

Prävention durch Austausch

**Aufbau, Durchführung und Evaluierung psychoedukativer Gruppen zu
Aggression und Gewalt**

Abschlussarbeit

Lehrgang TrainerIn/BeraterIn für Deeskalations- und
Sicherheitsmanagement im Sozial- und Gesundheitsbereich
am

Aus- und Weiterbildungszentrum AWZ Soziales Wien GmbH
Schlachthausgasse 37 1030 Wien

und

Verein Club Pflegenetz, www.pflegenetz.at

Vorgelegt von:

Wendelin Pohl

Betreut durch:

Nico OUD, MNSc, N.Adm, RN

Dr. phil. Harald STEFAN (PhD., MSc.)

Eingereicht

Wien, September, 2019

Abstract

Subject of this paper is the evaluation of possible elements and structural means of psychoeducational groups for patients of psychiatric wards with no specific diagnostic background, who deem their own aggression incapacitating or feel motivated to cope with their own aggression. Since there are no existing concepts or programs for this subject no evaluation of efficiency could be made.

Therefor certain empirically substantiated elements from group psychotherapeutic models were evaluated and summarized for use in psychoeducational groups addressing aggressive and violent behavior.

This paper offers a base for further group efforts in developing a sound model for implementation and scientific evaluation of environmental variables, structure and instruments of psychoeducational therapy groups.

Vorwort

Zu Gunsten der besseren Lesbarkeit wird auf die Nennung beider Geschlechter in dieser Arbeit verzichtet, es ist jeweils auch das nicht genannte Geschlecht gleichwertig inkludiert.

Problemdarstellung

Aggression und Gewalt sind omnipräsent im Gesundheitswesen. In einer 2009 publizierten italienischen Studie gaben aus einer Gruppe von 700 Pflegekräften 49% in einem anonymen multiple-choice Test an, im vergangenen Jahr Ziel von Aggression und Gewalt geworden zu sein, bei 82% davon handelte es sich um verbale Aggression.¹ Dies deckt sich mit einer 2001 vom Langley Memorial Hospital publizierten Umfrage²

Nichttödliche gewalttätige Übergriffe finden im Gesundheitsbereich fast vier mal häufiger statt als in sämtlichen privaten Branchen.³

¹ *Zampieron, A. et al.: Percieved aggression towards nurses : Study in two Italian health institutions; Results*

² *Brinton, D. et al: Workplace Violence Risk Assessment; 2001, S. 2*

³ *Clements, P. D. et al.: Workplace Violence and Corporate Policy for Health Care Settings, Abstract*

Weiterhin lässt sich feststellen, dass gewalttätiges Verhalten nicht im konventionellen Sinne therapierbar ist.⁴

Aus diesem Grund befasst sich diese Arbeit mit dem Aufbau eines Konzepts zur interaktionistischen Bearbeitung von Aggression und Gewalt basierend auf verhaltens- und geschwätztherapeutischen Elementen. Ziel ist nicht direkt die Behandlung der Aggression oder des gewalttätigen bzw. delinquenten Verhaltens, sondern eine Reduktion von durch das Ausüben von Gewalt und dem aktiven Erleben von Aggression bedingten sozialen Einschränkungen der Lebensqualität.

Hypothese

Das Abhalten von regelmässigen psychoedukativ – therapeutischen Gruppen durch moderierendes Fachpersonal im non - direktiven Stil kann zu einer Reduktion von als belastend wahrgenommenen Aggressionen und zu einer Erhöhung der subjektiven Lebensqualität der Teilnehmer führen.

Fragestellung

Wie kann ein psychoedukatives Gruppenprogramm zum Thema Aggression und Gewalt aufgebaut sein, um über den moderierten Austausch zu einer Erhöhung der Lebensqualität der Teilnehmer zu führen?

Methode

Die Arbeit wird im Rahmen einer umfassenden Literatursichtung verfasst, wobei vor allem valide Studien und Fachbücher herangezogen werden.

Sie enthält Elemente und Interventionen verschiedener gruppentherapeutischer und psychoedukativer Konzepte.

⁴ Stamp F. et al: Psychiatric Treatment of Violent Offenders in Prison *In Serious Violent Offenders: Sentencing, Psychiatry and Law Reform: Proceedings of a Conference Held 29–31 October*. Canberra: Australian Institute of Criminology. S.194

Diese werden einerseits nach klinischer und empirischer Sinnhaftigkeit und Effizienz der Elemente sortiert, andererseits werden notwendige Umgebungsvariablen bestimmt.

Als Datenbanken dienen das National Institute of Mental Health, Google Scholar und Pubmed, sowie ein Fundus an Fachartikeln, Studien und Arbeiten zum Thema.

Für die Recherche wurden folgende Suchbegriffe verwendet:

„psychoeducation aggression“, „psychoeducation violent behaviour“, „group therapy aggression“, „group therapy“, „patientengruppen leiten“, „psychoedukation aggression gruppe“, „verhaltenstherapie gruppe störungsspezifisch“, „programm gruppe aggression“, „impulskontrolle“, „recovery orientierte psychoedukation“

Und dann die Ergebnisse nach Relevanz, Qualität und Alter geordnet, wobei Studien vor 2000 nur in begründeten Ausnahmefällen zur Anwendung kommen, und bei Fachbüchern die jeweils letzte Auflage verwendet wird.

Erklärung:

Ich erkläre, dass die vorliegende Abschlussarbeit von mir selbst verfasst wurde und ich keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet bzw. mich auch sonst keiner unerlaubter Hilfe bedient habe.

Ich versichere, dass ich diese Abschlussarbeit bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Weiters versichere ich, dass die von mir eingereichten Exemplare (ausgedruckt und elektronisch) identisch sind.

Datum:

Bern,

Unterschrift:.....

Inhaltsverzeichnis

Abstract	2
Vorwort	2
Problemdarstellung	2
Hypothese	3
Fragestellung	3
Methode	3
Begriffsbestimmungen	1
Aggression	1
Gewalt	3
Psychoedukation	4
Struktureller Aufbau	5
Zielsetzung und Methodik	5
Zielgruppe	7
Gruppengrösse	9
Personalanforderungen	10
Sitzungsablauf	11
Evaluierung	14
Gruppenklima	14
Kohäsion und Allianz	15
Werkzeuge für die Anleitung der Sitzungen	17
Systemisches Aggressionsmanagement (SAM Concept)	17
Situationsanalyse	18
Durchführung	19
Evidenzlage und Empfehlung	20
Rollenspiel	20
Conclusio und Empfehlung	21
Literaturverzeichnis	22
Anhang	27
Itemliste des SBV-R	27
Stationserfahrungsbogen	31

Begriffsbestimmungen

Aggression

Während die heute gängige Auffassung von Aggression eine durchwegs negative ist, bedeutet der Wortstamm des Wortes Aggression, ad(/g)gredi (lat.), in der ursprünglichen Auslegung auch «herangehen». Damit ist Aggression nicht als rein negative Verhaltensweise oder ein schlechtes Gefühl, sondern viel mehr als zur Erreichung eines Zieles notwendige Lebensenergie⁵ zu verstehen.

Hervorzuheben ist der gestalttherapeutische Zugang, den Paul Goodman in den 1940er Jahren mit der «gesunden Gewalt» prägte:

«Je höher entwickelt die Ablenkungen sind, die das Ich verlangt, um so mehr verstärken sich die Abwehr und die Rationalisierungen gegen die Instinkte. Auf diese Weise wird die Spannung um so größer, wird die tägliche Unbewusstheit um so suggestiver und hypnotischer, wird die Selbsterstörung um so unvermeidbarer. Die Rebellion der Instinkte gegen die oberflächlichen Ablenkungen des Ich ist eine gesunde Reaktion: Es ist eine gesunde Art der Gewalt, darauf berechnet, nicht den Organismus zu zerstören, sondern ihn von Leerheit zu befreien. Vom Ich könnte allerdings dieses Verlangen nach ›Bersten‹ (Wilhelm Reich) als Verlangen nach Selbstmord gedeutet werden»⁶

Diese Auffassung von Aggression ist besonders im historischen Kontext interessant, so stellt die Psychoanalytikerin und Begründerin der Gestalttherapie Laura Perls 1939 fest, dass «Die Verdrängung der individuellen Aggression unweigerlich zu einem Anstieg der universellen Aggression [führt]»⁷ - eine in Hinblick auf die Verbreitung der schwarzen Pädagogik, sowie der damit einhergehenden Affektunterdrückung beim Kind und des gerade eskalierenden Weltkrieges interessante Aussage.

Auch der Psychiater und Mitbegründer der Gestalttherapie Fritz Perls schreibt der Aggression eine gewisse Lenkbarkeit zu: «Je mehr wir uns erlauben, Grausamkeit und

⁵ Walter, G. et al.: Aggression und Aggressionsmanagement *Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe* Verlag Hans Huber, 2012, S. 37

⁶ Goodman, P.: *Drawing the Line*, 1977, S. 34

⁷ Perls, L.: *Leben an der Grenze*, 1939, S. 14f

Zerstörungslust am biologisch richtigen Ort – d.h. den Zähnen – auszuleben, desto geringer ist die Gefahr, dass die Aggression als Charakterzug ihr Ventil findet«⁸

Im Lexikon der Gestalttherapie legen Blankertz und Doubrawa diese Äusserungen so aus «Eine Befriedung, die auf Unterdrückung individueller Bedürfnisse und problemlösender Energie (Aggression) beruht, führt zwangsläufig zu einer sich ständig aufstauenden Unzufriedenheit, die sich periodisch in sinnlosen Gewaltexessen entläd»⁹

Woraus sich in der Arbeit mit aggressiven Menschen die Schlussfolgerung ergibt, dass ein rein deeskalatives Handeln kontraindiziert ist.

In den Grundlagen der Gestalttherapie formulieren Perls, Goodman und Hefferline ihre psychotherapeutische Theorie zur Grundstruktur aggressiven Kontaktes. Sie stellen 7 Basiselemente fest:

- Initiative: Aus Sicht des Handelnden muss sich etwas ändern, um ein gutes Weiterleben zu ermöglichen
- Es gibt zwei mögliche Formen, den Inhalt der Initiative aggressiv umzusetzen:
 - Vernichten – das emotional kalte und distanzierte Entfernen eines Objektes aus der Welt
 - Zerstören – das als lustvoll erlebte Umgestalten der Umgebung
- Die dazugehörige Emotion «Wut» vereint Zerstörungslust und Vernichtungswillen
- Initiative, Vernichten, Zerstören und Wut ermöglichen ein (gutes) Überleben unter widrigen Umständen
- Sind die opponierenden Kräfte zu gross und muss er befürchten, bei Äusserung seiner Aggression vernichtet zu werden, schützt sich der Organismus vor der eigenen Überwältigung, in dem er Angst entwickelt¹⁰

⁸ Perls, F.: Das Ich, der Hunger und die Aggression, 1944, S. 234

⁹ Blankertz, S., Doubrawa, E.: Lexikon der Gestalttherapie, Peter Hammer Verlag, 2005, Kapitel «Aggression»

¹⁰ Goodman, P.: Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality, 1951, Kapitel 8f

Gewalt

Der Begriff Gewalt ist in der Gestalttherapie deutlich weniger gut bearbeitet, es lässt sich jedoch die gestalttherapeutische Betrachtungsweise von allgemeinen Handlungen anwenden, nachdem diese keine isolierten Ereignisse darstellen, sondern im Kontext der Biographie, der subjektiven Wirklichkeit und den situativen Gegebenheiten zu sehen ist.

Im allgemeinen Sprachgebrauch hat auch der Gewaltbegriff eine Wandlung erlebt. Während im lateinischen noch zwischen der destruktiven *violentia* und der konstruktiv nutzbaren Mächtigkeit *potestas* differenzierte,¹¹ und das Mittelhochdeutsche Gewalt mit mächtig, Herrschaft, Bevollmächtigung gleichsetzt, ja sogar unter «die gewelticen» den Stadtrat, also «die Bevollmächteten», versteht¹², herrscht heute eine vorwiegend negativ behaftete, destruktive Auffassung von Gewalt.

Noch im Althochdeutschen verstand man unter *kiwalt*, *chiwalt*, *giwalt*, *kewalt* nicht nur Macht und Herrschaft, sondern auch die Möglichkeit, das Recht und die Freiheit des Handelns, jemandem etwas zu überlassen hiess *ze gewalte lazen*, und als Reflexivpronomen verstand man unter *giwaltan* auch «sich entfalten» und «wirksam sein».¹³

In Hinblick auf die Wandlung der Definition und Auffassung des Gewaltbegriffes lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die individuelle Definition der Betroffenen vordergründig ist, da sich das Finden einer gemeinsamen, kongruenten Definition als bislang zu komplex für die Menschheit erweist.

Heute unterteilen wir Gewalt in personelle, strukturelle, institutionelle und kulturelle Gewalt¹⁴.

Für das Verständnis der Grundhaltung dieser Arbeit ist die Klarheit über die Wortwahl ausschlaggebend; Es wird von der Verwendung der Begriffe «Täter» und «Opfer»

¹¹ Stowasser, J.M., Petschenig, M. & Skutsch, F.: Stowasser: lateinisch-deutsches Schulwörterbuch, Wien: öbv et hpt., 2016

¹² Lexers, M.: Mittelhochdeutsches Taschenwörterbuch, 29. Auflage, S. Hirzel Verlag Leipzig, 1958

¹³ Schützeichel, R.: Althochdeutsches Wörterbuch, 5. Auflage, Max Niemeyer Verlag Tübingen, 1995, S. 308

¹⁴ Griess, C: Gewalt in der Pflege von Angehörigen – Ursachen und Möglichkeiten der Prävention und Intervention, Verlag Dr. Müller, 2007

abgesehen, da sie eine moralisierende Einteilung in Gut und Böse und die damit einhergehende Rollenbestimmung impliziert, und automatisch Schuld zuweist. Nur bei Formen extremer und sexueller Gewalt wird hier in Täter und Opfer unterteilt.¹⁵

Psychoedukation

Psychoedukation ist eine pädagogisch-therapeutische Intervention mit dem Ziel der Tertiärprävention durch Aufklärung von Patienten und Angehörigen über die Erkrankung und Behandlung, sowie Förderung von Krankheitsverständnis und Umgang mit der Krankheit, sowie die Krankheitsbewältigung¹⁶.

Ursprünglich aus der Verhaltenstherapie entwickelt, weisen aktuelle Konzepte auch gesprächspsychotherapeutische Einflüsse auf.¹⁷

Allgemeine Ziele psychoedukativer Interventionen lassen sich für diese Arbeit auf folgende konzentrieren

- Verbesserung des Hintergrundwissens zum Thema Aggression und Deeskalation
- Erweiterung der Kenntnisse über die individuelle, den Teilnehmern eigene, Aggression und deren Ursprünge, sowie über Umgangsstrategien mit destruktiver, vom Patienten als negativ empfundener Aggression. Daraus folgend das Gewinnen von Sicherheit im Umgang mit Krisen
- Perspektivenerweiterung hinsichtlich verschiedener Erlebens- und Bewältigungsmöglichkeiten von Aggression und Gewalt
- «Aufbau eines partnerschaftlichen Behandlungsbündnisses»¹⁸

Als Mittel dienen hierfür die Arbeit am Modell, der moderierte Austausch zwischen Betroffenen, das Erarbeiten von Fallbeispielen der Teilnehmer, sowie die didaktische Wissensvermittlung.

¹⁵ Walter, G. et al.: Aggression und Aggressionsmanagement *Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe* Verlag Hans Huber, 2012, S. 36

¹⁶ Sauter et. al.: Lehrbuch Psychiatrische Pflege 3. Auflage Huber Verlag 2011, S.553

¹⁷ Bäuml J., Pitschel-Walz G. Psychoedukation bei Schizophrenen Erkrankungen, 2008, S. 3

¹⁸ Bäuml J., Pitschel-Walz G. Psychoedukation bei Schizophrenen Erkrankungen, 2008, S. 5

Fundamental in der Anwendung dieser Werkzeuge sind die Prinzipien sowie das Menschenbild der non-direktiven Psychotherapie nach Rogers.

Die Auswahl des non-direktiven Zugangs ergibt sich aus dem Ziel einer eigenständigen Entwicklung und Bearbeitung der individuellen Problematik, wo die als paternalistisch¹⁹ bevormundend wahrgenommene einseitige Wissensvermittlung durch Fachexperten ungeeignet ist.

Hier fusst die These, dass psychoedukative Massnahmen einen konstruktiven Umgang mit Aggression fördern können, auf der Aktualisierungstendenz, die Rogers selbst so beschreibt: „Der Begriff bezeichnet die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten. Und zwar so, dass sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen.“²⁰

Das bedeutet, dass die Teilnehmer tendenziell freier im Ausdruck ihrer Affekte und Gedanken werden, und diese auch weiter ausdifferenzieren.²¹

Struktureller Aufbau

Zielsetzung und Methodik

Ziel der Sitzungen ist einerseits die Stärkung eines reflektierten, lösungsorientierten Umgangs mit der eigenen Aggression, andererseits aber auch dezidiert das gemeinsame Erarbeiten eines subjektiv als funktional empfundenen Störungsmodells, was einen positiven Einfluss auf die subjektive Lebensqualität aufweist.²²

Dies sollen die Teilnehmer im Rahmen von moderierten Peergesprächen auf Basis gegenwärtiger Erklärungsmodelle und Erkenntnisse erarbeiten.

¹⁹ Burr, C.; Zehnder, U.; Schumacher, B.: Recoveryorientierte Psychoedukation bei Menschen mit Psychoseerfahrung, 2018, Ergebnisse

²⁰ Rogers, C. R.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, 2009, S. 27

²¹ Eckert et al: Gesprächspsychotherapie *Lehrbuch für die Praxis*, Springer Verlag 2006,. S. 94

²² Schmidt F.: Nutzen und Risiken psychoedukativer Interventionen für die Krankheitsbewältigung bei schizophrenen Erkrankungen; Psychiatrie Verlag; 2012

Um den Teilnehmern zu erlauben, mit Unterstützung der anleitenden Personen und Mitteilnehmern ein Modell ihrer eigenen Aggression zu bilden und zu formulieren, wird hier auf einen strikt modularen Aufbau verzichtet, und ein interaktionistischer Ansatz gewählt.

Dies folgt auch den Ergebnissen einer 2018 veröffentlichten Arbeit, in der Mittels der Zukunftswerkstatt nach Jungk, Lutz, und Müllert herausgearbeitet wurde, dass die Teilnehmer psychoedukativer Gruppen diese als wenig betroffenenorientiert erleben.²³ Der Wunsch nach Einbezug subjektiver Erklärungsmodelle im Sinne der Recovery besteht,²⁴ ²⁵ die Möglichkeit, die eigene Geschichte erzählen zu können, und in den Professionisten auf interessierte Zuhörer zu stossen, wird dem konfrontativen Zugang der herkömmlichen Wissensvermittlung vorgezogen.²⁶

Das Erleben von Zugehörigkeit zur Gruppe, sie als wichtig wahrnehmen, sowie die Möglichkeit, sich selbst der Gruppe in einem wertschätzenden Umfeld zu öffnen, und der Austausch mit anderen Betroffenen über individuelle Lösungsstrategien und Lebensentwürfe sind zentrale Wirkfaktoren gruppenpsychotherapeutischer Interventionen.²⁷

Der Aufbau erfolgt auch entsprechend den Strukturen der verhaltenanalytischen Gruppentherapie, die sich an Patienten mit komplexen zwischenmenschlichen Störungsmustern wendet, für die noch kein Therapieprogramm besteht,²⁸ und macht dementsprechend keine Vorgaben bezüglich der strategischen Durchführung, sondern überlässt den Teilnehmern die Bestimmung von Inhalt und Ablauf weitgehend selbst.²⁹

²³ *Klimitz H.*: Psychoedukation bei schizophrenen Störungen – Psychotherapie oder »Unterwanderung«? *Psychiatrische Praxis* 2006; 33: 372 – 382

²⁴ *Burr, C.; Zehnder, U.; Schumacher, B.*: Recoveryorientierte Psychoedukation bei Menschen mit Psychoseerfahrung, 2018, Ergebnisse

²⁵ *Bock T, Heumann K.*: Psychoedukation ist ein überholtes paternalistisches Konzept – Pro. *Psychiatrische Praxis* 2015; 42: 296 – 297

²⁶ *Zhao S, Sampson S, Xia J et al.*: Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015

²⁷ *Eckert, J. & Biermann-Ratjen*: Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie. In Tschuschke, V. (Hrsg.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (S. 335–342). Stuttgart: Thieme, 2001, S. 7

²⁸ *Fiedler, P.*: Verhaltenstherapie in Gruppen. *Psychologische Psychotherapie in der Praxis* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU, 2015, S. 20ff

²⁹ *Strauss, B.; Matzke, D.*: *Gruppenpsychotherapie Lehrbuch für die Praxis*, 2. Auflage, Springer 2018, S. 154

Zielgruppe

Das Angebot richtet sich an Menschen, die sich gegenwärtig im stationären Setting befinden, und Probleme bei der Bewältigung ihrer Aggressionen aufweisen.

Es wird diagnoseunabhängig gestellt und richtet sich vor allem nach dem subjektiven Erleben und der individuellen Änderungsmotivation. So werden Interessenten, die ihre Aggression als problematisch, bzw. einschränkend erleben, von denen anamnestisch allerdings keine offen gewalttätigen Handlungen bekannt sind, grundsätzlich nicht ausgeschlossen, während Menschen, bei denen offen gewalttätige bis strafbare Handlungen bekannt sind, die ihre Aggression jedoch auch langfristig als adäquat erleben, nicht zur Teilnahme gedrängt werden sollen, bzw. bei Anmeldung ohne Eigeninitiative nicht in die Gruppe aufgenommen werden.

Der Teilnahme an den Gruppensitzungen gehen ein bis zwei Einzelgespräche voran, in denen der Interessent zusammen mit den anleitenden Personen die Eignung für die Gruppe überprüft.

Wichtig ist hier, dass der Patient in der Lage ist, in der Patientengruppe zu arbeiten, dies setzt eine gewisse Stabilität und rudimentäre Impulskontrolle, sowie eine grundlegende Frustrationstoleranz³⁰ voraus.

Zentrales Element der konsequenten therapeutischen Mitarbeit ist laut Carl et al. der Leidensdruck³¹, von Dahle 1994 als „Kennzeichnung eines emotional aversiven Zustandes [...], bei dem der Betroffene die Konflikte als in ihm liegend erkennt“ definiert³².

In diesem Sinne stellt sich die noch unbeforschte Frage, ob der Leidensdruck im Sinne der Verbindung von Problembelastung und internaler Problemverarbeitung als Voraussetzung für die Teilnahme an den Gruppensitzungen gelten soll, oder ob dieser erst im Zuge der Sitzungen herausgearbeitet werden soll.

³⁰ Piper, W. & McCallum, M.: Selection of patients for group interventions. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 2000 S. 20-60.

³¹ Carl C. L. et al.: Leidensdruck und Behandlungsmotivation bei Gewaltstraftätern; in *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* Vol. 23. 2016; S.10

³² Dahle, K. P.: Therapiemotivation hinter Gittern. Zielgruppenorientierte Entwicklung und Erprobung eines Motivationskonstrukts für die therapeutische Arbeit im Strafvollzug; Roderer Verlag, 1995, S.228

Um die Einführung und Evaluierung des Programms ins stationäre Setting vorerst zu erleichtern, wird das Vorhandensein von Leidensdruck in Bezug auf aggressives, gewalttätiges oder impulsives Handeln, Denken und Fühlen vorausgesetzt.

Weiterhin dienen die Indikationsgespräche zur Abklärung der Motivation (der Patient hat einen Leidensdruck und sieht Handlungsbedarf), sowie der groben Explorierung der sozialen Interaktionsmuster.

Diese können beispielsweise mittels Abfragen von Erfahrungen mit Gruppensitzungen und der gegenwärtigen Erwartungen an die Gruppe eruiert werden³³.

In den Screeningprozess wird die Globale Assessment of Functioning (GAF) eingebunden, wobei Marwitz einen GAF Wert über 45 vorschlägt.³⁴

Carl et. al. berichten 2016 über die Evaluierung zweier Screeningwerkzeuge zur Messung und Objektivierung von Therapiemotivation und Behandlungsvoraussetzungen an 49 männlichen inhaftierten Gewaltstraftätern. Sie kamen dabei zum Schluss, dass der „Fragebogen zu subjektiven Behandlungsvoraussetzungen“ (SBV-R) geringfügig bessere Ergebnisse als der „Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation“ (FMP) erzielt.³⁵

Während der FMP für die Arbeit in psychosomatischen Kliniken entwickelt wurde, und die Krankheitseinsicht, bzw. in diesem Fall die Problemeinsicht nicht direkt abgefragt wird, wurde der SBV-R für Menschen im Strafvollzug konzipiert und stellt mangelnde Krankheits- und Behandlungseinsicht fest.

Da der SBV-R noch nicht öffentlich beforscht wurde, und der FMP sich als zuverlässiges und valides Messinstrument zur Erfassung der Therapiemotivation erwiesen hat^{36 37},

³³ *Wheeler S.*: The Handbook of Group Research and Practice, 2005, S.73

³⁴ *Marwitz, M.*: Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie *Grundlagen und Praxis*, Hogrefe Verlag, 2016, Kap. 4.2

³⁵ *Carl C. L. et al.*: Leidensdruck und Behandlungsmotivation bei Gewaltstraftätern; in *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Vol. 23. 2016*; S. 8

³⁶ *Döhla, C. M. & Feulner, F.*: Motivationsbehandlung in der rückfallpräventiven Behandlung von Sexualstraftätern. Vorstellung eines Gruppenmoduls in der Sozialtherapeutischen Abteilung der JVASt. Georgen-Bayreuth zur Steigerung der Behandlungsmotivation. In *B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogart (Hrsg.)*, *Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung*; S. 294

³⁷ *Wietersheim, J. et al.*: Entwicklung und erste Evaluierungen der Achse Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 109-116

plädiert der Autor entweder zur Anwendung des Selbstbeurteilungsbogens FMP im Indikationsgespräch oder zum Wegfall des Teils A bei Anwendung der Teile B und C des SBV-R (siehe Anhang).

Da diese Arbeit auf Beziehung und Interaktion aufbaut, ist die subjektive Einschätzung der anleitenden Personen, ob ein Patient im gegenwärtigen Zustand in die Gruppe aufgenommen wird, oder ob dies zu einem anderen Zeitpunkt passiert, mit ausschlaggebend für die Aufnahme.

Gruppengrösse

Während Bäuml et. al. für die Durchführung von psychoedukativen Gruppen für Menschen mit schizophrenen Erkrankungen eine maximale Gruppengrösse von 10 Patienten bzw. 15 Angehörigen festsetzen³⁸, Ranz et al. 1991 für die diagnoseübergreifende Gruppenpsychoedukation 6 - 10 Teilnehmer vorschlagen³⁹, und die empfohlene Gruppengrösse nach dem PEGASUS-Manual 6 - 8 Teilnehmer inkludiert, werden im gruppenpsychotherapeutischen Kontext Kleingruppen von 5 - 12 Teilnehmern als am effizientesten angesehen.⁴⁰ Daraus folgend soll sich dieses Angebot an 5 - 7 Teilnehmer richten, um der Intensität der Interaktionen gerecht zu werden und dennoch eine offene Diskussion zu ermöglichen.

Gleichwohl ist die Gruppengrösse auf maximal acht Teilnehmer limitiert, um die ab da aus der Interaktion resultierende gesteigerte Komplexizität der Dynamiken⁴¹ vermeiden zu können.

Eine Homogenität der Teilnehmergruppe bezüglich der zugrunde liegenden Diagnosen ist dezidiert nicht gewünscht, da Erkrankungen und ihre Behandlung nicht Thema der

³⁸ Bäuml J., Pitschel-Walz G. Psychoedukation bei Schizophrenen Erkrankungen, 2008, S.7

³⁹ Ranz J. M. et al: Creating a supportive environment using staff Psychoeducation in a Supervised Residence; in Hospital and Community Psychiatry, Nov. 1991, S. 1156

⁴⁰ Strauss, B.; Mattke, D.: Gruppenpsychotherapie *Lehrbuch für die Praxis*, 2. Auflage, Springer 2018, S. 23

⁴¹ Strauss, B.; Mattke, D.: Gruppenpsychotherapie *Lehrbuch für die Praxis*, 2. Auflage, Springer 2018, S. 44

Gruppen sind. Dennoch sind bei der Auswahl der Teilnehmer (siehe Abschnitt «Zielgruppe») eventuelle krankheits- und störungsspezifische Inkompatibilitäten zwischen aktuellen Teilnehmern mit ein zu beziehen.

Die Gruppen sind aus Gründen der Praxisorientierung grundsätzlich halboffen zu führen.

Personalanforderungen

Burr et. al kommen in einer 2018 durchgeführten Arbeit zu dem Schluss, dass wichtige Anforderungen von Professionalisten und Teilnehmern an die moderierende Person eine gute Ausbildung und Erfahrung, sowie ein offener Charakter sind.⁴²

In Anlehnung an diagnosespezifische Psychoedukationsgruppen und unter Beachtung der komplexen Interaktionsmuster der Teilnehmer erfordert das Abhalten der Gruppe zwei Personen.

In Bezug auf die Anforderungen an die Ausbildung bedarf es für die Anleitung der Sitzungen mindestens die Ausbildung zum Trainer für Deeskalations- und Sicherheitsmanagement im Gesundheits- und Sozialbereich nach NAGS, das Modul drei im systemischen Aggressionsmanagement (SAM Concept) oder die Ausbildung zum Deeskalationstrainer ProDeMa®. Es empfiehlt sich, aufbauend auf den Trainer NAGS zumindest Modul zwei SAM und 3 Tage ProDeMa® zu absolvieren, da dort weitere Instrumente und Inhalte vermittelt werden. Ergänzend werden vertiefende Kenntnisse und Fortbildungen in Motivational Interviewing, Recovery, und ein psychotherapeutisches Grundwissen oder Erfahrung im Anleiten von psychoedukativen oder therapeutischen Gruppen vorausgesetzt. In jedem Fall haben beide Anleiter die Haltungen der non-direktiven Gesprächspsychotherapie inne zu haben, sowie zur ständigen Weiterbildung bereit sein.

Da vor allem zu Beginn höherfrequent die Effizienz der Sitzungen evaluiert werden muss, ist ein statistisches Grundwissen und Erfahrung mit der Anwendung verschiedener Instrumente zur Erfassung und Evaluierung von Interventionseffizienz von Vorteil, ein

⁴² Burr, C; Zehnder, U.; Schumacher, B.: Recoveryorientierte Psychoedukation bei Menschen mit Psychoseerfahrung, 2018, S. 3

entsprechendes Hintergrundwissen kann auch mit der angegebenen Literatur aufgebaut werden.

Als grundlegende Berufsgruppen kommen neben Pflege und Psychologie auch die fachärztliche Ausbildung sowie Sozialpädagogik in Frage, wobei auch der Einsatz von spezifisch ausgebildeten Betroffenen in der Assistenz zur Anleitung in Frage kommt, obschon die Effizienz dieser und der Einfluss auf die Gruppendynamik in diesem Setting noch nicht ausreichend beforscht ist, um dahingehend eine auf stabiler Evidenz basierende Empfehlung auszusprechen.

Sitzungsablauf

Zu Beginn besteht die Option, den Teilnehmern anhand eines Handouts des CORE – Manuals, in dem Hinweise gegeben werden, wie das Gruppenangebot möglichst optimal genutzt werden kann, die Regeln der Gruppe zu erklären.⁴³

Nachdem die Teilnehmer der Verschwiegenheitspflicht in der Runde zugestimmt haben, und auf die Dauer und Frequenz der Sitzungen (einmal wöchentlich 100 Minuten inklusive kurzen Pausen nach Bedarf) hingewiesen wurden, sowie alle involvierten Personen sich einander kurz vorstellen konnten, legt die Literatur einleitend das Abhalten einer „Orientierungsrunde“ aus der anliegenbezogenen verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie (AVG)⁴⁴ nahe, wobei die Teilnehmer Wünsche zu potentiellen Themen der Sitzung äussern können.

Die potentiellen Themen zeichnen sich durch zwei Merkmale abseits der Freiwilligkeit aus: die therapeutische Relevanz, welche die Anleiter für diese Arbeit modifiziert als Relevanz bezüglich Aggression und Gewalt beurteilen, und die emotionale Besetzung des Themas.⁴⁵

⁴³ *Strauss, B.; Mattke, D.: Gruppenpsychotherapie Lehrbuch für die Praxis, 2. Auflage, Springer 2018, S. 64*

⁴⁴ *Marwitz, M.: Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie Grundlagen und Praxis, Hogrefe Verlag, 2016, Kap. 4.2.2*

⁴⁵ *Marwitz, M.: Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie Grundlagen und Praxis, Hogrefe Verlag, 2016, Kap. 7.2*

Konkret sollen potentielle Themen anhand von Verständlichkeit, Prägnanz und angemessener Emotionalität⁴⁶ beurteilt werden. Die AVG beurteilt weiterhin noch die Relevanz in Bezug auf Symptomatik oder Problematik, was zum Zwecke dieser Arbeit eher hintergründig ist, essentiell ist die Relevanz für die Gruppe.

Es ist zu erwarten, dass thematische Anliegen nicht immer für alle Teilnehmer verständlich nachvollziehbar ausformuliert werden können, hier liegt es am Leiter den Teilnehmer bei der Formulierung und Präzisierung zu unterstützen⁴⁷.

Gruppe und Leitung sollen Klarheit darüber haben, worum es dem Teilnehmer geht und weswegen das Thema für ihn von Bedeutung ist.⁴⁸

Im Anschluss an das Sammeln der Themen bestehen zwei noch nicht evidenzbasierte Handlungsoptionen: entweder wählt der Leiter eine Reihenfolge für die Bearbeitung der Themen nach Affektbehaftung, oder es wird nach Zustimmung priorisiert, wobei alle Teilnehmer zugleich auf einem Flipchart mit bereitgestellten Stiften der selben Farbe und Stärke mit einem Punkt das von ihnen gewünschte Thema markieren. Vom Ausdiskutieren der Teilnehmer untereinander, wie es die AVG empfiehlt, wird aufgrund des Konfliktpotentials vorerst Abstand genommen, je nach Zusammenspiel der Gruppe eignet sich dies allerdings auch als Übung zur Konsensfindung.⁴⁹

Es empfiehlt sich, pro Sitzung nicht mehr als zwei, maximal drei Themen abzuarbeiten⁵⁰.

Nach Auswahl eines Themas gilt es, den Problembereich samt möglichen Ressourcen herauszuarbeiten. Dies erfolgt erst über konkretisierende Verständnisfragen durch Gruppe und Gruppenleiter um Lücken zu füllen, anschliessend werden die einzelnen Problembereiche durch den Gruppenleiter zusammengefasst. Jetzt kann der Teilnehmer ein oder zwei Problembereiche aussuchen, die konkret bearbeitet werden sollen.⁵¹

Es sollen hier die Erwartungen des Teilnehmers an die Sitzung abgefragt werden. Hintergrund dieser Empfehlung ist die auf die Erkenntnisse von Bäuml et al. und dem

⁴⁶ Ebd.

⁴⁷ Ebd.

⁴⁸ Ebd.

⁴⁹ Marwitz, M.: Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie *Grundlagen und Praxis*, Hogrefe Verlag, 2016, Kap. 7.3

⁵⁰ Ebd.

⁵¹ Ebd.

systemischen Aggressionsmanagement gestützte These, dass das Erfragen der subjektiven Erwartungshaltung zu Beginn der Sitzung die Therapieadhärenz, und damit die Teilnahmefrequenz, fördert. Weiterhin werden die Teilnehmer ermutigt, ihre subjektive Einschätzung und Meinung der Gruppe mitzuteilen.⁵²

Basierend auf ihrem Wissen bieten die Gruppenleiter im Anschluss **kurz, verständlich** und **praxisorientiert** den fachlichen Input als Hintergrund der Sitzung, mit dem Ziel, allen Teilnehmern eine ähnliche Ausgangsposition zu verschaffen.

Falls von den Teilnehmern nicht im Vorhinein explizit gewünscht kann der Gruppenleiter hier eine Situationsanalyse anbieten, ansonsten beginnt die Sitzung nach der Themenfindung mit der Analyse. Wird für diese das NOW - Modell zurate gezogen, ergibt sich der fachliche Input aus dem Diskurs, und hat sich aus mehreren anwendbaren Aggressionsmodellen und -theorien zusammensetzen, wobei das Einbringen von Erkenntnissen aus den Fachbereichen der Psychiatrie und der Soziologie ausdrücklich erwünscht ist.

In Anlehnung an klinische Erfahrungen der Psychotherapiewissenschaften, in denen das Strukturieren des Sitzungsablaufs einer Gruppentherapie als störend und den Diskussionsfluss hemmend erlebt wird, und sogar die Meinung besteht, ein sogenanntes „Blitzlicht“ im Sinne der die Sitzung eröffnenden Orientierungsrunde, sei am Ende der Sitzung kontraproduktiv⁵³, wird auf eine weitere Strukturierung des Sitzungsablaufs verzichtet.

Das weitere Procedere diesbezüglich ist abhängig von den ersten Evaluierungen des Konzeptes nach der Implementierung.

⁵² *Bäumel et al. (Hrsg.): Arbeitsbuch Psychoedukation Schizophrenie (APES) Mit Manual für die Gruppenleitung, Schattauer Verlag, 2005; S.33*

⁵³ *Eckert, J. & Biermann-Ratjen: Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie. In Tschuschke, V. (Hrsg.), Praxis der Gruppenpsychotherapie (S. 335–342). Stuttgart: Thieme, 2001 S. 418*

Evaluierung

Nach mind. 3, maximal 5 Sitzungen wird der bisherige Verlauf der Sitzungen mittels der Recovery Assessment Scale (RSA-D)⁵⁴, einem Instrument zur Feststellung der Recovery-Orientierung einer Intervention, evaluiert.

In Abständen von je drei Sitzungen wird der aktuelle Status und die Effizienz der Gruppe anhand der CORE – R Testbatterie Prozess festgestellt und evaluiert, Auswahl und Outcome werden jeweils bei Ein- und Austritten aus der Gruppe mit den entsprechenden CORE – R Instrumenten evaluiert.⁵⁵

Mangels empirisch belegten Instrumenten zur Evaluierung der Effizienz psychoedukativer Gruppen und aufgrund der in diesem Kontext unklaren Wirksamkeit der implementierbaren gruppenpsychotherapeutischen Elemente in diese Arbeit werden hierfür die Mittel der Psychotherapieforschung hinzugezogen.

Dort gelten vorallem die Faktoren Gruppenklima, Kohäsion, Alliance und Empathie als ausschlaggebend für Dropout Rate und Therapieerfolg⁵⁶

Gruppenklima

Nach der vierten Sitzung müssen zwei mal im Abstand von drei bis vier Sitzungen mittels des schon 1983 von MacKenzie entwickelten Group Climate Questionnaire – Short Form (GCQ – S) das vorherrschende Gruppenklima erhoben werden. Von der Anwendung der

⁵⁴ O'Connell et. al.: Arbeitsgemeinschaft RSA-D, F.O.K.U.S. / Initiative zur sozialen Rehabilitation e. V., Bremen, D, Universitäre Psychiatrische Dienste UPD Bern, Sanatorium Kilchberg Version Februar 2013

⁵⁵ Strauss, B. et al.: Using the CORE-R battery in group psychotherapy, Journal of clinical Psychology V. 64, Issue 11 2008

⁵⁶ Johnson, J. E. et al.: Group Climate, Cohesion, Alliance, and Empathy in Group Psychotherapy: Multilevel Structural Equation Models, 2005, Journal of Counseling Psychology, 52(3), 310-321.

Group Environment Scale (GES) ist aufgrund der schlechteren Studienlage gegenüber dem gut beforschten GCQ Abstand zu nehmen.

Als bekanntes und bewährtes⁵⁷ Instrument erfasst das GCQ – S das Gruppenklima in den Skalen Engagement, Vermeidung und Konflikt. Hierbei beschreibt «Engagement» das Gruppenklima und das Ausmass in dem sich die Teilnehmer in die Gruppe einbringen können, bei «Vermeidung» wird die Neigung der Teilnehmer, sich der eigenen Verantwortung für den eigenen Veränderungsprozess zu entziehen, abgebildet, und «Konflikt» befasst sich mit interaktionellen Elementen wie Konflikt, Feindseligkeit und Misstrauen.⁵⁸

Mit zunehmendem Niveau in der Skala «Engagement» steigt die Tendenz der Gruppe zur lösungsorientierten, kritischen Interaktion und zur Selbstoffenbarung, ausserdem entwickeln sich Empathie und Respekt voreinander.⁵⁹

Das GCQ wird in der Individualtherapie häufig angewendet, wurde im Gruppensetting jedoch nur wenig beforscht, allerdings arbeiten Burlingame et al.⁶⁰ und Castonguay et al.⁶¹ einen Zusammenhang zwischen dem Engagementsniveau und dem Therapieerfolg bei Gruppentherapien hervor, letzterer erhebt jedoch das Gruppenklima mit dem Group Therapy Session Report (GTSR) nach Howard & Orlinsky.

Ogrodniczuk und Piper sehen ein hohes Niveau der Skala Engagement ab der vierten Sitzung in direktem Zusammenhang mit verbesserten Therapieerfolgen.⁶²

Kohäsion und Allianz

Neben dem Gruppenklima zählt nach Johnson et al. die Kohäsion, als die Gesamtheit aller die Gruppe zusammenhaltender Kräfte, beziehungsweise die Bindung der

⁵⁷ *Burlingame, G. et al.: Cohesion in Group Therapy. 2011 Psychotherapy (Chicago, Ill.). 48. 34-42.*

⁵⁸ *Strauss, B.; Mattke, D.: Gruppenpsychotherapie Lehrbuch für die Praxis, 2. Auflage, Springer 2018, S. 72*

⁵⁹ ebd.

⁶⁰ *Burlingame, G. et al.: Cohesion in group psychotherapy. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 2001*

⁶¹ *Castonguay, L. et al.: Role of Emotion in Group Cognitive-Behavioral Therapy for Binge Eating Disorder: When Things Have to Feel Worse Before They Get Better. 1998 Psychotherapy Research. 8. 225-238.*

⁶² *Ogrodniczuk, J. S., & Piper, W. E.: The effect of group climate on outcome in two forms of short-term group therapy. Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 2003, 7(1), 64-76.*

Gruppenmitglieder zueinander, zu den Therapeuten und zur Gruppe,⁶³ zu den wichtigsten Elementen erfolgreicher therapeutischer Gruppen⁶⁴. In einer quantitativen Metaanalyse stellen Burlingame et al. 2011 jedoch nur mässige Auswirkungen der Kohäsion auf den Therapieerfolg fest.⁶⁵

Aufgrund vielfältiger unterschiedlicher Definitionen und Auslegungen existieren 23⁶⁶ bis 40⁶⁷ valide Instrumente zur Feststellung der Kohäsion, je nach grundlegender Annahme.

Die Definition, die mit den Zielen und Ansprüchen dieser Arbeit am ehesten vereinbar ist, ist jene von Budman et al., nach der Kohäsion und Alliance verwandte Konzepte sind,⁶⁸ die sie als «Verbundenheit innerhalb der Gruppe, die sich durch gemeinsames Arbeiten an einem therapeutischen Ziel, konstruktives Engagement im Zusammenhang mit einem gemeinsamen Thema sowie durch eine offene, vertrauensvolle Einstellung zeigt und es den Gruppenmitgliedern gestattet, persönliche Erfahrungen mitzuteilen.»⁶⁹ definieren. Da das einzige, für diese Definition adaptierte Instrument, die Harvard Community Health Plan Group Cohesiveness Scale (HCHP-GCS), eine auf Videoaufnahmen basierende Fremdbeurteilung durch ausgebildete Kliniker erfordert,^{70 71} ist die Kohäsion mittels des Stationserfahrungsbogens (SEB)⁷², ein für die stationäre Psychotherapie entwickelter Fragebogen zur Erfassung von einigen Elementen der

⁶³ McCallum, M. et al.: Early process and dropping out from short-term therapy for complicated grief. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 6, 243–254, 2002

⁶⁴ Johnson, J. E. et al.: Group Climate, Cohesion, Alliance, and Empathy in Group Psychotherapy: Multilevel Structural Equation Models, 2005, *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 310-321.

⁶⁵ Burlingame, G. et al.: Cohesion in group therapy. In J. C. Norcross (Hrsg.), *A guide to therapeutic relationships that work* (2. Aufl., im Druck), 2011 Washington: APA.

⁶⁶ Burlingame, G. et al.: Cohesion in group psychotherapy. In J. C. Norcross (Hrsg.), *A guide to psychotherapy relationships that work* (S. 71 - 88). Oxford: University Press, 2002

⁶⁷ Burlingame, G. et al.: Cohesion in group therapy. In J. C. Norcross (Hrsg.), *A guide to therapeutic relationships that work* (2. Aufl., im Druck), 2011 Washington: APA.

⁶⁸ Budman, S. H. et al.: Cohesion, alliance and outcome in group psychotherapy. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 1989, 52(3), 339–350

⁶⁹ Strauss, B.; Mattke, D.: *Gruppenpsychotherapie Lehrbuch für die Praxis*, 2. Auflage, Springer 2018, S. 73

⁷⁰ Budman, S. et al.: Cohesion, alliance and outcome in group psychotherapy. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 1989, 52(3), 339–350

⁷¹ Budman, S. et al.: Preliminary Findings on a New Instrument to Measure Cohesion in Group Psychotherapy, *International Journal of Group Psychotherapy*, 2015, Volume 37, 1987 - Issue 1

⁷² Strauss, B.; Mattke, D.: *Gruppenpsychotherapie Lehrbuch für die Praxis*, 2. Auflage, Springer 2018, S. 74

Kohäsion unserer Definition folgend in 7 Skalen auf Basis der als ausschlaggebend angenommenen subjektiven, individuellen Wahrnehmung des Teilnehmers⁷³ zu erheben. Der sich im Anhang befindliche SEB muss situativ adaptiert werden.

Werkzeuge für die Anleitung der Sitzungen

Dieses Kapitel befasst sich exemplarisch mit drei möglichen Instrumenten zur Lenkung und Durchführung der Sitzungen. Den Gruppenleitungen stehen sämtliche evidente oder erfahrungsgemäss wirksame Instrumente aus Psychoedukation, Psychologie, Pädagogik, Didaktik, Psychotherapiewissenschaften und Pflegewissenschaften zur Verfügung, die Feststellung des Evidenzgrades obliegt dem Anwender.

Systemisches Aggressionsmanagement (SAM Concept)

Das auf dem 2003 von Schöwe et al. entwickelten Modells «AggressionsAcht» basierende SAM Konzept erwies sich bislang nur in einer dreistufigen summativ-evaluationsorientierten Paneluntersuchung im methodentriangulierten Design als Handlungsoptionen erweiternd und den Habitus aggre^{di} beeinflussend.⁷⁴ Diese Arbeit befasst sich jedoch mit der Ausbildung und Anleitung von Kitaerziehern, ein Rückkehrschluss auf die Effizienz in der Patientengruppe lässt sich daraus nicht ziehen.

Ansonsten steht die Beforschung und Evaluierung des systemischen Aggressionsmanagements noch aus, aufgrund der guten Nachvollziehbarkeit und der Erfahrung aus der Klinik wird das Veranschaulichungsmodell der AggressionsAcht dennoch zur weiteren Evaluierung implementiert.

Die Acht kann in vereinfachter Form bei Situationsanalysen oder Erklärungsversuchen der Gruppe von einem im SAM geschulten Mitarbeiter erklärt und angewendet werden.

Weitere Instrumente des systemischen Aggressionsmanagements wurden für diese Arbeit nicht zugezogen.

⁷³ MacKenzie K.: Der Gruppenklima-Fragebogen. In B. Strauß, J. Eckert, V. Tschuschke (Hrsg.) *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung - EinHandbuch*; 1996; 172-198

⁷⁴ Haase, V.: *Professionalitätsentwicklung im Kontext von Weiterbildung, Habitus und Kompetenz in Studien zur Erwachsenenbildung* Verlag Dr. Kovac, Hamburg 2015

Situationsanalyse

Aggressionsereignisse haben vielfältige Ursachen und Auslöser, die dahinter stehende Psychodynamik lässt sich, auch bei guter Evidenzlage, nicht auf ein einzelnes Aggressionsmodell, beziehungsweise eine Aggressionstheorie, reduzieren.

Das Erfassen und Bearbeiten aller möglicher Variablen und Einflüsse wiederum wirkt sich negativ auf die Handlungsfähigkeit aus, weswegen die Analyse einzelner Situationen übersichtlich veranschaulicht werden muss.⁷⁵

Nau, Walter und Oud entwickelten um 2010 ein Modell zur Analyse, Veranschaulichung und Bearbeitung von Aggressionsereignissen, das verschiedene Aggressionsmodelle vereint, mit dem Ziel, einen Bezugsrahmen für Aggressionserleben im Gesundheitsbereich zu schaffen, der durch Reduktion Übersichtlichkeit herstellt, um daraus folgend passende und nachvollziehbare Interventionen zur Prävention, zur Handhabung in der Akutsituation und zur Nachsorge⁷⁶ in der Gruppe zu erarbeiten.

Das als NOW – Modell bekannte Konzept zeichnet sich durch Verständlichkeit, vielfältige Einsetzbarkeit, den Einbezug aktueller Forschung und Aggressionsmodelle, sowie Berücksichtigung von personellen Faktoren, Umgebungsvariablen und interaktionistischen Elementen aus⁷⁷, und wurde ursprünglich als didaktisch aufbereitetes Vermittlungsmodell für Studenten und auszubildende Deeskalationstrainer konzipiert.⁷⁸

Das Modell wurde in verschiedenen Settings mit unterschiedlichen Fallvignetten getestet, und anschliessend mit erfahrenen Forschern und Studenten diskutiert und weiterentwickelt⁷⁹,

Aufgabe der moderierenden Person ist die Adaption gängiger Theorien an die Situation, sowie das differenzierte Zusammenfassen von Umgebungsvariablen, Praxisexpertise,

⁷⁵ Walter, G., Nau, J., Oud, N.: Aggression und Aggressionsmanagement, Huber Verlag, 2012, S. 92

⁷⁶ Walter, G., Nau, J., Oud, N.: Aggression und Aggressionsmanagement, Huber Verlag, 2012, S. 65

⁷⁷ Nau, J., Oud, N., Walter, G.: Testing and discussing the NOW – Model (Workshop and Poster), 2010; Introduction

⁷⁸ Nau, J., Oud, N., Walter, G.: Eskalationsspirale? – Ohne mich! In *Pflegezeitschrift* 2011, Jg. 64, Heft 8, S.470

⁷⁹ Ebd.; Methods

wissenschaftlichen Erkenntnissen und der Ziele und Erwartungen der Betroffenen zu einem stimmigen Gerüst der Analyse.⁸⁰

Durchführung

Eine Pinnwand wird in zwei Spalten mit der Beschriftung «Aggressives Verhalten fördernd» und «Gleichgewicht und Sicherheitsgefühl fördernd» unterteilt, anschliessend werden Zeilen mit den Beschriftungen «Patient», «Personal», «andere involvierte Personen», «Umgebungsfaktoren», «interaktionelle Faktoren», «Auslöser / Schlüsselreize» und «Alles was hilft, um mit dem Aggressor in Kontakt zu kommen:» erstellt und die Begriffe gemeinsam definiert. Hierzu eignet sich eine Einleitung mit der Frage, ob es Unklarheiten gibt, oder indem zwei individuelle Definitionen erfragt werden. Durch einen moderierten Diskurs werden nun die Inhalte der einzelnen Zellen erarbeitet, und so ein Überblick über die Situation geschaffen.

Abschliessend erfragt der Moderator die Schlüsse, die die Teilnehmer aus der Analyse und dem Diskurs über die Situation ziehen, und fasst diese kurz zusammen.

Die Durchführung der Moderation erweist sich erfahrungsgemäss als komplex, da einerseits zunächst gemeinsame Definitionen gefunden werden, und anschliessend die Details und Gedanken der Teilnehmer kategorisieren muss.

Die zusätzliche Komplexität der deeskalierenden Moderation bei Analysen von stark affektbehafteten Konfliktsituationen zwischen Teilnehmern untereinander wirft die Frage nach einem eventuellen Ausschluss solcher Szenarien als Analysesituationen auf.

Es empfiehlt sich vor allem unerfahrenen Moderatoren in den ersten Sitzungen von der Analyse von aggressiven oder gar gewalttätigen Auseinandersetzungen zwischen zwei oder mehreren Teilnehmern der Gruppe abzusehen, die offene Gestaltung des Modells erlaubt gegebenen Falles eine Adaption dieser Ausnahme.

⁸⁰ *Walter, G., Nau, J., Oud, N.: Aggression und Aggressionsmanagement, Huber Verlag, 2012, S. 65*

Evidenzlage und Empfehlung

Während Nau et al. dem NOW – Modell 2018 in einem Workshop Sinnhaftigkeit und Gangbarkeit (face – validity) beschienen⁸¹, deckt sich die Forderung von Needham et al. nach weiterer wissenschaftlicher Evaluierung und Überprüfung des NOW – Modells mit dem im Zuge der Recherche zu dieser Arbeit festgestellten Mangel an empirisch argumentierbaren Studien zur Effizienz des Modells in der Veranschaulichung von Aggressionsereignissen

In der Hierarchie der externen Evidenz entspricht das NOW - Modell daher Stufe 4, und erweist sich in der Praxis regelmässig als hilfreiches Instrument, weswegen hier die Empfehlung ergeht, Situationsanalysen in der Gruppe anhand des NOW – Modells durchzuführen.

Ergänzend zum NOW – Modell kann situativ die Aggressions – Acht aus dem systemischen Aggressionsmanagement verwendet werden. Hier empfiehlt sich der Einsatz einer vereinfachten Skizze.

Rollenspiel

Der Einsatz von Rollenspielen wird in der Literatur positiv bewertet.^{82 83 84}

Sie erlauben das gefahrlose Einüben von neuen, problembewältigenden Verhaltensweisen, sowie über das Erheben von Feedback aus der Gruppe die Entwicklung eines Gefühls für die Fremdwahrnehmung eigener Handlungsweisen,⁸⁵

⁸¹ Nau, J., Oud, N., Walter, G.: 100 Percent Mindfulness instead of 0-Tolerance – the NOW-Model *Abstract for the 6th International Conference on Violence in the Health Sector 2018*

⁸² Joormann, J., Unnewehr, S.: Eine kontrollierte Studie zur Wirksamkeit einer kognitiv - verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Sozialer Phobie; *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2002 31:4, 284-290

⁸³ *Fliegel, S.:* Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1: Grundlagen — Diagnostik — Verfahren — Rahmenbedingungen, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1996, S. 24

⁸⁴ *Alsleben, H. et al.:* Soziales Kompetenztraining: Leitfaden für die Einzel-und Gruppentherapie bei Sozialer Phobie, Springer Verlag 2013, S. 195

⁸⁵ *Strauss, B.; Mattke, D.:* Gruppenpsychotherapie *Lehrbuch für die Praxis*, 2. Auflage, Springer 2018, S. 150

dienen dem Erfahrungsaustausch mittels Modellernen,⁸⁶ und können nach Bearbeitung einer Situation und Entwicklung alternativer Lösungswege die Verwirklichung der Entscheidungen bedeuten.⁸⁷

Conclusio und Empfehlung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Durchführung einer lose strukturierten moderierten Gruppe mit psychoedukativem Charakter und Einflüssen aus der Psychotherapieforschung im stationären Setting sinnvoll erscheint, die Sachlage deutet an, dass eine Verbesserung der Lebensqualität für Teilnehmer regelmässiger Sitzungen anzunehmen ist. Jedoch bleibt es Frage zukünftiger Studien und Arbeiten, ob die Implementierung in dem in dieser Arbeit definierten Rahmen sinnvoll und effizient ist, oder ob und in welchem Ausmass es adaptiert werden muss.

Weiterhin muss das Konzept vor Implementierung weiter ausgebaut werden, vorallem die Methodik und der fachliche Inhalt müssen definiert und festgesetzt werden.

Hierzu ist jedoch die Arbeit mehrerer fachlich orientierter Praktiker und Pflegewissenschaftler von nöten, und der Rahmen dieser Abschlussarbeit wird gesprengt.

⁸⁶ Strauss, B.; Mattke, D.: Gruppenpsychotherapie *Lehrbuch für die Praxis*, 2. Auflage, Springer 2018, S. 152

⁸⁷ Strauss, B.; Mattke, D.: Gruppenpsychotherapie *Lehrbuch für die Praxis*, 2. Auflage, Springer 2018, S. 153

Literaturverzeichnis

Alsleben, H. et al.: Soziales Kompetenztraining: Leitfaden für die Einzel- und Gruppentherapie bei Sozialer Phobie, Springer Verlag 2013

Bäuml et al. (Hrsg.): Arbeitsbuch Psychoedukation Schizophrenie (APES) Mit Manual für die Gruppenleitung, Schattauer Verlag, 2005

Bäuml J., Pitschel-Walz G. Psychoedukation bei Schizophrenen Erkrankungen, 2008

Blankertz, S., Doubrawa, E.: Lexikon der Gestalttherapie, Peter Hammer Verlag, 2005

Bock T, Heumann K.: Psychoedukation ist ein überholtes paternalistisches Konzept – Pro. Psychiatrische Praxis 2015; 42: 296 – 297

Brinton, D. et al: Workplace Violence Risk Assessment; 2001

Budman, S. et al.: Preliminary Findings on a New Instrument to Measure Cohesion in Group Psychotherapy, International Journal of Group Psychotherapy, 2015, Volume 37, 1987 - Issue 1

Budman, S. H. et al.: Cohesion, alliance and outcome in group psychotherapy. Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes, 1989, 52(3), 339–350

Burlingame, G. et al.: Cohesion in group psychotherapy. In J. C. Norcross (Hrsg.), *A guide to psychotherapy relationships that work* (S. 71 - 88). Oxford: University Press, 2002

Burlingame, G. et al.: Cohesion in group therapy. In J. C. Norcross (Hrsg.), *A guide to therapeutic relationships that work* (2. Aufl., im Druck), 2011 Washington

Burlingame, G. et al: Cohesion in Group Therapy. 2011 *Psychotherapy* (Chicago, Ill.). 48. 34-42.

Burr, C; Zehnder, U.; Schumacher, B.: Recoveryorientierte Psychoedukation bei Menschen mit Psychoseerfahrung, 2018

Carl C. L. et al.: Leidensdruck und Behandlungsmotivation bei Gewaltstraftätern; *in Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Vol. 23.* 2016

Castonguay, L. et al.: Role of Emotion in Group Cognitive-Behavioral Therapy for Binge Eating Disorder: *When Things Have to Feel Worse Before They Get Better.* 1998 *Psychotherapy Research.* 8. 225-238.

Clements, P. D. et al.: Workplace Violence and Corporate Policy for Health Care Settings

Dahle, K. P.: Therapiemotivation hinter Gittern. Zielgruppenorientierte Entwicklung und Erprobung eines Motivationskonstrukts für die therapeutische Arbeit im Strafvollzug; Roderer Verlag, 1995

Döhla, C. M. & Feulner, F : Motivationsbehandlung in der rückfallpräventiven Behandlung von Sexualstraftätern. Vorstellung eines Gruppenmoduls in der Sozialtherapeutischen Abteilung der JVASt. Georgen-Bayreuth zur Steigerung der Behandlungsmotivation. *In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogart (Hrsg.), Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung;*

Eckert et al: Gesprächspsychotherapie *Lehrbuch für die Praxis,* Springer Verlag 2006

Eckert, J. & Biermann-Ratjen: Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie. In Tschuschke, V. (Hrsg.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (S. 335–342). Stuttgart: Thieme, 2001

Fiedler, P.: Verhaltenstherapie in Gruppen. Psychologische Psychotherapie in der Praxis (2. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU, 2015

Fliegel, S.: Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1: Grundlagen — Diagnostik — Verfahren Rahmenbedingungen, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1996

Goodman, P.: Drawing the Line, 1977

Goodman, P.: Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality, 1951

Griess, C.: Gewalt in der Pflege von Angehörigen – Ursachen und Möglichkeiten der Prävention und Intervention, Verlag Dr. Müller, 2007

Haase, V.: Professionalitätsentwicklung im Kontext von Weiterbildung, Habitus und Kompetenz in *Studien zur Erwachsenenbildung* Verlag Dr. Kovac, Hamburg 2015

Johnson, J. E. et al.: Group Climate, Cohesion, Alliance, and Empathy in Group Psychotherapy: Multilevel Structural Equation Models, 2005, Journal of Counseling Psychology, 52(3), 310-321.

Joormann, J., Unnewehr, S.: Eine kontrollierte Studie zur Wirksamkeit einer kognitiv verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Sozialer Phobie; Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2002 31:4, 284-290

Klimitz H.: Psychoedukation bei schizophrenen Störungen – Psychotherapie oder »Unterwanderung«? Psychiatrische Praxis 2006; 33: 372 – 382

Lexers, M.: Mittelhochdeutsches Taschenwörterbuch, 29. Auflage, S. Hirzel Verlag Leipzig, 1958

MacKenzie K.: Der Gruppenklima-Fragebogen. In *B. Strauß, J. Eckert, V. Tschuschke (Hrsg.) Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung - EinHandbuch;* 1996; 172-198

Marwitz, M.: Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie *Grundlagen und Praxis*, Hogrefe Verlag, 2016

McCallum, M. et al.: Early process and dropping out from short-term therapy for complicated grief. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 6, 243–254, 2002

Nau, J., Oud, N., Walter, G.: 100 Percent Mindfulness instead of 0-Tolerance – the NOW-Model *Abstract for the 6th International Conference on Violence in the Health Sector* 2018

Nau, J., Oud, N., Walter, G.: Eskalationsspirale? – Ohne mich! In *Pflegezeitschrift* 2011, Jg. 64, Heft 8 S 470

Nau, J., Oud, N., Walter, G.: Testing and discussing the NOW – Model (Workshop and Poster), 2010

O'Connell et. al.: Arbeitsgemeinschaft RSA-D, F.O.K.U.S. / Initiative zur sozialen Rehabilitation e. V., Bremen, D, Universitäre Psychiatrische Dienste UPD Bern, Sanatorium Kilchberg Version Februar 2013

Ogrodniczuk, J. S., & Piper, W. E.: The effect of group climate on outcome in two forms of short-term group therapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 2003, 7(1), 64-76

Perls, F.: Das Ich, der Hunger und die Aggression, 1944

Perls, L.: Leben an der Grenze, 1939

Piper, W. & McCallum, M. : Selection of patients for group interventions. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 2000

Ranz J. M. et al: Creating a supportive environment using staff Psychoeducation in a Supervised Residence; in Hospital and Community Psychiatry, Nov. 1991

Rogers, C. R.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, 2009

Sauter et. al.: Lehrbuch Psychiatrische Pflege 3. Auflage Huber Verlag 2011

Schmidt F.: Nutzen und Risiken psychoedukativer Interventionen für die Krankheitsbewältigung bei schizophrenen Erkrankungen; Psychiatrie Verlag; 2012

Schützeichel, R.: Althochdeutsches Wörterbuch, 5. Auflage, Max Niemeyer Verlag Tübingen, 1995

Stamp F. et al: Psychiatric Treatment of Violent Offenders in Prison *In Serious Violent Offenders: Sentencing, Psychiatry and Law Reform: Proceedings of a Conference Held 29–31 October.* Canberra: Australian Institute of Criminology.

Stowasser, J.M., Petschenig, M. & Skutsch, F.: Stowasser: lateinisch-deutsches Schulwörterbuch, Wien: öbv et hpt., 2016

Strauss, B. et al.: Using the CORE-R battery in group psychotherapy, Journal of clinical Psychology V. 64, Issue 11 2008

Strauss, B.; Mattke, D.: Gruppenpsychotherapie Lehrbuch für die Praxis, 2. Auflage, Springer 2018

Walter, G. et al.: Aggression und Aggressionsmanagement Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe Verlag Hans Huber, 2012

Wheelan S.: The Handbook of Group Research and Practice, 2005

Wietersheim, J. et al.: Entwicklung und erste Evaluierungen der Achse Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29, 109-116

Zampieron, A. et al.: Percieved aggression towards nurses : Study in two Italian health institutions

Zhao S, Sampson S, Xia J et al.: Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015

Anhang

Itemliste des SBV-R

(5-stufige Likert-Skala von stimme gar nicht zu bis stimme völlig zu)

Teil A: Haftumgebung

- Die Gefangenen kümmern sich umeinander.
- Es gibt hier bedrohliche Situationen.
- Als Gefangener kann man auf dieser Abteilung über alle Probleme mit Mitarbeitern sprechen.

- Auch der schwächste Gefangene findet Rückhalt bei seinen Mitgefangenen.
- Es gibt sehr aggressive Gefangene auf dieser Abteilung.
- Den Mitarbeitern ist es persönlich wichtig, wie es mit den Gefangenen weitergeht.
- Die meisten Gefangenen interessieren sich für die Probleme ihrer Mitgefangenen.
- Manche Gefangene haben Angst vor anderen Gefangenen.
- Die Mitarbeiter nehmen sich sehr viel Zeit für die Gefangenen.
- Wenn ein Gefangener ein wichtiges Anliegen hat, wird er von den Mitgefangenen unterstützt.
- Es gibt Situationen, in denen Mitarbeiter vor bestimmten Gefangenen Angst haben.
- Oft scheint es den Mitarbeitern egal zu sein, ob Gefangene im Vollzug scheitern oder weiterkommen.
- Unter den Gefangenen gibt es einen guten Zusammenhalt.
- Einige Gefangene sind so reizbar, dass man besonders vorsichtig mit ihnen umgeht.

Teil B: Therapiemotivation

- Auch ohne Hilfe von anderen habe ich mein Leben gut im Griff.
- Ich würde mich an einer Therapie aktiv beteiligen und versuchen mein Bestes zu geben.
- Niemand versteht mich.
- Freunde und Verwandte unterstützen mich, wenn ich Probleme habe.
- Eine Therapie ist mir viel zu zeitaufwändig.
- Eine Therapie kann mein Leben nicht verbessern.
- Um glücklich zu werden, muss ich mein Verhalten umgehend ändern.
- In meinem Umfeld würde es keiner verstehen, wenn ich eine Therapie mache.
- Für mich wäre bzw. ist es demütigend, an einer Therapie teilzunehmen.
- Den Sozialpädagogen/ Psychologen der Anstalt sind meine persönlichen Probleme egal.
- Mein Verhalten ist schlimmer als das von anderen.

- Ich fühle mich absolut wohl mit mir und meinem Verhalten.
- Ich kann mich niemandem im Gefängnis anvertrauen.
- Eine Therapie wäre vielleicht eine weitere Enttäuschung.
- Nach der Haftstrafe werde ich mir einen anderen Freundeskreis suchen, der keine Konflikte mit dem Gesetz hat.
- Die Menschen in meiner Umgebung werden es nicht verstehen, wenn ich eine Therapie mache.
- Ich freue mich über Hilfsangebote, da ich viel in meinem Leben ändern muss.
- Ich komme im Gefängnis einfach nicht klar.
- Um mich verändern zu können, muss ich eine Therapie machen.
- Auch in meiner Freizeit würde ich mich mit Inhalten der Therapie auseinandersetzen.
- Etwas anderes als eine psychologische Therapie, z.B. eine Umschulung oder ein Führerscheinkurs, wäre für mich wahrscheinlich besser.
- Die Menschen in meinem Leben erwarten, dass ich meine Situation zum Positiven verändere.
- Ich bin wahrscheinlich zu ungeduldig für eine Therapie.
- Ich schaffe es auch ohne Therapie, mein Leben zum Besseren zu wenden.
- Menschen die mir wichtig sind erwarten von mir, dass ich eine Therapie mache.
- Trotz allem habe ich ein gutes Leben.
- Der Erfahrungsaustausch in einer Gruppentherapie kann mir helfen.
- Eine Therapie kommt für mich nicht in Frage, so was bringt nichts.
- Manchmal hasse ich mich und mein Verhalten.
- Ich ziehe eine Therapie durch, egal was diese mir abverlangt.
- Ich versuche mich zu bessern, um mit meiner Familie/ Verwandten ein gutes Verhältnis aufbauen zu können.
- Ich fühle mich durch die Justiz gezwungen, eine Therapie zu machen.
- Ich muss lernen, mit unangenehmen Situationen besser umzugehen.
- Ich bin noch nicht bereit für eine Therapie.
- Ich kann mich über nichts mehr richtig freuen.

- Die Menschen in meiner Umgebung fördern meine schlechtesten Angewohnheiten.
- Ich wäre bzw. bin bereit, in einer Therapie über Gefühle und Ängste zu sprechen.
- Durch eine Therapie hoffe ich, mir über meine Gedanken und Probleme klar werden zu können.
- Ohne Therapie werde ich es nicht schaffen, mich zu ändern.
- Eine anstrengende Therapie halte ich vielleicht auf Dauer nicht aus.
- Es gibt Menschen in meiner Umgebung, die mich und meine Bemühungen respektieren.
- Ich habe immer nur Pech.
- Wenn ich mal keine Lust auf eine Therapiesitzung hätte, müsste man das akzeptieren.
- Wenn ich nach ein paar Wochen keinen Erfolg merke, würde ich eine Therapie
- abbrechen.
- Ich bin nicht schuld an meiner jetzigen Situation.
- Die Aussicht auf Vollzugslockerungen ist für mich der wichtigste Grund dafür,
- eine Therapie zu machen.
- Ich muss mich verändern, um dauerhaft glücklich zu sein.
- Durch eine Therapie kann sich mein Leben schlagartig verbessern.
- Ich denke oft über meine Probleme nach und muss dringend etwas ändern.
- Ich habe Freunde, die nicht mit dem Gesetz in Konflikt gekommen sind.

Stationserfahrungsbogen

SEB

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die jeweilige Aussage für Sie in der letzten Woche zutreffen hat:

	stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt eher nicht	stimmt etwas	stimmt überwiegend	stimmt genau
1. Die Team-MitarbeiterInnen kümmerten sich um die PatientInnen, wenn es erforderlich war.	<input type="checkbox"/>					
2. Ich habe mich mit meinen Problemen von den MitpatientInnen allein gelassen gefühlt.	<input type="checkbox"/>					
3. Manchmal habe ich mir gewünscht, insgesamt weniger Therapiesitzungen zu haben.	<input type="checkbox"/>					
4. Ich erlebte die meisten Team-MitarbeiterInnen als sehr um die Patienten bemüht.	<input type="checkbox"/>					
5. Ich hatte das Gefühl, daß die meisten MitpatientInnen mich verstehen.	<input type="checkbox"/>					
6. Mein/e EinzeltherapeutIn war wenig einfühlsam.	<input type="checkbox"/>					
7. Manchmal schalte ich gedanklich ab, weil mir die therapeutischen Rückmeldungen zuviel wurden.	<input type="checkbox"/>					
8. Ich konnte den Team-MitarbeiterInnen vertrauen.	<input type="checkbox"/>					
9. Die MitpatientInnen waren untereinander distanziert und einander fremd.	<input type="checkbox"/>					
10. Es fiel mir leicht, mit dem/r Therapeuten/in warm zu werden.	<input type="checkbox"/>					
11. Auch bei überraschenden Ereignissen glaubte ich, daß ich gut zurechtkomme.	<input type="checkbox"/>					
12. Die meisten Team-MitarbeiterInnen zeigten in der letzten Woche wenig Einfühlungsvermögen.	<input type="checkbox"/>					
13. Ich war manchmal der Therapie überdrüssig.	<input type="checkbox"/>					
14. Es gab Spannungen und Ärger zwischen den MitpatientInnen.	<input type="checkbox"/>					
15. Ich hatte guten Kontakt zu den Team-MitarbeiterInnen.	<input type="checkbox"/>					
16. Die Stationsordnung wurde vom Therapeutenteam zu eng ausgelegt.	<input type="checkbox"/>					
17. Ich konnte die vielen Eindrücke aus den Therapien gar nicht mehr richtig verarbeiten.	<input type="checkbox"/>					
18. Von einigen MitarbeiterInnen des Teams fühlte ich mich nicht ernstgenommen.	<input type="checkbox"/>					
19. Es fiel mir schwer, mich an die Stationsordnung anzupassen.	<input type="checkbox"/>					

	stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt eher nicht	stimmt etwas	stimmt überwiegend	stimmt genau
20. Die PatientInnen vermieden, wichtige Dinge anzusprechen, die zwischen ihnen abliefen.	<input type="checkbox"/>					
21. Ich hatte das Gefühl, schwierige Probleme lösen zu können.	<input type="checkbox"/>					
22. Ich fühlte mich von den meisten MitpatientInnen im Stich gelassen.	<input type="checkbox"/>					
23. Ich konnte leicht über das sprechen, was mich bewegte.	<input type="checkbox"/>					
24. Ich hatte das Gefühl, daß ich mich auf meine/n Einzeltherapeuten/in verlassen kann.	<input type="checkbox"/>					
25. Ich hatte das Gefühl, zur Gruppe der MitpatientInnen dazuzugehören.	<input type="checkbox"/>					
26. Schwierigkeiten sah Ich gelassen entgegen, weil ich mich immer auf meine Fähigkeiten verlassen konnte.	<input type="checkbox"/>					
27. Die Team-MitarbeiterInnen waren oft zu distanziert und gefühlsmäßig kaum erreichbar.	<input type="checkbox"/>					
28. Die Atmosphäre unter den MitpatientInnen war gut.	<input type="checkbox"/>					
29. Ich fühlte mich bedrängt, zuviel über meine Gefühle zu sprechen.	<input type="checkbox"/>					
30. Ich glaube, daß mein/e Einzeltherapeut/in und ich meine Probleme ähnlich sahen und beurteilten.	<input type="checkbox"/>					
31. Die MitpatientInnen mißtrauten sich und lehnten einander ab.	<input type="checkbox"/>					
32. Die Stationsordnung engte mich ein und ich konnte mich nur unzureichend entfalten.	<input type="checkbox"/>					
33. Die PatientInnen kümmerten sich umeinander.	<input type="checkbox"/>					
34. Es herrschte eine feindselig-gespannte Stimmung unter den meisten PatientInnen.	<input type="checkbox"/>					
35. Die Stationsregeln sollten lockerer sein.	<input type="checkbox"/>					
36. Die Unterstützung der MitpatientInnen hat mich ein ganzes Stück weiter gebracht.	<input type="checkbox"/>					
37. In unerwarteten Situationen wußte ich nicht, wie ich mich verhalten sollte.	<input type="checkbox"/>					
38. Es ist mir leicht gefallen, über meine Gefühle zu sprechen.	<input type="checkbox"/>					

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!