

## 2 Gruppenarbeit – begründet über das Interaktionsmodell nach Hildegard Peplau

Hildegard Peplau arbeitete als Krankenschwester in der Psychiatrie. 1949 entwickelte sie ihr Interaktionsmodell (Interpersonal Relations in Nursing), das erstmals 1952 in Amerika veröffentlicht wurde.

Sie definiert Pflege u. a. als einen absichtsvollen Prozess, in dem die Pflegenden ihr Selbst als eine „edukative und Reife bewirkende Kraft“ gegenüber dem Patienten einbringt (vgl. Walter 1996, S. 187). Die Gruppenleitung erfordert von den Pflegekräften pädagogisches Gefühl und die Fähigkeit, Lernprozesse anzustoßen. Viele der psychoedukativen Gruppen ähneln einer Unterrichtsstunde in der Schule.

Nach Hildegard Peplau nimmt die Pflegeperson verschiedene Rollen im Laufe der Patienten-Pflege-Beziehung ein. In Bezug auf die Gruppenleitung heißt das, dass auch die Krankenschwester während der Durchführung einer Gruppe gleichzeitig unterschiedliche Rollen verkörpern kann:

- Die Rolle der Fremden
- Die Rolle der Unterstützenden (Ressource)
- Die Rolle der Lehrenden
- Die Rolle der Führungsperson in der Pflege (Führungsaufgabe)
- Die Ersatzrollen (Ersatzperson)
- Die beratende Rolle (Beraterin).

### 2.1 Die Bedeutung der Rollen in der Gruppenleitung

#### 2.1.1 Die Rolle der Fremden

„Ein Fremder ist eine Person, die einer anderen Person nicht vertraut ist.“ (Peplau 1995, S. 70)

Die Gruppenleitung hat es in der Gruppe mit vielen Patienten zu tun, die aufgrund unterschiedlicher Einschränkungen in der Klinik sind. Sie sind der Gruppenleitung als Gruppenmitglieder zunächst fremd, so wie sie selbst den Patienten in der Rolle der Gruppenleitung fremd ist. Die Pflegeperson soll alle Gruppenmitglieder mit gleich bleibender Höflichkeit behandeln, niemanden bevorzugen oder benachteiligen. Für sie sind alle Patienten gleichwertig und verbunden durch eine gemeinsame Aufgabe. Unabhängig davon,

wie die Pflege-Patienten-Beziehung außerhalb des Gruppensettings beschaffen ist, muss die Gruppenleitung in der Lage sein, alle gleichwertig als „Fremde“ zu behandeln.

*„Der Respekt und das positive Interesse, die einem Fremden erwiesen werden, sind zunächst unpersönlich und schließen dieselbe Höflichkeit ein, die man einem neuen Gast in einer beliebigen Situation entgegen bringt.“* (Peplau 1995, S. 70)

### 2.1.2 Die Rolle der Unterstützenden (Ressource)

*„Eine unterstützende Person gibt spezifische Antworten auf Fragen, die gewöhnlich in Zusammenhang mit einem größeren Problem stehen.“* (Peplau 1995, S. 73)

In der Rolle des Unterstützenden oder als Ressource ist die Gruppenleitung eine Vermittlerin von Wissen. Sie informiert über die Inhalte und Ziele der Gruppe sowie die Bedeutung für die Gesundheitsförderung der Patienten. Es geht um Hilfestellung bei konkreten Fragen zu Krankheit und Bewältigung von Einschränkungen. Das kann in einer Psychoedukationsgruppe der Fall sein, im Medikamententraining, in Alltagsgruppen zu bestimmten Themen wie Schlaf, Obstipation usw.

*„Pflegekräfte lernen, in der Praxis klar zwischen Fragen zu unterscheiden, die eine unmittelbare, direkte, konkrete Antwort verlangen, und solchen, die eher mit Gefühlen zu tun haben und nach dem Prinzip der Beratung verlangen.“* (Peplau 1995, S. 74)

### 2.1.3 Die Rolle der Lehrenden

*„Die Rolle des Lehrenden in Pflegesituationen scheint eine Kombination aller Rollen [...] zu sein. Das Lehren knüpft immer an das an, was der Patient weiß, und entwickelt sich entsprechend seinem Wunsch und seiner Fähigkeit, zusätzliche medizinische Informationen zu nutzen.“* (Peplau 1995, S. 74)

Traditionell wird der Begriff „Lernen“ gleichgesetzt mit dem Erwerb von Wissen. Peplau versteht an dieser Stelle Lernen als einen Vorgang in Bezug auf die Entwicklung zur Selbstkompetenz des Patienten. Er soll seine Erfahrungen nutzen, um zu neuen Ergebnissen zu kommen. Dazu benötigt er die Unterstützung der Gruppenleitung, die mit Hilfe ausgewählter Methoden diesen Entwicklungsprozess in Gang setzt.

Die Rolle als Lehrerin übernimmt die Gruppenleiterin dann, wenn sie beispielsweise in einer Kochgruppe Vorlieben und Können der Teilnehmer erfragt, Rezepte sammelt, Kochbücher bereitstellt und gemeinsam mit den Patienten die Rezepte vergleicht oder neue Varianten entwickelt. Sie gibt Anregungen, initiiert Einkäufe und organisiert die Vorbereitungen.

Die Gruppenleitung lehrt Patienten in der psychoedukativen Gruppe, ihre Frühwarnzeichen zu erkennen und die entsprechenden Maßnahmen selbstständig durchzuführen.

### 2.1.4 Die Rolle der Führungsperson in der Pflege (Führungsaufgabe)

In der Regel übertragen die Patienten der Gruppenleitung automatisch die Führungsrolle in der Erwartung, dass sie den Gruppenverlauf steuert und das Thema bestimmt. Die Gruppenleitung hat verschiedene Möglichkeiten eine Gruppenatmosphäre zu schaffen.

Mit einem **demokratischen Führungsstil** wird sie die Patienten eher zu einer aktiven Teilnahme ermutigen und zur Diskussion motivieren können. In der Gruppenarbeit bedeutet demokratisches Führen, dass dem Patienten erlaubt wird, sich aktiv an der Gestaltung der Gruppe zu beteiligen.

*„Demokratische Führungsrollen setzen eine Haltung des Respekts für die Würde und den Wert jeder beteiligten Person voraus, eine Haltung, die man nicht vortäuschen kann; sie ist*

vorhanden oder nicht, und der Patient weiß gefühlsmäßig, welche Haltung ein anderer ihm gegenüber einnimmt.“ (Peplau 1995, S. 77)

Wird ein **autokratischer Führungsstil** angewandt, so bedeutet dies, dass alle Wege, Ziele und die Schritte zum Erreichen der Ziele, von der Gruppenleitung vorgegeben werden und dem Patienten wenig Mitentscheidung eingeräumt wird. Dieses Vorgehen ist dann sinnvoll, wenn die Patienten stark sicherheitsorientiert sind und wenig Selbstvertrauen vorhanden ist.

Zu einer ganz anderen Gruppenatmosphäre führt der so genannte **Laissez-faire-Stil**. Hier zieht sich die Gruppenleitung komplett aus dem aktiven Gruppengeschehen zurück:

*„Er ist gekennzeichnet durch das Fehlen einer aktiven persönlichen Teilnahme der Führungspersönlichkeit (Gruppenleitung); Materialien und Informationen werden, wie es der Rolle der unterstützenden Person entspricht, zur Verfügung gestellt, aber die Persönlichkeit der Führungsperson (Gruppenleitung) nimmt, außer durch ihre Nichteinmischung, nicht aktiv an der interpersonalen Situation teil.“* (Peplau 1995, S. 77)

In jeder Gruppensituation wird Führung benötigt, und die professionellen Fähigkeiten einer Gruppenleitung unterstützen die Strukturierung und Koordination der Abläufe.

### 2.1.5 Die Ersatzrollen (Ersatzperson)

Für Patienten sind Pflegende sehr oft Stellvertreter oder „Ersatzspieler“. Unbewusst bekommen sie bestimmte Rollen zugewiesen, weil der Patient in der Pflegeperson eine andere Person sieht als die, die sie ist. Beispielsweise werden beim Patienten Erinnerungen an seine „Mutter“, „Nachbarin“ oder „Lehrer“ geweckt, allein durch das Auftreten der Pflegeperson, ihre Körperhaltung oder durch die Art, wie sie spricht.

*„Ersatz-Figuren entstehen im Bewusstsein des Patienten, wenn er in eine psychologische Situation gerät, in der Gefühle reaktiviert werden, die er in einer früheren Beziehung entwickelt hatte. Ein Patient, der die Gefühle von Hilflosigkeit und Machtlosigkeit und den starken Wunsch nach Abhängigkeit erlebt, ist gezwungen, auf Verhaltensmuster zurückzugreifen, die aus Zeiten wie etwa der Kindheit stammen, als diese Gefühle in einem natürlichen Zusammenhang wirksam waren.“* (Peplau 1995, S. 78)

Auf Grund dieser vom Patienten zugewiesenen Rolle kann die Pflegeperson mit dem Patienten die entstehenden Gefühle (positiv wie negativ) besprechen, bearbeiten, um dann wieder ihre primäre Rolle einzunehmen.

*„Die Pflegekraft hilft dem Patienten zu verstehen, dass es Ähnlichkeiten und Verschiedenheiten zwischen den Menschen gibt, indem sie sie selbst ist.“* (Peplau 1995, S. 79)

Die Rolle als Ersatzperson übernimmt eine Gruppenleitung beispielsweise bei einer jungen Patientin dann, wenn sie anstelle deren Mutter praktische Tipps zur Reinigung ihrer Kleidung gibt, oder bei einer älteren Patientin, der sie das Gefühl gibt, mit ihrer Tochter zu kochen.

Ist diese Rolle positiv besetzt, kann es eine gute Grundlage für die weitere Beziehungsgestaltung sein.

### 2.1.6 Die beratende Rolle (Beraterin)

Zu den beratenden Aufgaben der Pflege gehört es, all das zu fördern, was dem Patienten zur Wiedererlangung oder zum Erhalt seiner Gesundheit dient. Unter der Vielfalt der pflegerischen Aufgaben fällt der Beratung im Rahmen der Gruppenarbeit eine besondere Rolle zu. Sie ist die Reaktion auf die von Patienten geäußerten Wünsche und Bedürfnisse. Für Peplau ist die Rolle der Beraterin eine sehr zentrale und besteht keineswegs darin

Ratschläge zu erteilen. Vielmehr ist diese Rolle gekennzeichnet durch professionelle Beobachtung und gutes Zuhören.

*„Wenn eine Pflegekraft eine Technik des Zuhörens entwickelt und anwendet, die im wesentlichen nichtdirektiv und nicht moralisierend ist, wird der Patient an sich selbst allmählich Seiten entdecken, die er vorher nicht gesehen hat; eine Reihe solcher Entdeckungen im Verlauf einer Krankheit wird sich für manche Patienten als erhellend und therapeutisch erweisen.“* (Peplau 1995, S. 96)

Im Fall der Ernährungsberatungsgruppe mit übergewichtigen Patienten, könnte die Pflegekraft beratend für die Erstellung kalorienreduzierter und preisgünstiger Mahlzeiten zur Verfügung stehen. Die Beratung kann dann den Umgang mit den Einschränkungen und den Bedürfnissen in allen Lebensaktivitäten einschließen und so zu neuen Erfahrungen verhelfen. Sie initiiert damit auch die Motivation zur Selbstheilung und zur Selbstbewusstwerdung.

Die Rolle der Beraterin geht über die Rolle der Lehrenden hinaus, weil sie in der Gefühlsebene der Patienten stattfindet. **Beispiele:** Warum isst jemand so viel? – Welchen Schutz bietet das Übergewicht?

*„Eine Beraterin ist jemand, die gewillt ist, sich mit einem Menschen hinzusetzen und ein Problem zu diskutieren mit dem Ziel, ihm zu einem gewissen Verständnis seiner selbst zu verhelfen oder ihm behilflich zu sein, Schlussfolgerungen aus diesen Einsichten zu ziehen.“* (Simpson 1997, S. 51)

## 2.2 Die vier Phasen der Pflege-Patienten-Beziehung

Peplau beschreibt vier Phasen in der Pflege-Patienten-Beziehung. Diese können während der Dauer eines Krankenhausaufenthaltes in der Möglichkeit der Nutzung von Gruppen dargestellt werden.

### 2.2.1 Die Orientierungsphase

In der Orientierungsphase stehen die Klärung der Situation und der Bedarf an Hilfe und Unterstützung im Vordergrund. Die Patienten sind in der Regel noch nicht in der Lage, von einem Gruppengeschehen zu profitieren.

Mögliche Fragen, die ein Patient sich stellt: „Wer sind die anderen?“ – „Was erwartet man von mir?“ – „Werde ich akzeptiert?“ – „Wer hat hier was zu sagen?“ – „Was geschieht hier eigentlich?“ – „Was hat das mit meiner Erkrankung zu tun?“

*„In der Phase der Orientierung klärt der Patient den ersten Gesamteindruck von seinem Problem; Teilansichten werden vertieft und entsprechende Details werden deutlich, wenn die an der neuen psychologischen Situation Beteiligten sich auf den Patienten beziehen. Der Patient nimmt an dem Orientierungsprozess teil, indem er Fragen stellt, indem er herauszufinden sucht, was er wissen muss, um sich sicher zu fühlen, und indem er beobachtet, wie die professionellen Kräfte auf ihn eingehen.“* (Peplau 1995, S. 54)

Die Aufgabe des Patienten in der Orientierungsphase ist, mit der neuen Umgebung und den Menschen vertraut zu werden, um dann in der nächsten Phase damit zu beginnen, das Problem bzw. die Krankheit zu bewältigen.

### 2.2.2 Die Phase der Identifikation

In der Identifikationsphase beginnt das Lernen am Modell. Wenn der Patient für sich geklärt hat, um was es geht, wo er sich befindet und was mit ihm geschieht, kann er sich auf bestimmte Personen konzentrieren. Er gewinnt an Zuversicht und beteiligt sich an der eigenen Problembewältigung. Wenn er sich wahrgenommen fühlt und einer professionellen Obhut sicher ist, kann er Gefühle zeigen wie Hilflosigkeit, Trauer und den Wunsch nach Abhängigkeit. Das ist möglich, weil er sich mit der Pflegeperson identifiziert als jemandem, der ihm bei der Lösung seiner Probleme Hilfestellung zuteil werden lässt. Der Patient identifiziert sich mit der Pflegekraft und gewinnt in einem Gefühl des Vertrauens die Möglichkeit, seine alten (und aktuellen) Gefühle wieder zu erleben.

*„Nicht jedem Patienten fällt es leicht, sich mit anderen, die ihn akzeptieren, zu verbünden. Frühere zwischenmenschliche Beziehungen waren oft so traumatisch, dass es für den Patienten nicht vorstellbar ist, dass andere ihn so akzeptieren könnten, wie er ist.“* (Peplau 1995, S. 56)

Die Pflegeperson in ihrer Rolle als Ersatzperson kann hier eine wichtige Funktion einnehmen.

Die Aufgabe für den Patienten in dieser Phase ist, Klarheit zu gewinnen über sich, seine Erwartungen, seine Ziele. Die Aufgabe der Pflegeperson ist es, ihre eigenen Erwartungen und Ziele sowie die Möglichkeiten des Patienten zu erkennen.

### 2.2.3 Die Phase der Nutzung

Die Phase der Nutzung enthält durch die Identifikation des Patienten mit der Pflegeperson noch weiterhin das Lernen am Modell.

*„Die Nutzungsphase stellt sowohl für die Pflegekraft als auch für die Patienten eine Phase dar, in der beide aktiv werden müssen. Sie ist ein notwendiger Schritt für die Weiterentwicklung der Beziehung.“* (Simpson 1997, S. 32)

Der Patient ist bestrebt, aus den Dienstleistungen, die ihm entgegengebracht werden, nach Bedarf für sich den größtmöglichen Nutzen zu ziehen.

*„Gelegentlich kann beobachtet werden, dass Patienten, die sich erholen, höhere Ansprüche an die Pflege stellen als zur Zeit ihrer ersten Erkrankung. Andere Patienten verhalten sich kontrollierter und realistischer gegenüber der Nutzung der Dienstleistungen.“* (Peplau 1995, S. 62)

Die Aufgabe in dieser Phase ist, am Problem zu arbeiten, Unterstützung anzunehmen, die Dienstleistung „Pflege“ zu nutzen.

### 2.2.4 Die Phase der Ablösung

Nun kann sich der Patient durch die Übernahme von Verantwortung, Mitentscheid und seiner zunehmenden Autonomie von der Identifikation mit der Pflegeperson lösen und aus der Rolle des Patienten schlüpfen.

*„Das Stadium der Ablösung bedeutet die graduelle Befreiung von der Identifikation mit helfenden Personen sowie die Ausbildung und Verstärkung der Fähigkeit, mehr oder weniger alleine dazustehen. Diese Ergebnisse können nur erreicht werden, wenn alle früheren Phasen im Sinne eines „psychologischen Bemutterns“ angegangen worden sind [...].“* (Peplau 1995, S. 65)

Die Aufgabe der Pflegeperson ist hier, die Verantwortung abzugeben, den Patienten in seiner Eigenständigkeit zu unterstützen, auf seine Fähigkeiten zu vertrauen. Bezogen auf

eine Gruppensituation kann dies auch bedeuten, einzelne Phasen in einer Gruppensituation dem Patienten zu übertragen.

## 2.3 Weitere Eckpunkte der interpersonalen Beziehungen in der Pflege nach H. Peplau

### 2.3.1 Psychologische Aufgaben

Psychologische Aufgaben nach H. Peplau, die ein Mensch lernen muss, sind:

- Sich auf andere verlassen
- Befriedigung aufschieben
- Sich selbst identifizieren
- Partizipieren.

Diese Fähigkeiten sind im Gruppengeschehen zu entwickeln. Pflegepersonen sind als Gruppenleitung darauf sensibilisiert, den Patienten diese Lernvorgänge zu ermöglichen.

### 2.3.2 Bedeutung der Bedürfnisse

Folgende Bedürfnisse sind bei Hildegard Peplau benannt:

- Bedürfnis nach physiologischer Unversehrtheit
- Bedürfnis nach Sicherheit
- Bedürfnis nach Zuneigung und Anerkennung
- Bedürfnis nach Können und neuen Erfahrungen.

Mit dem „Sich-Erleben“ im Gruppengeschehen können die Patienten diese Bedürfnisse wahrnehmen und erfüllen. Werden Sie nicht befriedigt, kommt es zu Frustration, später zu Aggression. In der Bearbeitung eines aggressiven Verhaltens, beispielsweise in einer Gesprächsgruppe, lernen auch die anderen Gruppenmitglieder (am Modell) den Weg zu Problemlösungen. Werden die Bedürfnisse gestillt, so entwickeln sich nach Peplau reifere Bedürfnisse, eine Weiterentwicklung findet statt.

*„Peplau versteht Beobachtung, Kommunikation und Dokumentation als im Zusammenhang mit dem interpersonalen Beziehungsprozess eng aufeinander abgestimmte Tätigkeiten. Diese ermöglichen es den Pflegenden zu verstehen und zu untersuchen, was im Kontakt mit den Patienten geschieht.“ (Walter 1996, S. 189)*

Die interpersonelle Beziehung zwischen Patient und Pflegeperson steht bei Hildegard Peplau im Mittelpunkt. Dieses Modell eignet sich deshalb besonders für die Psychiatrische Pflege und die Aufgabe, die Erziehung und die Weiterentwicklung der Patienten im Gruppengeschehen zu fördern. Der hohe Anspruch an die Pflegenden in Bezug auf ihre Kommunikation (Beratung, Gesprächsführung, Zuhören) und ihre Bereitschaft zu Selbsterfahrung und Selbstreflexion (vgl. Walter 1996) steht im Einklang mit den Fähigkeiten, die eine Gruppenleitung besitzen muss.

Im Geschehen pflegerischer Gruppen werden Inhalte vermittelt, die die Aufmerksamkeit schulen (kognitives Training), die soziale Fähigkeiten fördern, die gekränktes Verhalten ändern durch Wissen über Erkrankungen oder gesunde Lebensweise, die den Patienten helfen, mit zu entscheiden und Verantwortung zu übernehmen. In den unterschiedlichen Anforderungen der einzelnen Gruppen können die Patienten sich selbst einbringen und entsprechend ihre Selbstpflegehandlungen durchführen.

Vergleicht man die Anforderungen der verschiedenen Gruppen an eine Gruppenleitung, findet man diese Methoden wieder. Milieutherapeutische Gruppen sind für Patienten in unterschiedlichen Genesungsstadien geeignet. Es ergeben sich innerhalb einer Gruppenstunde die vielfältigsten Aufgaben, die eine Gruppenleitung erkennen, wahrnehmen und ausführen soll. Bei Peplau ist dort die pädagogische Aufgabe der Krankenschwester (Edukation) ein wichtiger Bereich in der Pflege.

**Nachbereitung**

- Protokoll führen (evtl. ein Heft anlegen)
- Auswertung der Gruppenleiterinnen
- Dokumentation
- In dem oben genannten Heft Namen der Teilnehmer und Thema notieren

**Milieuthérapeutische Wirkfaktoren**

- Mitentscheid
- Mitverantwortung
- Informationsaustausch
- Informationsklarheit
- Reflexion
- Lernen am Modell

**Zielgruppe**

- Alle Angehörigen von Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus.
- Mittlerweile gibt es z. T. auch unterschiedliche Angehörigengruppen, die beispielsweise aufgeteilt sein können in Angehörige depressiver Patienten, Angehörige von Patienten mit schizophrenen Psychosen, u. a.

**Tipps**

- Beschränken Sie sich auf Ihre Moderatorenrolle und vermeiden Sie tiefer gehende Fragen. Sie lösen möglicherweise dadurch heftige Gefühlsreaktionen aus, die Sie unter Umständen nicht unter Kontrolle haben.
- Lassen Sie sich nicht entmutigen, wenn die Teilnahme sehr gering ist: Die Gruppe findet immer statt. Die Teilnehmer, die anwesend sind, sind die richtigen.

**Entspannungsgruppe „Progressive Muskelentspannung nach Jacobson“****Ziele**

- Kennenlernen der Entspannungsmethode
- Sensibilisierung für die eigene Anspannung
- Reduktion von Nervosität, Stress und Schlafstörungen
- Positive Wahrnehmung von Entspannungsgefühlen im eigenen Körper

**Rahmenbedingungen**

- Ein ruhiger Raum mit Fenster und Heizung
- Bequeme Stühle oder Sessel oder Matten
- Die Patienten wurden entweder in der Gruppe oder im Einzelgespräch vorher über die Methode (Sinn, Ziele, Ablauf) informiert.

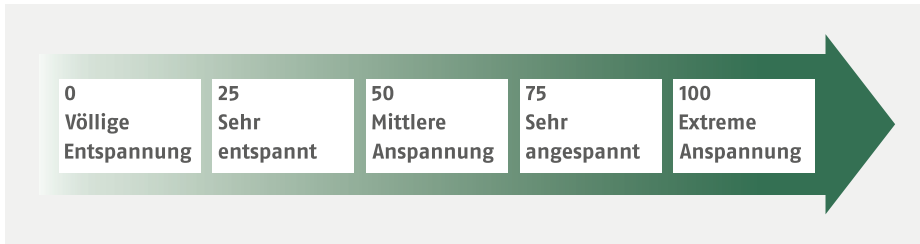
**Sitzordnung**

- Die Patienten liegen oder sitzen im Kreis.
- Die Gruppenleiterin sollte alle Teilnehmer im Blickfeld haben

**Vorbereitung**

- Eine Version der Entspannungsmethode, die auf dieser Station benützt wird
- Raum lüften und ggf. heizen





○ **Abb. 6.11** Skala zur Einschätzung des Entspannungs- und Anspannungsgrads

- Stühle/Matten im Kreis aufstellen
- Evtl. Kassettenrecorder/CD-Player und Entspannungsmusik
- Eine kleine Lichtquelle für die Gruppenleitung

#### Durchführung

- Begrüßung der Patienten
- Klärung, ob auf bequeme Kleidung, warme Socken usw. geachtet wurde
- Befindlichkeitsrunde:  
„Wie geht es Ihnen heute?“ – „Haben Sie Einschränkungen in ihrer Bewegungsfähigkeit?“
- Anspannungsgrad bestimmen lassen (individuelle Einschätzung der Patienten über ihre aktuelle Anspannung auf einer Skala von 0–100 (○ Abb. 6.11))
- Ggf. Brillen abnehmen, bequeme Sitzhaltung einnehmen, etc.
- Falls neue Teilnehmer dabei sind:
  - Die einzelnen Anspannungsmöglichkeiten in den Muskelgruppen zeigen (Trockenübung)
  - Das Maß der Anspannung klären (max.  $\frac{2}{3}$  der möglichen Anspannung)
  - Anspannen und Loslassen nach dem Signalwort
  - Darauf hinweisen, dass während der Anspannung weiter geatmet wird
  - Auf Verhalten bei Schwierigkeiten hinweisen (Augen öffnen, tief durchatmen, sich durch Handzeichen mit der Gruppenleitung verständigen)
- Abschlussrunde:  
„Wie geht es Ihnen?“  
„Was haben Sie gefühlt?“  
„Gab es Schwierigkeiten bei einzelnen Übungen?“
- Entspannungsgrad bestimmen

#### Beispiel einer ca. 25-minütigen Entspannungsübung:

##### Sieben Muskelgruppen – 2 Mal

(Version Lanzenberger, auf der Grundlage von D. A. Bernstein u. Th. D. Borkovec 1997)

Nehmen Sie eine bequeme Stellung ein, möglichst locker und entspannt.

Lassen Sie sich Zeit, die richtige Position zu finden.

Wenn Sie eine angenehme Stellung gefunden haben, schließen Sie die Augen.

Lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit auf Ihren Atem.

Beobachten Sie, wie er herein- und herausströmt.

Verändern Sie nichts.

Beobachten Sie nur Ihren Rhythmus des Herein- und Herausströmens.

Spüren Sie diesen Rhythmus.

Machen Sie sich mit ihm vertraut.

Wenn Sie etwas ablenkt oder Ihnen Gedanken in den Sinn kommen, schauen Sie sie ruhig an und lassen Sie sie – wie Wolken am Himmel – vorüberziehen und langsam entschwinden.

Wenden Sie sich dann einfach wieder Ihrem Atem zu, Ihrem Rhythmus des Herein- und Herausströmens.

Lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit jetzt auf Ihren rechten Arm.

Machen Sie die Hand zur Faust, winkeln Sie den Unterarm etwas an und spannen Sie gleichzeitig Hand – Unterarm – und Oberarm – an.

*Anspannen*

Spannung halten ... weiteratmen dabei und ... *Loslassen* (5–7 Sekunden)

Beobachten Sie, wie sich der Arm jetzt anfühlt.

Konzentrieren Sie sich auf die Gefühle, die mit dem Loslassen verbunden sind.

Fühlen Sie, wie es ist, wenn die Muskeln mehr und mehr entspannen.

Nehmen Sie die Empfindungen der Entspannung in Ihrem rechten Oberarm, dem Unterarm und in der Hand wahr.

Lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit jetzt noch einmal auf Ihren rechten/dominanten Arm.

Machen Sie die rechte Hand zur Faust, winkeln Sie den rechten Unterarm etwas an und spannen Sie gleichzeitig Hand – Unterarm – und Oberarm – an.

*Anspannen*

Spannung halten ... weiteratmen dabei und ... *Loslassen*.

Beobachten Sie, wie sich der rechte Arm jetzt im Vergleich zum linken Arm anfühlt.

Konzentrieren Sie sich auf die Gefühle der Entspannung.

Fühlen Sie, wie es ist, wenn die Muskeln sich mehr und mehr lösen.

(Schweigen ca. zehn Sekunden.)

Konzentrieren Sie sich jetzt auf Ihren linken Arm, machen Sie die Hand zur Faust.

Winkeln Sie den Unterarm an und spannen Sie gleichzeitig Hand – Unterarm – und Oberarm – an.

*Anspannen*

Spannung halten ... ruhig weiteratmen und ... *Loslassen*.

Locker lassen und nachspüren, nehmen Sie die Gefühle der Entspannung wahr – im Oberarm, dem Unterarm und in der Hand.

Spannen Sie jetzt noch einmal Ihren linken Arm an, machen Sie die Hand zur Faust.

Winkeln Sie den Unterarm an und spannen Sie gleichzeitig Hand – Unterarm – und Oberarm – an.

*Anspannen*

Spannung halten, halten und ... *Loslassen*.

Spüren Sie, wie es ist, wenn die Spannung nachlässt, wie die Empfindungen der Entspannung sich in Ihrem linken Arm anfühlen.

Wie fühlt sich der Arm im Vergleich zu vorher an?

Welche Unterschiede nehmen Sie wahr?

(Schweigen ca. zehn Sekunden.)

Gehen Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit in Ihr Gesicht.

Runzeln Sie die Stirn.

Kneifen Sie die Augen zu.

Rümpfen Sie die Nase.

Beißen Sie die Backenzähne aufeinander und ziehen Sie die Mundwinkel auseinander.

*Anspannen ...* nehmen Sie die Spannung wahr ... bis zu den Haarspitzen.

Atmen Sie ruhig weiter.

... und *Loslassen*

Das Gesicht ist wieder ganz glatt und gelöst.

Wie fühlt es sich jetzt an?

Wie fühlt es sich im Vergleich zu vorher an?

Nehmen Sie den Übergang von der Anspannung zur Entspannung in Ihrem Gesicht wahr.

Gehen Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit noch einmal in Ihr Gesicht.

Runzeln Sie die Stirn.

Kneifen Sie die Augen zu.

Rümpfen Sie die Nase.

Beißen Sie die Backenzähne aufeinander und ziehen Sie die Mundwinkel auseinander.

*Anspannen ...* nehmen Sie die Spannung wahr ... bis zu den Haarspitzen.

Atmen Sie ruhig weiter.

*Loslassen.*

Locker lassen.

Die Stirn wird wieder glatt.

Das Gesicht ist locker und gelöst.

Fühlen Sie, wie es immer entspannter wird ... sich immer mehr die Spannung löst und sich als Ganzes anfühlt.

(Schweigen ca. zehn Sekunden.)

Lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit jetzt auf Ihre Schultern – nach dem Signalwort ziehen Sie beide Schultern hoch Richtung Ohren.

*Anspannen ...* Halten Sie die Spannung, weiteratmen in Ihrem Rhythmus und ... *Loslassen.*

Ganz lockern, lösen, nachlassen.

Nehmen Sie das Gefühl wahr, wie es ist, wenn die Muskeln sich lösen, wie sich die Schulter und der Nacken in der Entspannung anfühlen.

Und noch einmal, bitte beide Schultern hoch bis zu den Ohren ziehen.

*Anspannen*

Spannung halten, halten und ... *Loslassen.*

Wieder ganz lösen und nachspüren.

Wie fühlt sich Entspannung an? Mit jedem Ausatmen lassen Sie noch mehr los.

Lassen Sie sich Zeit, die Entspannung zu spüren:

im Nacken,

im Gesicht,

in den Armen,

den Händen, den Fingern.

(Schweigen ca. zehn Sekunden.)

Konzentrieren Sie sich jetzt auf Ihre Schulterblätter und auf Ihren Bauch.

Nach dem Signalwort ziehen Sie beide Schulterblätter nach hinten, atmen Sie tief ein, halten Sie die Luft an und machen Sie gleichzeitig den Bauch hart.

*Anspannen ...* Luft anhalten ... Spüren Sie die Spannung und ... *Loslassen.*

Ganz loslassen, atmen Sie in Ihrem Rhythmus und mit jedem Ausatmen lassen Sie noch ein bisschen mehr los, können Sie noch mehr entspannen.

Fühlen Sie, wie es ist, wenn die Muskeln ganz entspannt sind.

Bitte noch einmal die Schulterblätter nach hinten in der Mitte zusammenziehen, die Luft anhalten und den Bauch hart machen.

*Anspannen ... Luft anhalten ...*

*Loslassen.*

Und ganz lösen, nachspüren ...

Wie fühlt sich der Schulterbereich und der Bauch jetzt an?

Wie fühlt sich Entspannung an?

Atmen Sie in Ihrem Rhythmus und mit jedem Ausatmen können Sie noch mehr loslassen, noch mehr entspannen.

(Schweigen ca. zehn Sekunden.)

Wir kommen jetzt zu den Beinen.

Strecken Sie beide Beine aus, die Fersen zeigen Richtung Boden, die Zehen ziehen Sie zum Gesicht hin.

Nach dem Signalwort spannen Sie beide Füße, Beine und das Gesäß gleichzeitig an.

*Anspannen ... Spüren Sie die angespannten Muskeln, weiteratmen dabei und ... Loslassen.*

Und wieder ganz lockerlassen.

Nehmen Sie wahr, welche Empfindungen jetzt in Ihren Beinen sind, wie sich Entspannung anfühlt.

Strecken Sie noch einmal beide Beine aus, die Fersen zeigen Richtung Boden, die Zehen ziehen Sie zum Gesicht hin.

Nach dem Signalwort spannen Sie beide Füße, Beine und das Gesäß gleichzeitig an.

*Anspannen ... Spüren Sie die angespannten Muskeln und ... Loslassen.*

Ganz loslassen, nehmen Sie wahr, wie sich die Entspannung in den Beinen anfühlt, in den Oberschenkeln, den Unterschenkeln bis zu den Zehenspitzen.

Lassen Sie ganz locker.

Nehmen Sie nur das angenehme Gefühl der Entspannung wahr.

(Schweigen ca. zehn Sekunden.)

Strecken Sie jetzt die Beine noch einmal aus, die Zehen nach vorne gestreckt, und spannen Sie gleichzeitig Füße, Unterschenkel, Oberschenkel und Gesäß an.

*Anspannen – Spüren Sie die Spannung, atmen Sie weiter ... – und Loslassen.*

Ganz loslassen, locker lassen, stellen Sie fest, wie es sich jetzt anfühlt, wie die Muskeln der Beine ganz gelöst sind, wie sich die Muskeln der Beine mehr und mehr entspannen.

Strecken Sie jetzt die Beine noch einmal aus, die Zehen nach vorne gestreckt, und spannen Sie gleichzeitig Füße, Unterschenkel, Oberschenkel und Gesäß an.

*Anspannen ... Spüren Sie, wie die Muskeln angespannt sind ... – und Loslassen.*

Nehmen Sie wahr, wie sich die Beine in der Entspannung anfühlen, wie sich das Gefühl der Entspannung in Ihren Beinen ausbreitet.

(Schweigen ca. zehn Sekunden.)

Fühlen Sie,

wie sich die Beine,

das Gesäß,

der Bauch,

der Rücken,

der Nacken,

das Gesicht,  
 die Arme,  
 die Hände ganz gelöst anfühlen, ganz entspannt.  
 Lassen Sie sich Zeit, diesen Zustand zu genießen.  
 Fühlen Sie, wie sich Ihr Körper auf der Unterlage anfühlt.  
 Beobachten Sie Ihren Atem,  
 seinen Rhythmus des Herein- und Herausströmens.  
*(Evtl. Entspannungsmusik)*  
 Gehen Sie jetzt in Ihren Gedanken an einen schönen Ort, einen Ort an dem Sie sich sehr wohlfühlen.  
 Wie sieht dieser Ort aus?  
 Welche Farben hat dieser Ort?  
 Welche Geräusche?  
 Sie fühlen sich angenehm entspannt und genießen die Ruhe und den Frieden dieses Ortes.  
 (Schweigen ca. 30–60 Sekunden.)  
 Verabschieden Sie sich jetzt von diesem Ort mit dem Bewusstsein, dass Sie jederzeit wieder dahin zurückkehren können und nehmen Sie die angenehmen Gefühle der Ruhe und der Entspannung mit.  
 Wenn Sie bereit sind, in den Raum zurückzukommen, schließen Sie die Übung innerlich ab.  
 Bewegen Sie die Arme.  
 Recken Sie sich.  
 Strecken Sie sich.  
 Atmen sie tief ein und  
 öffnen Sie die Augen.

### Nachbereitung

- Raum lüften, aufräumen

### Dokumentation

- Rückmeldungen von Patienten über Entspannungs-/Anspannungsfähigkeit
- Zwischenfälle (Weinen, Krämpfe, Kreislaufkomplikationen)

### Milieutherapeutische Wirkfaktoren

- Aktivierung
- Autonomie
- Individueller Ausdruck
- Leben in der Gemeinschaft: Patientenzentrierte therapeutische Kleingruppe

### Geeignete Patienten

- Alle Patienten, die sich 30 Minuten auf sich konzentrieren können
- Besonders geeignet für depressive Patienten, Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen, Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen
- Patienten mit organischen Erkrankungen sollten das Einverständnis des behandelnden Arztes einholen.

**Varianten**

- Offene Gruppe mit immer der gleichen Version (ca. 20 Minuten)
- Feste Gruppe, die ca. zehn Sitzungen gemeinsam durchläuft, mit der Version für 16 Muskelgruppen beginnt und mit der Version für vier Muskelgruppen endet.

**Tipp**

- Wichtig sind eine schöne, entspannungsfördernde Atmosphäre, ein etwas verdunkelter ungestörter Raum, eine kleine Lichtquelle, vertrauensvolle Gruppenleitung.
- Genügend Zeit einräumen im Anschluss, da häufig nach der Entspannung noch vertraute Gespräche entstehen.

**6.2.2 Spezifische psychoedukative Gruppen****RPT Rückfallprophylaxe**

Am Beispiel des Westfälischen Therapiezentrum für forensische Psychiatrie Marsberg

**Einleitung**

Drogenabhängigkeit ist wie jede Suchterkrankung eine Rückfallerkrankung. Von Drogenabhängigkeit betroffene Menschen sollten sich deshalb beim Herauswachsen aus der Sucht mit dem Rückfallgeschehen auseinandersetzen. Rückfallprophylaxe in der Behandlung von Drogenabhängigen muss frühzeitig, systematisch und psychoedukativ erfolgen und neben Rückfallvorbeugung und -management das Ziel haben, die Betroffenen zu Experten ihrer eigenen Erkrankung zu machen. Die Gruppe bietet ein strukturiertes Trainingsprogramm zur Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit (RPT). In den elf Gruppensitzungen werden zentrale Aspekte des Rückfallgeschehens aufgegriffen. Theorien, Modelle und Forschungsergebnisse zum Rückfallgeschehen werden dargestellt und klientengerecht vermittelt. Darüber hinaus werden individuelle Aspekte, wie das persönliche Risikoprofil, Bewältigungsstrategien und Ressourcen, gemeinsam erarbeitet, um die Betroffenen auf drohende bzw. eintretende Rückfälle angemessen vorzubereiten. Neben der Wissensvermittlung und der Erarbeitung einer verbesserten Selbsteinschätzung zielt das Training auf eine realistische Selbstwirksamkeitserwartung, eine Steigerung der Fähigkeit zu Antizipation, eine Reduzierung des Abstinenzverletzungseffektes sowie auf die Einübung von Bewältigungsstrategien ab.

**Ausgangslage**

Das RPT wurde erstmals 2006 im LWL Therapiezentrum für forensische Psychiatrie Marsberg angewandt und in den letzten Jahren mit ca. 300 Patienten durchgeführt. Grundlage ist das Manual von Dr. Theo Wessel PEGPPOK: Psychoedukatives Gruppenprogramm bei problematischen Partydrogen oder Opiatkonsum. Es wurde entlang der Umsetzungserfahrungen kontinuierlich weiterentwickelt und präzisiert und hat sich als spezifischer Behandlungsansatz in der Praxis bewährt. Obwohl eine umfassende Evaluation des RPT aussteht, können dennoch folgende positive Effekte beobachtet werden:

- Es wird von den Patienten als wichtiges therapeutisches Gruppenangebot identifiziert.
- Patientenseitig wurde eine erhöhte Gesprächsbereitschaft über das Thema Rückfall, verstärkte Risikowahrnehmung, verbesserte Copingstrategien, Förderung der Antizipationsfähigkeit, Erhöhung des Wissens um den Krankheitsverlauf, Stärkung der Behandlungsmotivation geäußert.