

2 Spezifische Aspekte der Psychoedukation in der Psychiatrie und Psychotherapie

J. Bäuml, G. Pitschel-Walz

2.1 Methodische Einordnung der Psychoedukation

Die Verortung der Psychoedukation innerhalb der psychotherapeutischen Verfahren ist aufgrund der interaktiven Vorgehensweise, der Ressourcenorientierung, der Wertschätzung, der optimistischen Grundhaltung und des Prinzips der Selbstbefähigung mit Förderung der Selbstwirksamkeit am ehesten innerhalb der Verhaltenstherapie unter Einschluss humanistischer Therapieelemente zu sehen (Grawe et al., 2004). Die noch gelegentlich zu findende Etikettierung als „Eduktion“ im Sinne einer direktiven, autoritären Vermittlung von „Herrschaftswissen“ (Klinitz, 2006) läuft dem modernen Selbstverständnis der Psychoedukation diametral zuwider. Psychoedukation möchte die Betroffenen durch umfassende Aufklärung und durch ein patientengerechtes Vertrautmachen mit dem erforderlichen Hintergrundwissen über die Erkrankung und die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen befähigen, mit den „Herrschern“ auf dem therapeutischen Feld auf Augenhöhe sprechen zu können. Es handelt sich also um ein „Teilen“ des tradierten Wissensvorsprungs im Sinne des Shared-decision-Making (Hamann et al., 2009), das die Voraussetzungen für eine partnerschaftliche Therapie schafft.

2.2 Emotionale Aspekte

Angestoßen im Jahr 1975 durch die Psychiatrie-Enquete und die Forderung nach Gleichstellung von somatisch und psychisch Kranken, hat sich mit einiger Zeitverzögerung auch bei seelisch Kranken der Anspruch auf ein attraktives und menschenwürdiges Milieu in psychiatrischen Kliniken und Krankenhäusern durchgesetzt. Als Paradebeispiel können hier die in den letzten Jahren neu entstandenen psychosomatischen Kliniken genannt werden, die oft über prächtige Eingangshallen und sehr ansprechende Empfangstheken verfügen, mit denen selbst viele Hotels nicht ohne weiteres konkurrieren können.

Parallel zur Aufwertung der Klinikgestaltung hat sich auch die Akzeptanz von psychosomatischen Krankheitsbildern in der Bevölkerung deutlich verbessert. Als „Speerspitze“ dieses neuen, von alten Vorurteilen befreiten Krankheitsbildes kann das „Burnout“-Syndrom gelten. Dieser paraphrasierende Begriff („Deckmantel“) ermöglicht es immer mehr Menschen, sich zu den Krankheitssymptomen einer Depression zu bekennen und eine Behandlung anzunehmen. Je attraktiver und angesehener ein Krankheitsbild ist und je mehr soziale Anerkennung damit verbunden wird, desto größer ist auch der sekundäre Krankheitsgewinn. Wahrscheinlich steigt damit auch die Akzeptanz des zugehörigen Diagnosebegriffs (Burisch, 2010).

So sehr dieser Perspektivenwechsel bei leichteren seelischen Erkrankungen und vor

allem psychosomatischen Krankheitsbildern zu begrüßen ist, so wenig scheinen die Patienten mit den psychiatrischen Kerndiagnosen wie Schizophrenie, bipolare Erkrankungen, Demenzen und schweren Persönlichkeitsstörungen davon zu profitieren. Menschen mit diesen Erkrankungen fühlen sich nach wie vor nicht wertgeschätzt, sondern stigmatisiert. Entsprechend schwer fällt es ihnen, ihre Erkrankung zu akzeptieren und konsequent behandeln zu lassen (Baumann et al., 2006).

Deshalb zählt es zu den vornehmsten Aufgaben der Psychoedukation, die zum Verständnis und zur Akzeptanz der Erkrankung erforderlichen Informationen möglichst ansprechend und minimal stigmatisierend aufzubereiten. Damit soll keiner billigen „Schönfärberei“ das Wort geredet werden! Bei der Konzeption der Informationsvermittlung sollte vielmehr stets der Grundsatz gelten, dass diese Kenntnisse für die Betroffenen zu keinem Zeitpunkt ihrer Erkrankung – einschließlich Phasen depressiver Verstimmung mit Verzweiflungsgefühlen und lebensverneinenden Gedanken – eine belastende oder angsterregende Rückwirkung auf ihr subjektives Befinden haben dürfen (Bäuml et al., 2010).

Psychoedukation darf niemals verwechselt werden mit der Vermittlung von krankheitsbezogenen Fakten im juristischen Sinne einer „umfassenden Aufklärung“. So sehr die Patienten ein Recht darauf haben, die Wahrheit über ihre Erkrankung und die mit einer Behandlung einhergehenden Nebenwirkungen zu erfahren, so sehr haben sie auch ein Recht darauf, dass diese Information ihrer krankheitsbedingten und zumindest vorübergehend reduzierten Belastbarkeit angepasst wird.

Die Vermeidung von deprimierenden und mutlos machenden Fakten und die Einkleidung der Information in ein saluto-

genetisch orientiertes Gesamtkonzept sind die beiden Grundpfeiler der Psychoedukation!

2.3 Ressourcenorientierung

Als naturwissenschaftliche Disziplin wurde die Medizin vor allem dadurch wirksam und erfolgreich, dass sie sich ganz konkret auf die wesentlichen pathophysiologischen Faktoren der zugrunde liegenden Erkrankungen konzentrierte. Dieses aus der Somatik hervorgegangene Modell wurde auch von der Psychiatrie übernommen; durch die konkrete, detaillierte Beschreibung der psychopathologischen Auffälligkeiten ist es den Vorreitern der modernen Psychiatrie (Griesinger, Kraepelin, Bleuler, Jaspers, Kurt Schneider etc.) schließlich gelungen, international anerkannte Krankheitsentitäten zu formulieren, die eine eindeutige und verlässliche Kommunikation über die einzelnen Leidenszustände und eine möglichst genaue Zuordnung der Beschwerden zu anerkannten Krankheitsbildern gewährleisten. Damit ging zwangsläufig eine ausschließliche Konzentration auf die Defizite und krankheitsbedingten Auffälligkeiten der Erkrankten einher.

Übersehen wurde dabei, dass die unzweifelhaft vorhandenen Begabungen, das Gespür für feine Zwischentöne im mitmenschlichen Bereich, die Originalität, die Kreativität, die unkonventionelle Denkweise und das oft unerschrockene Infragestellen rigider Konventionen einen immensen Schatz darstellen, der zum Nährboden für bahnbrechende künstlerische Kreationen und innovative Neuschöpfungen werden kann. Ohne dies euphemistisch vertiefen zu wollen, ist freilich auch zu erwähnen, dass diese Begabungen bei psychisch Erkrankten lei-

der nicht immer von entsprechendem wirtschaftlichem Erfolg gekrönt sind.

Nach heutigem Verständnis können derartige „Softskills“ nur dann erfolgreich zum Tragen kommen, wenn die kognitive „Hardware“ eine gewisse Basisstabilität besitzt. Zur Manifestation einer seelischen Erkrankung kommt es vermutlich dann, wenn die mit der kreativen Begabung einhergehende sensorische und kognitive Informationsfülle vom neuronalen Netzwerk nicht mehr eindeutig und zuverlässig verarbeitet werden kann. Nach heutiger Sprachregelung lässt sich dies vielleicht am besten mit dem Begriff der „erhöhten Vulnerabilität“ umschreiben.

Der auf Zubin und Spring (1977) zurückgehende Vulnerabilitätsbegriff erlaubt ein mehrdimensionales Erklärungsmodell (Zusammenwirken von genetischen, somatischen und erlebnisreaktiven Momenten), das die Wechselwirkung von subjektiver Konstitution und objektiven Umgebungsstressoren bei der Entstehung seelischer Erkrankungen dynamisch verknüpft.

Auch wenn davor zu warnen ist, diese einzelnen Faktoren allzu mechanistisch aufzuaddieren und eine sich daraus zwingend ergebende Krankheitslogik aufzubauen, so sind die didaktisch anschaulichen Vorteile des Konzepts nicht hoch genug zu bewerten. Es ermöglicht den Betroffenen, ihr „So-Sein“ als ein natürliches Zusammenwirken unterschiedlicher Einflussebenen zu begreifen, das durch die Aktivierung eigener Willenskräfte und eigenen Selbstbehauptungsvermögens durchaus beeinflusst, aber nicht beliebig verändert werden kann.

Das Sich-Abfinden und das Sich-Einlassen auf ein irgendwie schicksalhaft bedingtes Persönlichkeitsprofil führt den Betroffenen Grenzen vor Augen, deren Bewältigung in der Regel eine intensive, supportiv-psychotherapeutische Begleitung erfordert. Die

daraus resultierende Trauerarbeit wird umso eher gelingen, je mehr die prädisponierenden Faktoren nicht als „minderwertige“ Ausgangskonstitution und „Fehlanlagen“ empfunden werden, sondern vielmehr als Zeichen eines individualistischen, non-konformen und letztendlich „anderen“ Lebensentwurfes (Bäumel et al., 2007).

Es reicht also nicht, die Betroffenen lediglich über einen „entgleisten Dopaminhaushalt“, einen Mangel an serotonergen und noradrenergen Stoffen oder eine „Unterfunktion angstverarbeitender Zentren“ zu informieren. Es müssen immer auch die funktionierenden und potenziell unerschöpflichen Entwicklungsmöglichkeiten ihrer zentralnervösen Veranlagung betont werden, damit sie das Gefühl nicht verlieren, neben der Krankheit auch eine besondere, unverwechselbare Individualität und Originalität zu besitzen, die vieles von dem wettmachen kann, was die sogenannten Gesunden lediglich unter dem Begriff „Krankheit“ verbuchen würden. Die Wertschätzung dieser Ressourcen besitzt eine wesentliche salutogenetische Funktion!

2.4 Kognitive Aspekte

80 % der von einer Schizophrenie betroffenen Patienten (Jahn et al., 2011) sowie ein Großteil der affektiv oder auch anderweitig psychisch Erkrankten leiden zumindest vorübergehend unter relevanten kognitiven Einbußen, sodass die Aufnahmefähigkeit vor allem in der Akutphase stark beeinträchtigt sein kann. Deshalb müssen psychoedukative Informationen sehr strukturiert, übersichtlich gegliedert und in leicht greifbare Einzelelemente aufgeteilt werden.

Die parallele Visualisierung der Inhalte mit einprägsamer Darstellung komplexer Sachverhalte durch selbsterklärende, einleuchtende Bilder ist ein wesentliches didaktisches Element der Psychoedukation.

Auch eine einfache, anschauliche Sprache, kurze Sätze, der Verzicht auf Fremdwörter und das Vermeiden langer Monologe sind eine wichtige psychoedukative Basistugend. Das im Kasten dargestellte KISS-Modell verdeutlicht wesentliche didaktische Prinzipien.

KISS-Prinzip (Keep It Short and Simple)

In Bildern sprechen
 Anschaulich (Analogien schaffen)
 Maximal drei Botschaften
 Fachausdrücke vermeiden („Dolmetschen“!)
 Einbinden (Eselsbrücken und Gedächtnisstützen)
 Interaktive Informationsvermittlung
 Nachfragen (Wiederholen lassen)
 Interessante und packende Darstellung
 Humor!!!

Die genauere Begründung und Beschreibung der kognitiven Probleme bei psychischen Erkrankungen können in entsprechenden neuropsychologischen Publikationen (z. B. Jahn et al., 2011) nachgelesen werden.

2.5 Kleinster gemeinsamer Nenner aller psychischen Erkrankungen

Das im psychiatrisch-psychotherapeutischen Handeln natürliche Nebeneinander von somatisch orientierten Therapieverfahren einerseits (Medikation, EKT, Repetitive Transcranielle Magnetstimulation, Lichttherapie, Schlafentzug, Vagusstimulation, Tiefe

Hirnstimulation etc.) und mannigfaltigen psychotherapeutischen Verfahren andererseits (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologische Verfahren, Humanistische Verfahren etc.) schafft einen scheinbar unüberbrückbaren Gegensatz zwischen beiden Behandlungsbereichen. Durch zahlreiche Studien und wachsende Erfahrung konnte mittlerweile gezeigt werden, dass erst ein konsequentes Zusammenspiel beider Verfahren den Therapieerfolg deutlich verbessert (Pitschel-Walz et al., 2007; Huhn et al., 2014). Der Psychoedukation kommt die entscheidende Aufgabe zu, nicht allein dafür zu sorgen, dass sich der vermeintliche Graben zwischen Psychopharmakotherapie und Psychotherapie in der Wahrnehmung der Betroffenen gar nicht erst auftut, sondern von Anfang an konsequent und glaubwürdig zu belegen, dass nur die professionelle Kombination beider Verfahren im Zusammenspiel mit den Selbstbewältigungskräften der Betroffenen den besten Therapieerfolg gewährleistet (Bäumel, 2008). In diesem Kontext leistet das Synapsenmodell einen unschätzbaren Beitrag, weil es anschaulich vermittelt, dass die postsynaptisch wirksame Medikation und die präsynaptisch wirksame psychotherapeutische Behandlung einander synergistisch ergänzen (siehe auch Kapitel 4.1).

2.6 Ausblick

Der sehr frühzeitige und systematische Einsatz der Psychoedukation kann den Boden dafür bereiten, dass die Patienten und ihre Angehörigen nicht in Versuchung geraten, ein einseitiges oder eindimensionales Krankheitskonzept zu entwickeln. Stattdessen lernen sie von Beginn an, die multidimensionale Entstehung ihrer Erkrankung