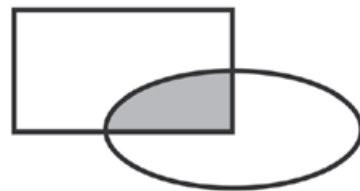


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



21. Jg. ■ Heft 2 ■ April 2025

Inhalt

Entwicklungsraum Gruppe: Soziale Gruppenarbeit in klinisch-therapeutischen Handlungsfeldern

3 Editorial

4 Ambulante Gruppenarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie für Jugendliche mit problematischer Nutzung digitaler Medien

Ein sozial- und verhaltenstherapeutisches Angebot

Melanie Sczudlek, Philipp Martzog, Isabel Hach und Patrick Nonell

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

Maren Bösel und Sabine Haferkorn

10 Themenzentrierte Interaktion erproben mit anderem Vorzeichen

Wie Studierende Soziale Gruppenarbeit in Kontexten Klinischer Sozialarbeit lernen können

Dietrun Lübeck

13 Die Themenzentrierte Interaktion als ganzheitlicher Arbeitsansatz für Führungskräfte in der Klinischen Sozialarbeit

Martina Schäfer

2 Zu dieser Ausgabe: Autor*innen, Termine, Informationen, Wissenschaftlicher Beirat, Impressum

15 Trialog bei Essstörungen

16 Rezension

Herausgeber

- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e. V.
- European Centre for Clinical Social Work e. V.
- Schweizerischer Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit

DVSG
Gemeinsam für die
gesundheitsbezogene
Soziale Arbeit

DGSA



sa'ges

für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit
pour le travail social en lien avec la santé

Autor*innen

Maren Bösel, Prof. Dr. sc. hum., Dipl. Sozialpädagogin (FH), Clinical Social Worker (ZKS/ ECCSW), Systemische Familientherapeutin (DGSF), Professorin für Soziale Arbeit mit Schwerpunkten: Psychosoziale Beratung, Gesundheitsförderung, Klinische Sozialarbeit an der SRH University of Applied Sciences Heidelberg.
Kontakt: maren.boesel@srh.de

Karsten Giertz, M. A. Social Work, Geschäftsführer des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V., Doktorand an der Universitätsmedizin Greifswald, Vorstandsvorsitzender des European Centre for Clinical Social Work e. V., Vorstandsmitglied im Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Kontakt: karsten.giertz@sozialpsychiatrie-mv.de

Isabel Hach, Dr. med., ärztliche Kinder- und Jugendpsychologin, Bildung und Wissenschaft des Klinikums der Paracelsus Medizinischen Universität Nürnberg.

Sabine Haferkorn, Dipl. Sozialarbeiterin (FH), Klinische Sozialarbeit in der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg.
Kontakt: sabine.haferkorn@med.uni-heidelberg.de

Antonia Lammel, Prof. Dr. phil., Dipl. Sozialarbeiterin, Supervisorin (DGSv), Sozialtherapeutin (EAG/FPI), Professorin für Theorien und Konzepte Sozialer Arbeit und Klinische Sozialarbeit, Leitung des Masterstudiengangs Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit, Katholische Hochschule NRW.
Kontakt: ua.lammel@katho-nrw.de

Dietrun Lübeck, Prof. Dr., Professorin für Psychologie, Studiengangsleitung im Studiengang „Beratung in der Sozialen Arbeit“ (M. A.), Evangelische Hochschule Berlin.
Kontakt: dietrun.luebeck@eh-berlin.de

Philipp Martzog, Dr. phil., Dipl. Psychologe, Psychologe in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter des Klinikums Nürnberg (Südbambulanz); Forschungsantragsteller und -leiter des geschilderten Projektes.

Patrick Nonell, Dr. med., Chefärzt der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter des Klinikums Nürnberg.

Martina Schäfer, Prof. Dr. phil., Dipl. Sozialarbeiterin, Systemische Beraterin und Therapeutin (DGSF), Supervisorin (DGSv), Professorin für Theorien und Konzepte Sozialer Arbeit. Schwerpunkte: Personal- und Organisationsentwicklung, Klinische Soziale Arbeit, Behindertenhilfe, Arbeiten im Sozialraum, Community Organizing. Katholischen Hochschule NRW.
Kontakt: m.schaefer@katho-nrw.de

Enikö Schradi, Staatlich anerkannte Sozialpädagogin (B. A.) und Klinische Sozialarbeiterin (M. A.). Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Lehrbeauftragte, Promovendin im Projekt „TRES – Triolog bei Essstörungen“.
Kontakt: enikoe.schradi@haw-landshut.de

Melanie Sczudlek, Dr. rer. nat., B. A. Soziale Arbeit, Masterstudium Klinische Sozialarbeit (ASH/HS Coburg), Sozialdienstmitarbeitende in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter des Klinikums Nürnberg (Südbambulanz und Tagesklinik Süd), wissenschaftliche Mitarbeiterin im geschilderten Projekt.
Kontakt: melanie.sczudlek@klinikum-nuernberg.de

Eva Wunderer, Prof. Dr., Dipl. Psychologin, Systemische Paar- und Familientherapeutin (DGSF), Professorin für psychologische Aspekte Sozialer Arbeit an der Hochschule Landshut.
Kontakt: eva.wunderer@haw-landshut.de

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner, Hochschule München

Prof. Dr. Silke B. Gahleitner, Alice Salomon Hochschule Berlin

Prof. Dr. Sina Motzek-Öz, Ostfalia Hochschule Wolfenbüttel

Dipl., M.A. Holger Steckermaier, Hochschule München

Impressum

Herausgeber:

DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (v.i.S.d.P.)

DGSA – Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit

ECCSW – European Centre for Clinical Social Work e. V.

SAGES – Schweizerischer Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit

Redaktionsteam:

Redaktionsleitung: Katarina Prchal

Heftverantwortung: Ute Antonia Lammel, Eva Wunderer

Mitarbeiter: Tom Friedli, Karsten Giertz, Gerhard Klug, Ingo Müller-Baron, Anna Lena Rademaker

Anzeigenakquise:

Ingo Müller-Baron, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
E-Mail: ingo.mueller-baron@dvsg.org

Anschrift der Redaktion:

Redaktion „Klinische Sozialarbeit“
c/o Katarina Prchal
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
Alt Moabit 91, 10559 Berlin
E-Mail: katarina.prchal@dvsg.org

Layout, Grafik & Schlussredaktion:

Jill Köppe, Perfect Page, Karlsruhe
Clarissa Rosemann, Perfect Page, Karlsruhe

Druck:

Bachmann & Wenzel Offsetdruck GmbH, Karlsruhe

Erscheinungsweise:

viermal jährlich als Einlegezeitschrift in:
DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN: 1861-2466

Auflagenhöhe: 2.390 Exemplare

Copyright:

Nachdruck und Vervielfältigen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Kommende Ausgaben

3/2025 Suchthilfe
(Redaktionsschluss: 15.03.2025)

4/2025 Sozialtherapie
(Redaktionsschluss: 15.06.2024)

Informationen und Tagungshinweise

Fachtagung online: „Psychosoziale Versorgung in der Krise? Strategien gegen Fachkräftemangel“ am 6. Mai 2025

Die Online-Fachtagung unter Schirmherrschaft des European Centre for Clinical Social Work e. V. am 6. Mai 2025 zeigt Perspektiven zum Umgang mit dem Fachkräftemangel auf und trägt zur Diskussion bei. Die Fachtagung findet in Kooperation mit der Fachhochschule Campus Wien, dem Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V., der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit e. V., der Österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit, dem Schweizerischen Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e. V. statt. Das Thema des Fachkräftemangels wird mithilfe von Keynotes und Vortragspanels diskutiert. Die Fachtagung richtet sich an Mitarbeitende aus verschiedenen psychosozialen Arbeitsfeldern, Studierende der Sozialen Arbeit sowie an Wissenschaftler*innen aus den Bereichen der Sozial- und Gesundheitswissenschaften.

Teilnahme kostenlos, Weitere Informationen:

<https://eccsw.eu/save-the-date-kostenlose-online-fachtagung-psychosoziale-versorgung-in-der-krise-strategien-gegen-fachkraefte-mangel-am-06-mai-2025>

European Conference on Social Work Education Salzburg vom 23. bis 26. Juni 2025 in Salzburg: „Social Connectedness – Contemporary Challenges and Opportunities.“ Salzburg, University of Applied Sciences

Following the success of the „Building Bridges“ themed European Conference of Social Work Education (ECSWE) in 2023 in Porto, the European Association of Schools of Social Work (EASSW) and the Department of Applied Social Sciences (Salzburg University of Applied Sciences) would like to invite you to contribute to the next ECSWE which is due to be held in Salzburg/Austria in June 2025. The theme for this conference will be „Social Connectedness“. It is the aim of the conference to investigate the ways in which Social Work Education (SWE) can foster social connectedness as an important pillar for an inclusive, democratic, healthy and (socially) sustainable society.

More informations: <https://eccsw2025-salzburg.eu>

TiSSA Conference Porto 2025 vom 29. August bis 3. September

The TiSSA Conference is the annual meeting of academics and professionals from all over the world. Plenary sessions, panel debates and working groups excite serious but lively discussions. The conference is carried by the inquisitiveness and engagement of the participants, who make each program possible through their papers and statements and vitalise the idea of a cross-national network of social professions.

More informations: <https://www.tissa.net/en>

Save the date: DVSG-Bundeskongress 2026

Anlässlich des 100-jährigen Bestehens lädt die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) zu einem Jubiläumskongress am 15. und 16. Oktober an den Gründungsort der Vereinigung Düsseldorf herzlich ein. Seit 1926 gestaltet die DVSG die gesundheitsbezogenen Soziale Arbeit und blickt damit auf eine lange Tradition als Fachverband zurück.

Weitere Informationen zum Jubiläumskongress gibt es im Laufe des Jahres unter:

www.dvsg-bundeskongress.de



Entwicklungsraum Gruppe: Soziale Gruppenarbeit in klinisch-therapeutischen Handlungsfeldern

Hineingeboren in eine Welt vielfältiger Beziehungen ist der Mensch als soziales Wesen ein Leben lang angewiesen auf soziale Einbindung. Unsere psycho-soziale Reifung vollzieht sich im Erfahrungsraum sozialer Gruppen. Von Beginn an sind die familiären Netzwerke, Kitas, Schulklassen, Peer-Gruppen maßgeblich für unsere Persönlichkeitsbildung und Identitätsentwicklung. Soziale Netzwerke dienen als Nährboden für Entwicklung, Gesundheit, Gesunderhaltung und Genesungsprozesse. Existenzielle Notlagen, psycho-soziale Krisen und chronische Erkrankungen gehen meist mit dem Verlust sozialer Einbindung und dem Zerschneiden sozialer Netzwerke einher. Soziale Netzwerke gewinnen an Bedeutung durch die Hyperkomplexität der Transversalen Moderne (Wolfgang Welsch 2008). Diese ist mit vielfältigen Überforderungsdynamiken verbunden – im persönlichen Lebensvollzug wie auch in sozialen Systemen – und verschärft soziale Ungleichheit und psycho-soziale Notlagen.

Soziale Gruppenarbeit, als eine der drei ursprünglichen Methoden Sozialer Arbeit, kann als Bindeglied zwischen Individuum und Gesellschaft fungieren, Entfremdungsphänomenen und Vereinsamung entgegenwirken. Im Mikrokosmos Sozialer Gruppenarbeit können Verbindungen entstehen und heilsame Solidaritätserfahrungen gemacht werden. Ressourcenorientierte Gruppenarbeit bietet Entwicklungsraum für Alltags- und Lebensbewältigungsfähigkeiten und die Entfaltung vielfältiger personaler und sozialer Kompetenzen. In Sozialer Gruppenarbeit ereignen sich komplexe Dynamiken, die von der Gruppenleitung zu bewältigen sind. Modelle der Gruppenarbeit können für Planung, Programmgestaltung und Durchführung hilfreich sein und vielfältige Zielgruppen erreichen – wie die Beiträge in dieser Ausgabe zeigen.

Wertvolle Impulse liefert erstens die Themenzentrierte Interaktion (TZI), die

von Ruth Cohn als pädagogisch-therapeutische Methode beschrieben wurde. **Dietrun Lübeck** stellt eine Seminarkonzeption vor, die didaktisch mit diesem Ansatz arbeitet und inhaltlich versucht, die Lebenssituationen unterstützungsbedürftiger Menschen nicht klinisch-pathologisch, sondern unter Berücksichtigung von Konzepten aus der sogenannten Positiven Psychologie zu verstehen und zu verbessern. Während sich diese Seminarkonzeption an Studierende richtet, nutzt **Martina Schäfer** TZI und Soziale Gruppenarbeit in der Arbeit mit Führungskräften. Ihr Beitrag beleuchtet, wie es Vorgesetzten so gelingen kann, bei Mitarbeitenden ein Problembewusstsein zu schärfen und Entwicklungsprozesse in Organisationen der Klinischen Sozialarbeit nachhaltig zu gestalten.

Melanie Sczudlek, Philipp Martzog, Isabel Hach und Patrick Nonell stellen eine sozial- und verhaltenstherapeutische ambulante Gruppenarbeit für Jugendliche mit problematischer digitaler Mediennutzung vor und beziehen sich zur Strukturierung auf das Tetradi-sche Modell als zweites grundlegendes Modell Sozialer Gruppenarbeit. Das Gruppenkonzept kombiniert Elemente der Sozialtherapie und kognitiven Verhaltenstherapie und verdeutlicht, wie sich die Fachrichtungen in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie ergänzen und im Sinne des biopsychosozialen Modells miteinander Hand in Hand arbeiten können.

Der Beitrag von **Maren Bösel** und **Sabine Haferkorn** verweist unter anderem auf das Modell der Entwicklungsstufen, das die Förderung des Einzelnen und der Gesamtgruppe zum Ziel hat und als drittes wesentliches Modell Orientierung in zeitlich begrenzter Sozialer Gruppenarbeit und zur Einordnung von Prozessverläufen bietet. Bösel und Haferkorn zeigen in ihrem Beitrag am Beispiel des „Sozialtrainings“ an der Universitätsklinik Heidelberg Möglichkeiten der Sozialen Gruppenarbeit im

Kontext der stationären psychotherapeutischen Behandlung auf. Als ressourcenorientierte Methode des sozialen Lernens bietet Soziale Gruppenarbeit dabei eine wertvolle Ergänzung zum Einzelsetting.

Die drei beschriebenen Modelle Sozialer Gruppenarbeit sind normativ und betonen die Bedeutung einer haltgebenden Struktur und einer professionellen, verantwortungsvollen Gruppenleitung. Grundsätzlich werden die Potenziale Sozialer Gruppenarbeit im Unterschied zu Beratung und Behandlung in der Dyade (Einzelhilfe, Einzeltherapie) bisher in den Handlungsfeldern der Klinischen Sozialarbeit nur selten genutzt und selten systematisch beschrieben. Veröffentlichungen zu Gruppenarbeit aus der Perspektive der Klinischen Sozialen Arbeit finden sich kaum, auch Wirksamkeitsnachweise fehlen. Mit diesem Themenheft möchten wir Sie zum Aufbau von Gruppenprojekten und Begleitforschung inspirieren und ermutigen. Im Handbuch der Klinischen Sozialarbeit finden Sie vertiefte Anregungen zur Sozialen Gruppenarbeit in klinisch-therapeutischen Handlungsfeldern (Lammel & Wunderer 2024, S. 217 ff.). Das 4. Themenheft der Zeitschrift Klinische Sozialarbeit 2025 wird sich mit „Sozialtherapie“ befassen und weitere Anregungen für Soziale Gruppenarbeit liefern.

Für die Redaktion,
Ute Antonia Lammel und Eva Wunderer

Literatur:
Welsch W. (2008): **Unsere postmoderne Moderne**. Berlin: Akademie Verlag.
Lammel, U. A.; Wunderer, E. (2024): **Soziale Gruppenarbeit**. In: Sektion Klinische Sozialarbeit (Hg.): Handbuch der Klinischen Sozialarbeit. Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Ambulante Gruppenarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie für Jugendliche mit problematischer Nutzung digitaler Medien

Ein sozial- und verhaltenstherapeutisches Angebot

Melanie Sczudlek, Philipp Martzog, Isabel Hach und Patrick Nonell

Im vorliegenden Artikel wird ein ambulantes sozial- und verhaltenstherapeutisches Angebot für Jugendliche mit problematischer digitaler Mediennutzung (PDMN) als Erweiterung der bisher überwiegend rein verhaltenstherapeutischen Programme (Illy & Florack 2021; Moll & Thomasius 2019) vorgestellt. Das erarbeitete Konzept stellt einen Ansatz dar, das Soziale in der Gesundheitsversorgung im Sinne des bio-psycho-sozialen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit zu stärken und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Speziellen anzuwenden. Die Methoden und Techniken der Klinischen Sozialarbeit, im Speziellen der Sozialtherapie, ergänzen das modifizierte verhaltenstherapeutische Gruppenprogramm.

Das erarbeitete Konzept wird aktuell mit finanzieller Unterstützung der Emanuel Wöhrli Stiftung in der Südambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) des Klinikums Nürnberg realisiert und formativ evaluiert. Ziel ist es, die Versorgungslücke für Jugendliche mit PDMN mit Hilfe eines möglichst leicht zugänglichen ambulanten therapeutischen Angebots zu schließen. Die Gruppenleitungen sind im vorliegenden Projekt eine psychologische und eine sozialarbeiterische Fachkraft. Es wurden sozialtherapeutische Ansätze in die Gruppenkonzeptausarbeitung einbezogen: die Einbeziehung körperlicher Aktivitäten in Anlehnung an die Integrative Therapie (Lammel & Flothmann 2020, S. 153) sowie die Zusammenarbeit mit Angehörigen und Netzwerkpartner*innen zur Förderung der Teilhabe (Sommerfeld et al. 2016, S. 226 f.).

Der vorliegende Artikel gibt Einblicke in den noch fortwährenden Entwick-

lungsprozess der Konzeptentwicklung und bezieht erste Rückmeldungen eines Teilnehmenden ein.

Potenzial Sozialer Gruppenarbeit – ein Anwendungsbeispiel

Die Soziale Gruppenarbeit stellt einen methodischen Grundansatz der (Klinischen) Sozialen Arbeit dar (Lammel & Wunderer 2024, S. 217). Das Format der Sozialen Gruppenarbeit ermöglicht den Jugendlichen einen Austausch untereinander über gemeinsame oder ähnliche Problemlagen und Interessen. Zudem werden eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Gruppe erprobt. Das gemeinsame Erarbeiten mit Peers, das professionell begleitete Einüben von alternativen Handlungsstrategien sowie die Übertragung erlernter Strategien in den Alltag, u. a. begleitet durch die einzelfallbezogene Sozialtherapie, stellen bedeutsame Bestandteile der Gruppenarbeit dar (Bösel 2020, S. 97; Ortmann, Röh & Ansen 2020, S. 36). Über das Soziale Lernen im geschützten Rahmen erfolgt mittels sozialtherapeutischer Unterstützung und Begleitung u. a. die Ressourcenaktivierung und damit die Stärkung des Kohärenzsinnes (Lammel & Wunderer 2024, S. 218).

Verhaltensauffälligkeiten, biografische Belastungen, Emotionsregulationsschwierigkeiten sowie unsichere Bindungsmuster bei den betroffenen Jugendlichen fordern einen sicherheitsgebenden klar strukturierten Rahmen (Lammel & Wunderer 2024, S. 219).

Ausgehend von der oben genannten grundsätzlichen Potenzialität Sozialer Gruppenarbeit wurde das aktuelle Gruppenangebot als geschlossene ambulante Gruppentherapie, mit zu

Beginn festgelegten Teilnehmer*innen und zwei festen Gruppenleitungen (psychologischer und sozialarbeiterischer Fachkraft) konzipiert.

Für die Soziale Gruppenarbeit existieren unterschiedliche Prozessmodelle. Das entwickelte Konzept (Modifizierung von Moll & Thomasius 2019) kann mit dem tetradischen Modell nach Petzold, modifiziert für die Klinische Sozialarbeit von Lammel (2024) in Verbindung gebracht werden. Das Modell unterteilt den Gruppenprozess in vier Phasen: Initial-, Aktions-, Integrations- und Neuorientierungsphase (Lammel & Wunderer 2024, S. 200 f.).

Konzeptbeschreibung der ambulanten Mediengruppe

Für eine Gruppenteilnahme bedarf es aufgrund des klinischen Rahmens vorab einer Indikationsstellung. Diese erfolgt über die im Folgenden beschriebene Eingangsdiagnostik.

Aufnahmeprozess für die Gruppe in der KJP-Ambulanz

Nach der Kontaktaufnahme durch die Jugendlichen, Eltern oder anderen Bezugspersonen über die Anmeldung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanz findet eine psychologische und ärztliche Eingangsdiagnostik statt. Ziel ist es, neben der Diagnosestellung und Abklärung möglicher komorbider Erkrankungen die Indikation für die Gruppenmaßnahme zu stellen. Während in der regulären ambulanten psychiatrischen Behandlung nach der psychologischen und psychiatrischen Indikationsstellung der Soziale Bereich bedarfsorientiert hinzugezogen wird, erfolgt im vorliegenden Konzept eine soziale Diagnostik bei jedem*r Jugendlichen. Da beispielsweise dys-

funktionale Erziehungsstile und Interaktionsmuster in Familien sowie das Familienfunktionsniveau einen direkten Einfluss auf eine Suchtentwicklung bei Jugendlichen nehmen können (van Loh 2018, S. 88), werden die Bezugsperson(en) bereits in der Diagnostik aktiv mit einbezogen.

Erfüllt die Eingangsdiagnostik in multiprofessioneller Hinsicht die Kriterien für die Teilnahme an der Gruppe, so beginnt für die Teilnehmenden zeitnah der Gruppenprozess. Dieser ist in den folgenden Abschnitten kurz dargelegt. Die Phasen sind nicht strikt voneinander getrennt. Trotz Orientierung am erarbeiteten Gruppenmanual liegt ein besonderes Augenmerk über den gesamten Prozess hinweg darauf, flexibel auf individuelle Bedarfe eingehen und reagieren zu können.

Initialphase

Die Gruppentermine finden mit der Sozialarbeiterin als Leitung und themenbezogen im Team mit dem Psychologen statt. Der Fokus liegt in den ersten Sitzungen auf dem Peer-to-peer-Austausch und dem Kennenlernen. Beziehungen werden aufgebaut und ein therapeutisch-pädagogisches Milieu wird geschaffen, welches nachsozialisierende Erfahrungen ermöglichen soll (vgl. Gahleitner, Gebrande & Viehhauser 2024, S. 194 f.). Elemente der psychosozialen Diagnostik fließen weiter in den Gruppenprozess ein, z. B. wird das soziale Atom (Große et al. 2024, S. 162 f.) für die individuelle und virtuelle Lebenswelt erarbeitet. Die Jugendlichen tauschen sich über sich und ihre Vorlieben in der digitalen Welt aus.

Aktions-Phase

Die anschließende Psychoedukation zielt u. a. auf die Stärkung des Kohärenzsinnes, beispielsweise über die Förderung der Verstehbarkeit der Krankheit anhand der Erarbeitung des Störungsmodells (Ortmann, Röh & Ansen 2020, S. 31). Es folgt die Zielfindung, um das Kohärenzgefühl weiterzuentwickeln und so eine Aktivierung oder Erweiterung persönlicher Ressourcen anzuregen (Antonovsky 1997, S. 35).

Zu diesem Zeitpunkt werden die Bezugspersonen erneut aktiv eingebun-

den. Innerhalb einer Woche findet mit jedem*r Teilnehmer*in ein separates Einzelgespräch mit Bezugsperson/en bei der psychologischen oder sozialarbeiterischen Gruppenleitung statt. Der Fokus liegt u. a. auf der Notwendigkeit einer Unterstützung im sozialen Umfeld der Jugendlichen hinsichtlich der Zielsetzung und -erreichung (vgl. Kupfer & Nestmann 2024, S. 118; Ortmann, Röh & Ansen 2020, S. 32/37).

Zudem wird die Anbindung an ein Sportangebot eingeleitet. Die Jugendlichen wählen aus Sportangeboten des ortsansässigen Vereins, möglichst nach ihren Interessenslagen, zeitlichen

Die Psychoedukation zielt

über die Förderung der

Verstehbarkeit der Krank-

heit durch Erarbeitung des

Störungsmodells auf die

Stärkung des Kohärenz-

sinns. Es folgt die Ziel-

findung, um das Kohärenz-

gefühl weiterzuentwickeln

und persönliche

Ressourcen zu aktivieren.

Vereinbarkeiten sowie der Örtlichkeit des Angebots eines aus. Die Sozialarbeiterin organisiert mit dem Sportverein die Teilnahme und übernimmt im Rahmen der Netzwerkarbeit eine vermittelnde und teilweise begleitende Rolle. Idealerweise finden hierüber eine Integration in den individuellen Sozialraum und eine soziale Sicherheitserfahrung statt. Die Trainer*innen des Vereins werden von der psychologischen Gruppenleitung speziell geschult, sodass das Sportangebot den Jugendlichen schützende Inselerfahrungen ermöglichen kann (Gahleitner, Gebrande & Viehhauser 2024, S. 191). Die Schulung erfolgt in Form eines Informationsgesprächs, in dem die Trai-

ner*innen mit pädagogisch-psychologischen Besonderheiten im Umgang mit betroffenen Jugendlichen vertraut gemacht werden (z. B. Leistungssensitives Feedback, Adaptives Training). Zudem werden etwaige individuell zu beachtende krankheitsinhärente Besonderheiten der Patient*innen mitgeteilt (z. B. soz. Angst).

Integrations-Phase

Zurück im Gruppensetting werden die Erfahrungen mit der Umsetzung der Ziele im Alltag mit den Peers besprochen und diskutiert. Es findet eine ggf. erforderliche Modifikation der Zielsetzungen nach Reanalyse aktueller Probleme statt. Die Jugendlichen erarbeiten hinsichtlich der weiteren Zielerreichung, ob sie andere und/oder weitere Unterstützungen benötigen. Diese Gruppenphase findet im dialogischen Austausch statt und lebt vor allem von den aufgebauten Beziehungen. In dieser Phase sind insbesondere das Soziale Kompetenztraining und das soziale Lernen in Gruppen ein fortlaufender und wichtiger Bestandteil. Dies wird über das Gruppensetting und die Aufgabenstellungen realisiert.

Neuorientierungs-Phase

In der Phase der Neuorientierung erfolgt der Gruppenabschluss. Es werden individuelle Netzwerkkarten und individuelle Rückfallpläne erstellt. Jede*r Teilnehmer*in hat nach dem offiziellen Gruppenabschluss ein Familiengespräch mit einem Abschlusstest. Es werden dabei z. B. alternative Handlungsstrategien für den (Familien-) Alltag besprochen. Kommt es in der Phase der Neuorientierung zu einem Rückfall, kann erneut in der Aktionsphase in den Prozessverlauf eingestiegen werden.

Die gesamten Ausarbeitungen und Erfahrungen während der Gruppenphasen werden in einer individuellen Mappe von jedem*r Teilnehmer*in gesammelt. Die Nachbetreuung wird individuell geregelt und stellt z. B. eine Kombination aus Quartalstreffen in der Gruppe und psycho- und/oder sozialtherapeutischen Einzel-/Familiengesprächen dar. Zudem können Jugendliche, nachdem sie die Medien-

gruppe vollständig durchlaufen haben, als Peer-to-peer-Coach (nach dem EX-IN-Prinzip, Gebrande et al. 2024, S. 302) in der darauffolgenden Gruppe ihre Fertigkeiten und Fähigkeiten weiter vertiefen.

Teilnehmerstimme

Bisher konnten quantitative Daten von insgesamt 13 männlichen Jugendlichen erhoben werden (Alter MW= 14.78, SD = 1,50; F63.8: Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle, 100 % Diagnose; mind. eine Komorbidität bei 69 %). Insgesamt nahmen diese an 83 Prozent der Gruppentermine teil und es gab einen Gruppenabbruch. Es wurden zudem Interviews zu Evaluierungszwecken geführt. Aussagen aus dem Interview mit Toni (16), drei Monate nach Gruppenabschluss zeigen exemplarisch erste Eindrücke.

Toni gibt an, mit gemischten Gefühlen in das Angebot gegangen zu sein, weil das Handy ein „Skill“ (Bewältigungsstrategie) für ihn sei. Er reflektierte bezüglich der anfänglichen Bedenken: „Ich hab dann gemerkt, dass es einfach gut war, mal mit anderen Leuten zu reden über die gleichen Probleme, die sie haben.“ Entsprechend der Idee des Peer-to-peer-Ansatzes und der Milieugestaltung gibt Toni an, dass für ihn vor allem hilfreich gewesen sei, sich mit seinen Problemen nicht mehr allein zu fühlen. Toni reflektiert weiter, dass er in der Gruppe „sogar vielleicht auch anderen helfen konnte“. Es konnte zu einer Selbstwirksamkeitssteigerung kommen.

Toni gibt an, dass inhaltlich für ihn vor allem das konkrete Formulieren von Zielen alltagsrelevant sei. Das Fitnessstudio (im Programm gewählter Sport) sei für ihn eine Ressource geworden, und ohne die Gruppe wäre es nicht dazu gekommen. Dies verdeutlicht, dass die unterschiedlichen Maßnahmen bei Toni aus seiner Sicht Erfolg zeigten.

Fazit und Ausblick

Zusammenfassend stellt das entwickelte Gruppenkonzept ein erstes Handlungskonzept für eine möglichst

gleichwertige Umsetzung von Maßnahmen auf bio-, psycho- und sozialer Ebene in der psychiatrischen Versorgung Jugendlicher mit PDMN dar. In Zukunft kann die Datenauswertung eventuell weitere konkrete Umsetzungsideen im Rahmen des klinischen (psychiatrischen) Settings für die Gleichstellung des Sozialen Bereichs in der KJP liefern. Erste Rückmeldungen als auch multiprofessioneller überregionaler fachlicher Austausch weisen darauf hin, dass vor allem die Einbindung der Bezugsperson(en) sowie die Anbindung über den ortsansässigen Sportverein Langzeitwirkungen zeigen könnten. Dies deckt sich mit Angaben in der Literatur, dass u. a. bei PDMN die Einbindung der Angehörigen unabdingbar ist (van Loh 2018, S. 90 f.). Eine hieran ansetzende Idee wäre simultan eine Elterngruppe, um deren Austausch und eine entsprechend umfangreiche Psychoedukation zu ermöglichen. Auch wäre eine engere Verzahnung mit dem Jugendamt als Vernetzungsbestandteil für eine zeitnahe weitere ambulante Begleitung der Jugendlichen wünschenswert.

Insgesamt ist der Bedarf an leichter zugänglichen Angeboten außerhalb der Psychiatrie sowie vor Eintreten eines psychisch belastenden Medienverhaltens weiterhin groß. Im Rahmen der hier vorgestellten Gruppe kann nur ein Bruchteil der Jugendlichen mit PDMN – ausschließlich die Jugendlichen mit einer psychiatrischen Diagnose (nach ICD-10) – behandelt werden. Eine Ergänzung um weitere Angebote ist für die Zukunft unabdingbar.

Eine engere Vernetzung mit Präventionsprojekten im Sozialraum und im Speziellen die Entwicklung passgenauer Nachsorgemöglichkeiten könnten ebenfalls hilfreich sein. Eine Orientierung an der für das ambulante Setting existierenden Komplexversorgung (bisher für über 18-Jährige), die über ein multiprofessionelles Team – auch mit vielfältigen Anteilen Sozialer Arbeit – eine umfassende psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung zu ermöglichen versucht, könnte ein zusätzlicher Ansatzpunkt sein (vgl. KVB 2024).

Literatur:

- Antonovsky, A. (1997): **Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.** [Deutsche Hg.: Franke; A.J. Tübingen: dgvt.
- Bösel, M. (2020): **Integration sozialtherapeutischer Kompetenz in der psychotherapeutischen Versorgung.** In: Lammel, U. A.; Pauls, H. (Hg.) (2020): Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung. Dortmund: modernes lernen, S. 91–99.
- Gahleitner, S. B.; Gebrande, J.; Viehhauser, R. (2024): **Professionelle Beziehungsgestaltung und Milieuarbeit.** In: Sektion Klinische Sozialarbeit (Hg.) (2024): Handbuch Klinische Sozialarbeit. Weinheim: Beltz Juventa, S. 189–199.
- Gebrande, J.; Lübeck, D.; Raskovic, M.; Schlingmann, T.; Vorndran, P. (2024): **Die Bedeutung von Erfahrungswissen.** In: Sektion Klinische Sozialarbeit (Hg.) (2024): Handbuch Klinische Sozialarbeit. Weinheim: Beltz Juventa, S. 297–309.
- Große, L.; Gahleitner, S. B.; Golatka, A.; Hochuli Freund, U.; Rademaker, A. L.; Pammer, B. (2024): **Konzepte der Sozialen Diagnostik.** In: Sektion Klinische Sozialarbeit (Hg.) (2024): Handbuch Klinische Sozialarbeit. Weinheim: Beltz Juventa, S. 159–166.
- Illy, D.; Florack, J. (2021): **Behandlungsmanual Videospiel- und Internetabhängigkeit: Verhaltenstherapeutisch-orientierte Gruppenbehandlung zur Teilabstinenz bei Adoleszenten: das „Git Gud in Real-Life“-Programm.** München: Elsevier Verlag.
- Kupfer, A.; Nestmann; F. (2024): **Netzwerke und Soziale Unterstützung.** In: Sektion Klinische Sozialarbeit (Hg.) (2024): Handbuch Klinische Sozialarbeit. Weinheim: Beltz Juventa, S. 117–128.

- KVB – Kassenärztliche Vereinigung Bayern (2024): **Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Komplexbehandlung.** Online verfügbar unter: <https://www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/psychiatrische-komplexversorgung> (09.01.25)
- Lammel, U. A.; Wunderer, E. (2024): **Soziale Gruppenarbeit.** In: Sektion Klinische Sozialarbeit (Hg.) (2024): Handbuch Klinische Sozialarbeit. Weinheim: Beltz Juventa, S. 217–224.
- Lammel, U. A.; Flothmann, M. (2020): **Sozialtherapeutische körperbezogene Interventionen am Beispiel des Lauftrainings für Menschen mit Depressionen.** In: Lammel, U. A.; Pauls, H. (Hg.) (2020): Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung. Dortmund: modernes lernen, S. 149–157.
- Moll, B.; Thomasius, R. (2019): **Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm für Jugendliche mit abhängigem Computer- oder Internetgebrauch: das „Lebenslust statt Online-flucht“-Programm.** Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Ortmann, K.; Röh, D.; Ansen, H. (2020): **Sozialtherapie als Handlungskonzept der Klinischen Sozialarbeit.** In: Lammel, U. A.; Pauls, H. (Hg.) (2020): Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung. Dortmund: modernes lernen, S. 27–45.
- Sommerfeld, P.; Dällenbach, R.; Rüegger, C.; Hollenstein, L. (2016): **Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis.** Wiesbaden: Springer VS.
- van Loh, J. (2018): **Digitale Störungen bei Kindern und Jugendlichen.** Reihe Komplexe Krisen und Störungen. Stuttgart: Klett.

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 Einzel- auch 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 gruppendynamischen 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 gruppendynamische 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-deutschen-ausgabe-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

Themenzentrierte Interaktion erproben mit anderem Vorzeichen

Wie Studierende Soziale Gruppenarbeit in Kontexten Klinischer Sozialarbeit lernen können

Dietrun Lübeck

Themenzentrierte Interaktion (TZI) (Schneider-Landolf et al. 2017) kann unter Berücksichtigung von Konzepten aus der sogenannten Positiven Psychologie (Seligman & Csikszentmihalyi 2000) Formate Sozialer Gruppenarbeit bereichern und Impulse für eine ressourcen- sowie recoveryorientierte Klinische Sozialarbeit beisteuern.

Die Positive Psychologie an sich versteht sich als jene Forschungsrichtung innerhalb der Psychologie, die das Ziel verfolgt zu erkunden, was Lebensqualität im Denken, Erleben, Handeln ausmacht und welche Eigenschaften und Bedingungen zu einem gelingenden Leben beitragen. Ihre Aufgabe wird in der Entwicklung von Interventionen gesehen, die das Wohlbefinden von Menschen steigern. Der Fokus liegt also spezifisch darauf, ein Optimum menschlicher Potenzialentfaltung anzustreben und dabei Faktoren zu unterstützen, die Einzelnen und Gemeinschaften dabei helfen aufzublühen. Die Positive Psychologie sieht sich nicht als Gegenentwurf zur Klinischen Psychologie, sondern als notwendige Ergänzung (Zusammenfassung, Kritikpunkte, Ausbildungsoptionen: Blickhan 2024; kritische Analyse: Tomoff 2017). Ihre salutogenetische Betrachtungsweise ist durchaus als Schnittmenge mit der Klinischen Sozialarbeit zu sehen.

Fachliche Berührungspunkte, aber kaum Bezugnahmen

Klinische Sozialarbeiter*innen kommen im Studium kaum explizit mit Zugängen der Positiven Psychologie inührung, obwohl sie für die Begleitung von Menschen in schweren psychosozialen Krisen eine vielschichtige Ausbildung brauchen, um positive Ent-

wicklungen anzustoßen und dabei angemessene Selbstfürsorge zu betreiben (Zito & Martin 2021; Lübeck 2022, S.171 f.). Umgekehrt hat bis heute die Positive Psychologie die Soziale Arbeit zu wenig als wichtigen Praxisbezugspunkt erkannt (Lübeck 2024).

Ferner stellen Ostertag und John (2020) fest, dass TZI und Positive Psychologie in Theorie und Praxis bislang kaum Berührungspunkte aufweisen, trotz ihrer gemeinsamen Wurzeln in der Humanistischen Psychologie. Schließlich hätten sowohl TZI als auch Positive Psychologie zum Ziel, Menschen zu ermutigen, ihre Potenziale selbstbewusst und selbstbestimmt zu entfalten.

TZI und Klinische Sozialarbeit nehmen sich durchaus zur Kenntnis, insbesondere im Zusammenhang mit Sozialer Gruppenarbeit (z. B. Lammel & Wunderer 2024). Auch sie teilen ihr humanistisches Grundverständnis und den ganzheitlichen Blick auf menschliches Denken, Erleben und Handeln in diesen sozialen Bezügen.

Klinische Sozialarbeit, Themenzentrierte Interaktion und Positive Psychologie werden bislang kaum miteinander in Beziehung gebracht.

Seminarkonzeption zur Verknüpfung von Positiver Psychologie mit TZI in Kontexten Klinischer Sozialarbeit

Im Folgenden wird die Konzeption eines Seminars vorgestellt, das seit mehreren Jahren an der Evangelischen Hochschule Berlin in der zweiten Studienhälfte im B.A. Soziale Arbeit angeboten wird. Ziel ist, dass die Studierenden neben der diagnostik- und interventionsorientierten Klinischen Sozialarbeit/Psychologie einen weiteren Zugang kennenlernen, menschi-

ches Denken, Erleben und Handeln zu betrachten, ohne pathologisierend auf Ursachen, Risikofaktoren und Behandlungswege psychischer Probleme und Störungen zu fokussieren. Zusätzlich soll durch eigene Erfahrungen mit Sozialer Gruppenarbeit der persönliche Pool an ressourcen- und wachstumsorientierten Methoden und Techniken erweitert werden. Dabei wird mit einem doppelten Anspruch gearbeitet: zum einen die Arbeit mit unterstützungsbedürftigen Menschen zu professionalisieren sowie diversitätsorientierter auszurichten und zum anderen die eigene Selbstfürsorge als Fachkraft zu pflegen.

TZI-orientierte Umsetzung: Das Seminar wird 14-tägig mit 180 Minuten durchgeführt (30 Unterrichtseinheiten). Sitzung 1 bis 2 sind der Einführung in Positive Psychologie gewidmet (u. a. broaden-and-build-theory, Fredrickson 2004; PERMA-Konzept, Seligman 2012), Sitzung 8 dient der Zusammenfassung, Ergebnissicherung und fallbezogenen Abschlussdiskussion. Die dazwischenliegenden fünf Sitzungen gestalten Studierende, indem sie sich in Kleingruppen je ein Konstrukt aus der Positiven Psychologie auswählen, hierzu eine interaktive 60- bis 70-minütige Sitzung vorbereiten und die restliche Seminargruppe dazu entlang der vier TZI-Dimensionen ICH-WIR-THEMA-GLOBE im Seminar aktiv lernen lassen. Zusätzlich wird nach inhaltlichen Verknüpfungen zur Klinischen Sozialarbeit gesucht (v. a. Ressourcenaktivierung, Selbstbestimmung, Teilhabe, Recovery), um vernetztes Denken zu schulen. Die GLOBE-Dimension wird erweitert mit Blick auf soziale Einflussfaktoren in schwierigen Lebenslagen. Beispiele für solche Konstrukte sind Sinn, Hoffnung,

Humor, Verzeihen, Dankbarkeit, Spiritualität, Gelassenheit, Zivilcourage, Glück/Wohlbefinden, Kreativität, die sich auf sehr unterschiedlichen Ebenen individueller und sozial-gemeinschaftlicher Lebensqualität bewegen. Folgende Überlegungen werden aufgegriffen: Worum geht es bei diesem Konstrukt (THEMA)? Was ist mein/unser persönlicher Bezug zum Konstrukt (ICH)? Wie können wir als angehende Sozialarbeiter*innen dieses Konstrukt a) in der Praxis (Beispiele aus den Berufspraktika) und b) für unsere Selbstfürsorge nutzen (WIR)? Auf welche Rahmenbedingungen in der Praxis und in gesellschaftlichen Kontexten trifft dieses Konstrukt, was braucht es für dessen Umsetzung (GLOBE)? Das heißt, die Studierenden erproben sich in TZI-orientierter Arbeit mit Gruppen und durchdenken auf diese Weise fünf bis zehn unterschiedliche Konstrukte aus der Positiven Psychologie, bezogen auf ihre zukünftige Praxis und sich als Fachkräfte. Für die Auswahl der Konstrukte werden Beispiele und Literaturquellen vorgeschlagen (z. B. Frey 2016; Auhagen 2008), jedoch wird den Studierenden die freie Wahl im Einbringen eigener Ideen und Konstrukte überlassen. Die Dozentin berät im Vorfeld bei der Auswahl des Konstrukts, dessen Definition/Eingrenzung und der wissenschaftlichen Recherche, organisiert die Struktur des Seminars, achtet bei der Vorbereitung sowie im Seminarverlauf auf die Umsetzung von TZI und ergänzt die inhaltlichen Diskussionen. Die Prüfungsleistung besteht im Verfassen eines Lerntagebuchs, in welchem die Studierenden drei Konzepte auswählen, diese definieren und quellengestützt skizzieren (unter Einbezug wissenschaftlicher Literatur), praxisbezogen reflektieren (Fallbezug wird erwartet) sowie deren Reichweite für die eigene Fachlichkeit und Selbstfürsorge diskutieren.

Evaluation und Erfahrungen

Die Auswahl der Konstrukte durch die Studierenden wurde semesterweise evaluiert und anschließend gebündelt ausgewertet (Lübeck 2024). Hierfür wurde die studentische Auswahl aus 11 Seminaren innerhalb von 4,5 Jahren (N=69 als Summe der Konstruktwahl)

len) im Rahmen einer quantitativen Inhaltsanalyse analysiert. Am häufigsten wurden Kreativität, Humor, Vergebung, Vertrauen ausgewählt (jeweils n=6), gefolgt von Glück, Positivem Denken/positive Überzeugungen/Affirmationen, Gelassenheit (jeweils n=5), Achtsamkeit, Resilienz (jeweils n=4) und Dankbarkeit, Sinn (jeweils n=3). Weitere Konstrukte waren Solidarität, Flow-Erleben, Aufblühen, Hoffnung, Spiritualität (jeweils n<3). Deutlich wird, dass eine sehr vielfältige Auswahl auf verschiedenen Ebenen des Denkens, Fühlens, Handelns getroffen wurde.

Die Reflexionen innerhalb des Seminars zeigten, dass sich die meisten der ausgewählten Konstrukte auf Fragen der Haltung im sozialarbeiterischen Handeln zu beziehen scheinen (Albrecht 2017) und dabei den Fokus auf die Stärken der Adressat*innen und Nutzer*innen (Saleebey 2013) sowie die eigene Kompetenz richten. Die Teilnehmenden diskutierten auch, dass die ausgewählten Konstrukte teilweise mit sogenannten Charakterstärken und personalen Tugenden (Peterson & Seligmann 2004) in Verbindung gebracht werden könnten. Damit rückte auch die Person als Werkzeug (von Spiegel 2013) in den Mittelpunkt, wenngleich hier die Kombination aus persönlichem und institutionellem Beitrag nicht übersehen werden darf (auch der*die Sozialarbeiter*in als „person-in-environment“).

Die Seminarevaluationen ergaben auch, dass die Teilnehmer*innen erstaunt waren, nicht früher und verbindlicher im Studienverlauf mit den Grundannahmen, Forschungsbefunden und Interventionsansätzen Positiver Psychologie konfrontiert zu werden. Die Bezüge zu den Leitgedanken Sozialer Arbeit erschienen ihnen offensichtlich, wenngleich die explizite Verbindung von Konstrukten Positiver Psychologie mit Theorien, Leitgedanken und Diskursen in der Sozialen Arbeit häufig schwerfiel.

Durchweg wertgeschätzt wurde von den Teilnehmer*innen die Erfahrung, entlang TZI-orientierter Postulate und Grundpfeiler selbstständig Gruppen zum Lernen und Individuen zu ihrer

persönlichen Weiterentwicklung anzuregen, sich dafür psychologische Konstrukte zu erschließen und ihre praktische Umsetzung zu erproben. Die Studierenden fühlten sich durch diese Erfahrung sicherer, heterogene Gruppen positiv anzuleiten und zu begleiten.

Kritisch angemerkt werden kann, dass sich studentische Seminargruppen von sozialen Gruppen in klinischen Kontexten (z. B. in Tageskliniken oder betreuten Wohngruppen) unterscheiden, weil von höherer psychischer Gesundheit auszugehen ist. Dennoch wurde durchweg die Erfahrung gemacht, dass sich die Seminargruppen als divers herausstellten und die Mehrheit der Studierenden nicht nur zu den von ihnen gewählten Konstrukten besonderen Bezug hatte, sondern ihr persönliches Erleben und ihre biografischen Erfahrungen lebendig einbrachte.

Impulse für Soziale Gruppenarbeit und die Klinische Sozialarbeit

Wenn Klinische Sozialarbeiter*innen in ihren späteren Praxiskontexten Angebote Sozialer Gruppenarbeit umsetzen, können sie von Impulsen aus der Positiven Psychologie sowie TZI profitieren. Dabei müssen sie sich jedoch bewusst sein, dass beide Zugänge ursprünglich nicht dafür ausgelegt sind, mit Menschen in Gruppen zu arbeiten, die schwere psychische Probleme haben und/oder sich in Multiproblemlagen befinden (Matzdorf & Cohn 1992). Eine gedankliche Brückenkonzeption dürfte im Recovery-Ansatz (Amering & Schmolke 2012) liegen: Wenn nicht die Heilung einer psychischen Störung das Maß der Dinge sein kann, sondern es darum gehen sollte, einen genesungsförderlichen Weg zu finden und dabei das individuelle (ICH) sowie gemeinschaftliche Wohlbefinden (WIR) zu thematisieren, können aus der Positiven Psychologie zahlreiche Impulse generiert werden. Dass dies durchaus auch in Sozialer Gruppenarbeit wirkungsvoll gelingen kann, zeigen beispielsweise Erfahrungen aus sogenannten recoveryorientierten Psychoedukationsgruppen (von Peter et al. 2019).

Wenn Sozialarbeiter*innen in Psychoedukationsgruppen TZI-orientiert ar-

beiten, bringen sie eine besondere Expertise im Vergleich zu ihren Kolleg*innen aus der Psychologie und Psychiatrie mit: Sie sind geschulter darin, um den GLOBE zu wissen und gezielter die Bedeutung gesellschaftlicher Rahmen-

bedingungen sowie sozialer Hintergründe der Gruppenmitglieder in die Gruppenarbeit einzubinden. Die hier vorgestellten Zugänge aus der Positiven Psychologie sollen als evidenzbasierte Anregung für psychoedukative

Gruppen, recoveryorientierte Gruppen sowie Gruppen in sozialtherapeutischen Settings (z. B. im Betreuten Wohnen im Rahmen der gemeindepsychiatrischen Versorgung) verstanden werden.

Literatur:

Amering, M.; Schmolke, M. (2012): **Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit.** Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Albrecht, R. (2017): **Beratungskompetenz in der Sozialen Arbeit – Auf die Haltung kommt es an!** KONTEXT 48, 1, S. 45–64.

Auhagen, A. E. (Hg.) (2008): **Positive Psychologie. Anleitung zum „besseren“ Leben** (2. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.

Blickhan, D. (2024): **Positive Psychologie.** **socialnet Lexikon.** Bonn: socialnet, 29.06.2024. Online verfügbar: <https://www.socialnet.de/lexikon/Positive-Psychologie> (09.11.2024)

Fredrickson, B. L. (2004): **The broaden-and-build theory of positive emotions.** Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B 359 (1449), S. 1367–1377.

Frey, D. (2016): **Psychologie der Werte.** Berlin Heidelberg: Springer.

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

Lübeck, D. (2024): **Positive Psychology and Social Work as a discipline and profession: More linkages are needed.** 11th European Conference on Positive Psychology, Innsbruck, July 10th–13th.

Lübeck, D. (2022): **Psychologie für die Arbeit mit Erwachsenen mit psychischen Problemen.** Weinheim: Beltz Juventa.

Matzdorf, P.; Cohn, R. (1992): **Das Konzept der Themenzentrierten Interaktion.** In: Löhmer, C.; Standhardt, R. (Hg.): **TZI. Pädagogisch-therapeutische Gruppenarbeit nach Ruth C. Cohn.** Stuttgart: KlettCotta, S. 78–83.

Ostertag, M.; John, D. (2020): **Themenzentrierte Interaktion und Positive Psychologie im Dialog.** Eine Perspektivenerweiterung. *Soziale Arbeit* 69 (1), S. 22–29.

Peterson, C.; Seligman, M. (2004): **Character strengths and virtues: A handbook and classification.** Oxford University Press: APA.

Saleebey, D. (Ed.) (2013): **The strengths perspective in social work practice.** (6th ed.) Boston: Pearson.

Schneider-Landolf, M.; Spielmann, J.; Zitterbarth, W. (2017) (Hg.): **Handbook of Theme-Centered Interaction (TCI).** Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Seligman, M. (2012): **Flourish – Wie Menschen aufblühen: die positive Psychologie des gelingenden Lebens.** München: Kösel.

Seligman, M.; Csikszentmihalyi, M. (2000): **Positive psychology: An introduction.** In: *American Psychologist*, 55(1), S. 5–14.

Tomoff, M. (2017): **Positive Psychologie. Erfolgsgarant oder Schönmalerei?** Berlin: Springer.

von Peter, S.; Wilfer, A.; Gervink, A. (2019): **Recoveryorientierte Gruppenarbeit für Menschen mit Psychoseerfahrungen. Ein Non-Manual.** Bonn: PsychiatrieVerlag.

von Spiegel, S. (2013): **Methodisches Handeln in der sozialen Arbeit. Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis.** (5. Aufl.) Stuttgart: UTB.

Zito, D.; Martin, E. (2021): **Selbstfürsorge und Schutz vor eigenen Belastungen für Soziale Berufe.** Weinheim: Beltz Juventa.

Anzeige



Berufsbegleitender Masterstudiengang Soziale Arbeit: Klinische Sozialarbeit

Start des 25. Jahrgangs im Sommersemester 2026

Zentrale Studieninhalte:

- Theoretische Zugänge zur Klinischen Sozialarbeit
- Psychosoziale Diagnostik
- Beratung und Sozialtherapie
- Krisenintervention
- Qualitative und quantitative klinische Forschungsmethoden und Evaluation
- Qualitätssicherung
- Klinisches Case Management

Durchführung:

- 10 Blockveranstaltungen pro Jahr
- mit besonderer Expertise in psychosozialer Beratung und Behandlung, praxisorientierter Forschung und Management-Kompetenzen
- Intensive Betreuung bei der Erstellung der Masterarbeit
- International anerkannter Abschluss mit Promotionsmöglichkeit

Weitere Informationen finden Sie unter: www.hs-coburg.de und www.ash-berlin.eu
Der Bewerbungszeitraum startet ab 01.10.2025!



Die Themenzentrierte Interaktion als ganzheitlicher Arbeitsansatz für Führungskräfte in der Klinischen Sozialarbeit

Martina Schäfer

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit dem klassischen methodischen Zugang der Sozialen Gruppenarbeit als Arbeitsinstrument für Führungskräfte. Er beleuchtet, unter Bezugnahme auf den theoretischen Ansatz der Themenzentrierten Interaktion (TZI), wie es Vorgesetzten gelingen kann, bei Mitarbeitenden ein Problembewusstsein zu schärfen und Entwicklungsprozesse in Organisationen der Klinischen Sozialarbeit nachhaltig zu gestalten. Auf dem Grundprinzip von „Ordnung“ und „Wirkung“ werden einerseits die „hard facts“ (Zahlen, Daten, Fakten, Rollen, Anforderungsprofile, Zielsetzung, strategische Konzepte und Auftrag der Organisation) in den Blick genommen. Andererseits sind die „soft facts“ (Organisationskultur, Kommunikationsstrukturen, Beteiligung von Fachkräften, Rollenprofile, Motivations- und Anreizsysteme) gleichermaßen von Bedeutung und sind hinreichende Bedingungen für erfolgreiche Veränderungs- und Weiterentwicklungsprozesse.

Multiprofessionalität und der synergetische Nutzen in der Sozialen Gruppenarbeit

Die Klinische Sozialarbeit zeichnet sich überwiegend durch multiprofessionelle Zusammenarbeit in Behandlungskontexten aus. Demzufolge ist sie eine von mehreren beteiligten Akteur*innen und nimmt als eigenständige Profession eigene Beratungs- und Behandlungsaufgaben wahr (vgl. Pauls & Mühlum 2005, S. 1). Gleichermäßen ist die Kooperation mit weiteren Repräsentant*innen unterschiedlicher Berufsgruppen eine nicht ganz einfache Professionalitätsanforderung. In der Koordination eines ganzheitlichen Unterstützungsansatzes für Adressat*innen führen Parameter wie Hierarchien,

Konkurrenz und Wettbewerb nicht selten zu Konflikten auf der Helfer*innenebene (Bauer 2011, S. 341 ff.). Gegenwärtig sind, vor dem Hintergrund der rechtlich geforderten stärkeren Ambulantisierung im Kontext der Eingliederungshilfe, traditionell stationäre Wohnformen herausgefordert, vorhandene Unterstützungsangebote flexibler zu gestalten. Die damit verbundene höhere Selbstbestimmung der Adressat*innen, im Hinblick auf ihre Wahl der jeweiligen Wohnform, soll somit hergestellt werden (vgl. SGB IX; vgl. Schäfer 2024, S. 167 ff.). So gilt es, die bisherigen Versorgungsstrukturen kritisch zu überprüfen und konzeptionelle Neuausrichtungen zu initiieren. Die Methode der Sozialen Gruppenarbeit eröffnet immense Chancen im Hinblick auf die gemeinsame Erarbeitung und Bewältigung sich ändernder Arbeitsanforderungen im Arbeitsalltag. Der Austausch und die Reflektion über unterschiedliche Denkstile, individuelle berufliche Habitualisierungen und subjektive Wahrnehmungs- und Deutungsmuster ermöglichen die Generierung von neuen gedanklichen Lösungsansätzen, die organisationale Weiterentwicklungsprozesse und subjektive Anpassungsleistungen an sich verändernde Rahmenbedingungen im Arbeitskontext auslösen können (vgl. Baumann & Gordalla 2020, S. 27).

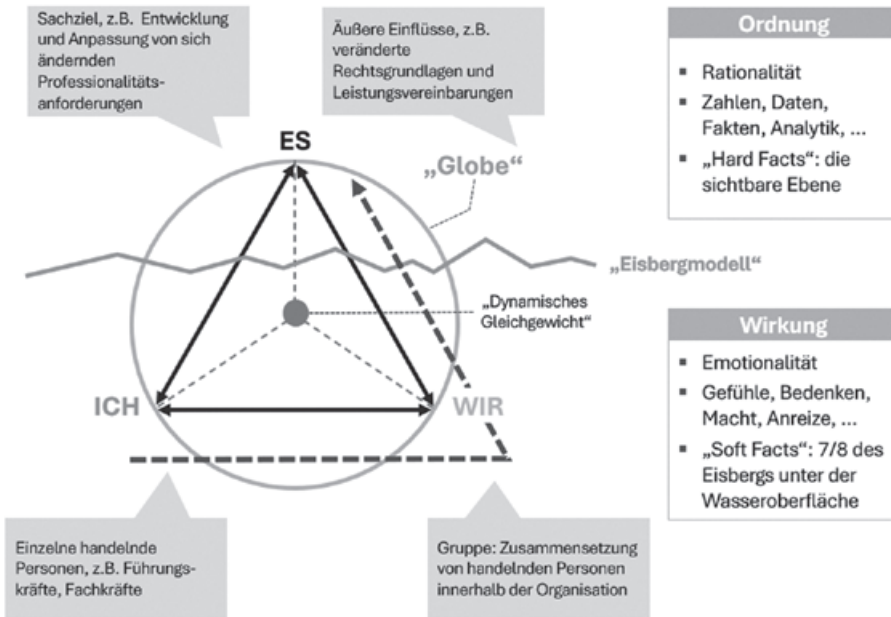
Ausgewählte Ansätze und die Bedeutsamkeit für die Themenzentrierte Interaktion in der Sozialen Gruppenarbeit

Wendet man sich der Hirnforschung zu, unterscheidet diese zwischen „Denkhirn“ und „Fühlhirn“. Im Großhirn finden die Denkprozesse statt, die mit Rationalitäten wie z. B. Zahlen, Daten, Fakten verbunden sind. Im limbischen

System, also im „Fühlhirn“, werden Eindrücke und Gefühle verarbeitet. Auch Bewertungen und Entscheidungen sind hier verortet. Demzufolge sind zwei getrennte Wirkungsräume vorhanden, die gleichermaßen in Veränderungs- und Weiterentwicklungskontexten eine bedeutende Rolle einnehmen. Rationale Grundlagen, Rahmenbedingungen und äußere Begebenheiten reichen jedoch für nachhaltige Handlungsimpulse nicht aus. Ebenso ist der Einbezug von subjektiven emotionalen und habituellen Grundlagen als eigentliches Antriebselement von Bedeutung (vgl. Roth & Ryba 2022, S. 87 ff.).

Das Eisberg-Modell geht auf den Begründer der Psychoanalyse Sigmund Freud (1856–1939) zurück. Er verweist auf die Bedeutung der Ebenen der Kommunikation, die zunächst nicht offensichtlich sind. Dem Eisberg Modell liegt das Prinzip zugrunde, dass auch bei einem Eisberg nur ein kleiner Teil (1/8) sichtbar ist, während der wesentlich größere Teil (7/8) unter der Wasseroberfläche verborgen ist (Pareto-Prinzip). In Bezug auf Kommunikationsprozesse bedeutet dies, dass nur ein kleiner Teil einer Botschaft direkt wahrnehmbar ist, nämlich die Information der Sachebene. Die vielfältigen Informationen der Beziehungsebene ergänzen diese jedoch und beeinflussen den Inhalt der Botschaft wesentlich. Störungen auf der Beziehungsebene können sich auf die Sachebene auswirken und negativ die Ergebnisse der inhaltlichen Ebene beeinflussen. Besteht beispielsweise über ein Sachziel Klarheit, aber es existieren Meinungsverschiedenheiten über die Umsetzung (Wie wird es gemacht und wer macht es), kann es schon schwieriger werden das allen eigentlich klare Ziel zu erreichen (vgl. Langmaack 2011, S. 58).

Arbeit in der Gruppe (eigene Abb.in Anlehnung an das Vier-Faktoren-Modell der TZI nach Ruth Cohn 1975)



Die Zusammenführung unterschiedlicher Modelle in das Konzept der Themenzentrierten Interaktion – Menschen dauerhaft in „Wirkung“ bringen

Das Konzept der Themenzentrierten Interaktion (kurz: TZI) korrespondiert mit den zuvor skizzierten Ansätzen im Kontext der Sozialen Gruppenarbeit. Die Begründerin dieses Konzeptes, Ruth Cohn (1912–2010) entwickelte, auf den Grundlagen der humanistischen und psychodynamischen Psychologie das Vier-Faktoren-Modell der TZI („Ich“, „Wir“, „Es“ und „Globe“). Wie in Abbildung 1 dargestellt, werden neben der Anerkennung von Objektivität die subjektiven Wirkungen in den Blick genommen. Fach- und Führungskräfte nehmen ihre Arbeitswelt individuell wahr und stellen damit gleichermaßen Wirklichkeit her. Diese Komponente kann die Ausführung der alltäglichen Handlungsvollzüge im Arbeitskontext maßgeblich beeinflussen. „Bei TZI geht es immer um das Zusammenführen von Objektivem und Subjektivem und um die gleiche Wertigkeit beider“ (Langmaack 2011, S. 27). Der Arbeitsansatz eignet sich also in besonderer Weise für „[...] Menschen, die wissen wollen, wie man Arbeits- und Lernsituationen so strukturieren kann, dass die Menschen nicht nur vom Kopf her beteiligt sind, sondern sich als ganze

Person ernst genommen fühlen“ (ebd., S. 26). Für die Themenzentrierte Interaktion in der Gruppe bedeutet dies, dass zunächst der bewusste Fokus auf die unterschiedlich vorhandenen Differenzierungen der Individuen gelegt wird, die sich im „Ich“ und im „Wir“ widerspiegeln. Bezugnehmend auf das Eisberg-Modell sind zum einen die Thematisierung von emotionalen Aufladungen, die unterschiedlichen Vorstellungen von Sinnhaftigkeit im Arbeitskontext neben individuellen Motivationen und Verbundenheit zur Organisation hinreichende Bedingungen, um Wirkungen zu erzeugen. Zum anderen sind die „Hard Facts“ wie Zahlen, Daten, Fakten ebenso in den Blick zu nehmen, um die weitere Ausgestaltung der Zusammenarbeit und Organisationsentwicklung zu ordnen. Nur die Zusammenführung dieser beiden Funktionen, Wirkung und Ordnung, führen somit zu einer nachhaltigen und wettbewerbsfähigen Dienstleistung im sozialen Sektor. Überdies spielt in der TZI die ausbalancierte Gewichtung der vier Faktoren eine entscheidende Rolle für das kooperative und zukunftsorientierte Arbeiten. Intendiert ist die Arbeit in der Gruppe, die sich gleichermaßen themen-, personen-, gruppen- und globe-zentriert ausrichtet. Besteht ein Ungleichgewicht zwischen den Sachzielen („Es“) und den emotionalen Ebe-

nen („Ich“ und „Wir“), dann können sich negative Phänomene abbilden. Eine starke Konzentration auf den Sachtorso, also eine fast ausschließliche Sachorientierung verbunden mit einer Dominanz der „Sachzwänge“ bzw. der Zielorientierung, führt zu Vernachlässigungen der Bedürfnisse aus der Ich- und der Wir-Perspektive, die gleichermaßen vorhanden sind und ebenso Raum beanspruchen. Hingegen gefährdet eine hauptsächliche Hinwendung zum Gefühlstorso, verbunden mit starker Gefühlsorientierung und der Tendenz „Hauptsache, alle fühlen sich wohl“, die Zielerreichung, da der Kontakt zum Sachziel abreißt und die systematische Bearbeitung vernachlässigt wird.

Die Rolle der Führungskraft in der Themenzentrierten Interaktion in der Gruppe

Mit Blick auf die Führungskraft nimmt diese in der Sozialen Gruppenarbeit eine besondere Rolle ein. Anders als in ihrer üblichen Funktion, ist die Rolle der Leitung mit Zurückhaltung, im Sinne der Kooperation und des gleichberechtigten Miteinanders aller Organisationsmitglieder, verbunden. Infolgedessen ist es daher bereits vor Beginn der Sozialen Gruppenarbeit von elementarer Bedeutung, Klarheit darüber zu gewinnen, ob eine Umsetzung möglicher Gruppenarbeitsergebnisse in der Organisation überhaupt realistisch ist. Damit verbunden ist die präzise Kommunikation über die Ziele der Gruppenarbeit und die zur Verfügung stehenden Handlungsspielräume.

Werden diese soeben genannten Voraussetzungen nicht berücksichtigt und zeichnet sich die Führungskraft durch starke Vorgabenorientierung verbunden mit dem Einsatz von Pseudo-Partizipations-Methoden aus, ist der Gruppenprozess zum Scheitern verurteilt und die erzeugten Ideen sind in der Umsetzung im Arbeitsalltag fragil. Infolgedessen beruft sich die Führungskraft auf die Unternehmenshierarchie und lenkt den gemeinsamen Arbeitsprozess, in die von ihm/ihr gewünschte Richtung. Lösungen sind also schon vorgegeben und nicht das Ergebnis eines gemeinsamen Arbeitsprozesses. In der Folge sind weitere mögliche Effekte

wie z. B. Misstrauen oder schwindende Motivationen, die sich bei den Mitarbeitenden in den Handlungsvollzügen abbilden, zu beobachten (vgl. Baumann & Gordalla 2020, S. 24 f.).

Mit Blick auf die Rolle der Führungskraft in der TZI hat dies Konsequenzen in der Gruppe. Analog den Postulaten und Kommunikationsregeln der TZI übernimmt „jedes Gruppenmitglied Verantwortung, zum einen für sich selbst, aber auch für den Prozess in der Gruppe“ (Natho 2016, S. 85). Cohn führte in diesem Zusammenhang den Begriff Chairman ein: „[...] daß jeder Mensch sein eigener Chairman ist, der verantwortlich ist für die Wahrnehmung nach innen, nach außen, für seine Wahlen als in sich geschlossene Einheit und als Teil universeller Gemeinschaft“ (Cohn 1968 in Cohn 1975, S. 151). Die Führungskraft ist also nicht Expert*in für die Bewältigung bzw. Lösung der alltagspraktischen Anforderungen, sondern Teil der Gruppe und nur für die Themenstellung und die methodische Ausrichtung verantwortlich.

Bezugnehmend auf die eingangs skizzierten Anforderungen und Herausforderungen im Kontext multiprofessioneller Kooperation kann nun Folgendes, am Beispiel der Eingliederungshilfe, konstatiert werden: Die Methode der Themenzentrierten Gruppenarbeit

eignet sich, diesen Transformationsprozess mit allen Mitgliedern einer Organisation konstruktiv und gleichberechtigt zu gestalten. Die Berücksichtigung organisations- und professionspezifischer Besonderheiten sowie der Einbezug von subjektiven, habituellen Grundlagen sind zentrale Prinzipien der TZI.

Fazit

Die Mitverantwortung und Mitwirkung aller beteiligten Akteur*innen (Führungskräfte und Mitarbeitende), an der Erarbeitung von Bewältigungsansätzen in den praktischen Handlungsvollzügen, führt zu Geschlossenheit und subjektiver Identifikation mit dem Arbeitsauftrag und den damit verbundenen Zielen. Über das Zusammenrücken aller Organisationsmitglieder gelingt eine schrittweise Zusammenarbeit, da Inhalte gemeinsam erarbeitet und zur Umsetzung gebracht werden. Zudem wird im Zuge der Themenzentrierten Interaktion in der Sozialen Gruppenarbeit eine möglichst hohe Sinnstiftung erzeugt, die sowohl mit dem Auftrag und der Zielsetzung der Organisation korrespondiert als auch in der konstruktiven Zusammenarbeit und in einer höheren Zufriedenheit der Mitarbeitenden ihren Ausdruck findet (vgl. Schäfer 2024, S. 168 f.).

Literatur:

- Bauer, P. (2011): **Multiprofessionelle Kooperation in Teams und Netzwerken-Anforderungen an Soziale Arbeit**. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik. Ausgabe 4. Basel: Beltz Juventa, S. 341–360.
- Baumann, M.; Gordalla, C. (2020): **Gruppenarbeit. Methoden – Techniken – Anwendungen**. 2. Auflage. München: UVK Verlag.
- Cohn, R. C. (1968): **Ich muß tun, was ich will – für 10 Minuten**. In: Cohn, R.C. (1975): Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Von der Behandlung einzelner zu einer Pädagogik für alle. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 145–151.
- Langmaack, B. (2011): **Einführung in die Themenzentrierte Interaktion. Das Leiten von Lern- und Arbeitsgruppen erklärt und praktisch angewandt**. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Natho, F. (2016): **Themenzentrierte Interaktion trifft auf systemische Gruppenarbeit. Unterschiede, Gemeinsamkeiten und andere Kontexte**. Heft 1. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Pauls, H.; Mühlum, A. (2005): **„Klinische Kompetenzen“. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit**. Online verfügbar: https://www.dgsa.de/fileadmin/Dokumente/Sektionen/Klinische_Sozialarbeit/klinische-kompetenzen.pdf (07.10.2024)
- Roth, G.; Ryba, A. (2022): **Coaching, Beratung und Gehirn. Neurobiologische Grundlagen wirksamer Veränderungskonzepte**. 5., durchgesehene und um ein Vorwort erweiterte Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schäfer, M. (2024): **Inklusives und selbstbestimmtes Wohnen als Grundrecht aller Menschen und das Dilemma des Fachkräftemangels in der Eingliederungshilfe**. In: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hg.): Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Soziale Arbeit. Inklusion und Exklusion. Heft 5/2024, S. 167–170.

Trialog bei Essstörungen: Evaluationsergebnisse zeigen positive Resonanz

Ein Ort, an dem ich viel gelernt habe. Ein Ort, an dem ich mich auf Augenhöhe einbringen konnte. Ein Ort von dem ich sehr profitiert habe, der mich auch sehr inspiriert hat“ – so beschreibt eine teilnehmende Person den Trialog bei Essstörungen.

Der Trialog entstand 1989 aus dem Psychose-Seminar und hat sich auch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung gut etabliert. Ziel ist ein gleichberechtigter Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften, die als Expert*innen aus Erfahrung oder durch Ausbildung verstanden werden.

Im Rahmen des Forschungsprojektes „TRES – Trialog bei Essstörungen“ an der Hochschule Landshut wurde der Trialog als neues Unterstützungsangebot bei Essstörungen erprobt und evaluiert (Schradi & Wunderer 2024). Dazu wurden ein Konzept entwickelt und insgesamt 22 Moderierende geschult, darunter viele Sozialarbeiter*innen. Im ersten Halbjahr 2023 boten fünf Facheinrichtungen Trialog-Blockveranstaltungen mit jeweils vier Gesprächsabenden an. Jeder Abend dauerte zwei Stunden, die Gruppen umfassten maximal 20 Personen. Die Teilnahme war freiwillig, kostenfrei, anonym und richtete sich an betroffene Erwachsene unab-

hängig von Geschlecht und Art der Essstörungserfahrung, Angehörige und Fachkräfte verschiedener Professionen – unabhängig von therapeutischen oder familiären Beziehungen. Die Trialog-Abende hatten jeweils ein Leitthema, das beispielsweise Hintergründe der Essstörung, Unterstützungsangebote oder auch persönliche Wachstums- und Entwicklungsmöglichkeiten durch die Essstörung aufgriff.

Erste Evaluationsergebnisse

Die Erfahrungen der Teilnehmenden und Moderierenden wurden durch schriftliche Befragungen und leitfadengestützte Interviews umfassend analy-

siert. Insgesamt nahmen 144 Frauen und 25 Männer im Alter von 18 bis 76 Jahren an den Dialogen teil, davon 26 Prozent Betroffene, 34 Prozent Angehörige und 36 Prozent Fachkräfte. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Teilnehmenden ernst genommen fühlten und subjektiv einen Austausch auf Augenhöhe wahrnahmen. Über 90 Prozent der Befragten gaben an, sie würden den Dialog bei Essstörungen weiterempfehlen und erneut daran teilnehmen. Zudem beurteilten ihn 83 Prozent als (sehr) hilfreich für ihre persönliche Situation, insbesondere um die Perspektive der betroffenen Menschen und Angehörigen besser zu verstehen, voneinander zu lernen und die eigene Haltung zu Essstörungen zu reflektieren. Diese positiven Ergebnisse

sind vergleichbar mit denen aus dem Psychose-Seminar (z. B. Bäuml 2008) und dem Borderline-DIALOG (Schradi & Wunderer 2021).

Ausblick

Die Follow-up-Befragung ergab, dass alle beteiligten Einrichtungen den Dialog weiterhin fortsetzen. Darüber hinaus nahmen weitere Einrichtungen für Menschen mit Essstörungen an den Schulungen teil und werden den Dialog bei sich anbieten. Das Projekt TRES hat somit wesentlich zur Etablierung des Dialogs bei Essstörungen beigetragen und gezeigt, dass dieses Angebot bestehende Unterstützungsangeboten sinnvoll ergänzen kann. Eine Dissertation von Enikő Schradi zu diesem Thema wie auch ein Praxishandbuch

zum Konzept mit begleitenden Materialien erscheinen voraussichtlich Ende 2025.

Enikő Schradi und Eva Wunderer

Literatur:

Bäuml, J. B.; Heinrich, H. H., Hofmann, J.; Kind, R.; Mösch, E.; Pitschel-Walz, G. (2008): **Das Münchner Psychose-Seminar**. In: Binder, W.; Bender, W. (Hg.): Angehörigenarbeit und Dialog. Köln, Claus Richter Verlag, S. 29–75.

Schradi, E.; Wunderer, E. (2024): „**Wo nicht einer dem anderen die Welt erklärt, sondern sich gegenseitig zugehört und voneinander gelernt wird.**“ **Der Dialog – ein Hilfeangebot mit Zukunft auch im Bereich Essstörungen?** In: Soziale Psychiatrie, S. 25–27.

Schradi, E.; Wunderer, E. (2021): **Borderline-DIALOG: Der Dialog als vielversprechende Methode für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, deren Angehörige und Fachkräfte**. In: Soziale Psychiatrie, 2/2021, S. 36–38.

Eine hervorragende Einführung in die systemisch orientierte Klinische Sozialarbeit im Krankenhaus

In vielen Bereichen der Klinischen Sozialarbeit haben sich systemtheoretische Perspektiven, Konzepte und Interventionen etabliert und wurden fundiert für die psychosoziale Praxis aufgearbeitet – so beispielsweise für die Psychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe oder Eingliederungshilfe. Im Bereich der somatischen Krankenhausversorgung – Akutkrankenhaus und Rehabilitationskliniken – fehlten für die Klinische Sozialarbeit jedoch praxisnahe Fachbücher, die sich explizit auf systemtheoretische Konzepte und Interventionen beziehen. Diese Lücke schließt die Klinische Sozialarbeiterin, systemische Therapeutin, Supervisorin und Organisationsentwicklerin Ursula H. Pabsch in ihrem Buch „Der Mensch ist mehr als seine Krankheit: Systemische Soziale Arbeit im Krankenhaus“. Ausgehend von Überlegungen, dass sich körperliche Erkrankungen nicht nur auf die Betroffenen, sondern auf das soziale Umfeld auswirken und der Genesungsprozess entscheidend durch Ressourcen und Stärken in der Lebenswelt beeinflusst wird, beschäftigt sich die Autorin seit vielen Jahren mit den Potenzialen systemtheoretischer Konzepte und Interventionen für die Klinische Sozialarbeit.



Ursula H. Pabsch (2024):
Der Mensch ist mehr als seine Krankheit.
Heidelberg: Carl Auer Verlag.
ISBN: 978-3-8497-0519-0, 29,95 EUR

In ihrem Buch reflektiert sie zum einen ihre langjährige Praxiserfahrung und gibt zum anderen eine praxisnahe Einführung in die Grundlagen, Methoden und Interventionen der systemischen Beratung für das Handlungsfeld der Krankenhausversorgung. Zu Beginn beschreibt die Autorin das Arbeitsfeld der Klinischen Sozialarbeit in der Krankenhausversorgung und

geht auf die spezifischen Herausforderungen in der psychosozialen Versorgung von Patient*innen mit schweren und chronischen Erkrankungen ein. Neben einer Einführung in die Grundlagen der Systemtheorie und Haltung der systemischen Beratungspraxis enthält das Buch eine kompakte Übersicht über systemische Interventionen, Fragetechniken und Methoden der sozialen Diagnostik, die durch zahlreiche Fallbeispiele und Reflexionsfragen praxisnah vermittelt werden. Im Anschluss stellt die Autorin die einzelnen Praxisfelder der Krankenhausversorgung (Kardiologie, Onkologie, Geriatrie etc.) vor und zeigt die Potenziale systemtheoretischer Konzepte und Interventionen, auch anhand konkreter Fallbeispiele, auf. Das Buch „Der Mensch ist mehr als seine Krankheit“ ist eine hervorragende Einführung in die systemisch orientierte Klinische Sozialarbeit im Krankenhaus. Durch die praxisnahe Vermittlung von systemtheoretischen Grundlagen und Interventionen richtet sich das Buch insbesondere auch an Studierende der Klinischen Sozialarbeit, die sich für das Praxisfeld der Krankenhausversorgung interessieren.

Karsten Giertz