

Soziales Kompetenztraining bei lern- und geistig- behinderten Kindern und Jugendlichen“ Michael Pum, Heinz v. Rhüden

Sehr geehrte Damen und Herren,

unser Impulsreferat wird sich in drei Teile gliedern.

Zunächst möchten wir Ihnen kurz vorstellen, was soziales Kompetenztraining ist und warum wir es für unsere Patienten einsetzen. Im zweiten Teil soll es um die Rahmenbedingungen, sprich die Bedingungen unserer Station 21 A1 gehen, damit Sie sich besser vorstellen können, vor welchem Hintergrund wir arbeiten. Im dritten Teil werden wir Ihnen vorstellen, wie wir das soziale Kompetenztraining für diese Bedingungen angepasst haben und Ihnen den Ablauf des Trainings vorstellen.

Das soziale Kompetenztraining

Was ist soziale Kompetenz? Man könnte diese definieren als die Fähigkeit, in sozial erwünschter und akzeptierter Weise, seine Bedürfnisse auszudrücken und erfolgreich durchzusetzen. Diese Verhaltensweisen sind nicht angeboren, man kann sie eintrainieren. Als Therapiemanuale sind unter anderem das Gruppentraining sozialer Kompetenzen für Erwachsene von Hinsch und Pfungsten (1998) und das Training mit sozial unsicheren Kindern von Petermann und Petermann (2003) zu nennen.

In der Literatur werden verschiedene Kenntnisse oder Fähigkeiten genannt, die man für sozial kompetentes Verhalten benötigt. Man könnte diese auch als „Werkzeuge“ dafür bezeichnen, die man in gelungener sozialer Interaktion gebrauchen können muss:

1. Als erstes wäre hier eine Kenntnis im Umgang mit Gefühlen zu nennen: Man muss den anderen Interaktionspartner einschätzen können, wie er psychisch gestimmt ist, um darauf angemessen reagieren zu können. Es ist andererseits aber auch genauso wichtig, seine eigenen Gefühle wahrnehmen und deuten zu können, um seine Bedürfnisse überhaupt erst registrieren zu können. Diese Kenntnisse der Gefühle scheinen zunächst banal, unsere Erfahrungen zeigen jedoch, dass unsere Patienten dabei große Schwierigkeiten haben, eigene sowie fremde Gefühle zu identifizieren.

2. Als weiteres Werkzeug wäre die Kenntnis über die Wirkung von Körpersprache und Stimme zu nennen. So wirkt man natürlich ganz anders ob man laut und kräftig oder leise und schüchtern spricht, ob man eine aufrechte oder in sich zusammengezogene Körperhaltung einnimmt. 3. Als weiteres wichtiges Werkzeug ist die Kenntnis zu nennen über die Wirkung unsere Gedanken auf unsere Gefühle und von diesen wiederum auf unser Handeln. Wenn man diesen Zusammenhang weiß, kann man sich auch bemühen, seine Gedanken in einer förderlichen Weise zu steuern.

Hierfür ein Beispiel: Ich fahre mit meinem Auto vor mein Haus und sehe, dass auf dem, für mich reservierten, Parkplatz ein anderes Auto steht. Nun könnte ich mir sagen: „Was für eine Unverschämtheit — der hat auf meinem Platz nichts zu suchen.“ oder ich könnte mir sagen: „Der hat hier zwar nicht zu parken, aber ich muss ja schließlich auch nicht so kleinkariert sein.“ Je nachdem, was ich mir denke, werde ich dem Falschparker gegenüber ganz anders auftreten, wenn ich versuche, ihn von meinem Parkplatz weg zu bekommen.

4. Dann gibt es natürlich noch verschiedene spezifische Verhaltensweisen, die wir als Werkzeug im sozial kompetenten Verhalten einsetzen, jeweils abhängig von der Situation. Wenn ich mein Recht einfordern will, muss ich z. B. wissen, dass ich hartnäckig bleiben soll, wenn ich bei einem anderen um Sympathie werben will, muss ich mich natürlich anders verhalten und versuchen, auf den anderen einzugehen usw.

Das soziale Kompetenztraining ist nun üblicherweise folgendermaßen aufgebaut: Zu nächst werden diese Werkzeuge in Theorie und Übungen vermittelt. Sodann werden konkrete soziale Situationen vorgegeben, dazu Rollenspiele durchgeführt, diese werden im Anschluss daran reflektiert, mit Verstärkung und Korrekturangeboten. Evtl. wird die Situation zur Verbesserung nochmals durchgespielt.

Damit wäre in aller Kürze vorgestellt, was soziales Kompetenztraining beinhaltet. Nun stellt sich die Frage, wozu wir dieses in der Therapie mit unseren Kindern und Jugendlichen brauchen. Die Antwort liegt eigentlich auf der Hand: Sehr viele unserer Patienten verfügen über keinerlei Handlungsstrategien in sozial akzeptierter Weise, ihre Wünsche einzufordern. Vielfach verfügen sie nur über Gewaltstrategien oder die eines sozialen Rückzugs. Für den langfristigen Therapieerfolg ist es somit zentral, dass unsere Patienten sich neue Verhaltensstrategien aneignen und einüben.

Rahmenbedingungen unserer Station 21 A1

Es handelt sich bei der Station 21 A 1 um eine fakultativ geschlossene Aufnahmestation mit 12 Betten für lern- und geistig behinderte Kinder und Jugendliche. Die durchschnittliche Verweildauer in unserer Station beträgt circa 6 — 8 Wochen, bei geistig behinderten Patienten ist auch eine längere Verweildauer von einem viertel Jahr möglich. Die Zusammensetzung der Gruppe variiert sehr stark und ist sehr unterschiedlich, sei es von der Altersstruktur her als auch von den intellektuellen Fähigkeiten. In den meisten Fällen können wir mit einem Teil der Gruppe kognitiv arbeiten und reflektieren, aber wir haben auch immer wieder intellektuell sehr schwache Kinder und Jugendliche, mit denen wir erwünschte Verhaltensweisen nur antrainieren können.

Wir machen immer wieder die Erfahrung, dass Kinder und Jugendliche, die zu uns kommen, sehr darunter leiden, kaum noch Selbstwertgefühl zu haben, da sie in ihrem bisherigen Leben stets erfahren haben, dass sie hinten an stehen, andere immer besser sind, oder aber dass viel zu hohe Erwartungen in sie gesteckt wurden. Bei uns fühlen sich die Kinder und Jugendlichen unter Ihres Gleichen, auch versuchen wir die Anforderungen entsprechend ihrer Fähigkeiten zu stellen, ihre Defizite anzunehmen und ihrer Ressourcen zu stärken. Durch klare durchschaubare Regeln können sich die Kinder und Jugendlichen einfacher und besser orientieren, auch haben sie immer häufiger Erfolgserlebnisse, auf denen sie aufbauen können.

Adaptation des Sozialen Kompetenztrainings (SKT) für die Station 21 A 1 und Ablauf des Trainings.

Wie bereits erwähnt, ist das soziale Kompetenztraining eine ideale Therapieergänzung bei unseren Störungsbildern mit häufiger Aggressivität oder sozialer Angstlichkeit, verbunden mit ausgeprägten Minderwertigkeitsgefühlen. Allerdings verlangt die kognitive Einschränkung unserer Patienten eine Modifikation, die eine möglichst weitgehende Vereinfachung und Verkürzung des Trainings gegenüber der ansonsten üblichen Form darstellt.

Das SKT haben wir in unserer Station folgendermaßen installiert: Es besteht bisher ein fester Termin pro Woche für jeweils eine Stunde, mit einer festen Gruppe mit drei bis vier Patienten sowie zwei Trainern. Unsere Stunde beginnen wir mit einem Rückblick auf die letzte Sitzung und sammeln die Erfahrungen, welche die Patienten vor dem Inhalt der letzten Stunde in der vergangenen Woche gemacht haben. Anschließend folgt eine Gefühlspantomime, d.h. anhand von Bildmaterial (Dinobilder) werden die Merkmale verschiedener Gefühle benannt und besprochen, danach von den Patienten pantomimisch dargestellt und erraten. Dieses funktioniert sehr gut und wir sind immer wieder überrascht, wie gut auch unsere Patienten Gefühle erkennen und ausdrücken können. Wir versuchen auch, etwas von den oben dargestellten „Werkzeugen“ in Theorie und Übung zu vermitteln, allerdings nicht systematisch am Stück sondern verteilt über die Stunde und eingestreut, wenn sich gerade ein Anknüpfungspunkt ergibt.

Zur Bedeutung der Wirkung unserer Gedanken auf unser Verhalten erzählen wir gerne das

Beispiel vom Stabhochspringer, der sich völlig anders in seiner Leistung verhalten wird, ob er sich vorher sagt: „Ich bin ausgeruht, gut trainiert und werde den Sprung schaffen“ oder sich vorher sagt: „Ich bin zu müde, heute ist nicht mein Tag, das wird sicher nichts.“

Jede Stunde wiederholen wir unseren Zauberspruch „Ich bleibe ruhig — alles klar, dann schaffe ich es wunderbar.“ Weitere Elemente, die wir versuchen zu vermitteln, sind die Wirkung von Körpersprache und Stimme, die Bedeutung von Höflichkeit und auch Hartnäckigkeit sowie die Notwendigkeit, seine Gefühle auszudrücken.

Daran anschließend wird den Patienten eine alltägliche Situation aus dem sozialen Miteinander der Station vorgegeben, beispielsweise: Ein Patient möchte in seinem Zimmer spielen, im Nachbarzimmer hat ein Mitpatient seine Musik sehr laut aufgedreht und der eine Patient möchte, dass der andere seine Musik leiser macht. Danach werden Vorschläge gesammelt, wie diese Situation wohl gemeistert werden könnte. Die Situation wird nun von den beiden Trainern als Modell vorgespielt und von der Gruppe reflektiert. Dieselbe Situation wird anschließend von einem Gruppenmitglied und einem Trainer als Gegenpart durchgespielt und dann wieder reflektiert. Hierbei ist sehr wichtig, dass die positiven Aspekte hervorgehoben werden und das Kind nicht kritisiert wird.

Daraufhin , wird besprochen was besser gemacht werden könnte und wenn nötig, die Situation noch einmal durchgespielt. Wir achten darauf, dass in jeder Sitzung jedes Gruppenmitglied einmal an die Reihe kommt um die Situation durchzuspielen. Der große Vorteil in der Vorgehensweise, einen Trainer den Gegenpart spielen zu lassen, liegt darin, dass wir als Trainer die Möglichkeit haben, die Situation entsprechend der jeweiligen Fähigkeiten unserer Spielpartner steuern zu können.

Zum Schluss dürfen sich die Patienten ein Spiel aussuchen, welches zusammen gespielt wird, und erhalten eine kleine Belohnung in Form einer kleinen Süßigkeit oder Ähnlichem. Nach jeder Stunde erhalten die Gruppenmitglieder dann noch Hausaufgaben in der Art, das Erlernte in der darauffolgenden Woche auch einmal bewusst einzusetzen.