

Aufbau einer Peer-geleiteten Recovery-Gesprächsgruppe auf einer psychiatrischen Aufnahmestation

Abschlussarbeit DAS Experienced Involvement

Jan Curschellas

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit

Studiengang DAS EX-IN

Referent:

Andreas Heuer, Studienleiter

Zürich, 23. März 2012

Inhaltsverzeichnis

1	Abstract.....	3
2	Einleitung.....	4
2.1	Ausgangslage.....	4
2.2	Motivation.....	4
2.3	Zielsetzung und Eingrenzung.....	5
3	Fragestellung.....	6
3.1	Hauptfragen.....	6
3.2	Teilfragen.....	6
4	Methode / Vorgehen.....	6
5	Definitionen.....	6
5.1	Recovery.....	6
5.2	Empowerment.....	7
5.3	Peer.....	7
5.4	Berliner Modell.....	7
6	Aufbau der Gesprächsgruppe.....	8
6.1	Ziele der Recovery-orientierten Gesprächsgruppe.....	8
6.2	Die Rolle und Aufgabe des Gruppenleiters.....	9
6.3	Die Rolle und Aufgabe der Co-Leitung.....	9
6.4	Methoden der Gesprächsgruppe.....	10
6.5	Hilfsmittel.....	12
6.6	Inhalte der Gesprächsgruppe.....	12
6.7	Voraussetzungen für die Teilnahme.....	14
6.8	Ablauf und Gesprächsregeln.....	15
7	Erfahrungsbericht einer thematischen Gesprächsgruppe.....	16
7.1	Planung.....	16
7.2	Vorbereitung.....	16
7.3	Durchführung.....	17
7.4	Auswertung.....	19
8	Ergebnisse.....	20
9	Diskussion.....	21
9.1	Stärken und Schwächen.....	22
10	Schlussfolgerungen.....	22
11	Literaturverzeichnis.....	23
12	Abbildungsverzeichnis.....	24
13	Tabellenverzeichnis.....	25

1 Abstract

Einleitung: Innerhalb meines Praktikums als Absolvent des Studienganges Experienced Involvement habe ich die Aufgabe bekommen, ein Angebot für eine Recovery-orientierte Gesprächsgruppe auf einer akut-psychiatrischen Station aufzubauen.

Ziel: Ziel dieser Diplomarbeit ist die Entwicklung und Durchführung eines Konzeptes für eine Peer-geleitete Recovery-Gesprächsgruppe.

Methode: Das mit zwei weiteren Autoren gemeinsam entwickelte Konzept für eine Recovery-orientierte Gesprächsgruppe des Sanatoriums Kilchberg wurde erarbeitet und wird in vorliegender Arbeit beschrieben. Die Inhalte der Gesprächsgruppe sowie meine eigenen Erfahrungen werden beschrieben und reflektiert.

Ergebnisse: Im Zeitraum vom 19. Oktober 2011 bis 15. Februar 2012 wurde die Recovery-orientierte Gesprächsgruppe 11 Mal im Sanatorium Kilchberg erfolgreich durchgeführt. Ein Erfahrungsbericht über die Durchführung einer solchen Gesprächsgruppe wird geschildert und erste Ergebnisse werden aufgezeigt.

Diskussion: Die Kombination von einem Peer als Leitung und einer Pflegefachkraft als Co-Leitung hat sich bewährt. Die Gruppenleitung durch einen Peer führt zu einer veränderten Gruppendynamik.

Schlussfolgerungen: Die Gesprächsgruppe könnte in Zukunft mit weiteren kreativen pädagogischen Ideen ausgebaut werden.

2 Einleitung

2.1 Ausgangslage

Im Rahmen meiner DAS Experienced Involvement (EX-IN) Ausbildung absolvierte ich zwei Praktika im Sanatorium Kilchberg bei Zürich auf einer psychiatrischen Aufnahmestation. Der Stationsleiter bot mir noch während des ersten Praktikums an, mich als Peer künftig in das Team aufzunehmen. Er sei sehr an einer Zusammenarbeit mit mir interessiert und meinte, dass ich gut in das Team passen würde. Da die Finanzierung der Peer's in der Klinik noch nicht geregelt sei, wurde ich zunächst in einem kleinen Teilzeitpensum angestellt und meine Entlohnung erfolgte aus dem Stationsbudget.

Auf dieser Akutstation gab es bis vor 2 Jahren eine Gesprächsgruppe. Die Themenwahl war frei und wurde immer zu Beginn der Stunde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bestimmt. Der Fachverantwortliche der Station ist mit der Frage an mich herangetreten, ob ich mir vorstellen könne, künftig diese Gruppe wieder ins Leben zu rufen. Mich begeisterte die Idee von Beginn an. Von einer Studienkollegin wusste ich, dass sie schon seit 2 Jahren als Betroffene an der UPD Bern (Universitäre Psychiatrische Dienste) eine Gruppe leitet, um den Recovery-Prozess zu unterstützen. Mir gefiel, dass sie in Bern die Themen auf Recovery ausgerichtet haben. Ich erzählte dies dem Stationsleiter, welcher die Idee sehr gut fand. So haben wir das eine mit dem anderen vereint, indem wir gemeinsam ein Konzept für eine Recovery-orientierte Gesprächsgruppe ausgearbeitet haben.

Seit September 2011 arbeite ich als Peer-Mitarbeiter in einer Teilzeitstelle am Sanatorium Kilchberg. Als Peer leite ich die Gesprächsgruppe mit einer Pflegefachfrau als Co-Leiterin. Die neu konzipierte Recovery-Gruppe startete im Oktober 2011.

2.2 Motivation

Der Fokus der Gesprächsgruppe liegt darin, die zentralen Botschaften des Recovery-Konzeptes für Betroffene fassbar zu vermitteln. Durch meine eigene Betroffenheit kann ich für andere Betroffene eine Vorbildfunktion darstellen, um ihnen Mut und Zuversicht zu geben, sich auf den eigenen Genesungsprozess einzulassen.

Psychische Erkrankungen sind in der Gesellschaft nach wie vor ein Tabu-Thema. Fast niemand spricht darüber. Meine Motivation ist es, dieses Schweigen, welches oft mit Scham und Schuld behaftet ist, zu durchbrechen. Im Psychoseseminar, welches ich

schon seit mehreren Jahren besuche, habe ich die wohltuende Erfahrung gemacht, dass es Menschen gibt, die das Unaussprechliche hören wollen. Das wohlwollende Klima ermutigte mich, über mein Erleben zu sprechen, was mir anfangs schwerfiel, da mir zunächst die passenden Worte fehlten. Nach und nach wurde mir das Erleben in den psychotischen Episoden bewusster und ich lernte, dass meine Erfahrungen ein Wissen ist, welches auch für andere einen Wert haben kann. Mit der Recovery-orientierten Gesprächsgruppe bezwecke ich, Betroffenen einen Anstoss zu geben, sich selber auf den Weg der Genesung zu begeben. Sowie ihnen die Zuversicht zu vermitteln, dass man auch von einer schweren psychischen Erkrankung wieder genesen kann.

2.3 Zielsetzung und Eingrenzung

Das Ziel dieser Arbeit liegt in der Entwicklung eines Konzeptes für eine Recovery-orientierte Gesprächsgruppe auf einer akut-psychiatrischen Station. Diese Arbeit kann auch für andere, die eine solche Gruppe aufbauen wollen, als Beispiel dienen. Mit dieser Arbeit soll weiter die Umsetzung einer solchen Gruppe beschrieben und mit ersten Erfahrungen ergänzt werden.

Eine ausführliche Evaluation der Gesprächsgruppe ist nicht Gegenstand dieser Arbeit.

3 Fragestellung

3.1 Hauptfragen

- Was beinhaltet ein Konzept einer Peer-geleiteten Recovery-orientierten Gesprächsgruppe auf einer psychiatrischen Aufnahmestation?
- Welche Erfahrungen wurden vom Autor bei der Umsetzung gemacht?

3.2 Teilfragen

- Welche Rahmenbedingungen sind für den Aufbau und die Durchführung der Gesprächsgruppe wichtig?
- Wie können zentrale Recovery-Themen in eine Gruppe integriert werden?
- Welche Strukturen, Interventionen und Haltungen fördern den Recovery-Prozess, welche hindern diesen?

4 Methode / Vorgehen

Das mit zwei weiteren Autoren gemeinsam entwickelte Konzept für eine Recovery-orientierte Gesprächsgruppe des Sanatoriums Kilchberg wurde erarbeitet und wird in vorliegender Arbeit beschrieben. Als Basis der Recovery-orientierten Gesprächsgruppe ziehe ich das Konzept des Berliner Modells bei. Mein Erfahrungswissen als Peer und Psychiatrie-Erfahrener wird transparent eingebracht. Die Recovery Gesprächs-Themen wurden aus der Literatur ergänzt. Die Inhalte der Gesprächsgruppe sowie meine eigenen Erfahrungen werden beschrieben und reflektiert. Weiter folgt ein Bericht über die Durchführung einer solchen Gesprächsgruppe. Im Diskussionsteil werden die Erfahrungen und Reflexionen zusammengefasst und einen Ausblick in die Zukunft der Gruppe gegeben.

5 Definitionen

5.1 Recovery

Recovery ist „(...) ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der eigenen Überzeugungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. So eröffnen

sich Möglichkeiten, um ein befriedigendes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen und zwar auch mit den von der Erkrankung verursachten Einschränkungen. Während man über die katastrophalen Auswirkungen der psychischen Erkrankung hinauswächst, gewinnt das Leben eine neue Bedeutung, kann man einen neuen Sinn entwickeln.“ (Anthony, 1993, in Amering & Schmolke, 2012, S. 25)

5.2 Empowerment

„Der Begriff Empowerment lässt sich mit Selbstbefähigung oder Selbstbemächtigung übersetzen. (...) Empowerment meint die Zurückgewinnung von Stärke und Einfluss betroffener Menschen auf ihr eigenes Leben und steht für eine Emanzipation der Betroffenen.“ (Knuf, 2006, S. 7-8)

5.3 Peer

Der Begriff „Peer“ kommt aus dem englischen Sprachraum und bedeutet „gleich“. „Peer“ heisst im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit „Psychiatrie-Erfahrener“. Ein Psychiatrie-Erfahrener ist jemand, der die Psychiatrie selbst erfahren hat. Eine zeitgemässe Form der Genesungsbegleitung ist die Peer-Beratung. Ein Peer-Berater spricht die gleiche Sprache wie die zu beratenden Klienten, zeichnet sich durch die Reflexion der eigenen Erfahrungen aus und besitzt die Bereitschaft, sein Erfahrungswissen zu teilen.

5.4 Berliner Modell

Das Berliner Modell diene uns als Werkzeug bei der Planung der Gesprächsgruppe. Es wurde von dem Pädagogen Paul Heimann (Heimann, Otto & Schulz, 1979) für Schule und Unterricht entwickelt. Das Berliner Modell half uns, die vielen Faktoren, die in die Gesprächsgruppe einfließen und beeinflussen, zu berücksichtigen (siehe auch Kap. 6.4 Methoden). Auf diese Weise soll ein gezielter und geplanter Austausch ermöglicht werden.

6 Aufbau der Gesprächsgruppe

Die folgenden Darlegungen sind aus dem Konzept der „Recovery-orientierten Gesprächsgruppe“ des Sanatoriums Kilchberg entnommen (Curschellas, Moser & Zulauf, 2011). Das Kilchberger Konzept beruht teilweise auf dem Konzept „Gruppe Gesundheit und Wohlbefinden“ der Station Lüthy der UPD Bern (Burr & Winter, 2010).

6.1 Ziele der Recovery-orientierten Gesprächsgruppe

Der Klient¹ erlebt und reflektiert das eigene Denken, Fühlen, Handeln und Verhalten im direkten Kontakt und Umgang mit den Mitmenschen. Er erkennt eigene Entscheidungsprozesse, übernimmt Verantwortung und fördert damit das Vertrauen in sich, die Umwelt und seine Mitmenschen. Die Teilnehmer erhalten die Möglichkeit, mit anderen Menschen ins Gespräch zu kommen und sich in der Gruppe auszutauschen. Dabei lernen sie, aufeinander einzugehen und dem Gegenüber zuzuhören. Jeder bekommt die Möglichkeit seine Erfahrungen, Meinungen, sowie seine Erlebnisse so auszudrücken, dass er sich emotional und auch inhaltlich ernstgenommen fühlt. Das fördert das Gruppengefühl und die Zusammengehörigkeit. Geduld, Konzentration, Durchhaltevermögen sowie Achtsamkeit werden erlebt, gelebt und geübt. Ein weiteres angestrebtes Ziel der Recovery-orientierten Gesprächsgruppe liegt in der Möglichkeit, Hoffnung wieder zu erlangen sowie sich seiner Ziele bewusst zu werden. Zudem ermöglicht sie auch, den Selbstwert zu erkennen, aufzubauen und zu erleben. Um Empowerment leben zu können, ist es wichtig, Stigmatisierung und Selbststigmatisierung zu erkennen und schrittweise zu überwinden. Überhaupt ist es wichtig, dem Unaussprechlichen Raum zu geben und Gehör zu verschaffen. Der Abbau von Unsicherheit und Angst ist, ebenso wie der Aufbau von Anerkennung und Sicherheit, für die Genesung eine wichtige Entwicklung, die durch die Gesprächsgruppe angeregt wird. Die Teilnehmer sollen auch die Möglichkeit eines adäquaten Entspannungsventils bekommen, etwa indem sie Bedrückendes und Angestautes ansprechen dürfen. Jeder soll von den Erfahrungen eines Peers und den anderen Gruppenteilnehmern profitieren können.

¹Mit Rücksicht auf die deutsche Sprache und ihren Fluss und somit auf die Lesbarkeit dieser Arbeit verwende ich hier und im Folgenden ausschliesslich die männliche Form, Frauen sind selbstredend immer mitgemeint.

6.2 Die Rolle und Aufgabe des Gruppenleiters

Der Gruppenleiter trägt als Moderator die Verantwortung. Als ausgebildeter Peer bringt der Leiter eine grosse Eigenerfahrung mit. Er strukturiert, gibt Sicherheit und echte Anerkennung. Er nimmt Stimmungen sowie die verschiedenen Verhaltens- und Aussageformen auf und spiegelt die Interaktionen. Er lässt Raum für die verschiedenen Persönlichkeiten, nimmt Gefühle auf und verbalisiert diese. Der Leiter achtet zudem auf die nonverbale Kommunikation und geht darauf ein. Er beobachtet und nimmt das aktuelle Befinden der Gruppenteilnehmer wahr. Eine einfache Sprache sowie positiv verstärkende Rückmeldungen werden angestrebt. Die Gesprächsgruppe soll Raum für emotionale Sicherheit bieten. In schwierigen, grenzüberschreitenden Situationen versucht der Gruppenleiter situationsgerecht und angemessen einzuschreiten und Leitlinien zu bieten. Das Ziel besteht darin, die gesunden Anteile der Klienten zu fördern. Der Teilnehmer wird als Experte in eigener Sache betrachtet. Das bedeutet, dass sein Denken, Fühlen, Wollen und Handeln sowie seine Lebenserfahrungen wichtige persönliche Ressourcen sind, welche sensibilisiert, gestärkt und aufgebaut werden. Die Gruppenintimsphäre ist ein fragiles Gut. Da die Gruppe einen geschützten Rahmen bietet, sollen auch die Gesprächsinhalte vertraulich behandelt werden und die Gesprächsrunde nicht verlassen. Aus Diskretionsgründen wird auf ein Protokoll verzichtet. Jede Gruppensitzung wird von dem Gruppenleiter mit der Co-Leitung vor- und nachbesprochen. Die Leiter der Gesprächsgruppe verstehen sich als Lernende und streben eine Begegnung auf gleicher Augenhöhe mit den Betroffenen an. Sie vermitteln keine Patentrezepte.

6.3 Die Rolle und Aufgabe der Co-Leitung

Die Co-Leitung ist das unterstützende Organ des Gruppenleiters. Sie übernimmt verschiedene Aufgaben. Hauptsächlich sorgt sie für einen störungsfreien Ablauf und beobachtet das Verhalten und Befinden aller Gruppengesprächsteilnehmer. In Rücksprache mit dem Gruppenleiter begleitet sie Klienten, welche es aus verschiedenen Erlebnisformen nicht mehr in der Gruppe aushalten, aus dem Gesprächsraum hinaus. Sie reagiert auch auf mögliche Alarme, welche auf der Station stattfinden. Die Co-Leitung unterstützt den Gruppenleiter, wenn dieser kommunikative Hilfestellung benötigt. Bei der Raumgestaltung und Vorbereitung hilft sie dem Gruppenleiter. Sie wird zur Vor- und Nachbesprechung sowie zur Gruppenevaluation eingesetzt. Sie ist über das Gruppengesprächskonzept und allen weiteren Anteilen

informiert. Die Co-Leitung bringt das psychiatrische Fachwissen mit ein in den Bereichen Kommunikation, Pflege, Psychopathologie und Methoden.

6.4 Methoden der Gesprächsgruppe

- **Berliner Modell**

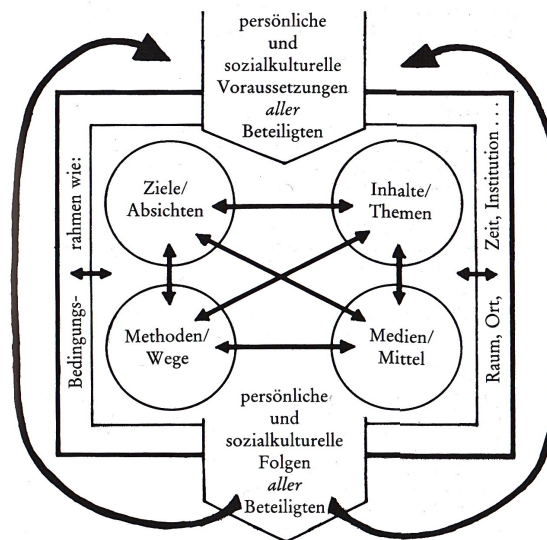


Abbildung 1: Das Berliner Modell aus Klein, 2002, S. 145

Das Berliner Modell möchte helfen, zu sinnvollen Entscheidungen über das „Warum, Wohin, Was und Wie“ in einer Gruppe zu kommen unter Berücksichtigung der jeweils unterschiedlichen Bedingungen und Situationen. Es gibt Hilfen zur Analyse und Planung einzelner Schritte und zur nachträglichen Reflexion und Auswertung von Gruppenstunden (Klein, 2002, S. 140). Das Berliner Modell nennt sechs Faktoren, die bei der Planung und Vorbereitung berücksichtigt werden sollten:

- 2 *Bedingungsfaktoren*
- 4 *Entscheidungsfaktoren*

Klein formuliert weiter: „Alle sechs Faktoren beziehen sich aufeinander. Unter ihnen besteht ein Zusammenhang. Jeder Faktor muss im Blick auf den anderen betrachtet werden“ (Klein, 2002, S. 143). (In der bildlichen Darstellung, siehe Abb. 1, wird dies durch Pfeile ausgedrückt.)

Im Folgenden werden die sechs Faktoren aufgeführt und mit Kommentaren (in kursiver Schrift) bezüglich meines Vorgehens ergänzt.

Zu den 2 **Bedingungsfaktoren** gehören:

1. Bedingungsrahmen

Die Gesprächsgruppe findet jeden Mittwoch von 14:00 bis ca. 15:15 Uhr im grossen Aufenthaltsraum der Station D2 des Sanatoriums Kilchberg statt. Der Raum wird nach dem Berliner Modell vorbereitet und gestaltet.

2. Persönliche, soziokulturelle Voraussetzungen aller Beteiligten

Die Teilnehmer sind gruppenfähige Klienten der akut-psychiatrischen Station D2. Es sind Frauen und Männer mit verschiedenen psychischen Erkrankungen dabei.

Die Rolle der Co-Leitung übernimmt eine Pflegefachfrau. Als Peer leite ich die Gesprächsgruppe.

Die 4 **Entscheidungsfaktoren** beinhalten:

1. Absichten / Ziele

Die Peer-geleitete Recovery-Gesprächsgruppe wurde mit dem Ziel entwickelt und umgesetzt, um den Teilnehmern Mut sowie Zuversicht zu vermitteln, sich auf den eigenen Genesungsprozess einzulassen.

2. Inhalte / Themen

Die Themen der Gesprächsgruppe sind Recovery-orientiert und sollen die Betroffenen dazu anregen, sich mit dem eigenen Gesundheitsweg auseinanderzusetzen.

3. Methoden / Wege

Beim Recovery-orientierten Vortrag erzähle ich eine zum Thema passende Geschichte aus meinem Leben. Dann verknüpfe ich sie mit den Inhalten meines Erfahrungswissens als Peer und zeige auf, was mir geholfen hat, wieder zu genesen. Indem ich als Erster von mir etwas preisgebe, breche ich das Eis und ich habe sofort die volle

Aufmerksamkeit aller Teilnehmer, mit dem Effekt, dass sie sich einerseits verstanden fühlen und sich andererseits auch leichter einbringen können.

4. Mittel / Medien.

Flip-Chart; später eventuell DVD, Beamer, andere Dozenten

Die folgenden Gesprächsmethoden sind ebenfalls in die Recovery-orientierte Gesprächsgruppe integriert:

- **TZI** Themenzentrierte Interaktion (Cohn, 2000)
- **Aktives Zuhören** mit den einzelnen den Gruppenprozess stützenden und fördernden Elementen: Empathie, Akzeptanz, Kongruenz (Rogers, 2007)

6.5 Hilfsmittel

- Skript „Gruppe Gesundheit und Wohlbefinden“ (Burr & Winter, 2010)
- Technische Mittel (Flip-Chart, Beamer, DVD)
- In naher Zukunft wird der Einbezug von externen Dozenten und anderen Peers in Betracht gezogen

Zurzeit wird die Gesprächsgruppe in einem Teil ohne Pause durchgeführt. Später besteht die Möglichkeit, die Gruppe insofern auszubauen, als wir jeweils eine Pause mit anschliessender Filmvorführung anbieten oder ein Gastdozent eingeladen wird.

6.6 Inhalte der Gesprächsgruppe

Es folgt eine kurze Beschreibung der Recovery-orientierten Themen Schwerpunkte aus den verschiedenen Gruppensitzungen. Zurzeit sind es sechs Themen, die abwechselnd behandelt werden. Ich führe die Teilnehmer jeweils mit einem Recovery-orientierten Vortrag in das Gesprächsthema ein. Beim Vortrag verknüpfe ich die unten aufgeführten theoretischen Hintergründe mit meiner eigenen Geschichte.

1. 10 Schritte zur psychischen Gesundheit

Jeder Teilnehmer erhält eine Karte der Präventionskampagne des Kantons Zug (Gesundheitsdirektion Kanton Zug, 2007) zur psychischen Gesundheit, mit den

10 Schritten zur psychischen Gesundheit. Die einzelnen Schritte werden vorgestellt und diskutiert.

- Sich selber annehmen
- Darüber reden
- Aktiv bleiben
- Neues lernen
- Mit Freunden in Kontakt bleiben
- Etwas Kreatives tun
- Sich beteiligen
- Um Hilfe fragen
- Sich entspannen
- Sich nicht aufgeben

2. Hoffnung

„Hoffnung ist eine tragende Emotion des Menschen. Sie ist eine auf die Zukunft ausgerichtete Form der Erwartung ersehnter oder erwünschter Zustände. Die Hauptfunktion von Hoffnung ist, Geborgenheit im Leben zu ermöglichen, Urvertrauen ins Leben, in die Zukunft zu haben. Hoffnung ist das Grundmotiv vieler geistiger Bewegungen. Hoffnung gehört zum menschlichen Leben. Sie ist Ausdruck des Lebendig-Seins, Ausdruck des Lebenswillen. Deshalb können Menschen, auch wenn sie sich in sehr schwierigen Situationen befinden, noch Gefühle der Hoffnung zeigen und an Besserung glauben.“ (Bühlmann, in Käppeli, 2002, S. 103)

3. Empowerment

Beim Empowerment geht es darum, Herr im eigenen Haus zu werden. Zu einem selbstbestimmten Leben gehören Hoffnung, die Bereitschaft, Verantwortung für sich zu übernehmen, sowie eine Akzeptanz für die eigene Erkrankung zu bekommen und Hilfsmittel zu finden, um Stigmatisierung und Selbststigmatisierung zu überwinden.

4. Recovery

Recovery meint die Perspektive, dass die Wiedererlangung von Gesundheit, auch nach einer schwerer psychischen Erkrankung, möglich ist. Gesundheit ist

mehr als die Abwesenheit von Symptomen. Jeder Genesungsweg ist anders und nie ein linearer Prozess. Das Erforschen von neuen Möglichkeiten und nach den eigenen Ressourcen ist unabdingbar. Ziel ist es, ein erfülltes, zufriedenes und hoffnungsvolles Leben wiederzuerlangen.

5. Salutogenese

Im Gegensatz zur Pathogenese, die sich mit der Entstehung der Krankheit beschäftigt, lautet die Fragestellung bei der Salutogenese: „Was erhält den Menschen gesund?“. Für Aaron Antonovsky, den Begründer der Salutogenese, steht das „Kohärenzgefühl“ im Zentrum auf die Frage, wie Gesundheit entsteht. Für dieses Kohärenzgefühl sind die drei Komponenten; Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit wesentlich. Gesundheit definiert Antonovsky als ein labiles, aktives und dynamisches Geschehen und nicht als absoluten Zustand. Gesundung bedeutet, die Überwindung des Ungleichgewichts zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit.

6. Sinnfindung

Sinnfragen sind häufig für Menschen in psychischen Krisen ein wichtiges Thema. Sinn hat viel mit einer positiven Stimmung zu tun und mit Vertrauen in sich und die Welt. Wenn es einem gut geht, fragt man sich meistens nicht nach dem Sinn des Lebens. Sinnlosigkeit ist Ausdruck von Hoffnungslosigkeit, von Hilflosigkeit und von fehlendem Vertrauen. Lebenssinn, Gesundheitssinn, Krankheitssinn, Spiritualität finden, all dies erleichtert die Akzeptanz der eigenen Situation und gibt inneren Halt in einem grösseren Zusammenhang. In dieser Gesprächsgruppe unterstützt uns der Klinikseelsorger.

6.7 Voraussetzungen für die Teilnahme

An der Recovery-orientierten Gesprächsgruppe dürfen alle gruppenfähigen Pflegeempfänger der Station teilnehmen, das heisst alle Klienten, deren aktuelles Zustandsbild die Teilnahme am Gruppenprozess erlaubt. Daher haben wir bei der Ausarbeitung des Konzepts Ausschlusskriterien bestimmt:

- Klienten, welche akut selbst- oder fremdgefährdend sind
- Klienten, welche ausgeprägt psychotisch sind
- Klienten, welche ausgeprägt logorrhöisch und/oder agitiert sind

- Klienten, welche sprachlich bedingt, dem Gesprächsverlauf nicht folgen können. Die Erfahrung hat gezeigt, dass genügend Deutschkenntnisse vorhanden sein müssen, um von der Gesprächsgruppe profitieren zu können.

6.8 Ablauf und Gesprächsregeln

Für die Führung der Gesprächsgruppe ist es zunächst wichtig, den Teilnehmern den Ablauf des bevorstehenden Gruppengesprächs kurz zu erläutern und ihnen die hierfür erforderlichen Spielregeln bewusst zu machen, die einen guten Sitzungsverlauf ermöglichen sollen.

Es hat sich folgender Ablauf als geeignet erwiesen:

Ablauf:

1. Begrüßung und Vorstellung
2. Sinn und Zweck der Gruppe
3. Erläuterung der Gruppenregeln
4. Befindlichkeitsrunde
5. Recovery-orientierter Vortrag
6. Themenaustausch
7. Abschluss des Gesprächsthemas
8. Feedbackrunde
9. Ausklang bei Kaffee und Kuchen

Aus der Erfahrung hat sich gezeigt, dass sich nachfolgende Gesprächsregeln hierfür besonders eignen:

Gesprächsregeln:

- Handy ausschalten
- Respektvoller Umgang
- Wenn jemand spricht, hören die anderen zu
- Niemand hat Recht – die Wahrheit liegt immer dazwischen
- Über Personen, die nicht anwesend sind, wird nicht gesprochen
- Keine Namen von Abwesenden
- Jeder hat das Recht, die Gruppe jederzeit verlassen zu können
- Alles, was besprochen wird, bleibt in der Gruppe

7 Erfahrungsbericht einer thematischen Gesprächsgruppe

7.1 Planung

Im Vorfeld bereite ich mich auf die Gesprächsgruppe wie folgt vor: Ich wähle das Recovery-Thema, welches als nächstes auf dem Plan stehen soll, aus und setze mich damit auseinander. Dann beziehe ich das Thema auf meine eigenen Erfahrungen und suche eine passende Geschichte aus meinem Leben. Habe ich mal die wichtigsten Kernpunkte herausgearbeitet, halte ich sie auf einem Blatt Papier fest. Gerne wende ich dafür die Technik des Mind Mapping an, da sie sprachliches und bildhaftes Denken miteinander verbindet und einen komplexen Sachverhalt einfach darzustellen vermag.

7.2 Vorbereitung

Wenn ich um 12 Uhr auf die Station komme, spreche ich mich zu Beginn mit der Pflegefachkraft ab, welche den Bürodienst verrichtet. Ziel dieser Besprechung ist, zu eruieren, wer von den Klienten gruppenfähig ist und wer sich schon in der Morgenrunde für die Gesprächsgruppe angemeldet hat. Danach gehe ich auf die betreffenden Klienten zu und lade sie persönlich ein, an der Gruppe teilzunehmen. Dabei stelle ich ihnen kurz die Gesprächsgruppe und das heutige Thema vor. Nachdem mir die Teilnehmerzahl bekannt ist, widme ich mich der Raumgestaltung nach dem Berliner Modell (Heimann et al., 1979). Die Anzahl der Stühle ist gleich der der Teilnehmer. Deren Anordnung ist kreisförmig. Die Plätze der Leitung und der Co-Leitung werden so im Kreis mit kleinen Tafeln markiert, dass die Leitung die Türe stets im Blickfeld hat und die Co-Leitung ihr gegenüber, in der Nähe der Türe, sitzt. Nach der Themenzentrierten Interaktion (Cohn, 2000) haben Störungen Vorrang. Deshalb ist es wichtig, dass die Co-Leitung der Leitung bei solchen Begebenheiten Hilfe leisten kann, wie beispielsweise, einen Klienten, der die Gruppe verlassen will, hinaus zu begleiten, um ihn ausserhalb der Gesprächsgruppe noch weiter zu unterstützen. Um den Störfaktor in der Gruppe tief zu halten, ist es vorteilhaft, wenn die Co-Leitung nahe der Türe positioniert ist und die Leitung dabei alles im Blick behalten kann. Im Zentrum des Kreises befindet sich immer ein Objekt wie zum Beispiel eine Pflanze, eine Kerze oder ein Kunstobjekt, mit welchem wir folgende Ziele beabsichtigen: ein Zentrum der Gruppe zu bilden, eine unsichtbare Grenze zwischen den verschiedenen Teilnehmern zu setzen, damit diese ihre Blicke während des Gespräches im Raum zirkulieren sowie auf dem jeweiligen Objekt ruhen lassen können.

An der Türe befestige ich eine Tafel mit einem Vermerk, damit wir während der Gruppe nicht gestört werden. Auf dieser Tafel stehen der Grund und die Dauer der Raumbesetzung. An der Wand bringe ich zwei Orientierungshilfen an, worauf der Ablauf des Gruppengesprächs und die Gesprächsregeln zu lesen sind. Der Flip-Chart kommt neben dem Leiter zu stehen und soll für jeden Teilnehmer gut sichtbar sein. Für ein angenehmes Klima wird der Raum vor Beginn gut gelüftet. Nachdem die Raumgestaltung abgeschlossen ist, treffe ich mich mit der Co-Leitung, damit wir uns im Vorfeld über die Teilnehmer, den Ablauf und den Inhalt des Gruppengesprächs absprechen können.

7.3 Durchführung

Um 14 Uhr beginnt die Gesprächsgruppe. Ich starte die Gesprächsgruppe, indem ich als Leiter die Teilnehmer begrüße und stelle mich und die Co-Leitung kurz vor. Ich informiere die Gruppe darüber, dass ich Peer auf der Station bin. Dies bedeutet, dass ich selber psychiatrieerfahren bin und durch den Studiengang EX-IN in Bern zum Experten durch Erfahrung ausgebildet wurde. Im Weiteren erkläre ich den Teilnehmern den Sinn und Zweck dieser Gesprächsgruppe, der in der Vermittlung von Hoffnung und von Selbstwirksamkeitserfahrung liegt. Anschliessend erfolgt die Erläuterung der Gruppenregeln, welche hauptsächlich den respektvollen Umgang untereinander beabsichtigen und ins Zentrum stellen. Da die Gruppe einen geschützten Rahmen bieten soll, müssen auch die Gesprächsinhalte vertraulich behandelt werden und dürfen die Gesprächsrunde nicht verlassen. Ein kurzes Blitzlicht über die Befindlichkeit in wenigen Sätzen jedes Teilnehmers, inklusive der Leitung und Co-Leitung, bilden den Abschluss der Einleitung. Nun komme ich zum Recovery-orientierten Vortrag. Dabei erzähle ich, anhand meiner eigenen Geschichte eine Begebenheit zum heutigen Thema. In folgendem Erfahrungsbericht habe ich mich für das Thema Hoffnung entschieden:

„Da ich heute das Thema Hoffnung beleuchten will, habe ich mir überlegt, dass ich euch aus einem Teil meiner Geschichte erzähle, in der es um die Gegensätze von Hoffnungslosigkeit und Hoffnung geht. Wie bereits erwähnt, bin ich selber psychiatrieerfahren. Bereits zehn Mal war ich Patient in einer psychiatrischen Klinik. Meine Aufenthalte dauerten zwischen einem und sechs Monaten. Alles in allem verbrachte ich über zwei Jahre meines Lebens in der Psychiatrie. Mein persönlicher Albtraum aus der Jugend, als Schizophrener vollgepumpt mit Medikamenten in einer Psychiatrie zu landen, wo die Pflege den Schlüssel weggeworfen hat, realisierte sich. Nur das mit dem Schlüssel bewahrheitete sich im Nachhinein zum Glück nicht. Als eine

glückliche Fügung erwies sich beim Eintrittsgespräch die Begegnung mit dem Oberarzt der Station. In meinem psychotischen Zustand 'durchleuchtete' ich ihn mit all meinen mir zur Verfügung stehenden Sinnen und kam zum Schluss, dass ich ihm vertrauen kann, und begab mich in seine Obhut. Ich sah alles nur hoffnungslos schwarz und konnte meinen Zustand voll innerer Krämpfe nicht mehr aushalten. Ich sah keinen Ausweg mehr aus dieser Misere. Es ging so weit, dass ich es nicht mehr aushielt und meinem Leben oder was davon noch übriggeblieben war, ein Ende setzen wollte. Ich spielte mit dem Gedanken, mich zu erschießen. Nur wie sollte ich dieses Vorhaben in der Klinik umsetzen können? Das Pflorgeteam würde mich, in diesem Zustand, niemals hinaus lassen. Ich war zu diesem Zeitpunkt felsenfest davon überzeugt, dass es mir nie mehr besser gehen würde. Die Dunkelheit war derart finster, dass eine Besserung meines Zustandes mir beim besten Willen unvorstellbar erschien. Ich überlegte mir, dass die einzige Möglichkeit, an eine Waffe zu gelangen, darin bestünde, Ausgang zu erhalten. Damit ich jedoch diesen Ausgang erhalten würde, müsste es mir zuerst besser gehen. Wenn es mir aber besser ginge, würde ich mich nicht mehr umbringen wollen. So sass ich also in der Falle, ohne Aussicht auf Besserung und Hoffnung. Der rettende Strohalm war der Oberarzt, dem ich beim Eintritt begegnet war und dem ich Vertrauen schenkte. Er nahm sich Zeit für mich und redete mir gut zu. Er verstand es, mein Leid zu lindern, was mir langsam neue Zuversicht gab. Auch nachdem ich auf eine offene Station verlegt wurde, konnte ich weiterhin zu diesem Oberarzt in die Sprechstunde gehen. Dies kam mir sehr zugute, da normalerweise bei einem Stationswechsel auch das gesamte Personal wechselt. Das erlebte ich jeweils als sehr belastend, weil die vertrauten Bezugspersonen verloren gingen und die Vertrauensbildung von neuem beginnen musste.“

Nachdem ich den etwa zehnminütigen Recovery-orientierten Vortrag beendet habe, eröffne ich den Hauptteil des Gruppengesprächs mit dem Themenaustausch. Ich frage die Teilnehmer: „Wo findet ihr in meiner Geschichte Punkte, die mir beziehungsweise euch Hoffnung vermitteln konnten?“ Ein suizidaler Klient, der sich bisher niemals im Plenum zu Wort gemeldet hatte, meinte, dass ihm die zehn Aufenthalte, welche ich in der Klinik verbracht habe, und dass ich jetzt trotzdem hier als Peer die Gesprächsgruppe leite, ihm Hoffnung bereite. Den besagten Klienten berührten meine Geschichte und der darauffolgende Austausch so sehr, dass er den Tränen nahe war. Nach der Gruppe erhielt er ein Gespräch mit der Co-Leitung. Sie gab mir die Rückmeldung eines positiven Gesprächsverlaufes und dass er weinen konnte, was bei ihm sonst noch nie vorgekommen sei. Eine weitere depressive Klientin mit psychotischen Anteilen, die nach dem Verlust des Ehemannes in die Klinik kam, hatte an diesem Tag das erste Mal am Gruppengespräch teilgenommen und die knapp

eineinhalb Stunden des Gruppengesprächs ruhig und aufmerksam durchgehalten. Ein Mann, der an einem Burnout litt, brachte sich sehr differenziert ein und erzählte wunderschöne Metaphern. Er sprach die Problematik der Gruppe mit grosser Akzeptanz den anderen Teilnehmern gegenüber an und bewies dabei eine hohe Sozialkompetenz. Es war auch ein Teilnehmer dabei, welcher der Gruppe gegenüber negativ eingestellt war und der mir meine Geschichte kaum glauben konnte. Nachdem ich ihm versicherte, dass die Geschichte wahr sei, zog er vor mir in einer symbolisch sehr respektvollen Handlung den Hut. Fortan nahm er eine sehr positive Haltung ein und liess auch den anderen Teilnehmern Raum, obwohl er anfangs skeptisch war. Mich berührte ein Klient, der an einer Psychose erkrankt war besonders, da er in der Zeit des Gruppengesprächs ruhig dasass und sich überraschend durch adäquate Aussagen einbrachte. Das erste Mal seit Beginn seines Aufenthaltes in der Klinik berichtete er von seiner eigenen Geschichte. Er nahm Bezug auf das Thema Hoffnung und erzählte uns von seinem Tiefpunkt, der Jahre zurücklag und zeigte uns dann in Klarheit auf, was und wer ihm geholfen hatte, um wieder Hoffnung zu fassen und um weiterleben zu können.

Der Themenaustausch dauert in der Regel 45 Minuten bis zu einer Stunde. In dieser Zeit haben alle die Möglichkeit, sich einzubringen. Ich achte auf einen ausgeglichenen Austausch, so dass alle zu Wort kommen können. Besonderes Augenmerk lege ich auf die stilleren Teilnehmer, indem ich sie direkt anspreche und sie nach ihrer Meinung frage, da sie sich oft nicht getrauen, etwas von sich aus zu sagen.

Zum Abschluss des jeweiligen Gesprächsthemas fasse ich nochmals das heute Besprochene in wenigen Sätzen zusammen und bedanke mich bei den Gesprächsteilnehmern für ihre Offenheit.

Darauf folgt die Feedback-Runde, bei der jeder eingeladen ist, sich einzubringen. Die Rückmeldungen der Teilnehmer sind wichtig. Sie helfen uns, die Gesprächsgruppe an die Bedürfnisse der Teilnehmer anzupassen und allenfalls Änderungen beim Aufbau und bei der Durchführung vorzunehmen. Ausserdem lässt sich so die Stimmung in der Teilnehmergruppe besser einschätzen. Die bisherigen Reaktionen auf die Recovery-Gruppe waren meist sehr positiv.

Der Ausklang der Recovery-Gruppe findet bei Kaffee und Kuchen statt.

7.4 Auswertung

Die Auswertung geschieht im Rahmen der Leitung und Co-Leitung. Dabei wird die Gesprächsgruppe nachbesprochen. Wie haben die Leute reagiert? Was ist gut gelaufen, was war schwierig? Was können wir das nächste Mal verbessern? Wer benötigt wo Unterstützung?

8 Ergebnisse

Im Zeitrahmen vom 19. Okt. 2011 bis 15. Februar 2012 wurde die Recovery-orientierte Gesprächsgruppe 11 Mal im Sanatorium Kilchberg, mit insgesamt 53 Teilnehmern (17 Frauen, 36 Männer) durchgeführt (siehe Tabelle 1). Der Aufbau wurde anhand des Berliner Modells gestaltet und jeweils von einem Peer und einer Pflegefachfrau geleitet. Die Teilnahme an der Recovery-Gesprächsgruppe ist für die Klienten freiwillig. Die Gesprächsgruppe ist offen strukturiert und die Teilnehmer kamen 1 bis 3 Mal pro Aufenthalt.

	Datum	Personen	Frauen	Männer	Thema
1	19.10.11	4	3	1	10 Schritte...
2	24.10.11	6	1	5	Recovery
3	16.11.11	4	1	3	Hoffnung
4	30.11.11	7	1	6	Salutogenese
5	07.12.11	2	0	2	Empowerment
6	14.12.11	6	3	3	10 Schritte...
7	21.12.11	5	1	4	Recovery
8	11.01.12	5	1	4	Hoffnung
9	01.02.12	5	2	3	Empowerment
10	08.02.12	7	3	4	Recovery
11	15.02.12	2	1	1	Salutogenese
	Total	53	17	36	

Tabelle 1: Daten zu den durchgeführten Gesprächssitzungen und den Teilnehmern

Die Themenwahl wurde nach dem, unter Punkt 6.6 „Inhalte der Gesprächsgruppe“, durchgeführt. Im Schnitt ist jedes Recovery-Thema zwei Mal behandelt worden. Die Gesprächsgruppe zum Thema Sinnfindung hat bis heute noch nicht stattgefunden. Nach den Gruppensitzungen gab es spontane, unaufgeforderte Rückmeldungen, die insgesamt sehr positiv ausfielen. Besonders positiv waren die Reaktionen, wenn ich von meinen eigenen Erfahrungen mit psychischer Erkrankung und Genesung berichtete.

9 Diskussion

Die Recovery-orientierte Gesprächsgruppe wird einmal wöchentlich durchgeführt. An der Gesprächsgruppe haben doppelt so viele Männer wie Frauen teilgenommen. Warum das so war, ist zufällig oder mindestens aus meiner Perspektive, nicht aus äusseren Umständen zu erklären.

Die Recovery-orientierte Gesprächsgruppe ist durchaus zu vergleichen mit einer Gesprächsgruppe, wie sie auch sonst im stationären Rahmen angeboten wird, beispielsweise mit einem Psychologen. Natürlich bin ich aber ein Peer und kein Psychologe, das verändert die Gruppe. Ein entscheidender Unterschied der Gesprächsqualität liegt darin, dass sich der Peer und die Teilnehmer durch die gemeinsame Betroffenheit auf gleicher Augenhöhe austauschen können. Das Gefälle zwischen den Fachleuten und den Klienten fällt weg. Die Gruppenleitung durch einen Peer führt zu einer veränderten Gruppendynamik, da die Beteiligung aller Anwesenden gefördert wird und kaum jemand von den Teilnehmern nur Zuhörer bleibt. Der Peer gibt sich zu erkennen als Psychiatrie-Erfahrener, dadurch gibt er etwas von seiner eigenen Person preis, was häufig bei Gruppenleitern verborgen bleibt. Eine wichtige persönliche Voraussetzung ist, dass der Peer, welcher die Gruppe leitet, eine positive Entwicklung bei sich aufzeigen kann und nicht an einem gesundheitlichen Tiefpunkt steht.

Die Anwendung des Berliner Modells hat sich für die Planung und Durchführung als praktisch und geeignet erwiesen. Bei der Form des Recovery-orientierten Vortrags hat sich gezeigt, dass der Frontalunterricht-Stil die Teilnehmer eher unbeteiligt und unberührt lässt. Als sehr vorteilhaft erwies sich der Unterricht-Stil mit starkem Einbezug von eigenen Erfahrungen des Peer's. Das wirkt authentischer und weckt das Interesse und die persönliche Betroffenheit der Anwesenden.

Meine Themenwahl und -reihenfolge (10 Schritte zur psychischen Gesundheit, Hoffnung, Empowerment, Recovery, Salutogenese, Sinnfindung) waren sinnvoll, sowohl für jene, die kontinuierlich teilnahmen, wie auch für diejenigen, welche nur einzelne Male kommen konnten. Die Verknüpfung mit Eigenerfahrung war gut möglich und hat diese Themen lebendig und greifbar werden lassen.

Die Rahmenbedingungen im Sanatorium Kilchberg für die Implementierung einer Recovery-orientierten Gesprächsgruppe waren sehr günstig, da die Förderung der Recovery-Orientierung, innerhalb der Dienstleistungen, zu den strategischen Zielen der dortigen Geschäftsleitung gehört.

Die Kombination von einem Peer als Leitung und einer Pflegefachkraft als Co-Leitung hat sich bewährt. Beide Seiten verfügen über gewinnbringende Ressourcen. Der Peer weist sich durch sein reflektiertes Erfahrungswissen aus und die Pflegefachkraft bringt das psychiatrische Fachwissen mit.

Die gewählten Teilnahmevoraussetzungen (siehe Punkt 6.7), obwohl sie dem Recovery-Gedanken eher widersprechen, erwiesen sich als vorteilhaft. Dank diesen Rahmenbedingungen konnte die Themen eingehender diskutiert werden. Sie gewähren Schutz und schaffen einen ausgewogenen Raum für alle Anwesenden, sich einzubringen. In der Gesprächsgruppe ist bis anhin immer eine dichte Atmosphäre entstanden, wo sich die Klienten angeregt beteiligen konnten. Dadurch entstand eine sehr positive Stimmung.

9.1 Stärken und Schwächen

Die Stärke dieser Arbeit liegt darin, dass sie aus einem theoretischen Hintergrund konzipiert und praktisch umgesetzt werden konnte. Weiter kann sie für andere, die eine Recovery-orientierte Gesprächsgruppe aufbauen wollen, als Beispiel dienen.

Aus Platzgründen konnte ich nicht näher auf die Themenzentrierte Interaktion (Cohn, 2000) und auf das Aktive Zuhören (Rogers, 2007) eingehen. Die Teilfrage, welche Strukturen, Interventionen und Haltungen den Recovery-Prozess fördern beziehungsweise hindern (siehe Punkt 3.2), bleibt, da zu wenige Ergebnisse vorliegen, vorläufig unbeantwortet.

In Zukunft wäre eine Evaluation der Gesprächsgruppe sinnvoll.

10 Schlussfolgerungen

Es hat sich gezeigt, aufgrund der positiven Rückmeldungen, dass es sich gelohnt hat, die Recovery-orientierte Gesprächsgruppe in dieser Form einzuführen. Sie ist für alle Seiten, besonders für die Klienten, gewinnbringend. Das ermutigt mich und die Klinik, so weiterzumachen und die Gesprächsgruppe weiterzuführen.

Um einen Ausblick in die Zukunft der Recovery-orientierten Gesprächsgruppe zu geben, kann ich mir gut vorstellen, sie mit weiteren kreativen pädagogischen Ideen auszubauen. Es ist vorstellbar, Filmausschnitte zu zeigen oder Gastdozenten einzuladen. Weiter ist eine Ausweitung des Angebots in den ambulanten Bereichen gut denkbar und naheliegend.

11 Literaturverzeichnis

- Anthony, W. (1993) Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. In: Amering, M., Schmolke, M. (2012). Recovery, Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Burr, C., Winter, A. (2010). *Gruppe Gesundheit und Wohlbefinden* (Skript). Bern.
- Cohn, R. (2000). *Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion* (14. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Curschellas, J., Moser, N., Zulauf, D. (2011). *Recovery-orientiertes Gruppengespräch* (Unveröffentlichtes Skript). Kilchberg.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zug. (2007). *Konzept: Psychische Gesundheit im Kanton Zug*. Webseite: www.psychische-gesundheit-zug.ch
- Heimann, P., Otto, G., Schulz, W. (1979). *Unterricht, Analyse und Planung* (10. Unveränderte Auflage). Hanover: Schroedel Schulbuchverlag.
- Bühlmann, J. (2002). *Hoffnung/Hoffnungslosigkeit*. In: Käppeli, S., (Hrsg.). (2002) Pflegekonzepte. Band 1. Bern: Hans Huber.
- Klein, I. (2002). *Gruppenleiten ohne Angst* (9. Aufl.). Donauwörth: Auer.
- Knuf, A. (2006). *Empowerment in der psychiatrischen Arbeit* (3. Aufl.). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Rogers, C. R. (2007). *Die nicht-direktive Beratung* (12. Aufl. ed.). Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag.

12 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 (Berliner Modell) aus Klein, 2002, S. 145

13 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Daten zu den durchgeführten Gesprächssitzungen und den Teilnehmern