

Sozialtherapeutische Gruppenarbeit im Kontext der stationären Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

Maren Bösel und Sabine Haferkorn

Viele Patient*innen mit psychosomatischen Erkrankungen verbinden insbesondere mit einer stationären Behandlung den Wunsch, sich erst einmal nicht mit den sozialen Alltagsproblemen auseinandersetzen zu müssen. In ihrer aktuellen Lebenssituation bestehen sehr häufig Multiproblemlagen, die oft mit Unsicherheiten und Ängsten verbunden sind. Hinzu kommen Schamgefühle im Umgang mit Ämtern und Institutionen sowie Schwierigkeiten in der Gestaltung von sozialen Kontakten. Grundsätzlich fällt es ihnen schwer, die Vielzahl an Alltagsanforderungen zu bewältigen (Bösel et al. 2014). Trotz der oftmals vorhandenen Abwehr, sich mit sozialen Alltagsthemen auseinanderzusetzen, leiden die Patient*innen unter ihrer Lebenssituation. In diesem Zusammenhang hat sich gezeigt, dass es für die Entwicklung der Patient*innen förderlich ist, neben dem Einzelauch im Gruppensetting sozialtherapeutisch zu arbeiten (Bösel 2017).

Die Soziale Gruppenarbeit als ressourcenorientierte Methode des sozialen Lernens und die damit verbundene Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe bietet hierbei eine wichtige konzeptionelle Grundlage. Ellerbrock (2015) verweist auf das Potenzial von Sozialer Gruppenarbeit für die Minimierung von Sozialisationsdefiziten, die Förderung von Kommunikations- und Konfliktfähigkeiten sowie den adäquaten Umgang mit Frustrationserleben. Es gibt eine Vielzahl an Modellen der Sozialen Gruppenarbeit (Lammel & Wunderer 2024). Aufgrund der individuell komplexen Belastungssituation der Patient*innen kann auf kein alleiniges Konzept der Sozialen Gruppenarbeit verwiesen werden.

Pauls (2013) betont die Wichtigkeit der Beachtung von Unter- und Überforderung der Gruppe und einzelner Teilnehmer*innen. Die Grenzen der seelischen Belastbarkeit und das Tempo der Gruppe sowie des Einzelnen müssen berücksichtigt werden. Die Soziale Gruppenarbeit mit psychisch und psychosomatisch erkrankten Menschen bedarf vor diesem komplexen Hintergrund einer Art Methodenkoffer, der

Ein erlebniszentriertes-stimulierendes Vorgehen ermöglicht Patient*innen neue Erfahrungsspielräume. Diese können u. a. Handlungsfähigkeit, Selbstwirksamkeit und Kommunikationskompetenzen fördern.

sowohl handlungsleitende Konzepte zur Entwicklung des/der Einzelnen wie auch der ganzen Gruppe beinhaltet. Darüber hinaus sollte eine themenzentrierte Ausrichtung im Gruppensetting berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang kann auf das Modell der Entwicklung nach Garland et al. (1969/1978) verwiesen werden. Dieses zeigt auf, dass sowohl die einzelnen Teilnehmer*innen, wie auch die gesamte Gruppe im Verlauf des Prozesses in den Kompetenzen der Neuorientierung, Konfliktfähigkeit sowie der Rollenflexibilität gefördert werden können, wenn ein entsprechender sicherer Rahmen (Milieu) bereitgestellt

wird. Dies bedarf in der Leitung der Gruppe der Berücksichtigung der individuellen biographischen Belastungen und der Schwierigkeiten der Patient*innen in der Emotionsregulation. Dieser sichere Rahmen ist Voraussetzung, dass die Gruppe befähigt wird, gemeinsame Aufgaben zu bewältigen. Das Modell der Themenzentrierten Interaktion (TZI) mit seiner themenzentrierten Ausrichtung zur Förderung des sozialen Lernens und der persönlichen Weiterentwicklung kann an dieser Stelle als weiteres Konzept einen Orientierungsrahmen bieten. Auch wenn das Konzept der TZI nicht primär auf die Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgerichtet ist (Galuske 2009, S. 219), bietet es, durch die Themenzentrierung und den Fokus auf Förderung der Balance zwischen den vier Faktoren: Ich (Subjekt), Wir (Gruppe), Es (Thema) und Globe (Umwelt), eine wesentliche Arbeitsgrundlage, um an den konkreten Lebenssituationen der Patient*innen zu arbeiten. Die dritte konzeptionelle Ebene, die in die Soziale Gruppenarbeit der stationären psychosomatischen Behandlung einfließt, sind Methoden und Techniken der integrativen sozialtherapeutischen Gruppenarbeit. Insbesondere ein erlebniszentriertes-stimulierendes Vorgehen ermöglicht den Patient*innen neue Erfahrungsspielräume. Diese können u.a. Handlungsfähigkeit, Selbstwirksamkeit und Kommunikationskompetenzen fördern. Das erlebniszentrierende Vorgehen bedarf einer qualifizierten sozialtherapeutischen Leitung der Gruppe, die sowohl über Kenntnisse im Umgang mit kreativen Methoden verfügt, als auch die auslösenden emotionalen Affekte achtsam begleiten kann (Lammel & Wunderer 2024).

Einblick in die Praxis der Sozialen Gruppenarbeit im Rahmen der psychotherapeutischen stationären Behandlung

Die Einbeziehung der (Klinischen) Sozialarbeit in die Behandlung von Menschen mit psycho-(somatischen) Erkrankungen hat an der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg eine lange Tradition. Bereits Alexander Mitscherlich als Gründer der ersten Psychosomatischen Klinik bezog in seine Untersuchungen nicht nur seelische, sondern auch soziale Faktoren in die Entstehung von psychosomatischen und organischen Erkrankungen ein. Es wurde daraufhin bereits in den 1970er-Jahren eine Stelle für die Sozialarbeit in der dortigen Klinik geschaffen (Bösel et al. 2020). Die stetige Auseinandersetzung mit sozialen Einflussfaktoren führte vor 20 Jahren zur Entwicklung des wöchentlichen „Sozialtrainings“ in der Gruppe auf der Psychotherapiestation. Theoretische Grundlagen für das Konzept des „Sozialtrainings“ liefern die ressourcenorientierten Methoden der Sozialen Gruppenarbeit zur Förderung der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe der Patient*innen (Lammel & Wunderer 2024). Anfänglich war das „Sozialtraining“ ein freiwilliges Gruppenangebot. In diesem Rahmen wurden die Patient*innen mit starker Abwehr und Schamproblematik weniger erreicht. In der Reflexion des Gruppenangebotes im Kontext des interdisziplinären Behandlungsteam wurde daher entschieden, das Gruppenangebot in den regulären Therapieplan für alle Patient*innen aufzunehmen.

Der Fokus des wöchentlichen „Sozialtrainings“ in der Gruppe liegt auf dem Austausch zwischen den Patient*innen, dem Erkennen von eigenen Kompetenzen, sowie dem Erarbeiten und Erproben von neuen Handlungsstrategien. Eine besondere Bedeutung kommt dabei dem von Ellerbrock (2015) benannten Einüben von Kommunikationsfähigkeiten zu. In der Arbeit mit den Patient*innen zeigt sich nicht selten eine Einschränkung in den sozialen Interaktionsfähigkeiten. Daher hat es sich bewährt, zu Beginn der Gruppenstunde eine feste Struktur

zu integrieren: In einer Runde sind alle Teilnehmer*innen eingeladen mitzuteilen, wo sie gerade stehen bzw. wie das Wohlbefinden ist und inwiefern es ein Thema aus ihrem sozialen Alltag gibt, womit die Person aktuell beschäftigt ist. Patient*innen im „Sozialtraining“ zeigen sich oft erleichtert, wenn sie feststellen, dass auch andere Menschen in der Bewältigung von Alltagsanforderungen an Grenzen stoßen. Im Schutz der Gruppe können sich Patient*innen durch Zuhören, Beobachten und Übungen schrittweise ihren Themen annähern.

Die von Pauls (2013) bereits erläuterte Notwendigkeit der Beachtung der unterschiedlichen psychischen Belastbarkeit einzelner Patient*innen im Gruppenprozess zeigt sich auch im Heidelberger Konzept. Jede*r der Patient*innen kann selbst entscheiden, ob er/sie ein Thema einbringen und den Inhalt bestimmen möchte. Themen wie z. B. Vorbereitung von anstehenden Gesprächen mit Arbeitgeber*innen, Umgang mit schwierigen Situationen mit Ämtern oder Behörden, Planung von Alltagsstruktur, Austausch im Umgang mit verschiedenen Überforderungssituationen im Berufsleben und im familiären Kontext, Ausbau und Erhalt von sozialen Kontakten werden häufig eingebracht. Dabei steht nicht selten das Einüben von Alltagsfertigkeiten im Fokus, die es erst ermöglichen, eigenständiger zu handeln, wozu sich ein erlebniszentriertes-stimulierendes Vorgehen (Lammel & Wunderer 2024), z. B. in Form von Rollenspielsituationen, anbietet.

Ein Beispiel hierfür ist die Herausforderung, ein Telefongespräch zu führen: *Eine Patientin berichtete in einer Gruppenstunde, dass es ihr schwer fällt zu telefonieren. Dies hinderte sie aktuell daran, ein dringendes Telefonat mit ihrer Vermieterin zu führen. Von ihr hatte die Patientin per Post die Aufforderung erhalten, die Kautions für die Miete zu zahlen. Die Patientin hatte jedoch in Absprache mit der Vermieterin eine Mietkautionsversicherung, eine Form der Mietbürgschaft, abgeschlossen, die sie monatlich zahlte. Die Schilderung der Patientin löste in der Gruppe auf verschiedenen Ebenen eine Dynamik aus. Ein Teil der*

*Mitpatient*innen war verärgert, dass die Vermieterin der Patientin diese Aufforderung geschickt hat. Andere schilderten ebenfalls ihre Unsicherheiten gegenüber Telefonaten. Es gab im Verlauf der Gruppenstunde einen regen Austausch zu Lösungsmöglichkeiten. Dabei wurden der Inhalt und der Verlauf des anstehenden Telefonates mit der Vermieterin diskutiert und vorbereitet. Im anschließenden Rollenspiel wurde die Umsetzung eingeübt und angepasst. Die Patientin fühlte sich am Ende der Stunde motiviert, das Telefonat zeitnah zu führen und das Missverständnis aufzulösen.*

Die Patient*innen eng in die Themenwahl und -entscheidung einzubeziehen, stärkt ihre Kompetenzen und fördert ihre Eigenmotivation.

Die Verknüpfung von Einzelberatung und Sozialer Gruppenarbeit ist aus sozialtherapeutischer Sicht ebenfalls sehr sinnvoll. Hierbei ist es für das Zutrauen der Patient*innen, eigene Themen in die Gruppe einzubringen, förderlich, dass die sozialtherapeutische Einzelberatung wie auch das „Sozialtraining“ von der gleichen Person in Form einer Brückenbauer*in geleitet wird. Die Vorbereitung von anstehenden schwierigen Gesprächen, z. B. mit Ämtern oder dem/der Arbeitgeber*in, erfordert oftmals eine individuelle Erarbeitung von Handlungsstrategien im Einzelkontakt. Die Arbeit in der Gruppe bietet dann zusätzlich einen vielseitigen Rahmen zum Einüben der Gesprächsstrategien, für die Auseinandersetzung mit dem im „Mittelpunkt stehen“ und für den Umgang mit unterschiedlichen Rückmeldungen. Dies zeigt sich auch im folgenden Fallbeispiel:

*Ein Patient brachte in eine Gruppenstunde das Thema „Arbeitsfähigkeit“ ein. Er berichtete, dass er in der Einzelberatung mit der Sozialarbeiterin, die auch das Sozialtraining leitet, die stufenweise Wiedereingliederung an seinem Arbeitsplatz geplant hat. Er schilderte in der Gruppe, dass er Sorge hat, die Wiedereingliederung nicht zu schaffen, und wünschte sich einen Erfahrungsaustausch mit den Mitpatient*innen. Im folgenden Austauschprozess wurden vorwiegend positive Erfahrungen geschildert. Die Gruppe konnte gemeinsam herausarbeiten, welche Aufgabe u. a. die stufenweise Wie-*

dereingliederung hat, und dass es sich erst einmal auch um einen geschützten Rahmen handelt. Der Patient fühlte sich am Ende gestärkt für den Schritt der beruflichen Wiedereingliederung. Er konnte aber auch mitnehmen, dass er gut auf sich achten soll und nicht sofort 100 Prozent Leistung bringen muss.

Die vielfältigen individuellen Belastungssituationen wie auch die Entwicklung von Kompetenzen zeigen sich auch außerhalb des „Sozialtrainings“ in den gruppenspezifischen Prozes-

sen des Stationsalltages und in anderen therapeutischen Gruppen. Vor diesem Hintergrund ist die Verankerung der Sozialarbeiter*innen innerhalb des interdisziplinären Teams von Bedeutung. Somit verfügt der/die Sozialarbeiter*in über eingehende Informationen zu dynamischen Prozessen im Stationsalltag und zur Entwicklung der einzelnen Patienten*innen. Dadurch ist gewährleistet, dass gruppenspezifische Prozesse innerhalb des „Sozialtrainings“ leichter verstanden und begleitet werden können.

Fazit

Die langjährige Praxis zeigt, dass die Integration der Sozialen Gruppenarbeit in Form des „Sozialtrainings“ zu einer konzeptionellen Weiterentwicklung der Sozialtherapie in der Versorgung der Patient*innen in der Psychosomatischen Klinik des Universitätsklinikums geführt hat. Es bedarf in der Praxis einer fortlaufenden Anpassung der Arbeitsweise an den Gruppenprozess. Daher ist die konzeptionelle Orientierung an verschiedenen Modellen der Sozialen Gruppenarbeit notwendig.

Literatur:

Bösel, M.; Siegfarth, B.; Schauenburg, H.; Nikendei, Ch.; Ehrental, J. C. (2014): **Integration sozialarbeiterischer Kompetenz in die psychotherapeutische Versorgung.** In: Psychotherapeut (6), S. 474–479.

Bösel, M. (2017): **Integration sozialtherapeutischer Kompetenz in der psychotherapeutischen Versorgung.** In: Lammel U. A.; Pauls, H. (Hg.): Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung. Dortmund: Verlag modernes lernen, S. 91–99.

Bösel, M.; Gahleitner S. B.; Pauls, H. (2020): **Soziale Arbeit und Psychotherapie – ein schwieriges, jedoch auch fruchtbares Verhältnis.** In: Bösel, M.; Gahleitner, S. B. (Hg.): Soziale Interventionen der Psychotherapien. Stuttgart: Kohlhammer, S. 41–51.

Ellerbrock, K.-M. (2015): **Social Groupwork: The Life and Thought of Louis Lowy-Social Work through the Holocaust.** IASWG. Online verfügbar: <https://www.iaswg.de/herausgabe-der-deutschenausgabe-von-the-life-and-thought-of-louis-lowy/> (04.12.2024)

Galuske, M. (2009): **Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung.** Beltz Juventa.

Garland, J. A.; Kolodny R. L. (1978): **Ein Modell der Entwicklungsstufen in der Sozialarbeit-Gruppe.** In: Bernstein, S.; Lowy, L. (Hg.): Untersuchungen zur Sozialen Gruppenarbeit. Freiburg: Lambertus, S. 43–103.

Lammel, U. A.; Wunderer, E. (2024): **Soziale Gruppenarbeit.** In: Sektion Klinische Sozialarbeit (Hg.): Handbuch Klinische Sozialarbeit. Weinheim: Beltz Juventa, S. 217–224.

Pauls, H. (2013): **Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung.** Weinheim: Beltz Juventa (Grundlagentexte Soziale Berufe).

katho

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences



ANZEIGE

MASTERSTUDIENGANG Soziale Arbeit

Sie wollen Ihr Wissen und Ihre Handlungskompetenzen aus dem Bachelorstudium der Sozialen Arbeit vertiefen, sich auf ein Arbeitsfeld spezialisieren und hier komplexen Fragestellungen nachgehen? Die Katho bietet Soziale Arbeit (M.A.) an allen vier Standorten an, setzt aber fünf inhaltliche bzw. arbeitsfeldbezogene Schwerpunkte:

Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit (Aachen)

Bildung und Teilhabe (Aachen)

Innovationsmanagement in der Sozialen Arbeit (Köln)

Inklusive Kinder- und Jugendhilfe sozialräumlich gestalten (Münster)

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (Paderborn)

Gleich in welchem Schwerpunkt – Sie erweitern Ihre Kompetenzen in Methoden empirischer Sozialforschung und lernen, innovative Methoden für Praxisfelder zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren. Das Studium ist praxisnah, handlungsorientiert und befähigt Sie zur Leitung von Organisationen. Der Masterabschluss berechtigt zur Promotion und zur Tätigkeit im höheren Dienst.

Bewerbungszeitraum: jährlich vom 1. Dezember bis 31. Mai

Weitere Informationen unter [katho-nrw.de/soziale-arbeit-ma](https://www.katho-nrw.de/soziale-arbeit-ma)