



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

**DIE METHODE DER SOZIALEN GRUPPENARBEIT IN
SOZIALTHERAPEUTISCHEN WOHNGRUPPEN FÜR PSYCHISCH
KRANKE JUNGE ERWACHSENE**

Bachelor – Thesis

Tag der Abgabe: 23.07.2010

Vorgelegt von: Anne Strobel

Betreuender Prüfer: Herr Prof. Dr. Harald Ansen

Zweiter Prüfer: Herr Prof. Dr. Georg Schürgers

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Die Soziale Gruppenarbeit	3
2.1 Entstehung und Geschichte	3
2.2 Definition	4
2.3 Gesetzliche Grundlagen – §29 SGB VIII Soziale Gruppenarbeit.....	6
2.4 Methodisches Handeln in der Sozialen Gruppenarbeit	6
2.4.1 Prinzipien und Grundhaltungen.....	7
2.4.2 Die Gruppe.....	8
2.4.3 Der Gruppenleiter.....	10
2.5 Theoretischer Bezug	11
2.5.1 Rollentheorie von Talcott Parsons	11
2.5.2 Symbolischer Interaktionismus nach George Herbert Mead	12
3. Die Sozialtherapie	13
3.1 Definitionen und Geschichte.....	13
3.2 Sozialtherapeutische Wohngruppen.....	18
3.3 Methodisches Handeln und theoretischer Bezug	19
3.3.1 Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers	20
3.3.2 Persönlichkeitstheorie und psychotherapeutisches Handeln	21
3.3.3 Verhaltenstherapie	22
4. Psychisch kranke junge Erwachsene	24
4.1 Psychische Erkrankungen	24
4.1.1 Depression	25
4.1.2 Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	26
4.2 Gesetzliche Grundlagen	27
4.2.1 §35 SGB VIII – Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung.....	28
4.2.2 §35a SGB VIII – Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche	28
4.2.3 §41 SGB VIII – Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung	28
4.3 Die Klientel und der spezielle Handlungsbedarf	29
4.4 Theoretischer Bezug	30
5. Soziale Arbeit und Therapie	31

6. Fazit einleitende Betrachtungen.....	33
6.1 Gemeinsamkeiten von Sozialer Gruppenarbeit und der Sozialtherapie	33
6.2 Chancen und Nutzen von Sozialer Gruppenarbeit in der Sozialtherapie und in sozialtherapeutischen Wohngruppen	36
6.3 Die Bedeutung für die psychisch kranken jungen Erwachsenen	37
6.4 Exkurs – Eine besondere Form der therapeutischen Gruppenarbeit: Die Themenzentrierte Interaktion	38
7. Die Aufgabe der Sozialen Arbeit	40
8. Fazit	42
9. Anlage.....	44
10. Literaturverzeichnis.....	47
Schriftliche Erklärung zur Bachelor-Thesis	51

1. Einleitung

Die Methode der Sozialen Gruppenarbeit in sozialtherapeutischen Wohngruppen für psychisch kranke junge Erwachsene – das Thema meiner Bachelorarbeit!

Schon während meines gesamten Studiums hat mich der Bereich der Psychiatrie und im Speziellen die Sozialpsychiatrie und Sozialtherapie fasziniert. Aus meinen Praktikumserfahrungen bei Jugendwohnung e.V. (heute Pape2 e.V.), einer sozialtherapeutischen Einrichtung für psychisch kranke junge Erwachsene, entstand dann das Thema und die Idee, dass ich mich auch im Rahmen meiner Bachelorarbeit mit der Sozialtherapie und zusätzlich im Besonderen mit der klassischen sozialpädagogischen Methode der Sozialen Gruppenarbeit intensiv beschäftigen und auseinandersetzen möchte und somit einen „runden Abschluss“ meines Studiums erlange.

Verblüffend ist, dass in der Literatur zwischen diesen beiden Bereichen der Sozialen Arbeit, also der Sozialen Gruppenarbeit und der Sozialtherapie und im Speziellen den sozialtherapeutischen Wohngruppen, nur selten und vereinzelt eine Verbindung hergestellt wird. Mag man doch meinen, dass ein Zusammenhang einleuchtend ist, weil auf den ersten und zunächst unbefangenen Blick es in beiden Bereichen um den Begriff der Gruppe geht.

Aus dieser Tatsache resultiert das Ziel meiner Arbeit, diese doch „logische“ Verbindung aufzuzeigen und mich mit der Frage auseinandersetzen, inwieweit diese Anwendung der Methode der Sozialen Gruppenarbeit in sozialtherapeutischen Wohngruppen für psychisch kranke junge Erwachsene möglich, sinnvoll oder gar notwendig ist.

Auch wenn ich, um eine bessere Lesbarkeit herzustellen und den Leser durch meine Arbeit zu führen, die einzelnen Kapitel jeweils kurz einleite und darauf verweise, welche Abschnitte und Inhalte diesen folgenden Teil ausmachen, möchte ich bereits an dieser Stelle eine grobe Zusammenfassung über den Inhalt meiner Arbeit geben.

Diese setzt sich wie folgt zusammen:

Die ersten Kapitel halten sich in ihrer Reihenfolge an das Thema meiner Arbeit. Kapitel zwei behandelt somit Die Soziale Gruppenarbeit, meinen Fokus lege ich auf die Entstehung und Geschichte sowie auf das methodische Handeln in der Sozialen Gruppenarbeit. Kapitel drei beinhaltet dann Die Sozialtherapie, hier stütze ich mich vor allem auf die unterschiedlichen Definitionen und stelle ebenfalls, wie im vorangegangenen und folgenden Kapitel, wichtige theoretische Bezüge dar. In

Kapitel vier befasse ich mich dann mit den Psychisch kranken jungen Erwachsenen, beispielhaft gehe ich hier auf zwei psychische Erkrankungen näher ein und nenne in diesem Kapitel auch wichtige gesetzliche Grundlagen, meinen Blick richte ich hier zudem besonders auf die Klientel der psychisch kranken jungen Erwachsenen und ihren speziellen Handlungsbedarf. Nachdem diese drei Hauptkapitel meiner Arbeit abgeschlossen sind, werde ich in einem gesonderten Teil auf den Diskurs zwischen Sozialer Arbeit und Therapie eingehen. Dann folgen in Kapitel sechs meine Fazit einleitenden Betrachtungen. Um mich meiner oben erwähnten Fragestellung zu nähern, behandle ich hier die Gemeinsamkeiten und Chancen und Nutzen von Sozialer Gruppenarbeit und der Sozialtherapie sowie die Bedeutung dieser Verbindung für die Klientel der psychisch kranken jungen Erwachsenen. Im folgenden Kapitel sieben zeige ich die Aufgaben der Sozialen Arbeit auf, die diese im Zusammenhang einnimmt. Schluss meiner Arbeit stellt dann das Fazit in Kapitel acht dar.

In Hinblick auf die unkompliziertere Lesbarkeit in dieser Arbeit werde ich ausschließlich die männliche Form verwenden, diese impliziert aber immer auch die weibliche.

2. Die Soziale Gruppenarbeit

Wie in der Einleitung beschrieben, werde ich nun als erstes Kapitel die Soziale Gruppenarbeit vorstellen. Ich beginne mit der Entstehung und Geschichte, in den nächsten Abschnitten werde ich mich mit den Definitionen und gesetzlichen Grundlagen auseinandersetzen, sodass daraufhin das methodische Handeln in der Sozialen Gruppenarbeit anschließen kann. Am Schluss dieses Kapitels stelle ich einen Bezug zu zwei soziologischen Theorien her.

2.1 Entstehung und Geschichte

Die soziale Arbeit mit Gruppen hat eine langjährige Geschichte.

Ihre Wurzeln lassen sich um 1900 in den Vereinigten Staaten von Amerika finden, durch eine gesellschaftliche Not und eine wachsende Armutslage breiter Bevölkerungsanteile entstand damals die Hilfe aus der Gemeinschaft – Betroffene suchten Hilfe im gemeinsamen Tun und schlossen sich in einer Gruppe zusammen. Diese sogenannten „social movements“ waren die ursprünglichen Grundlagen einer bis dahin eher informellen, unkonkreten und untheoretischen Form der Gruppenarbeit. Einen methodischen Charakter erhielt sie im Jahre 1935 mit der Bildung der Sektion „Soziale Gruppenarbeit“ in der National Conference for Social Work (vgl. Schmidt-Grunert 2009, S. 22f.) und durch Namen wie Gertrude Wilson, Grace Coyle und Gisela Konopka, die in den 30er und 40er Jahren in den USA die Gruppenarbeit zur Gruppenpädagogik entwickelten.

In diesem Zeitraum hielten auch Ideen für eine Arbeit mit Gruppen Einzug nach Europa; in Deutschland wurden jedoch erst nach den verheerenden Zeiten des 2. Weltkrieges eigene wissenschaftliche und methodische Linien dieser Arbeit deutlich. Mit dem Namen Magda Kelber, der Leiterin des „Hauses Schwalbach“, einem Heim für Volksbildung und Jugendpflege, verbindet man die ersten Entwicklungen gruppenpädagogischer Konzepte um 1949; aus dem englischen Exil zurückgekehrt war sie diejenige, die die Wiederanbindung der anglo-amerikanischen Gruppenpädagogik an die deutsche jugendbewegte Tradition beförderte (vgl. Müller 2005, S. 740).

Ende der 60er Jahre etabliert sich, vor allem durch Veröffentlichungen im methodischen Bereich, die Soziale Gruppenarbeit als eigenständige Methode in der Sozialen Arbeit unter anderem in den Feldern der Jugendarbeit und Jugendhilfe. Einige Jahre später hält sie dann auch Einzug in die Ausbildung an

Fachhochschulen, wo sie seitdem neben der Sozialen Einzelhilfe und der Gemeinwesenarbeit als Teil der sogenannten Methodentriade gelehrt wird und in das Curriculum aufgenommen wurde. Heinrich Schiller, der Rektor der Fachhochschule Nürnberg, mit seinem Anspruch auf die Wissenschaftlichkeit des sozialen Berufes, führte die Gruppenpädagogik erstmals als eigenständiges Fach in den Bereich der Methodenlehre ein.

Weitere Entwicklungen erfuhr die Soziale Gruppenarbeit oder Gruppenpädagogik, wie sie damals noch synonym verwendet wurde, durch inhaltlich-kritische und ebenso gesellschaftskritische Fragestellungen der 68er Studentenbewegung. Diese Diskurse wurden dann durch die sogenannte „Therapeutisierung der Gruppenarbeit“ abgelöst; das heißt, in der Fachhochschulausbildung fanden zunehmend psychologisch-therapeutische Konzepte ihren Einzug oder anders gesagt, wurden von den Studenten eingefordert. Was die Entwicklung der Sozialen Gruppenarbeit aber nicht bremste, sondern erneut anreicherte und belebte. Die Reaktionen auf diese „Psychologisierung“ führte auf der einen Seite zu der altbekannten Diskussion über die Profession einer Sozialarbeitswissenschaft und andererseits zu einem weiterführenden wissenschaftlichen Prozess und einem Fortschritt im Bereich der Sozialen Gruppenarbeit (vgl. Schmidt-Grunert 2009, S. 27ff.).

„Heute versteht sich soziale Gruppenarbeit als bedürfnisorientierte, emanzipatorische, alltags- und lebensweltorientierte Arbeit, welche sich von der Einsicht in die Notwendigkeit der Aktivierung vorhandener Ressourcen leiten lässt, jedoch zugleich nicht leugnet, dass auch weiterhin fachlich ausgewiesene und kompensatorische Hilfen zu leisten sind.“ (ebd., S. 73)

2.2 Definition

Um eine Definition für „die“ Soziale Gruppenarbeit zu formulieren, ist es notwendig, im Vorfeld einige andere Begriffe zu erläutern, da in der Literatur Bezeichnungen wie Gruppenarbeit, Gruppenpädagogik und auch sozialtherapeutische Gruppenarbeit oft synonym verwendet werden, die inhaltlich aber doch unterschieden werden können.

Die Gruppenarbeit ist nicht zwingend auf die Soziale Arbeit begrenzt und findet in unterschiedlichen Kontexten Anwendung, zum Beispiel in betrieblichen Organisationen oder auch in der Freizeit. Der Inhalt und die Gestaltung der Gruppenarbeit sind somit je nach Setting verschieden, die Gemeinsamkeit liegt in

einer bestimmten und verbindlichen Zielsetzung, die durch die Gruppenarbeit ermöglicht und erarbeitet werden soll.

Von Gruppenpädagogik spricht man, wenn in Verbindung zu den oben genannten Prinzipien der Gruppenarbeit zusätzlich eine erzieherische Absicht im Vordergrund steht: die Erziehung und Bildung in und von Gruppen (vgl. ebd., S. 56ff.).

Man könnte nun davon sprechen, dass die Soziale Gruppenarbeit, jedoch mit einem eigenständigen Profil, eine Verbindung von Gruppenarbeit und Gruppenpädagogik ist. Sie nutzt die erzieherischen Absichten und legt ihren Fokus auf eine problemzentrierte Gruppenarbeit.

„Soziale Gruppenarbeit zielt auf eine Gruppe von Menschen, die mit individuellen und sozial bedingten Beschädigungen leben müssen. Festgestellte Defizite oder subjektive Unzulänglichkeiten, die der Alltagsbewältigung hinderlich sind, sollen durch das Angebot der Gruppenarbeit kompensiert werden.“ (ebd., S. 62)

In anderen Definitionen wird deutlich, dass diese Basismethode der Sozialen Arbeit, ihren Fokus auf das Verhältnis des Einzelnen in Beziehung zum sozialen Kontext und zur Gesellschaft legt; so entstehen in der Gruppe soziale und auch individuelle Lern- und Veränderungsprozesse und persönliches Wachstum. In einer Vielfalt von Definitionen zur Sozialen Gruppenarbeit lassen sich aber auch Gemeinsamkeiten finden, die Galuske in seinem Buch der Methoden der Sozialen Arbeit in drei Punkten zusammenfasst. Erstens, die Gruppe ist zugleich Ort und Medium der Erziehung, ein „Instrument pädagogischer Einflussnahmen“, in deren Mittelpunkt Wachstum, Reifung, Bildung und Heilung des Einzelnen stehen. Zweitens, ein Experte ist Leiter dieser Gruppe, das heißt durch Schulung beziehungsweise Weiterbildung ist er sensibilisiert, den Gruppenprozess zu beeinflussen und konkrete Zielsetzungen der Gruppe zu verfolgen. Drittens, die Zielsetzung der Sozialen Gruppenarbeit orientiert sich an den Begriffen von sozialer Anpassung und Steigerung der sozialen Funktionsfähigkeit (vgl. Galuske 2009, S. 93).

Im ersten Kapitel dieses Abschnittes wurde durch die Geschichte der Sozialen Gruppenarbeit deutlich, dass diese sich als eigenständige Methode im Bereich der Sozialen Arbeit fest etabliert hat, durch ihre gesetzliche Grundlage im §29 des SGB VIII (Kinder und Jugendhilfegesetz von 1990) wurde sie dann auch in der Arbeit mit älteren Kindern und Jugendlichen rechtlich verankert.

2.3 Gesetzliche Grundlagen – §29 SGB VIII Soziale Gruppenarbeit

Als Teil der Hilfen zur Erziehung wird §29 SGB VIII Soziale Gruppenarbeit wie folgt definiert:

„Die Teilnahme an sozialer Gruppenarbeit soll älteren Kindern und Jugendlichen bei der Überwindung von Entwicklungsschwierigkeiten und Verhaltensproblemen helfen. Soziale Gruppenarbeit soll auf der Grundlage eines gruppenpädagogischen Konzepts die Entwicklung älterer Kinder und Jugendlicher durch soziales Lernen in der Gruppe fördern.“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2008, S. 492)

Soziale Gruppenarbeit basiert hier auf der Idee und Überzeugung, dass besonders belastete ältere Kinder und Jugendliche einen speziellen Bedarf an sozialen Erfahrungen vorwiegend durch Beziehungen zu Gleichaltrigen haben. Durch dieses (Gruppen-) Erleben entwickeln sie Individualität und eine Ich-Stärkung, erlernen Würde und Respekt sich selbst und anderen gegenüber, erleben Anteilnahme und Unterstützung (vgl. Internetquelle 6: Krüger 2007, S. 8).

2.4 Methodisches Handeln in der Sozialen Gruppenarbeit

Um nun das methodische Handeln in der Sozialen Gruppenarbeit zu erläutern, möchte ich zunächst kurz den Begriff der „Methode“ aufgreifen. Dieser stammt aus dem Griechischen und bedeutet „der Weg zu etwas“.

„Methoden sind planmäßige Verfahren und Techniken, um zu einem gesetzten Ziel zu gelangen. Methodisches Vorgehen vollzieht sich in einzelnen Schritten, die logisch aufeinander aufbauen, um in ihrem Bezug zueinander am Ende ‚des Weges‘ das gewünschte Ziel zu erreichen.“ (Schmidt-Grunert 2009, S. 46)

Wenn man von Methoden spricht, dann steht das „Wie“ im Mittelpunkt. Die Frage, wie man mit einem planmäßigen und bewussten Vorgehen, mit einer spezifische Art und Weise zu handeln ein Ziel erreichen kann.

Im Allgemeinen bedient sich die Soziale Arbeit verschiedener Methoden, die durch eine planvolle, nachvollziehbare, kontrollierbare Gestaltung und mittels bestimmter Verfahren und Techniken zielgerichtet Hilfeprozesse initiieren (vgl. Galuske 2009, S. 25ff.). Zudem ist das methodische Vorgehen dabei gegenstandsbezogen (auf den Einzelnen oder die Gruppe), problembezogen (auf persönliche oder gesellschaftliche Problemlagen) sowie handlungsbezogen (zum Beispiel über einen Hilfeplan) (vgl. Schmidt-Grunert 2009, S. 138).

Daran schließt sich nun das methodische Handeln in der Sozialen Gruppenarbeit an; es ist ebenso zielgebunden, jedoch in Richtung eines gesellschaftlichen Alltagslebens, in das sie verändernd und entwickelnd eingreifen möchte. Zudem benötigt sie in ihrer genannten direkten Einflussnahme auf Verhalten und Handeln in besonderer Weise eine konkrete Zielformulierung. Dies spiegelt sich auch in den Elementen der Sozialen Gruppenarbeit wider, die grundlegend für das methodische Handeln sind und von denen ich nun einige im Folgenden nennen werde: die Prinzipien und Grundhaltungen, die Bedeutung und das Wissen um den Begriff der Gruppe und die Rolle des Gruppenleiters.

2.4.1 Prinzipien und Grundhaltungen

Die Prinzipien und Grundhaltungen nach Heinrich Schiller (1963) dienen heute noch als eine Art Richtschnur und Orientierung für das methodische Handeln in der Sozialen Gruppenarbeit. Diese wären:

1. Individualisieren; das heißt, auf jedes Gruppenmitglied individuell eingehen
2. Anfangen, wo die Gruppe steht; oder anders formuliert, die Interessen der Gruppenmitglieder erkennen
3. Sich entbehrllich machen; als einen Auftrag an den Gruppenleiter
4. Hilfe durch Programmgestaltung; als Gruppen- beziehungsweise Freizeitaktivitäten und
5. Erzieherisch richtig Grenzen setzen

Desweiteren orientiert man sich im methodischen Vorgehen an drei Phasen, dem sogenannten methodischen Dreischritt, der sich an medizinisch-therapeutische Ansätze anlehnt:

Die erste Phase dient der Faktenermittlung oder -sammlung, der Recherche von Informationen. Hierzu bedient man sich verschiedener Mittel, beispielsweise der Beobachtung und des Zuhörens bei Gruppentreffen, aber auch gelegentlicher Einzelkontakte mit Gruppenmitgliedern oder deren Familienangehörigen sowie der Erkenntnis über wirtschaftliche und soziale Einflüsse. Ohne diese Informationen und Fakten über das Gruppenmitglied, seine Rolle und Beziehungen in und außerhalb der Gruppe und die gesamte Gruppenatmosphäre kann Gruppenarbeit nicht wirksam werden.

Die darauf aufbauende zweite Phase leitet eine Diagnose ab; diese ist nicht in einem engeren medizinischen Sinne zu verstehen, sondern bündelt verschiedene Symptome und versucht einen Zusammenhang zu möglichen Ursachen herzustellen. Bei dieser Formulierung einer Diagnose sind die vorangegangenen Kenntnisse vom Gruppenprozess und vom Verhalten der Gruppenmitglieder erforderlich.

In der dritten Phase wird nun ein Behandlungsplan erstellt, aus dem sich gezielte Hilfen ableiten lassen; zudem beinhaltet diese Phase die Durchführung und Reflexion der Sozialen Gruppenarbeit. Auch hier können verschiedene Hilfsmittel unterstützend eingesetzt werden, zum Beispiel die Kenntnis über Gruppenprozesse, das heißt die Interaktion der Mitglieder untereinander, Aktivitäten, Diskussionen und die empathische Rolle des Gruppenleiters und seine Beziehungsgestaltung zu den einzelnen Gruppenmitgliedern (vgl. Galuske 2009, S. 95 und Friedländer/Pfaffenberger 1966, S. 139-150 zit. nach Schmidt-Grunert 2009, S. 79ff.).

Durch die Vorstellung der Prinzipien und Grundhaltungen der Sozialen Gruppenarbeit ist durch mehrfache Nennung deutlich geworden, wie bedeutsam das Wissen um „die Gruppe“, Gruppenprozesse und Gruppenzusammenhalt, sowie die Aufgabe und Rolle des Gruppenleiters in dieser Arbeit ist. Demzufolge möchte ich nun auf zwei weitere Elemente aus dem Wissensbereich der Kleingruppenforschung eingehen, die das methodische Handeln in der Sozialen Gruppenarbeit beeinflussen. Zum einen, wie oben erwähnt, das Wissen um den Begriff und die Bedeutung einer Gruppe, zum anderen das Vorgehen, das Handeln und die Aufgaben des Gruppenleiters.

2.4.2 Die Gruppe

Einige Fakten zum Begriff der Gruppe: Etymologisch geht dieser auf einen althochdeutschen und auch italienischen Begriff („grosso“) zurück, der auch im Sinne von „Knoten“ verwendet wurde; die „Verknotung von Lebenslinien“ (vgl. Krüger 08/09, S. 5). Von einer Gruppe spricht man, wenn sie aus mindestens drei Personen besteht und diese Personen in einem bestimmten Zeitraum durch regelmäßige, feste und verbindliche Beziehungen miteinander in gegenseitiger Verbindung stehen.

Je nach Größe und Art können Gruppen in verschiedene Klassifikationen eingeteilt werden. In der Sozialen Gruppenarbeit handelt es sich um eine „Formelle Gruppe“, sie zeichnet sich dadurch aus, dass ihre Ziele, Normen und Rollen ausdrücklich

vorgeschrieben und durch Satzungen, Verordnungen und Gesetze definiert sind. Eine Formelle Gruppe ist zudem fest organisiert, zweckbewusst aufgebaut und wird planmäßig geleitet (vgl. Metzinger 1999, S. 11).

Die Definition von einer Gruppe lässt sich genauer beschreiben, wenn man sechs Merkmale betrachtet, die diese auszeichnen: 1 Das Zusammengehörigkeitsgefühl, das Wir-Bewusstsein oder auch Kohäsion genannt. 2 Die Dauerhaftigkeit, womit sie sich von einer zufälligen Begegnung von Menschen unterscheidet. 3 Die Interaktion, das heißt, das gegenseitige Agieren und Reagieren und ebenso die Kommunikation, also die Übermittlung von Informationen. 4 Die Gruppenziele, die in ihrer Formulierung und ihrem Bestreben wiederum zu einem Zusammengehörigkeitsgefühl und auch zu einer Arbeitsteilung beitragen. 5 Normen, Werte und Regeln in einer Gruppe, die aus Kommunikationsprozessen folgen, sie verhelfen den Gruppenmitgliedern dabei zu wissen, wie sie sich verhalten sollen und geben so Orientierung und Stabilität; die Gruppe besitzt zwar eigene Normen, die aber gesellschaftliche Normen reflektieren oder in einem Bezug zu ihnen stehen. 6 Die Rollen, die sich zwangsläufig in einer Gruppe herausbilden, der Begriff „Rolle“ beinhaltet dabei alle Verhaltenserwartungen und -anforderungen, die an Gruppenmitglieder gestellt werden; durch individuelle Eigenarten, die Persönlichkeit und durch Erwartungen der Gruppe kommt es zur Ausformung und Zuordnung der jeweiligen Rollen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass all diese Merkmale und somit eine Gruppe erst dann entstehen, wenn es zu Kommunikation und Interaktion kommt. Normen, Strukturen, Prozesse, das Zusammengehörigkeitsgefühl und vor allem die Formulierung und das Erreichen von Zielen werden erst durch eine Gruppenkommunikation und Gruppeninteraktion realisierbar. Zudem wird eine Übermittlung von Gefühlszuständen ermöglicht, das heißt, die Gruppe stimuliert beim Einzelnen Gefühle, die er sich sonst nicht zugestanden oder geäußert hätte. Die Gruppe schafft ein emotionales Klima, in dem die Gruppenmitglieder den Umgang mit Gefühlen und eine Gefühlskontrolle erlernen können. Diese Ergebnisse können unter dem Oberbegriff „Gruppendynamik“ beschrieben und besonders für den pädagogisch-therapeutischen Prozess sinnvoll genutzt werden (vgl. Metzinger 1999, S. 9 und Krüger 08/09, S. 5f.).

In der Gruppendynamik geht es eben darum, die Gruppenmitglieder durch Interaktionen zu Feedbackprozessen anzuregen. So erhalten Einzelne Rück-

meldungen und Konfrontationen zu Verhaltensweisen, aber auch Verständnis und Empathie können entgegengebracht werden. Durch diese Äußerungen entstehen nicht nur die oben genannten Werte, Normen und Regeln innerhalb der Gruppe und ein Zusammengehörigkeitsgefühl, sondern es entfalten sich zudem beim Einzelnen Selbsterfahrungserfolge (vgl. Internetquelle 5: Knoll, S. 8).

2.4.3 Der Gruppenleiter

Dem Leiter in der Sozialen Gruppenarbeit obliegen vielfältige Aufgaben und er benötigt ein breites Spektrum an (pädagogisch-psychologischem) Wissen. Er muss nicht nur die Gruppenbildung verstehen, die sich aus verschiedenen Rollen, Stellungen und Strukturen einzelner Gruppenmitglieder zusammensetzt und die daraus resultierenden Erwartungen, Werte und Normen der Gruppe, sondern auch erkennen, dass Bindungen und Beziehungen innerhalb der Gruppe auf der einen Seite Konflikte auslösen können, ebenso aber Entscheidungen herbeiführen, was wiederum notwendig für das Erreichen des jeweiligen Gruppenziels ist und positiven Charakter auf die individuelle Entwicklung des Einzelnen nimmt (vgl. Konopka 1971, S. 77 zit. nach Galuske 2009, S. 94).

In Anlehnung an die 5 Prinzipien und Grundhaltungen nach Heinrich Schiller kann das Vorgehen und Handeln des Gruppenleiters auch noch an etwas detaillierteren Beispielen und Grundsätzen verdeutlicht werden. Der Gruppenleiter sollte die Gruppe in ihren Anliegen stets als Ganzes ernst nehmen, respektieren und akzeptieren. Bedürfnisse, Fragen und Probleme wahrnehmen und Wissen, Können, Fähigkeiten und die Ressourcen einzelner Mitglieder berücksichtigen. Er sollte die Gesamtgruppe über alle wichtigen Informationen informieren sowie sich selbst in Ratschlägen und Anregungen zurückhalten, damit Initiative und eigene Entscheidungen von den Mitgliedern selbst bestimmt werden können. Zwar wird das Tempo des Gruppenprozesses von der Gruppe bestimmt und vorgegeben, jedoch hat der Gruppenleiter die Aufgabe, diesen stets zu beobachten und wenn nötig in bewusster Weise zu lenken und auch zu beeinflussen. Nicht zuletzt obliegt es ihm dafür zu sorgen, dass jeder Einzelne in der Gruppe Anspruch auf Kooperation, Kommunikation, Integration und auch Anerkennung besitzt und diesem gerecht wird. Bei Auseinandersetzungen und Konflikten hat er die Aufgabe, den Gruppenmitgliedern zu helfen, Möglichkeiten der sachlichen Auseinandersetzung zu finden

und darauf hinzuweisen, dass ein Zusammenleben oder Zusammensein auch ohne Meinungsgleichheit möglich ist (vgl. Brandt 1979, S. 254).

Techniken und Verfahrensweisen, die den Gruppenleiter in seiner Tätigkeit und seinem Handeln unterstützen sollen und gleichwohl zu den allgemeinen Elementen des methodischen Vorgehens in der Sozialen Gruppenarbeit zählen, möchte ich der Vollständigkeit halber nennen, sie jedoch nur kurz auflisten und nicht näher erläutern; hierzu zählen: Techniken der Gesprächsführung, wie Brainstorming, Kleingruppenarbeit, Referate und weitere; Techniken der Selbst- und Fremdwahrnehmung, wie zum Beispiel das Rollenspiel; Interaktionsspiele und Anregungen im musikalischen und künstlerischen Bereich (vgl. Galuske 2009, S. 96f.).

2.5 Theoretischer Bezug

Um nun einen kleinen Exkurs zur Theorie zu wagen, möchte ich, in Anlehnung an meine eben genannten Betrachtungen der Gruppe, zwei soziologische Theorien vorstellen. Der Einbezug der Soziologie, der hier etwas fremd erscheinen mag, basiert auf der Tatsache, dass in die Arbeitsbereiche der Gruppenpädagogik, die, wie in Kapitel 2.2 zu lesen ist, auch als Teil der Sozialen Gruppenarbeit fungiert, soziologische, psychologische und sozialpsychologische Forschungsergebnisse integriert wurden (vgl. Schmidt-Grunert 2009, S. 30).

Die im Folgenden vorgestellten Theorien, die Rollentheorie von Talcott Parsons und der Symbolische Interaktionismus nach George Herbert Mead, befassen sich vor allem mit Fragen zur Identität und Interaktion und stellen somit eine Verbindung zu den Zielen der Sozialen Gruppenarbeit her.

2.5.1 Rollentheorie von Talcott Parsons

Die Rollentheorie, die in den 40er und 50er Jahren von Talcott Parsons entwickelt wurde, ist Teil des strukturfunktionalen Ansatzes, einer soziologischen Theorie, die neben Vorarbeiten aus der Soziologie auch Annahmen aus der Kulturanthropologie und Psychologie als Grundlage hat. Parsons legte mit diesem Ansatz erstmals ein Konzept vor, welches die Persönlichkeitsentwicklung im gesellschaftlichen Kontext analysiert und zudem eine Methode vorgibt, Prozesse in sozialen Institutionen zu analysieren (vgl. Tillmann 2006, S. 116). Detaillierter definiert er in diesem Zusammenhang die Aktivitäten von Individuen in der Gesellschaft als ein Handeln in

Rollen (Rollentheorie) oder anders formuliert, das Rollenhandeln wird als individuelles Verhalten in sozialen Strukturen angesehen. Beeinflusst wird dieses Handeln durch Erwartungen von dem gesellschaftlichen System, aber auch durch die jeweiligen Interaktionspartner. „Ungestört und optimal verläuft das Rollenhandeln dann, wenn der Einzelne in Übereinstimmung mit seinen Bedürfnissen agiert und zugleich die Erwartungen des Gegenübers erfüllt. Dies ist der Idealfall von ungestörter und stabiler Kommunikation, mit der der funktionale Zweck der umgebenden Institution erfüllt wird.“ (ebd., S. 120)

Erwartungen, Handlungs- und Verhaltensweisen werden jedem „Sozialen Akteur“ abverlangt; diese gilt es zum einen zu erlernen, zu verinnerlichen und dann in Beziehung zu setzen mit Freiräumen, die einem ebenso obliegen. So entsteht ein Prozess der Persönlichkeitsentwicklung im gesellschaftlichen Kontext.

2.5.2 Symbolischer Interaktionismus nach George Herbert Mead

Während bei dem vorgestellten strukturfunktionalen Ansatz der Fokus auf dem Verhältnis zwischen Rollen(-systemen) und der Gesamtgesellschaft lag; stützt sich die interaktionistische Sozialisationstheorie, in die der Symbolische Interaktionismus einzuordnen ist, unter anderem auf den Prozess der Identitätsbildung durch gesellschaftliche Kommunikation.

Der Symbolische Interaktionismus wurde schon um 1900 von George Herbert Mead in den USA entworfen und durch Erving Goffmann Mitte des Jahrhunderts in Bezug auf lebensnahe Situationen in Institutionen weiterentwickelt (vgl. ebd., S. 137).

Mead beschreibt den Kommunikationsprozess mit den Begriffen von „role-making“ und „role-taking“; wobei ersterer die Perspektivübernahme beschreibt, was bedeutet, dass man sich in Kommunikation in die Lage seines Gegenübers versetzen kann. „role-taking“ beinhaltet das Rollenhandeln, das heißt, die Art und Weise, wie man seine eigene Rolle in Bezug auf die Rolle des anderen plant. Durch diesen Kommunikations- und Interaktionsprozess präsentieren und verteidigen die Rolleninhaber ihre Identitäten. Unter Identität wird hier die Fähigkeit benannt, sich ein Bild von sich selbst zu machen. „Identität entsteht vielmehr, wenn der Einzelne sich im Kommunikationsprozess mit den Augen des anderen zu sehen vermag und auf diese Weise ein Bild von sich selbst entwickelt.“ (ebd., S. 140)

Erving Goffman entwickelte diese Grundannahmen weiter und teilte zwei Dimensionen von Identität ein: die personale Identität, die Interpretation der eigenen

Biographie, gekennzeichnet durch individuelle Charakteristika, und die soziale Identität, die Erkenntnis aus Gruppenstrukturen gebunden an normierte Verhaltenserwartungen; aus der Balance dieser beiden Dimensionen und einem Prozess der Selbstreflexion entsteht Ich-Identität. Ein einmaliges unverwechselbares Individuum und gleichzeitig ein handlungsfähiges Mitglied der Gesellschaft (vgl. ebd., S. 141f.).

Das erste Kapitel der Sozialen Gruppenarbeit ist hiermit abgeschlossen und ich werde nun meinen Fokus auf die Sozialtherapie legen.

3. Die Sozialtherapie

Meine Ausführungen werden sich ähnlich wie in Kapitel 2 aufbauen. Beginnend mit den Definitionen, Begriffsbestimmungen und der Geschichte der Sozialtherapie, werde ich dann, bevor ich das methodische Handeln darstelle und theoretische Bezüge herstelle, in einem gesonderten Abschnitt die sozialtherapeutischen Wohngruppen vorstellen.

3.1 Definitionen und Geschichte

Die Sozialtherapie – ein bis heute unbestimmter Begriff!

In den Vorbereitungen und Anfängen meiner nun vorliegenden Abschlussarbeit stieß ich in der Literatur auf unterschiedliche und synonym verwendete Begriffe wie Soziotherapie, Soziale Therapie, Sozialtherapie. Daher erscheint es mir sinnvoll, im Vorfeld einige Begriffsbestimmungen und Definitionen zu verdeutlichen.

Von einer engen Wortbedeutung „[...] reicht das Bedeutungsspektrum über die synonyme Verwendung für psychosoziale Therapie im Sinne eines Oberbegriffs aller Behandlungsformen in der Psychiatrie, die nicht Psychotherapie oder Somatotherapie sind, bis hin zur Behandlung im sozialen Bereich durch Sozialtherapeuten und Sozialarbeiter [...].“ (Frieboes 2005, S. 123)

Im weiteren Sinne entstanden ist die „Sozialtherapie“ (wie ich sie auch im Folgenden einheitlich benennen möchte) durch die Reformbewegungen in den 1968er Jahren. Auftakt dieser Bewegung war zum einen die Bildung des „Mannheimer Kreises“, aus

dem sich später die heute bekannte „Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie“ entwickelte; und zum anderen die im November 1975 durch den Deutschen Bundestag veröffentlichte Psychiatrieenquête, in der ein Modernisierungsprogramm der psychiatrischen Versorgung mit einer sozialpsychiatrischen Akzentuierung sowie grundlegende Prinzipien festgelegt wurden.

„ ‚Soziale Psychiatrie‘ fungiert hier als Oberbegriff für das Gedankengut, die Ideen, Konzepte und Grundhaltungen der Sozialpsychiatrie seit der Psychiatriereform sowie für die Versorgungsformen, Strukturen, Arbeitsweisen und Arbeitshaltungen der Gemeindepsychiatrie.“ (Haselmann 2008, S. 29)

So versteht man unter einer sozialpsychiatrischen Akzentuierung oder der Sozialpsychiatrie, die als Teilgebiet der Psychiatrie definiert wird, die Untersuchung sozialer Interaktionen und zwischenmenschlicher Beziehungen des psychisch Kranken in Bezug auf sein Umfeld und ihre Bedeutung für Krankheitsentstehung, Therapie und Rehabilitation (vgl. Klosinski 2005, S. 1446).

Die Folgen dieser Psychiatriereform sollten zum einen eine wesentliche Verbesserung für psychisch kranke Menschen darstellen, ebenso aber auch die Erweiterung von Angeboten im komplementären Bereich (therapeutische Wohngemeinschaften) und soziotherapeutische Behandlungen sicherstellen (vgl. von Kardorff 2005, S. 1441f.).

Im Jahre 1988 kam es dann, nachdem Beteiligte die bis zu diesem Zeitpunkt erreichten Ziele des Reformprozesses eher pessimistisch bewerteten, durch den Bericht der Expertenkommission und die darin enthaltenen Empfehlungen zu einer weiteren positiven Entwicklung. Die eher starren Enquêteregeln wurden durch neue Akzente und Konzepte abgelöst; „[...] das Konzept des bedarfsgerechten funktionalen Ineinandergreifens der verschiedenen Versorgungskomponenten in einem gemeindepsychiatrischen Verbundsystem.“ (ebd., S. 1440) Darunter versteht man unter anderem eine Koordination und Kooperation zwischen verschiedenen Institutionen und Vereinen, eine wohnortnahe psychosoziale Begleitung, sowie Angebote speziell für chronisch psychisch kranke Menschen (vgl. ebd.).

Durch die genannten Reformbewegungen und einer konsequenten Einbeziehung der Sichtweisen der Sozialpsychiatrie kam es zu einer Wende in der damaligen Psychiatrielandschaft. Der psychisch Kranke wurde anders behandelt, das heißt, er wurde in seiner Lebenswelt, in sozialen Zusammenhängen und Funktionen gesehen.

Die Einbeziehung der Sozialpsychiatrie erleichtert und ermöglicht nun auch die Zusammenarbeit zwischen Fachkräften unterschiedlicher Professionen.

An dieser Stelle möchte ich nun noch Klaus Dörner erwähnen, einen der vielleicht berühmtesten Vertreter der deutschen Sozialpsychiatrie; mit ihm verbindet man den bekannten Leitsatz: Psychiatrie ist soziale Psychiatrie oder sie ist keine Psychiatrie.

Die sozialpsychiatrische Arbeitshaltung von Klaus Dörner und seiner Kollegin Ursula Plog ist Voraussetzung für die Arbeit mit psychisch kranken Menschen; sie verbindet das Verstehen, die Sympathie und das Interesse an psychisch kranken Menschen mit der Toleranz gegenüber „verrückten“ Lebensentwürfen und der Akzeptanz im geduldigen Zuhören; sie versucht zu verstehen und fördert die Selbständigkeit und die Möglichkeit, sich am Prozess der Rehabilitation zu beteiligen (vgl. ebd., S. 1443).

Klaus Dörner formulierte 1972 in einem Forderungskatalog neun Thesen an die Sozialpsychiatrie. In Bezug auf die Relevanz für mein Thema möchte ich drei jener Thesen in Anlehnung an S. Haselmann an dieser Stelle wiedergeben:

Erste These: Orientierung an der Chancengleichheit aller Gesellschaftsmitglieder und an bedarfs- und bedürfnisgerechter Hilfe für alle psychisch Leidenden

Vierte These: Beachtung der gesamten Bedingungskonstellation menschlichen Leidens, der körperlichen und sozialen Bedingungen, der Reaktionen von Bezugspersonen und der gesellschaftlichen Situation.

Siebte These: Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen (Psychiater, Sozialarbeiter, Psychologen, Pädagogen etc.) in einem nicht hierarchisch strukturierten „therapeutischen Team“ und Verwirklichung einer Praxis von „therapeutischer Gemeinschaft“ (vgl. Haselmann 2008, S. 36).

Diese ideellen Kontexte der Sozialpsychiatrie wurden durch die Entwicklung verschiedener Konzepte und Modelle weiter beeinflusst; ich möchte in diesem Zusammenhang noch einen weiteren Namen nennen: Luc Ciompi, der bis heute ein engagierter und namhafter Vertreter der Berner Sozialpsychiatrie ist. In seinen theoretischen Konzeptionen verbinden sich die Entstehung und der Verlauf von psychischen Erkrankungen mit einer sozialpsychiatrischen Behandlung und strukturellen Gegebenheiten (vgl. ebd., S. 46f.).

Im Jahre 1985 definierte er fünf Grundregeln sozialpsychiatrischen Handelns, die ich an dieser Stelle kurz skizzieren möchte. 1 Der systematische Einbezug des sozialen Umfeldes; das heißt, alle beteiligten Personen werden in jede diagnostische sowie

therapeutische Überlegung und Behandlung integriert. 2 Die Erarbeitung von konkreten, erreichbaren Behandlungszielen gemeinsam mit dem Patienten, seinen Betreuern und wichtigsten Bezugspersonen. 3 Die Polarisierung des relevanten sozialen Umfeldes auf die genannten Ziele hin; alle Bezugspersonen unterstützen die Ziele. 4 Die Aufrechterhaltung einer optimalen personellen und konzeptuellen Kontinuität; dies bedeutet eine tragfähige therapeutische Vertrauensbeziehung und zudem eine regionale und koordinierte Versorgungsstruktur. 5 Die Herstellung einer optimalen Klarheit und Einfachheit im ganzen sozialen Umfeld; psychische Störungen sollen in kleinen familienähnlichen Institutionen statt in Großkrankenhäusern behandelt werden, der Umgang mit den Klienten soll transparent und eindeutig sein.

Es wird deutlich, dass Ciompi seinen Schwerpunkt explizit auf das soziale Umfeld und auf die Bezugspersonen des Klienten legt: ein subjektorientierter Ansatz, der zudem systemisch-therapeutische Konzepte mit einbezieht. Dies bedeutet jedoch nicht, dass er andere sozialpsychiatrische Zielsetzungen, wie zum Beispiel die Persönlichkeitsreifung und -entwicklung, außer Acht lässt (vgl. ebd., S. 141).

Was versteht man nun unter Sozialtherapie?

Einfach ausgedrückt könnte man sagen, dass die Sozialtherapie unterschiedliche Behandlungsmethoden in der Sozialpsychiatrie umfasst. Etwas konkreter: Behandlungsmethoden, die Einfluss nehmen auf die individuelle Lebenslage der Menschen mit psychischen Störungen und sozialen Problemen.

In den Standards für Sozialtherapie und psychosoziale Praxis heißt es im ersten Punkt: „Sozialtherapie ist ein Diagnose- und Interventionsverfahren, das Krankheiten, Behinderungen und Leiden feststellt, behandelt und lindert, die mit der psychischen und / oder sozialen Entwicklung und Umwelt eines Menschen in Zusammenhang stehen.“ (siehe Anlage Punkt 1 und Internetquelle 8: Sektion Sozialtherapie 1997) Im Folgenden wird hier in der Methode auf die Kombination von (sozialtherapeutischer) Sozialarbeit und Psychotherapie in der Arbeit mit Einzelnen, Familien und Gruppen hingewiesen (vgl. ebd.).

Binner und Ortman haben in ihren Veröffentlichungen meiner Meinung nach die detaillierteste Definition von Sozialtherapie gefunden, indem sie vier grundlegende Formen sozialtherapeutischer Praxis unterscheiden: 1 Sozialtherapie als professionell arrangierte Lebenssituation: Zum Beispiel durch therapeutische

Wohngemeinschaften. 2 Sozialtherapie als Training: Soziales Kompetenztraining. 3 Sozialtherapie als Gespräch: Zu zweit, in der Gruppe oder in der Familie. 4 Sozialtherapie als Begleitung: Hilfe bei der Bewältigung und Bearbeitung von sozialen Problemen (vgl. Internetquelle 1: Binner/Ortmann, S. 7f.).

Auch wenn, wie oben erwähnt, der Begriff Sozialtherapie weiterhin unbestimmt bleibt und durch Fachkräfte unterschiedlicher Professionen ausgeübt werden kann, beziehe ich mich hier auf die Sozialtherapie durch Sozialarbeiter und Sozialpädagogen.

Durch die erwähnten Reformbewegungen kam es in den folgenden Jahren und in Hinblick auf den erhöhten Stellenwert von sozialen Fachkräften im Umgang mit Psychiatriepatienten im Jahre 1991 durch die Psychiatrie-Personalverordnung zu einer weiteren Entwicklung. Hier werden sozialtherapeutische Interventionen als Behandlungsmaßnahmen bezeichnet, die speziell in den Aufgabenbereich von Sozialpädagogen fallen, wie zum Beispiel: einzelfallbezogene Behandlung, sozialtherapeutisches Kompetenztraining, Wiedereingliederung in das familiäre und gesellschaftliche Leben oder gruppenbezogene Behandlung, genauer gesagt, sozialtherapeutische Gruppen (vgl. Pauls 2004, S. 290).

Der Vollständigkeit halber möchte ich am Ende dieses Kapitels noch auf die Soziotherapie nach §37a SGBV eingehen, sie lediglich aber kurz skizzieren, da sie in meinem Thema keine explizite Rolle einnimmt und ich im weiteren Verlauf auf die wichtigsten rechtlichen Grundlagen noch näher eingehen werde. Sie stellt (auf ambulanter Ebene im medizinisch-psychiatrischen Sinne) eher einen Zugang zu Krankenversicherungsleistung dar und legt den Schwerpunkt auf die Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme.

§37a wurde Ende 1999 in das SGB V eingefügt und trat am 01.01.2000 in Kraft, nachdem das Modellprojekt „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“, getragen durch Spitzenverbände der GKV und das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, die Notwendigkeit einer verbesserten ambulanten Behandlung von Psychoseerkrankten verdeutlicht hatte und eine Kostenreduktion durch verminderte stationäre Behandlung dieser in Aussicht gestellt wurde.

Nach Abs.1 Satz 1 findet Soziotherapie einen Bedarf bei Patienten, die schwer psychisch erkrankt und nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete

Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden muss (vgl. Frieboes 2005, S. 21f.). In den Richtlinien werden Grundlagen und Ziele genannt, letztere legen ihren Fokus auf die Unterstützung des Patienten, ihm einen besseren Zugang zu seiner Krankheit zu ermöglichen, indem Einsicht, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gefördert werden (vgl. ebd., S. 95).

3.2 Sozialtherapeutische Wohngruppen

Da sich mein Thema mit der Arbeit in sozialtherapeutischen Wohngruppen beschäftigt, möchte ich diese nun in einem extra Abschnitt behandeln.

Sozialtherapeutische Wohngruppen, die in den Bereich der Gemeindepsychiatrie fallen, entstanden, wie erwähnt, durch Ergebnisse und Verbesserungen der Psychiatriereform im so genannten komplementären, also ergänzenden Bereich. Die Gemeindepsychiatrie versteht sich als das Handlungs- und Organisationsprinzip für die Umsetzung sozialpsychiatrischer Konzepte. Von ihrem Ursprung her ist sie bestrebt, den Mensch-Welt-Zusammenhang in Raum und Zeit zu berücksichtigen, psychisches Leiden in Verbindung mit sozialen Lebenslagen zu sehen und ein Individuum nie losgelöst von seinem sozialen Umfeld zu betrachten (vgl. Haselmann 2008, S. 61). Das Ziel, Angebote für psychisch Kranke möglichst ortsnah oder gemeindenah anzubieten und nicht hinter verschlossenen Anstaltstüren, schließt daran an. Zudem steht bei den Dienstleistungsangeboten der Gemeindepsychiatrie die Beziehungsarbeit im Vordergrund der alltäglichen Arbeit. „Neben der (therapeutischen) Einzelfallhilfe oder Einzelbetreuung und über diese hinausgehend spielen hier auch (gesprächsorientierte oder tätigkeitsorientierte) Gruppenangebote eine große Rolle (Gruppenarbeit).“ (ebd., S. 372)

Das Leben in einer Wohngruppe wird als ein Leben in einer konstanten sozialen Struktur oder auch als Leben an einem sozialen Ort bezeichnet. Das soll ein Ort der Klärung, Orientierung und Sicherheit sein; eine umfassende und strukturierte Betreuung soll die Entwicklung und Reifung ermöglichen. Zusätzlich wird eine Veränderung des Alltagslebens geschaffen und eine Alternative zum isolierten, oft Leiden reproduzierenden Wohnen dargestellt.

Das bedeutet aber auch ein Zusammenleben (in Gemeinschaft) mit anderen Menschen, indem es zu Kommunikation, Konfrontation, gegenseitiger Bestätigung aber auch Korrektur von Haltung und Reaktion kommt. Dies führt wiederum zu einer

Reflexion der eigenen Person, des eigenen Verhaltens und zu neuen Verhaltensweisen; Bedürfnisse, Gefühle und auch Ängste können deutlicher wahrgenommen werden. Energien für Alltagsaktivitäten werden freigesetzt und unterstützen die gesunden Anteile (vgl. Kayser u.a. 1980, S. 262). Gleichzeitig zu dieser persönlichen Entwicklung, der Bewältigung schwieriger und belastender Situationen und dem Aufbau von sozialen Beziehungen durch die Wohngruppe lässt diese Form des Zusammenlebens die Möglichkeit von Abgrenzung und Eigenständigkeit zu. Nähe und Ablösung, Verschmelzung und Konflikte können gleichermaßen ermöglicht werden (vgl. Bosshard u.a. 2007, S. 195). Konkrete Aufgaben und reale Anforderungen liegen hier in dem Erlernen und dem Training von Alltagsfertigkeiten. Die Motivation für dieses Lernen entsteht durch die Erfahrung, etwas zu können, selbst Entscheidungen zu treffen, die positive aber auch negative Konsequenzen nach sich ziehen und Verantwortung für sich selbst und die Wohngruppe zu tragen (vgl. ebd., S. 198).

Sozialtherapeutische Wohngruppen haben sich im Feld der Sozialtherapie fest etabliert; allein in Hamburg besteht eine undefiniert hohe Anzahl dieser stationären Institutionen, die meist Kinder und Jugendliche oder junge Erwachsene mit unterschiedlichen sozialen Problemlagen, wie zum Beispiel psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen oder auch Suchtproblematiken, betreuen.

Die gesetzlichen Grundlagen dieser stationären Einrichtungen oder betreuten Wohnform, wie sie auch genannt wird, sind definiert in §34 und §41 des SGB VIII, als Teil der Hilfen zur Erziehung (§27 SGB VIII) in der Kinder- und Jugendhilfe. Kinder und Jugendliche sollen in dieser Hilfeform durch eine Verbindung von Alltagserleben mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten in ihrer Entwicklung gefördert werden, sie soll zudem eine auf längere Zeit angelegte Lebensform bieten und auf ein selbständiges Leben vorbereiten (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2008, S. 493). Auf die genannten Paragraphen werde ich im Kapitel 4.2 noch näher eingehen.

3.3 Methodisches Handeln und theoretischer Bezug

„Sozialtherapie stellt eine Synthese und Kombination von Sozialarbeit und Psychotherapie dar“, (siehe Anlage Punkt 3 und Internetquelle 8: Sektion Sozialtherapie 1997) so lautet der dritte Punkt in den Standards für Sozialtherapie und psychosoziale Praxis der Sektion Sozialtherapie. Weiter heißt es, dass sie

psychosoziale Arbeit ist, die sich von der klassischen Sozialarbeit durch ein Handeln, welches auf einem entwicklungspsychologischen Verständnismodell begründet ist, unterscheidet (vgl. ebd.).

Es wird deutlich, dass die Psychologie oder Psychotherapie in der Sozialtherapie neben der Sozialen Arbeit einen gleichen Stellenwert einnimmt. Ausgehend von dieser Grundlage ist es mir wichtig, in diesem Kapitel meiner Arbeit meinen Blick auf die Psychologie zu legen. Die Basis liefert hier die Humanistische Psychologie, die wie alle humanistischen Theorien das Streben nach Selbstverwirklichung hervorhebt (vgl. Zimbardo/Gerrig 2004, S. 622). Exemplarisch für diese Theorie möchte ich einen Überblick über die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers geben. Daran schließt sich, basierend auf der ebenfalls von Carl Rogers entwickelten Persönlichkeitstheorie, eine Darstellung des psychotherapeutischen Handelns sowie eine kurze Vorstellung der Verhaltenstherapie nach B.F. Skinner an, die heutzutage in der therapeutischen Arbeit in der Psychiatrie einen großen Stellenwert einnimmt.

3.3.1 Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers

Die klienten- oder heute auch personenzentriert genannte Gesprächspsychotherapie gehört zu den klassischen Psychotherapieverfahren der Humanistischen Psychologie; sie wurde in den 1940er Jahren von Carl Rogers, einem amerikanischen Psychologen und Persönlichkeitstheoretiker begründet und durch ihn über mehrere Jahre weiterentwickelt und mit dem Nachweis ihrer Wirksamkeit beforscht. Der Begriff „klientenzentriert“, der sich in der zweiten Entwicklungsphase der Gesprächs- psychotherapie entwickelte und somit das bisherige „nicht-direktive“ Verfahren ablöste, konzentriert sich nun darauf, dass der Inhalt psychotherapeutischer Gespräche sich mit der unmittelbaren Erfahrungswelt des Klienten auseinandersetzt .

Die Grundannahme besagt, dass alle Menschen ein grundlegendes Bedürfnis nach Selbstverwirklichung haben und ein Streben besitzen, ihre individuellen Potentiale zu realisieren. Daran schließt sich das Hauptziel dieser Therapie an: „[...] das gesunde psychische Wachstum des Menschen zu fördern.“ (ebd., S. 731)

Die Menschen sollen auf dem Weg begleitet werden, mit sich selbst in Einklang zu kommen, das eigene Leben und Verhalten positiv zu verändern und achtsam und wertschätzend mit dem persönlichen Erleben und Dasein umzugehen.

Die Aufgabe besteht hier in der Schaffung eines therapeutischen Umfeldes, das dem Klienten erlaubt, Verhaltensweisen zu erlernen, die sein Selbstwachstum stärken und seine Selbstverwirklichung fördern. Dieser Prozess des Werden und Wachsens, des Geschehens geschieht in einem offenen System (vgl. Dörner/Plog u.a. 2009, S. 609). Der Therapeut als „lediglich“ unterstützender Zuhörer ermöglicht eine Atmosphäre der unbedingten positiven Anerkennung, nicht angreifbaren Akzeptanz und des Respekts gegenüber dem Klienten. Dies gelingt, indem der Therapeut auf der einen Seite seine Gefühle und Gedanken gegenüber dem Klienten transparent macht und authentisch ist und andererseits versucht, die Gefühle des Klienten zu erleben. Es geht darum, den inneren Bezugsrahmen des Klienten wahrzunehmen „[...] die Welt so zu sehen, wie der Klient sie sieht, den Klienten so zu sehen, wie er selbst sich sieht [...].“ (ebd.) Und zusätzlich eine Beziehung aufzubauen, die durch vollständige Empathie, Wertschätzung und Kongruenz, also Echtheit, gekennzeichnet ist (vgl. Zimbardo/Gerrig 2004, S. 731).

Der klienten- oder personenzentrierte Ansatz ist kompatibel mit der Wirklichkeit, wie sie in sozialtherapeutischen Wohngruppen vorzufinden ist; denn auch hier wird Beziehungsarbeit geleistet, um Entwicklungsprozesse und Selbstverwirklichung zu ermöglichen. In Anlehnung an diese Aussage und Rogers Ansatz können drei Basisbedingungen einer klientenzentrierten Sozialtherapie für psychisch Kranke dann heißen: 1 Akzeptanz; besonders die Arbeit mit psychisch Kranken sollte durch eine nicht an Bedingungen geknüpfte Beachtung der Person geprägt sein, somit entsteht eine nicht-abwertende Beziehung. 2 Empathie; psychisch Kranken fällt es aufgrund verschiedener Gründe, zum Beispiel Misstrauen oder sie verstehen selbst nicht, was in ihnen vorgeht, oft schwer, sich klar und offen mitzuteilen. Umso bedeutender ist eine einfühlende oder mitfühlende Art der Fachkräfte, die mit ihnen arbeiten. 3 Kongruenz und Authentizität; in der Welt der psychisch Kranken, die oft durcheinander und wirr scheint, geht es in dieser Bedingung darum, Worte und Handlungen transparent zu machen, Botschaften eindeutig zu vermitteln. So entsteht Klarheit, Kontinuität und eine Entwicklung von Beziehungen (vgl. Pauls 2004, S. 294f.).

3.3.2 Persönlichkeitstheorie und psychotherapeutisches Handeln

Carl Rogers Persönlichkeitstheorie befasst sich damit, wie sich das Selbst aufgrund von erlebten Erfahrungen und Einstellungen entwickelt. Grundannahme ist, dass

jedes Individuum aufgrund dieser Erfahrungen und Einstellungen ein sogenanntes Selbstkonzept aufgebaut hat. „Jemand, der sich selbst erfahren und akzeptieren und der seine Erfahrungen und Selbsterfahrungen seinem Selbstkonzept zuordnen kann, ist als gesunde Person zu bezeichnen.“ (Dörner/Plog u.a. 2009, S. 609)

Aus dieser Theorie können Bedingungen für psychotherapeutisches Handeln abgeleitet werden:

1. Einführendes Verständnis: Der Psychotherapeut verbalisiert und gibt die vom Klienten im Gespräch geäußerten emotionalen Erlebnisinhalte, also Gefühle wie Angst, Freude oder Enttäuschung, aber auch Interessen oder das Erleben der eigenen Person in unterschiedlichen Situationen wieder.
2. Positive Wertschätzung und emotionale Wärme: Diese Handlungsbedingungen spiegeln sich in der Akzeptanz des Psychotherapeuten hinsichtlich der Äußerungen des Klienten wider, aber auch in der Achtung vor dem Klienten als einer wertvollen Person mit Rechten eines freien Individuums. Dies führt zu einer Entlastung und Verminderung von Ängsten auf Seiten des Klienten, er fühlt sich in der Lage seine Probleme darzustellen und sich auf eventuelle Veränderungen einzulassen.
3. Echtheit und Kongruenz: Der Psychotherapeut soll und kann er selbst sein, ohne sich verteidigen zu müssen; diese Bedingung hat ebenfalls einen Lerneffekt für den Klienten, er ist befreit in dem Gedanken, sich selbst und seine Gefühle aufzudecken und zu verbalisieren (vgl. Dörner/Plog u.a. 2009, S. 610f.).

3.3.3 Verhaltenstherapie

Seitdem die Verhaltenstherapie 1953 von B.F. Skinner eingeführt wurde und sich im Laufe der Jahrzehnte, ausgehend vom Behaviorismus und lerntheoretischen Begründungen bis hin zu zunehmend sozialpsychologischen Erkenntnissen, fortentwickelte, hat sie sich mittlerweile fest in der Behandlung psychischer Erkrankungen etabliert. Die Verhaltenstherapie setzt ihr Ziel, anders als die vorgestellten psychotherapeutischen Verfahren, auf die Gegenwart, Zukunft und den Alltag des Klienten: sie liefert Techniken für den Umgang mit und Lösungen in problematischen und schwierigen Situationen. Verhaltenstherapeuten setzen auf die Aktivierung der Selbsthilfe und auf die Ressourcen bei ihren Klienten und geben Hilfe und Unterstützung bei der Beobachtung, der Veränderung oder Neuentwicklung von

Fertigkeiten und Handlungsmustern (vgl. ebd., S. 614f.). Als generelle Beispiele können hier alternative Bewältigungsstrategien zur Stresstoleranz, der bessere Umgang mit Gefühlen oder zwischenmenschlichen Beziehungen genannt werden.

Speziell für psychisch Kranke werden von dem Autor Pauls mehrere konkrete verhaltensorientierte Interventionen beschrieben, von denen ich hier einige nennen möchte: 1 Regulierung von Nähe und Distanz; es soll eine Beziehung hergestellt werden, die eine Balance zwischen Nähe und Distanz, aber auch Anteilnahme und Vertrauen widerspiegelt. Das heißt, Misstrauen und Rückzug respektieren und gleichzeitig unaufdringlich Kontakt aufnehmen. 2 Sorgfältige Behandlungsplanung; dies geschieht durch eine genaue Diagnostik und Zielformulierung sowie eine Reflexion der Interaktionen. 3 Kognitive Strukturierung; also eine Bündelung von Gedanken, da psychisch Erkrankte häufig in ihren Gesprächsthemen und Gedanken unbeständig und sprunghaft sind. 4 Betonung der Realität; den Bezug zur gegebenen Lebenssituation und Ereignissen herstellen, um unrealistischen Erwartungen und daraus resultierenden Enttäuschungen entgegenzuwirken. 5 Anleiten bei Handlungsverlust; das heißt das Wiedererlernen alter und verlorengangener Fertigkeiten sowie die Vorbereitung auf neue und bevorstehende Aufgaben und Situationen. Dabei soll immer mit den gesunden Anteilen gearbeitet und die Ressourcen des Erkrankten in den Vordergrund gestellt werden (vgl. Pauls 2004, S. 298ff.).

Somit ist auch mein zweites Kapitel, das der Sozialtherapie abgeschlossen. Das Folgende wird sich nun, laut Titel, mit den psychisch kranken jungen Erwachsenen befassen, die in sozialtherapeutischen Wohngruppen leben. Ich möchte meinen Blick zuerst kurz auf unterschiedliche Krankheitsbilder legen und dann ausführlicher die Klientel mit ihren individuellen Problemlagen und Persönlichkeiten beschreiben. Zudem werde ich in diesem Kapitel auf die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen eingehen und am Schluss erneut einen kurzen theoretischen Bezug herstellen.

4. Psychisch kranke junge Erwachsene

In sozialtherapeutischen Wohngruppen werden, wie im Vorangegangenen erwähnt, Kinder und Jugendliche oder auch junge Erwachsene (in meinen Darstellungen beziehe ich mich auf das Alter zwischen 18 und 26 Jahren) mit unterschiedlichen sozialen Problemlagen betreut. Diese ursächlichen und individuellen Schwierigkeiten, seien es psychische oder psychosomatische Erkrankungen, Suchtproblematiken, traumatische Erfahrungen aufgrund physischer oder sexueller Gewalterfahrung, sind Grund dafür, dass die Bewohner in der momentan vorherrschenden Situation nicht in der Lage sind, ihr Leben und ihren Alltag selbstständig zu gestalten.

Meist haben sie eine Reihe von Aufenthalten in Jugendpsychiatrien, stationären Psychotherapien oder psychosomatischen Kliniken hinter sich; ein Leben in ihrer eigenen Herkunftsfamilie ist aufgrund von aktuellen oder ursächlichen Problematiken, die ihre Krankheit bestimmen oder ihre psychosoziale Entwicklung und Reifung beeinträchtigen, nicht möglich.

4.1 Psychische Erkrankungen

„Psychische Störungen und Erkrankungen treten als Symptome im Bereich der Emotionen, des Denkens und Wahrnehmens, des Verhaltens sowie des körperlichen Erlebens und Empfindens auf. Psychische Erkrankungen sind nicht das Ergebnis körperlicher, erblicher oder bestimmter psychischer Schädigungen, sondern sie entstehen immer durch ein Zusammenwirken und Wechselspiel dieser Einflüsse.“ (Bosshard u.a. 2007, S. 24)

Wenn man von psychischen Erkrankungen spricht, so ist es von Bedeutung, zwei Diagnose- und Klassifikationssysteme zu nennen:

Zum einen die International Classification of Diseases, kurz „ICD“ oder seit Inkrafttreten der 10. Auflage 1993 „ICD-10“ genannt und definiert durch die Weltgesundheitsorganisation „WHO“. Diese Einordnung sämtlicher Erkrankungen und Störungen, körperliche wie seelische, in ein System bestehend aus mehreren Kapiteln (psychischen Erkrankungen wird das Kapitel mit dem Buchstaben F zugeordnet), dient mittlerweile weltweit der Erfassung von medizinischen Diagnosen als Grundlage der Gesundheitsberichterstattung und hat auf wissenschaftlicher und statistischer Ebene eine große Bedeutung erlangt. Die ICD-10 ermöglicht eine Einordnung von Symptomen, Beschwerden und der Anamnese, also der

Vorgeschichte eines Patienten, sodass einheitliche Diagnosen gestellt werden können (vgl. Röttgers/Nedjat 2003, S. 36f.).

Das von der American Psychiatric Association entwickelte Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, kurz „DSM“, ist das zweite relevante Klassifikationssystem; die aktuellste deutsche Auflage aus dem Jahre 2003 nennt sich „DSM-IV-TR“. Im Gegensatz zum ICD-10 ist dieses Klassifikationssystem eher forschungs- und verhaltensorientiert, definiert und beschreibt ausschließlich (über 200) psychische Störungen in 5 unterschiedlichen Achsen und konzentriert sich dabei auf die Beschreibung von Symptomen und Störungsverläufen und weniger auf Theorien oder Behandlungsmethoden. Im Grunde ist es aber kompatibel mit der zehnten Auflage des ICD (vgl. Zimbardo/Gerrig 2004, S. 662f.).

Versucht man, die psychischen Krankheiten der jungen Erwachsenen zu erfassen, die in einer sozialtherapeutischen Wohngruppe leben, so trifft man auf unterschiedliche Krankheitsbilder und Symptome: Depressionen oder depressive Phasen; Persönlichkeitsstörungen oder psychosomatischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Essstörungen; Traumata aufgrund körperlicher, psychischer und/oder sexueller Gewalterfahrung; dissoziative Phänomene; Psychosen; Angsterkrankungen und Zwangsstörungen; aber auch suizidale Krisen oder selbst- und/oder fremdverletzendes Verhalten sowie Suchterkrankungen.

Ich möchte nun in einem Zwischenkapitel auf zwei Krankheitsbilder etwas genauer eingehen, die Depression und die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Um den Rahmen nicht zu „sprengen“, werde ich mich nach einer kurzen Definition und Beschreibung jedoch auf die Formulierung der sozialen Problemlagen beschränken, die diese Erkrankungen mit sich bringen.

4.1.1 Depression

Nach ICD-10 (F32) leidet der depressive Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb, Aktivität, Konzentration und der Fähigkeit, Freude oder Interessen zu empfinden oder Entscheidungen zu treffen. Weitere Symptome sind Müdigkeit, Schlafstörungen und Appetitlosigkeit. Eine Depression oder, wie sie hier genannt wird, depressive Episode wird nach Anzahl und Schwere der Symptomatik als leicht, mittelgradig oder schwer eingestuft. Zur Entstehung einer

Depression werden in der Literatur unterschiedliche Ursachen genannt, von biochemischen Störungen der Neurotransmitter im Gehirn bis zu genetischen Faktoren oder auch Problemen beziehungsweise Beziehungs- und Bindungsstörungen in der frühen Kindheit.

Meiner Meinung nach ausschlaggebend für die sozialen Problemlagen einer Depression sind weitere Hauptsymptome wie die Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens und Gedanken über eigene Wertlosigkeit und aufkommende Schuldgefühle (vgl. Internetquelle 3: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information). Der depressiv Erkrankte befindet sich in einer Schleife von negativen Gedankenkreisen, er bezweifelt den Sinn und Wert seines eigenen Lebens, bei einer schweren Depression treten häufig Suizidgedanken auf. Diese Symptome führen im Verlauf zu einem Rückzug oder auch einer Isolation im alltäglichen und sozialen Leben; Freunde, Familie, gesellschaftliche Aktivitäten und die berufliche Tätigkeit treten in den Hintergrund oder werden vernachlässigt (vgl. Dörner/Plog u.a. 2009, S. 195f. und Zimbardo/Gerrig 2004, S. 676ff.).

4.1.2 Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung gehört laut ICD-10 (F60.3) zu den emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen. Diese Störung ist gekennzeichnet durch eine Unfähigkeit von Impulskontrolle und ein emotional instabiles Verhalten; verbunden mit einer unvorhersehbaren, launenhaften Stimmung und konflikthaften, streitsüchtigen Reaktionen in Beziehungen. Zusätzlich kommt es zu einer Störung des Selbstbildes, zu einem chronischen Gefühl von Leere und Einsamkeit in Verbindung mit Verlustängsten durch intensive aber wiederum auch unbeständige Beziehungsmuster und zu selbstverletzenden oder suizidalen Handlungen sowie häufig zu psychosomatischen Begleiterkrankungen wie Essstörungen.

Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, zeigen deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken und Fühlen in den Bereichen des Verhaltens und in psychologischen Funktionen (vgl. Internetquelle 4: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information).

Der Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung liegen unterschiedliche Ursachen zu Grunde: Genetische Dispositionen, verschieden schwerwiegende Umweltbedingungen, traumatische Erfahrungen durch sexuelle oder körperliche

Gewalt in der Kindheit, Vernachlässigung oder eine frühe Trennung von den Eltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen.

Die vielfältigen und schwerwiegenden Symptome wirken sich auf unterschiedliche Lebenslagen aus, so sind die erkrankten Personen in der Bewältigung ihres alltäglichen Lebens im sozialen und beruflichen Kontext stark beeinträchtigt; man spricht sogar auch von einer gestörten sozialen Funktionsfähigkeit oder einer verminderten psychosozialen Integration. Es drohen sozialer Abstieg, Verwahrlosung, Verschuldung und Suchtprobleme (vgl. Fabian u.a. 2009, S. V).

Auf diese Krankheitsbilder folgen nun die schon im Vorfeld erwähnten und für meine Arbeit wichtigsten gesetzlichen Grundlagen.

4.2 Gesetzliche Grundlagen

Manifestiert sich eine psychische Störung oder Erkrankung und schränkt das Leben und die gesellschaftliche Teilhabe des Betroffenen über einen längeren Zeitraum (mehr als 6 Monate) ein, so spricht man von einer psychischen oder seelischen Behinderung. Dieser Aspekt ist in Bezug auf mein Thema wichtig zu nennen, da erst das Vorliegen oder die Bedrohung einer psychischen oder seelischen Behinderung laut §2 SGB IX zur Inanspruchnahme von bestimmten Sozialleistungen berechtigt, wie §35a SGB VIII oder §54 Abs. 2 SGB XII, letztgenannter wird jedoch vorrangig der Eingliederungshilfe für körperlich und geistig behinderte Kinder und Jugendliche zugeordnet (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2008, S. 504).

Um diesen Aspekt genauer zu betrachten, möchte ich nun die wichtigsten rechtlichen Grundlagen nennen: §35, §35a und §41 SGB VIII.

Das 8. Sozialgesetzbuch regelt seit seiner Verabschiedung im Bundestag im Jahr 1990 die Kinder- und Jugendhilfe. In den Paragraphen 27- 35 sind die Hilfen zur Erziehung gesetzlich festgelegt, dieser Begriff umfasst verschiedene Hilfearten, die individuelle pädagogische und therapeutische Maßnahmen beinhalten. Hilfen zur Erziehung sind dann zu erbringen, wenn eine entsprechende Erziehung nicht gewährleistet oder für eine Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen geeignet und notwendig ist (§27 Abs. 1 SGB VIII).

4.2.1 §35 SGB VIII – Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung

§35 SGB VIII regelt die Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung. Sie „[...] soll Jugendlichen gewährt werden, die einer intensiven Unterstützung zur sozialen Integration und zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung bedürfen. Die Hilfe ist in der Regel auf längere Zeit angelegt und soll den individuellen Bedürfnissen des Jugendlichen Rechnung tragen.“ (ebd., S. 493)

4.2.2 §35a SGB VIII – Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

Daran schließt sich §35a des SGB VIII an, der mit dem Änderungsgesetz von 1993 in das SGB VIII aufgenommen wurde; die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. Anspruch auf diese Hilfe haben Kinder und Jugendliche, die seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind. Wie oben erwähnt, ist dies der Fall, wenn die seelische Gesundheit und somit die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit für einen Zeitraum von über sechs Monaten eingeschränkt ist oder von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Die Feststellung dieser Beeinträchtigung erfolgt durch einen Psychiater oder Psychotherapeuten nach dem vorgestellten Klassifikationssystem ICD-10. Über die dann notwendige Eingliederungshilfe, die nach Bedarf in ambulanter Form, in Tageseinrichtungen, durch Pflegepersonen oder in anderen sonstigen Wohnformen geleistet wird, entscheidet wiederum das Jugendamt (vgl. ebd.).

All diese individuellen Hilfen zielen darauf ab, Kinder und Jugendliche so zu unterstützen, dass sie ein größtmögliches Maß an selbstständiger Lebensführung erreichen.

4.2.3 §41 SGB VIII – Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung

Da die zuvor genannten Paragraphen die Hilfe speziell für Kinder und Jugendliche gesetzlich regeln, ich jedoch in meinen Ausführungen den Fokus auf die Klientel der jungen Erwachsenen lege, möchte ich nun noch den §41 des SGB VIII anfügen; die Hilfe für junge Volljährige. Dieser regelt, dass oben genannte Hilfen und Leistungen auch von Menschen ab dem 18. Lebensjahr in Anspruch genommen werden können, da mit Erreichen der formellen Volljährigkeitsgrenze nicht unbedingt die Persönlichkeitsentwicklung abgeschlossen ist. Zudem sollte mit dieser Regelung die

Verschiebung von jungen Volljährigen in den Leistungsbereich der Sozialhilfe unterbunden werden (vgl. Münder 2005, S. 1008).

Nach Abs. 1 soll einem jungen Volljährigen Hilfe für die Persönlichkeitsentwicklung und zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung gewährt werden, wenn und solange die individuelle Situation des jungen Menschen dies notwendig macht. Weiter heißt es in Abs. 2, dass für die Ausgestaltung dieser Hilfe unter anderen die Paragraphen 33- 36 SGB VIII gelten (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2008, S. 495).

4.3 Die Klientel und der spezielle Handlungsbedarf

Junge Erwachsene, die an einer psychischen Erkrankung leiden oder von einer seelischen Behinderung bedroht sind, benötigen (erzieherische) Hilfen, da ihr Erleben und Verhalten und die Möglichkeit der Teilhabe am sozial gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt ist. Aufgrund von sozialem Rückzug und Isolation oder auch einem Leben in chronisch konflikthaften Beziehungen mangelt es den psychisch kranken jungen Erwachsenen an Basiskompetenzen im Umgang mit anderen Menschen, an Fähigkeiten der Selbstwahrnehmung und -steuerung und an interpersonalen Fertigkeiten. Sie scheinen im sozialen Kontext verletzlich, verunsichert und strukturlos (vgl. Pauls 2004, S. 288). Ihre individuellen Biographien zeigen unterschiedlich schwerwiegende Probleme, Brüche und Diskontinuitäten auf, die ihnen die Entwicklung einer selbstsicheren und authentischen Identität erschwert oder nicht ermöglicht haben (vgl. Internetquelle 7: Leistungsvereinbarung „Pape“ e.V., S. 6).

Diese jungen Menschen, die in ihrer Kommunikation eingeschränkt sind, nicht gelernt haben, sich adäquat zu artikulieren, anderen zuzuhören oder eigene Bedürfnisse zu formulieren, die in ihrer Beziehungsfähigkeit beeinträchtigt sind, also schlecht Kontakte aufnehmen oder halten können oder Beziehungen abbrechen und schwer zu erreichen sind (vgl. Internetquelle 1: Binner/Ortmann, S. 7), benötigen Hilfe in der Vermittlung und dem Training sozialer und kommunikativer Kompetenzen zur Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen und der sozialen Integration (vgl. Pauls 2004, S. 288). Dies gelingt durch eine ganzheitliche Betrachtung des psychisch kranken jungen Erwachsenen und seiner individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten, in der Formulierung von Zielen und Prozessen, die eine Entwicklung und Veränderung anstreben. Aber auch durch eine Begleitung in der Gestaltung

seines Alltages und durch die Schaffung von Rahmenbedingungen für eine gerechte Lebensqualität.

So entwickeln sie nicht nur Ressourcen auf dem Gebiet von lebenspraktischen Fähigkeiten und sozialen Handlungskompetenzen, wie zum Beispiel Verantwortungsgefühl und respektvoller Umgang mit sich selbst und in einer Gruppe oder die Bewältigung von Konflikten und Krisen. Sondern sie lernen auch Selbstständigkeit und Selbstbewusstsein. Die Selbstakzeptanz und Selbsterkenntnis der psychisch kranken jungen Erwachsenen werden gestärkt und eine Identitätsfindung und -weiterentwicklung findet statt.

Ich fasse zusammen: Die handlungsleitenden Ziele sind erstens die Entwicklung von sozialen und kommunikativen Kompetenzen und sozialer Integration und zweitens die Ausbildung einer reifen, realitätsfähigen Persönlichkeit (vgl. Internetquelle 7: Leistungsvereinbarung „Pape“ e.V., S. 8). Die Ziele können nur erreicht werden, wenn der junge psychisch kranke Erwachsene in seiner individuellen Persönlichkeitsstruktur und seiner eigenen biographischen Geschichte angenommen, respektiert und akzeptiert wird und ihm ein Lernfeld geboten wird, indem positive Anteile gestärkt und Fertigkeiten erlernt werden können, er mit Grenzen und Krisen konfrontiert wird und er eigenverantwortliches Handeln lernt.

4.4 Theoretischer Bezug

Um nun wiederum einen kleinen theoretischen „Ausflug“ zu machen, möchte ich eine kurze Verbindung zu Eriksons Psychosozialen Stadien herstellen, die meiner Meinung nach, neben den psychischen Erkrankungen der jungen Erwachsenen, auch eine gewisse Erklärung für die Verhaltensweisen und Persönlichkeiten der Klienten gibt.

Erik Erikson, ein deutsch-amerikanischer Psychoanalytiker, entwickelte aufgrund der Annahme, dass jedes Individuum im Laufe seines Lebens bestimmte konflikt- und krisenbelastete Phasen durchlaufen muss, acht Stadien der psychosozialen Entwicklung. Diese Stadien, von der Geburt bis zum Seniorenalter, beinhalten jeweils einen bestimmten Konflikt, der „bearbeitet“ werden muss, um das nächste Stadium erreichen zu können und sich demzufolge als Mensch weiter entwickeln zu können. Konkreter beinhalten die Stadien sexuelle, aber auch soziale Aspekte einer Person und zudem soziale Konflikte, die sich aus Interaktionen zwischen Mensch und Umwelt ergeben.

In Bezug auf die Klientel der jungen Erwachsenen sind die Stufen Fünf und Sechs der Psychosozialen Stadien von Bedeutung: die Zeit der Adoleszenz und des frühen Erwachsenenalters. Die Krise in der Adoleszenz führt nach Erikson zur Entdeckung der wahren eigenen Identität und zu einem authentischen Selbstbild; die Krise des frühen Erwachsenenalters baut darauf auf und beinhaltet die Lösung des Konfliktes zwischen Intimität und Isolation, das heißt die Fähigkeit, tiefe emotionale und auch sexuelle Bindungen mit anderen Menschen einzugehen. Werden die genannten Krisen nicht bewältigt, so entsteht ein Selbstbild ohne stabilen Kern und Isolation führt zur Unfähigkeit, mit anderen Menschen in Beziehung und Kontakt zu stehen. (vgl. Zimbardo/Gerrig 2004, S. 470f.).

Nachdem nun die (drei) Hauptteile meiner Arbeit abgeschlossen sind, möchte ich, bevor ich zu meinen faziteinleitenden Betrachtungen komme, noch ein weiteres Kapitel anschließen. Ich nenne es, Soziale Arbeit und Therapie. Auch wenn hier nicht mein Fokus liegen soll, darf dieser Aspekt, der immer wieder in Diskussionen und in der Literatur aufgegriffen wird, und zwar ob die Soziale Arbeit lediglich „Therapieimitation“ betreibt, meiner Meinung nach in einer Arbeit zur Sozialtherapie nicht fehlen.

5. Soziale Arbeit und Therapie

Gleich zu Beginn: Ich darf, denke ich, voraussetzen, dass meine Meinung, Soziale Arbeit macht keine Therapie und Sozialarbeiter haben andere Aufgaben als Therapeuten, allseits geteilt wird.

Diese lässt sich an mehreren Punkten und bei einer Gegenüberstellung beider Professionen belegen. Der erste wesentliche Unterschied zwischen Sozialpädagogik und Therapie liegt in einer unterschiedlichen Blickrichtung: „aus therapeutischer Sicht besteht das Problem etwa in verfestigten und inadäquaten Erlebnisstrukturen der Person, aus pädagogischer in einer Kumulation von Orientierungen, Haltungen und Verhaltensweisen sowie häufig einer Aufsichtung von objektivierten Problemverstrickungen, die die Handlungssituation des Betreffenden über-

proportional belasten oder seine Ressourcen überfordern.“ (Gildemeister/Robert 2005, S. 1904)

Diese Blickrichtungen können sich zwar im Feld der psychosozialen Versorgung überlappen, jedoch werden auch hier in einer genauen Betrachtung wesentliche Unterschiede sichtbar:

Die Auftragslage; diese wird in der Sozialen Arbeit bedingt durch die unterschiedlichen Auftraggeber als diffus beschrieben, während sie in der Therapie klar definiert ist.

Das Setting; Soziale Arbeit findet vor Ort, im Alltag und in der Lebenswelt der Klienten statt und nicht in einem vorgesehenen und spezifischen Therapieraum.

Die Klientel; wird in der Sozialen Arbeit als sozial schwächer und anders als in der Therapie als nicht „abweisbar“ beschrieben.

Die Probleme; werden in der Sozialen Arbeit als Komplexität von Alltagsproblemen und in der Therapie als personenintentional und somit als eine Reduktion von Schlüsselproblemen charakterisiert.

Das Doppelmandat der Sozialen Arbeit; als markantester Unterschied zur Therapie, denn während man sich in der Therapie allein auf die helfende Beziehung beschränken kann und die Kontrolle an andere Institutionen und Instanzen abgeben darf, hat die Soziale Arbeit den Auftrag, beides zu vereinen, Hilfe und Kontrolle (vgl. Haselmann 2008, S. 260f. und Galuske 2009, S. 139).

Nach diesen Unterschieden der Sozialen Arbeit und Therapie möchte ich nun auch eine Gemeinsamkeit dieser Professionen darstellen, die es zweifelsohne gibt und eventuell sogar mitverantwortlich für die noch immer andauernde Diskussion ist.

Die Gemeinsamkeit von Sozialer Arbeit und Therapie liegt in ihrem einheitlichen Ziel, „[...] dass durch ihre Interventionen die Klienten mit sich, ihren Problemen, ihrem Leben und ihrem Alltag besser zurechtkommen. Es geht, kurz gesagt, beiden um Hilfe zur (besseren) Lebensbewältigung.“ (Galuske 2009, S. 134)

Nehme ich Bezug auf mein Thema, so ist für die Sozialtherapie anzufügen, dass natürlich auch hier Fachkräfte der Sozialen Arbeit und Therapeuten zusammen arbeiten, dies ist meiner Meinung nach keine Pflicht, sondern ein Muss; auch wenn beide als eigenständige Handlungsformen zu sehen sind, kann ohne ihr Zusammenwirken, die gegenseitige Kooperation mit Ideen keine adäquate Hilfe für den Klienten geleistet werden. Auch die Soziale Gruppenarbeit lehnt sich schon seit den 70er Jahren durch die Methodenkritik und darauf folgende Adaptation

therapeutischer Verfahren an psychotherapeutische Konzepte an (vgl. ebd., S. 132ff.). Und auch wenn sich die Soziale Gruppenarbeit psychologischer Theorien bedient, so darf sie keinen Therapieersatz darstellen. Sie hat, genauso wie die Sozialtherapie, ihr eigenes Profil, das sich auf die Gegenwart, reale und spezifische Problem- und Lebenslagen bezieht (vgl. Schmidt-Grunert 2009, S. 205).

In dem Diskurs von Sozialer Arbeit und Therapie soll es nicht um eine Bewertung gehen, nicht um „besser“ oder „schlechter“, „sondern [...] um die Stärken und Spezifika beider Handlungsformen, um so ggf. im Sinne von Thiersch in einem System psychosozialer Unterstützung die jeweiligen Stärken zu nutzen und sie nicht im Meer der Nivellierung untergehen zu lassen.“ (Galuske 2009, S. 142)

6. Fazit einleitende Betrachtungen

Dieser Teil meiner Arbeit, der jeweils auch eine Verbindung und Zusammenfassung meiner bisherigen Kapitel und Ausführungen darstellen und das bewusst kurz gehaltene Fazit in Kapitel acht einleiten soll, unterteilt sich in vier Abschnitte.

Als erstes möchte ich die Gemeinsamkeiten von Sozialer Gruppenarbeit und der Sozialtherapie aufzeigen. Der dann folgende Teil soll darstellen, welche Chancen und Nutzen durch die Soziale Gruppenarbeit in der Sozialtherapie und speziell in sozialtherapeutischen Wohngruppen erzielt werden können. Im dritten Teil möchte ich noch einmal auf die psychisch kranken jungen Erwachsenen in sozialtherapeutischen Wohngruppen eingehen und eine Bewertung abgeben, was die Methode der Sozialen Gruppenarbeit für sie bedeutet. Um einen praktischen Bezug herzustellen, folgt an dieser Stelle ein kleiner Exkurs zu einer besonderen Form der therapeutischen Gruppenarbeit, der Themenzentrierten Interaktion nach Ruth Cohn.

6.1 Gemeinsamkeiten von Sozialer Gruppenarbeit und der Sozialtherapie

Bei der Darstellung der Gemeinsamkeiten von Sozialer Gruppenarbeit und der Sozialtherapie möchte ich zunächst auf ihre jeweiligen Zielformulierungen eingehen. Die Ziele einer zunächst allgemeinen sozialen Arbeit mit Gruppen reichen vom Einüben sozialer Kompetenzen und Erlernen von Konfliktfähigkeit bis hin zur Stärkung des Selbstvertrauens und Gruppengefühls durch gemeinsame Aktivitäten.

Auch das Entdecken und Ausbilden eigener Interessen und Fähigkeiten, sowie die Akzeptanz und der Respekt von Regeln des Miteinanders gehören zu den Zielsetzungen (vgl. Thesing u.a. 2001, S. 173). An diese Formulierung anschließend, könnten nun die Ziele der Sozialen Gruppenarbeit in drei Punkten festgehalten werden: Erstens, das Wachstum, die Entwicklung und Wandlung der Einzelpersönlichkeit. Zweitens, die soziale Entfaltung der Gesamtgruppe und drittens, die Entwicklung der Gesellschaft.

Die Hauptziele der Sozialtherapie schließen sich an diese Punkte an. Sozialtherapie ist Ich-stützend, Halt und Orientierung gewährend und entwicklungsfördernd; sie findet im Alltag, in der Gesellschaft, in der Lebenswelt statt und orientiert sich an Ressourcen.

Desweiteren, wenn man von den Zielen der Sozialtherapie spricht, fallen immer wieder die Stichworte: Hilfe und Beziehung. Die professionelle Hilfe soll Entlastung, Unterstützung und Beistand vermitteln, ver- oder auch gebunden sein in eine (fördernde) personale und gesellschaftliche Beziehung. Es wird eine adäquate Bewältigung des alltäglichen Lebens angestrebt. Durch Beratung, therapeutische Gespräche und soziale Unterstützung sollen Basiskompetenzen, wie Motivation und Belastbarkeit im Beruf und hauswirtschaftliche Tätigkeiten, aber auch die Verbesserung von Selbständigkeit und sozialen Kontakten und Kompetenzen gefördert und entwickelt werden (vgl. Pauls 2004, S. 292).

Diese Zielsetzungen finden sich wiederum auch in den Grundlagen der Sozialen Gruppenarbeit. Sie lässt sich dort ansiedeln, wo mehrere Menschen Hilfe bei der Bewältigung alltäglicher Anforderungen und damit verbundener Probleme benötigen. Und „[...] hat ihre Grundlage in den vielfältigen Möglichkeiten, mittels Gruppenarbeit Prozesse zu initiieren, die bildend, sozialisierend und damit auch resozialisierend auf Individuen wirken können. Gruppenarbeit kann soziales Lernen ermöglichen und soziale Kompetenzen vermitteln, welche zur Alltagsbewältigung unabdingbar sind.“ (Schmidt-Grunert 2009, S. 14)

Es wird deutlich, dass die Zielformulierungen eindeutige Überschneidungen und Ähnlichkeiten aufweisen und somit eine Gemeinsamkeit zwischen Sozialer Gruppenarbeit und der Sozialtherapie darstellen.

Eine weitere Gemeinsamkeit liegt in den gesetzlichen Grundlagen, die von mir in Kapitel 2.3 für die Soziale Gruppenarbeit und in Kapitel 4.2 für die Sozialtherapie, im

Speziellen für psychisch kranke junge Erwachsene, dargestellt worden sind. Sowohl §29 als auch die §§35 und 35a fallen in den Bereich der Hilfen zur Erziehung. Sie haben somit eine gemeinsame Aufgabe in Erziehungshilfen, die für die Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen notwendig ist und von den Personensorgeberechtigten nicht gewährleistet werden kann (vgl. Münder 2005, S. 1006).

Als eine weitere Verbindung zwischen Sozialer Gruppenarbeit und Sozialtherapie möchte ich nun noch auf die KTL der Deutschen Rentenversicherung eingehen, die Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Diese ist seit 1997 ein bewährtes Instrument zur Dokumentation und Qualitätssicherung therapeutischer Leistungen. Hier werden Handlungsempfehlungen zur Ausgestaltung von Therapien für definierte Patientengruppen gegeben.

Ein Abschnitt dieser Klassifikation befasst sich mit der Klinischen Sozialarbeit und Sozialtherapie in der medizinischen Rehabilitation. Dazu heißt es: Sie soll „[...] motivieren, beraten, anleiten und unterstützen. Dabei kommen problemorientiert und individuell gewichtet unterschiedliche Methoden, wie z.B. Case-Management, Gruppenarbeit und Miteinbeziehung von Angehörigen zum Einsatz.“ (Internetquelle 2: Deutsche Rentenversicherung 2007, S. 119)

Die Soziale Gruppenarbeit wird dann als Erstes in Zusammenhang mit anderen Maßnahmen in der Klinischen Sozialarbeit und Sozialtherapie genannt. Ihre Therapieziele sind hier als Auseinandersetzung, Reflexion, psychosoziale Stabilisierung, Krankheitsbewältigung, Erarbeitung von Perspektiven und ressourcenorientierte Veränderungs- und Lösungsmöglichkeiten formuliert.

Im Folgenden schließen sich Handlungsempfehlungen für die sozialtherapeutische Einzelbetreuung und für die Sozialtherapie als Großgruppe an. Die Ziele sind hier unter anderem die verbesserte Wahrnehmung und Gestaltung des eigenen Lebensbereiches, die Motivationsentwicklung für eine selbstständige Lebensplanung und Lebensführung. Und in Bezug auf die Großgruppe, die Entfaltung von eigenen Interessen im Rahmen einer größeren Gemeinschaft und die Zunahme von psychosozialer Verantwortungsfähigkeit und Handlungskompetenz (vgl. ebd., S. 125ff.).

6.2 Chancen und Nutzen von Sozialer Gruppenarbeit in der Sozialtherapie und in sozialtherapeutischen Wohngruppen

Die sozialtherapeutische Gruppenarbeit in der Sozialen Arbeit hat sich aus dem schon eben genannten Ziel entwickelt, soziale Kompetenzen zu vermitteln, zu trainieren, zu erweitern und zu festigen. Hier beabsichtigen die Gruppenprozesse, die durch therapeutische Elemente geprägt sind, eine Veränderung des Individuums, sodass Problematiken unterschiedlicher Ursache behoben werden. Mit dieser Veränderung des Individuums ist die Entfaltung, das Wachsen und Reifen einer stabilen Persönlichkeit gemeint, die fähig ist, ein Leben in sozialer Gesellschaft zu führen, eigene Rechte wahrzunehmen und Pflichten zu erfüllen. Hier schließen sich auch die Werte- und Normvorstellungen der Sozialen Gruppenarbeit an: der Glaube an die Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung des Menschen, Partizipation und Mitverantwortung in der Gesellschaft (vgl. Schmidt-Grunert 2009, S. 63f.).

Wenn man von den Chancen und Nutzen der Sozialen Gruppenarbeit in der Sozialtherapie und auch in sozialtherapeutischen Wohngruppen spricht, so ist es außerdem wichtig, auf die sozialen Erfahrungen einzugehen, die durch ein Arbeiten in Gruppen entstehen. Hierzu zählen: die Einschätzung eigener und fremder Bedürfnisse, Selbständigkeit, Förderung der Kritikfähigkeit, Entwicklung von Toleranz, Ausbildung von Solidarität und Hilfsbereitschaft, Übernahme von Verantwortung und Stärkung der Kommunikationsfähigkeit (vgl. Metzinger 1999, S. 113). Diese vielfältigen Erkenntnisse, die auch mit Auseinandersetzungen und Krisen verbunden sind, führen dazu, sich selbst und auch andere vollständiger zu sehen; zu erkennen, „[...] wer man selbst ist und wer man selbst für den Anderen ist.“ (Dörner/Plog u.a. 2009, S. 284)

Diese Persönlichkeitsentwicklung und -reifung innerhalb einer Gruppe und im Speziellen in der Arbeit mit Gruppen in der Sozialtherapie und sozialtherapeutischen Wohngruppen, die einen dazu befähigt, einen gelingenden Alltag in der Gesellschaft zu leben, sehe ich als die größte Chance an. An diese Stellungnahme anschließend, möchte ich noch einmal auf die „Notwendigkeit der Gruppe“ eingehen.

„Jeder Mensch verdankt sein Dasein, seine Entwicklung und Entfaltung der Existenz von Gruppen.“ (Brandt 1979, S. 242)

Man kann sogar sagen, dass der Mensch von einem Leben in der Gruppe abhängig ist und ohne sie unvollkommen wäre. Die Entfaltung der eigenen Persönlichkeit und

auch die Entwicklung des sozialen Verhaltens würde jedem Individuum ohne Gruppenkontakte erheblich behindert und erschwert werden.

In seinem gesamten Lebensverlauf ist er darauf angewiesen, Mitglied einer Gruppe zu sein. Sein Denken, Fühlen und Handeln leitet sich davon ab. Auch wenn Selbstverwirklichung und Autonomie des Einzelnen in der heutigen Gesellschaft als wichtige Eigenschaften angesehen werden, darf nicht vergessen werden, dass diese wiederum nur in einer Gruppe, in einem Zusammenleben mit anderen entwickelt werden können. Gleichzeitig spielt aber bei diesem Begriff der Notwendigkeit, der Existenz der Gruppe ein gewisser Grad an Freiraum eine Rolle, die jedem Einzelnen eingeräumt werden muss, damit eine Gesundung oder Genesung ermöglicht wird (vgl. Dörner/Plog u.a. 2009, S.31).

6.3 Die Bedeutung für die psychisch kranken jungen Erwachsenen

Was bedeutet nun die Methode der Sozialen Gruppenarbeit für die psychisch kranken jungen Erwachsenen, die in sozialtherapeutischen Wohngruppen leben?

Um dies zu beantworten, muss man sich verdeutlichen, was für Kompetenzen bei diesen Menschen gefördert werden müssen, welche Probleme es zu bewältigen gilt. Ich möchte mich hier, nachdem ich im vorigen Kapitel auf die Entwicklung und Reifung der Persönlichkeit eingegangen bin, auf andere Merkmale beziehen. Wie in Kapitel 4.3 deutlich wird, benötigen psychisch kranke junge Erwachsene Hilfe und Begleitung bei der Bewältigung ihres Alltages, dies schließt die Verbesserung von zwischenmenschlichen Beziehungen und Integration sowie das Training sozialer und kommunikativer Kompetenzen mit ein.

Betrachtet man nun ausschließlich die sozialtherapeutische Arbeit mit psychisch Kranken, so ist diese, neben der Psychotherapie durch einen Therapeuten, definiert durch eine beratende und begleitende Arbeit. Die Ziele dieser Arbeit sind erstens die Arbeit am Selbstbild; es soll keine Ursachenforschung stattfinden, sondern es steht die momentane Situation im Vordergrund. Dem Kranken soll ein neues Bild über seine Person und seine Krankheit vermittelt werden. Zweitens sollen aktuelle Konflikte, etwa in der Familie oder Partnerschaft begleitet und unterstützt werden. Das dritte Ziel dieser sozialtherapeutischen Arbeit ist der Beistand bei der Bewältigung der gegenwärtigen Lebenssituation oder auch dem Tolerieren der psychischen Erkrankung (vgl. Pauls 2004, S. 296).

In Bezug auf mein Thema kommt nun zu diesen grundlegenden Bedingungen und in Anbetracht der oben genannten Merkmale und Kompetenzen, die es zu bearbeiten und zu erreichen gilt, die Rolle der Sozialen Gruppenarbeit hinzu.

Die Methode der Sozialen Gruppenarbeit unterstützt meiner Meinung nach die sozialtherapeutische Arbeit und lenkt ihre Ziele in eine positive Richtung. Durch ihren Fokus auf die Gruppe, ihre einzelnen Mitglieder, Rollen und das Zusammengehörigkeitsgefühl wird erstens eine Umgebung geschaffen, die den psychisch kranken jungen Erwachsenen die Möglichkeit der Gemeinschaft, Begegnung und der Zusammenarbeit bietet, die somit zweitens durch Interaktion und Kommunikation Fähigkeiten und Fertigkeiten erlangen, die sie als ein reifes, realitätsfähiges und selbstbewusstes Individuum zu einem Teil der sozialen Gesellschaft machen.

6.4 Exkurs – Eine besondere Form der therapeutischen Gruppenarbeit:

Die Themenzentrierte Interaktion

Anders als in meinen bisherigen Kapiteln, in denen am Schluss ein theoretischer Bezug folgte, möchte ich, wie im Vorangegangenen erwähnt, an dieser Stelle eine praktische und besondere Form der therapeutischen Gruppenarbeit anfügen. Die Themenzentrierte Interaktion, kurz TZI, nach Ruth Cohn.

Um die Entstehung der TZI zu erklären, ist es wichtig noch einmal auf den von mir in Kapitel 2.4.2 beschriebenen Begriff der Gruppendynamik zurückzukommen. Nach Kurt Lewin ist die Gruppendynamik die Bezeichnung für eine Forschungsrichtung im Rahmen der Sozialpsychologie, die erstens eine Analyse über die Entstehungsarten und -formen und die Funktion von sozialen Gruppen unter Einbeziehung von Entstehungsursachen trifft und zweitens Möglichkeiten der Einflussnahme oder Veränderungen von Strukturen und Verhaltensweisen der Gruppen untersucht. Diese handlungsorientierten Forschungsergebnisse führten auch zur Entstehung besonderer Formen der therapeutischen Gruppenarbeit, wie beispielsweise der Themenzentrierten Interaktion nach Ruth Cohn, deren Wurzeln in der Humanistischen Psychologie liegen und die in der heutigen Zeit in der Arbeit mit Gruppen eine große Popularität erlangt hat (vgl. Galuske 2009, S. 88f.).

Die Urheberin der Themenzentrierten Interaktion (TZI) ist die Psychotherapeutin Ruth Cohn. Ihr persönliches und durch praktische Erfahrungen gesammeltes Bestreben ihrer Entwicklungen entstand durch die Feststellung, dass Einzeltherapie nicht ausreichte, um psychische Gesundheit wieder herzustellen.

Schon 1955 entwickelte sie durch die Erkenntnis, dass Beziehungen und Lernen durch und in Interaktion geschieht, erste Formen dieser Methode; einer Methode des lebendigen Lernens, die individuelle, zwischenmenschliche und sachliche Aspekte zu einem geschlossenen Konzept verbindet. Es soll eine ausgeglichene Balance, zwischen den individuellen Bedürfnissen eines Menschen, seiner Persönlichkeit, Gruppeninteressen und Gruppenthemen und deren Wirkung zur Umwelt und Gesellschaft hergestellt werden. Das übergeordnete Ziel der TZI ist die persönliche Verhaltensänderung und -entwicklung sowie eine Bewertungsänderung.

„Themenzentriert“ bedeutet so viel wie, Themen, Ideen und Zielformulierungen in das Zentrum der beteiligten Person zu stellen; um diese dann in „Interaktion“ zwischen allen Beteiligten zu bearbeiten. So gelangt die Themenzentrierte Interaktion zu einer ganzheitlichen Sichtweise aller relevanten Variablen, die es in der Arbeit mit Gruppen zu berücksichtigen gilt. Zu diesen Elementen der TZI, die man sich bildlich als Eckpunkte eines Dreiecks vorstellen kann, gehören die Person „Ich“ in ihrer Individualität und Eigenständigkeit; die Gruppe „Wir“, das Thema „Es“ und die Umgebung oder Umwelt, die durch ihre äußeren Gegebenheiten die Gruppe beeinflusst (vgl. ebd., S. 254).

Die Aufgabe, die dem Gruppenleiter obliegt, besteht nun darin, zwischen diesen drei erstgenannten Elementen ein dynamisches Gleichgewicht herzustellen. Nur so entsteht die Voraussetzung für eine Gruppeninteraktion und die damit einhergehende Erfüllung von individuellen und gruppenbezogenen Zielen; nur durch das Zusammenwirken von Persönlichkeits-, Beziehungs- und Sachebene können sich eigene Kräfte entfalten, die Bedingung für eine Verhaltensänderung und individuelle Entwicklung darstellen.

Ruth Cohn hat in ihrem Konzept einige Regeln aufgestellt, die eine gelingende Kommunikation ermöglichen sollen: Vertritt dich selbst und sprich per „Ich“; sei authentisch und selektiv, mache dir bewusst, was du denkst und fühlst; sprich bei Interpretationen von anderen deine persönlichen Reaktionen darauf aus und halte dich mit Verallgemeinerungen zurück (vgl. Langmaack 2001, S. 15 und Metzinger 1999, S. 91f.).

Die TZI weist mit ihren konkreten Hilfsregeln ein breites Spektrum an nutzbaren Elementen auf, die es zu einem überschaubaren und gleichzeitig praktikablen Instrument der Strukturierung von Hilfeprozessen in Gruppen werden lassen (vgl. Galuske 2009, S. 259).

Bevor ich nun zum letzten Kapitel und dem Fazit meiner Arbeit komme, möchte ich noch einmal auf die Aufgaben der Sozialen Arbeit Bezug nehmen, die diese im Gesamtzusammenhang einnimmt.

7. Die Aufgabe der Sozialen Arbeit

Als etwas abstrakten Einstieg in dieses Kapitel möchte ich kurz auf den „allseits“ bekannten Begriff des bio-psycho-sozialen Modells eingehen. Nach Binner und Ortman zählt dieses Modell zu den Grundlagen für die Sozialtherapie (vgl. Binner/Ortman 2008, S. 74f.).

„Gegenstand der Sozialtherapie sind soziale Probleme [...]: Störungen in der sozialen Dimension biopsychosozial zu verstehender Gesundheit.“ (ebd., S. 78)

Diese Formulierung könnte man ausweiten und sagen, dass sozialtherapeutische Ansätze mehrere Behandlungsverfahren umfassen, die komplex miteinander verknüpft werden; das Verständnis einer komplexen Behandlung vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Modells (vgl. Frieboes 2005, S. 39).

Nach dem bio-psycho-sozialen Modell (Uexküll und Wesiack 1996) lassen sich gesundheitliche Problemlagen physiologischen, psychischen und sozialen Systemebenen zuordnen, diese stehen miteinander in Beziehung und sind untrennbar miteinander verbunden. Daraus folgt, vereinfacht gesagt, dass Gesundheit als intaktes und Krankheit als gestörtes Beziehungsgefüge definiert werden kann; Krankheit gilt als Ergebnis einer Passungsstörung. Als Passung wird hier die gegenseitige Beschreibung und Ergänzung von Organismus und Umgebung genannt. Um Krankheit zu vermeiden und Gesundheit zu erzeugen, müssen somit alle drei Ebenen, die physische, die psychische und die soziale miteinander kommunizieren und in Beziehung stehen.

Nach diesem Modell sind alle drei Aspekte von Krankheit von gleichwertiger Bedeutung; und in diesem Ergebnis liegt die Begründung für den Auftrag der Sozialen Arbeit in der Bearbeitung von gesundheitlichen Störungen, die wie erwähnt auch als eine soziale Störung und somit als ein soziales Problem zu verstehen sind.

Im Folgenden werde ich nun, nach diesem theoretischen Einstieg, einige praktische und anschaulichere Aufgaben der Sozialen Arbeit betrachten.

Seit der Psychiatrieenquête, die von mir in Kapitel 3.1 dargestellt wurde, und ihren grundlegenden und weiterentwickelten Reformen sind die Einrichtungen und Dienste für psychisch kranke Menschen zu einem wesentlichen und wichtigen Arbeitsfeld für Berufstätige in der Sozialen Arbeit geworden. Mittlerweile stellen die Fachkräfte aus der Sozialen Arbeit in den Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie, zu denen wie erwähnt unter anderen auch die sozialtherapeutischen Wohngruppen zählen, die größte Berufsgruppe dar (vgl. Röttgers/Nedjat 2003, S. 17).

Diese enge Verbindung zwischen der Psychiatrie und der Sozialen Arbeit ergibt sich einerseits aus bezeichnenden sozialpädagogischen Aufgaben und Tätigkeiten in diesen Institutionen, wie beispielsweise dem Informieren, Beraten, Ermutigen und Motivieren von Klienten oder das Planen, Koordinieren und Managen. Andererseits resultiert sie „[...] aus dem Doppelcharakter psychischer Krankheiten als einer Form gesellschaftlich stigmatisierter Abweichung von eingelebten alltäglichen Erwartungen und der vom psychisch kranken Menschen oft schmerzlich empfundenen Störungen seines Erlebens, Wahrnehmens, Denkens und des Scheiterns seiner Bemühungen, vertrauten Kontakt zu anderen Menschen und zur Welt aufrechtzuerhalten.“ (von Kardorff 2005, S. 1434)

Wie in den Standards für Sozialtherapie und psychosoziale Praxis festgelegt, erfordert diese Arbeit vom sozialtherapeutisch tätigen Sozialarbeiter Kompetenzen auf mehreren Ebenen, die in ihrer Verbindung die sozialtherapeutische Handlungsweise ausmachen. Die Subjektkompetenz, ich nenne sie stabile Persönlichkeit durch Selbsterfahrung; die therapeutische Kompetenz, das Erkennen und die Definition von Problemlagen sowie den sicheren Umgang mit therapeutischen Techniken; die Organisationskompetenz, eine Vernetzung von Hilfen unter anderem zur Ressourcenaktivierung, als Stabilisierung und Entlastung (siehe Anlage Punkt 7 und vgl. Internetquelle 8: Sektion Sozialtherapie 1997).

Betrachtet man nun die Aufgaben der Sozialen Arbeit speziell in sozialtherapeutischen Wohngruppen, so bezieht sich diese auf folgende Bereiche: Hilfe bei der Bewältigung der Lebensgeschichte, Gestaltung des Tagesablaufes und der Freizeit, Organisation des Haushaltes, Umgang mit Geld und Behörden, die Begleitung von Beziehungen oder auch die Aufarbeitung von Beziehungsproblemen; zudem sollen die Fachkräfte der Sozialen Arbeit in diesen Institutionen eine offene und menschliche Atmosphäre ermöglichen, für die Klienten einen Ansprechpartner darstellen und ihnen neue Perspektiven eröffnen.

Der Sinn (im diesem Umgang) liegt darin, auf das Allgemeine zu verweisen, auf Regeln, Normen und Pflichten, aber auch auf Freiheiten und in diesem Zusammenhang die Individualität (zum Beispiel spezielle Erkrankungen oder Abweichungen) und das Soziale, das heißt die Gruppe oder im weiteren Sinne die Gesellschaft, zu berücksichtigen. Es wird deutlich, dass die Betrachtung des Sozialen, die einen Teil des Umgangs ausmacht, an die Gruppe gebunden ist (vgl. Dörner/Plog u.a. 2009, S. 553).

Anders formuliert kann man sagen, dass sozialpädagogisches Handeln somit Bezug auf die individuelle Lebenswelt der Klienten nimmt, diese ist aber immer in einem gesellschaftlichen Kontext zu betrachten und in ihrer Einzigartigkeit und Komplexität ernst zu nehmen.

8. Fazit

In Anlehnung an meine in Kapitel sechs dargestellten Betrachtungen komme ich nun zum Ende, dem Fazit meiner Arbeit. Blickt man auf meine einleitenden Worte, so war mein Ziel dieser Arbeit, eine Verbindung zwischen der Methode der Sozialen Gruppenarbeit und der Sozialtherapie und im Speziellen den sozialtherapeutischen Wohngruppen herzustellen und ihre Plausibilität aufzuzeigen. Diese Verbindung habe ich in Kapitel 6.1 verdeutlicht, indem ich Gemeinsamkeiten dieser beiden Bereiche in ihren jeweiligen Zielformulierungen, den gesetzlichen Grundlagen und in den KTL (Klassifikation therapeutischer Leistungen) dargestellt habe.

Diese Tatsache, dass weit mehr Verbindungen und Überschneidungen dieser Bereiche existieren, als auf den ersten Blick in der Literatur deutlich wird, nehme ich als Grundlage, um meine Frage zu beantworten, inwieweit diese Synthese und Übernahme der Methode der Sozialen Gruppenarbeit in sozialtherapeutischen Wohngruppen für psychisch kranke junge Erwachsene möglich, sinnvoll oder gar notwendig ist. Meine Meinung ist, dass sie „alles drei“ sein kann.

Sie ist möglich, weil beide Bereiche dasselbe Ziel anstreben: eine Veränderung des Individuums und somit die Entfaltung, das Wachsen und Reifen einer stabilen Persönlichkeit, die fähig ist, ein Leben in sozialer Gesellschaft zu führen, eigene Rechte wahrzunehmen und Pflichten zu erfüllen (siehe Kapitel 6.2). Sie ist sinnvoll, da die Methode der Sozialen Gruppenarbeit in sozialtherapeutischen Wohngruppen

dabei mitwirkt, die Arbeit besonders für die Klientel der psychisch kranken jungen Erwachsenen noch effektiver zu gestalten und somit eine adäquate Hilfe in der Bewältigung des alltäglichen Lebens darzustellen. Die Methode der Sozialen Gruppenarbeit stellt für mich eine positive Bereicherung der sozialtherapeutischen Arbeit mit psychisch kranken jungen Erwachsenen dar; durch ihren Blick auf die Gruppe können zusätzliche Fähigkeiten und Fertigkeiten erlangt werden, die den jungen Erwachsenen die Möglichkeit eröffnen, als ein reifes, realitätsfähiges und selbstbewusstes Individuum Teil der sozialen Gesellschaft zu sein und ein gelingendes Leben zu führen.

Und aus diesem Grund ist sie meiner Meinung nach notwendig, weil nur ein Zusammenwirken verschiedener Methoden, eine Zusammenarbeit, Weitsicht und Offenheit für mich eine professionelle Soziale Arbeit ausmacht.

9. Anlage

Sektion Sozialtherapie Hannover am 26.10.1997

Standards für Sozialtherapie und psychosoziale Praxis

1.

Sozialtherapie ist ein Diagnose- und Interventionsverfahren, das Krankheiten, Behinderungen und Leiden feststellt, behandelt und lindert, die mit der psychischen und / oder sozialen Entwicklung und Umwelt eines Menschen in Zusammenhang stehen.

2.

Sozialtherapie ist offen für die Anwendung verschiedener wissenschaftlicher Verfahren.

Sie grenzt sich klar von modischen Psychotrends und Scharlatanerie ab.

3.

Sozialtherapie stellt eine Synthese und Kombination von Sozialarbeit und Psychotherapie dar.

Sozialtherapie ist nicht die Behandlungsmethode der Sozialarbeit. Sie findet zwar oft im Kontext von Sozialarbeit statt, wird jedoch häufig auch von anderen Berufsgruppen ausgeübt. Sie unterscheidet sich von der Sozialarbeit wesentlich durch ein (sozialtherapeutisches) Handeln, das auf einem entwicklungspsychologischen Verständnismodell begründet ist. Sie hat psycho- und soziodynamische Entwicklungsebenen und Entwicklungsnotwendigkeiten als handlungsleitende Basis.

Sozialtherapie ist psychotherapeutische bzw. psychosoziale Arbeit mit Einzelnen, Familien, Gruppen und in Systemen. Diese Arbeit ist nicht zwangsläufig an ein festes Setting gebunden. Die Fähigkeit zur Entwicklung eines Arbeitsbündnisses kann in der Regel bei KlientInnen / PatientInnen von Sozialtherapie nicht vorausgesetzt werden, diese Fähigkeit ist oft erstes Ziel der Therapie.

Sozialtherapie findet jenseits der Richtlinien-Psychotherapie statt. Sie kann darauf vorbereiten, in ein solches Behandlungsverfahren übergehen oder eine prognostisch sinnvolle Teilnahme an dieser ermöglichen. Sozialtherapie ist an den Ressourcen und an der Lebenswelt orientiert. Sie ist Ich-stützend, Halt und Orientierung gewährend und entwicklungsfördernd. Sie ist in diesem Sinne supportiv und dient der Nachreifung.

Sozialtherapie stellt eine Erweiterung psychotherapeutischen Handelns dar, indem sie auf die soziale Situation fokussiert.

4.

Sozialtherapie ist das Verfahren der Wahl, wenn eine mangelhafte Versorgung im Sinne kumulativer oder absoluter Traumatisierungen in den frühesten Lebensphasen stattfand und deren Auswirkungen die Lebensqualität eines Menschen nachhaltig beeinflussen.

Sozialtherapie hilft dem Einzelnen, sein Überleben zu sichern und so weit als möglich sei individuelles Wohlbefinden zu entfalten.

5.

Sozialtherapie ist die Methode der Wahl, wenn seelisches Leiden in Wechselwirkung zur sozialen Situation steht oder auch in ihr begründet ist. Sie richtet sich insbesondere an Menschen, die aus verschiedenen Gründen von soziale

Ausgrenzung bedroht oder betroffen sind.

Sozialtherapie versucht auf soziale Bedingungen einzuwirken, indem sie sich auf die Menschen in ihren komplexen sozialen Zusammenhängen, aber auch auf die sozialen Bedingungen selbst bezieht.

6.

Sozialtherapie berücksichtigt institutionelle und gesellschaftliche Aspekte sowie politische Veränderungsprozesse als Ausdruck ihrer Feldorientierung und ganzheitlichen Haltung. Diese Aspekte sind wesentlicher Bestandteil der Interaktion zwischen Sozialtherapeutin bzw. Sozialtherapeut, KlientInnen / PatientInnen und Institution.

7.

Sozialtherapie fordert vom sozialtherapeutisch Tätigen **Subjektkompetenz, therapeutische** und **Organisationskompetenz**. Die Verknüpfung dieser Aspekte bildet die sozialtherapeutische Sicht- und Handlungsweise.

Subjektkompetenz verlangt eine gründliche Selbsterfahrung. Ziel sollte ein gut funktionierendes, integriertes und integrationsfähiges "Ich" sowie die Fähigkeit, stabile zwischenmenschliche Beziehungen gestalten zu können, sein. Dies wird in der Regel über die Auseinandersetzung, das Erkennen und Reflektieren eigener Verhaltens- und Erlebensmuster, eigener Lösungs- und Vermeidungsstrategien, der Konfliktbewältigung und der Kommunikations- und Erlebensformen im Kontext der eigenen familiären, sozialen, beruflichen und gesellschaftlichen Lebenssituation zu erreichen versucht.

Therapeutische Kompetenz ist grundlegend gebunden an eine solide diagnostische Fähigkeit in Hinblick auf das Erkennen und die Definition von pathologischen Entwicklungen und Problemlagen. Problemdefinitionen werden nicht nur intraindividuell ausgemacht, sondern auch in Kategorien wie Lebensbedingungen, Milieu, soziale Prozesse gesucht. Sie bemißt sich ferner daran, wie weit es gelingt mehrdimensionale Problemanalysen zum Ausgangspunkt von Sozialtherapie zu nehmen, um somit eine sinnhafte Zusammenarbeit mit den KlientInnen / PatientInnen zu etablieren. Hierbei sind Partnerschaftlichkeit, Mündigkeit auf Klienten- / Patientenseite sowie auch auf Seiten der Therapeutinnen und Therapeuten wichtige gestalterische Elemente. Therapeutische Kompetenz setzt selbstverständlich die Kenntnis und den sicheren Umgang mit therapeutischen Techniken voraus, die ethisch verantwortlich angewendet werden.

Organisationskompetenz als wichtige Voraussetzung zur Sozialtherapie bedient sich vorwiegend der Organisationssoziologie, der Organisationspsychologie, der Feldforschung, des Krisen- und Konfliktmanagements, der Interaktionsanalyse. Exemplarisch gehören zur Organisationskompetenz die Organisation / Etablierung geeigneter Beratungs- und Therapieformen zur direkten Ressourcenaktivierung, z.B. im unmittelbaren sozialen / beruflichen Kontext, die Initiierung / Aktivierung von psychosozialen, politischen und / oder Organisation entwickelnden Innovationen, die Evaluation psychosozialer Prozesse. Handlungsleitendes Ziel ist hier die Vernetzung von Hilfen, die der Maßgabe dient, für KlientInnen- / PatientInnen stabilisierende, entlastende und heilende Effekte wirksam werden zu lassen.

8.

Qualitätssicherung: Die Sektion Sozialtherapie entwickelt geeignete Fortbildungs- und Selbsterfahrungsangebote, die die Qualität sozialtherapeutischer Arbeit auf fachlich und ethisch hohem Niveau sichern.

10. Literaturverzeichnis

- Binner, Ulrich; Ortmann, Karlheinz: Klinische Sozialarbeit als Sozialtherapie.
In: Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.) 2008: Klinische Sozialarbeit.
Konzepte – Praxis – Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus
S. 71-87
- Bosshard, Marianne; Ebert, Ursula; Lazarus, Horst 2007: Soziale Arbeit in der
Psychiatrie. 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie- Verlag
- Brandt, Gustav A. 1979: Psychologie und Psychopathologie für soziale Berufe.
11. Aufl. Neuwied, Darmstadt: Luchterhand
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2008: Übersicht über das Sozialrecht.
5. Aufl. Nürnberg: BW Bildung und Wissen Verlag
- Dörner, Klaus; Plog, Ursula; Teller, Christine; Wendt, Frank 2009:
Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie.
4. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Fabian, Egon; Dulz, Birger; Martius, Philipp 2009: Stationäre Psychotherapie der
Borderline- Störungen. Therapiespektrum und klinikspezifische
Behandlungskonzepte. Stuttgart: Schattauer
- Frieboes, Ralf-Michael 2005: Grundlagen und Praxis der Soziotherapie.
Richtlinien, Begutachtung, Behandlungskonzepte, Fallbeispiele,
Antragsformulare. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Galuske, Michael 2009: Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung.
8. Aufl. Weinheim, München: Juventa Verlag
- Gildemeister, Regine; Robert, Günther: Therapie und Soziale Arbeit.
In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans 2005: Handbuch Sozialarbeit
Sozialpädagogik. 3. Aufl. München: Reinhardt
S. 1901-1909
- Haselmann, Sigrid 2008: Psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie – systemisch oder
subjektorientiert? Ein Lehrbuch. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Kayser, Hans; Krüger, Helmut; Damaschke, Kristina; Haerlin, Christiane; Holland-
Moritz-Krüger, Käthe; Lellau, Erich; Mävers, Wolfram; Petersen, Peter; Rohde,
Marianne; Rose, Hans Klaus; Theine, Gerlinde; Veltin, Alexander; Zumpe,
Volker 1980: Gruppenarbeit in der Psychiatrie. Erfahrungen mit der
therapeutischen Gemeinschaft. 2. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme
- Klosinski, Gunter: Psychiatrische Krankheiten.
In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans 2005: Handbuch Sozialarbeit
Sozialpädagogik. 3. Aufl. München: Reinhardt
S. 1446-1453

- Krüger, Gerd Wintersemester 08/09: Power-Point-Präsentation
„Gruppenpsychologische Grundlagen“ zum Seminar „Soziale Arbeit mit
Gruppen“ / Modul 21.3
- Langmaack, Barbara 2001: Einführung in die Themenzentrierte Interaktion (TZI).
Leben rund ums Dreieck. Weinheim, Basel: Beltz Taschenbuch Verlag
- Metzinger, Adalbert 1999: Arbeit mit Gruppen. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Müller, Wolfgang C.: Gruppenarbeit. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans 2005:
Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. 3. Aufl. München: Reinhardt
S. 739-744
- Münder, Johannes: Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG).
In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans 2005: Handbuch Sozialarbeit
Sozialpädagogik. 3. Aufl. München: Reinhardt
S. 1001-1019
- Pauls, Helmut 2004: Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-
sozialer Behandlung. Weinheim, München: Juventa
- Röttgers, Hanns Rüdiger; Nedjat, Schide 2003: Psychiatrie für Sozialberufe.
Krankheitslehre – Behandlungsverfahren – Rechtsfragen.
Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Schmidt-Grunert, Marianne 2009: Soziale Arbeit mit Gruppen. Eine Einführung.
3. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Thesing, Theodor; Geiger, Bettina; Erne-Herrmann, Petra; Klenk, Christina 2001:
Sozialpädagogische Praxisfelder. Ein Handbuch zur Berufs- und
Institutionskunde für Sozialpädagogische Berufe.
Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Tillmann, Klaus-Jürgen 2006: Sozialisationstheorien. Eine Einführung in den
Zusammenhang von Gesellschaft, Institution und Subjektwerdung.
14. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Von Kardorff, Ernst: Psychiatrie und Sozialpädagogik/Sozialarbeit.
In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans 2005: Handbuch Sozialarbeit
Sozialpädagogik. 3. Aufl. München: Reinhardt
S. 1434-1445
- Zimbardo, Philip G.; Gerrig, Richard J. 2004: Psychologie.
16. Aufl. München: Pearson

Internetquelle 1:

Binner, Ulrich; Ortmann, Karlheinz: Sozialarbeit als Therapie – ein Entwurf.

In:

http://www.khsbberlin.de/fileadmin/user_upload/Weiterbildung/Binner_Ortmann_Sozialtherapie.pdf (Zugriff 19.05.2010)

Internetquelle 2:

Deutsche Rentenversicherung: KTL Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation 2007.

In:

http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_10492/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01__sozialmedizin__forschung/04__klassifikationen/dateianhaenge/ktl__2007__pdf,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/ktl_2007_pdf (Zugriff 19.05.2010)

Internetquelle 3:

DMDI / Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Affektive Störungen (F30-F39).

In:

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-f30-f39.htm> (Zugriff 10.06.2010)

Internetquelle 4:

DMDI / Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69).

In:

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-f60-f69.htm> (Zugriff 11.06.2010)

Internetquelle 5:

Knoll, Andreas: Die professionelle Sozialtherapie der Sozialen Arbeit.

In:

<http://www.psychiatrie.de/data/pdf/16/02/00/SFVortrag.pdf> (Zugriff 30.04.2010)

Internetquelle 6:

Krüger, Gerd 2007: Emotionale Prozesse in sozialen Gruppen.

In: standpunkt : sozial 2/2007.

In:

http://opus.haw-hamburg.de/volltexte/2009/747/pdf/Soziale_Gruppenarbeit.pdf (Zugriff 03.05.2010)

Internetquelle 7:

Leistungsvereinbarung nach § 78b, 78c SGB VIII zwischen der Freien und Hansestadt Hamburg vertreten durch die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz – Amt für Familie, Jugend und Sozialordnung – und dem Träger Pape2 e.V.

In:

<http://www.pape2.de/site/download/LVB-Kompakt.pdf> (Zugriff 08.06.2010)

Internetquelle 8:

Sektion Sozialtherapie 1997: Standards für Sozialtherapie und psychosoziale Praxis.

In:

http://www.sozialtherapie-dagg.de/htm_dokumente/standarts.htm
(Zugriff 30.04.2010)

Schriftliche Erklärung zur Bachelor-Thesis

Hiermit versichere ich, die vorliegende Bachelor-Thesis selbstständig und lediglich unter Benutzung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst zu haben.

Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Ich erkläre weiterhin, dass die vorliegende Arbeit nicht im Rahmen eines anderen Prüfungsverfahrens eingereicht wurde.

Anne Strobel

Hamburg, den 23.07.2010