

Katholische Fachhochschule
Karlstrasse 63
79104 Freiburg

Hausarbeit zum Thema
Soziales Kompetenztraining in der Therapie und Rehabilitation
psychisch Erkrankter

von
Kerstin Hasenfratz
XXX
XXX
XXX

Fachbereich Sozialarbeit, 8. Semester

eingereicht im Theorie und Praxis Seminar „Arbeit mit Abhängigen“
bei Andreas Gruber am 10.05.2000

Inhaltsverzeichnis

<u>EINLEITUNG</u>	3
<u>1. KAPITEL: DAS GRUPPENTRAINING SOZIALER KOMPETENZEN (GSK)</u>	5
1.1. Zur Entstehung des GSK	5
1.2. Zum Begriff der Sozialen Kompetenzen	6
1.3. Prozessmodell des Verhaltens in sozialen Situationen	7
1.4. Die drei Typen sozialer Situationen	10
1.5. Was ist das GSK?	11
1.6. Die praktische Durchführung	12
<u>2. KAPITEL: DIE KLIENTINNEN</u>	14
2.1. Indikation	14
2.2. Mögliche Kriterien für die Entstehung sozialer Kompetenzprobleme	15
2.2.1. Überforderung	15
2.2.3. Lerndefizite	15
2.2.4. Erwerb inkompetenter Verhaltensgewohnheiten	16
2.3. In welcher Beziehung stehen soziale Inkompetenzen zu Psychischen Erkrankungen?	16
2.4. Weshalb ist das GSK besonders für depressive Menschen sinnvoll?	18
<u>SCHLUSSBEMERKUNG</u>	19
<u>LITERATUR</u>	21

Einleitung

Die Wurzeln für die Idee zu dieser Hausarbeit liegen in meinem ersten praktischen Studiensemester, welches ich im Sozialdienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg absolviert habe. Bei meiner Arbeit auf der Station 8 habe ich zum ersten Mal vom Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) von Ulrich Pfingsten und Rüdiger Hinsch gehört und fand es so interessant, dass ich nun eine Hausarbeit darüber schreiben möchte.

Eine Grundannahme lautet, dass psychosoziale Gesundheit voraussetzt, dass Menschen in der Lage sind, ihre Rechte durchzusetzen, soziale Beziehungen zu knüpfen sowie ihre Gefühle und Bedürfnisse äußern zu können. Die Förderung dieser sozialen Kompetenz¹ ist deshalb für die Therapie und die Rehabilitation psychisch kranker Menschen besonders wichtig.

Aus diesem Grund haben die PatientInnen² der Station 8 der Psychiatrischen Universitätsklinik im Rahmen ihrer Behandlung die Möglichkeit, am Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) nach Pfingsten und Hinsch teilzunehmen. Da auf der Station 8 vorwiegend PatientInnen mit starken Depressionen am GSK teilgenommen haben möchte ich mich, auch aus Platzgründen, in dieser Hausarbeit auf diese Klientengruppe beschränken.

Laut Pfingsten und Hinsch lässt sich das GSK jedoch auch beliebig an andere Klientengruppen anpassen.

Zur Verdeutlichung, welche Probleme die PatientInnen haben, möchte ich hier beispielhaft „typische“ Krankengeschichten zweier TeilnehmerInnen des GSK schildern.

¹ Auf den Begriff „Soziale Kompetenz“ werde ich unter 1.2. noch näher eingehen.

² Mindestens die Hälfte der Personen, die mit dem GSK zu tun haben, sind Patientinnen bzw. Klientinnen und Trainerinnen. Diese Tatsache wird im vorliegenden Text gelegentlich durch entsprechende Formulierungen in Erinnerung gerufen. Für eine systematische, „geschlechtsausgeglichene“ Umformulierung des gesamten Textes sehe ich allerdings keine wirklich praktikablen und leser(innen)freundlichen sprachlichen Möglichkeiten.

Frau B., 28 Jahre

Frau B. ist seit fast drei Monaten wegen starken Depressionen und massiven Ängsten vor fremden Menschen in stationärer Behandlung. Die Klientin ist sehr unsicher im Kontakt mit Fremden und wagt nicht jemandem in die Augen zu blicken, da sie ständig von Schamgefühlen geplagt ist. Ihre Gedanken kreisen fast den ganzen Tag darum, was andere von ihr denken. Aus ihrem Bekanntenkreis hat sie aus Scham niemandem von ihrer Einweisung in die Psychiatrie erzählt. Daher beschäftigt sie besonders, was wohl ihre Freunde und Nachbarn von ihr denken, wenn sie erfahren, wo sie die letzten Monate war. Sie ist unsicher, wie sie wieder Kontakt zu ihnen aufnehmen kann. Bei Frau B. stand im Vordergrund sie auf die bevorstehende Entlassung und die Rückkehr in den Bekanntenkreis vorzubereiten. Außerdem sollten ihre Kontaktängste mit fremden Menschen im GSK angegangen werden.

Herr R., 54 Jahre

Herr R. ist seit drei Wochen erstmals wegen Depressionen in stationärer Behandlung. Er ist Abteilungsleiter in einem großen Kaufhaus und hat seit etwa zwei Jahren zunehmend depressive Phasen. Laut eigenen Aussagen ist er beruflich ziemlich eingespannt. Ihm fällt es außerordentlich schwer, Wünsche und Forderungen von Vorgesetzten, Lieferanten und Kunden abzulehnen und sieht sich dann oftmals vor einem Berg Arbeit stehen, den er nicht bewältigen kann. Ebenso schwer fällt es ihm dann, um Hilfe zu bitten und eigene Bedürfnisse zu äußern.

Bei Herrn R. stand im Vordergrund, dass er lernen musste seine Bedürfnisse und auch seine berechtigten Ansprüche vor anderen Menschen zur Sprache bringen. Ebenso sollte er lernen, auch einmal Nein-sagen zu können, wenn ihm etwas zu viel war.

1. Kapitel: Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)

1.1. Zur Entstehung des GSK

Zur Befriedigung unserer Bedürfnisse und Interessen sind wir auf die Interaktion mit unseren Mitmenschen angewiesen. Immer wieder müssen wir unser Verhalten an andere Personen und unterschiedliche soziale Situationen anpassen. Für viele Menschen ist dies ein selbstverständlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens und wird oftmals gar nicht als komplexer Vorgang wahrgenommen. Bei genauerem Hinsehen erweisen sich jedoch alltägliche, banale Ereignisse wie z.B. „jemanden begrüßen“ als Vorgänge, die die Kenntnis komplizierter Verhaltensregeln voraussetzen. Man begrüßt einen Vorgesetzten anders als einen Freund, den Nachbarn oder den Postboten. Man hält eine andere Distanz ein, benutzt andere Redewendungen und Gesprächsthemen und stimmt Mimik und Gestik auf den Gesprächspartner ab. Dieses soziale Verhalten ist als das Ergebnis langwieriger Lernprozesse zu sehen, in denen wir eine Fülle von Erfahrungen machen und Verhaltensregeln daraus ableiten.

Es gibt jedoch Menschen, die Probleme haben, ihren sozialen Alltag weitgehend zu ihrer Zufriedenheit zu bewältigen und durch ein unangemessenes (in-kompetentes) Sozialverhalten auffallen. Sie haben Schwierigkeiten damit, ihre eigenen Forderungen, Gefühle und Bedürfnisse anderen gegenüber durchzusetzen. Für diejenigen können solche Situationen so belastend sein, dass – im Extremfall - bestimmte soziale Situationen vollkommen gemieden werden, was zu schweren psychischen Belastungen führen kann. Der Grundgedanke des sozial kompetenten Verhaltens wird so zu einem zentralen Begriff für die Formen und möglichen Entstehungsbedingungen psychischer Störungen. Abweichendes Verhalten wird aus dieser Sicht nicht auf Persönlichkeitsdefekte oder traumatische Erlebnisse zurückgeführt, sondern auf den unzureichenden Erwerb sozialer Kompetenzen.

Auf der Suche nach einem geeigneten Verfahren, um solchen Menschen helfen zu können, sichteteten Pflingsten und Hinsch Anfang der achtziger Jahre un-

terschiedliche Selbstsicherheitstrainings³, welche sich seit den ersten Ansätzen von Salter (1949) und Wolpe (1958) als wirksame verhaltenstherapeutische Methode bei der Behandlung von verschiedenen psychischen Störungen erwiesen haben.

Die bisher veröffentlichten Trainingsprogramme waren jedoch entweder sehr aufwendig oder aber nicht für Gruppen konzipiert, d.h. dass keines dieser bereits bestehenden Programme für ihr Vorhaben wirklich geeignet war. Pfingsten und Hinsch entschlossen sich daher, ein ganz neues Trainingsprogramm zu entwickeln, das GSK.

Bei der Konzeption des GSK gingen sie von einem kognitiven Erklärungsmodell⁴ der Entstehung und Veränderung selbstunsicheren Verhaltens aus.

Mittlerweile existieren neben der Standardversion des GSK auch eine Reihe von Varianten für spezifische Zielgruppen z.B. für Angehörige sozialer Berufe, für Lehrer, für Eltern geistig Behinderter etc.

(vgl. Hinsch u.a. 1983, 229f und Pfingsten/Hinsch 1991, Vorwort, Einleitung)

1.2. Zum Begriff der Sozialen Kompetenzen

Der Begriff „Soziale Kompetenz“ umfaßt einen weiten Bereich menschlichen Verhaltens. Er bezieht sich in wesentlichen Punkten auf Sachverhalte, die in der älteren psychologischen Literatur unter Stichwörtern wie Selbstsicherheit, Durchsetzungsvermögen, Kontaktfähigkeit usw. diskutiert wurden. Verschiedene Autoren⁵ vertreten zum Teil recht unterschiedliche Auffassungen davon, was sozial kompetentes Verhalten ist. Eine einheitliche Definition hat sich bis heute nicht durchgesetzt. In den vielen Bereichen der Psychologie⁶ finden sich immer noch unterschiedliche Konzepte davon, was unter „Sozialer Kompetenz“ verstanden wird.

Ein wesentlicher gemeinsamer Grundgedanke der Kompetenzkonzeptionen besteht darin, dass Individuen in mehr oder weniger starkem Maße über Fertig

³ Soziale Kompetenztrainings bzw. Selbstsicherheitstrainings gehören zu den ältesten Methoden der Verhaltenstherapie.

⁴ Näheres dazu siehe unter 1.3. Prozessmodell des Verhaltens in sozialen Situationen.

⁵ z.B. Mischel, Zigel, Eisler

⁶ z.B. Sozialpsychologie, Persönlichkeitspsychologie, Psychosomatik etc.

keiten verfügen, zwischen sozialer Anpassung einerseits und individuellen Bedürfnissen andererseits akzeptable Kompromisse zu finden. Dazu gehören beispielsweise Verhaltensweisen wie: Nein-Sagen, auf Kritik reagieren, Widerspruch äußern, Gespräche beginnen, Kontakte knüpfen, Rechte durchsetzen, Wünsche und Bedürfnisse äußern etc.

Sozial inkompetentes Verhalten liegt demnach dann vor, wenn jemand eines dieser Verhaltensmuster in entsprechenden Situationen nicht oder nur unvollkommen verwirklichen kann.

Pfingsten und Hinsch vertreten als Grundlage für ihr Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) folgende Definition:

„Soziale Kompetenz ist die Fähigkeit, Gedanken, Gefühle und Handlungen selbst zu beurteilen und die Verantwortung dafür zu übernehmen, eigene Bedürfnisse und Ansprüche zu erkennen und zu stellen (kognitive Ebene), sie ohne Angst und Hemmungen zu äußern (emotionale Ebene) und sie durchzusetzen oder einen Kompromiss zu schließen, der weder die eigenen noch die fremden Persönlichkeitsrechte verletzt (Handlungsebene).“

(Hinsch u.a. 1983, 230)

Einige Autoren vertreten die Meinung, dass sozial kompetentes Verhalten bei den meisten Menschen als Persönlichkeitsmerkmal anzusehen ist. Pfingsten und Hinsch vertreten jedoch die Ansicht, dass inkompetentes Verhalten auf falsch erlerntem Verhalten bzw. Lerndefiziten besteht und mit einem speziellen Trainingsprogramm wieder verlernt bzw. sozial kompetentes Verhalten neu erlernt werden kann.

(vgl. Pfingsten/Hinsch 1991, 3f, 39)

1.3. Prozessmodell des Verhaltens in sozialen Situationen

Voraussetzung für die nähere Beschäftigung mit den sozialen Kompetenzproblemen von KlientInnen ist eine Vorstellung darüber, wie unsicheres oder aggressives Verhalten in Situationen zustande kommt. Welche kognitiven, emotionalen oder motorischen Vorgänge müssen verändert werden, damit die Betroffenen mit ihren Problemen im sozialen Umgang besser fertig werden?

Um zu verdeutlichen, was genau in einer bestimmten Situation in Gang gesetzt

wird, haben Pfingsten und Hinsch das Prozessmodell entwickelt, das den Ablauf von Verhalten in einer Situation nachbilden soll. Dieses Modell dient als Grundlage für das Trainingsprogramm.

Es werden drei Ebenen psychischen Geschehens unterschieden: die kognitive Ebene, die emotionale Ebene und die Verhaltensebene.

Ausgangspunkt ist eine konkrete Alltagssituation, in der sich jemand befindet. Sie wird von der betreffenden Person wahrgenommen und kognitiv und emotional weiterverarbeitet. Die Verarbeitungsvorgänge führen zu einer beobachtbaren Verhaltensweise. Das motorische Verhalten bewirkt wiederum Veränderungen in der Umwelt und führt erneut eine soziale Situation herbei. Diese wird als Konsequenzerfahrung dann kognitiv und emotional weiterverarbeitet.

Es findet somit eine Bewertung der wahrgenommenen Situation statt, die im Zusammenhang mit Selbstverbalisationen maßgeblich das Verhalten und die psychische Befindlichkeit steuert.

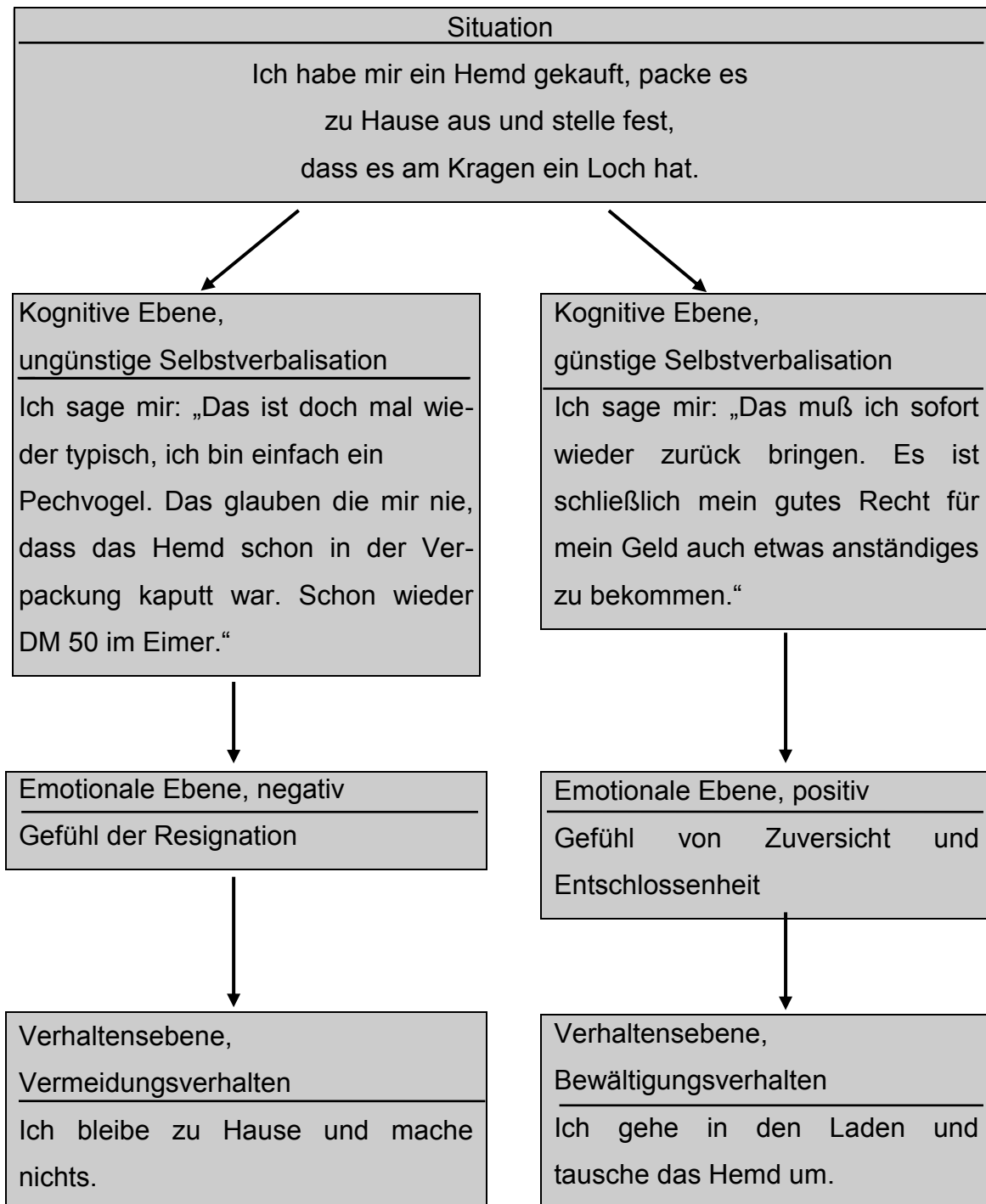
Es hängt entscheidend von den Selbstverbalisationen ab, wie jemand eine Situation wahrnimmt, wie er sich in der Situation fühlt und wie er schließlich reagiert. Je nach Bewertung günstig/ungünstig stellt sich entweder ein Gefühl der Zuversicht und ein Bewältigungsverhalten ein oder es wird ein Gefühl der Angst und ein entsprechendes Vermeidungsverhalten hervorgerufen.

(vgl. Pfingsten/Hinsch 1991, 5f und Hinsch u.a. 1983, 231f)

Diese Darstellung des Prozessmodells ist lediglich eine Kurzfassung, im Detail stellt es nämlich einen hochkomplexen Vorgang dar, bei welchem noch soziale Aspekte, raumzeitliche Gegebenheiten und persönliche Bedingungen eine Rolle spielen. Eine genauere Ausführung des Prozessmodells würde deshalb an dieser Stelle zu weit führen.

Um diese theoretische Beschreibung des Prozessmodells verständlicher zu machen möchte ich nun ein Beispiel anführen.

Vereinfachtes Beispiel für selbstunsicheres bzw. selbstsicheres Verhalten nach dem Prozessmodell von Pfingsten und Hinsch:



(vgl. Pfingsten/Hinsch 1998, 90)

1.4. Die drei Typen sozialer Situationen

Grundsätzlich läßt sich sozial inkompetentes Verhalten drei Problembereichen zuordnen. Menschen können darunter leiden, dass:

- sie ihre berechtigten Forderungen und Interessen nicht durchsetzen können,
- sie zu denjenigen Menschen, die sie interessieren, keinen Kontakt aufnehmen und aufrechterhalten können,
- sie im Umgang mit Partnern, Freunden, Eltern etc. ihre Bedürfnisse und Wünsche nicht angemessen vertreten können und dadurch mit ihrem Privatleben und mit sich selbst auf die Dauer unzufrieden sind.

Pfingsten und Hirsch gehen also davon aus, dass es unterschiedliche Typen von Situationen gibt, die durch das Vorherrschen bestimmter Ziele charakterisiert werden können und unterscheiden deshalb folgende Situationstypen:

Typ R: Recht durchsetzen

Das Ziel des Verhaltens in einer Situation liegt vorrangig in der Erfüllung eigener Forderungen. Ein Beispiel wäre das Durchführen einer Reklamation nach dem Kauf einer fehlerhaften Ware. Hier ist schon im juristischen Sinne die Rechtslage eindeutig. Ich habe ein Recht auf eine fehlerfreie Ware. Soziale Kompetenz in dieser Situation misst sich an der Effektivität des Verhaltens hinsichtlich der Durchsetzung dieses Rechts. Im GSK sind deshalb folgende Verhaltensweisen ein wichtiger Inhalt: Blickkontakt halten, lautes, deutliches Sprechen, keine Entschuldigungen.

Typ B: Beziehungen

Das Ziel, welches in einer Situation verfolgt wird, ist die Aufrechterhaltung oder Verbesserung einer Beziehung.

In solchen Situationen ist die Rechtslage irrelevant. Von Bedeutung sind hier die Beziehungen zum Lebenspartner und zu Freunden. Gegenüber diesen Personen habe ich zwar oft Forderungen, verfüge im allgemeinen aber über keine rechtliche Legitimation, mit deren Hilfe ich diese Forderungen durchsetzen könnte. Es geht also mehr um ein Einigen der Interaktionspartner. Wichtig ist in solchen Situationen das Aussprechen von Bedürfnissen, Wünschen und Gefühlen sowie das Verständnis für die Bedürfnisse des Gesprächspartners.

Typ S: Um Sympathie werben

Das Ziel des Verhaltens liegt ebenfalls wieder in der Erfüllung von Forderungen. Wie beim Typ B liegt keine rechtliche Legitimation für die Forderungen vor. Zu diesem Typ gehören genau betrachtet zwei Arten von Situationen:

- a. Es gibt Situationen, in denen eigene Forderungen nur dadurch erfüllt werden können, wenn der andere auf sein Recht verzichtet. Man agiert sozusagen gegen die rechtliche Legitimation des anderen. Bsp. Ich versuche einen Beamten zu einer bevorzugten Behandlung zu bewegen.
- b. Bei der zweiten Art von Situationen besteht das Ziel darin, zum anderen eine möglichst gute Beziehung herzustellen.

Beide Situationen haben gemeinsam, dass eine erfolgreiche Bewältigung der Situation darin besteht, dass der Interaktionspartner mich möglichst sympathisch findet. Je mehr ich es in solchen Situationen schaffe, dass mich mein Gegenüber sympathisch findet, desto eher werde ich mit dem konkreten Anliegen zum Erfolg kommen. Erschwerend kommt bei diesem Situationstyp hinzu, dass flexibles reagieren auf das Verhalten des anderen im Vordergrund steht. Eingeeübt wird für die Bewältigung dieses Situationstyps besonders die Kontaktaufnahme mit bekannten und unbekanntem Personen.

Ziel des GSK ist, dass den KlientInnen soziale Kompetenzen vermittelt werden sollen, mit deren Hilfe sie in verschiedenartigen Situationen ihre Ziele in optimaler Weise verwirklichen können.

(vgl. Pfingsten/Hinsch 1991, 40f)

1.5. Was ist das GSK?

Beim GSK nach Pfingsten und Hinsch handelt es sich um ein kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiertes Training für Gruppen von acht bis zehn Personen. Das GSK als Standardversion findet in einem sechswöchigen Trainingsblock von insgesamt 12 Einheiten statt. Das feste TrainerInnenteam setzt sich idealerweise aus zwei Personen zusammen. In der Psychiatrischen Uniklinik waren dies eine Sozialarbeiterin und eine Krankenschwester, wobei die Sozialarbeiterin die Leitung wahrgenommen hat.

Ein wesentlicher Grundgedanke, der von den Trainerinnen angewandten Konzeption nach Ulrich Pfingsten und Rüdiger Hinsch besteht darin, „dass Individuen in mehr oder minder starkem Maße über Fertigkeiten verfügen, zwischen sozialer Anpassung einerseits und individuellen Bedürfnissen andererseits akzeptable Kompromisse zu finden und zu verwirklichen.“

(Pfingsten/Hinsch 1991, 4)

Über diese Fertigkeiten zu verfügen bedeutet, soziale Kompetenz zu besitzen, jedoch anstatt in Situationen entsprechende sozial kompetente Verhaltensweisen anzuwenden, zeigen wir Menschen mehr oder weniger häufig unsicher-vermeidende oder auch zudringlich-aggressive Verhaltensmuster, die oftmals im zwischenmenschlichen Kontakt zu Problemen und Mißverständnissen führen. Inhalte des GSK sind deshalb, sozial kompetente (selbtsichere) und inkompetente Verhaltensweisen unterscheiden zu lernen.

1.6. Die praktische Durchführung

Pfingsten und Hinsch haben ein Trainingsmanual entwickelt, welches den Ablauf des GSK als Standardverfahren für acht bis zehn Personen mit zwölf Sitzungen beschreibt. Die Erfahrungen haben jedoch gezeigt, dass die Anzahl der Sitzungen in Abhängigkeit von Gruppengröße und –zusammensetzung stark variieren kann. Zudem sind in der Praxis oftmals organisatorische bzw. zeitliche Strukturen einzuhalten. Das Standardverfahren kann somit je nach Bedarf verlängert oder verkürzt werden. Ganz nach den individuellen Bedürfnissen der KlientInnen ist es auch möglich, bestimmte Elemente intensiver zu üben und dafür andere Einheiten gänzlich wegzulassen. Diese Entscheidungen liegen ganz bei den beiden TrainerInnen.

Da eine ausführliche Ausformulierung des Ablaufs des GSK den Rahmen dieser Hausarbeit sprengen würde, möchte ich mich hier auf eine Kurzfassung beschränken.

Vor dem eigentlichen Beginn des Trainings hat sich eine Einführungsveranstaltung als sinnvoll erwiesen. Die KlientInnen erhalten hierbei detaillierte Informationen über Ziele, Konzept und Ablauf des Trainings.

Im Laufe dieser Veranstaltung können sich die KlientInnen entscheiden, ob sie am GSK teilnehmen wollen oder nicht und sich dann verbindlich anmelden.

Dies hat zum Vorteil, dass es keine späteren Abbrüche gibt (geben sollte), welche den Gruppenprozess stören. Außerdem geht man davon aus, dass eine bewußte und freiwillige Entscheidung für eine Teilnahme den Trainingserfolg verbessert.

In dieser Einführungsveranstaltung wird den KlientInnen verdeutlicht, bei welchen Problemen das Training eine Hilfe anbietet. Für ein besseres Verständnis werden ihnen die drei Typen sozialer Situationen (siehe 1.4.) erläutert und erklärt, dass genau zu diesen drei Problembereichen gezielt Bewältigungsstrategien erarbeitet und eingeübt werden.

Ebenso wird ihnen erklärt, dass das GSK verhaltenstherapeutisch orientiert ist und von der Grundannahme ausgeht, dass selbstsicheres, sozial kompetentes Verhalten genauso erlernt werden kann wie anderes Verhalten.

(vgl. Pfingsten/Hinsch 1998, 83ff)

Ein zentraler Bestandteil des Trainings sind Rollenspiele mit Videofeedback. Mittels vorbereiteter Karteikarten werden vorgegebene Situationen in einer Kleingruppe gespielt. Wobei die zu spielenden Situationen den drei Situationstypen zugeordnet werden: Recht durchsetzen (Typ R), Beziehungen (Typ B) und um Sympathie werben (Typ S).

Das Videofeedback erfolgt direkt im Anschluß an das Rollenspiel. Kritik ist höchstens in der Form: „Beim nächsten Mal solltest du...“ erlaubt. Die Trainingsteilnehmer sollen sich so gegenseitig stärken. Alle Rollenspiele werden mindestens einmal wiederholt.

Um das Erlernete in die Praxis umzusetzen, bekommt jeder Teilnehmer zur Realitätskontrolle eine Hausaufgabe. Dazu werden wieder Karteikarten, mit kleinen Aufgaben versehen, ausgeteilt. Jeder Teilnehmer muss sich dann eine Situation aussuchen, welche er bis zur nächsten Sitzung in der Realität durchlaufen haben muss.

Zu Beginn und auch zum Schluss jeder Sitzung wird ein Entspannungstraining durchgeführt, um den KlientInnen die Anspannung zu nehmen und um eine angenehme Atmosphäre zu schaffen. (vgl. Pfingsten/Hinsch 1991, 39)

2. Kapitel: Die KlientInnen

2.1. Indikation

Für welche KlientInnen mit welchen Störungen ist es empfehlenswert am GSK teilzunehmen?

Diese Frage ist nicht leicht zu beantworten, denn eine durch empirische Forschung begründbare Vorhersage, welche KlientInnen mit welchen psychischen Problemen vom GSK profitieren und welche nicht, ist zur Zeit laut Pfingsten und Hinsch noch nicht möglich. Indikationshinweise beruhen „lediglich“ auf klinischen Erfahrungen.

Bei folgenden Rahmenbedingungen empfiehlt sich für PatientInnen eine Teilnahme am GSK:

Erste Voraussetzung für eine Teilnahme ist, dass sich der Patient für eine therapeutische Gruppenarbeit eignet.

Desweiteren müssen gravierende Schwierigkeiten beim Bewältigen von sozialen Alltagssituationen vorliegen.

Die Probleme des Patienten müssen sich mindestens auf einen der drei Situationstypen⁷: Recht durchsetzen (Typ R), Beziehungen aufnehmen (Typ B) oder um Sympathie werben (Typ S), erstrecken.

Eine weitere Indikation für die Teilnahme am GSK ist, wenn sich soziale Kompetenzprobleme als eine zentrale (Mit-)Ursache für psychische Beeinträchtigungen wie z.B. Depressionen oder psychosomatische Störungen erweisen.

Außerdem sollte der Patient ausreichend motiviert sein und über Krankheitseinsicht verfügen, d.h. die Notwendigkeit sehen, sich mit seinen Problemen auseinanderzusetzen und daran arbeiten zu müssen.

Ferner besteht die Annahme, dass eine Förderung der im GSK behandelten sozialen Kompetenzen für eine soziale Wiedereingliederung und die Bewältigung bestehender psychischer Erkrankungen unerlässlich ist.

(vgl. Pfingsten/Hinsch 1998, 147f)

In der Psychiatrischen Uniklinik wird beispielsweise in der interdisziplinären Teambesprechung, an der das beteiligte Pflegepersonal, der behandelnde Arzt sowie der zuständige Sozialarbeiter anwesend sind, gemeinsam beraten, ob

⁷ Die drei Situationstypen habe ich bereits unter 1.4. näher erläutert.

der jeweilige Patient die Indikation für eine Teilnahme am GSK erfüllt. Letztendlich entscheidet der PatientIn jedoch selbst, ob er/sie das therapeutische Angebot wahrnehmen möchte.

2.2. Mögliche Kriterien für die Entstehung sozialer Kompetenzprobleme

Welche Entwicklungseinflüsse bzw. Vorkommnisse in der Lebensgeschichte sind dafür verantwortlich zu machen, dass KlientInnen sozial inkompetente Verhaltensweisen entwickelt haben?

2.2.1. Überforderung

Durch bestimmte Lebensumstände können KlientInnen ständig Situationen ausgesetzt sein, die sie in ihren sozialen Kompetenzen überfordert.

Wie kann es dazu kommen?

Eine maßgebliche Rolle können äußere Umstände spielen. So kann z.B. die Arbeitsmarktsituation jemanden dazu bringen einen Beruf auszuüben, dessen spezielle soziale Anforderungen ihn laufend überlasten. Aber auch einschneidende Lebensereignisse können zu einer situationalen Überforderung führen etwa der Tod des Partners, Scheidung oder Krankheit. Über das aktuelle psychische Leid hinaus, können all diese Ereignisse dauerhafte und belastende Diskrepanzen zwischen dem neu entstehenden Situationsmenü und den bisher möglicherweise ausreichenden sozialen Fähigkeiten einer Person bewirken.

Auch eigene Fehleinschätzungen können zu einer Überforderung führen. Jemand hat beispielsweise den Lehrerberuf gewählt in der Überzeugung, geeignet dafür zu sein. Im Nachhinein kann sich dies aber als eine kolossale Überforderung herausstellen.

2.2.3. Lerndefizite

Sich in einer konkreten Situation angemessen zu verhalten, setzt umfangreiche Lernerfahrungen voraus die in vielfacher Hinsicht ungünstig verlaufen sein können. Es gibt vier mögliche Lerntheorien, weshalb etwas nicht im Verhaltensrepertoire enthalten ist:

1. Es handelt sich um eine neue Situation, d.h. das betreffende Verhalten war zuvor noch nicht erforderlich und wurde deshalb nicht geübt.

2. Oder aber es fehlte in der Vergangenheit an Vorbildern mit sozial kompetentem Verhalten, so dass ein Beobachtungslernen nicht möglich war.

3. Ein weiteres Lerndefizit könnte die fehlende Verstärkung von sozial kompetentem Verhalten in der Vergangenheit sein. Viele für das spätere Leben wichtige soziale Verhaltensweisen wurden von den Erziehungspersonen entweder ignoriert oder unterbunden, so dass ein adäquates Verhalten in einer bestimmten Situation nicht möglich ist.

4. Sozial kompetentes Verhalten kann aber auch durch äußere Umstände verlernt werden. Ein Abbau vorhandener sozialer Fertigkeiten kann beispielsweise mit der langfristigen Unterbringung in einem Heim oder einer psychiatrischen Klinik, mit ihren reduzierten sozialen Anforderungen, einhergehen.

2.2.4. Erwerb inkompetenter Verhaltensgewohnheiten

Unsichere oder aggressive Verhaltensgewohnheiten können sich bei einer Person dadurch entwickelt und verfestigt haben, weil sie in der Vergangenheit häufig zum Erfolg geführt haben. Dies könnte man auch unter dem Begriff „falsch-gelerntes Verhalten“ zusammenfassen. Besonders bei Kleinkindern kann man dies sehr gut beobachten. Angemessene Äußerungen und Wünsche werden von den Eltern, oftmals unbeabsichtigt, nicht beachtet. Steigert das Kind dagegen seine Stimme auf eine unangenehme Lautstärke, erfährt es die Aufmerksamkeit von den Eltern. Um endlich Ruhe zu haben, wird es dann möglicherweise noch mit einer Süßigkeit belohnt. Selbstverständlich wird dieses Kind dann sein Verhalten auch für die Zukunft beibehalten.

(vgl. Pfingsten/Hinsch 1991, 22-25)

2.3. In welcher Beziehung stehen soziale Inkompetenzen zu Psychischen Erkrankungen?

Trotz großer individueller Unterschiede haben Patienten mit psychischen Erkrankungen viele gemeinsame Probleme. Sie sind oft selbstunsicher, leiden mehr als andere Menschen unter Stress, können das Leben und die Gesellschaft von anderen Menschen nicht so genießen wie andere und haben größere Schwierigkeiten beim Umgehen mit Problemen und Konflikten.

Genau betrachtet ist die Symptomatik vieler psychischer Störungen fast immer durch unangemessenes Sozialverhalten charakterisiert. Dadurch erhält in diesem Bereich das Konzept der sozialen Kompetenz und die Interventionsmethode des Gruppentrainings sozialer Kompetenzen eine erhebliche Bedeutung. Welche Bedeutung haben soziale Inkompetenzen bei der Genese von psychischen Störungen? Hierbei sind mindestens vier Möglichkeiten in Betracht zu ziehen:

1. Ursachenmodell

Soziale Kompetenzdefizite verursachen die Entstehung psychischer Störungen wie z.B. Depressionen. Beispielsweise hat jemand große Schwierigkeiten auf andere Menschen zuzugehen und ein Gespräch zu beginnen. Folglich hat er wenige soziale Kontakte und leidet unter Einsamkeit und neigt zu depressiven Verstimmungen.

2. Folgemodell

Psychische Störungen führen (unter anderem) zur Entstehung unangemessenen Sozialverhaltens. Ein schizophrener Patient beispielsweise verhält sich sozial unangemessen, weil er die Absichten seiner Interaktionspartner wahnhaft erkennt.

3. Überschneidungsmodell

Psychische Störungen sind sozial inkompetentes Verhalten, d.h. es handelt sich beim Kompetenzkonzept lediglich um ein anderes theoretisches System zur Erklärung psychischer Störungen.

Mit anderen Worten die Symptomatik einer depressiven Störung impliziert, dass Patienten seltener soziale Kontakte aufnehmen oder etwa geringe Resonanz auf eine Verhaltensweise ihres Gesprächspartners zeigen.

4. Moderatormodell

Die Bewältigung von psychischen Störungen wird durch soziale Kompetenzdefizite erschwert.

Beispielsweise neigt eine soeben geschiedene Frau zu Depressionen und steigert sich sehr in ihre Einsamkeit und ihr Leid, weil sie über keinen eigenen Bekanntenkreis verfügt und Schwierigkeiten hat, allein neue soziale Beziehungen aufzunehmen.

(vgl. Pfingsten /Hinsch 1991, 26f)

2.4. Weshalb ist das GSK besonders für depressive Menschen sinnvoll?

Therapeutische Erfahrungen mit depressiven PatientInnen haben ergeben, dass Menschen mit depressiven Störungen häufig auch Probleme im Bereich sozialer Interaktionen haben. So nehmen depressive Menschen nur selten aktiv und von sich aus Kontakt zu anderen Menschen auf, sie äußern weniger positive Gefühle anderen Menschen gegenüber und erhalten auch weniger positive Rückmeldungen. Typisch sind langsames, leises Sprechen, fehlender Blickkontakt und mangelnde Beteiligung an Gesprächen. Depressive sind in sozialen Situationen weniger umgänglich und reagieren besonders empfindlich, wenn man sie kritisiert oder zurückweist. Auf ihre Gesprächspartner wirken sie dann oft mürrisch und feindselig.

Im GSK sollen diese KlientInnen die Einsicht bekommen, wie ihr Verhalten auf ihre Mitmenschen wirkt und welchen Einfluss dies auf den Umgang mit anderen hat. Kurzfristig wecken Depressive das Mitleid des Gesprächspartners, langfristig werden sie für die Interaktionspartner jedoch zu anstrengend und belastend. Als Folge ergibt sich ein immer kleiner werdender Bekanntenkreis und damit eine Verstärkerreduktion.

Desweiteren sind depressive KlientInnen meist selbstunsicher und haben wenig Durchsetzungsvermögen. Es gelingt ihnen selten, sich für die eigenen Sache adäquat einzusetzen und ihre eigene Meinung zu vertreten.

Depressive Perioden, in denen sich die PatientInnen in der Regel zurückziehen, können ihre sozialen Fähigkeiten verschlechtern. Der Verlust an mitmenschlichen Kontakten reduziert auch die Möglichkeiten positiver Verstärkungen, so dass diese Auswirkungen an sich schon zu einer Verschlechterung des Zustandes beitragen können. Dementsprechend enthalten Behandlungsansätze für Depressive Interventionen zur Förderung positiver sozialer Fertigkeiten, z.B. das GSK. Die Vermittlung sozialer Kompetenz ist somit ein wesentlicher Bestandteil der Verhaltenstherapie bei Depressionen.

(vgl. Hautzinger 1997, 11, 130f)

Schlussbemerkung

Aus Platzgründen stellt diese Hausarbeit lediglich eine sehr zusammengefasste Darstellung des GSK dar. Besonders die praktische Durchführung und die dabei verwendeten Trainingselemente habe ich sehr knapp beschrieben, obwohl es sehr interessant gewesen wäre darauf näher einzugehen.

Nach meinen Erfahrungen auf der Station 8 lässt sich sagen, dass das GSK von fast allen PatientInnen sehr positiv aufgenommen worden ist. Eigentlich alle, die die Möglichkeit bekamen daran teilzunehmen, nahmen diese Möglichkeit auch wahr.

Laut den Aussagen der TeilnehmerInnen kostete es sie anfangs sehr viel Überwindung sich auf die Rollenspiele, welche zusätzlich auch noch auf Video aufgenommen wurden, einzulassen. Die meisten standen dieser Therapiemethode sehr skeptisch gegenüber und konnten sich nicht so recht vorstellen, dass das GSK ihnen bei ihren Problemen helfen könnte. Nach Abschluß der Trainingseinheit waren jedoch alle, mit denen ich gesprochen habe, sehr positiv überrascht vom GSK.

Interessant fände ich deshalb, wie effektiv das GSK auf einen längeren Zeitraum hin gesehen ist, bzw. wie lange die neu erlernten kompetenten Verhaltensweisen erhalten bleiben.

Denn abgesehen davon, dass man vom GSK kurzfristige positive Effekte auf die Problematik von Klienten erwartet, ist es selbstverständlich auch von Bedeutung, ob solche konstruktiven Veränderungen auch über einen längeren Zeitraum von ein oder mehreren Jahren hin erhalten bleiben.

Gerade bei gruppentherapeutischen Verfahren ist häufig mit einem „Strohfeuer-effekt“ zu rechnen. Und zwar in dem Sinne, dass die Teilnehmer bei Abschluss des Trainings – angeregt durch eine angenehme Gruppenatmosphäre – für eine gewisse Zeit den Eindruck haben, dass sie ja doch nicht so schlecht mit anderen Menschen auskommen und dass nun im alltäglichen Leben alles besser wird.

Außerdem ist zu bedenken, dass eine Beibehaltung der gelernten Verhaltensmuster im Alltag auf die Dauer auch von der Umwelt des Klienten abhängt. (vgl. Pfingsten/Hinsch 1998, 79f)

Angesichts dieser Vorbehalte habe ich mich nach Untersuchungen umgesehen, welche sich mit diesem Thema befassen haben und welche die Effektivität von Selbstsicherheitstrainings unter Beweis stellen.

Leider existiert über das GSK bisher nur eine Untersuchung, welche sich mit den Langzeiteffekten beschäftigt. Sie wurde 1983 von Ulrich Pfingsten selbst mittels Fragebögen durchgeführt.

Die Befunde daraus belegen, dass die durch das GSK erzielten Veränderungen bei den KlientInnen wohl nicht nur als „Strohfeuereffekt“ zu verstehen sind, sondern auch über längere Zeit erhalten bleiben.

Ein Großteil der befragten KlientInnen gab an, dass es auch auf längere Dauer zu einer nennenswerten Besserung ihrer sozialen Schwierigkeiten gekommen ist.

Das Ergebnis dieser Untersuchung von Pfingsten dokumentiert, dass das GSK bei einer Vielzahl von psychischen Problemen eine wirksame therapeutische Maßnahme darstellt. Dies gilt u.a. für Depressionen aber auch für psychosomatische Störungen.

Das GSK ist somit zweifellos als ein effektives Training zu betrachten, wenn es um den Aufbau von Selbstsicherheit bzw. sozialer Kompetenz geht.

(vgl. Pfingsten 1987, 211f)

Literatur

- Hautzinger, M.: Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien. Weinheim 1997. 4. überarbeitete Auflage.

- Hinsch, R./Bauer, M./Pfungsten, U./Weigelt M.: Das Gruppentraining zur Förderung Sozialer Kompetenz (GSK). Konzeption und erste Ergebnisse der Evaluation.
In: Zeitschrift für klinische Psychologie 12/1983, S.229-244.

- Pfingsten, U.: Langzeiteffekte des Gruppentrainings Sozialer Kompetenzen (GSK).
In: Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 3/1987, S. 211-218.

- Pfingsten, U./Hinsch, R.: Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien. Weinheim 1991. 2. überarbeitete Auflage.

- Pfingsten U./Hinsch R.: Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien. Weinheim 1998. 3. überarbeitete Auflage.