftliche Fundierung des Lernangebots außer Kraft gesetzt werden. Die Kriterien für solche komplexen internen Bewertungsprozesse erschließen sich dem Therapeuten erst im Austausch über die inneren Zustände (vgl. LINDEMANN 2006) mit dem Betroffenen.

Für einen zukünftigen praktischen Umgang mit differenten Sicht- und Verhaltensweisen kann der Therapeut sich an Überlegungen von LINDEMANN (2006, vgl. S. 165–168) orientieren:

1. Dem Betroffenen können für sein differentes Verhalten und seine differente Einstellung grundsätzlich subjektiv viable und plausible Motive unterstellt werden.
2. Differenz kann als Ausdruck von Anliegen, Beweggründen und Zielen des Betroffenen gewertet werden, die von den klinischerseits beabsichtigten Lehrzielen abweichen.
3. Als Frage bleibt, welche Motive es momentan geben könnte oder welche Veränderungen eintreten müssten, die es für den Betroffenen erstrebenswert und sinnvoll erscheinen lassen, die klinisch erwarteten – oder überhaupt – neue Verhaltensweisen zu zeigen.

Differenten Sicht- und Verhaltensweisen werden somit nicht als ein Ergebnis noch unzureichender erzieherischer Überzeugungsarbeit bzw. als ein zu behebender klinischer Störfall gedeutet, sondern als ein pädagogisch wertvoller und unterstützungswürdiger Moment innerhalb eines längerfristig angelegten Lern- und Bildungsprozesses aufgefasst. Die Konsequenz daraus wäre, dass Psychoedukation nicht nur den dem wissenschaftlichen Krankheitsverständnis konform verlaufenden Bewältigungsprozess begleitet, sondern auch den, der teilweise oder deutlich im Krankheitsverständnis, in der Compliance und in der Krankheitseinsicht davon abweicht. Dieser ist ebenso unterstützungswürdig und stellt natürlich die größere pädagogische Herausforderung dar. Voraussetzung ist allerdings, dass der Betroffene, sich auf eine Begleitung seines Bewältigungsprozesses einlässt. Diese grundsätzliche Auffassung von klinischer Arbeit findet sich bei MÜHLUM (2008) wieder, wenn er das Kennzeichen Klinischer Sozialarbeit in der konkreten Arbeit darin sieht, dass »das eigenwillige Mitwirken der Betroffenen als Koproduzenten im Zentrum steht« (S. 71).

Einen nicht dem wissenschaftlichen Krankheitsverständnis konform verlaufenden Bewältigungsprozess zu begleiten, hieße, die beim Betroffenen zugrunde

liegenden Realitätskonstruktionen auf ihrem Entstehungshintergrund und lebens-situativen Viabilität, Stimmigkeit und Funktionalität im Diskurs und im Dialog versuchen zu erfassen – ohne als Kliniker der gleichen Meinung sein zu müssen. Im Rahmen des langfristigen individuellen Auseinandersetzungsprozesses ist die aus klinischer Sicht attestierte Dysfunktionalität der privatlogischen Konstruktionen und Verhaltensmuster eine (notwendige) Durchgangsstation. Bei möglichen zukünftigen Irritationen bzw. Perturbationen stehen dann diese Muster zur Diskussion und brauchen *dann* eine begleitete Erfahrungsevaluation, um *dann* einen Lern- und Bildungsprozess anzustoßen. Der pädagogische Konstruktivismus legt damit den Schwerpunkt nicht auf eine argumentativ-inhaltliche Auseinandersetzung über die differenten Sicht- und Verhaltensweisen, sondern nimmt ihren Erfahrungshintergrund sowie die sich daraus ableitenden Viabilitätskriterien in den Fokus, um mögliche (zukünftige) Perturbationen für bestehende Einstellungen und Verhaltensweisen erkennen zu können. Die erlebten Irritationen werden dann als Ausgangspunkt für Lernen und Bildung genutzt.

Beide Manuale zeigen Ansätze, den nicht dem wissenschaftlichen Krankheitsverständnis konform laufenden Bewältigungsprozess zu unterstützen, ohne diese Gedanken dann aber weiter zu verfolgen. Sie bleiben implizit. WIENBERG und SIBUM (<sup>3</sup>2003) weisen z. B. darauf hin, dass ein »isolierender, abspaltender und verdrängender Umgang« (S. 163) mit der Krankheit »selbstverständlich zu respektieren und, wo nötig, zu stützen« (ebd.) ist. Die Autoren zeigen nicht weiter auf, worin und wie die »Stützung« aussehen kann. VOGEL (2001) argumentiert ähnlich, wenn er Empowerment von Patientenschulung in folgender Weise abgrenzt. »Empowerment verlangt [...] den Respekt vor der Autonomie des Patienten und kann im Prinzip auch bedeuten, dass man Entscheidungen des Patienten zu »ungesunden« Lebensweisen akzeptiert und sogar unterstützt.« (S. 162) APES beruft sich auch auf Empowerment, versteht dies aber nicht so weitgehend wie Vogel, sondern »nur« als das Vertrauen des Therapeuten in die Fähigkeiten der Patienten, wirksamen Einfluss auf das Krankheitsgeschehen nehmen zu können (vgl. PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 b, S. 139).<sup>\*</sup> Dennoch werden die Therapeuten angehalten »bei ausgeprägten inhaltlichen Diskrepanzen [...] die Teilnehmer um anhaltende Gesprächsbereitschaft« (ebd., S.140) zu bitten, »um sich gegenseitig die Chance zu geben, den Gründen für die unterschiedlichen Standpunkte allmählich auf die Spur zu kommen« (ebd.). Das könnte als Aufforderung für die Therapeuten verstanden werden, sich um ein Verständnis der Realitätskonstruktionen und ihrer Viabilitätskriterien im Dialog mit dem Betroffenen zu bemühen.

---

\* In der 2. Auflage von APES, im Mai 2010 nach Einreichen der Dissertation herausgegeben, wird in zwei neu eingefügten Kapiteln ein etwas weitergehendes Verständnis von Empowerment vertreten.

Festzuhalten ist, dass der pädagogische Konstruktivismus den Plausibilitäts- und Erklärungsrahmen für differente Sicht- und Verhaltensmuster deutlich erweitert. Für das Verständnis und die Anwendungspraxis von Psychoedukation bedeutet dies perspektivisch:

- Differenz ist nicht nur ein krankheitsspezifischer Störfall, sondern der kommunikative Normalfall, für den es zahlreiche plausible und viable Gründe gibt.
- Differenz kann als eine pädagogisch wertvolle und unterstützungswürdige Lern- und Bildungssituation innerhalb des längerfristig angelegten Auseinandersetzungsprozesses mit der Krankheit aufgefasst werden.
- Psychoedukation hat nicht nur den dem wissenschaftlichen Krankheitsverständnis konform verlaufenden Bewältigungsprozess zu begleiten, sondern auch den, der teilweise oder deutlich divergent verläuft. Die vagen Ansätze der Manuale in diese Richtung könnten weiter ausgebaut und systematisiert werden.

## 14.2 Vermittlungslogik

Der Vergleich, die Auswertung und Diskussion der Analyseergebnisse zur Vermittlungslogik geschieht anhand der fünf Analyse Kriterien: allgemeine Vermittlungslogik, Lern- und Bildungsanlass, zentrale Lern- und Bildungsziele, Legitimation des Lern- und Bildungsgeschehens und Bewertung des Lern- und Bildungserfolgs.

### 14.2.1 Allgemeine Vermittlungslogik

Beide Manuale wollen Lerninhalte vermitteln. Bei PEGASUS ist der Ausgangspunkt, dass der Betroffene mit seinen subjektiven Erfahrungen als gleichberechtigter Gesprächspartner angesehen wird, *mit* dem – und nicht über den – der Therapeut Schizophrenie zum Thema machen will. Der Therapeut legt seine auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand basierende Krankheits- und Behandlungskonzepte offen, stellt sich den Fragen, die den Betroffenen bewegen und gibt darauf qualifizierte Antworten (vgl. WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005). Ziel ist es, »gemeinsam ein Krankheits- und Therapieverständnis« (WIENBERG & SCHÜNE-MANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 215) zu erarbeiten, »das mit den aktuellen Modellvorstellungen über schizophrene Psychosen vereinbar ist« (ebd.). Der Weg dahin ist ebenso wichtig wie das Ziel selbst: PEGASUS sieht sich als ein Beitrag zu einer »Verhandlungs-Partnerschaft« (ebd., S. 214), die »die Unterschiedlichkeit der

Perspektiven, Interessen und Erfahrungen von Betroffenen und Professionellen nicht verleugnet, sondern sie fruchtbar zu machen versucht« (ebd.). PEGASUS grenzt sich von einem Trainingsprogramm für das richtige Krankheitskonzept und zur Schulung von Compliance ab (vgl. ebd., S. 202), folglich soll das wissenschaftliche Wissen die subjektiven Sichtweisen ergänzen und nicht ersetzen (vgl. WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 22). Dies deckt sich mit der Forderung von PETERMANN (2004) bezüglich der Gestaltung zeitgemäßer Patientenschulung: »Neue Informationen und Erklärungsmodelle sollen als Möglichkeiten zur Ausweitung und Bereicherung der bereits existierenden Patiententheorien präsentiert werden, nicht als die ›richtigen‹ Alternativen zu den ›ungünstigen‹ Krankheitstheorien der Betroffenen.« (S. 151 f.)

Das konkrete didaktische Vorgehen ist bei PEGASUS interaktiv gestaltet. Ausgangs- und Bezugspunkt der gesamten Gruppenarbeit ist das subjektive Erklärungs- und Erfahrungswissen der Betroffenen (vgl. WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 213–215). Auf jede Lehreinheit folgt ein Gruppengespräch über subjektive Erfahrungen und erlebte Beispiele zu den besprochenen Themen. Dies wird wichtiger erachtet, als die möglichst vollständige Vermittlung »objektiven« Wissens (vgl. WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 34, S. 117). Weiter ist die Didaktik vom klinischen Aspekt der leichten Störbarkeit der Informationsverarbeitung bei schizophren erkrankten Menschen geprägt. Deshalb ist das Programm durch die Manualisierung deutlich vorstrukturiert und in seinem Aufbau durchaus direktiv vorgehend. Es wird viel Wert auf Strukturierung des Stundenablaufs, auf Klarheit, Verständlichkeit, Nachvollziehbarkeit, Überschaubarkeit der Informationen sowie auf Möglichkeiten der Wiederholung und optischer und schriftlicher Unterstützung gelegt. Diese Vorgehensformen können als störungsspezifische Didaktik aufgefasst werden.

Während PEGASUS im Dialog und Diskurs subjektives Erfahrungs- und Erklärungswissen der Betroffenen mit wissenschaftlichem Wissen zu ergänzen sucht, setzt in der Vermittlungslogik APES dagegen einen anderen Schwerpunkt. Ein durch klinische Erfahrung notwendig erachtetes und wissenschaftlich fundiertes »Wissenspaket« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 9) soll an den Betroffenen vermittelt werden, um sein individuelles Krankheitskonzept, seine (Medikamenten-)Compliance und sein Ausschöpfen des Selbsthilfepotenzials – gemessen am derzeitigen Stand der Fachdiskussion – zu optimieren. Ziel ist es, »die Akzeptanz des vorgelegten Krankheitskonzepts mit all seinen Konsequenzen« (ebd.) zu erreichen, sozusagen das Vulnerabilitätskonzept als kleinster gemeinsamer Nenner von professioneller Therapie und individuellen Selbsthilfestrategien (vgl. ebd.). Mittels Psychoedukation soll der Betroffene durch einen dem Kliniker grundsätzlich vergleichbaren Wissenstand zum Experten seiner Krankheit gemacht werden.

Neben der Wissens- und Informationsvermittlung sind Hilfen zur emotionalen Entlastung wesentlicher Bestandteil von APES. Hier geht es um den Abbau

von Schuld- und Versagensgefühlen, um Verarbeitung von Trauer über das Erkranktsein und von Ängsten vor Stigmatisierung und Chronifizierung sowie um Vermittlung von Erfahrungsaustausch, Solidarität, Mut und Hoffnung. Dieses »Gesamtpaket« steht als abrufbares Programm in manualisierter Form jedem Kliniker zur Verfügung.

Wie bei PEGASUS legt auch APES im konkreten didaktischen Vorgehen Wert auf die – klinisch begründete – strukturierte Vorgehensweise, bei der es um eine Einfachheit, Verständlichkeit und laiengerechte Darstellung – unter zu Hilfe-nahme von Bild- und Schriftmaterial – der Information geht. Es gehört »zu den höchsten psychoedukativen Tugenden, das komplexe Wissen bewusst sehr reduktionistisch und simplifiziert zu vermitteln, dass es besser verstanden wird« (BÄUML 2005 b, S. 3). Der Therapeut hat die »Rolle eines Dolmetschers« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 10) dem Betroffenen gegenüber.

Die Informationsvermittlung soll interaktiv erfolgen. Heutzutage wird keiner mehr ernst zu nehmende Einwände gegen die Einbeziehung der subjektiven Erfahrungen der Betroffenen im Laufe des Therapiegeschehens erheben, doch die Bedeutung, die man ihnen für die Therapiegestaltung zubilligt, wird sehr unterschiedlich eingeschätzt. Der Einbezug der Kenntnisse und Erfahrungen der Betroffenen geschieht nämlich bei APES (anders als bei PEGASUS) mit dem Ziel, dass die Betroffenen »die Empfehlungen des Therapeuten später besser akzeptieren« (PITSCHEL-WALZ et al. 2005, S. 58). Bei der Besprechung der Medikamente z.B. wird zunächst über die dem subjektiven Erleben näherliegenden Nebenwirkungen gesprochen, um einen »Ja-aber-Effekt« (vgl. BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 77) zu verhindern. Insofern wirkt die interaktive Informationsvermittlung als Strategiemittel: Der Betroffene wird abgeholt, um möglichen Widerstand gegenüber dem Lernangebot zu unterlaufen und dessen Akzeptanz zu steigern.

### **Ermöglichungsdidaktik**

Setzt man die Vermittlungslogik der Manuale in Beziehung zu der des pädagogischen Konstruktivismus, gilt hier als Grundregel, dass Lehre nicht Lernen und Bildung determinieren und in eine vorhersagbare Richtung zielgenau steuern und planen kann. Lehre wird deshalb aber nicht überflüssig. Auch ein autopoietisches System braucht zur Weiterentwicklung Anregung von außen. Oftmals löst erst eine Interaktion mit der Umwelt und anderen Menschen eine Lernherausforderung aus (vgl. SCHÜßLER 2000, S. 159). Zudem hat nicht jeder die Fähigkeit und Fertigkeit, sich selbstständig Wissen aufzubereiten und den Lern- und Bildungsprozess eigenverantwortlich zu gestalten – auch wenn das selbstorganisierte und selbstgesteuerte Lernen augenblicklich in der Literatur sehr

propagiert wird (vgl. dazu z. B. SCHIERSMANN 2007, S. 73–82; DÖRPINGHAUS et al. 2009, S. 146; MEYER-DRAWE 2008). SCHIERSMANN (2007) weist auf Untersuchungen hin, die belegen, »dass die Forderung nach selbstgesteuertem Lernen bestehende Bildungsbenachteiligungen eher verschärfen als aufheben dürfte, wenn nicht gezielt Unterstützung und Beratung zur Verfügung gestellt wird« (S. 76). Gerade Menschen mit einer psychischen Erkrankung könnten eine Begleitung und Hilfestellung brauchen, da nicht jeder sich umfangreiches Wissen über die Erkrankung zugänglich machen und aufbereiten kann. Diese Hilfestellung bietet die Psychoedukation:

- Sie stellt von außen gezielt wissenschaftliches Wissen zur Verfügung, das in manualisierter Form bereits aufbereitet ist und dessen Vermittlung und Verarbeitung durch Therapeuten begleitet wird.
- Sie stellt für einen kurzen Zeitraum einen gewissen Abstand zu den täglichen Handlungszwängen her, um innezuhalten und zu einer Reflexion eigener Erfahrungen, eigenen Handelns und Denkens zu kommen.
- Sie gestaltet, ermöglicht, unterstützt und begleitet damit einen Lern- und Bildungsprozess.

Die entscheidende Aufgabe der Lehre ist aus konstruktivistischer Sicht neben der zur Verfügungstellung von Wissensangeboten, die Lern- und Konstruktionsprozesse des Betroffenen anzuregen. Dies firmiert unter dem Schlagwort der »Ermöglichungsdidaktik« in Abgrenzung zur traditionellen »Belehrungsdidaktik« bzw. »Erzeugungsdidaktik« (ARNOLD & SCHÜßLER 2003, S. 1). Im Kern ist die Ermöglichungsdidaktik die Anerkennung der begrenzten Machbarkeit von Lernergebnissen durch die Vermittlungsaktivitäten des Lehrenden und die Umsetzung der Erkenntnis, dass Lernen und Bildung vor allem ein selbstgesteuerter Aneignungsprozess des lernenden Erwachsenen sind. Sie stellen sich »nicht als lineares Ergebnis von Lehre, Unterweisung oder Training dar, sondern als ein Aneignungsprozess, der mehr von den subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen der Beteiligten, dem situativen Kontext und dem sozialen Umfeld beeinflusst wird« (ebd.). Den Aneignungsprozess nicht zu behindern, sondern zu fördern, ist Anliegen der Ermöglichungsdidaktik. Durch die Gestaltung und Förderung anregender Lernumstände lassen sich Lern- und Bildungsinteresse wecken, Lernaktivitäten auslösen und Lernergebnisse ermöglichen. ARNOLD und SIEBERT (2006a) fordern, »dass das Erwachsenenlernen stärker von den formalen Aspekten der lebensweltinternen Viabilität von Deutungen her untersucht und professionell gestaltet werden muß« (S. 166). Für die Gestaltung der Vermittlungstätigkeiten in der Psychoedukation bedeutet dies, sie konsequenter nach der Aneignungslogik auszurichten, die im Wesentlichen über das Kriterium der Viabilität läuft (siehe Kapitel 14.3).

Nimmt man die Ermöglichungs- und Belehrungsdidaktik als zwei Pole, dann zeigen beide Manuale eine deutliche Tendenz zur Belehrungsdidaktik – APES

noch mehr als PEGASUS. Das lässt sich daran aufzeigen, wenn die Manuale an den Kriterien (im Folgenden kursiv geschrieben) nach SCHÜßLER (2000, S. 170) gemessen werden, die die Autorin für beide Didaktiken als konstituierend aufgestellt hat (siehe dazu Tabelle 2 im Kapitel 8.2.2):

1. *Grundsätzliches*: Lernen wird bei APES eher behavioral verstanden und steht damit der Belehrungsdidaktik näher. Eine Zuordnung von PEGASUS fällt eher schwer.
2. *Lernprozess*: In beiden Manualen wird der Lernprozess nicht als linearer Prozess gesehen, sondern bewusst eine starke Wechselwirkung zwischen Therapeut und den Betroffenen durch Erfahrungsaustausch gesucht – beides Merkmale, die typisch sind für eine Ermöglichungsdidaktik. Der Schwerpunkt der Manuale liegt auf programmierten Handlungsweisen: PEGASUS wird von Autoren, die es entwickelt haben, z. B. als »ein hoch strukturiertes, inhaltlich-didaktisches Konzept« (WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 12) eingestuft. Der Wissenserwerb läuft bei beiden Manualen eher über Fremdorganisation, weniger durch Selbstorganisation. Programmierte Handlungsweisen und Wissenserwerb durch Fremdorganisation sind nach Schüßler Merkmale einer Belehrungsdidaktik.
3. *Didaktische Folgerungen*: Beide Manuale erschließen stellvertretend für den Betroffenen die Lern- und Bildungsinhalte. Die Sitzungen der Psychoedukation sind Realisierungen geplanter Lehrschritte, die – bei APES mehr als bei PEGASUS – zu belehren, aufzuklären und die Vielfalt der Wirklichkeitskonstruktionen zu normieren versuchen. Lernwiderstand wird bei APES dem Betroffenen eher negativ angerechnet. Dies sind alles Hinweise für eine Belehrungsdidaktik. Der Gedanke – im Sinne einer Ermöglichungsdidaktik – Lern- und Bildungsbedürfnisse des Betroffenen systematisch zu erfassen, zu begleiten und mit einem pluralisierenden Lernangebot zu begegnen sowie Lernwiderstand als plausibles Signal zu deuten, ist bei beiden Manualen nur rudimentär vorhanden.
4. *Aufgabe des Therapeuten*: Auch diese ist von einer Belehrungsdidaktik geprägt: Seine Tätigkeit wird neben der Bereitstellung von Wissen in der Vermittlung und Führung gesehen und weniger in der Förderung von Lernen und Aneignen noch in der Begleitung von Perturbation.
5. *Vorrangiges Ziel*: Beiden Manualen geht es um die Vermittlung und um den Nachvollzug klinischerseits geforderten Wissens. Dies ist Kennzeichen einer Belehrungsdidaktik.

Da aus konstruktivistischer Sicht das Lehrsystem nicht das Lernsystem belehren kann, liegt es auf der Hand, dass auch Psychoedukation für ihr Vorhaben verstärkt das Potenzial einer Ermöglichungsdidaktik erschließen sollte. Psychoedukation muss dazu den von ihr initiierten Lern- und Bildungsprozess »entdecken« und reflektieren. Der Therapeuten sieht dann seine Aufgabe weniger als Wissensvermittler, sondern eher als Lerner möglicher, Lernbegleiter und Lernberater

des Betroffenen. »Lehre als Lernhilfe« (S. 163) fassen dies ARNOLD und SIEBERT (2006 a) schlagwortartig zusammen.

Im Folgenden sollen kurz Grundzüge einer Ermöglichungsdidaktik in der Psychoedukation aufgezeigt werden. Der Therapeut müsste zukünftig bei der Anwendung psychoedukativer Manuale

1. sich deutlicher auf die »inneren Zustände« (LINDEMANN 2006) des Betroffenen einlassen, indem er dessen Lernvoraussetzungen, Lerngründe, Lern- und Bildungsbedürfnisse sowie bereits getätigte Lernanstrengungen sondiert und würdigt und sie bei seinen Tätigkeiten mitberücksichtigt,
2. in der Psychoedukation einen Abgleich zwischen seinem Lern- und Bildungsangebot und dem Lern- und Bildungsbedarf des Betroffenen explizit thematisieren (vgl. Kapitel 14.2.2),
3. vor allem seine Energie auf die Anschlussfähigkeit des Lernangebots an das Vorwissen, die Vorerfahrungen des Betroffenen richten,
4. die Wahrnehmung, Reflexion und Erweiterung von vorhandenen Wirklichkeitskonstruktionen anregen, indem Differenzen und Vielfalt von Konstruktionen ausgehalten und zugelassen werden und deutlich wird, dass in unterschiedlichen oder scheinbar ähnlichen Lebenslagen unterschiedliche Lösungen viabel sind,
5. bezüglich Differenz erleben »das Prinzip der ›dosierten Diskrepanz« (SIEBERT 2009, S. 255) anwenden und die Differenz erfahrung so dosieren, dass sie vom Betroffenen innerhalb seiner Driftzone verarbeitet werden kann,
6. erlebte Perturbationen als Lern- und Bildungsanlass nutzen, um die dadurch ausgelöste Diskrepanz zwischen Situationserwartungen und Situationserfahrungen auszuwerten, sich daraus ergebende mögliche Lernherausforderungen und Lern- und Bildungsinteressen zu identifizieren und dann zu bearbeiten (vgl. Kapitel 14.2.2),
7. Lernwiderstände als plausibles Signal des Betroffenen über dessen momentanes Lern- und Bildungsbedürfnis, über aktuell erfahrene Lernzumutung oder über das Verlassen seiner Driftzone der Lernbereitschaft deuten können.

Der Kliniker kann durch das gezielte Angebot von Fachwissen und die Möglichkeit des Austauschs der Betroffenen untereinander in der Psychoedukation verschiedene Wirklichkeitskonstruktionen zum Krankheitsverständnis und Krankheitsumgang im Sinne einer Perspektivenvielfalt aufeinandertreffen lassen. Mit Hilfe des Therapeuten könnten die Betroffenen durch eine Beobachtung zweiter Ordnung die unterschiedlichen Konstruktionen nachvollziehen, die anhand differenter Viabilitätskriterien entstehen. Diese zu erfassen, ermöglicht einen Vergleich und eine Bewertung der Konstruktionen. Durch die Interaktionen zwischen Therapeut und Betroffenen und zwischen den Betroffenen untereinander werden dann gegebenenfalls Lernherausforderungen ausgelöst.

Die eigenen subjektiven Haltungen zur Krankheit, Umgangsweisen mit der Krankheit und spezifischen Situationsbewertungen können wahrgenommen, er-

kannt und auf ihrem Entstehungshintergrund reflektiert werden. Eine Evaluation und Überprüfung scheinbar selbstverständlicher Einstellungen wird möglich. Sie lassen sich mit denen anderer vergleichen und gegebenenfalls mit neuen, vergessenen oder ausgeblendeten Sichtweisen anreichern und erweitern. Eigenes muss nicht aufgegeben werden, sondern wird durch interessante und viable Erkenntnisse anderer bereichert. Der Betroffene kann in der Perspektivenvielfalt wahrnehmen, dass grundsätzlich auch alternative Wirklichkeitskonstruktionen zur Verfügung stehen: andere, ebenso mögliche, Erklärungs- und Handlungsmuster in (schwierigen) Lebenssituationen erschließen neue Handlungsoptionen. Dadurch wird der Betroffene in eine Auswahl- und Entscheidungsposition für sein zukünftiges Handeln versetzt. Neue Entscheidung lösen wiederum neue Erfahrungen aus, die es dann nach einiger Zeit oder bei Perturbation mit Unterstützung des Therapeuten zu evaluieren gilt, um die damals getroffene Entscheidung auf aktuelle Viabilität zu überprüfen.

### **Berufliche und didaktische Kompetenz**

Um den Lehr-, Lern- und Bildungsprozess in der Psychoedukation so differenziert wahrnehmen und nutzen zu können, wäre es notwendig, dass neben psychotherapeutischer Kompetenz und psychiatrischer Erfahrung zumindest ein Gruppenleiter auch eine fundierte pädagogische und didaktische Kompetenz besitzt. Dies geht über die Erwartung beider Manuale an ein pädagogisch-didaktisches Geschick (vgl. WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER<sup>3</sup>2003, S. 222; PITSCHEL-WALZ & BÄUML 2005 a, S. 133) der Gruppenleiter hinaus. HAUG (1991) weist darauf hin, dass für den Bereich Gesundheitsbildung »eine herkömmliche medizinisch-therapeutische Ausbildung allein [...] nicht als ausreichend anzusehen [ist], da in ihr zumeist die für den erwachsenenpädagogischen Bereich typischen Kenntnisse und Fähigkeiten über Methoden und Arbeitsformen nicht vermittelt werden« (S. 326, Zusatz vom Verfasser). Notwendig ist aus Sicht des Autors die »kritische Reflexion im Zusammenhang mit Erziehungs-, Bildungs- und Lernkonzepten. Dazu gehört auch, die Leitbilder und das Vorverständnis der Kollegen und Mitarbeiter vorurteilsfrei zu diskutieren [...] (ebd., S. 329).

Sinnvollerweise sollte deshalb ein Gruppenleiter einer pädagogischen Berufsgruppe angehören (Pädagoge, Sozialpädagoge/Sozialarbeiter). Von der Berufsqualifikation fordert APES für die Gruppenleitung einen Arzt oder Psychologen, PEGASUS sieht für Leitung und Ko-Leitung noch alle klinisch relevanten Berufsgruppen vor. Aber in einer späteren Veröffentlichung von WIENBERG und SIBUM (<sup>2</sup>2008) geben sie bereits auch als Mindeststandard an, dass einer der Moderatoren »Arzt oder Diplom-Psychologe ist« (S. 262) – übrigens eine generelle Tendenz

in der Psychoedukation. Die klinische Ausrichtung der Psychoedukation fordert in der Folge vorwiegend psychotherapeutische Kompetenz.

Klinisch zu denken *und* Lern- und Bildungsprozesse im Alltag zu begleiten bzw. zu evaluieren wird als typische Aufgabe der Klinischen Sozialarbeit gesehen. Sie hat die *soziale* Dimension der Krankheit (vgl. GEISLER-PILTZ et al. 2005, S. 13) im Auge, die sich im Rahmen der Psychoedukation als individuelle Auseinandersetzung mit der Erkrankung zeigt. Die Auseinandersetzung geschieht im Spannungsfeld von subjektiven Einstellungen und Konzepten und konkreten sozialen Alltagserfahrungen mit der Erkrankung. Um das Lern- und Bildungspotenzial der Psychoedukation zu nutzen, wäre es hilfreich, wenn deshalb ein Gruppenleiter ein Sozialpädagoge/Sozialarbeiter ist, der z. B. in einem Master-Studiengang sich in Klinischer Sozialarbeit qualifiziert hat.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass beide Manuale in der Vermittlungslogik auf ein Beibringen und ein Belehren setzen – APES noch mehr als PEGASUS. Für die konzeptuelle und anwendungsorientierte Weiterentwicklung und Verbesserung der Psychoedukation bedeutet dies:

- Die Option der Ermöglichungsdidaktik muss sich Psychoedukation erst noch erschließen. Dazu ist der durch Psychoedukation initiierte Lern- und Bildungsprozess in Theorie und Praxis zu thematisieren.
- In der Folge würde die Vermittlungslogik den Fokus von der Vermittlung nehmen und ihn mehr auf den Aneignungsprozess beim Betroffenen richten.
- Für die Qualifikation der Gruppenleitung ist für einen der beiden Therapeuten neben klinische auch pädagogische und didaktische Kompetenz zu fordern. Die Berufsgruppe der klinischen Sozialarbeiter verbindet genau diese Kompetenzen.

#### **14.2.2 Lern- und Bildungsanlass sowie Identifikation der Lernaufgaben**

APES nennt drei Lern- und Bildungsanlässe. Ein Anlass ist krankheitsimmanent: Die Krankheit verändert das Leben. Damit wird das beschrieben, was ich in dieser Arbeit den impliziten Lern- und Bildungsanlass der Schizophrenie genannt habe. Bei den beiden anderen wird Schizophrenie explizit zum Lern- und Bildungsanlass gemacht. JUCKEL und HEINZ (2005) stellen aufgrund von Vorurteilen und »Un- bzw. Halbwissen über die Krankheit ›Schizophrenie« (S. 18) in der Öffentlichkeit eine »Verunsicherung« (ebd.) der Betroffenen fest. Deshalb bedürfen sie der Aufklärung. Vor allem aber prägt der dritte Anlass das gesamte Manual: Mit den derzeit vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten könnten über 70 % der schizophren erkrankten Menschen ein weitgehend selbstständiges Leben führen,

wenn »die zur Verfügung stehenden Therapieoptionen auch konsequent und umfassend genutzt werden« (BÄUML 2005 a, S. 1). Bei allen drei Lern- und Bildungsanlässen werden von einer Außenperspektive des Klinikers der Lernbedarf, die Lernaufgaben und zu behandelnden Fragestellungen deduktiv identifiziert, begründet und inhaltlich geprägt – und zwar jedes Mal die gleichen: »Wissenszuwachs, Verbesserung des Krankheitskonzeptes, Compliance-Zuwachs, Selbstkompetenzzuwachs, weniger Rezidive« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 66) sowie emotionale Entlastung (vgl. ebd.).

PEGASUS führt zwei Lern- und Bildungsanlässe auf. Die Therapeuten wollen ihr professionelles Krankheits- und Behandlungskonzept mit seinen Handlungsimplikationen dem Betroffenen offenlegen und verständlich machen und damit Schizophrenie auf dem heutigen Wissensstand zum Thema machen. Dadurch definiert der Kliniker auch hier deduktiv den Lernbedarf, die Lernaufgaben und zu behandelnden Themen in der Psychoedukation. Schizophrenie wird zum expliziten Lern- und Bildungsanlass gemacht. Der zweite Anlass ergibt sich aus der allgemeinen Verstörung und der Erschütterung des Selbstbilds durch die Erkrankung. Diese Erschütterung löst neben »Angst, Ungewissheit und Unsicherheit über den eigenen Ort in der Welt« (WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 215) auch eine Suche nach Orientierung, Sinn und Integration der Psychoerfahrung in die persönliche Lebensgeschichte aus (vgl. ebd., S. 213). Betroffene haben deshalb »Fragen, Ängste und Hoffnungen [...], die ernst zu nehmen eine notwendige Voraussetzung für jede Art von Therapie sein sollte« (ebd.). Hier wird der implizite Lern- und Bildungsanlass der Schizophrenie beschrieben. Der Wunsch der Betroffenen nach (Neu-)Orientierung und ihre Fragen machen ihre eigenen Lerninteressen und Bildungsbedürfnisse deutlich und definieren damit Lernaufgaben und zu behandelnde Fragestellungen. So kann Schizophrenie den Charakter eines Bildungsereignisses (vgl. BIENDARRA 2005) bekommen. Während der Psychoedukation wird der von den Betroffenen gesetzte Lernanlass aber vom Kliniker nicht aktiv erfragt und im Ablauf berücksichtigt. Die Fragen der Betroffenen und ihre Lernbedürfnisse werden reaktiv – also momentan passend zu den von klinischer Seite gerade besprochen Themen – abgerufen und können dann eingebracht werden.

### **Abgleich von Lernbedarf und Lernbedürfnis**

Aus Sicht des pädagogischen Konstruktivismus ist in beiden Manualen vom Kliniker der Lern- und Bildungsbedarf bereits festgelegt, es folgt ein dementsprechendes Lernangebot verbunden mit einer Lernaufforderung an den Betroffenen. Doch eine Lernanforderung als Therapeut zu setzen, bedeutet nicht gleichzeitig auch Lernbereitschaft und Lernbedürfnis beim Betroffenen. »Lernanforderungen

sind nicht eo ipso schon Lern*handlungen* [...].« (HOLZKAMP 1993, S. 185) Die Erklärung dafür findet sich in der Autopoiese, Selbstreferenz und operationalen Geschlossenheit des Lernsystems. Erstmals wird Neues und Ungewohntes abgewehrt, solange Vertrautes sich im Alltag bewährt. Der Kliniker muss damit rechnen, dass seine Lernanforderung auch als Aufforderung erlebt werden kann, etwas Vertrautes herzugeben, wogegen der Betroffene sich dann sträubt. ZIEHE und STUBENRAUCH (1982) formulieren dies so, »wer lehrt, beglückt nicht nur, er bedroht auch« (S. 175).

Wenn Psychoedukation Aneignung von Lerninhalten anstrebt, wird sie das, was in PEGASUS angedacht ist, aber dort nicht weiter verfolgt wird, umsetzen müssen, nämlich den impliziten Lern- und Bildungsanlass deutlich mehr berücksichtigen und einen transparenten Abgleich in der Gruppe zwischen den Lerninteressen der Betroffenen und den möglichen Lern- und Bildungsangeboten der Therapeuten durchführen. Der von außen diagnostizierte Lernbedarf muss sich konsequenter und in einem größeren Umfang als bislang den Lern- und Bildungsbedürfnissen der Betroffenen öffnen. Dass Bedarf und Bedürfnis nicht deckungsgleich sein müssen, zeigen manche Befunde aus qualitativen Evaluationsstudien zur Psychoedukation (siehe Kapitel 4.5). So konnte gezeigt werden, dass die Einschätzung der Betroffenen, sie hätten Psychoedukation als hilfreich erlebt, unabhängig von den aus klinischer Sicht anzustrebenden Zielen war und an anderen subjektiv bedeutsamen Merkmalen festgemacht wurde (vgl. z. B. KILIAN et al. 2001; HOFER et al. 2001).

### **Wirklichkeitskonstruktion »Schizophrenie als Lern- und Bildungsanlass«**

Die Lernbedürfnisse der Betroffenen konsequenter einzubeziehen, hieße den impliziten Lern- und Bildungsanlass der Schizophrenie mehr zu berücksichtigen. Psychoedukation könnte dem Betroffenen neben der Konstruktion »Schizophrenie als Krankheit« zusätzlich die Konstruktion »Schizophrenie als Lern- und Bildungsanlass« zur Verfügung stellen. Damit steht der Krankheitsbewältigungsprozess nicht mehr nur unter einer klinisch-pathogenen Sichtweise, sondern bekommt eine anthropologische Dimension. Schizophrenie ist dann eine vom Leben ungefragt gestellte Aufgabe mit Aufforderungscharakter, der sich der Betroffene nicht entziehen kann, so wie er es schon bereits bei anderen ungebetenen Herausforderungen in seinem Leben nicht konnte (vgl. HENNINGSEN 1981; BITTNER 2001; BIENDARRA 2005, 2006).

## Perturbation als signifikanter Lern- und Bildungsanlass

Ein Lern- und Bildungsanlass, der aus konstruktivistischer Sicht der entscheidende und wirkmächtigste ist, wird in beiden Manualen weder thematisiert noch genutzt. Es handelt sich um erlebte Perturbationen oder Irritationen im Lebens- und Alltagsvollzug. Im Lebensvollzug des Betroffenen muss sich (wiederholt) etwas ereignet haben, das die Routinen, Gewohnheiten und Selbstverständlichkeiten unterbricht, die Viabilität des bisherigen Krankheitsverständnisses oder die der Denk-, Handlungs- und Einstellungsmuster infrage stellt. Das zur Verfügung stehende Handlungsrepertoire zur Situationsbewältigung reicht dann nicht mehr aus, weil sicher geglaubte Annahmen, Vorhersagen und Überzeugungen wider Erwarten nicht erfüllt und enttäuscht werden. Es bedarf im Alltag einer erlebten gewissen Ineffektivität, Untauglichkeit, Widersprüchlichkeit oder Unzweckmäßigkeit bisheriger Denk- und Handlungsmuster. Dieses Erleben kann zum Innehalten nötigen und eine Such- und (Neu-)Orientierungsbewegung auslösen, indem das bisherige gewohnheitsmäßige Situationsverständnis überprüft und eventuell revidiert wird. Erlebte Perturbation löst Fragestellungen, Lernherausforderungen, subjektive Lerninteressen und Bildungsbedürfnisse aus. Sie ist wie ein Lernfenster mit günstiger Lern- und Aneignungsbereitschaft, das sich für eine gewisse Zeit öffnet und das es dann zu nutzen gilt. Perturbation hat ein weitaus höheres Lern- und Bildungspotenzial als Lernen durch – vom Lehrenden geforderte – Einsicht.

Im Leben eines Menschen mit schizophrener Erkrankung können folgende typische Ereignisse als mögliche Perturbationen wirken: beginnende oder endende Krankheitsphasen, Rezidive, Klinikaufenthalte, Beginn und Abbrüche von Rehabilitationsmaßnahmen, Medikamentenabsetzung oder erneute Medikamentenaufnahme. Eine existenzielle Perturbation stellt die Ersterkrankung an Schizophrenie dar. Welche unterschiedliche Bedeutung eine Ersterkrankung im Vergleich zu einer neu auftretenden Krankheitsphase eines Menschen hat, der bereits mehrere dieser Phasen durchlebt hat, haben CONRADT und KLINGBERG (2008) herausgearbeitet und kann in dieser Arbeit nicht weitergehend dargestellt werden. Zusätzlich können Lebensereignisse, die andere Menschen auch perturbieren, die nicht psychisch erkrankt sind, im Leben eines Menschen mit schizophrener Erkrankung eine ebensolche Wirkung haben (z. B. Enttäuschungserlebnisse, sicher geglaubte aber nicht eingetretene Situationserwartungen, Anregungen durch ein Buch oder eine vertraute Person). Alle die genannten Ereignisse sind im Stande perturbierend zu wirken – müssen es aber nicht zwangsläufig.

Deshalb ist es ratsam, dass der Kliniker in den Teilnehmerbeiträgen darauf hört, wie weit von Irritationserlebnissen sowie von Lebensereignissen oder -situationen erzählt wird, in denen die Limitierung oder gar die Nachteile bisheriger Wirklichkeitskonstruktionen und den davon abgeleiteten Handlungsmustern für

den Betroffenen selbst deutlich und erlebbar werden. Er kann dann mit Hilfestellung des Therapeuten eine bewusste und reflektierte Differenzwahrnehmung zwischen Situationserwartung und Situationserfahrung vornehmen und *dann* seine bisherigen Realitätskonstruktionen evaluieren und gegebenenfalls abändern.

Perturbationen sind weder vom betroffenen Menschen noch vom Kliniker vorhersagbar, steuer-, plan- und determinierbar. Sie widerfahren einem. Ebenso sind die Reaktionen und Handlungen auf eine eingetretene Irritation nicht vorhersagbar. Perturbation kann neues Denken und Handeln ermöglichen, muss es aber nicht.

Festzuhalten bleibt, dass in beiden Manualen als Lern- und Bildungsanlass ein klinisch notwendig erachteter Aufklärungswunsch dominiert. Psychoedukation macht Schizophrenie explizit zum Lern- und Bildungsanlass. Auch die Lernaufgaben und zu behandelnden Fragestellungen werden vom Kliniker definiert. Mögliche Lernanlässe beim Betroffenen werden in den Manualen vermutet, doch für deren aktive Berücksichtigung gibt es keine ausdrückliche Form. Wenn Psychoedukation Lernen und Bildung beim Betroffenen fördern will, heißt das für ihr zukünftige Vorgehen und Verständnis:

- Es muss zum Standardvorgehen gehören, explizit einen Abgleich zwischen Lerninteressen und Bildungsbedürfnissen der Betroffenen und Lernangeboten des Therapeuten während der Psychoedukation durchzuführen.
- Das Verständnis von Schizophrenie ist nicht nur in der Konstruktion als »Krankheit«, sondern auch in der Konstruktion als potenzieller »Lern- und Bildungsanlass« zu vermitteln.
- Den vom Betroffenen erlebten Perturbationen oder Irritationen sind als signifikanten Lern- und Bildungsanlässen in Theorie und Praxis eine zentrale Bedeutung einzuräumen.

### 14.2.3 Zentrale Lern- und Bildungsziele

PEGASUS verfolgt drei zentrale Lern- und Bildungsziele: Erarbeitung des derzeitigen Wissens über Schizophrenie (Vulnerabilitätskonzept, Drei-Phasen Modell von Ciompi), Erkennen der Einflussmöglichkeiten, seelisch stabil zu bleiben (z. B. Medikamente, Belastungsfaktoren und Grenzen kennen) und Erarbeitung konkreter Maßnahmen, um dem Ausbruch einer akuten Psychose vorzubeugen (z. B. Frühwarnzeichen, Krisenplan) (vgl. WIENBERG /et al. <sup>5</sup>2005, S. 22). Selbstkritisch merken die Autoren an, dass bei ihrer Psychoedukation psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen, als weitere Möglichkeit, auf den Krankheitsverlauf Einfluss nehmen zu können, nicht zur Sprache kommen (vgl. ebd., S. 8). Inhaltlich gibt es dabei eine klare Orientierung: »Es sollte [...] deutlich die ›Botschaft«

vermittelt werden, dass die regelmäßige Einnahme von Neuroleptika den besten Schutz vor psychotischen Rezidiven darstellt, der gegenwärtig verfügbar ist.« (ebd., S. 95) Bezüglich Bewältigungsstrategien sollen die Moderatoren geeignete und ungeeignete auch als solche benennen (vgl. ebd., S. 124). Gleichzeitig wird aber bei der Zielverfolgung die Grenze der Autonomie und Selbstentscheidung gewahrt. Fachwissen soll vorhandenes Wissen ergänzen nicht ersetzen (vgl. ebd., S. 22). Während der Psychoedukation soll nicht unter allen Umständen von der medikamentösen Prophylaxe überzeugt werden (vgl. ebd., S. 12). PEGASUS ist kein Training für richtiges Krankheitsverständnis und Compliance-Verbesserung (vgl. WIENBERG & SIBUM <sup>3</sup>2003, S. 202) und Rückfälle gilt es nicht um jeden Preis zu verhindern (vgl. WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 24). PEGASUS sieht im Rückfall grundsätzlich auch ein Lern- und Bildungspotenzial. »Im Einzelfall kann ein Rückfall auch eine wichtige Etappe in der persönlichen Entwicklung sein (>Vorfall<).« (ebd.)

APES strebt die Selbstbefähigung des Betroffenen, mit der Erkrankung zurechtzukommen, an. Dazu ist eine möglichst effiziente Behandlung notwendig, die alle zur Verfügung stehenden Therapieoptionen konsequent und umfassend nutzt (vgl. BÄUML 2005 a, S. 2). Deshalb sind hier die zentralen Lern- und Bildungsziele eine »gründliche Krankheitskonzeptbildung« (ebd.), »intensive Compliance-Schulung« (ebd.) und die Förderung des Selbsthilfepotenzials des Betroffenen. Dadurch soll auf bestehende dysfunktionale Einstellungen und Verhaltensweisen der Betroffenen gezielt verändernd eingewirkt werden, sodass sie ihre Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten (Frühwarnsignale, Medikamente, Krisenplan) auf den Krankheits- und Gesundungsprozess erkennen und einsetzen lernen. Wenn das Vulnerabilitätskonzept sozusagen als kleinster gemeinsamer Nenner (vgl. BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 9) akzeptiert wird, hoffen die Autoren, dass die Betroffenen »die sich daraus ergebenden Behandlungsstrategien beherrsigen« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 a, S. 74). Deshalb wird versucht anhand »intensiver Bemühungen zur Compliance-Sicherung« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2005 b, S. 8) vor allem »die Akzeptanz für die erforderlichen medikamentösen und psychosozialen Maßnahmen zu stärken und die langfristige Behandlungsbereitschaft zu sichern [...]« (ebd.). BÄUML (<sup>2</sup>2008) bringt die Grundhaltung auf den Punkt, wenn er schreibt, es gibt für den Betroffenen »eigentlich kein Argument, sich der erforderlichen Behandlung zu entziehen« (S. 169 f.).

Wenn der Betroffene sich der erforderlichen Behandlung nicht mehr entziehen kann, ist kritisch zu hinterfragen, ob Psychoedukation nicht auch seiner subtilen Disziplinierung, Normierung und Überwachung im Sinne Foucaults dient. Es wäre nicht zum ersten Mal in der Psychiatriegeschichte, dass Behandlungsfortschritt im Dienste von Überwachung, Beurteilung und Disziplinierung steht (vgl. FOUCAULT <sup>11</sup>1995, <sup>12</sup>1998). Wenn früher im Asyl Arbeitsverweigerung oder Ungehorsam gegenüber Anweisungen als zu ahndendes Fehlverhalten des Betroffenen galt

(siehe Kapitel 4.2), könnte heute die moderne Form von Ungehorsam sein, sich der klinisch notwendig erachteten Compliance bzw. Behandlung zu entziehen oder gar zu verweigern.

### Lehrziel: Perspektivenvielfalt

Aus Sicht des pädagogischen Konstruktivismus muss unterschieden werden zwischen den *Lehrzielen* des Lehrsystems und den Lernzielen des Lernsystems (vgl. SIEBERT 1999, S. 39f.). Beide sind aufgrund der Autopoiese und Selbstreferenz von Systemen nicht von vornherein als kongruent anzusehen. Dementsprechend differieren z. B. in der Evaluationserhebung zu PEGASUS auch deutlich die Einschätzungen von Therapeuten und Betroffenen darüber, welche Themen in der Psychoedukation von Bedeutung sind (vgl. WIENBERG 1997, siehe Kapitel 11.1.4). Sowohl PEGASUS als auch APES tragen in ihren Manualen genau genommen *Lehrziele* der Kliniker und nicht Lernziele der Betroffenen vor. Dies ist eine Folge davon, dass der Lern- und Bildungsbedarf von klinischer Seite definiert wird, wie im letzten Kapitel ausgeführt. Grundsätzliche Lehrziele einer Erwachsenenbildung sind nach dem pädagogischen Konstruktivismus die Möglichkeit zur Evaluation, Reflexion, Modifizierung und Weiterentwicklung bestehender Wirklichkeitskonstruktionen. Dadurch wird Teilnehmern ermöglicht, dass sie mit unterschiedlichen Konstruktionen situativ flexibel variieren können und zum Perspektivenwechseln fähig werden. Dies führt zu besserem Selbst- und Fremdverstehen, zu Toleranz und zu einer Erweiterung ihrer Handlungs- und Orientierungsfähigkeit. Voraussetzung dafür ist aber die Notwendigkeit einer präsentierten Perspektivenvielfalt. Beiden Manualen ist es indessen jedoch kein Anliegen, unterschiedliche Perspektiven und Konstruktionen zum Krankheitsverständnis und zur Behandlungsweise zu entwickeln und zu verdeutlichen. Das Krankheitsverständnis und die Behandlungsoptionen sind auf die Perspektive der derzeitigen wissenschaftlichen Sicht festgelegt, bei APES noch einmal deutlich stärker als bei PEGASUS. BENDER (2008) gibt zu bedenken, dass die Festlegung von außen, »was als gebessert, gesund oder remittiert zu gelten hat, oder die ›richtigen‹ Reaktionen auf die Erkrankungen sind« (S. 136) gerade einer Kooperation der Betroffenen, die »als noncompliant, autonomistisch oder ›schwierig‹ gelten« (ebd.) zuwiderläuft. Und gerade diese Gruppe der Betroffenen will Psychoedukation auch erreichen.

Da beide Manuale Schizophrenie explizit zum Lern- und Bildungsanlass machen, wollen sie in einer überschaubaren Zeit ein umrissenes Wissenspaket mit bestimmten *Lehrzielen* vermitteln. Dadurch stehen beide Manuale dem klassischen Verständnis von Gesundheitserziehung und Patientenschulung näher als dem der Gesundheitsbildung (vgl. Kapitel 4.6). Selbst aus gesundheitserzieherischer

Sicht ist bezogen auf den Prozess einer erfolgreichen Krankheitsbewältigung aber kritisch zu hinterfragen, »ob es ausreicht, das Krankheitsmodell der Psychiatrie zu übernehmen« (HOFER et al. 2001, S. 291).

### Begleitung des Auseinandersetzungsprozesses

Um auch auf die *Lernziele* der Betroffenen eingehen zu können, sollte sich Psychoedukation auch auf den impliziten Lern- und Bildungsanlass der Schizophrenie beziehen und die Begleitung und Auswertung des individuellen Auseinandersetzungsprozesses mit der Erkrankung verstärkt in den Fokus nehmen. Dadurch erreicht Psychoedukation dreierlei:

- Sie trifft die Lerninteressen und Bildungsbedürfnisse der Betroffenen besser.
- Es können aktuelle oder schon früher erlebte Irritationen im Alltag zur Sprache kommen und für den Lern- und Bildungsprozess genutzt werden.
- Psychoedukation erhält die Zeit, vorhandene Realitätskonstruktionen anhand gemachter oder zukünftiger Lebenserfahrungen zu evaluieren.

PEGASUS kommt dieser Denkweise bereits sehr nahe: Es deutet den impliziten Lern- und Bildungsanlass an, verfolgt ihn aber nicht weiter (siehe Kapitel 14.2.2), und sieht sich in seinem Selbstverständnis (vgl. Kapitel 11.3.1) als ein »therapeutischer Basisbaustein im Rahmen eines gegebenenfalls langfristig anzulegenden, persönlichen Behandlungs- bzw. Betreuungsprozesses [...]« (WIENBERG et al. 2005, S. 13). Psychoedukation im Rahmen dieses langfristigen Prozesses hat die Aufgabe, einen höchst subjektiven und nicht normierbaren Auseinandersetzungs- und Suchprozess zu begleiten, damit die Betroffenen lernen können, Entscheidungen nach eigenen Einstellungen, Bedürfnissen und Situationseinschätzungen zu treffen, mit den Entscheidungskonsequenzen sowie der Effektivität ihrer Handlungen konfrontiert zu werden und diese dann wieder auszuwerten. Erst bei dieser Art der Vorgehensweise könnte Psychoedukation aus erziehungswissenschaftlicher Sicht unter Gesundheitsbildung subsumiert werden. Die Forschungsergebnisse über Krankheitseinsicht und Coping-Verhalten (siehe Kapitel 2.4) machen deutlich, wie kontingent und betont individuell der Auseinandersetzungsprozess mit der Krankheit ist. Er lässt sich als eine anhaltende Such- und Orientierungsbewegung des Betroffenen auffassen. Die Begleitung dieses – unter Umständen lebenslangen Auseinandersetzungsprozesses enthält ein höheres individuelles Lern- und Bildungspotenzial, als wenn Schizophrenie lediglich explizit zum Lern- und Bildungsanlass gemacht wird. Denn die Vorgänge von Lernen und Bildung bekommen aus Sicht der pädagogischen Anthropologie ihren Sinn und ihre Legitimation erst durch den »prozessualen und Entfaltungskarakter des Menschen« (HAUG 1991, S. 51).

## Begleitete Erfahrungsevaluation

Der pädagogische Konstruktivismus ist skeptisch, ob jemandem gesundheitsförderliches Verhalten mit dem Ziel der »Fehlervermeidung« beigebracht werden kann. Doch beide Manuale suchen aus klinischer Sicht definierte Fehler zu vermeiden, z. B. riskantes Verhalten oder Rezidive. BOCK (2001) gibt zu Bedenken, wenn Krisen als unvermeidbarer Bestandteil menschlichen Lebens gesehen werden (vgl. S. 25), »kann die Rückfallvermeidung, wenn man sie zu sehr verabsolutiert, nur in die Sackgasse führen« (ebd.). Auch im Rahmen des Recovery-Gedankens wird wiederholt darauf hingewiesen, dass Rückschritte, Stillstand, Krisen und Symptome integraler Bestandteil für den Prozess sind, als Langzeiterkrankter wieder ein zufriedenes Leben zu führen, obwohl die Krankheit weiterhin anhält (vgl. AMERING & SCHMOLKE <sup>2</sup>2007; KNUF 2008). AMERING und SCHMOLKE (<sup>2</sup>2007) sprechen in dem Zusammenhang auch vom »Recht, Fehler zu machen« (S. 171).

Einem Rezidiv, einem notwendig gewordenen Klinikaufenthalt, oder einer Symptomverstärkung haftet bislang in der Psychoedukation eine negative Konnotation an, denn eigentlich sollte all das nicht passieren und es wäre, hätte man sich entsprechend verhalten, auch grundsätzlich vermeidbar gewesen. Die Folge ist z. B., dass sich der Betroffene bei der Auswertung der Erfahrung eines Rezidivs immer auch zusätzlich erschwerend mit dem Makel auseinandersetzen hat, dass das Rezidiv überhaupt eingetreten ist. Aus Untersuchungen ist aber bekannt, dass eine optimale Rezidivprophylaxe gar nicht automatisch auch eine Verbesserung der Lebensqualität des Betroffenen bedeutet (vgl. RÖSSLER et al. 1999; WIENBERG & SIBUM <sup>3</sup>2003, S. 152; RABOVSKY & STOPPE 2004, S. 140). Offensichtlich wird nicht alles, was aus klinischer Sicht wie ein »Fehler« wirkt, auch aus der Perspektive des Betroffenen so erlebt.

Ohne einen Rückfall oder eine Krise idealisieren zu wollen, können sie vom Betroffenen womöglich als eine notwendige Irritation bzw. Perturbation erlebt werden. BENDER (<sup>2</sup>2008) wendet sich gegen die »vereinfachende Auffassung einer immer sofort wohlthätigen Korrektur in Richtung Gesundheit« (S. 136). In jeder Krise steckt eine Lern- und Bildungsmöglichkeit. Der Betroffene kann *dann* aus dieser Erfahrung lernen. Diese Sichtweise klingt bei PEGASUS bereits an, wenn der Rückfall im Einzelfall für einen Betroffenen als »Vorfall« für die persönliche Entwicklung gesehen wird (vgl. WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 24). PEGASUS sieht Rückfall unter dem positiven Aspekt eines Entwicklungspotenzials, die Autoren von APES sehen es von der negativen Seite: Der Prozess der Krankheitsbewältigung wird nicht »von Rückschlägen und negativen Erfahrungen« (BÄUML & PITSCHEL-WALZ <sup>2</sup>2008b, S. 115) frei bleiben. »Oft wird der Patient erst im Nachhinein beurteilen können, ob sein neu gewählter Bewältigungspfad [...] auch von Erfolg getragen sein kann.« (ebd.) Lerntheoretisch gesehen sind

sich aber die Autoren darin einig, dass Erfahrungswerte für Lernprozesse konstituierend sind.

Wenn Krise, Rückfall, Fehler oder überhaupt Erfahrungen für Lernen eine zentrale Rolle spielen, ist es für die Psychoedukation ratsam, bei der Verfolgung von Lern- und Bildungszielen ihr Augenmerk weg von der Fehlervermeidung hin auf das Angebot einer *begleiteten Erfahrungsevaluation* zu richten. Dies hieße, die aktuelle Erfahrung aus Betroffenenensicht – aus klinischer Sicht den »Fehler« – als Ergebnis vorangegangener Entscheidungen anzusehen, die aufgrund der subjektiven Krankheitstheorie sowie angewandten Wirklichkeitskonstruktionen getroffen wurden (z. B. ein langes Hinauszögern eines Klinikaufenthalts hat letztlich zu einer Zwangseinweisung geführt). Damit könnten deren womöglich eingeschränkte Viabilität im Lebensvollzug individuell erfahrbar gemacht werden, um die Konstruktionen dann einer Überprüfung zu unterziehen und sie für eine verbesserte Viabilität zu modifizieren. Die Erfahrung und ihre erlebte Konsequenz gilt es für kommende oder vergleichbare Situationen antizipierbar zu machen.

Begleitete Erfahrungsevaluation muss aber nicht nur reaktiv auf eingetretene Ereignisse (z. B. Rezidiv) stattfinden, sie kann auch aktiv geschehen. AMERING und SCHMOLKE (<sup>2</sup>2007) fordern im Zusammenhang mit Psychopharmakologie, »verantwortliche Risiken – z. B. Dosisanpassung oder Absetz-Schemata – zu ermöglichen, damit Lern- und Lebenserfahrungen gemacht werden können« (S. 261). Würde man das Prinzip der »verantwortlichen Risiken« nicht nur auf medikamentöse Fragen begrenzen, ginge es überhaupt darum, in Absprache mit dem Betroffenen bewusst Dinge auszuprobieren (z. B. den Zeitpunkt einer Klinikaufnahme variieren; Selbsthilfestrategien und ihre Wirkung beobachten), um ihm positive wie negative Erfahrungen und Entscheidungskonsequenzen erlebbar zu machen, sie zu sammeln und dann auszuwerten. Die Autoren sprechen von der »Würde des Risikos« (ebd., S. 171) und dem dazugehörigen »Recht, Fehler zu machen« (ebd.). Erfahrungen machen und auszuwerten zu können, ermöglicht buchstäblich Lern-Erfahrungen.

### Ambulante Durchführung

Psychoedukation als begleitete Erfahrungsevaluation während des individuellen Auseinandersetzungsprozesses mit der Erkrankung zu verstehen, hat zur Konsequenz, dass Psychoedukation häufiger ambulant als bisher durchgeführt bzw. ambulant fortgesetzt werden muss. PEGASUS ist ausdrücklich für den ambulanten und komplementären Versorgungskontext entwickelt worden (vgl. WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 223). Ein ambulantes Angebot hat den Vorteil, mehr Zeit zu haben als in der befristeten und mittlerweile deutlich verkürzten Verweildauer in der Klinik. Untersuchungen haben z. B. gezeigt, dass in einem

Zeitraum über zehn Wochen durch Psychoedukation die Krankheitskonzepte der Betroffenen nur sehr eingeschränkt veränderbar waren (vgl. HOFER et al. 2001). Zudem sind die erkrankten Menschen in der Regel ambulant in einem stabileren psychischen Zustand, als während eines »akuten seelischen Ausnahmezustandes«, aufgrund dessen eine stationäre Aufnahme notwendig wird. Der seelische Ausnahmezustand kann die kognitive Aufnahmefähigkeit stark herabsetzen oder manchmal keine Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der Erkrankung zulassen (vgl. LÄNGEL & PUFFE 2008, S. 248). Außerdem werden manche Betroffene nur ambulant behandelt und bedürfen keines Klinikaufenthalts. Der ambulante Bereich bietet somit zwei Bedingungen, die für Lern- und Bildungsprozesse sehr förderlich sind: Zeit und einen relativ stabilen Gesundheitszustand.

Eine dritte förderliche Bedingung kommt dadurch hinzu, dass Psychoedukation im ambulanten Bereich den Lebensalltag und nicht nur eine Ausnahmesituation begleiten würde. Denn erst nach der Klinikentlassung und durch den »Wiedereintritt in den Alltag« (ebd.) treten bestimmte Probleme erneut ins Blickfeld. Psychoedukation findet dann in der Zeit statt, in der auch das »normale« Alltagsleben der Betroffenen abläuft mit seinen zahlreichen Gelegenheiten für erlebte Irritationen und seinen sich damit eröffnenden Möglichkeiten zu deren begleiteter Erfahrungsevaluation. Auch aus Sicht von WIENBERG und SIBUM (2003) spricht für eine ambulante Durchführung der Psychoedukation, dass die gegebene Alltagsnähe und Alltagspraxis den Transfer des Erlernten eher fördert (vgl. S. 201). HAUBL (1994) hat darauf hingewiesen, dass viele (somatisch kranke) Patienten nicht nur Information und Aufklärung über die Behandlungsmaßnahmen vom Arzt wünschen, sondern »auch durch den wechselvollen Prozess von deren lebenspraktischer Umsetzung begleitet« (S. 102) werden wollen. So kann sich die »Gelegenheitsvernunft« (ebd.) des Betroffenen mit der »Grundsatzvernunft« (ebd.) des Therapeuten treffen. Man kann davon ausgehen, dass an diesem Punkt die Wünsche der Menschen mit schizophrener Erkrankung von denen mit somatischer Erkrankung nicht wesentlich abweichen. Grundsatz- und Gelegenheitsvernunft können im Alltag potenziell eine strukturelle Kopplung eingehen, was dann zu Lern- und Bildungserfahrungen führen kann.

Die ambulante Alltagsbegleitung psychisch kranker Menschen obliegt in der Regel der Berufsgruppe der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, meist im Rahmen von betreutem Wohnen oder am Sozialpsychiatrischen Dienst. Auch auf diesem Hintergrund macht es Sinn, dass ein Gruppenleiter in der Psychoedukation bewusst ein Sozialarbeiter ist.

Zusammenfassend betrachtet sind die zentralen Lern- und Bildungsziele der Manuale aus konstruktivistischer Sicht Lehrziele der Kliniker. Sie wollen das derzeit gültige wissenschaftliche Krankheitsverständnis und die daraus folgenden Behandlungsoptionen vermitteln. Tendenziell stehen die Manuale damit der Gesundheitserziehung nahe.

Wenn Psychoedukation das ihr innewohnende Lern- und Bildungspotenzial zukünftig noch besser ausschöpfen und die Lernziele und Bildungsinteressen der Betroffenen berücksichtigen will, müsste sie

- inhaltlich gesehen verstärkt Perspektivenvielfalt ermöglichen,
- den impliziten Lern- und Bildungsanlass der Schizophrenie mehr in den Fokus nehmen und sich die Begleitung und Auswertung des individuellen Auseinandersetzungsprozesses mit der Erkrankung zur Aufgabe machen,
- der begleiteten Erfahrungsevaluation den Vorzug vor der Fehlervermeidung geben und
- ihre ambulante Durchführung forcieren, um mehr Zeit zu haben, auch stabilere Gesundheitsphasen einbeziehen und den Alltag mit seinen erlebten Irritationen begleiten und evaluieren zu können.

#### 14.2.4 Legitimierung des Lern- und Bildungsgeschehens

Die Legitimierung des Lern- und Bildungsgeschehens bei PEGASUS basiert auf einer historisch-psychiatriepolitischen Argumentation. PEGASUS sieht den psychisch kranken Menschen als gleichberechtigten und mitverantwortlichen Bürger, der ein Recht auf klare, eindeutige und verständliche Informationen darüber hat, von welchen Vorstellungen und Konzepten über Schizophrenie sich psychiatrisch Tätige bei der Arbeit leiten lassen. Außerdem steht ihm das Recht auf Aufklärung und Mitentscheidung in allen Fragen zu, die seine Behandlung und Betreuung betreffen (vgl. WIENBERG <sup>3</sup>2003 b, S. 130). Diese Position grenzt sich von der traditionellen Sicht des psychisch Kranken als zu behandelndes Objekt ab, das einem fortschreitenden Persönlichkeitszerfall bis zur vorzeitigen Verblödung schicksalhaft ausgeliefert ist, deshalb Aufklärung nicht sachgerecht aufnehmen kann und in der NS-Zeit sogar als vernichtungswürdig galt. Mit PEGASUS soll der Betroffene Informationen über die Erkrankung erhalten, um bewusst die Möglichkeiten seiner Einflussnahme auf den Krankheitsverlauf kennenzulernen und ausschöpfen zu können.

Legitimiert wird das Lerngeschehen zusätzlich durch das gewachsene Selbstbewusstsein der Betroffenen, die sich mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen und auch von sich aus, Schizophrenie zum Thema machen wollen. Dies den Betroffenen vorzuenthalten, bewerten WIENBERG und SIBUM (<sup>3</sup>2003) als »Kunstfehler« (S. 163). Wie bereits im Kapitel 14.2.2 gezeigt, gewährt die manualisierte Form der Psychoedukation den Fragestellungen der Betroffenen jedoch nur einen begrenzten Raum.

Die Legitimation des Lern- und Bildungsgeschehens bei APES beruht auf einer fachlichwissenschaftlichen Argumentation und folgt einer biologisch-medizi-

nischen Rationalität. Hier kommt zum Tragen, dass APES 2005 veröffentlicht wurde, also zehn Jahre später als die Erstveröffentlichung von PEGASUS. Wissenschaftshistorisch ist die Zeit nach der Jahrtausendwende durch deutlichen Erkenntniszuwachs in der Gehirnforschung und einem dementsprechend gewachsenen Selbstbewusstsein der Fachdisziplin Psychiatrie geprägt. Es scheint, dass anfangs Psychoedukation eher einen emanzipatorischen Anspruch hatte, verbunden mit der Botschaft, der Betroffene ist der Schizophrenie nicht passiv ausgeliefert. Mit der Zeit hat die Psychoedukation mehr die Richtung einer Anweisung und Normierung für »richtiges«, das heißt empirisch fundiertes, Coping-Verhalten eingeschlagen. Dieser Vermutung müsste mit der Analyse weiterer Manuale nachgegangen werden. APES zumindest legitimiert sich auf der Grundlage einer empirisch erhobenen wissenschaftlichen Datenlage über die derzeit bekannten effektivsten Behandlungsmöglichkeiten. Und seit Einführung atypischer Neuroleptika gibt es, aus Sicht BÄUMLs (2008), für den Betroffenen »eigentlich kein Argument, sich der erforderlichen Behandlung zu entziehen« (S. 169 f.), denn das klassische Gegenargument riskanter Nebenwirkungen bei traditionellen Neuroleptika fällt mit Einsatz atypischer Neuroleptika und deren verändertem Nebenwirkungsprofil weg.

In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass die Pharmaindustrie die Implementierung von Psychoedukation und deren Evaluation finanziell unterstützt. KLIMITZ (1997) notiert dazu: »Konsequent sucht die deutsche Pharmaindustrie in den letzten Jahren offensiv psychoedukative Ansätze in die psychiatrische Standard-Behandlung einzuführen [...]« (S. 110) Auch wenn es in der Medizin generell an der Tagesordnung ist, dass Forschungsmittel aus Steuergeldern nicht ausreichen und sie zu Forschungszwecken auf die finanzielle Unterstützung der Pharmaindustrie angewiesen ist, bleibt eine solche Situation für die jeweilige Arbeit nicht folgenlos und wird inhaltlich dadurch mitbestimmt.

Die Argumentationslinie bei APES ist folgende: Die wissenschaftlichen Fakten legen es nahe, dass der Betroffene sich in seinem Bewältigungsverhalten daran orientiert, sich aktiv an einer Rückfallminimierung beteiligt und Risikoverhalten sowie Risikofaktoren meidet. Die »Mitwirkungsmöglichkeiten« (BÄUML 2008, S. 169) des Betroffenen geben ihm »die besten Chancen, ein selbstbestimmtes und von anderen weitgehend unabhängiges Leben zu führen« (ebd.). Die Mitwirkungsmöglichkeit impliziert aber auch die Mitwirkungspflicht, sich nicht der »erforderlichen Behandlung zu entziehen« (ebd., S. 169 f.). Hier wird der seit der Aufklärung bekannte Konnex der Gesundheitserziehung mit der Pflicht zur Gesundheit beschrieben (vgl. OSTERHAUSEN 1798, vgl. Kapitel 4.2). BÄUML (2008) geht sogar soweit, dass für ihn »die beste Anti-Stigma-Arbeit« (ebd.) ist, wenn »sich die Erkrankten so gut behandeln lassen, dass die Umgebung nur wenig von ihrer Erkrankung merkt« (ebd.). Hier ist kritisch anzumerken, ob dies nicht als eine blame-the-victim-Strategie zu werten ist.

In dieser Denkweise ist wissenschaftliches Wissen legitimiert, »richtiges Verhalten« zu normieren. Hierbei wird von einer objektiven »Wahrheit« ausgegangen, die der Betroffene übernehmen soll. Abweichungen davon werden, wie SCHÜßLER (2000) es ausdrückt, »nicht als legitime unterschiedliche kognitive Bereiche angesehen, sondern als kontingente Differenzen, die zwar unter einer Perspektive besseren Wissens toleriert, aber doch langfristig überwunden werden müssten, indem man die Menschen z. B. eines ›Besseren‹ belehrt [...]« (S. 148). Ähnlich kritisiert RIEMANN (1987) in seiner qualitativen Studie (vgl. Kapitel 2.4.3), dass die psychiatrisch Tätigen ein Monopol an »Wahrprüchen« (ebd., S. 447) besitzen, das »gesellschaftlich anerkannt, wissenschaftlich legitimiert und durch institutionelle Verfahren abgestützt« (ebd.) wird.

Zwar relativieren die Autoren von PEGASUS und APES den »objektiven Wahrheitsgehalt« ihrer vermittelten Krankheitskonzepte selbst, doch dies hat keine weitergehenden praktischen Folgen in der Anwendung von Psychoedukation. WIENBERG (<sup>3</sup>2003 b) erinnert daran, dass das Vulnerabilitätskonzept »am ehesten geeignet ist, die heute einigermaßen gesichert geltenden Forschungsergebnisse in ein konsistentes Bild zu integrieren« (S. 121), dass es aber weder die Wirklichkeit abbildet noch sie ist (vgl. ebd.). BÄUML (<sup>2</sup>2008) verweist darauf, dass auf der Transmitterebene bei Schizophrenie von einer Dopamin*hypothese* ausgegangen wird, die zudem »nicht die Krankheit selbst« (S. 73) erklärt (vgl. auch JUCKEL & HEINZ 2005, S. 23).

### Legitimierung durch subjektive Relevanz

Aus konstruktivistischer Perspektive ist Erkenntnis nicht Abbild einer objektiven Wirklichkeit. Damit wird einer normativen Legitimation von Lern- und Bildungsgeschehen bei Erwachsenen generell die erkenntnistheoretische Basis entzogen. Ein System kann lern- und bildungstheoretisch gesehen ein anderes System nicht instruieren – auch wenn der Versuch immer wieder gemacht wird. MAYER und SOYKA (1992) weisen darauf hin, dass Krankheitskonzepte der Betroffenen »Charakter von ›Weltanschauungen‹ haben« (S. 220) können – das kann ebenso für die Seite der Therapeuten gelten. Legitimation für Lern- und Bildungsprozesse ergibt sich vielmehr aus deren subjektiver Relevanz, Viabilität und Signifikanz für die Fragestellungen und Lernbedürfnisse des Betroffenen. Die empirische Fundierung wissenschaftlichen Wissens und therapeutischer Vorgehensweise wird in konstruktivistischer Lesart nicht als objektive Legitimation, sondern als ein mögliches – und durchaus interessantes – Viabilitätskriterium gewertet.

Wenn sich eine normative Legitimation aus erkenntnistheoretischen Überlegungen nicht halten lässt, ist die bei APES angestrebte Compliance-Verbesserung für eine standardisierte Behandlungsweise, die auf statistischen Häufigkeitsver-

teilungen beruht, kritisch zu hinterfragen. Diese Absicht wirkt – in Anlehnung an die Gedanken FOUCAULTS (vgl. <sup>11</sup>1995, <sup>12</sup>1998) – wie eine subtile Form der Disziplinierung und Normierung. HAUG (1991) mahnt, dass Gesundheitsbildung »stets aufmerksam und skeptisch gegenüber ›ideologischer Okkupation‹ sein und sich der Frage nach dem ›Recht auf Krankheit‹ im Einzelfall immer wieder aufs Neue stellen« (S. 406) muss. Aus Sicht des Autors sollte »der ideologische Überbau vorher genau reflektiert werden, weil letztlich alle weiteren Entscheidungen und Maßnahmen davon bestimmt sind« (ebd.). Und HAUBL (1994) fordert, dass »der Imperativ des medizinischen Dienstleistungssystems, der Compliance verlangt« (S. 97) reflektiert werden muss. »Als Konsequenz einer Fetischisierung der Compliance droht, dass alle Maßnahmen, die den Grad der Compliance erhöhen, per se als legitim(iert) gelten.« (ebd.) Aus meiner Sicht steht auch APES in dieser Gefahr, womöglich sogar die Psychoedukation insgesamt.

### Standardisiertes Behandlungsangebot

Das standardisierte Behandlungsangebot ist für alle die Betroffenen gut, die erstmalig mit der Erkrankung konfrontiert sind und sich selbst bisher noch nicht damit auseinandergesetzt haben. Dadurch werden sie zum einen vor Kurpfuscherei geschützt und zum anderen wird ihnen etwas angeboten, das – an bestimmten Outcome-Variablen gemessen – statistisch gesehen die höchste Wahrscheinlichkeit bietet, hilfreich zu sein. Das gibt ihnen eine Orientierung, wie sie vorgehen können. Darüber hinaus ist es wohl für jeden Betroffenen interessant zu erfahren, was im Moment aus wissenschaftlicher Sicht das Hilfreichste in seiner Situation zu sein scheint. Doch eine empirische Fundierung des Wissens macht es damit noch nicht viabel für den Lebensalltag. Nach ARNOLD (1985) muss sich auch Wissenschaftswissen für den betroffenen Menschen erst »in seiner alltagspraktischen Relevanz für den Erhalt subjektiver Plausibilität [...] als evident erweisen [...]« (S. 143).

Die Begrenztheit standardisierten Vorgehens wird deutlich, wenn die empirische Datenlage, auf die sich berufen wird, im Umkehrschluss betrachtet wird: Circa 20–30 % der Betroffenen erleiden trotz regelmäßig durchgeführter medikamentöser Behandlung ein Rezidiv (vgl. Übersicht bei SCHAUB 1993, S. 109; AHRENS et al. 1996, S. 1; WIENBERG & SIBUM <sup>3</sup>2003, S. 173; AMERING & SCHMOLKE <sup>2</sup>2007, S. 35 f.) und ebenfalls zwischen 20 und 30 % der Betroffenen bleiben selbst bei fehlender Langzeitmedikation *dennoch* rezidivfrei (vgl. ebd.). Darüber hinaus ist bekannt, dass etwa 5–25 % der akut Erkrankten nicht von den Neuroleptika im Sinne einer Symptombeseitigung profitieren, sogenannte Non-Responder (vgl. WIENBERG & SIBUM <sup>3</sup>2003, S. 173). Die Gründe dafür sind »unzureichend geklärt« (WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 95). Bei diesen relativ

hohen Prozentzahlen ist es für BOCK (2001) deshalb zu kurz gegriffen, wenn Psychoedukation sich darauf reduzieren lässt, lediglich eine »Standardsicht« (S. 25) vermitteln zu wollen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die schon erwähnte Studie von RÖSSLER et al. (1999), in der sich zur eigenen Überraschung der Autoren zeigte, dass bei schizophren erkrankten Menschen mit idiosynkratischen Krankheitskonzepten und einer kritischen Haltung zu Psychopharmaka eine höhere Lebensqualität feststellbar war, als bei denen, die sich den gängigen Krankheitskonzepten und Behandlungserfordernissen anpassten. Ähnliche Untersuchungsergebnisse zitieren RABOVSKY und STUPPE (2004, vgl. S. 140). Diese Ergebnisse stellen die Legitimation des Lern- und Bildungsgeschehens in der Psychoedukation zur Erhöhung der Medikamentencompliance infrage. Die Interpretation der Ergebnisse durch AMERING und SCHMOLKE (2007) mag provozierend klingen: »Eine naheliegende Erklärung dieser Erkenntnisse besteht darin anzunehmen, dass in unserem Kulturkreis diejenigen Menschen sich wohlfühlen, die eine eigene Meinung haben.« (S. 70) Doch es bleibt festzuhalten, dass jenseits der wissenschaftlich definierten Ziele und den empirisch fundierten Verhaltenserwartungen an die Betroffenen die Psychoedukation geringen Spielraum bietet für ein ergebnisoffenes, individuelles Ausprobieren sowie für das Sammeln und die Auswertung von Erfahrungen, um daraus *dann* neue handlungsleitende Konsequenzen zu ziehen. Non-Compliance kann z. B. »unter gewissen Voraussetzungen« (MAYER & SOYKA 1992, S. 220) nämlich auch als intelligent betrachtet werden (vgl. ebd.). Entsprechend kritisiert BOCK (2001, vgl. S. 24), dass Psychoedukation zu wenig Eigensinn fördere und sehr die Anpassung betone. Wie eigensinnig, eigenwillig oder eigenmächtig darf die Mitwirkung des Betroffenen als »Koproduzent« (MÜHLUM 2008, S. 71) seiner Therapiegestaltung sein?

Was hierbei wohl mitspielt, aber nicht offen kommuniziert wird, ist die Frage, ob bei einem schizophren erkrankten Mensch mangelnde Krankheitseinsicht und Medikamentencompliance Ausdruck seiner Krankheit, also krankheitsimmanent ist. Er kann krankheitsbedingt gar nicht frei entscheiden und selbst bestimmen. So wird z. B. nach den Praxisleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2005) eine »mangelnde Behandlungswilligkeit« (S. 74) als »krankheitsbedingte Blockierungen der inneren Freiheitsgrade, die einen kognitiven Überstieg auf argumentativer Basis oft längere Zeit nicht erlauben« (ebd.), verstanden. Allein die Wortwahl von »Behandlungswilligkeit« lässt den Betroffenen eher als Objekt der Behandlung erscheinen. Zudem werden seine Argumentationsfähigkeit und die Zugänglichkeit für Argumentationen krankheitsbedingt als blockiert angesehen.

Folgt man dem Grundmuster dieser Logik, geht man davon aus, dass krankheitsbedingt jemand krankheitsuneinsichtig oder behandlungsunwillig ist und sich folglich nicht »vernünftig« oder gesundheitsförderlich verhält. Hierbei ist

zu bedenken, dass selbst Krankheitseinsicht, wie wir von anderen Erkrankungen wissen, noch lange keine Garantie bietet, gesundheitsriskantes Verhalten aufzugeben und sich »rational« zu verhalten (z. B. Ernährungsgewohnheiten zu ändern). Und selbst wenn man krankheitsbedingte Einschränkung der Selbstbestimmung bei schizophren erkrankten Menschen unterstellt, muss doch die zeitliche Begrenzung dieses Zustands im Rahmen einer akuten psychotischen Phase betont werden. Die überwiegende Lebenszeit bringt der Betroffene außerhalb akuter psychotischer Phasen zu. Und Psychoedukation will gerade nach Abklingen dieser akuten Zustände ansetzen (vgl. Kapitel 4.3). Dann ist der Betroffene sehr wohl in der Lage, sich seine Meinung und ein Urteil zu bilden sowie Entscheidungen zu fällen, die sicher auch buchstäblich eigen-willig ausfallen können. Ginge man davon nicht aus, würde das gesamte Vulnerabilitätskonzept, das ja gerade auf die Einflussmöglichkeiten des Betroffenen auf den Krankheitsverlauf so großen Wert legt, ad absurdum geführt. Auch aus der Sicht der pädagogischen Anthropologie ist gerade unter einer Lern- und Bildungsperspektive ein Lebensmoment stets in Relation zum Lebensverlauf und dem »prozessualen und Entfaltungsscharakter des Menschen« (HAUG 1991, S. 51) zu sehen. Das relativiert einen Akutzustand im Verhältnis zur Lebenszeit.

Fasst man zusammen, erreicht das standardisierte Behandlungsangebot folgende Betroffene nicht:

- Menschen, die nicht unter die statistischen Mittelwerte, sondern in die Variationsbreite fallen,
- Menschen, die aus pharmakologischer Sicht als Non-Responder gelten,
- Menschen, die subjektiv die – an statistischen Mittelwerten orientierte – Behandlungsweise als nicht hilfreich bzw. viabel erleben,
- Menschen, die gezielt einen eigenen, individuellen – eventuell auch unkonventionellen Umgang mit der Erkrankung suchen, ihre (Lern-)Ziele dabei selbstbestimmt definieren wollen und diese erst in Abhängigkeit eigener subjektiver Lern- und Lebenserfahrungen ändern werden.

### Partizipative Behandlungsweise

Aufgrund dieser Überlegungen sollte Psychoedukation auch die Option bieten, in einer partizipativen Haltung eine individuelle viable Behandlungsweise entwickeln zu können und auswertend zu begleiten. Partizipation bedeutet keine normative Vorgabe von Zielen mit dem Fokus, möglichst Risikoverhalten und -faktoren zu meiden, sondern der Aufbau und die Stärkung persönlicher Bewältigungskompetenz (vgl. HURRELMANN 2001, S. 40). Der neuere Ausdruck dafür ist »Empowerment« (VOGEL 2001), der nicht nur complianten Verhalten des Betroffenen umfasst, sondern auch die Option zu Entscheidungen für aus klinischer

Sicht ungesunde Verhaltensweisen (vgl. ebd., S. 162). In der Medizinsoziologie wird von »shared decision making« gesprochen, womit die Herbeiführung einer *gemeinsamen* Planung und Entscheidung über die Therapie in Kooperation und Austausch zwischen Arzt und Patient bezeichnet wird. AMERING und SCHMOLKE (<sup>2</sup>2007) übernehmen den Ausdruck ins Deutsche und sprechen von »partizipativer Entscheidungsfindung« bzw. »geteilter Entscheidungsfindung« (vgl. S. 60), die mit einer neuen Rollenverteilung »die paternalistisch geprägten Compliance-Modelle« (ebd.) ablösen. Die Betroffenen wirken als Koproduzenten (vgl. MÜHLUM 2008, S. 71) an der Therapiestaltung eigen-sinnig mit.

Psychoedukation partizipativ zu gestalten, hieße den Betroffenen über die wissenschaftlichen Behandlungs- und Umgangsmöglichkeiten umfassend aufzuklären, so wie es beide Manuale tun, jedoch mit dem übergeordneten Ziel, dass er auf einer informierten Grundlage mit der Zeit herausfinden muss, was er momentan als *viabel* erlebt und was für seine persönliche Kosten-Nutzen-Rechnung derzeit stimmig ist. In der Gesundheitspsychologie wird mit dem »Health-Belief-Modell« versucht, die komplexen Wechselwirkungen, die solchen Entscheidungen zugrunde liegen, zu erfassen, worauf hier nur kurz verwiesen werden kann. Es ist ein vielschichtiges Abwägen zwischen subjektiv wahrgenommener Bedrohung der Krankheit in Relation zu Aufwand und Risiken der Therapiemaßnahmen (vgl. z. B. MAYER & SOYKA 1992, S. 219; RABOVSKY & STOPPE 2004, S. 133). Diese Wertentscheidungen können sich mit der Zeit auch ändern, was sich wiederum verändernd auf das auswirkt, was als *viabel* erlebt wird. Inhaltlich bedeutet das für die Psychoedukation, nicht nur aus einem vorgegebenen wissenschaftlichen Fundus auszuwählen, sondern auch eigenwillige, zum Teil unkonventionelle, aber *viabile* Selbsthilfestrategien zuzulassen. Damit würde eine bewusst individuelle Umgangsmöglichkeit mit der Erkrankung gefördert. In der Literatur wird dafür der Begriff »personal medicine« geprägt (vgl. z. B. AMERING & SCHMOLKE <sup>2</sup>2007, S. 261). Erste Hinweise, dass »personal medicine« sich positiv auf klassische Outcome-Variablen wie Symptomreduzierung, Vermeidung von Klinikaufnahme, Verbesserung des psychopathologischen Bilds und der Lebensqualität auswirkt, konnten bereits in einer Studie festgestellt werden (vgl. ebd., S. 263).

Um Psychoedukation partizipativ zu gestalten, sind folgende konkrete Schritte des Kliniklers hilfreich:

- *Den Betroffenen durch Psychoedukation bewusst in eine Auswahlposition möglicher Realitätskonstruktionen versetzen*, um dann gemeinsam unter Alternativen nach individuellen *viablen* Erklärungs- und Handlungsmustern für eine gegebene Situation zu suchen.
- *Über die nächsten Handlungsschritte möglichst Übereinstimmung zwischen Therapeut und Betroffenen im Sinne einer »Partizipativen Entscheidungsfindung« anstreben*. Dies setzt aber nicht notwendigerweise eine gleichlautende Einschätzung und Maßnahmeempfehlung von beiden voraus. Diese Entschei-

dungsfindungsprozesse brauchen auf beiden Seiten gegenseitigen Respekt, Zeit, Austausch und Engagement (vgl. ebd., S. 60). Dabei muss wissenschaftliches Wissen aktiv mit individueller Erfahrung abgeglichen werden (vgl. ebd.), um strukturelle Kopplung zu ermöglichen.

- *Den Betroffenen von klar geäußerten therapeutischen Empfehlungen auch abweichende Entscheidungen treffen lassen.* Er hat ein Recht – aus wissenschaftlicher Sicht –, »Fehler« zu machen (vgl. ebd., S. 171), sich »riskant« zu verhalten bzw. »intelligente Non-Compliance« (MAYER & SOYKA 1992, S. 220) zu praktizieren, um seine eigenen Erfahrungen machen zu können und dann daraus zu lernen – oder auch nicht.
- *Auf Wunsch des Betroffenen im Umgang mit Krankheitsrisiken (Rezidive, Klinikaufenthalte, Medikamentenveränderungen usw.) »verantwortliche Risiken«* (AMERING & SCHMOLKE 2007, S. 261) ermöglichen, »damit Lern- und Lebenserfahrungen gemacht werden können« (ebd.). Was die Medikamente betrifft, müssen Möglichkeiten einer verantwortlichen und begleiteten Veränderungs-, Reduzierungs- und Absetzungsmöglichkeit angeboten werden, sonst werden die Betroffenen die Medikamente immer wieder selbst im Eigenversuch – ohne Wissen des Behandlers – (abrupt) absetzen, mit den entsprechenden statistisch festgestellten Gefährdungen für ein Rezidiv.
- *Die gemachten Lern- und Lebenserfahrungen dann gemeinsam evaluieren (begleitete Erfahrungsevaluation),* um erlebte Perturbationen und daraus folgende Lernbedürfnisse und Bildungsinteressen zu klären sowie gemeinsam viablere Erklärungs- und Handlungsmuster zu suchen. Die Evaluation umfasst auch die Konfrontation des Betroffenen mit der Situation, wenn seine viablen Wirklichkeitskonstruktionen mit ihren Handlungskonsequenzen auf davon abweichende Erwartungen anderer Menschen stößt (z. B. nachts zur Ablenkung vom Stimmenhören laut Musik hören, was die Nachbarn stört). Es gilt zu thematisieren, ob die Situation selbst oder ob die Konsequenzen der Situation (z. B. Auseinandersetzung mit Polizei) vom Betroffenen als Irritation erlebt werden, um aus gegebenem Anlass die Möglichkeit und Notwendigkeit modifizierter oder alternativer Handlungsmuster zu erwägen.

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass die Legitimation des Lerngeschehens bei PEGASUS in einer historisch-psychiatriepolitischen Tradition steht, die von APES eher in einer medizinisch-wissenschaftlichen. Folglich geht APES deutlich normierender in seinem Lern- und Bildungsgeschehen vor als PEGASUS. Die vor allem beabsichtigte Compliance-Verbesserung für eine standardisierte Behandlungsweise, die sich auf statistischen Häufigkeitsverteilungen stützt, muss unter konstruktivistischer Perspektive aus prinzipiellen Gründen kritisch hinterfragt werden, zumal diese Behandlungsweise wesentliche Gruppen von Betroffenen nicht erreicht. Die Folgerungen für eine zukünftige konzeptionelle und praktische Gestaltung von Psychoedukation wären:

- das Lern- und Bildungsgeschehen auch durch dessen subjektive Relevanz und Viabilität für die Lernbedürfnisse und Fragestellungen des Betroffenen zu legitimieren
- einer partizipativen Vorgehensweise gegenüber einer normierenden den Vorzug zu geben,
- und damit auch die Option zu schaffen, individuelle viable (statt standardisierte) Umgangsweisen mit der Erkrankung zu entwickeln und diese auswertend zu begleiten.

### 14.2.5 Lern- und Bildungserfolg

Kriterien für Lern- und Bildungserfolg werden bei PEGASUS vager formuliert als bei APES. Nach PEGASUS geht es um erfolgreiche Behaltens- und Transferleistungen des Betroffenen. Die Impulse, die in der Psychoedukation gesetzt werden, »müssen weitergedacht und vor allem in der konkreten Lebenssituation umgesetzt werden« (WIENBERG & SCHÜNEMANN-WURMTHALER <sup>3</sup>2003, S. 224). Sehr klar äußert sich PEGASUS, worin der Lernerfolg nicht gesehen wird: weder in der Überzeugung vom Krankheitskonzept noch in der Rückfallverhinderung »um jeden Preis« (ebd., S. 225; WIENBERG et al. <sup>5</sup>2005, S. 24).

Auch bei APES gelten Behaltenseffekte als Lernerfolg. Dies wird in einem Prä-Post-Vergleich vor und nach der durchgeführten Psychoedukation per Fragebogen erhoben. Der Lernprozess wird zudem daran gemessen, ob klinisch wünschenswerte Einstellungs- und Verhaltensänderungen stattgefunden haben: ist das Krankheitskonzept funktionaler geworden, ist die Compliance gestiegen und wird ein dementsprechendes Coping-Verhalten gezeigt? Im behavioralen Sinne sind Teilschritte in Richtung optimalen Zielverhaltens auch Erfolge (vgl. PITSCHER-WALZ & BÄUML 2005 b, S. 142). Beide Manuale suchen ferner die subjektive Bewertung des Lern- und Bildungsprozesses in der Abschlusssitzung durch Rückmeldung der Betroffenen über die »subjektiv erlebten Auswirkungen« (PITSCHER-WALZ & BÄUML 2005 a, S. 135) der Psychoedukation zu erfassen.

Aus Sicht des pädagogischen Konstruktivismus bemisst sich Lern- und Bildungserfolg weniger nach objektiven Kriterien, sondern zuerst nach der subjektiven Relevanz und Kompatibilität des Lern- und Bildungsangebots für die individuellen Fragestellungen. Darüber hinaus wird Erfolg darin gesehen, ob und inwieweit während der Psychoedukation eine Perspektivenverschränkung und damit Effekte einer Koevolution möglich wurden. Der Lern- und Bildungsprozess ist nicht in erster Linie danach zu bemessen, ob das vermittelte Wissen beim Betroffenen angekommen ist oder ob das vom Kliniker erwartete Verhalten sich

eingestellt hat, vielmehr steht die Bereitschaft und der Vollzug, sich probedenkend auf einen Perspektivenwechsel einzulassen, im Vordergrund. Dies ist die Voraussetzung zu einer Differenz Erfahrung, einer Beobachtung zweiter Ordnung und einer möglichen strukturellen Kopplung von Lehr- und Lernsystem. Anzunehmen, dass bislang unveränderte Verhaltensweisen ein Beleg dafür sind, der Betroffene habe nichts gelernt, kann ein Trugschluss sein. Er lässt die »inneren Zustände« (LINDEMANN 2006) außer Acht, in denen ein nach außen (zunächst) nicht beobachtbarer Veränderungsprozess ablaufen kann. Die Recovery-Forschung hat dies wiederholt deutlich gemacht (vgl. z. B. KNUF 2008, S. 10).

Für die Psychoedukation bedeutet dies,

- Lern- und Bildungserfolg daran zu messen, ob und wie weit die Bereitschaft beim Betroffenen in den einzelnen Stunden bestand und umgesetzt wurde, sich auf mögliche Perspektivenwechsel probedenkend einzulassen, ohne die Erwartung der Therapeuten, den Standpunktwechsel auch dauerhaft zu vollziehen,
- und manchmal auch akzeptieren zu müssen, dass der Eigen-Sinn, die Eigen-Willigkeit und die Eigen-Mächtigkeit des Betroffenen keinen Perspektivenwechsel oder auch keine strukturelle Kopplung zulässt.

## 14.3 Aneignungslogik

Wie durch die Struktur der Analyse Kriterien vorgegeben, werden die Analyseergebnisse zur Aneignungslogik anhand der allgemeinen Aneignungslogik und anhand Kriterien einer gelungenen Aneignung ausgewertet, verglichen und diskutiert.

### 14.3.1 Allgemeine Aneignungslogik

PEGASUS setzt sich bewusst ab von einer langen Tradition der Überzeugung der Kliniker über eine krankheitsbedingte Unfähigkeit und Unmöglichkeit der Aneignung von Wissen und Information beim Betroffenen. Beide Manuale gehen lediglich von einer durch die Erkrankung eingeschränkten kognitiven Aufnahmekapazität aus, die es im Rahmen der Vermittlungslogik zu berücksichtigen gilt. Aus Sicht von PEGASUS eignet sich der Betroffene den vermittelten Lernstoff dann eher an, wenn dieser zu bestehendem Vorwissen und zu vorhandenen Vorerfahrungen grundsätzlich als passend und nachvollziehbar erlebt wird und wenn dieser die erlebten subjektiven Erfahrungen sinnvoll in eine Ordnung bringt.

Bei APES werden drei verschiedene Weisen erwähnt, wie Aneignung des Lernstoffes geschieht. Zum einen wird – wie bei PEGASUS – davon ausgegangen, dass der Betroffene sich die Wissensteile oder Informationen aneignet, die in nicht allzu großer inhaltlicher Diskrepanz zu den Vorerfahrungen und dem Vorwissen liegen und auf ihnen aufbauen können. Zum anderen eignet er sich das an, was durch Einsicht, Durchblick und Aha-Erlebnisse signalartig als stimmig, einsichtig, erhellend erlebt wird oder das, was bereits gewusste Einzelteile in einem neuen Gesamtkontext als sinnig erscheinen lässt. Als Drittes gelten bestimmte intensive Gefühle (z. B. Betroffenheit, Staunen, Verwirrung), die der Betroffene im Laufe seiner Auseinandersetzung mit der Krankheit erlebt, als Anlässe für eine grundsätzliche Bereitschaft, sich für neues Wissen, neue Information, neue Einstellungen oder Verhaltensweisen zu interessieren und diese sich gegebenenfalls anzueignen. Letztere Auffassung kommt dem Erleben einer Perturbation im Sinne des Konstruktivismus nahe (vgl. SCHÄFFTER 2003, S. 48 f.).

### Subjektive Aneignungs- und Verarbeitungsleistung

Aus Sicht des pädagogischen Konstruktivismus wird nicht die Absicht des Therapeuten, in der Psychoedukation etwas vermitteln zu wollen, darüber entscheiden, ob der Betroffene sich den Lernstoff aneignet oder nicht (»Lehr-lernkurzschluss« nach HOLZKAMP [1993]). Die biografischen Lebens- und Krankheitserfahrungen sowie sein Vorwissen haben emotionale und kognitive Einsparungen hinterlassen, die den Zugang und den Umgang mit dem aktuellen Lern- und Bildungsgegenstand in der Psychoedukation auf eine autopoietische und strukturdeterminierte Weise entscheidend prägen. Diese lebensgeschichtlich erworbenen Kognitions- und Emotionsmuster bestimmen, was der Betroffene zu dem Lerngegenstand denkt und fühlt, und definieren seine Driftzone. Lerntheoretisch gesehen ist der Betroffene bei Beginn der Psychoedukation demnach nicht ein leeres Gefäß, das es zu füllen gilt. Er kommt mit einem Gefühl – sei es vage oder klar – von einer Lernnotwendigkeit sowie einem entsprechenden Lern- und Bildungsbedürfnis oder eben auch mit dem Eindruck, Lernen und Bildung sei nicht erforderlich. Entsprechend sieht er den Lernstoff und die Lernsituation der Psychoedukation. Dies alles entscheidet, ob und wie er den Lern- und Bildungsinhalt aufnimmt.

Nach konstruktivistischem Verständnis ist deshalb Wissenserwerb, Lernen und Bildung während der Psychoedukation weniger eine Vermittlungsleistung des Kliniklers, sondern eher eine strukturdeterminierte, innengesteuerte subjektive Aneignungs- (vgl. ARNOLD & SCHÜßLER 2003, S. 1) und Verarbeitungsleistung des betroffenen Menschen, bei der er versucht, Neuzulernendes an bestehende Wissensstrukturen anzuschließen. Er tauscht nicht sein verfügbares Wissen gegen

das neu vermittelte Wissen aus, er schließt neues Wissen an altem an. Ähnlich argumentiert PETERMANN (2004), wenn er im Rahmen von Patientenschulung deutlich macht: »Nur wenn die vermittelten Informationen ausreichend plausibel erscheinen [...] und nicht zu diskrepant zu den eigenen Erklärungsmodellen sind, können sie in diese integriert werden [...].« (S. 151) Die Aneignungsleistung muss nicht nur ein bewusster Akt sein, sie kann auch unreflektiert, intuitiv geschehen: Der Betroffene weist den Unterrichtsthemen und den Beiträgen des Therapeuten sowie den der anderen Teilnehmer eine Bedeutung zu, identifiziert sich damit oder grenzt sich ab, wählt Themen aus oder nimmt nur Teile auf, verfolgt eine Lernrichtung, wählt den Teil aus, der ernsthaft für eine potenzielle Aneignung in Erwägung gezogen wird, merkt, das er etwas nicht verstanden hat, oder wehrt Lern- und Bildungsangebote als Lernzumutung ab. Aus konstruktivistischer Sicht ist darum auch zwischen dem Lerninhalt und dem Unterrichtsthema zu unterscheiden. Der Lerninhalt ist eine Aneignungsleistung des Betroffenen, der Unterrichtsstoff ist das, was der Therapeut vermitteln will (vgl. SIEBERT 1999, S. 40). Folglich differierte z. B. in der Evaluationserhebung zu PEGASUS die Einschätzung der Therapeuten deutlich von der der Betroffenen, welche Themen in der Psychoedukation für den Betroffenen als wichtig erachtet wurden (vgl. WIENBERG 1997, siehe Kapitel 11.1.4).

Die Bedeutung der Aneignungsleistung und die Hürden, die der Betroffene dabei zu meistern hat, werden vom Kliniker oft unterschätzt. Der Therapeut ist beruflich gesehen mit dem Vulnerabilitätskonzept in Ausbildung und Berufspraxis »groß« geworden. Es ist ihm selbstverständlich und vertraut: die tägliche klinische Praxis und die Kommunikation unter den Kollegen bestätigen das Konzept in einer autopoietischen, selbstreferenziellen Weise. Der Betroffene dagegen ist – unter Umständen erstmals – mit der Krankheit konfrontiert und dann noch buchstäblich am eigenen Leibe. Höchstwahrscheinlich hat er kein plausibles Interpretationsschema für seine Erlebnisse, oder nur in Fragmenten. Das ist sein Ausgangspunkt für einen nun beginnenden mühseligen und schmerzhaften Auseinandersetzungsprozess, der seine Zeit braucht.

Bei einem mit der Erkrankung bereits erfahrenen Betroffenen muss die Aneignung neuen Wissens und Verhaltens zunächst die Schranke der Autopoiese und Selbstreferenz überwinden. Seine bisherigen Realitätskonstruktionen und Handlungsmuster haben ihm mehr oder weniger geholfen im Alltag mit der Erkrankung auf eine subjektiv stimmige Art relativ gut klarzukommen. Sie haben stabilisierende, Orientierung vermittelnde, Leben bewältigende und Plausibilität gebende Funktion. Sie sind ihm vertraut und haben sich in gewisser Weise bewährt, so dysfunktional sie manchmal auch von außen erscheinen mögen. Auf diesem Hintergrund kann manche Lernanforderung durch den Therapeuten als Zumutung, Verunsicherung oder gar Bedrohung erlebt und deshalb abgewehrt oder ignoriert werden. Der Betroffene verteidigt dann seine »kognitiven

Landkarten« (SCHÜßLER 2000, S. 385) gegenüber dem Therapeuten, um nicht emotional Vertrautes und Bewährtes zu riskieren. Subjektiv »bewährtes« Wissen aufzugeben und wissenschaftliches Wissen als »richtiger« anzusehen, ist eine höchst abstrakte Lernleistung und Lernerwartung. Dem Kliniker muss bewusst sein, was er da eigentlich vom Betroffenen erwartet.

### **Perturbation als erhöhte Aneignungsbereitschaft**

Die Aneignungsleistung kann der Kliniker nicht durch seine Wissensvermittlung erzeugen, sondern im Rahmen einer Ermöglichungsdidaktik lediglich anregen. Er ist Lerner möglicher und Lernbegleiter. Aufgrund von Neugierde, Interesse oder erlebter Perturbation im Lebensvollzug wächst die Bereitschaft des Betroffenen zur Aneignung von Anregungen von außen. Neues aufzunehmen und zu lernen, hängt wesentlich von einer erlebten Perturbation und der subjektiv empfundenen Viabilität und Signifikanz der auf sie folgenden Lern- und Bildungsangebote ab. Dem Betroffenen muss eine Irritation im Lebensvollzug und im Umgang mit der Krankheit widerfahren sein, die die Viabilität bisheriger Erklärungsmuster und Konstrukte über seine Krankheit fraglich werden und die Notwendigkeit für alternative oder abgeänderte Konstrukte erleben lässt. Voraussetzung ist, dass er im Alltag eine gewisse Unzufriedenheit und Ineffektivität mit seinem bisherigen Krankheitsverständnis und den daraus folgenden Handlungsmustern erlebt hat, sonst ist sein Lernbedarf und -bedürfnis gering. Irritationen können z. B. ein Rezidiv sein, wo der Betroffene doch dachte, auf Dauer gesund zu sein, oder eine notwendig gewordene Klinikaufnahme, die er eigentlich auch ohne Medikation zu verhindern hoffte.

### **Viables Lernangebot**

Nach erlebter Perturbation kann ein Teil des vermittelten Lernstoffs eine – nicht vorhersagbare – Signifikanz für den Betroffenen erhalten. Ob, wann und in welchem Ausmaß er Anregungen, Wissensangebote und Inputs vom Kliniker und den anderen Betroffenen übernimmt und mit ihnen eine strukturelle Kopplung eingeht, hängt hauptsächlich davon ab, wie weit sich das Lern- und Bildungsangebot der Psychoedukation,

- ohne große Verwerfungen als kompatibel und integrierbar zu den bisherigen Vorkenntnissen, Erfahrungen, Einstellungen und der Alltagspraxis des Betroffenen erweist,
- in seiner momentanen Lebenssituation und aktuellen Handlungsbezügen für seine Lerninteressen oder Fragestellungen als bedeutsam, sinnvoll, buchstäblich

notwendig, nutzbringend oder viabel bewertet und erlebt wird, sodass sich für ihn ein weiteres Nachdenken darüber überhaupt lohnt und

- die Driftzone der Lernbereitschaft und -fähigkeit des Betroffenen nicht überschritten wird.

Generell ist die Aneignungsbereitschaft von Menschen begrenzt. Subjektive Kriterien der Viabilität und vorhandene individuelle Driftzonen umreißen die Grenzen potenziell möglicher Lern- und Bildungsbereitschaft der betroffenen Menschen. Ihre Driftzone ist nicht mit der krankheitsbedingten Einschränkung der *kognitiven* Aufnahmekapazität zu verwechseln. Driftzone umschreibt den Spielraum, wie weit ein Lerngegenstand als *emotional* zumutbar, sinnvoll und befriedigend erlebt wird.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass beide Manuale gezielt Verbindungen zwischen ihrem Lern- und Bildungsangebot sowie den individuellen Erfahrungen und dem Vorwissen der Betroffenen herzustellen versuchen, um die Aneignung zu fördern. Die Frage der Viabilität von Wissen und Information sowie die Bedeutung einer Driftzone werden in den Manualen nicht thematisiert und reflektiert. Bezogen auf die Förderung der Aneignung ist perspektivisch für das Verständnis und die Anwendungspraxis der Psychoedukation von zentraler Bedeutung,

- sich bewusst zu machen, dass Lernen und Bildung immer auch eine Aneignungs- und Verarbeitungsleistung des Betroffenen ist,
- neben der Vermittlungstätigkeit das Augenmerk auf die Ermöglichung des Aneignungsvorganges beim Betroffenen zu richten,
- erlebte Perturbationen im Lebensvollzug als Anlass erhöhter Aneignungsbereitschaft zu nutzen und
- darauf zu achten, wie weit das aktuelle Lernangebot als viabel, als anschlussfähig zu bestehendem Vorwissen und – im Rahmen der Driftzone – als integrierbar erlebt wird.

### 14.3.2 Kriterien gelungener Aneignung

Eine gelungene Aneignung der Lern- und Bildungsinhalte beim Betroffenen wird bei PEGASUS an der inhaltlichen Nachvollziehbarkeit und Plausibilität, an der Übertragbarkeit des Lernstoffs auf seine individuelle Lebenssituation sowie an nicht näher genannten subjektiven Kriterien festgemacht. APES berücksichtigt in der letzten Sitzung der Psychoedukation auch subjektive Kriterien im Rahmen der Rückmeldung. Daneben sind die Kriterien einer gelungenen Aneignung im Grunde gleichgesetzt mit denen einer Bewertung des Lern- und Bildungserfolgs durch den Kliniker. Wenn der Betroffene eine zunehmende Akzeptanz eines funktionalen Krankheitskonzepts, eine wachsende (Medikamenten-)Compliance und

entsprechendes Coping-Verhalten zeigt, sind die von klinischer Seite definierten zentralen Lern- und Bildungsziele erreicht und damit hat er sich gleichzeitig auch den Lernstoff erfolgreich angeeignet.

Dass jedoch erwünschtes Verhalten nicht immer auch vollzogene Aneignung heißen muss, zeigen Überlegungen von HOLZKAMP (1993) über »defensive Lerngründe« (S. 191). Auch der Betroffene kann aus Angst vor Nachteilen und aus Hoffnung auf Vorteile etwas »lernen«. Sich einer Teilnahme an der Psychoedukation zu verweigern oder inhaltlich wiederholt Widerspruch zu zeigen, kann z. B. tatsächlichen (oder vermeintlichen) direkten Einfluss auf die Klinikaufenthaltsdauer haben, ebenso wie eine für alle sichtbare aktive Mitarbeit.

Aus Sicht des pädagogischen Konstruktivismus ist das entscheidende Kriterium für eine gelungene Aneignungsleistung, wie weit die neuen Sichtweisen oder Wirklichkeitskonstruktionen sowie das Wissens- und Informationsangebot, das auf die Fragestellungen, Lern- und Bildungsbedürfnisse des Betroffenen folgt, von ihm als viabel erlebt wird. Dabei ist zu beachten, dass sich vom subjektiven Standpunkt her ein Wissensangebot allein durch seine wissenschaftliche Fundierung und Absicherung noch nicht automatisch funktionaler oder viabler im Vergleich zu idiosynkratischen Erklärungs- und Handlungsmustern darstellt. ARNOLD (1985) erinnert daran, dass sich auch Wissenschaftswissen für den Betroffenen erst »in seiner alltagspraktischen Relevanz für den Erhalt subjektiver Plausibilität [...] als evident erweisen« (S. 143) muss. So können z. B. die in der Psychoedukation vorgetragenen Forschungsergebnisse über eine Rezidivvermeidung oder über die Folgen von Non-Compliance für eine subjektive Plausibilität oder für individuelle Identitäts- und Lebensentwürfe der Betroffenen (momentan) nur eine geringe oder untergeordnete Relevanz besitzen.

Was als viabel für den Betroffenen gilt, ist abhängig von seinen Vorerfahrungen, seinen »inneren Zuständen« (vgl. LINDEMANN 2006) und seinen aktuellen Bedürfnissen und Zielen. Insofern entscheidet der Betroffene über die Aneignung, nicht der Kliniker durch seine Vermittlungsleistung. Es sind ebenso subjektive Viabilitätskriterien, die den Betroffenen durchaus die Aneignungsleistung nicht nur dann zeigen lassen, wenn er will, sondern ebenso wenn er soll, was z. B. an den oben erwähnten defensiven Lerngründen deutlich wird. Die in einer spezifischen Situation zugrunde liegenden Viabilitätskriterien erschließen sich dem Kliniker nicht immer in einer offensichtlichen Weise, sondern erst im Dialog mit dem Betroffenen.

Für Theorie und Praxis der Psychoedukation bedeutet dies, der erlebten und erlebbaren Viabilität des Lern- und Bildungsangebots sowie den individuellen Viabilitätskriterien zukünftig mehr Aufmerksamkeit zu widmen.

## 14.4 Gesamteinschätzung

Als Resümee kann festgehalten werden, dass ich nach der Auswertung und Diskussion der Analyseergebnisse die Selbsteinschätzung von BÄUML und PITSCHEL-WALZ (2008 a) über die derzeitige Weise, Psychoedukation mit schizophren erkrankten Menschen durchzuführen, so nicht teilen kann. Sie sehen Psychoedukation als die »Professionalisierung der Kunst der psychodidaktischen Wissensvermittlung [...]« (S. 38). Im Gegenteil: Auswertung und Diskussion haben gezeigt – entsprechend der Ausgangsthese dieser Arbeit –, wenn der in der Psychoedukation initiierte Lehr-, Lern- und Bildungsprozess systematisch erfasst und ihm eine zentrale Stellung eingeräumt wird, lassen sich daraus wesentliche und auch kritische Anregungen und Impulse für eine konzeptionelle und anwendungsbezogene Weiterentwicklung und Verbesserung der Psychoedukation ableiten. Dies ist das dritte zentrale Anliegen dieser Arbeit. Es ist Aufgabe des abschließenden Teil IV die diesbezüglichen Schlussfolgerungen und gewonnenen Erkenntnisse kompakt im Überblick zusammenzufassen.



**Teil IV**  
**Zusammenfassung und**  
**Schlussfolgerungen**

Teil IV fasst zuerst das Anliegen und die Vorgehensweise der vorliegenden Arbeit zusammen. Anschließend bündelt es in einem Überblick die aus der Auswertung und Diskussion der Analyseresultate gewonnenen Erkenntnisse und als notwendig erachteten Schlussfolgerungen für Psychoedukation für schizophrene erkrankte Menschen in Konzeption und Praxeologie.

Die Arbeit ging von der Kritik aus, dass Psychoedukation auf dem momentanen Stand der Diskussion in ihrem Konzept den von ihr initiierten Lehr-, Lern- und Bildungsprozess nur sehr randständig reflektiert und einbezieht. Er bleibt implizit. Daraus leitete sich die These ab: Würde der Lehr-, Lern- und Bildungsprozess systematisch erfasst und ihm eine zentrale Stellung eingeräumt, könnten wesentliche Anregungen und Impulse für eine theoretische und praktische Weiterentwicklung und Verbesserung der Psychoedukation aufgezeigt werden.

In Teil I wurden die Grundlagen zu Schizophrenie, Lernen, Bildung und Psychoedukation gelegt sowie Psychoedukation bewusst in den Kontext von Erziehungswissenschaft und Erwachsenenbildung gestellt. Das ermöglichte und legitimierte grundsätzlich den Zugang zu erziehungswissenschaftlichen und erwachsenenpädagogischen Theorien, um systematisches und reflektiertes Wissen über Lehr-, Lern- und Bildungsprozesse zu erhalten und dieses dann auf Psychoedukation zu übertragen. Das Ziel war dabei, den Diskurs über diese in der Psychoedukation stattfindenden Prozesse explizit machen zu können, um deren bislang vernachlässigte – aber im Grunde zentrale – Stellung herauszuarbeiten.

In Teil II habe ich den Lehr-, Lern- und Bildungsprozess anhand von eigens entwickelten Analysekriterien unter die Leitdifferenzen von Lernprozess-, Vermittlungs- und Aneignungslogik gestellt. Als erziehungswissenschaftliche Referenztheorie wurde der pädagogische Konstruktivismus ausgewählt, den ich daraufhin untersucht habe, was er an theoretischen Aussagen und praktischem Wissen zur Lernprozess-, Vermittlungs- und Aneignungslogik bereithält. Die Analysekriterien dienten als methodisches Instrument, den pädagogischen Konstruktivismus mit der Theorie und Praxis von Psychoedukation bezüglich der Themenbereiche Lehre, Lernen und Bildung vergleichbar zu machen.

Bei zwei ausgewählten psychoedukativen Manualen habe ich in Teil III die ihnen zugrunde liegende Lernprozess-, Vermittlungs- und Aneignungslogik herausgearbeitet und analysiert sowie die Ergebnisse auf dem Hintergrund der Referenztheorie und einschlägiger Fachliteratur ausgewertet und kritisch diskutiert.

Damit sollten zwei zentrale Anliegen der Arbeit verwirklicht werden, nämlich

1. Psychoedukation für schizophren erkrankte Menschen erstmalig bewusst in den Kontext von Erziehungswissenschaft und Erwachsenenbildung zu stellen und
2. den in der Psychoedukation initiierten Lehr-, Lern- und Bildungsprozess erstmalig erziehungswissenschaftlich explizit zu erfassen, systematisch zu analysieren, auszuwerten und zu diskutieren.

Die Auswertung und Diskussion der Analyseresultate haben – entsprechend der Ausgangsthese dieser Arbeit – gezeigt, dass bei einer Fokussierung des durch Psychoedukation initiierten Lehr-, Lern- und Bildungsprozesses wesentliche und kritische Impulse zu einer theoretischen und praktischen Weiterentwicklung und Verbesserung der Psychoedukation nicht nur gesetzt werden können, sondern dann auch konsequenterweise gesetzt werden müssen. Diese Erkenntnisse zu gewinnen, war das dritte Anliegen der Arbeit. Die Schlussfolgerungen für Konzeption und Praxeologie sind im Folgenden (Kapitel 15) zusammengefasst. In fünfzehn Essentials werden Perspektiven und Orientierungsrichtlinien für eine notwendig erachtete Weiterentwicklung und Verbesserung der Psychoedukation für schizophren erkrankte Menschen aufgezeigt. Soll dies im Interesse der Betroffenen dann auch umgesetzt werden, bedarf es weiterhin des Diskurses zwischen Psychiatrie und Pädagogik und einer zukünftig interdisziplinären Herangehensweise an Psychoedukation in Theorie und Praxis.

## 15 Fünfzehn Essentials

1. **Der Kliniker muss sich bewusst sein, dass er mit Psychoedukation einen Lern- und Bildungsprozess initiiert.** Vermittlung von Inhalten, Verhaltensweisen und Einstellungen anzustreben und Auseinandersetzung mit sich, anderen und der Welt einzuleiten, bedeutet Lernen und Bildung anzustoßen. Diesen Lern- und Bildungsprozess zu nutzen, zu gestalten und zu begleiten, ist – neben der Vermittlung von Inhalten – wesentliche Aufgabe des Kliniklers. In der Aus- und Weiterbildung von Klinikern zur Durchführung von Psychoedukation muss dieser Erkenntnis zukünftig zentrale Bedeutung beigemessen werden. Sie bestimmt die Arbeitshaltung der Therapeuten.
2. **Lern- und Bildungsprozesslogik sowie Vermittlungs- und Aneignungslogik können für den Kliniker hilfreiche Leitdifferenzen darstellen.** Mit ihnen kann er die Bewusstheit darüber wahren, dass es neben der Vermittlung klinischer Inhalte stets auch Ziel ist, einen Lern- und Aneignungsprozess beim Betroffenen anzustoßen und zu ermöglichen. Die letztendliche Erzeugbarkeit von anzustrebenden Lern- und Bildungsergebnissen bleibt dem Kliniker aber entzogen.
3. **Dem Kliniker muss bewusst sein, dass Lernen und Bildung im Kern eine Aneignungs- und Verarbeitungsleistung des Betroffenen ist.** Der vermittelte Lernstoff und die Lernsituation treffen auf vorhandene Kognitions- und Emotionsmuster des betroffenen Menschen, die durch biografische Lebens- und Krankheitserfahrungen erworben wurden. Diese Muster sowie Phänomene der Autopoiese und Selbstreferenz bestimmen, was er zum aktuellen Lerngegenstand in der Psychoedukation denkt und fühlt und wie groß seine Driftzone ist. So gesehen ist Lernen und Bildung vor allem eine Aneignungs- und Verarbeitungsleistung des Betroffenen. Die Aneignungsleistung kann der Kliniker nicht durch seine Wissensvermittlung »herstellen«, sondern im Rahmen einer Ermöglichungsdidaktik lediglich anregen. Er ist Lernermöglicher und Lernbegleiter. Die Bedeutung und die Hürden bei der Aneignungsleistung werden vom Kliniker oft unterschätzt. Ob und welche Teile des Lernstoffs ernsthaft vom Betroffenen für eine potenzielle Aneignung in Erwägung gezogen werden, hängt wesentlich davon ab, wie weit sie von ihm als interessant, wesentlich, verwendungsrelevant, lebensdienlich oder viabel bewertet und erlebt werden,

sodass sich ein weiteres Nachdenken darüber für ihn überhaupt lohnt. Es hängt weiter davon ab, wie weit die Inhalte sich als anschlussfähig an bestehendes Vorwissen und die Alltagspraxis erweisen und wie weit sie nicht seine Driftzonen der Lernbereitschaft und -fähigkeit überschreiten. Deshalb kann manche Lernanforderung an den Betroffenen auch als Zumutung, Verunsicherung und Bedrohung erlebt und deshalb abgewiesen werden, wenn er subjektiv plausible bzw. bewährte Handlungs- und Erklärungsmuster riskieren soll – so dysfunktional sie manchmal Klinikern auch erscheinen. Der Kliniker muss wissen, dass Lernangebote nicht nur krankheitsbedingt vom Betroffenen unberücksichtigt bleiben können. Subjektiv »bewährtes« Wissen aufzugeben und wissenschaftliches Wissen als »richtiger« anzusehen, ist auch für gesunde Menschen eine höchst abstrakte Lernleistung und Lernerwartung.

4. **Psychoedukation muss die Lern- und Bildungsbedürfnisse der Betroffenen ausdrücklicher als bisher berücksichtigen.** In den Manualen sollten in der ersten Stunde standardmäßig die Lern- und Bildungsbedürfnisse der Betroffenen abgefragt werden. Diese sind in der Gruppe auf eine transparente Weise mit dem jeweils möglichen Lernangebot eines Manuals abzugleichen. Eine relativ weitgehende Berücksichtigung der Lern- und Bildungsbedürfnisse während der Durchführung der Psychoedukation, ist die Grundvoraussetzung, wenn man bei den Betroffenen nachhaltiges Lernen erreichen und die Aneignung der Lerninhalte fördern will.
  
5. **Psychoedukation sollte der erlebten Perturbation bzw. Irritation als Lern- und Bildungsanlass eine zentrale Bedeutung einräumen.** Einer Irritation wohnt eine weitaus höhere Lern- und Bildungsbereitschaft des Betroffenen inne, als wenn vom Kliniker ein Lernbedarf festgestellt wird, dem er dann ein entsprechendes Lern- und Bildungsangebot folgen lässt, verbunden mit einer Lernanforderung. Eine im Alltags- und Lebensvollzug ausgelöste (wiederholte) Irritation nötigt zum Innehalten und löst eine Such- und Orientierungsbewegung aus, um unter Umständen die bisherigen gewohnheitsmäßigen Denkmuster und Handlungsmuster zu überprüfen und zu revidieren. Während und nach der Irritation kann der Kliniker mit dem Betroffenen seine gemachten Erfahrungen in Relation zu den bestehenden Denk- und Handlungsmustern auswerten und gegebenenfalls mit ihm viablere Muster und Realitätskonstruktionen suchen. Durch diese bewusste und reflektierte Differenzenerfahrung kann er seine bisherigen Handlungs- und Denkweisen evaluieren, überprüfen und möglicherweise abändern. Für die Vermittlungslogik bedeutet das, den von klinischer Seite diagnostizierten Lern- und Bildungsbedarf mit dem subjektiven Lern- und Bildungs-

bedürfnis des Betroffenen in Zukunft deutlicher abzugleichen. Die Irritation stellt dabei die vermittelnde Variable dar. Unter dem Aspekt der Aneignungslogik sind Irritationen günstige Gelegenheiten, bei denen die Bereitschaft, *dann* Lernhilfen anzunehmen, recht hoch ist. Erlebte Irritation ist wie ein »Lernfenster«, das sich für eine gewisse Zeit öffnet. Diese Gelegenheiten muss der Kliniker in der Begleitung des Lern- und Bildungsprozesses im Auge behalten, um *dann* Lernangebote (z. B. Wissensvermittlung) zu machen. Erst durch Irritationen wird unter Umständen die erwartete Lernleistung, wissenschaftliche Konstruktionen stimmiger als subjektive Theorien anzusehen, mit konkreter Erfahrung, aber vor allem auch mit gefühlter buchstäblicher Not-Wendigkeit, verbunden. Der Grad der Aneignung bemisst sich vor allem nach der subjektiven Viabilität der auf die Irritation folgenden Lernangebote der Psychoedukation. Realistischerweise ist aber davon auszugehen, dass ein einmaliges Irritationserlebnis in der Regel nicht ausreicht, Realitätskonstruktionen zu verändern. Dies erklärt sich durch die Autopoiese und Selbstreferenz menschlicher Wahrnehmung.

6. **Psychoedukation sollte mehr Perspektivenvielfalt wagen und zulassen.** Nach dem pädagogischen Konstruktivismus ist der typische Lernweg nicht die Übernahme *einer* neuen (wissenschaftlichen) Konstruktion, die gegen die bisherige (idiosynkratische) ausgetauscht wird. Die Gestaltung einer solchen linearen Übernahme entzieht sich der Steuerbarkeit durch den Kliniker. Lernen und Bildung geschieht eher als Anreicherung, Differenzierung, Flexibilisierung und Weiterentwicklung bestehender Konstruktionen und Wissensbestände. Dazu bedarf es einer *Vielfalt* von Perspektiven, die neben den eigenen Konstruktionen stehen, um eine bewusste und reflektierte Differenzwahrnehmung und -erfahrung zu ermöglichen. Aufgrund des Vorwissens und der Vorerfahrung werden interessante und viable Aspekte aus dem neuen Wissen und den mitgeteilten Fremderfahrungen herausgesucht. Neues schließt sich an Vorhandenem an, differenziert es, ersetzt es aber nicht im *Ganzen*. Differenzenerfahrung braucht eine erlebte Perspektivenvielfalt, die nicht nur auf Wissensangeboten von außen, sondern auch auf den Erfahrungsaustausch untereinander baut. Diesen gilt es im Verhältnis zur Wissensvermittlung in der Psychoedukation zukünftig mehr zu betonen. Eine vorhandene Perspektivenvielfalt würde deutlich machen, dass das Krankheitsverständnis, die Lernthemen in der Psychoedukation sowie bestimmte Alltagssituationen und Erlebnisse wegen verschiedener Erfahrungshintergründe unterschiedlich bewertet werden können. Die potenzielle Mehrdeutigkeit der Realität wird dadurch erfahrbar gemacht. Wissenschaftliches Wissen ist dabei eine Sichtweise unter allen anderen geschilderten Erfahrungen. Für den Betroffenen wird offensichtlich, dass auch noch andere als die eigenen – selbstverständ-

lichen – Erklärungsmuster in (schwierigen) Lebenssituationen angewendet werden können, die ihm eventuell neue, interessante Handlungsoptionen erschließen. Durch kritische Selbstdistanz (Beobachtung zweiter Ordnung) und Perspektivenwechsel kann eine strukturelle Kopplung zwischen Vertrautem und Neuem, zwischen wissenschaftlicher Sichtweise und der Vielzahl der Erfahrungen subjektiver Lebenswelten und Alltagspraxen geschehen.

7. **Lern- und Bildungserfolg bemisst sich deshalb weniger danach, ob das wissenschaftliche Krankheitskonzept übernommen wird, sondern ob und wie weit die Bereitschaft besteht, sich auf mögliche Perspektivenwechsel probedenkend einzulassen.** Einen Perspektivenwechsel »probedenkend« und »probehandelnd« einzugehen, ermöglicht die Überprüfung und einem Vergleich eigener Situationsbewertungen sowie der dabei angewandten Viabilitätskriterien mit denen anderer Personen. Perspektivenwechsel versetzt den Betroffenen für zukünftiges Denken und Handeln in eine potenzielle Auswahl- und Entscheidungsposition, seine bestehenden Erklärungsmuster modifizieren oder alternative Muster anwenden zu können. Die Anzahl der Optionen hat sich dann für ihn erhöht. Welche Option gewählt wird, unterliegt aber nicht der Steuerung durch den Kliniker. Entscheidend ist, wie weit Teile des Lern- und Bildungsangebot sowie der geschilderten Fremderfahrungen in der momentanen Lebenssituation und in den aktuellen Handlungsbezügen des Betroffenen für sein Lernbedürfnis bzw. für seine durch Perturbation ausgelösten Fragestellungen als viabel erlebt werden. Vom Kliniker ist aber auch zu akzeptieren, dass der Eigen-Sinn, die Eigen-Willigkeit und die Eigen-Mächtigkeit des Betroffenen manchmal keinen Perspektivenwechsel zulassen.
  
8. **Psychoedukation muss die Begleitung des individuellen Auseinandersetzungsprozesses mit der Erkrankung deutlich mehr in ihre Überlegungen einbeziehen.** Die Manuale machen Schizophrenie zum expliziten Lern- und Bildungsanlass, für den in einer überschaubaren Zeit ein festgelegtes Wissenspaket mit bestimmten Verhaltenszielen zur Verfügung gestellt wird. Schizophrenie als impliziter Lern- und Bildungsanlass im Sinne eines unter Umständen lebenslangen Auseinandersetzungsprozesses mit der Erkrankung, der höchst subjektiv, nicht normierbar und ergebnisoffen ist, kommt dabei zu kurz. Wird Lernen und Bildung als langfristig angelegter Prozess im Lebensvollzug angesehen, kann der Kliniker näher an die jeweils aktuellen Lernbedürfnisse und Bildungsinteressen kommen, auf erlebte Irritationen besser Bezug nehmen und vorhandene Denk- und Handlungsmuster anhand gemachter Lebenserfahrungen gezielter evaluieren. Der Kliniker muss dem Betroffenen mehr Zeit zum Lernen geben und sich in der Begleitung des fortlaufenden Auseinandersetzungsprozesses mehr Zeit nehmen.

Die derzeitige Konzeption von Psychoedukation ist aus erziehungswissenschaftlicher Sicht als ambivalent zu werten: einerseits Gesundheits*bildung* sein zu wollen, sich aber eher als Gesundheit*erziehung* und Patientens*chulung* zu präsentieren. Erst die Vorstellung, eine Auseinandersetzung im Sinne eines ergebnisoffenen Such- und Orientierungsprozesses im Lebensvollzug begleiten zu wollen, käme dem Selbstverständnis einer Gesundheitsbildung nahe. Der Kliniker ist zwar Experte für die Krankheit, der Betroffene jedoch Experte dafür, wie er gedenkt, sein eigenes Leben leben zu können (und zu müssen). Psychoedukation dient dann weniger dem anzustrebenden gesundheitsförderlichen Verhalten, sondern der Begleitung der individuellen Krankheitsbewältigung. Dabei ist kritisch zu hinterfragen, wie weit das entscheidende Kriterium für eine gelungene Krankheitsbewältigung darin liegt, ob die wissenschaftliche Krankheitstheorie mit ihren Handlungskonsequenzen vom Betroffenen übernommen wurde oder nicht. Umgang mit einer Erkrankung ist ein höchst subjektiver Prozess.

- 9. Psychoedukation sollte begleitete Erfahrungsevaluation statt Fehlervermeidung in den Vordergrund stellen.** Psychoedukation versucht schwerpunktmäßig, psychotische Rückfälle und dementsprechendes »ungesundes« und riskantes Verhalten – aus klinischer Sicht »Fehler« – zu vermeiden. So sehr das von der menschlichen Seite und den sozialen Folgen eines Rückfalls verständlich ist, so sind aus erziehungswissenschaftlicher Sicht doch Zweifel anzumelden. Rückfälle können als eine Form der Irritation gesehen werden und bieten immer auch die Chance, aus ihnen zu lernen (»Rückfall als Vorfall«). Man lernt eher aus Fehlern als durch vorher gegebene, gut gemeinte Hinweise. Rückfälle zu vermeiden, heißt damit auch, Lern- und Bildungsmöglichkeiten zu vermeiden. Ein Umkehrschluss, Rückfälle wären anzustreben, gilt aber nicht! Es geht um die Haltung, wenn ein Rezidiv passiert, in ihm stets die Lern- und Bildungschance wahrzunehmen und zu nutzen. Begleitete Erfahrungsevaluation bedeutet, einem sogenannten »Fehler« als Ergebnis vorangegangener Entscheidungen zu sehen. Diesen Entscheidungsweg gilt es zu rekonstruieren und ihn in Relation zur subjektiven Krankheitstheorie sowie angewandten Denk- und Handlungsmustern auszuwerten. Diese Erfahrung ist auf kommende oder vergleichbare Situationen zu übertragen, beziehungsweise – durch den Kliniker – bei passender Gelegenheit wieder in Erinnerung zu rufen. Begleitete Erfahrungsevaluation ist eine Möglichkeit, die Limitierung subjektiver Krankheitstheorie oder anderer Erklärungs- und Handlungsmuster im Lebensvollzug erfahrbar zu machen und sie *dann* aus gegebenem Anlass einer Überprüfung zu unterziehen.

- 10. Psychoedukation sollte häufiger ambulant durchgeführt werden.** Psychoedukation ist derzeit vorwiegend für den stationären Rahmen konzipiert und damit aus der Sicht des betroffenen Menschen für einen relativ kurzen Zeitraum im Gesamtkrankheits- und Gesamtlebensverlauf. Es ist sinnvoll, initial in der Klinik mit Psychoedukation zu beginnen, denn ein Klinikaufenthalt kann lerntheoretisch als eine Phase der Irritation betrachtet werden. Die Begleitung des fortlaufenden Auseinandersetzungsprozesses mit der Erkrankung – der auch gesündere Zustände als nur den akut stationär behandlungsbedürftigen Zustand umfasst die Bedeutung von Irritation im Alltag für Lernen und Bildung sowie die begleitete Erfahrungsevaluation im Lebensvollzug sprächen für eine ambulante Weiterführung von Psychoedukation.
- 11. In der Bewertung von differenten Sicht- und Verhaltensweisen ist vom Kliniker der Plausibilitäts- und Begründungsrahmen zu erweitern.** Vom wissenschaftlichen Sachstand abweichende Sicht- und Verhaltensweisen des Betroffenen sollen im Selbstverständnis der Psychoedukation zwar ausdrücklich respektiert werden, sie haben aber dennoch eine negative Konnotation (»dysfunktional«) und werden oftmals als Krankheitssymptom und mangelnde Krankheitseinsicht bzw. Compliance gedeutet. Diese Deutungen können durchaus auch zutreffen. Dysfunktional bewertetes Verhalten kann aus Sicht des Betroffenen aber auch einer sinnvollen, plausiblen und zweckgerichteten Bewältigung von Lebenssituationen dienen, deren Viabilitätskriterien in einem – von außen nicht immer offensichtlichen – Sinnzusammenhang mit dem Erleben (»innere Zustände«) stehen. Lernanforderungen der Psychoedukation, dies zu ändern, können auf den Betroffenen dann als identitätsbedrohend, non-viabel, nicht erstrebenswert oder momentan unverträglich wirken und seine individuelle Driftzone der Lern- und Bildungsbereitschaft überschreiten.
- 12. Der Kliniker hat nicht nur den dem wissenschaftlichen Krankheitsverständnis konform verlaufenden Bewältigungsprozess zu begleiten, sondern auch den, der teilweise oder deutlich davon abweicht.** Letzterer stellt natürlich die größere pädagogische Herausforderung dar. Idiosynkratische Theorien, Non-Compliance oder mangelnde Krankheitseinsicht können als Teil eines sinnvollen, viablen individuellen Lern- und Bildungsprozesses gesehen werden, der ebenso unterstützungswürdig ist und dem eine positive Aufmerksamkeit gegeben werden kann. Der Kliniker hat bei dysfunktionalem oder nicht gesundheitsförderlichem Verhalten die Aufgabe, die zugrunde liegenden Denk- und Handlungsmuster in ihrer subjektiven Plausibilität und lebenssituativen Viabilität und Funktionalität einführend-interpretierend zu erfassen – ohne aber der gleichen Meinung sein zu müssen. Er kann davon ausgehen, dass die privatlogischen Konstruktionen und Verhaltensmuster eine im individuellen

Auseinandersetzungprozess mit der Erkrankung (notwendige) Durchgangsstation sind, die sich bei möglichen zukünftigen Irritationen auch wieder ändern können und die dann eine begleitete Erfahrungsevaluation brauchen. Erst bei Selbst- und Fremdgefährdung setzen Gesetze dem individuellen Spielraum Grenzen.

**13. Psychoedukation sollte im Sinne einer Partizipation dem Betroffenen auch die Option bieten, eine individuelle viable Behandlungsweise entwickeln zu können und dabei dann begleitet zu werden.**

Die derzeitige Psychoedukation empfiehlt allen schizophren erkrankten Menschen eine standardisierte Behandlungsweise, die sich auf statistische Häufigkeitsverteilungen beruft. Wissenschaftswissen wird aber nicht allein dadurch, dass es empirisch fundiert ist, vom Betroffenen als viabel empfunden. Auch Wissenschaftswissen muss seine Plausibilität erst im Alltag erweisen und hat folglich nicht für jeden in einer normierenden Art die gleiche Bedeutung. Im Rahmen eines Krankheitsbewältigungsprozesses gibt es nicht nur mehrere Wege zu einem Ziel, sondern auch unterschiedliche anzustrebende Ziele, die sich wiederum mit der Zeit in der persönlichen Präferenz des Betroffenen ändern können. Wege und Ziele sind von einem gut informierten Betroffenen als letzte Instanz selbst auszuwählen.

Deshalb wäre Psychoedukation zukünftig mehr partizipativ zu gestalten. Dies bedeutet konkret:

- Der Betroffene ist über die wissenschaftlichen Behandlungs- und Umgangsmöglichkeiten zu informieren, aber mit dem übergeordneten Ziel, dass er mit der Zeit herausfinden muss, was er momentan als viabel erlebt und was für seine momentane persönliche Kosten-Nutzen-Rechnung stimmig ist.
- Er ist bewusst in eine Auswahlposition möglicher Denk- und Handlungsmuster zu versetzen, um gemeinsam nach viablen Alternativen zu bestehenden Mustern für eine gegebene Situation zu suchen.
- Entscheidungen über Handlungsschritte sollten möglichst in Übereinstimmung angestrebt werden im Sinne des »Shared Decision Making«. Das setzt aber nicht notwendigerweise eine gleichlautende Einschätzung und Maßnahmeempfehlung von Kliniker und Betroffenenem voraus.
- Er kann auch von therapeutischen Empfehlungen abweichende Entscheidungen treffen. Er hat das Recht – aus wissenschaftlicher Sicht – »Fehler« zu machen bzw. sich »riskant« zu verhalten, um seine eigenen Erfahrungen machen zu können und dann daraus zu lernen oder auch nicht.
- Im Umgang mit Krankheitsrisiken hat der Kliniker auf Wunsch des Betroffenen auch »verantwortliche Risiken« zu ermöglichen und zu begleiten, damit Lern- und Lebenserfahrungen gemacht werden können.
- Die gemachten Erfahrungen sowie getroffene Entscheidungen und ihre Konsequenzen sind dann gemeinsam zu evaluieren (begleitete Erfahrungseva-

luation), um möglicherweise erlebte Perturbationen und daraus resultierende Lerninteressen und Bildungsbedürfnisse festzustellen und gemeinsam viablere Erklärungs- und Handlungsmuster zu suchen und abzuwägen.

- 14. Einer der Gruppenleiter sollte zumindest pädagogisch qualifiziert oder besser Sozialarbeiter mit Zusatzqualifikation in Klinischer Sozialarbeit sein.** Aufgrund der klinischen Ausrichtung von Psychoedukation wird in den Manualen vor allem Wert auf umfangreiche klinische und krankheitsspezifische Erfahrung der durchführenden Therapeuten gelegt. Das ist berechtigt und auch angemessen. Um aber den in der Psychoedukation stattfindenden Lehr-, Lern- und Bildungsprozess wahrnehmen, nutzen und steuern zu können, sollte darauf geachtet werden, dass einer der Gruppenleiter bewusst aus der pädagogischen Berufsgruppe (z.B. Pädagoge, Sozialpädagoge/Sozialarbeiter) stammt und der andere im Sinne einer interdisziplinären Zusammenarbeit der ärztlichen oder psychologischen Berufsgruppe angehört.

Wenn Psychoedukation mehr ambulant durchgeführt wird mit dem Ziel der Begleitung des fortlaufenden individuellen Auseinandersetzungsprozesses mit der Erkrankung, ist für die Gruppenleitung vor allem ein Sozialpädagoge/ Sozialarbeiter mit Zusatzqualifikation in Klinischer Sozialarbeit geeignet. Die Soziale Arbeit ist die Profession, die den psychisch kranken Menschen in seinem Alltag umfassender begleitet als ein Arzt oder Psychologe. Er steht an der Schnittstelle von »Gelegenheitsvernunft« und »Grundsatzvernunft« (vgl. HAUBL 1994), bekommt so die Möglichkeiten für Perturbationen, Lern- und Bildungserfahrungen mit und kann diese deshalb auch am ehesten nutzen. Zudem hat er von seiner Ausbildung her eine klinische und gleichzeitig eine pädagogische Perspektive darauf, was die Erkrankung aus dem Betroffenen und was er aus seiner Erkrankung macht (vgl. BITTNER 2001, S.12).

- 15. Psychoedukation kann die Wirklichkeitskonstruktion »Schizophrenie als Lern- und Bildungsanlass« zur Verfügung stellen.** Psychoedukation versteht sich als Teil des therapeutischen Vorgehens bei der Behandlung der Erkrankung Schizophrenie. Psychoedukation zukünftig gezielt als Lern- und Bildungsprozess im Sinne einer Erwachsenenbildung zu betrachten, würde den Krankheitsbewältigungsprozess weniger unter eine klinisch-pathogene, sondern unter eine anthropologische Sichtweise stellen. Krankheit ist danach eine vom Leben ungefragt gestellte Aufgabe mit einem Aufforderungscharakter, dem sich der Betroffene nicht entziehen kann, so wie er es bei anderen Lebensaufgaben auch nicht kann. Die medizinische Diagnose, an Schizophrenie erkrankt zu sein, betont dann nicht eine Ausnahmesituation, sondern integriert sich in die Vielzahl unterschiedlichster ungebeter Herausforderungen, die sich vielen anderen Menschen in ihrem jeweiligen

Leben auch stellen. Der der Schizophrenie innewohnende Lern- und Bildungsanlass wird dann zur buchstäblichen Zumutung oder auch zur (Lern-) Herausforderung. Für die Psychoedukation heißt das, dass sie neben der Wirklichkeitskonstruktion »Schizophrenie als Krankheit« ergänzend auch eine Wirklichkeitskonstruktion »Schizophrenie als Lern- und Bildungsanlass« zur Verfügung stellen kann.

Wenn Psychoedukation eine Auseinandersetzung mit der Erkrankung anstoßen sowie klinisch relevantes Wissen und entsprechende Verhaltensweisen vermitteln will, sodass sich der Betroffene dies auch (nachhaltig) aneignet, wird sie den von ihr initiierten Lehr-, Lern- und Bildungsprozess zum Thema machen und reflektieren müssen. Psychoedukation dann in der Haltung durchzuführen, dass der Kliniker »eigentlich kein Argument« (BÄUML <sup>2</sup>2008, S. 169) mehr für den Betroffenen sieht, »sich der erforderlichen Behandlung zu entziehen« (S. 169 f.), wird zu kurz greifen. Psychoedukation dient so lediglich, diesen Argumenten und Sichtweisen Geltung zu verschaffen. Die Lern- und Bildungschance wird aber vertan, wenn Psychoedukation von klinischer Seite als argumentatives Ringen verstanden wird, dessen Ausgang bereits am Anfang festliegt. Es wird notwendig sein, sich bewusst zu machen, wie und unter welchen Umständen Lernen und Bildung eher ermöglicht und gefördert werden kann – und wie eher nicht. So gilt auch für den Kliniker in der Psychoedukation, was SIEBERT (<sup>6</sup>2009) allgemein für die Erwachsenenbildung schreibt: »Es ist im Normalfall für Lehrende wichtig zu wissen, wie die Teilnehmer lernen [...].« (S. 258) Um den Lehr-, Lern- und Bildungsaspekt der Psychoedukation explizit in Theorie und Praxis zu implementieren, bedarf es eines fortzuführenden Diskurses zwischen Psychiatrie und Pädagogik sowie einer zukünftig interdisziplinären Herangehensweise. Diese Arbeit wollte beides leisten: ein Plädoyer dafür und einen konkreten Beitrag dazu.

## Anhang

# A Literaturverzeichnis

- AHRENS, B./ENGLERT, J.S./GEBHARDT, R./KLIEFOTH, M./STIEGLITZ, R.-D./UNNEWEHR, S./HELMCHEN, H. (1996): »Bewältigung von Krankheit und Belastungssituationen bei schizophrenen Patienten«. Abschlussbericht. Berlin: Universität Berlin.
- ALBES, Sylke/BUICK, Thorsten/PLEININGER-HOFFMANN, Marite (<sup>3</sup>2003): Psychoedukative Gruppenarbeit im psychiatrischen Alltag einer Region – Erfahrungen mit der Umsetzung im ambulanten/komplementären Bereich. In: WIENBERG, Günther (Hg.): Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophränen und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 232–238.
- ALBUS, M. (2007): Symptomatik und Verlauf schizophrener Erkrankungen. In: BECKER, T./BÄUML, J./PITSCHEL-WALZ, G./WEIG, W.: Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Konzepte Interventionen – Perspektiven. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 25–37.
- AMANN, Gabriele/WIPPLINGER, Rudolf (1998): Die Relevanz subjektiver Krankheitstheorien in der Gesundheitsförderung. In: AMANN, Gabriele/Wipplinger, Rudolf (Hg.): Gesundheitsförderung. Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld. Tübingen: dgvtv-Verlag, S. 153–176.
- AMERING, Michaela/SCHMOLKE, Margit (<sup>2</sup>2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- ANDERSON, C.M./GERARD, E./HOGARTY, G.E./REISS, D.J. (1980): Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. In: Schizophrenia Bulletin 6, Number 3, p. 490–505.
- ANGERMEYER, Matthias C./HOLZINGER, Anita/MATSCHINGER, Herbert (1999): »Lebensqualität, das bedeutet für mich ...«. In: Psychiatrische Praxis 26, S. 56–60.
- Arbeitsgruppe Psychoedukation (<sup>2</sup>2008): Konsensuspapier zu psychoedukativen Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen. In: BÄUML, Josef/PITSCHEL-WALZ, Gabi (Hg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe »Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen«. Stuttgart u. a.: Schattauer, S. 1–34.
- ARNOLD, Rolf (1985): Deutungsmuster und pädagogisches Handeln in der Erwachsenenbildung. Bad Heilbrunn/Obb.: Verlag Julius Klinkhardt.
- ARNOLD, Rolf (1993): Natur als Vorbild. Selbstorganisation als Modell der Pädagogik. Frankfurt: Verlag für akademische Schriften.
- ARNOLD, Rolf (2005): Die emotionale Konstruktion der Wirklichkeit. Beiträge zu einer emotionspädagogischen Erwachsenenbildung. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- ARNOLD, Rolf/KADE, Jochen/NOLDA, Sigrid/SCHÜßLER, Ingeborg (Hg.) (1998): Lehren und Lernen im Modus der Auslegung. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- ARNOLD, Rolf/SCHÜßLER, Ingeborg (Hg.) (2003): Ermöglichungsdidaktik. Erwachsenenpädagogische Grundlagen und Erfahrungen. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

- ARNOLD, Rolf/Siebert, Horst (2006 a): Konstruktivistische Erwachsenenbildung. Von der Deutung zur Konstruktion von Wirklichkeit. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- ARNOLD, Rolf/Siebert, Horst (2006 b): Die Verschränkung der Blicke. Konstruktivistische Erwachsenenbildung im Dialog. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- BÄUML, Josef (2002): Wenn Kranke jahrelang ohne psychiatrische Behandlung leben. In: Die Kerbe 2002, Heft 3, S. 8–11.
- BÄUML, Josef (2005 a): Einleitung. In: BÄUML, Josef/PITSCHSEL-WALZ, Gabi/BERGER, Hartmut/GUNIA, Hans/HEINZ, Andreas/JUCKEL, Georg (Hg.): Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie (APES). Mit Manual für die Gruppenleitung. Stuttgart u. a.: Schattauer, S. 1 f.
- BÄUML, Josef (2005 b): Anleitung zum effizienten Gebrauch des Manuals. In: BÄUML, Josef/PITSCHSEL-WALZ, Gabi/BERGER, Hartmut/GUNIA, Hans/HEINZ, Andreas/JUCKEL, Georg (Hg.): Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie (APES). Mit Manual für die Gruppenleitung. Stuttgart u. a.: Schattauer, S. 3 f.
- BÄUML, Josef (2007): Psychoedukation bei schizophrenen Psychosen: Rehospitalisierungsrate, Krankenhaustage, Compliance, Nebenwirkungen und soziale Adaption nach 2 und 7 Jahren. Universität München: Habilitationsschrift.
- BÄUML, Josef (2008): Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ratgeber für Patienten und Angehörige, Leitfaden für professionelle Helfer, Einführung für interessierte Laien. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- BÄUML, Josef/PITSCHSEL-WALZ, Gabi (2005 a): Psychoedukative Patientengruppen. In: BÄUML, Josef/PITSCHSEL-WALZ, Gabi/BERGER, Hartmut/GUNIA, Hans/HEINZ, Andreas/JUCKEL, Georg (Hg.): Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie (APES). Mit Manual für die Gruppenleitung. Stuttgart u. a.: Schattauer, S. 63–87.
- BÄUML, Josef/PITSCHSEL-WALZ, Gabi (2005 b): Allgemeine Einführung zur Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. In: BÄUML, Josef/PITSCHSEL-WALZ, Gabi/BERGER, Hartmut/GUNIA, Hans/HEINZ, Andreas/JUCKEL, Georg (Hg.): Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie (APES). Mit Manual für die Gruppenleitung. Stuttgart u. a.: Schattauer, S. 7–16.
- BÄUML, Josef/PITSCHSEL-WALZ, Gabi (2008 a): Zur Geschichte der Psychoedukation. In: BÄUML, Josef/PITSCHSEL-WALZ, Gabi (Hg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe »Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen«. Stuttgart u. a.: Schattauer, S. 37–41.
- BÄUML, Josef/PITSCHSEL-WALZ, Gabi (2008 b): Psychoedukative Informationsvermittlung: »Pflicht und Kür«. In: BÄUML, Josef/PITSCHSEL-WALZ, Gabi (Hg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe »Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen«. Stuttgart u. a.: Schattauer, S. 114–129.
- BÄUML, Josef/PITSCHSEL-WALZ, Gabi/BASAN, Ania/KISSLING, Werner (1999): Psychoedukative Gruppen bei Angehörigen von schizophrenen Patienten: Erwartungen und Einstellungen von Angehörigen im Vergleich zu professionellen Helfern. Ergebnisse der Münchner PIP-Studie. In: HARTWICH, Peter/PFLUG, Burkhard (Hg.): Schizophrenien. Wege der Behandlung. Sternenfels: Verlag Wissenschaft & Praxis, S. 131–175.
- BÄUML, Josef/PITSCHSEL-WALZ, Gabi/BERGER, Hartmut/GUNIA, Hans/HEINZ, Andreas/JUCKEL, Georg (2005): Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie (APES). Mit Manual für die Gruppenleitung. Stuttgart u. a.: Schattauer\*

---

\* Nach Einreichen der Dissertation wurde im Mai 2010 eine 2. Auflage herausgegeben.

- BEHRENDT, Bernd (2004): Psychoedukative Interventionen in der Behandlung schizophoren/schizoaffektiv Erkrankter und ihrer Angehörigen. In: PAJONK, Frank Gerald/FALKAI, Peter (Hg.): Langzeittherapie der Schizophrenie. Bremen u. a.: UNI-MED Verlag, S. 100–130.
- BEHRENDT, Bernd/KRISCHKE, Norbert R. (2005): Psychoedukative Interventionen und Patientenschulungen zur Förderung von Compliance, Coping und Empowerment. In: BEHRENDT, Bernd/SCHAUB, Annette (Hg.): Handbuch Psychoedukation & Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis. Tübingen: dgvtv-Verlag, S. 15–29.
- BEHRENDT, Bernd/PITSCHEL-WALZ, Gabi/BÄUML, Josef (2005): Psychoedukation in der Behandlung schizophoren Erkrankter und ihrer Angehörigen: Grundlagen und aktuelle Ansätze. In: Behrendt, Bernd / Schaub, Annette (Hrsg.): Handbuch Psychoedukation & Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis. Tübingen: dgvtv-Verlag, S. 111–159.
- BEHRENDT, Bernd/SCHAUB, Annette (Hg.) (2005): Handbuch Psychoedukation & Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis. Tübingen: dgvtv-Verlag.
- BENDER, Matthias (?2008): Individualisierung und trialogische Dimension. In: BÄUML, Josef/PITSCHEL-WALZ, Gabi (Hg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe »Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen«. Stuttgart u. a.: Schattauer, S. 130–139.
- BLANKENBURG, Wolfgang (1981): Wie weit reicht die dialektische Betrachtungsweise in der Psychiatrie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 29, S. 45–66.
- BIENDARRA, Ilona (2005): Krankheit als Bildungsereignis. Ältere Menschen erzählen. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann.
- BIENDARRA, Ilona (2006): »Gesundheitsbildung als Menschenbildung« – Ein integrativer Ansatz für die Gesundheitsbildung? In: PUSCH, Hans Joachim/BIENDARRA, Ilona (Hg.): Gesundheitsbildung im Lebenslauf. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 39–54.
- Bittner, Günther (2001): Der Erwachsene. Multiples Ich in multipler Welt. Stuttgart u. a.: Kohlhammer Verlag.
- BITTNER, Günther (2003): Kein Mensch kann für mich fühlen: ich bin. Über Paradoxien, Komplexitäten und Multiplizitäten des Ich-Gefühls. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- BITTNER, Günther (2006): »Gesundsein kann man (nicht?) lernen«. In: PUSCH, Hans Joachim/BIENDARRA, Ilona (Hg.): Gesundheitsbildung im Lebenslauf. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 29–37.
- BOCK, Thomas (1991): Grenzen fremden Verstehens. In: BOCK, Thomas/WEIGAND, Hildegard (Hg.): Hand-werks-buch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 25–29.
- BOCK, Thomas (1997): Lichtjahre – Psychosen ohne Psychiatrie. Krankheitsverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit unbehandelten Psychosen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- BOCK, Thomas (2001): Ständiges Ringen um Verständnis. In: Die Kerbe 2001, Heft 3, S. 23–25.
- BOCK, Thomas/JUNCK, Anke (1991): Die subjektive Wahrnehmung psychotischen Geschehens. Krankheitskonzepte von Patienten, Angehörigen, Therapeuten im Vergleich. In: Psychiatrische Praxis 18, S. 59–63.

- BÖKER, Wolfgang (1986): Zur Selbsthilfe Schizophrener: Problemanalyse und eigene empirische Untersuchungen. In: BÖKER, Wolfgang/BRENNER, Hans Dieter (Hg.): Bewältigung der Schizophrenie. Multidimensionale Konzepte, psychosoziale und kognitive Therapie, Angehörigenarbeit und autoprotektive Anstrengungen. Bern u. a.: Verlag Hans Huber, S. 176–188.
- BÖKER, W. (1991): Die Entwicklung eines partnerschaftlichen Therapieverständnisses der Schizophrenie als Folge neuer Ätiologiekonzepte und Wandlungen des psychiatrischen Zeitgeistes. In: Psychiatrische Praxis 18, S. 189–195.
- BÖKER, Wolfgang (1999): Störungswahrnehmung und Krankheitseinsicht schizophrener Patienten. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 67, S. 237–248.
- BÖKER, Wolfgang/BRENNER, Hans-Dieter (1983): Selbstheilungsversuche Schizophrener. In: Der Nervenarzt 54, S. 578–589.
- BUCHKREMER, Gerhard/HORNUNG, W. Peter (1992): Patientenmitbestimmung in der Pharmakotherapie schizophrener Patienten. In: ANDRESEN, Burghard/STARK, F.-Michael/GROSS, Jan (Hg.): MenschPsychiatrie Umwelt. Ökologische Perspektiven für die soziale Praxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 297–306.
- BUSCHMANN-STEINHAGE, Rolf (1987): »Wenn das Selbst zerbricht ...«. Selbstkonzept und Einstellung zur Erkrankung bei schizophrenen Patienten. Frankfurt am Main u. a.: Peter Lang Verlag.
- BUTTNER, Peter (1996): Die Wirksamkeit psychoedukativer Verfahren in der Schizophreniebehandlung. In: STARK, Arnold (Hg.): Verhaltenstherapeutische und psychoedukative Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 193–206.
- BUTTNER, Peter/KISSELING, Werner (1996): Psychoedukative Gruppen in psychiatrischen Kliniken: Ergebnisse einer Befragung zur Häufigkeit und Art der Anwendung. In: STARK, Arnold (Hg.): Verhaltenstherapeutische und psychoedukative Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 207–216.
- CHRISTIANSEN, Veronika/SIBUM, Bernhard (2003): Vom Behandler zum Verhandlungspartner Erfahrungen mit psychoedukativer Gruppenarbeit aus ärztlicher Sicht. In: WIENBERG, Günther (Hg.): Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 239–244.
- CIOMPI, Luc (1980): Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? – Argumente und Gegenargumente. In: Fortschritte Neurologie und Psychiatrie 48, S. 237–248.
- CIOMPI, Luc (1998): Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- CIOMPI, Luc (2005): Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- CONRADT, Birgit/KLINGBERG, Stefan (2008): Psychoedukation bei ersterkrankten Patienten mit schizophrenen Störungen. In: BÄUML, Josef/PITSCHEL-WALZ, Gabi (Hg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe »Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen«. Stuttgart u. a.: Schattauer, S. 86–92.
- DERISSEN, Wolfgang (1989): Krankheitsverarbeitung und Krankheitsverlauf bei schizophrenen Psychosen. In: Fortschritte Neurologie und Psychiatrie 57, S. 434–439.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hg.) (2005): Praxisleitlinie in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 7: Behandlungsleitlinie Psychosoziale Therapien. Darmstadt: Verlag Steinkopff.

- DEWE, Bernd (<sup>2</sup>2006): Erwachsenenbildung/Weiterbildung. In: KRÜGER, Heinz-Hermann/GRUNERT, Cathleen (Hg.): Wörterbuch Erziehungswissenschaft. Opladen u. a.: Verlag Barbara Budrich, S. 121–128.
- DILLING, H./MOMBOUR, W./SCHMIDT, M.H. (<sup>5</sup>2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern u. a.: Hans Huber Verlag.
- Dudenredaktion (Hg.) (<sup>3</sup>2002): Duden. Das Bedeutungswörterbuch. Mannheim u. a.: Dudenverlag.
- Dudenredaktion (Hg.) (<sup>9</sup>2006): Duden. Das Fremdwörterbuch. Mannheim u. a.: Dudenverlag.
- DÖRPINGHAUS, Andreas/POENITSCH, Andreas/WIGGER, Lothar (<sup>3</sup>2009): Einführung in die Theorie der Bildung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- EHRENSPECK, Yvonne (<sup>2</sup>2006): Bildung. In: KRÜGER, Heinz-Hermann/GRUNERT, Cathleen (Hg.): Wörterbuch Erziehungswissenschaft. Opladen u. a.: Verlag B. Budrich.
- ELLGRING, Heiner (1990): Verhaltensmedizin. In: SCHWARZER, Ralf (Hg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen u. a.: Hogrefe, S. 45–50.
- ENGLERT, Jenni Susanne (1999): Flexibilität von Bewältigung bei schizophrenen Patienten. Berlin: Mensch und Buch Verlag.
- FALLER, Hermann (2001): Patientenschulung: Konzept und Evaluation. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 54, S. 97–106.
- FIEDLER, Peter (1996): Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Weinheim u. a.: Psychologie Verlags Union.
- FILIPP, Sigrun-Heide/AYMANN, Peter (21997): Subjektive Krankheitstheorien. In: SCHWARZER, Ralf: Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen u. a.: Hogrefe, S. 3–21.
- FOUCAULT, Michel (<sup>11</sup>1995): Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- FOUCAULT, Michel (<sup>12</sup>1998): Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- GEISSLER-PILTZ, Brigitte/MÜHLUM, Albert/PAULS, Helmut (2005): Klinische Sozialarbeit. München u. a.: Ernst Reinhardt Verlag.
- GIESECKE, Hermann (<sup>7</sup>2004): Einführung in die Pädagogik. Weinheim u. a.: Juventa Verlag.
- GUDJONS, Herbert (<sup>9</sup>2006): Pädagogisches Grundwissen. Überblick – Kompendium – Studienbuch. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- GUDJONS, Herbert (<sup>10</sup>2008): Pädagogisches Grundwissen. Überblick – Kompendium – Studienbuch. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- GUTKNECHT, Hardy (2004): Wie Psychatriepatienten ihre Krankheit erleben. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- HÄFNER, Heinz (1989): Ist Schizophrenie eine Krankheit? – Epidemiologische Daten und spekulative Folgerungen. In: Der Nervenarzt 60, S. 191–199.
- HAUBL, Rolf (1994): Zur Rationalität non-complianter Krankheitsbewältigung, In: HEIM, Edgar/PERREZ, Meinrad (Hg.): Krankheitsverarbeitung. Göttingen u. a.: Hogrefe, S. 96–113.
- HAUG, Christoph V. (1991): Gesundheitsbildung im Wandel. Die Tradition der europäischen Gesundheitsbildung und der »Health Promotion«-Ansatz in den USA in ihrer Bedeutung für die gegenwärtige Gesundheitspädagogik. Bad Heilbrunn/Obb.: Verlag Julius Klinkhardt.

- HEIM, Edgar (1986): Krankheitsauslösung -Krankheitsverarbeitung. In: HEIM, Edgar/ WILLI, Jürg: Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht. Band 2: Klinik und Praxis. Berlin u. a.: Springer-Verlag, S. 343–390.
- HENNINGSEN, Jürgen (1981): Autobiographie und Erziehungswissenschaft. Fünf Studien. Essen: Neue Deutsche Schule.
- HOFER, Edith/WANCATA, Johannes/AMERING, Michaela (2001): »Ich bin ein unverstandenes Wesen auf Erden«. Krankheitskonzepte von PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie vor und nach Psychoedukation. In: Psychiatrische Praxis 28, S. 287–291.
- HOLZKAMP, Klaus (1993): Lernen. Eine subjektwissenschaftliche Grundlegung. Frankfurt/Main u. a.: Campus-Verlag.
- HORNUNG, W. Peter (1999): Psychoedukative Interventionen. In: KRAUSZ, Michael/NABER, Dieter (Hg.): Integrative Schizophrenietherapie. Basel u. a.: Karger, S. 113–147.
- HUBER, Gerd (2005): Psychiatrie. Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. Stuttgart u. a.: Schattauer.
- HURRELMANN, Klaus (2001): Wie lässt sich die Rolle der Patienten stärken? In: VON REIBNITZ, Christine/SCHNABEL, Peter-Ernst/HURRELMANN, Klaus (Hg.): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim u. a.: Juventa Verlag, S. 35–47.
- JENSEN, Maren/SADRE CHIRAZI-STARK, F.-Michael (2008): Diagnoseübergreifende psychoedukative Gruppen. In: BÄUML, Josef/PITSCHEL-WALZ, Gabi (Hg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe »Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen«. Stuttgart u. a.: Schattauer, S. 163–175.
- JUCKEL, Georg/HEINZ, Andreas (2005): Neurobiologischen Grundlagen schizophrener Erkrankungen und Implikationen für die Pharmakotherapie. In: BÄUML, Josef/PITSCHEL-WALZ, Gabi/BERGER, Hartmut/GUNIA, Hans/HEINZ, Andreas/JUCKEL, Georg: Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES). Mit Manual für die Gruppenleitung. Stuttgart u. a.: Schattauer, S. 17–34.
- KANT, Immanuel (1784/1975); Was ist Aufklärung? ZEHBE, Jürgen (Hg.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- KAROW, Anne/LAMBERT, Martin/NABER, Dieter (2006): Lebensqualität schizophrener Patienten. In: SCHMAUSS, Max: Schizophrenie – Pathogenese, Diagnostik und Therapie. Bremen u. a.: UNI-MED Verlag, S. 200–210.
- KASTNER-WIENBERG, Marion (2003): Produktive Störung – Psychoedukative Gruppenarbeit im tagesklinischen Kontext. In: WIENBERG, Günther (Hg.): Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 245–256.
- KIESERG, Angela/HORNUNG, Peter W. (1996): Psychoedukatives Training für schizophrene Patienten (PTS). Ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm zur Rezidivprophylaxe. Tübingen: dgTV-Verlag.
- KILIAN, Reinhold/LINDENBACH, Iro/ANGERMEYER, Matthias C. (2001): »(...) manchmal zweifle ich an mir, wenn es mir nicht gut geht«. In: Psychiatrische Praxis 28, S. 168–173.
- KISSLING, Werner (1992): Könnte die Hälfte aller schizophrenen Rezidive vermieden werden? In: BRENNER, Hans Dieter/BÖKER, Wolfgang (Hg.): Verlaufsprozesse

- schizophrener Erkrankungen. Dynamische Wechselwirkungen relevanter Faktoren. Bern u. a.: Verlag Hans Huber, S. 287–298.
- KLIMITZ, Hasso (1997): Psychoedukative Familienarbeit bei Schizophrenen – ein populäres Konzept? In: *Psychiatrische Praxis* 24, S. 110–116.
- KLINGBERG, Stefan (1993): Die prognostische Bedeutung von Bewältigungsressourcen für die Wiedererkrankung schizophrener Patienten. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- KNUF, Andreas (2008): Recovery: Wider den demoralisierenden Pessimismus. In: *Die Kerbe* 2008, Heft 1, S. 8–12.
- KÖCK, Peter/OTT, Hanns (2002): Wörterbuch für Erziehung und Unterricht. Donauwörth: Auer.
- KÖSEL, Edmund (2002): Die Theorie der Subjektiven Didaktik. Band 1: Wissenschaftliche Grundlagen. Bahlingen: Verlag für Subjektive Didaktik.
- KRAUSZ, M./SORGENFREI, T. (1991): Der therapeutische Umgang mit Neuroleptika. Teil II: Subjektive Wirkungsfaktoren, Compliance und Konsequenzen für die Behandlungsstrategie. In: *Psychiatrische Praxis* 18, S. 14–18.
- KRÜGER, Heinz-Hermann (2006): Entwicklungslinien, Forschungsfelder und Perspektiven der erziehungswissenschaftlichen Biographieforschung. In: KRÜGER, Heinz-Hermann/MAROTZKI, Winfried (Hg.): *Handbuch erziehungswissenschaftlicher Biographieforschung*. Opladen u. a.: Leske & Budrich Verlag, S. 13–33.
- KRÜGER, Heinz-Hermann (2006): Einführung in Theorien und Methoden der Erziehungswissenschaft. Opladen u. a.: Verlag Barbara Budrich.
- KRÜGER, Heinz-Hermann/MAROTZKI, Winfried (Hg.) (2006): *Handbuch erziehungswissenschaftlicher Biographieforschung*. Opladen u. a.: Leske & Budrich Verlag.
- KRYSPIN-EXNER, Ilse (1998): Von der Verhaltensmedizin zur Gesundheitspsychologie. In: AMANN, Gabriele/WIPPLINGER, Rudolf (Hg.): *Gesundheitsförderung. Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld*. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 109–126.
- KÜBLER-ROSS (1982): Interviews mit Sterbenden. Stuttgart: Kreuz-Verlag.
- LANGE, H. U. (1981): Anpassungsstrategien, Bewältigungsreaktionen und Selbstheilungsversuche bei Schizophrenen. In: *Fortschritte in der Neurologie und Psychiatrie* 49, S. 275–285.
- LÄNGEL, Ralph/PUFFE, Martina (2008): Psychoedukative Modelle außerhalb von Klinik und Institutsambulanz – Erfahrung aus einem Modellprojekt. In: BÄUML, Josef/PITSCHEL-WALZ, Gabi (Hg.): *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe »Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen«*. Stuttgart u. a.: Schattauer, S. 244–251.
- LAUBENSTEIN, Dagmar (1996): Interaktionen zwischen Copingprozessen und Selbstkonzepten bei ersterkrankten Schizophrenen in einem Zeitraum von drei Jahren. Konstanz: Hartung-Gorre Verlag.
- LAZARUS, Richard S./FOLKMAN, Susan (1990): *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- LEFERINK, Klaus (1997): Die Person und ihre Krankheit. »Mangelnde Einsicht« als Identitätsstrategie bei Menschen mit chronischer Schizophrenie. In: ANGERMEYER, Matthias C./ZAUMSEIL, Manfred (Hg.): *Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 206–261.
- LEWIN, Kurt (1926): *Vorsatz, Wille und Bedürfnis. Untersuchungen zur Handlungs-*

- und Affekt-Psychologie. In: Psychologische Forschung. Zeitschrift für Psychologie und ihre Grenzwissenschaften 7, S. 330–385.
- LEWIN, Kurt (1931/1982): Umweltkräfte in Verhalten und Entwicklung des Kindes. In: GRAUMANN, Carl-Friedrich (Hg.) (1982): Kurt-Lewin-Werkausgabe. Band 6: Psychologie der Entwicklung und Erziehung. WEINERT, Franz E./GUNDLACH H. (Hg.). Bern: Verlag Hans Huber und Stuttgart: Klett-Cotta, S. 169–214.
- LINDEMANN, Holger (2006): Konstruktivismus und Pädagogik. Grundlagen, Modelle, Wege zur Praxis. München u. a.: Ernst Reinhardt Verlag.
- LINDEN, Michael (1982): Die Veränderung von Krankheitsmodellen und Compliance bei schizophrenen Patienten. In: HELMCHEN, Haufried/LINDEN, Michael/RÜGER, Ulrich (Hg.): Psychotherapie in der Psychiatrie. Berlin u. a.: Springer-Verlag, S. 93–99.
- LINDEN, M. (1985): Krankheitskonzepte von Patienten. In: Psychiatrische Praxis 12, S. 8–12.
- LINDEN, M./NATHER, J./WILMS, H. (1988): Zur Definition, Bedeutung und Messung der Krankheitskonzepte von Patienten. In: Fortschritte Neurologie und Psychiatrie 56, S. 35–43.
- LIBERMAN, R. P./JACOBS, H. E./BOONE, S. E./FOY, D. W./DONAHOE, C. P./FALLON, I. R./BLACKWELL, G./WALLACE, C. J. (1986): Fertigkeitstraining zur Anpassung Schizophrener an die Gemeinschaft. In: BÖKER, Wolfgang/BRENNER, Hans Dieter (Hg.): Bewältigung der Schizophrenie. Multidimensionale Konzepte, psychosoziale und kognitive Therapie, Angehörigenarbeit und autoprotektive Anstrengungen. Bern u. a.: Verlag Hans Huber, S. 96–112.
- LIPOWSKI, Z. (1970): Physical illness, the individuell and the coping-process. In: Psychiatry in Medicine 1, p. 91–102.
- LÜTTJEN, Reinhard (2007): Psychosen verstehen. Modelle der Subjektorientierung und ihre Bedeutung für die Praxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- LÜTTJEN, Reinhard (2008): »Von Subjekt zu Subjekt«. In: Soziale Psychiatrie 32/4, S. 10–13.
- LUHMANN, Niklas (<sup>1</sup>2003): Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- LUHMANN, Niklas (1990): Soziologische Aufklärung. Band 5: Konstruktivistische Perspektiven. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- MAROTZKI, Winfried (1990): Entwurf einer strukturellen Bildungstheorie. Biographietheoretische Auslegung von Bildungsprozessen in hochkomplexen Gesellschaften. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- MAROTZKI, Winfried (<sup>2</sup>2006): Bildungstheorie und Allgemeine Biographieforschung. In: KRÜGER, Heinz-Hermann/MAROTZKI, Winfried (Hg.): Handbuch erziehungswissenschaftlicher Biographieforschung. Opladen u. a.: Leske & Budrich Verlag, S. 59–70.
- MATURANA, Humberto (1994): WAS IST ERKENNEN? München u. a.: Piper.
- MATURANA, Humberto R. (<sup>8</sup>2000): Kognition. In: SCHMIDT, Siegfried J. (Hg.): Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 89–118.
- MATURANA, Humberto R./VARELA, Francisco (<sup>3</sup>1987): Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Bern u. a.: Scherz-Verlag.
- MAYER, C./SOYKA, M. (1992): Compliance bei der Therapie schizophrener Patienten

- mit Neuroleptika – eine Übersicht. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 60, S. 217–222.
- MCGLASHAN, T. H./LEVY, S. T./CARPENTER, W. T. (1975): Integration and sealing over: Distinct recovery styles from schizophrenia. In: Archives of General Psychiatry 32, p. 1269–1272.
- MELCOP, Nikolaus (1997): Eine lebensgeschichtliche Betrachtung sozialer Beziehungen bei psychisch Kranken. In: ZAUMSEIL, Manfred/LEFERINK, Klaus (Hg.): Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie. Lebensalltag, Identität und soziale Beziehungen von psychisch Kranken in der Großstadt. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 201–238.
- MEUELER, Erhard (1982): Erwachsene lernen. Beschreibung, Erfahrungen, Anstöße. Stuttgart: Klett-Cotta.
- MEYER-DRAWE, Käte (2005): Anfänge des Lernens. In: Zeitschrift für Pädagogik 51, Beiheft 49: BENNER, Dietrich (Hg.): Erziehung – Bildung – Negativität. Theoretische Annäherungen. Analysen zum Verhältnis von Macht und Negativität. S. 24–37.
- MEYER-DRAWE, Käte (2008): Diskurse des Lernens. München: Wilhelm Fink Verlag.
- MÜHLUM, Albert (2008): Klinische Sozialarbeit und Gesundheitsförderung. In: GAHLEITNER, Silke/HAHN, Gernot (Hg.): Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 62–74.
- OSTERHAUSEN, Johann Karl (1798): Ueber medicinische Aufklärung. Zürich: Heinrich Gefßner.
- PAULS, Helmut (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. Weinheim u. a.: Juventa Verlag.
- PESTALOZZI, Johann Heinrich (1826/1976): Pestalozzi's Schwanengesang. In: PESTALOZZI, Johann Heinrich: Sämtliche Werke, Band 28. Zürich: Orell Füssli Verlag, S. 53–286.
- PETERMANN, Franz (2004): Compliance: Eine Standortbestimmung. In: PETERMANN, Franz/EHLEBRACHT-KÖNIG, Inge (Hg.): Motivierung, Compliance und Krankheitsbewältigung. Regensburg: S. Roderer Verlag, S. 89–105.
- PITSCHEL-WALZ, Gabi/BÄUML, Josef (2005 a): Organisatorische Aspekte der Durchführung psychoedukativer Basismodule. In: BÄUML, Josef/PITSCHEL-WALZ, Gabi/BERGER, Hartmut/GUNIA, Hans/HEINZ, Andreas/JUCKEL, Georg: Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES). Mit Manual für die Gruppenleitung. Stuttgart u. a.: Schattauer, S. 131–138.
- PITSCHEL-WALZ, Gabi/BÄUML, Josef (2005 b): Psychotherapeutische Strategien und didaktische Elemente in der Psychoedukation. In: BÄUML, Josef/PITSCHEL-WALZ, Gabi/BERGER, Hartmut/GUNIA, Hans/HEINZ, Andreas/JUCKEL, Georg: Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES). Mit Manual für die Gruppenleitung. Stuttgart u. a.: Schattauer, S. 139–147.
- PITSCHEL-WALZ, Gabi/BÄUML, Josef (2007): Psychoedukation. In: BECKER, T./BÄUML, J./PITSCHEL-WALZ, G./WEIG, W.: Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Konzepte - Interventionen Perspektiven. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 111–125.
- PITSCHEL-WALZ, Gabi/BÄUML, Josef/GUNIA, Hans (2005): Psychotherapeutische Verfahren in der Behandlung von schizophrenen Erkrankungen. In: BÄUML, Josef/PITSCHEL-WALZ, Gabi/BERGER, Hartmut/GUNIA, Hans/HEINZ, Andreas/JUCKEL,

- Georg: Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES). Mit Manual für die Gruppenleitung. Stuttgart u. a.: Schattauer, S. 35–58.
- PITSCHEL-WALZ, Gabi/GUNIA, Hans/BERGER, Hartmut/BÄUML, Josef (2005): Übersicht über aktueller psychoedukative Programme bei schizophrenen Erkrankungen im deutschsprachigen Raum. In: BÄUML, Josef/PITSCHEL-WALZ, Gabi/BERGER, Hartmut/GUNIA, Hans/HEINZ, Andreas/JUCKEL, Georg: Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES). Mit Manual für die Gruppenleitung. Stuttgart u. a.: Schattauer, S. 155–161.
- RABOVSKY, Kristin/STOPPE, Gabriela (2004): Compliance und Lebensqualität – spezielle Aspekte der Langzeitbehandlung. In: PAJONK, Frank Gerald/FALKAI, Peter (Hg.): Langzeittherapie der Schizophrenie. Bremen u. a.: UNI-MED Verlag, S. 132–142.
- RABOVSKY, Kristin/STOPPE, Gabriela (2006): Die Rolle der Psychoedukation in der stationären Behandlung psychisch Kranker. Eine kritische Übersicht. In: Der Nervenarzt 77, S. 538–548.
- RAUH, Doris-Annette (1996): Personale Ressourcen und Belastungsbewältigung schizophrener Erkrankter. Osnabrück: Universität Osnabrück.
- REBLE, Albert (191999): Geschichte der Pädagogik. Stuttgart: Klett-Cotta.
- REICH, Kersten (1998): Die Ordnung der Blicke. Perspektiven des interaktionistischen Konstruktivismus. Band 2: Beobachten und die Unschärfen der Erkenntnis. Neuwied: Luchterhand.
- RIEMANN, Gerhard (1987): Das Fremdwerden der eigenen Biographie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. München: Wilhelm Fink Verlag.
- RÖSSLER, Wulff (?2006): Moderne Versorgungsstrukturen für Schizophrenieerkrankte. In: SCHMAUSS, Max (Hg.): Schizophrenie -Pathogenese, Diagnostik und Therapie. Bremen u. a.: UNI-MED-Verlag, S. 318–333.
- RÖSSLER, W./SALIZE, H.J./CUCCHIARO, G./REINHARD, E./KERNIG, C. (1999): Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics? In: Acta Psychiatrica Scandinavica 100, p. 142–148.
- RUMMEL-KLUGE, Christine/PITSCHEL-WALZ, Gabi/BÄUML, Josef/KISSLING, Werner (?2008): Umfrage zur Häufigkeit und Durchführung von Psychoedukation bei Schizophrenie an psychiatrischen Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: BÄUML, Josef/PITSCHEL-WALZ, Gabi (Hg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe »Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen«. Stuttgart u. a.: Schattauer, S. 42–48.
- SAß, Hennig/WITTCHEN, Hans-Ulrich/ZAUDIG, Michael/HOUBEN, Isabel (Hg.): Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevison – DSM-IV-TR. Göttingen u. a.: Hogrefe Verlag.
- SCHÄFFTER, Ortfried (1994): Bedeutungskontexte des Lehrens und Lernens. In: Hessische Blätter zur Volksbildung 44, S. 4–15.
- SCHÄFFTER, Ortfried (2003): Die Reflexionsfunktion der Erwachsenenbildung in der Transformationsgesellschaft: Institutionstheoretische Überlegungen zur Begründung von Ermöglichungsdidaktik. In: ARNOLD, Rolf/SCHÜßLER, Ingeborg (Hg.) (2003): Ermöglichungsdidaktik. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, S. 48–62.
- SCHAUB, Annette (1993): Formen der Auseinandersetzung bei schizophrener Erkrankung. Eine Längsschnittstudie. Frankfurt am Main u. a.: Peter Lang.

- SCHAUB, Annette (1999): Psychoedukative und Bewältigungsorientierte Kognitive Therapien bei Schizophrenen und schizoaffektiven Störungen. In: Psychotherapie in Psychiatrie, psychotherapeutischer Medizin und klinischer Psychologie 4, S. 74–83.
- SCHIERSMANN, Christiane (2007): Berufliche Weiterbildung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- SCHMAUß, Max (Hg.) (2006): Schizophrenie – Pathogenese, Diagnostik und Therapie. Bremen u. a.: UNI-MED-Verlag.
- SCHÜßLER, Ingeborg (2000): Deutungslernen. Erwachsenenbildung im Modus der Deutung -Eine explorative Studie zum Deutungslernen in der Erwachsenenbildung. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- SCHULZE, Beate (2000): Stigmatisierungserfahrungen. In: ZNS-Journal. Forum für Psychiatrie und Neurologie 21, S. 3–12.
- SCHWARZER, Ralf (2005): Überblick über die Gesundheitspsychologie. In: SCHWARZER, Ralf (Hg.): Gesundheitspsychologie. Göttingen u. a.: Hogrefe, S. 1–10.
- SCHWARZER, Ralf/LUSZCZYNSKA, Aleksandra (2005): Compliance als universelles Problem des Gesundheitsverhaltens. In: SCHWARZER, Ralf (Hg.): Gesundheitspsychologie. Göttingen u. a.: Hogrefe, S. 585–601.
- SIEBERT, Horst (1999): Pädagogischer Konstruktivismus. Eine Bilanz der Konstruktivismusdiskussion für die Bildungspraxis. Neuwied: Luchterhand.
- SIEBERT, Horst (2005): Pädagogischer Konstruktivismus. Lernzentrierte Pädagogik in Schule und Erwachsenenbildung. Weinheim u. a.: Beltz Verlag.
- SIEBERT, Horst (2009): Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung. Didaktik aus konstruktivistischer Sicht. Augsburg: Ziel Verlag.
- STARK, F.-Michael (2005): Krankheitserleben und Krankheitsbewältigung aus der Sicht schizophrener Patienten. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- STEFFENS, Tomas (2004): Familienmilieu und biographische Verläufe psychisch Kranker. Fallanalysen zur sozialen Sinnstrukturiertheit schizophrener Erkrankungen. Frankfurt am Main: Humanities Online.
- SÜLLWOLD, Lilo/HERRLICH, Jutta (1998): Psychologische Behandlung schizophrener Erkrankter. Stuttgart u. a.: Kohlhammer-Verlag.
- THURM-MUSSGAY, Irmgard (1990): Krankheitsverarbeitung Schizophrener – Die Anwendung des Coping-Konzeptes auf die Schizophrenie. Konstanz: Hartung-Gorre Verlag.
- VOELZKE, Wolfgang (2003): Experte für die eigene Erkrankung – Psychoedukative Gruppenarbeit aus Sicht eines Betroffenen. In: WIENBERG, Günther (Hg.): Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 228–231.
- VOGEL, Heiner (2001): Fragen zur Didaktik in der Patientenschulung. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 54, S. 161–163.
- VON GLASERSFELD, Ernst (1996): Radikaler Konstruktivismus. Ideen, Ergebnisse, Probleme. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- VON FOERSTER, Heinz (1993): Wissen und Gewissen. Versuch einer Brücke. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- WIEDEMANN, G./KLINGBERG, S./PITSCHEL-WALZ, G./Arbeitsgruppe Psychoedukation (2003): Psychoedukative Interventionen in der Behandlung von Patienten mit schizophrenen Störungen. In: Der Nervenarzt 74, S. 789–808.

- WIENBERG, Günther (1997): Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv Erkrankten: Konzeption und erste Ergebnisse einer Nutzer- und Anwenderbefragung. In: DITTMAR, V./KLEIN, H. E./SCHÖN, D. (Hg.): Die Behandlung schizophrener Menschen. Integrative Therapiemodelle und ihre Wirksamkeit. Regensburg: S. Roderer Verlag, S. 19–44.
- WIENBERG, Günther (Hg.) (<sup>3</sup>2003 a): Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- WIENBERG, Günther (<sup>3</sup>2003 b): Aktuelle Modellvorstellungen zur Schizophrenie – Das Verletzlichkeits-Stress-Bewältigungskonzept. In: WIENBERG, Günther (Hg.): Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 18–130.
- WIENBERG, Günther/SCHÜNEMANN-WURMTHALER, Sibylle/SIBUM, Bernhard (<sup>5</sup>2005): Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Manual mit Materialien. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- WIENBERG, Günther/SIBUM, Bernhard (<sup>3</sup>2003): Psychoedukative Therapie schizophrener Erkrankter – Einordnung und Überblick. In: WIENBERG, Günther (Hg.): Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 131–212.
- WIENBERG, Günther/SIBUM, Bernhard (<sup>2</sup>2008): Psychoedukation im gemeindepsychiatrischen Verbund. In: BÄUML, Josef/PITSCHEL-WALZ, Gabi (Hg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der »Arbeitsgruppe »Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen«. Stuttgart u. a.: Schattauer, S. 252–262.
- WIENBERG, Günther/SIBUM, Bernhard/STARCK, Uwe (<sup>3</sup>2003): Das Fortbildungskonzept der PEGASUS-Gruppe – Konzeption und praktische Erfahrungen. In: WIENBERG, Günther (Hg.): Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 257–271.
- WINDGASSEN, Klaus (1989): Schizophreniebehandlung aus Sicht des Patienten. Untersuchungen des Behandlungsverlaufes und der neuroleptischen Therapie unter pathischem Aspekt. Berlin u. a.: Springer-Verlag.
- WITTPOTH, Jürgen (<sup>2</sup>2006): Einführung in die Erwachsenenbildung. Opladen u. a.: Verlag Barbara Budrich.
- ZAUMSEIL, Manfred (1997): Modernisierung der Identität von psychisch Kranken? In: ZAUMSEIL, Manfred/LEFERINK, Klaus (Hg.): Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie. Lebensalltag, Identität und soziale Beziehungen von psychisch Kranken in der Großstadt. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 145–200.
- ZAUMSEIL, Manfred/ANGERMEYER, Matthias C. (1997): Einleitung. Die (Wieder-)entdeckung von Kultur und subjektiver Bedeutung in der Untersuchung von psychischer Gesundheit und Krankheit. In: ANGERMEYER, Matthias C./ZAUMSEIL, Manfred (Hg.): Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 9–27.
- ZAUMSEIL, Manfred/LEFERINK, Klaus (1997 a): Einleitung: Lebensalltag, Identität

- und soziale Beziehungen von psychisch Kranken in der Großstadt. In: ZAUMSEIL, Manfred/ LEFERINK, Klaus (Hg.): Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie. Lebensalltag, Identität und soziale Beziehungen von psychisch Kranken in der Großstadt. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 6–26.
- ZAUMSEIL, Manfred/LEFERINK, Klaus (Hg.) (1997b): Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie. Lebensalltag, Identität und soziale Beziehungen von psychisch Kranken in der Großstadt. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- ZIEHE, Thomas/STUBENRAUCH, Herbert (1982): Plädoyer für ungewöhnliches Lernen. Ideen zur Jugendsituation. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- ZWICK, Elisabeth (2004): Gesundheitspädagogik. Wege zur Konstituierung einer erziehungswissenschaftlichen Teildisziplin. Münster: Lit-Verlag.

# B Überblick über die derzeitigen deutschsprachigen Manuale der Psychoedukation

Genauere Quellenangaben zu den Manualen siehe in den Übersichten bei BEHRENDT (2004, S. 102–113), bei BEHRENDT et al. (2005, S. 119–121), bei der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2005, S. 77–79) sowie bei PITSCHEL-WALZ et al. (2005, S. 155–161).

## 1. Therapieprogramm zum Umgang mit Medikamenten.

### Medication-Management-Module (MMM):

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Autor:                        | Robert P. Liberman, 1986; deutschsprachige Ausgabe: Hans-Dieter Brenner, 1989, im weltweiten Leihverkehr nicht mehr erhältlich |
| Einsatzbereich:               | stationär, ambulant  |
| Zielgruppen:                  | schizophren erkrankte Menschen   |
| Setting:                      | Gruppe   |
| Leitung:                      | hierzu konnten keine Angaben gefunden werden   |
| Praktische Verhaltensübungen: | ja   |
| Anzahl der Sitzungen:         | 25 bis 30  |
| Medien:                       | Videofilm  |
| Besonderer Schwerpunkt:       | Umgang mit Medikamenten  |
| Evaluationsergebnisse:        | Signifikanter Wissenszuwachs im Prä-Post-Vergleich   |

## 2. Fertigkeiten für eine soziale und unabhängige Lebensführung. Therapieprogramm zum Umgang mit Symptomen. Symptom-Management-Module (SMM):

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Autor:                        | Robert P. Liberman, 1988; deutschsprachige Ausgabe: Hans-Dieter Brenner, Doris Waldvogel, 1990, modifiziert von Berndt Behrendt, 1996 |
| Einsatzbereich:               | stationär, ambulant   |
| Zielgruppen:                  | schizophren erkrankte Menschen  |
| Setting:                      | Gruppe  |
| Leitung:                      | alle psychiatrisch relevanten Berufsgruppen mit Erfahrung mit psychisch kranken Menschen und Kenntnissen über Schizophrenie           |
| Praktische Verhaltensübungen: | ja  |
| Anzahl der Sitzungen:         | 25 bis 30   |
| Medien:                       | Therapeuten-Handbuch, Patienten-Arbeitsbuch, Videofilm  |
| Besonderer Schwerpunkt:       | Umgang mit den Symptomen der Erkrankung   |
| Evaluationsergebnisse:        | • signifikanter Wissenszuwachs im Prä-Post-Vergleich<br>• Zunahme interner Kontrollüberzeugungen                                      |

### 3. Schizophrenie – Leben mit der Krankheit:

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Autor:                        | Hans-Jürgen Luderer, 1991  |
| Einsatzbereich:               | stationär, ambulant  |
| Zielgruppen:                  | schizophren und schizoauffektiv erkrankte Menschen und deren Angehörige, bifokale oder voneinander unabhängige Gruppen                 |
| Setting:                      | offene Gruppe  |
| Leitung:                      | Psychiater oder Psychologen mit mehrjähriger klinischpsychiatrischer Tätigkeit und Erfahrung in der Behandlung schizophrener Patienten |
| Praktische Verhaltensübungen: | nein   |
| Anzahl der Sitzungen:         | variabel, meist 6 bis 8  |
| Medien:                       | Overhead-Folienset für Gruppenleitung, Informationsbroschüre   |
| Besonderer Schwerpunkt:       | gesprächspsychotherapeutisches Vorgehen  |
| Evaluationsergebnisse:        | nachgewiesener Wissenszuwachs  |

### 4. Strukturierte Information über Vulnerabilität und Belastungsmanagement für schizophrene Patienten. Informationsgruppe für Psychosepatienten:

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Autor:                        | Fritz-Michael Stark, 1992   |
| Einsatzbereich:               | stationär, auch ambulant einsetzbar   |
| Zielgruppen:                  | schizophren erkrankte Menschen  |
| Setting:                      | Gruppe  |
| Leitung:                      | Arzt, Pflegepersonal, aber nicht festgelegt auf bestimmte Berufsgruppen   |
| Praktische Verhaltensübungen: | nein  |
| Anzahl der Sitzungen:         | 4   |
| Medien:                       | Therapeutenmanual   |
| Evaluationsergebnisse:        | qualitativ-deskriptive katamnestische Untersuchung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erinnerung an Inhalte und Anwendung im Alltag nachgewiesen</li> <li>• Beachtung von Frühwarnsignalen mit tendenziell weniger Rückfällen</li> </ul> |

### 5. Bewältigungsorientiertes Programm:

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Autor:                        | Karl-Heinz Wiedl, 1993                        |
| Einsatzbereich:               | ambulant, Beginn auch stationär möglich       |
| Zielgruppen:                  | schizophren erkrankte Menschen                |
| Setting:                      | Gruppe, zusätzlich begleitende Einzeltherapie |
| Leitung:                      | keine Angaben                                 |
| Praktische Verhaltensübungen: | ja  |
| Anzahl der Sitzungen:         | ca. 50, einmal wöchentlich über ein Jahr      |
| Medien:                       | Therapeutenmanual                             |

## 6. Frühsymptommanagement

### Rezidivprophylaxe bei schizophrenen gefährdeten Menschen:

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Autor:                        | Herbert Kraus, Manfred Schmalzried, Jens Wittpoth, 1994, 2. Auflage 1995  |
| Einsatzbereich:               | stationär, ambulant   |
| Zielgruppen:                  | schizophren erkrankte Menschen  |
| Setting:                      | als Einzelsitzungen oder als Gruppenprogramm mit zusätzlichen Einzelgesprächen  |
| Leitung:                      | Psychologen oder Ärzte  |
| Praktische Verhaltensübungen: | nein  |
| Anzahl der Sitzungen:         | 10 – 12, 6 »Auffrischsitzungen« im Abstand von zwei Monaten und ein Treffen zusammen mit einer Vertrauensperson   |
| Medien:                       | Therapeutenmanual, Handbuch für Patienten, Frühsymptomliste, Notfallplan, zwei Videofilme   |
| Besonderer Schwerpunkt:       | Schulung der Selbstwahrnehmung rückfallkritischer Frühsymptome, Erstellung eines individuellen Notfallplans   |
| Evaluationsergebnisse:        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserte Psychopathologie gegenüber Kontrollgruppe</li> <li>• Rezidivrate nach einem und zwei Jahren nicht signifikant besser als bei Kontrollgruppe</li> </ul> |

## 7. Psychoedukatives Training für schizophrene Patienten (PTS)

### Ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm zur Rezidivprophylaxe:

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Autor:                        | Angela Kieserg, W. Peter Hornung, 1994, 2. Auflage 1996   |
| Einsatzbereich:               | stationär, ambulant   |
| Zielgruppen:                  | schizophren erkrankte Menschen  |
| Setting:                      | Gruppe  |
| Leitung:                      | Psychiater oder Psychologen mit mehrjähriger klinischpsychiatrischer Tätigkeit und Erfahrung in der Behandlung schizophrener Patienten  |
| Praktische Verhaltensübungen: | ja  |
| Anzahl der Sitzungen:         | 15  |
| Medien:                       | Therapeutenmanual, Kopiervorlagen für Teilnehmer  |
| Besonderer Schwerpunkt:       | Übungen zur Selbstbeobachtung und Modifizierung der Medikamenteneinnahme sowie der Rezidivprophylaxe  |
| Evaluationsergebnisse:        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• signifikante Reduzierung der Rezidivrate nach 2 und 5 Jahren bei der Patientengruppe, die ein »Paket« bestehend aus Psychoedukation, kognitiver Therapie und Angehörigenarbeit erhielt, im Vergleich zur Kontrollgruppe</li> <li>• verbesserte (knapp nicht signifikante) Medikamentencompliance im Verhältnis zur Kontrollgruppe</li> <li>• keine Unterschiede zur Kontrollgruppe bei der Psychopathologie in der Katamnese</li> <li>• signifikante Unterschiede im Medikamenten- und Arztvertrauen im Einjahresabstand, nicht aber nach zwei Jahren</li> </ul> |

## 8. Schizophrenie zum Thema machen – Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen (PEGASUS):

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Autor:                        | Günther Wienberg, Sibylle Schünemann-Wurmthaler, Bernhard Sibum, Erstveröffentlichung 1995, 5. Auflage 2005  |
| Einsatzbereich:               | stationär, ambulant  |
| Zielgruppen:                  | schizophren oder schizoaffektiv erkrankte Menschen   |
| Setting:                      | Gruppe   |
| Leitung:                      | Alle klinisch relevanten Berufsgruppen <ul style="list-style-type: none"> <li>• die eine mehrjährige Erfahrung mit psychosekranken Menschen</li> <li>• eine psychotherapeutische Basiskompetenz</li> <li>• einen fundierten Überblick über den aktuellen Forschungsstand und</li> <li>• pädagogisch-didaktisches Geschick haben.</li> </ul> Das Medikamentenmodul sollte ein Arzt durchführen. |
| Praktische Verhaltensübungen: | nein   |
| Anzahl der Sitzungen:         | 14   |
| Medien:                       | Therapeutenmanual, Folien für die Gruppenleitung, Merk-, Info- und Arbeitsblätter für die Teilnehmer (Kopiervorlagen)  |
| Besonderer Schwerpunkt:       | gemeindepsychiatrische Perspektive durch Empfehlung eines einrichtungübergreifende Einsatzes, eines der am weitesten verbreiteten psychoedukativen Manuale im deutschen Sprachraum (vgl. Behrendt 2004, S. 107)  |
| Evaluationsergebnisse:        | werden in Kapitel 11.1.4 vorgestellt   |

## 9. Arbeitsbuch PsychoEduktion Schizophrenie (APES):

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Autor:                        | Josef Bäuml, Gabi Pitschel-Walz, Hartmut Berger, Hans Gunia, Andreas Heinz, Georg Juckel, 2005*, Erstveröffentlichung in abgewandelter Form: 1996  |
| Einsatzbereich:               | eher stationär, auch ambulant möglich  |
| Zielgruppen:                  | schizophren erkrankte Menschen und deren Angehörige, bifokal   |
| Setting:                      | Gruppe   |
| Leitung:                      | im Prinzip alle psychiatrisch tätigen Berufsgruppen, die eine <ul style="list-style-type: none"> <li>• empathische Grundhaltung</li> <li>• positive Einstellung zur Psychoedukation</li> <li>• Erfahrung im Umgang mit schizophren Erkrankten</li> <li>• psychotherapeutische Basisfertigkeiten und</li> <li>• didaktisches Geschick haben.</li> </ul> |
| Praktische Verhaltensübungen: | nein   |
| Anzahl der Sitzungen:         | 8 und 8 extra für Angehörige   |
| Medien:                       | Therapeutenmanual, Schaubilder Patientenratgeberbuch   |
| Evaluationsergebnisse:        | werden in Kapitel 12.1.4 vorgestellt   |

\* Nach Einreichen der Dissertation wurde im Mai 2010 eine 2. Auflage herausgegeben.

## 10. Bewältigungsorientierte Therapie (BOT):

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Autor:                        | Annette Schaub, Karl Andres, F. Schindler, Erstveröffentlichung 1996, erweitert: Annette Schaub 2003  |
| Einsatzbereich:               | stationär beginnend mit ambulanten Auffrischsitzungen   |
| Zielgruppen:                  | schizophren oder schizoaffektiv erkrankte Menschen und deren Angehörige, bei Bedarf bifokal   |
| Setting:                      | Gruppe  |
| Leitung:                      | zwei psychotherapeutisch geschulte Therapeuten jeder Berufsgruppe mit Erfahrung im Umgang mit schizophren erkrankten Menschen   |
| Praktische Verhaltensübungen: | ja  |
| Anzahl der Sitzungen:         | 12 und 4 (ambulante) Auffrischsitzungen und bis zu 8 extra für Angehörige   |
| Medien:                       |   |
| Besonderer Schwerpunkt:       | gezieltes Stressmanagement, Förderung persönlicher Ressourcen sowie Training von Belastungsbewältigung und sozialer Kompetenz auf kognitiv-verhaltenstherapeutischem Hintergrund  |
| Evaluationsergebnisse:        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prä-Post-Vergleich zeigt deutlichen Wissenszuwachs</li> <li>• signifikante Besserung der Psychopathologie</li> <li>• Abnahme idiosynkratischer Krankheitskonzepte</li> <li>• nicht signifikante Reduktion der Rückfallrate nach einem Jahr (im Vergleich zu einer Kontrollgruppe)</li> </ul> |

## 11. Problemlösetraining für schizophrene Patienten

### Ein bewältigungsorientiertes Therapie-Manual zur Rezidivprophylaxe:

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Autor:                        | Birgit Schmitz-Niehues, Yesim Erim, 2000   |
| Einsatzbereich:               | ambulant konzipiert, aber auch stationär einsetzbar  |
| Zielgruppen:                  | schizophren erkrankte Menschen   |
| Setting:                      | Gruppe   |
| Leitung:                      | ein ärztlicher und ein psychologischer Therapeut, in Ausnahmefällen auch andere Berufsgruppen, mit psychotherapeutischen Kenntnissen und ausreichendem psychiatrischen Fachwissen  |
| Praktische Verhaltensübungen: | ja   |
| Anzahl der Sitzungen:         | 15   |
| Medien:                       | Therapeutenmanual, Arbeitsblätter als Kopiervorlagen   |
| Besonderer Schwerpunkt:       | drei Bereiche: Informationen, Erarbeitung von Frühwarnsignalen und Krisenstrategien, Problemlösetraining   |
| Evaluationsergebnisse:        | <p>Evaluation zusammen mit dem Manual PTS (Nr. 7):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• signifikante Reduzierung der Rezidivrate nach 2 und 5 Jahren</li> <li>• keine katamnestischen Unterschiede zur Kontrollgruppe bei der Psychopathologie und im Krankheitskonzept</li> </ul> |

## 12. »Meine persönlichen Warnsignale« – Ein Therapieprogramm zur Rezidivprophylaxe bei schizophrener oder schizoaffectiver Erkrankung:

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Autor:                        | Bernd Behrendt, 2001   |
| Einsatzbereich:               | stationär, ambulant  |
| Zielgruppen:                  | schizophren und schizoaffectiv erkrankte Menschen und deren Angehörige, bifokal  |
| Setting:                      | Gruppe, auch Einzelarbeit möglich  |
| Leitung:                      | Psychologe oder Arzt als Gruppenleiter, Co-Leiter auch aus anderer Berufsgruppe, umfassende Kenntnisse in der Behandlung von Psychosen, Erfahrungen im Umgang mit Gruppen  |
| Praktische Verhaltensübungen: | ja   |
| Anzahl der Sitzungen:         | 12 und 8 extra für Angehörige  |
| Medien:                       | Therapeutenmanual, Arbeitsbuch für Patienten mit CD, Warnsignale-Inventar und Wissenstest als Kopiervorlagen   |
| Besonderer Schwerpunkt:       | Identifizierung von und Umgang mit individuellen Frühwarnsignalen, Erstellung eines Rückfalldiagrammes, Stressbewältigung  |
| Evaluationsergebnisse:        | Prä-Post-Vergleich und katamnetische Untersuchungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• signifikanter Wissenszuwachs</li> <li>• signifikant mehr Medikamentenvertrauen, weniger Negativerwartung und idiosynkratische Annahmen</li> <li>• knapp nicht signifikante Verbesserung des Arztvertrauens</li> <li>• signifikante Verbesserung der krankheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen</li> </ul> |

## 13. Therapiemanual zur Psychoedukation und Krankheitsbewältigung (PKB):

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Autor:                        | Karl Andres, Mario Pfammatter, Hans Dieter Brenner, 2002, 2. Auflage 2008  |
| Einsatzbereich:               | stationär, ambulant  |
| Zielgruppen:                  | schizophren oder schizoaffectiv erkrankte Menschen und deren Angehörige, bifokal   |
| Setting:                      | Gruppe   |
| Leitung:                      | Therapeuten (aller klinisch relevanten Berufsgruppen), die didaktische Erfahrungen in der Gruppenarbeit mit schizophrenen Patienten haben und die mit kognitiv verhaltenstherapeutischen Therapiemethoden vertraut sind  |
| Praktische Verhaltensübungen: | ja   |
| Anzahl der Sitzungen:         | bis zu 25 (bis zu 6 für Angehörige), zusätzlich Einzelsitzungen  |
| Medien:                       | Therapeutenmanual, Materialien und Kopiervorlagen für Teilnehmer auf CD  |
| Besonderer Schwerpunkt:       | es gibt zusätzlich noch drei kognitivverhaltenstherapeutische Gruppenprogramme für die Bereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit  |
| Evaluationsergebnisse:        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• signifikanter Wissenszuwachs nach Gruppenende</li> <li>• nicht signifikante Reduzierung der Psychopathologie und der Rehospitalisierungstage im Vergleich zur Kontrollgruppe</li> <li>• keine Unterschiede bezüglich Medikamentenvertrauen und Krankheitsbewältigung</li> </ul> |

## 14. Wissen – genießen – besser leben

### Seminar für Menschen mit Psychoseerfahrung:

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Autor:                        | Michaela Amering, Ingrid Sibitz, Ralf Gössler, Heinz Katschnig, 2002  |
| Einsatzbereich:               | ambulant, konzipiert für komplementäre und ambulante psychiatrische Einrichtungen aber auch für »neutrale« Orte, wie z. B. Volkshochschule  |
| Zielgruppen:                  | Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis   |
| Setting:                      | Gruppe  |
| Leitung:                      | Moderatoren (aller klinisch relevanter Berufsgruppen) sollten ausreichend Erfahrungen im Umgang mit psychoseerfahrenen Menschen und im Umgang mit Gruppen haben   |
| Praktische Verhaltensübungen: | nein  |
| Anzahl der Sitzungen:         | 9   |
| Medien:                       | Therapeutenmanual, Handouts, Dokumentations- und Evaluationsbögen auf CD  |
| Besonderer Schwerpunkt:       | paralleler Einsatz zu den jeweils individuellen therapeutischen Aktivitäten, Hauptfragen: Wie verringere ich meine Vulnerabilität? Wie erhöhe ich meine Lebensqualität?   |
| Evaluationsergebnisse:        | keine Kontrollgruppe. Positive Rückmeldung der Teilnehmer, verbesserte Medikamentenakzeptanz, Symptomabnahme, Zunahme des Gefühls der Kontrolle über das eigene Leben, Bewusstheit individueller Anfälligkeit. Effekte auch noch nach einem Jahr nachweisbar. |

## 15. Psychoedukation für Patienten mit schizophrenen Psychosen und deren Angehörige (Alliance-Psychoedukations-Programm):

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Autor:                        | Werner Kissling, Christine Rummel, Gabriele Pitschel-Walz, 2003   |
| Einsatzbereich:               | stationär, ambulant   |
| Zielgruppen:                  | schizophren und schizoaffektiv erkrankte Menschen und deren Angehörige, bifokal oder auch unabhängig von einander |
| Setting:                      | Gruppe, auch in Einzelsitzungen anwendbar   |
| Leitung:                      | alle Berufsgruppen des Behandlungsteams   |
| Praktische Verhaltensübungen: | nein  |
| Anzahl der Sitzungen:         | variabel zwischen 1 -12 Sitzungen   |
| Medien:                       | Therapeutenmanual, zwölf Arbeitsbücher, sechs Videos und eine DVD   |
| Besonderer Schwerpunkt:       | modularer Aufbau mit zwölf unterschiedlichen in sich abgeschlossenen Themen, flexibel einsetzbar                  |

**16. Psychoedukative Familienintervention (PEFI):**

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Autor:                        | Hartmut Berger, Jürgen Friedrich, Hans Gunia, 2004  |
| Einsatzbereich:               | stationär (stationsübergreifende Familiengruppen), die gegebenenfalls ambulant fortgeführt werden können  |
| Zielgruppen:                  | schizophren erkrankte Menschen und deren Angehörige in einer Gruppe   |
| Setting:                      | Gruppe, mit mehreren Betroffenen und ihren Familien   |
| Leitung:                      | zwei Therapeuten mit Weiterbildung in Psychotherapie oder langjähriger Berufserfahrung und Zusatzqualifikation  |
| Praktische Verhaltensübungen: | ja  |
| Anzahl der Sitzungen:         | 10 und eine »Auffrischsitzung« nach sechs Monaten   |
| Medien:                       | Therapeutenmanual, Kopiervorlagen für Info- und Arbeitsblätter, Materialien für Begleituntersuchungen   |
| Besonderer Schwerpunkt:       | Mehrfamiliengruppe  |
| Evaluationsergebnisse:        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• signifikanter Wissenszuwachs nach Gruppenende, der nach sechs Monaten wieder verloren ging</li> <li>• signifikante Besserung der Psychopathologie nach Gruppenende und nach sechs Monaten</li> </ul> |

## Der Autor



**Christoph Walther** (Jahrgang 1959) ist promovierter Erziehungswissenschaftler und Diplom-Sozialpädagoge(FH). Er arbeitet als Sozialarbeiter an einem Sozialpsychiatrischen Dienst in Würzburg und ist zudem tätig als selbstständiger Supervisor sowie als Lehrbeauftragter an der FH Würzburg.

