

## 8 Psychoedukation aus pädagogischer Perspektive

Christoph Walther

aus. Bäuml, Behrendt, Henningsen, Pitschel-Walz (2016): Handbuch der Psychoedukation. Stuttgart: Schattauer

### 8.1 Die Fragestellung

Da Psychoedukation (PE) entwickelt wurde, um Klienten über die jeweilige Erkrankung und Behandlung aufzuklären und damit die Therapieergebnisse zu verbessern (vgl. z.B. Bäuml, 2008), ist es auf den ersten Blick ungewöhnlich, PE aus einer pädagogischen Perspektive zu betrachten, die grundsätzlich angelegt ist als der gängige Verweis auf die Notwendigkeit einer angemessenen Didaktik in so gut wie jedem PE-Manual. Zudem stellt sich die Frage nach dem Erkenntnisgewinn einer solchen Sichtweise für die PE in Theorie und Praxis. Um ebendiese Fragestellung soll es in diesem Beitrag gehen. Dazu werden

- zunächst das Verhältnis von PE und Pädagogik genauer bestimmt und
- sodann praktische Überlegungen und Konsequenzen für eine Perspektive skizziert, in der PE als eine Form der Erwachsenenbildung aufgefasst wird.

Die folgenden Überlegungen sind im Kontext von PE im psychiatrischen Bereich entwickelt worden. Die zitierte Literatur stammt infolgedessen vorwiegend aus diesem Gebiet, aber die Ausführungen sind prinzipiell auch auf PE im psychosomatischen Bereich übertragbar.

### 8.2 Das Verhältnis von Psychoedukation und Pädagogik

PE grenzt sich häufig gegen „Erziehung“ ab, um nicht mit Belehrung, Vorschreiben, Überreden, Bevormunden oder Manipulieren in Verbindung gebracht zu werden (vgl. z.B. Hornung, 1999, S. 115; Wiedemann et al., 2003, S. 790; Arbeitsgruppe Psychoedukation, 2008, S. 3). In diesem Zusammenhang findet man gelegentlich auch die Behauptung, dass „Psychoedukation“ sich etymologisch nicht von *educare* (erziehen, physisch und moralisch aufziehen), sondern von *educere* (herausführen) herleite (vgl. z.B. Neurologen & Psychiater im Netz). Nach diesem Verständnis ist PE dann quasi ein Herausführen aus einem Informationsdefizit, also Aufklärung bzw. Informieren, und konnotiert so auch den Kantschen Aufklärungsbegriff.

Korrekt ist, dass „Eduktion“ auf das Partizip Perfekt des lateinischen *educare*, nämlich „educatum“, zurückgeht und nicht auf das Partizip Perfekt von *educere*, nämlich „eductum“. Wäre dies die Herkunftsform, müsste es im Deutschen „*Psychoeduktion*“ lauten. Auch ein Verweis auf „*educatio*“ (z.B. Bäuml, 2008, S. 134) landet in der Übersetzung wieder bei „Erziehung von Kindern“. Ausbildung oder Bildung umfasst der lateinische Begriff nicht. Die PE steht der Erziehung also semantisch deutlich näher, als sie inhaltlich dort gesehen werden möchte. Dieser Wortursprung sollten jede und jeden, der PE konzipiert und/oder anwendet, daran gemahnen, zu prüfen, inwie-

weit seine Einstellung und sein Verhalten womöglich doch einer „heimlichen“ Erziehung oder einer gut gemeinten „Überredung“ dienen.

Die Abgrenzung von PE gegen Erziehung ergibt sich also nicht aus der Herkunft des Wortes, sondern hat inhaltliche Gründe. In der Pädagogik gibt es keine allgemein anerkannte Definition von Erziehung. Zumeist versteht man darunter die Bemühung eines Erziehenden, dem Heranwachsenden durch bestimmte Methoden und eine charakteristische Haltung wertorientierte (Erziehungs-) Ziele zu vermitteln (vgl. Marotzki, 2006). Postuliert wird dabei eine mit der Geburt anhebende Erziehungsbedürftigkeit, die mit zunehmendem Alter abnehme und sich schließlich erübrige. Im Unterschied zu Lernen und Bildung ist Erziehung also „lebensgeschichtlich begrenzt“ (ebd., S. 149). Dies ist eines ihrer konstituierenden Merkmale. Kinder und Jugendliche, nicht aber Erwachsene, sind erziehungsbedürftig – wo immer die genaue Altersgrenze auch liegen mag. Insofern stellt PE keine Erziehung im klassischen Sinne dar, denn sie wendet sich in der Regel an Erwachsene und dient nicht der physischen und moralischen Aufzucht.

Wenn Erwachsene die Adressaten von Pädagogik sind, spricht man von „Erwachsenenbildung“. Bildungs- und Lernprozesse erwachsener Menschen werden im Vergleich zu Erziehungsprozessen, die immer auch wertorientierte Erziehungsziele verfolgen, als ergebnisoffener angesehen. Erwachsenenbildung bietet die Möglichkeit zur persönlichen Auseinandersetzung – wie immer das Ergebnis aussehen mag – mit sich selbst, mit anderen Menschen und mit „objektiven“ Themen (Selbst-, Fremd- und Sachbezug). „Allgemein wird mit Erwachsenenbildung [...] als institutionalisierte Form hilfreicher Kommunikation in modernen Gesellschaften das intentionale Lernen Erwachsener

bezeichnet, welches im Rahmen fremd-, zunehmend aber auch selbstorganisierter Lernprozesse zumeist in Gruppen stattfindet“ (Dewe, 2006, S. 121). Diese Definition kann auf PE Anwendung finden: PE stellt ein organisiertes und strukturiertes Lernangebot für Erwachsene in der Gruppe dar, das bestimmte Absichten und Ziele verfolgt. PE ist eine Intervention mit Lern- und Bildungsabsicht, da sie nach Maßgabe ihrer Ziele und Inhalte ausdrücklich Wissen weitergeben und Kompetenzen vermitteln will (Lernaspekt), um zur Auseinandersetzung mit der Erkrankung und zur Krankheitsbewältigung zu befähigen (Bildungsaspekt).

Wenn man PE in der Pädagogik verorten möchte, findet sie den ihr angemessenen Platz im Bereich der Erwachsenenbildung. Gleichwohl hat sich PE stets kritisch zu prüfen, ob sie nicht manchmal doch auch ihre erwachsenen Teilnehmenden in bestimmte Richtungen (er-)ziehen will und somit in der Praxis doch wieder eher Erziehung als Erwachsenenbildung ist. PE als eine Form der Erwachsenenbildung zu begreifen, hat zur Konsequenz, dass das Wissen und bestimmte Erkenntnisse, die in der Erwachsenenbildung über Lern- und Bildungsprozessen bei erwachsenen Menschen zur Verfügung stehen, nutzbringend auf PE angewandt werden können.

### 8.3 Psychoedukation als Erwachsenenbildung

In der hier gebotenen Kürze werden diese Erkenntnisse im Folgenden schlaglichtartig aufgeführt. Ihre Bedeutung für die PE wird kurz skizziert. Eine thematische Vertiefung und die einschlägige erziehungswissenschaftliche Literatur finden sich bei Walther (2011).

### 8.3.1 Lernen als Aneignungsleistung

Bei Lern- und Bildungsprozessen, die für Erwachsene nachhaltig sind, kommt der Aneignungs- und Verarbeitungsleistung des Lernenden eine ungleich höhere Bedeutung zu als der Vermittlungsleistung des Vortragenden, z. B. des Therapeuten, der PE durchführt. Letztere wird in der Praxis oft überschätzt, wenn Gelehrtes und Gelerntes tendenziell gleichgesetzt werden. Holzkamp (1993) hat dies als „Lehr-Lern-Kurzschluss“ bezeichnet. Natürlich muss sich jeder, der PE durchführt, darüber im Klaren sein, was er inhaltlich vermitteln möchte. Doch jede inhaltliche und didaktische Optimierung hat ihre Grenze darin, dass auch die beste Vermittlung nicht die notwendige Aneignungsleistung des Lernenden „herstellen“, „machen“ oder ersetzen kann. Der Therapeut kann weder davon ausgehen, dass die Klienten das übernehmen, was er ihnen in der PE beizubringen versucht, noch kann er darauf bauen, dass sie es in dem beabsichtigten Sinn tatsächlich anwenden. Hierzu passt z. B. der Befund aus einer Evaluationsstudie zu einem PE-Manual (Wienberg, 1997, S. 33), dass die Einschätzung der Therapeuten über das Ausmaß, wie gut die Betroffenen die in der PE vermittelten Informationen verstanden haben, deutlich optimistischer ausfiel als die Selbsteinschätzung der Klienten. Das Ergebnis von PE wird in seinem Ausmaß nur zu einem geringeren Anteil vom Therapeuten und zu einem weit höheren Anteil vom Klienten bestimmt. Lernen und Bildung können didaktisch gesehen vom Therapeuten lediglich angeregt, angestoßen, ermöglicht, oft nicht mehr als nicht behindert werden. In der Erwachsenenbildung wird dies unter dem Stichwort „Vermittlungsdidaktik versus Ermöglichungsdidaktik“ diskutiert.

### 8.3.2 Voraussetzungen für eine Aneignungsleistung

Die bei der Aneignungs- und Verarbeitungsleistung zu überwindenden Hürden werden oft unterschätzt. Die Lerninhalte der PE und die aktuelle Lernsituation in der Gruppe treffen bei den erwachsenen Klienten auf jeweils individuell unterschiedliche Kognitions-, Emotions- und Handlungsmuster, die durch biografische Lebens- und Krankheitserfahrungen erworben wurden. Sie treffen außerdem auf den Hintergrund vorangegangener (guter oder schlechter) Lernerfahrungen (z. B. in Schule, Ausbildung oder am Arbeitsplatz). Diese Muster und die Erfahrungen aus der individuellen Lerngeschichte bestimmen, was der Klient in Bezug auf den aktuellen Lerngegenstand in der PE denkt und fühlt und wie groß seine grundsätzliche Aufnahme- bzw. Lernbereitschaft für Neues, die sog. Driftzone, ist. Die Driftzone ist nicht mit einer krankheitsbedingten Einschränkung der kognitiven Aufnahmekapazität zu verwechseln; vielmehr bezeichnet der Begriff den Spielraum (auch gesunder Menschen), innerhalb dessen ein Lerngegenstand als emotional zumutbar und sinnvoll erlebt – oder spontan abgelehnt – wird. Ob und welche Teile des Lernstoffes der Lernende für eine potenzielle Aneignung in Erwägung zieht, hängt wesentlich davon ab, inwieweit er den Inhalt als interessant, wesentlich, verwendungsrelevant, nützlich, erstrebenswert und lebensdienlich bewertet (sog. Viabilität), also eine weitere Beschäftigung damit für lohnend hält. Entscheidend für die Annahme ist darüber hinaus das Ausmaß, in dem die neuen Inhalte seiner Einschätzung nach an sein bestehendes Vorwissen und seine Alltagspraxis anschließen und in welchem Umfang sie in seine Driftzone fallen.

Deshalb kann manche Lernanforderung in der PE von Klienten auch als (Lern-)Zurmutung, Verunsicherung oder gar (Identitäts-)Bedrohung erlebt und deshalb abgewiesen werden. Dies ist z. B. der Fall, wenn der Klient subjektiv plausible bzw. bewährte und vertraute Handlungs- und Erklärungsmuster – ganz gleich, wie dysfunktional sie den Therapeuten auch erscheinen mögen – infrage stellen soll. In der Pädagogik bezeichnet man diese Reaktion als „Lernwiderstände“. Wie hoch hier die Latte liegen kann, zeigt z. B. ein Ergebnis aus Schmidts (2012) Untersuchung zu psychoedukativen Interventionen: Entgegen ihrer Annahme zeigte sich nach PE „keine Reduktion der Zuschreibung eigener Schuld an der Entstehung der Erkrankung“ (S. 101) und keinerlei Veränderung in der Ursachenzuschreibungen der Klienten. Manche Non-Compliance kann auch als Lernwiderstand und weniger als Krankheitssymptom oder mangelnde Krankheitseinsicht gewertet werden! Subjektiv „bewährtes“ Wissen aufzugeben und wissenschaftlich fundiertes Wissen als „richtiger“ anzunehmen ist (auch bei gesunden Menschen) eine hohe Lernerwartung. Dessen sollte man sich als Therapeut bewusst sein. Im Rahmen der Erwachsenenbildung hat Siebert (2009) einmal formuliert: „Erwachsene sind lernfähig, aber un-lehrbar“ (S. 35).

### 8.3.3 Was ermöglicht die Aneignungsleistung?

Die Bereitschaft zur Aneignung von Lerninhalten steigt, wenn die vorhandenen einschlägigen Vorkenntnisse sowie die daraus erwachsenden Lern- und Bildungsbedürfnisse bzw. -erwartungen der Klienten explizit abgefragt und zum Thema gemacht werden. Bei der Konzeption mancher PE-Ma-

nuale sind Themenwünsche, die Betroffene benannt haben, von vornherein eingearbeitet worden. Es geht aber darüber hinaus auch um die jeweilige aktuelle Sitzung während einer PE. Am Anfang jeder Sitzung sollte der Therapeut standardmäßig das in der Gruppe vorhandene Vorwissen ausdrücklich würdigen und die Lerninteressen abfragen, damit er im weiteren Verlauf der Stunde an geeigneter Stelle darauf Bezug nehmen kann. Dies fördert die Lernbereitschaft, steigert die erlebte Viabilität der Lerninhalte, erleichtert es dem Therapeuten, die Driftzonen besser zu berücksichtigen, und steigert die Nachhaltigkeit des Lernens (siehe z. B. Wienberg, Walther und Berg, 2013).

### 8.3.4 Lernbedarf und Lernbedürfnis

Womit beginnt ein Lernprozess? In der Regel nimmt man folgenden Ablauf an: Der Therapeut stellt bei einem Klienten einen Lernbedarf fest. Er macht ein entsprechendes Lernangebot mit dazugehörigen Lernaufgaben (z. B. PE) und verbindet dies mit einer Lernaufforderung an den Klienten. Dieser von außen festgestellte Lernbedarf initiiert manchmal einen Lernprozess. Ungleich nachhaltiger ist ein immanentes Lernbedürfnis des Klienten, wenn in seinem Alltags- und Lebensvollzug ein (wiederholtes) signifikantes Erlebnis zum Innehalten nötigt und eine Such- und Orientierungsbewegung auslöst, die auf Überprüfung und Korrektur gewohnheitsmäßiger Denk- und Handlungsmuster zielt. Ein solches Erlebnis (man könnte auch von „Irritation“ sprechen) könnte z. B. eine Rezidivdiagnose bei einem Betroffenen sein, der sich für dauerhaft genesen hielt, oder eine neuerliche Klinikaufnahme, die er zu verhindern gehofft hatte.

Ein erlebtes Lernbedürfnis enthält im Verhältnis zu einem festgestellten Lernbe-

darf eine deutlich höhere intrinsische Lernmotivation und bringt deshalb eine größere Chance mit sich, dass sich ein Lernfenster öffnet. Auch aus diesem Grund sollte sich der Therapeut über aktuelle Lern- und Bildungsinteressen in seiner PE-Gruppe gründlich informieren. Er darf nicht seine Lehrziele mit den Lernzielen der Klienten gleichsetzen, sondern muss beide voneinander unterscheiden können. Eine anschauliche Beschreibung, wie das Lernangebot der PE und die individuelle Suche nach Antworten der Klienten (Lernbedürfnis) aneinander vorbei laufen können, findet sich in der oben genannten Untersuchung von Schmidt (2012, S. 179–185).

### 8.3.5 Der Lernweg

Die Gestaltung des Lernweges (nicht nur in der PE) stellt man sich typischerweise so vor, dass neues, wissenschaftlich fundiertes Wissen entweder bestehende Kenntnislücken des Klienten schließt oder idiosynkratisches Wissen ersetzt. Solch eine lineare Übernahme entzieht sich jedoch der Machbarkeit durch den Therapeuten. Lernen und Bildung erfolgt bei Erwachsenen (im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen) eher als Anreicherung, Differenzierung, Flexibilisierung oder Weiterentwicklung vorhandener Wissensbestände. Hier spielt die Beobachtung präsentierter Lerninhalte sowie der Reaktion anderer Gruppenteilnehmer darauf eine zentrale Rolle. Im Abgleich mit den persönlichen Vorkenntnissen und der persönlichen Vorerfahrung werden interessante und viable Aspekte aus den neuen Lerninhalten herausgesucht. In der Erwachsenenbildung spricht man von „Anschlusslernen“: Neues schließt an Vorhandenes an und differenziert es, ersetzt es aber in der Regel nicht.

Dieser Differenzierungsprozess lässt sich am ehesten durch Perspektivenvielfalt in der PE anstoßen. Die praktische Konsequenz daraus wäre, neben der Wissensvermittlung auch dem Erfahrungsaustausch der Teilnehmer über die jeweiligen Lerninhalte viel Zeit einzuräumen. Die große Bedeutung des Erfahrungsaustausches wird in der Literatur immer wieder betont (z. B. Bäuml, 2008). Ihre positive Wirkung wurde wiederholt nachgewiesen (s. aktuell z. B. Schmidt, 2012). Für den Betroffenen wird erfahrbar, dass es außer den eigenen noch andere, alternative Handlungsmuster gibt, die ihm vielleicht neue, interessante Handlungsoptionen erschließen. Die Untersuchungen von Hofer et al. (2001) sowie Kilian et al. (2001) kamen zu dem Ergebnis, dass Klienten PE als sehr hilfreich erlebten, *obwohl* sie ihr Verhalten oder ihr Krankheitskonzept nur zu einem geringen Prozentsatz veränderten. In der Studie von Kilian et al. erlebt ein Teil der Klienten die „Auseinandersetzung mit den Erfahrungen anderer Patienten [...] als hilfreich für die Bewältigung der eigenen Situation“ (S. 171). Den Autoren zufolge ist „die Anregung des Informationsaustausches zwischen den Patienten ein mindestens ebenso wichtiger Effekt [...] wie die Vermittlung von Wissen“ (ebd.). Perspektivenvielfalt in der PE scheint für Klienten besonders interessant zu sein. Doch selbst wenn sie die neu erworbenen Kenntnisse in der PE-Situation für anwendbar halten, greifen sie später im Alltag womöglich erneut auf gewohnte Denk- und Handlungsmuster zurück.

### 8.3.6 Lernziel und Lernerfolg

Der Lern- und Bildungserfolg bemisst sich in der PE in der Regel danach, ob das wissenschaftliche Krankheitskonzept vom Kli-

enten übernommen wurde. Der Therapeut, der dies zu erreichen versucht, muss auf Frustration gefasst sein, denn der Wunsch der Klienten, ihre eigene Entscheidungsfreiheit zu bewahren, wird bei dieser Zielsetzung zu wenig berücksichtigt. Ein realistischeres Ziel bestünde darin, die Bereitschaft des PE-Klienten zu wecken, sich auf einen Perspektivenwechsel „probedenkend“ und „probehandelnd“ einzulassen. Der Perspektivenwechsel vermittelt ihm für zukünftiges Denken und Handeln eine potenzielle Auswahl- und Entscheidungsposition, d. h. die Möglichkeit, seine bestehenden Handlungsmuster zu modifizieren oder alternative Muster anzuwenden. Mithin hat sich die Anzahl seiner Optionen erhöht; gleichzeitig bleibt seine Entscheidungsfreiheit unangestastet. Der Therapeut muss allerdings Abschied nehmen von der Vorstellung, steuern zu können, welche Option der Klient wählt. In einer Evaluationserhebung zum PEGASUS-Manual konnte Wienberg (1997) zeigen, wie sehr die Einschätzungen von Therapeuten und Klienten in der Frage differieren, welche Themen in der PE von Bedeutung sind. Das, was wichtig ist in der PE, wird unterschiedlich eingeschätzt. Die kritische Frage, die es zu beantworten gilt, lautet also, ob und inwieweit die Übernahme der wissenschaftlichen Krankheitstheorie mit samt ihren Handlungskonsequenzen als entscheidendes Kriterium für eine gelungene Krankheitsbewältigung durch den Klienten zu betrachten ist.

PE wird sich darauf einstellen müssen, dass Klienten individuell viable Behandlungsweisen entwickeln (wollen), die u. U. nur zum Teil mit dem vermittelten schulmedizinischen Wissen konform gehen. Zu überlegen ist, ob dies im Sinne einer Partizipation der Klienten (Shared-decision-Making), des Empowerment-Konzepts oder des Recovery-Ansatzes nicht nur wün-

schens-, sondern auch unterstützenswert wäre. In der Regel vermittelt PE eine standardisierte Behandlungsweise, die auf umfangreichen statistischen Häufigkeitsverteilungen beruht. Wissenschaftswissen wird aber nicht allein deshalb, weil es empirisch fundiert ist, vom Betroffenen als viabel empfunden. Auch Wissenschaftswissen muss seine Plausibilität im Alltag des Klienten unter Beweis stellen und hat folglich nicht für jeden – quasi auf normierende Weise – die gleiche Bedeutung.

Zahlreiche Häufigkeitsberechnungen weisen auch Varianzen auf (vgl. z. B. Wienberg u. Sibum, 2003, S. 173; Amering u. Schmolke, 2007, S. 35 f.). Im Rahmen eines Krankheitsbewältigungsprozesses gibt es nicht nur mehrere Wege zu einem Ziel, sondern auch unterschiedliche anzustrebende Ziele, die sich wiederum mit der Zeit (und den Erfahrungen) in der persönlichen Präferenz der Klienten ändern können. Wege und Ziele sind von einem gut informierten Klienten als letzte Instanz selbst auszuwählen. Umgang mit einer Erkrankung ist ein höchst subjektiver, in der Regel nicht zu normierender Prozess. Der Therapeut ist Experte für die Erkrankung, der Klient ist jedoch Experte dafür, wie er glaubt, sein Leben mit der Erkrankung leben zu können (und zu müssen). Aus Untersuchungen wissen wir, dass eine optimale Rezidivprophylaxe nicht automatisch auch eine Verbesserung der Lebensqualität der Klienten bedeutet (vgl. Rössler et al., 1999; Wienberg u. Sibum, 2003; Rabovsky u. Stoppe, 2004; Schmidt, 2012). Der Klient ist in der PE über die wissenschaftlichen Behandlungs- und Umgangsmöglichkeiten zu informieren, doch dies hat mit dem übergeordneten Ziel zu geschehen, dass er selbst herausfinden muss, was er aktuell als viabel erlebt und was für seine gegenwärtige persönliche Kosten-Nutzen-Rechnung stimmig

ist. Im Kontext von Patientenschulung hat Vogel (2001) darauf hingewiesen, dass Empowerment bedeutet, Respekt vor der Autonomie des Patienten zu haben, sodass man – die Grenzen der Selbst- und Fremdgefährdung achtend – auch „Entscheidungen des Patienten zu ‚ungesunden‘ Lebensweisen akzeptiert und sogar unterstützt.“ (S. 162). Dieses Vorgehen setzt eine gute Therapeut-Klient-Beziehung und die Möglichkeit voraus, Erfahrungen auch gemeinsam auszuwerten.

### 8.3.7 Fehlervermeidung und Erfahrungsevaluation

PE versucht, Rückfällen, ungesundem und riskantem Verhalten – aus klinischer Sicht „Fehlern“ – vorzubeugen. So verständlich dies von der menschlichen Seite und z.B. mit Blick auf die sozialen Folgen mancher Rückfälle ist, so sind aus pädagogischer Sicht doch auch Zweifel anzumelden. Rückfälle oder Erfahrungen mit riskantem Verhalten sind typische Irritationen, also Lernfenster, die die Chance bieten, aktuelle Erfahrungen des Klienten zu evaluieren, ein umfassenderes Verständnis der Situation zu fördern und Handlungsmuster zu korrigieren (Erfahrungsevaluation). Rückfall muss nicht als Zeichen für Versagen gewertet, sondern kann als Vorfall genutzt werden. Man lernt eben auch aus eigenen Fehlern und eigenen Erfahrungen (manchmal sogar nachhaltiger), und nicht nur durch gut gemeinte Hinweise. Erfahrungsevaluation bedeutet, einen sogenannten Fehler als Ergebnis vorangegangener Entscheidungen zu sehen und diesen Entscheidungsweg zu rekonstruieren, auszuwerten und für die Zukunft zu verbessern. Der Umkehrschluss, dass Rückfälle oder Erfahrung mit riskantem Verhalten stets anzustreben seien, gilt

natürlich nicht! Es geht hier lediglich um die Haltung des Therapeuten, in jedem Rückfall und riskantem Verhalten immer auch die Lern- und Bildungschance zu erkennen, zu nutzen und eine Möglichkeit zur gemeinsamen Erfahrungsevaluation zu schaffen. Im Kontext des Recovery-Ansatzes sprechen Amering u. Schmolke (2007) von der „Würde des Risikos“ (S. 171), vom „Recht, Fehler zu machen“ (ebd.), und davon, „verantwortliche Risiken“ (S. 261) zu ermöglichen, „damit Lern- und Lebenserfahrungen gemacht werden können“ (ebd.). Diese gilt es dann aber auch auszuwerten. PE wäre ein Forum dafür.

### 8.3.8 Ambulante Psychoedukation verstärken

Lerntheoretisch spricht einiges dafür, PE verstärkt ambulant einzusetzen. Es ist sinnvoll, initial im stationären Rahmen mit PE zu beginnen. Ein Klinikaufenthalt kann aus Sicht des Lernens als eine Irritation – und damit als Lernfenster – wirken; er ist aber zumeist eine stressbesetzte (und folglich die Lernfähigkeit hemmende) Episode im Gesamtkrankheits- und Gesamtlebensverlauf. Oft erschließen sich den Klienten durch die Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung in den gesünderen Phasen wichtige Perspektiven, die sie in den stationär behandlungsbedürftigen Phasen entwickelt haben, unterscheiden. Zusätzlich kann sich ambulante PE auf wesentliche Erfahrungen bezüglich des Krankheitsumgangs aus dem alltäglichen Lebensvollzug beziehen, die sowohl der Klient als auch der (oft langjährige) ambulante Bezugsbetreuer in die PE-Sitzungen mit einbringen kann. Bei der zurzeit gewöhnlich kurzen stationären Aufenthaltsdauer kann ambulante PE zudem mehr Zeit zum Lernen geben als PE

in den Kliniken, wo mitunter auf eine kurze Informationsvermittlung fokussiert wird. Hofer et al. (2001) haben in ihrer Untersuchung gezeigt, dass in einem Zeitraum von 10 Wochen die Krankheitskonzepte der Betroffenen durch PE nur sehr eingeschränkt veränderbar waren.

Für PE im psychiatrischen Bereich bedeutet dies, dass Sozialpsychiatrische Dienste oder alle Formen des betreuten Wohnens geradezu prädestiniert sind, ambulante PE standardmäßig anzubieten. Bei dem hier eingesetzten Fachpersonal handelt es sich überwiegend um Sozialpädagogen. Diese Berufsgruppe sollte sich verstärkt mit PE befassen. Sozialpädagogen stehen der Alltagsbegleitung der Klienten am nächsten und kennen die Klienten z. T. über viele Jahre. Infolgedessen besitzen sie auch ein (Mit-) Wissen über die Höhen und Tiefen in der Krankheitsbewältigung, das sie gewinnbringend in die ambulant durchgeführte PE einbringen können.

## 8.4 Fazit

Es ist hilfreich, sich als Anwender von PE vor Augen zu führen, dass man Erwachsenenbildung betreibt. Für Lern- und Bildungsprozesse von Erwachsenen gelten bestimmte Kriterien, die zu kennen manche konkrete Situationen leichter erklärbar, verständlicher und besser handhabbar machen. Die Einstellung, mit PE Erwachsenenbildung zu betreiben und sich ihre Potenziale als auch Limitationen bewusst zu machen, schützt zudem vor der Tendenz, die erwachsenen Klienten womöglich doch nach-erziehen zu wollen.

## Literatur

- Amering M, Schmolke M (2007). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. 2. Aufl. Köln (Psychiatrie-Verlag).
- Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ (2008). *Konsensuspapier zu psychoedukativen Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen*. In: Bäuml J, Pitschel-Walz G (Hrsg.). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. 2. Aufl. Stuttgart (Schattauer), S. 1–34.
- Bäuml J (2008). *Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis*. 2. Aufl. Heidelberg (Springer-Verlag).
- Bäuml J (2010). *Einleitung*. In: Bäuml J, Pitschel-Walz G, Berger H, Gunia H, Heinz A, Juckel G (Hrsg.). *Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES)*. 2. Aufl. Stuttgart (Schattauer), S. 1.
- Dewe B (2006). *Erwachsenenbildung/Weiterbildung*. In: Krüger H, Grunert C (Hrsg.). *Wörterbuch Erziehungswissenschaft*. 2. Aufl. Opladen (Verlag Barbara Budrich), S. 121–128.
- Hofer E, Wancata J, Amering M (2001). „Ich bin ein unverständenes Wesen auf Erden“. *Krankheitskonzepte von PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie vor und nach Psychoedukation*. In: *Psychiatr Prax* 28: 287–291.
- Holzcamp K (1993). *Lernen. Eine subjektwissenschaftliche Grundlegung*. Frankfurt a. M. (Campus).
- Hornung W P (1999). *Psychoedukative Interventionen*. In: Krausz M, Naber D (Hrsg.). *Integrative Schizophrenietherapie*. Basel (Karger), S. 113–147.
- Kilian R, Lindenbach I, Angermeyer M C (2001). „(...) manchmal zweifle ich an mir, wenn es mir nicht gut geht“. In: *Psychiatr Prax* 28: 168–173.
- Marotzki W (2006). *Erziehung*. In: Krüger H-H, Grunert C (Hrsg.). *Wörterbuch Erziehungswissenschaft*. 2. Aufl. Opladen (Verlag Barbara Budrich), S. 146–152.
- Neurologen & Psychiater im Netz (o.J.). *Therapieformen/Psychoedukation*. [http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin//show.php3?id=87&nodeid=zuletzt\\_aufgerufen\\_am\\_4.9.2013](http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin//show.php3?id=87&nodeid=zuletzt_aufgerufen_am_4.9.2013).



- Rabovsky K, Stoppe G (2004). Compliance und Lebensqualität – spezielle Aspekte der Langzeitbehandlung. In: Pajonk F G, Falkai P (Hrsg.). Langzeittherapie der Schizophrenie. Bremen (UNI-MED Verlag), S. 132–142.
- Rössler W, Salize H J, Cucchiario G, Reinhard E, Kernig C. (1999). Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics? In: Acta Psychiatr Scand 100: 142–148.
- Schmidt F (2012). Nutzen und Risiken psychoedukativer Interventionen für die Krankheitsbewältigung bei schizophrenen Erkrankungen. Köln (Psychiatrie-Verlag).
- Siebert H (2009). Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung. Didaktik aus konstruktivistischer Sicht. 6. Aufl. Augsburg (Ziel Verlag).
- Vogel H (2001). Fragen zur Didaktik in der Patientenschulung. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 54: 161–163.
- Walther C (2011). Schizophrenie als Lern- und Bildungsanlass. Psychoedukation aus pädagogischer Sicht. Köln (Psychiatrie-Verlag).
- Wienberg G (1997). Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoauffektiv Erkrankten: Konzeption und erste Ergebnisse einer Nutzer- und Anwenderbefragung. In: Dittmar V, Klein H E, Schön D (Hrsg.). Die Behandlung schizophrener Menschen. Integrative Therapiemodelle und ihre Wirksamkeit. Regensburg (S. Roderer Verlag), S. 19–44.
- Wienberg G, Sibum B (2003). Psychoedukative Therapie schizophrener Erkrankter – Einordnung und Überblick. In: Wienberg G (Hrsg.). Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoauffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis. Köln (Psychiatrie-Verlag), S. 131–212.
- Wienberg G, Walther C, Berg M (2013). PEGASUS. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoauffektiv erkrankten Menschen. 6. Aufl. Köln (Psychiatrie-Verlag).
- Wiedemann G, Klingberg S, Pitschel-Walz G., Arbeitsgruppe Psychoedukation (2003). Psychoedukative Interventionen in der Behandlung von Patienten mit schizophrenen Störungen. Nervenarzt 74: 789–808.