

Lothar Schattenburg

Die Beteiligung des Pflegepersonals am Training sozialer Kompetenzen (GSK) mit einem Videobeispiel

Workshop auf der Pflergetagung 10-2007 Rhön-Klinikum/Bad Neustadt

Im Workshop wird zunächst eine Zusammenfassung gegeben, wie das Gruppentraining sozialer Kompetenzen in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt – Abt. für Rehabilitation konzipiert wurde. Fragen der Supervision im GSK werden fokussiert. Dann wird eine videografierte Stunde mit einem Rollenspiel gezeigt. Die Patienten hatten ihr Einverständnis gegeben, dass diese Stunde für Fortbildungszwecke gezeigt werden darf.

Das Konzept des GSK

Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) wird geleitet von Pflegekräften und findet zwei Mal in der Woche statt à 50 Minuten. Dieses wird in der Regel hinter der Scheibe vom Ltd. Psychologen und der PDL supervidiert und dann mit der Leitung des GSK und den Kollegen, die zusätzlich hinter der Scheibe saßen, nachbesprochen. Es handelt sich um eine halb-offene Gruppe mit 10/11 Patienten. Die Bezugstherapeuten bekommen eine schriftliche Zusammenfassung für die Krankenakte. Begonnen haben wir mit der Schulung des Pflegepersonals im GSK Anfang 2003, mit der praktischen Umsetzung im September 2003. Ausgangspunkt der Schulung war das Manual von Hinsch und Pfungsten (2002) zum Gruppentraining sozialer Kompetenzen, von dem wir uns dann gelöst und unseren eigenen Stil gefunden haben, den wir hier vorstellen wollen.

Viele Studien (s. Hinsch & Pfungsten, 2002, S. 92ff.) haben gezeigt, dass das GSK bei einer Vielfalt von psychischen Störungen erfolgreich helfen kann wie bei: Angststörungen, Depressionen, somatoformen Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Phobien usw. Legen wir die 4 Wirkfaktoren der Psychotherapie von Grawe zu Grunde (Ressourcenaktivierung, Problemaktivierung, Unterstützung bei der Bewältigung und Motivklärung), so setzt das verhaltenstherapeutisch orientierte GSK relativ schnell bei der Ressourcenaktivierung und der Problembewältigung an. Die Motivklärung ist traditionsgemäß eine Domäne der Tiefenpsychologie. Im Workshop wurde betont, dass das GSK kein Wundermittel ist, sondern eine Methode mit einer ganz spezifischen, somit auch eingeschränkten Vorgehensweise. Das GSK wird sinnvoll durch andere Methoden ergänzt (z.B. durch verbale Gruppe und Körperwahrnehmung).

Beim GSK geht es um das Training **sozial angemessenen Verhaltens** und nicht um ein Ellbogen-Verhalten. Im Vordergrund steht das Trainieren **sozialer Kompetenzen** wie: Legitimes Recht durchsetzen (z.B. ein kaltes Essen zurückgeben, ein Kleidungsstück umtauschen), Unterscheiden-Können zwischen selbstsicherem, aggressivem und unsicherem Verhalten, sozial angemessen Nein-Sagen, Kritik üben, um Sympathie werben, Gefühle äußern und Gefühle erkennen, Einfühlungsvermögen zeigen, Aufnahme von Kontakten, ausreichend laute Stimme, verständliches Sprechen, Kritik äußern und Kritik annehmen, sich entschuldigen, Konflikte benennen und konstruktiv entschärfen usw.

Diese sozialen Kompetenzen werden durch mannigfaltige Faktoren gehemmt, u.a. durch ungünstige Selbstgespräche („Ich schaffe das nie!“) und durch ungünstige Selbstbewertungen („Wenn ich jetzt den kalten Fisch zurückgebe, dann bin ich ja unfreundlich und ich möchte gar nicht unfreundlich sein!“). Das GSK fokussiert sowohl auf das beobachtbare Verhalten (Stimme, Gestik usw.) als auch auf die verdeckten ungünstigen Selbstgespräche und Selbstbewertungen.

Eröffnung des GSK

Die Gruppe wird von einer Pflegekraft oder von zwei Pflegekräften geleitet. Im letzten Fall wird vorher abgemacht, wer die Leitung bzw. Co-Leitung in der Gruppe übernimmt. Die Leitung beginnt die Stunde mit folgender Eröffnung: „Hinter der Supervisions-scheibe sitzen Kollegen, die vor allem uns (i.e. Pflegepersonal) supervidieren. Dies dient dem kollegialen Austausch. Wenn jemand von Ihnen Schwierigkeiten damit hat, kann er jetzt gerne in den Nebenraum gehen und schauen, wer dort sitzt.“ Oft stellt sich der Ltd. Psychologe auch in der Gruppe vor, bevor er hinter die Scheibe geht. Nur ganz selten gibt es Schwierigkeiten mit dieser Supervisionsanordnung. Sollte dennoch ein Patient mit dieser Supervisions-situation große Schwierigkeiten haben, kann er auch von der Gruppe befreit werden.

Die Leitung vermittelt zu Beginn der Stunde, dass beim GSK das **Training** im Vordergrund steht auf einer verhaltenstherapeutischen Grundlage, während die verbale Gruppe eher tiefenpsychologisch arbeitet. Die Trainingsinhalte werden nicht – wie bei Hinsch und Pfingsten – nach einem Modul abgearbeitet, sondern fokussieren auf die konkreten Probleme des Patienten. In unserem Konzept werden in der Regel auch keine Übungen zwischen den Stunden abgemacht, sondern es geht um die Übungen innerhalb der Stunde. Leitung und Patienten überlegen sich gemeinsam, was trainiert werden kann (z.B. ein Gespräch zwischen Mutter und Tochter). Die Leitung erläutert den Patienten das therapeutische Prozedere. Der Patient muss den Sinn der Übung erkennen. Kein Patient darf zu einer Übung gezwungen werden – diese ist freiwillig! Die Kunst bzw. die Schwierigkeit für die Leitung des GSK besteht darin, den Schwierigkeitsgrad der Übungen auf die Möglichkeiten

und die Belastbarkeit der Patienten abzustimmen. Dies bedeutet kontinuierliche Supervision und viel Erfahrung. Auf Grund des definierten Übungscharakters des GSK muss die Gefahr von Misserfolgen mit berücksichtigt werden. In unserem Konzept arbeiten wir mit realen Situationen (z.B. Mutter-Tochter-Konflikt), nicht mit künstlichen Situationen (z.B. sich im Schuhladen 50 Paar Schuhe zeigen lassen in dem Wissen, dass man sowieso keine kauft). Derartige künstliche Situationen, mit denen oft in den Anfängen des Selbstsicherheitstrainings gearbeitet wurden, erachten wir als unethisch.

Die Durchführung der Rollenspiele

Jede Sitzung besteht nun in unserem Konzept aus zwei Rollenspielen zum gleichen Thema mit dem gleichen Patienten und den gleichen Trainingspartnern, um einen Trainingseffekt zu erzielen. Es wird ein Patient gesucht, der ein Thema spielen möchte und ein Patient, der die Partnerrolle übernimmt. Das Rollenspiel kann auch mit mehreren Patienten bestritten werden. **1. Durchgang des Rollenspiels:** dann werden zunächst die Patienten, die das Rollenspiel durchgeführt haben, gefragt, wie es ihnen geht. Dann Nachbesprechung in der Gruppe mit dem Fokus, was gut gelaufen ist. Dann werden Anregungen gesammelt, was besser gemacht werden kann. Dann kommt der **2. Durchgang des Rollenspiels:** Frage, wie es den Darstellern mit der Übung erging. Konnten die Anregungen aufgegriffen werden? Nachbesprechung in der Gruppe mit dem Fokus der Verstärkung. Die Leitung der Gruppe achtet darauf, dass die Mitpatienten bei der Spiegelung eine „gute“ Dosis einhalten, i.e. nicht zu streng und nicht zu gewährend sind. Die Übung soll im 2. Durchgang im Schwierigkeitsgrad leicht zunehmen, den Patienten aber nicht überfordern. Der 2. Durchgang sollte mit einem Erfolgserlebnis enden. Ist der Trainingspartner im 2. Durchlauf zu fordernd, schreitet die Leitung ein und gibt „Regieanweisung“, im Rollenspiel nachgiebiger zu werden. Erfolg wird verstärkt, Misserfolg empathisch aufgefangen. Die Leitung kann auch bei Bedarf beim 2. Durchgang dem Patienten beispringen, sich hinter oder neben den Patienten stellen und einen Formulierungsvorschlag machen. Es wird darauf geachtet, dass zwei Rollenspiele in einer Sitzung à 50 Minuten durchgeführt werden. Dies setzt eine entsprechende Strukturierungsfähigkeit bei der Leitung voraus, die trainiert werden muss.

Vier Schwierigkeiten bei der Durchführung

1) Patienten sagen oft bei der Abmachung des Rollenspiels, dass sie keine Schauspieler sind, dass man die Situationen sowieso nicht nachspielen kann usw. Dann hat sich bewährt zu betonen, dass es auch gar nicht um die „genaue“ Wiedergabe der Situation geht, sondern darum, in der jetzigen Stunde eine **Anforderungssituation** herzustellen, in der man trainieren kann. Der Verweis auf die Erfahrung, dass die Patienten durch das Rollenspiel gefordert werden, ist hilfreich.

2) Oft gibt es Stunden, in denen sich niemand findet, der ein Rollenspiel machen möchte. Die Rollenspiele sind – wie oben betont – freiwillig. Dann kann die Leitung einen Vorschlag machen. Beispiel: Stationsrunde spielen und ein Patient muss die Stationsrunde leiten. Kärtchen werden mit den Rollen verteilt (z.B. Patient, der die Stationsrunde leitet). Vorteil: alle Patienten werden integriert. Oder die Leitung schlägt folgendes Rollenspiel vor: 5 Patienten sitzen in einem Zugabteil und ein 6. Patient fragt nach dem freien Platz, den die Mitpatienten nicht hergeben wollen. Ferner hat sich eine Stunde „Themensammlung“ bewährt. Die Gruppenleitung verteilt Zettel, auf denen die Patienten ihre persönlichen Themen aufschreiben. Dann liest jeder seine Notizen vor, aus denen sich dann für die nächste Stunde ein Rollenspiel ergibt. Mit diesen Übungen haben wir gute Erfahrungen gemacht.

3) Eine andere Schwierigkeit besteht darin, dass das GSK aus verschiedenen Gründen, die hier nicht diskutiert werden können, in eine verbale Gruppe abgelenkt, weil ein Patient im Moment so belastet ist, dass er erst einmal über sich sprechen möchte usw. Dann kommt es sehr auf das Geschick der Gruppenleitung an, dies auch erst einmal zuzulassen, empathisch darauf einzugehen und dann die Kurve zu den Rollenspielen zu bekommen. In so einem Fall kann das 2. Rollenspiel auch einmal in die nächste Stunde mit hinüber genommen werden. Sollte das GSK einmal in eine VG (verbale Gruppe) abgleiten, was eher selten vorkommt, ist das auch nicht schlimm. In einer solchen Situation wird der Bezugstherapeut zeitnah informiert.

4) Eine weitere Schwierigkeit bei der Nachbesprechung der Rollenspiele liegt darin, dass die Leitung und die Mitpatienten nach unserer Erfahrung schneller auf das beobachtbare Verhalten fokussieren als auf das verdeckte Verhalten wie Selbstgespräche und Selbstbewertungen (s. oben). Dies ist leicht verständlich, weil natürlich die Stimme oder die Sitzhaltung besser zugänglich sind. Dennoch dürfen die verdeckten Gedanken nicht übergangen werden, weil diese oft das inkompetente Verhalten am Leben halten. Diese Schwierigkeit bedarf in der Supervision ein besonderes Augenmerk. Angemessen schnell die verdeckten ungünstigen Gedanken zu erkennen und bei der Nachbesprechung der Rollenspiele zu fokussieren ist eine anspruchsvolle Intervention und bedarf der Supervision.

Videodemonstration

Nach dem Vorstellen unseres Konzeptes wurde ein in unserer Klinik mit dem Pflegepersonal hergestelltes Video gezeigt mit folgendem Rollenspiel: In einem Restaurant ein kaltes Essen zurückgeben, wobei der „Kellner“ es der Patientin schwer machen soll bei der Zurückgabe des Essens.

Diskussion und Fazit

Fragen nach der Fortbildung und Supervision des Pflegepersonals im GSK wurden gestellt. Unser Konzept und das Videobeispiel wurden ferner diskutiert und kommentiert. Im Publikum befanden sich einige Kollegen/innen, die Erfahrung mit der praktischen Durchführung des GSK hatten. In manchen Ansätzen werden Patienten aus dem GSK ausgeschlossen, wenn sie nicht an einem Rollenspiel teilnehmen, was in unserem Konzept nicht der Fall ist. Patienten lernen auch durch teilnehmende Beobachtung. Ferner soll in anderen Ansätzen die Patientin im Rollenspiel den Gegenpart spielen (z.B. die Tochter, mit der sie Schwierigkeiten hat). **In unserer Vorgehensweise belassen wir es bei einer Rolle, die es in einem Durchgang zwei Mal zu trainieren gilt.** Wir berücksichtigen auch neben dem Protagonisten seinen Trainingspartner, der im Rollenspiel auch seine Kompetenzen zeigt. Wie spielt der Trainingspartner im Rollenspiel z.B. einen fordernden Chef oder einen Gast in einem Zugabteil, der einen freien Sitz besetzt hält? Manchmal wird dann für den Trainingspartner ein neues Rollenspiel für die nächste Stunde daraus. Bzgl. der Schwierigkeit, dass Patienten oft sagen, es handelt sich beim GSK nur um ein Spiel, was mit der Wirklichkeit nichts zu tun habe, empfahl eine Kollegin folgende Formulierung: „Vergegenwärtigen Sie sich bitte, dass wir auch im Alltag Situationen erst einmal üben. Denken Sie z.B. an einen Angestellten, der zu Hause seine Rede einübt.“ Mit dieser Formulierung habe sie gute Erfahrungen gemacht.

Der Leiter des Workshops zog nach der lebhaften Diskussion das Fazit, dass es unterschiedliche Vorgehensweisen gäbe beim Training sozialer Kompetenzen und „viele Wege nach Rom führen“.

Literatur

Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2002). Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK. Beltz. Weinheim.