



Hinsch • Pfingsten

6. Auflage

Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK



E-BOOK INSIDE +
ARBEITSMATERIAL

BELTZ

Hinsch • Pfingsten

Gruppentraining sozialer Kompetenzen
GSK

Rüdiger Hinsch • Ulrich Pfingsten

Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK

Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele

6., vollständig überarbeitete Auflage

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

BELTZ

Anschriften der Autoren:

Dr. Rüdiger Hinsch, Dipl.-Psych.
Nibelungenstr. 18
14109 Berlin
E-Mail: ruediger@hinsch.org
www.gsk-training.de

Dr. Ulrich Pfungsten, Dipl.-Psych.
Neuköllner Str. 14
33619 Bielefeld
E-Mail: ulrich.pfungsten@uni-bielefeld.de
www.gsk-training.de

Dieses E-Book ist auch als Printausgabe erhältlich
(ISBN 978-3-621-27954-3).

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.



6., vollständig überarbeitete Auflage 2015

1. Auflage 1983, Urban & Schwarzenberg, München

5., vollständig überarbeitete Auflage 2007, Beltz PVU, Weinheim

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2015
Werderstr. 10, 69469 Weinheim

Programm PVU Psychologie Verlags Union
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Dr. Svenja Wahl
Herstellung: Uta Euler
Umschlagbild: veer/1461809
Satz: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

E-Book

ISBN 978-3-621-28272-7

Inhaltsübersicht

Vorwort	11
I Grundlagen	15
1 Soziale Kompetenzen und Kompetenzprobleme	16
2 Ein Erklärungsmodell sozialer Kompetenzen und Kompetenzprobleme	25
3 Ätiologie sozialer Kompetenzprobleme	73
4 Interventionen	88
II Praktisches Vorgehen	139
5 Manual zum Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)	140
6 Ergänzende Hinweise und Materialien	196
7 Maßnahmen zur Erfolgskontrolle	216
III Anwendungsbeispiele	241
8 Anpassung des GSK an spezielle Aufgaben und Klientengruppen	242
9 Klinische Anwendungen	248
10 Anwendungen in anderen Bereichen	292
Anhang	325
Hinweise zum Arbeitsmaterial	326
Autorenverzeichnis	328
Literaturverzeichnis	329
Sachwortverzeichnis	357

Inhalt

Vorwort	11
I Grundlagen	15
1 Soziale Kompetenzen und Kompetenzprobleme	16
1.1 Soziale Kompetenzen	16
1.2 Soziale Kompetenzprobleme	20
1.3 Soziale Kompetenzen als Ressourcen	23
2 Ein Erklärungsmodell sozialer Kompetenzen und Kompetenzprobleme	25
2.1 Das Modell im Überblick	25
2.2 Problematische Teilprozesse	29
2.2.1 Situationale Überforderung	29
2.2.2 Kognitive Probleme: Wahrnehmung, Interpretation und Antizipation	31
2.2.3 Kognitive Probleme: Hintergrundfaktoren	42
2.2.4 Emotionale Probleme	51
2.2.5 Ungünstiges motorisches Verhalten	55
2.2.6 Verhaltenskonsequenzen	62
2.2.7 Zur Bedeutung einzelner Teilprozesse	71
3 Ätiologie sozialer Kompetenzprobleme	73
3.1 Entstehung sozialer Überforderung	74
3.2 Entstehung von Verhaltensdefiziten	76
3.3 Erwerb inkompetenter Verhaltensgewohnheiten	77
3.4 Erwerb sozialer Ängste	78
3.5 Entstehung kognitiver Dysfunktionen	82
3.6 Ungünstige Selbstverstärkungsgewohnheiten	85
3.7 Zusammenwirken von Ursachen	86
4 Interventionen	88
4.1 Trainings sozialer Kompetenzen – Konzepte und Anwendungsgebiete	88
4.1.1 Die Ansätze von Salter und Wolpe	88
4.1.2 Der lerntheoretische Ansatz der Social-Skills-Trainings	90
4.1.3 Kognitive Ansätze	91
4.1.4 Prozessorientierte Ansätze	95

4.1.5	Ansätze für verschiedene Klientengruppen	96
4.2	Konzeption des GSK	103
4.2.1	Sozial kompetentes Verhalten und Ziele des GSK	103
4.2.2	Drei Typen sozialer Situationen	105
4.2.3	Struktur und Aufbau des GSK	108
4.3	Evaluation des GSK	112
4.3.1	Empirische Erkenntnisse zu den Interventionsmethoden des GSK	113
4.3.2	Wirksamkeit des Gesamtprogramms	129
4.3.3	Langfristige Effekte	135

II Praktisches Vorgehen 139

5 Manual zum Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) 140

5.1	Voraussetzungen	140
5.1.1	Organisatorische und materielle Voraussetzungen	140
5.1.2	Ablauf der Sitzungen	142
5.1.3	Einführungsveranstaltung	144
5.2	Durchführung	148
5.2.1	Erste Sitzung: Einführung des Erklärungsmodells	148
5.2.2	Zweite Sitzung: Diskriminationstraining und »Recht durchsetzen«	158
5.2.3	Dritte Sitzung: Analyse von Selbstverbalisationen	168
5.2.4	Vierte Sitzung: »Selbstsicheres Verhalten in Beziehungen« (Teil 1)	172
5.2.5	Fünfte Sitzung: »Selbstsicheres Verhalten in Beziehungen« (Teil 2)	182
5.2.6	Sechste Sitzung: »Sympathie gewinnen«	184
5.2.7	Siebte Sitzung: Diskrimination der Situationstypen	193

6 Ergänzende Hinweise und Materialien 196

6.1	Die Rollenspiele	196
6.1.1	Grundsätze	196
6.1.2	Ablauf der Rollenspiele	198
6.1.3	Generelle Probleme	200
6.2	Der projektive Videofilm	203
6.3	Entspannungstraining	204

7 Maßnahmen zur Erfolgskontrolle 216

7.1	Notwendigkeit von Erfolgskontrollen	216
7.2	Probleme	217

7.3	Messinstrumente	219
7.4	Auswertung	225
III	Anwendungsbeispiele	241
8	Anpassung des GSK an spezielle Aufgaben und Klientengruppen	242
9	Klinische Anwendungen	248
9.1	Allgemeine Hinweise	248
9.2	Allgemeinpsychiatrie	255
9.3	Psychiatrische Psychotherapiestation	266
9.4	Suchtbereich einer psychiatrischen Klinik	271
9.5	Patientinnen mit Essstörungen	277
9.6	Sozial unsichere Kinder	283
10	Anwendungen in anderen Bereichen	292
10.1	Allgemeine Hinweise	292
10.2	Zielgruppen in spezifischen Lebenssituationen	295
10.2.1	Präventives Training für Kinder	295
10.2.2	Jugendliche	297
10.2.3	Eltern geistig und mehrfach Behinderter	304
10.2.4	Frauen	308
10.2.5	Migrantinnen	310
10.3	Abwandlungen für den beruflichen Bereich	311
10.3.1	Ausbildung von Pädagoginnen und Pädagogen	311
10.3.2	»Was tun gegen Gewalt« – Ein Trainingsprogramm für Lehrer und Lehramtsstudenten	315
10.4	Das GSK in der beruflichen Weiterbildung	316
10.4.1	Weiterbildung für Ingenieure	316
10.4.2	Leitungskräfte im Pflegedienst	318
10.4.3	Medizinisches Fachpersonal	319
10.4.4	Führungskräfte aus Wirtschaft und Verwaltung	322
10.5	Abschließende Bemerkung	324
	Anhang	325
	Hinweise zum Arbeitsmaterial	326
	Autorenverzeichnis	328
	Literaturverzeichnis	329
	Sachwortverzeichnis	357

Arbeitsblätter: Verzeichnis der Materialien und Fragebogen

Arbeitsblatt 1:	Erklärungsmodell	154
Arbeitsblatt 2:	Rollenspielsituationen vom Typ R – Recht durchsetzen	155
Arbeitsblatt 3:	Diskriminationstraining (Lang- und Kurzfassung)	163
Arbeitsblatt 4:	Instruktion für selbstsicheres Verhalten (R – Recht durchsetzen)	166
Arbeitsblatt 5:	Hausaufgaben – Recht durchsetzen	167
Arbeitsblatt 6:	Rollenspielsituationen vom Typ B – Beziehungen	176
Arbeitsblatt 7:	Gefühle entdecken und benennen	179
Arbeitsblatt 8:	Hausaufgaben – Gefühle benennen	180
Arbeitsblatt 9:	Instruktion für selbstsicheres Verhalten (B – Beziehungen)	181
Arbeitsblatt 10:	Rollenspielsituationen vom Typ S – Um Sympathie werben	188
Arbeitsblatt 11:	Instruktion für selbstsicheres Verhalten (S – Um Sympathie werben)	191
Arbeitsblatt 12:	Hausaufgaben – Um Sympathie werben	192
Arbeitsblatt 13:	Anleitung zur Entspannung 1: Lange Version (ca. 35–40 Minuten)	206
Arbeitsblatt 14:	Anleitung zur Entspannung 2: Verkürzte Fassung (ca. 18 Minuten)	210
Arbeitsblatt 15:	Anleitung zur Entspannung 3: Verkürzte Fassung (ca. 9 Minuten) mit Ruhebild	213
Arbeitsblatt 16:	Anleitung zur Entspannung 4: Verkürzte Fassung (ca. 7 Minuten) mit Ruhebild und Entspannungswort	215
Arbeitsblatt 17:	Unsicherheitsfragebogen	227
Arbeitsblatt 18:	Fragebogen IE-SV-F	230
Arbeitsblatt 19:	Problemfragebogen	235
Arbeitsblatt 20:	Stundenbogen	237
Arbeitsblatt 21:	Feedbackbogen	238
Arbeitsblatt 22:	IE-SV-F Vergleichswerte für verschiedene Gruppen	239

Vorwort

Klientinnen und Klienten berichten oft über sehr ähnliche Schwierigkeiten mit sozialen Beziehungen, vor allem damit, im Kontakt mit den Mitmenschen ihre eigenen Gefühle, Wünsche, Forderungen und Bedürfnisse einzubringen und für sich selbst befriedigend zu verwirklichen. Eine Verbesserung ihrer sozialen Kompetenzen erweist sich bei diesen Personen als zentrale Aufgabe einer Intervention. Sie ist in der Arbeit mit dem Einzelnen häufig aber nur unzureichend oder nur auf unökonomische Weise lösbar. Deshalb scheint es uns in solchen Fällen sinnvoll zu sein, individuelle Interventionen durch ein geeignetes Gruppenverfahren zu ersetzen oder doch zumindest zu ergänzen.

Auf der Suche danach sichteten wir zu Beginn der 1980er Jahre die einschlägigen Trainingsprogramme im deutschsprachigen Raum. Dabei erhielten wir wichtige Anregungen für die eigene Arbeit, merkten jedoch auch bald, dass keines dieser Programme voll unseren Vorstellungen entsprach: Sie waren entweder sehr aufwendig, nicht als Gruppentraining konzipiert, oder es lagen keine empirischen Belege ihrer Wirksamkeit vor. Wir entschlossen uns daher, ein neues Trainingsprogramm zu entwickeln, das folgende Bedingungen erfüllen sollte:

- ▶ Es sollte ein Gruppentraining sein, aus ökonomischen Gründen und um die Gruppe selbst für verhaltenstherapeutische Expositionseffekte zu nutzen.
- ▶ Es sollte weitgehend standardisiert sein und – als intensives, aber zeitökonomisches Basisverfahren – flexible Komponenten beinhalten, die je nach Klientel ausgedehnt oder verändert werden können.
- ▶ Es sollte auf verschiedenen Verhaltensebenen ansetzen und
- ▶ Elemente zur Modifikation kognitiver Prozesse beinhalten, weil diese – zahlreichen Forschungsergebnissen zufolge – besonders wichtige Determinanten sozialer Kompetenzprobleme darstellen.
- ▶ Das Training sollte nicht nur Verhaltensfertigkeiten, sondern in erster Linie Bewältigungstechniken vermitteln, um einen Transfer der Trainingseffekte zu erleichtern.
- ▶ Eine Vermischung von selbstsicheren und aggressiven Verhaltensweisen sollte vermieden werden.
- ▶ Die Ablösung von einem reinen Durchsetzungstraining in Richtung eines Trainings allgemeinerer sozialer Kompetenzen sollte nicht nur vom Begriff her, sondern auch auf der inhaltlichen und strukturellen Ebene vollzogen werden.
- ▶ Die Trainingskonzeption sollte theoretische und empirische Erkenntnisse aus der einschlägigen Forschung berücksichtigen.

Auf der Basis dieser Zielsetzungen entwickelten wir zunächst eine globale Trainingskonzeption. Nach Maßgabe dieser Ziele wurden dann aus zahlreichen empirischen

Untersuchungen und aus anderen Programmpaketen einzelne Trainingskomponenten ausgewählt und für unsere Ziele aufbereitet. Die erste Version des Programms wurde bei einigen Studentengruppen eingesetzt und korrigiert. Als Resultat entstand das »Gruppentraining sozialer Kompetenzen« (GSK), das an weiteren (insbesondere auch nicht-studentischen) Gruppen erprobt wurde.

Unser Trainingskonzept stieß bei Kolleginnen und Kollegen aus verschiedenen pädagogischen, medizinischen und psychologischen Tätigkeitsbereichen von Anfang an auf ein erstaunlich reges Interesse, was uns schließlich dazu veranlasst hat, die Erfahrungen mit dem GSK zu Papier zu bringen. Dabei haben wir Wert darauf gelegt, ein Buch zu verfassen, das die Anwender mit allen theoretischen und praktischen Informationen versorgt, die für eine eigenständige und hinreichend qualifizierte Durchführung des Trainings notwendig sind. Das vorliegende Buch beinhaltet drei Teile:

- ▶ In *Teil I* wird Wissen vermittelt, das für die Trainingsarbeit mit sozial inkompetenten Klientinnen und Klienten von grundlegender Bedeutung ist. Dabei wird auf Formen, Entstehung und Modifikation sozialer Kompetenzprobleme eingegangen. Anschließend geht es um eine Darstellung der speziellen theoretischen und empirischen Grundlagen des GSK: Zunächst werden die Ziele und Vorgehensweisen des Trainings skizziert. Es folgt ein Überblick über empirische Befunde, die zur Aufnahme bestimmter Interventionstechniken in das Trainingsprogramm geführt haben. Berichte über die Effektivität des GSK-Gesamtprogramms beschließen diesen Teil.
- ▶ In *Teil II* des Buches wird die praktische Durchführung des GSK dargestellt. Dieser Teil enthält in Form eines Trainingsmanuals alle Angaben, die zur Durchführung der (sieben) Sitzungen des GSK in seiner Standardversion notwendig sind. Hier finden sich auch die Arbeitsblätter für Klienten, die aus dem E-Book inside als PDF-Dateien ausgedruckt oder unter www.beltz.de als editierbare Word-Dateien heruntergeladen werden können. Praktische Hinweise, wie Trainer den Erfolg ihrer Tätigkeit kontrollieren können, werden in einem gesonderten Abschnitt behandelt.
- ▶ In *Teil III* geht es um Fragen der Indikation, und um die Anpassung des Programms an spezielle Klientengruppen und Aufgabenstellungen. Das praktische Vorgehen dabei wird an zahlreichen klinischen und nicht-klinischen Anwendungsbeispielen verdeutlicht.

Hinweise zur Verwendung des GSK mit spezifischen Klientengruppen und dazugehörige Arbeitsblätter finden sich im Übrigen auch auf der Internet-Seite www.gsk-training.de. Wir möchten an dieser Stelle alle Anwender des GSK auffordern, uns ihre Erfahrungen und modifizierten Arbeitsblätter zur Verfügung zu stellen, um sie dort publizieren zu können.

Die bewährte allgemeine Konzeption des Buches, die schon den vorigen Auflagen zugrunde lag, wurde auch bei der vorliegenden sechsten Auflage beibehalten. Allerdings wurde die Gliederung geringfügig verändert und – wo es sinnvoll und notwendig erschien – wurden Kapitel überarbeitet und aktualisiert. Mittlerweile liegt auch ein

spezielles Selbsthilfebuch auf der Grundlage des GSK-Trainingskonzepts vor (Hinsch & Wittmann, 2010), das sich allerdings in erster Linie nicht an Trainer, sondern an Nicht-Fachleute wendet, die selbst ihre soziale Kompetenz verbessern möchten. Hier wurde versucht, das, was in einer Trainingsgruppe im Dialog abläuft, in einen fortlaufenden Text mit Übungsteilen umzusetzen, was sich nicht einfach gestaltete, da ein Buch zwangsläufig immer eine Einwegkommunikation ist. Wir glauben aber, dass das Ergebnis recht gut gelungen ist und insbesondere dann von Nutzen sein dürfte, wenn man Klienten/Trainingsteilnehmern etwas in die Hand geben möchte, mit dem sie allein weiterarbeiten können.

Mindestens die Hälfte der Personen, die mit sozialen Kompetenztrainings zu tun haben, sind Klientinnen, sind Therapeutinnen, Trainerinnen, Forscherinnen usw., also weiblichen Geschlechts. Diese Tatsache wird im vorliegenden Text gelegentlich durch entsprechende Formulierungen in Erinnerung gerufen. Für eine systematische »geschlechtsausgeglichene« Umformulierung des gesamten Textes sahen wir allerdings bisher keine wirklich praktikablen und leser(innen)freundlichen sprachlichen Möglichkeiten.

Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen wurde in Zusammenarbeit mit Dr. Mathilde Bauer und Manfred Weigelt entwickelt und erprobt. Dr. Sylvia Martinsen und Hanns Steinhorst haben in der Anfangsphase des Projekts wichtige Beiträge geleistet. Für die Unterstützung bei der sechsten Auflage des Buches danken wir Dr. Svenja Wahl und Andrea Schrameyer vom Beltz-Verlag.

Berlin/Bielefeld, Frühjahr 2015

*Rüdiger Hinsch
Ulrich Pfingsten*

I Grundlagen

- 1 Soziale Kompetenzen und Kompetenzprobleme
- 2 Ein Erklärungsmodell sozialer Kompetenzen und Kompetenzprobleme
- 3 Ätiologie sozialer Kompetenzprobleme
- 4 Interventionen

1 Soziale Kompetenzen und Kompetenzprobleme

Ulrich Pfingsten

1.1 Soziale Kompetenzen

Die psychische Gesundheit, Lebensqualität und Selbstverwirklichung von Menschen ist in vieler Hinsicht davon abhängig, inwieweit sie fähig sind, Kontakt zu ihren Mitmenschen aufzunehmen und soziale Interaktionen den eigenen Bedürfnissen und Zielen entsprechend mitzugestalten. Früher wurden in diesem Zusammenhang Begriffe wie Selbstbewusstsein, Selbstsicherheit, Durchsetzungsvermögen oder Kontaktfähigkeit verwendet. Wenn stattdessen heute von sozialen Kompetenzen gesprochen wird, bedeutet das mehr als eine modische Neubenennung alter Themen. Es wird damit vielmehr die Verbindung zum Kompetenzkonzept hergestellt, das aufgrund bestimmter, auch anwendungsbezogener Vorzüge inzwischen eine eigene Tradition in verschiedenen Bereichen der Psychologie hat.

- ▶ **Persönlichkeitspsychologie.** Der Persönlichkeitspsychologe Walter Mischel kritisierte, dass es eigentlich wenig hilfreich ist, Menschen durch Eigenschaften im herkömmlichen Sinne zu charakterisieren. Viel aussagekräftiger sei hingegen oft die Beschreibung ihrer Fähigkeiten, sich in bestimmten Situationen erfolgreich zu verhalten. Den Nutzen einer solchen Sichtweise haben etwa Elliot und Dweck (2005) am Beispiel der Leistungsmotivation demonstriert.
- ▶ **Sozialpsychologie.** Michael Argyle und seine Mitarbeiter entwickelten ein Modell sozialer Fertigkeiten, das sie durch ein eindrucksvolles Forschungsprogramm ausgebaut und empirisch untermauert haben (vgl. Hollin & Trower, 1986).
- ▶ **ABO-Psychologie.** Beträchtliches Interesse am Konzept der sozialen Kompetenzen ist seit einiger Zeit in der Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie entstanden (vgl. Cherniss, 2000; Greimel-Fuhrmann, 2013; Kanning, 2002, 2005).
- ▶ **Entwicklungspsychologie.** Wie sich kognitive, emotionale und soziale Kompetenzen entwickeln, ist ein wesentlicher Gegenstand der Entwicklungspsychologie (vgl. Ladd, 2005; Landy, 2009; Matson, 2010; Rose-Krasnor, 1997; Smith & Hart, 2011). Das hat natürlich auch Implikationen für die Entwicklungspsychopathologie (vgl. z. B. Zigler & Glick, 2001).
- ▶ **Pädagogische Psychologie.** Im pädagogischen Kontext beschäftigt man sich seit geraumer Zeit nicht nur mit der Förderung kognitiver, sondern auch sozialer und emotionaler Kompetenzen (vgl. Consortium, 1997; Jerusalem & Klein-Heßling, 2002; Topping et al., 2000). Der Erwerb von Schlüsselkompetenzen wird inzwischen als zentrales Ziel eines integrativen internationalen Bildungskonzeptes diskutiert (vgl. Rychen & Salganik, 2003).
- ▶ **Psychopathologie.** Vor allem in den USA wurde der interpersonale Aspekt psychischer Störungen immer schon stark beachtet (vgl. Segrin, 2001). So wiesen Zigler

und Phillips darauf hin, dass die prämorbid soziale Anpassung und damit auch die sozialen Kompetenzen von Patienten für den weiteren Verlauf von psychischen Störungen und für deren Therapie- und Rehabilitationschancen sehr wichtig sind (Zigler & Phillips, 1962; vgl. auch Saß et al., 2003). Im klinisch-therapeutischen Bereich haben Bellack, Goldstein, Liberman und ihre Mitarbeiter entscheidend zur Entwicklung von Interventionen beigetragen, bei denen die Verbesserung der Kompetenzen von Patienten im Mittelpunkt steht (vgl. z.B. Kopelowicz et al., 2007; Sprafkin et al., 1993). Inzwischen spricht einiges dafür, dass das Konzept und die Erforschung kognitiver, emotionaler oder sozialer Kompetenzen in der klinischen Praxis eine besonders geeignete Grundlage für die Entwicklung *transdiagnostischer Interventionen* bieten könnte (vgl. Mansell et al., 2009).

- ▶ **Klinische Kinder- und Jugendpsychologie.** Dodge zeigte in beeindruckender Weise, bei wie vielen psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters soziale Kompetenzprobleme eine Rolle spielen: Im Diagnosesystem des DSM (in der damaligen Version III-R) war das in den Diagnosekriterien von 31 Störungen der Fall (Dodge, 1989). Entsprechende Trainingsprogramme haben deshalb bei der Behandlung und Prävention internalisierender und externalisierender Störungen einen erheblichen Stellenwert (vgl. Beelmann et al., 1994; Beelmann & Lösel, 2006; Jürgens & Lübben, 2014; Matson, 2010; Pfingsten, 2009b; Spence, 2003).
- ▶ **Präventions- und Gemeindepsychologie.** In der Präventions- und Gemeindepsychologie wurden kompetenztheoretische Überlegungen immer schon stark betont. Sommer (1977) stellte z.B. die Vermittlung von Kompetenzen als Ziel jeglicher primärer Prävention dar (vgl. auch Gesten & Jason, 1987; Repucci et al., 1999).
- ▶ **Gesundheitspsychologie.** Der Erhalt oder die Wiedererlangung psychischer und körperlicher Gesundheit ist an das Vorhandensein bestimmter Schutzfaktoren bei der betreffenden Person gebunden. Dazu gehören soziale Kompetenzen (Eisler, 1984), aber auch umfassendere Lebenskompetenzen (vgl. McLoughlin & Kubick, 2004; Jerusalem & Meixner, 2009).

Diese Beispiele deuten an, dass das Kompetenzkonzept mit seinen spezifischen Eigenheiten, die weiter unten noch näher zu erläutern sind, ein Bindeglied zwischen verschiedenen Bereichen der Psychologie sein kann. Dabei eröffnen sich oft gerade auch für praktische Anwendungen interessante und neue Perspektiven. So hat sich im Bereich psychologischer Intervention und Psychotherapie eine eigenständige Gruppe von Interventionsverfahren entwickelt: die psychologischen Kompetenztrainings (O'Donohue & Krasner, 1995a). Sie beziehen sich auf verschiedene Verhaltensbereiche, wobei den Trainings zur Förderung des sozialen Verhaltens von Menschen allerdings von jeher eine besondere Bedeutung zukommt (vgl. Pfingsten, 2009a).

Was sind soziale Kompetenzen?

Als Kerngedanke meint der Begriff »soziale Kompetenz« die Fähigkeit eines Menschen, angemessene Kompromisse zwischen eigenen Bedürfnissen einerseits und sozialer Anpassung andererseits zu finden. Dieser Gedanke ist auf den ersten Blick plausibel. Es ist jedoch nicht leicht, ihn für praktische Anwendungen näher zu präzisieren. Welche

konkreten Verhaltensweisen sind gemeint, wenn man von sozialen Kompetenzen spricht? Um einen ersten Eindruck davon zu geben, soll hier eine Aufzählung von Gambrell wiedergegeben werden (s. Kasten).

Beispiele sozial kompetenter Verhaltensweisen

(nach Gambrell, 1995a)

- ▶ Nein sagen
- ▶ Versuchungen zurückweisen
- ▶ Auf Kritik reagieren
- ▶ Änderungen bei störendem Verhalten verlangen
- ▶ Widerspruch äußern
- ▶ Unterbrechungen im Gespräch unterbinden
- ▶ Sich entschuldigen
- ▶ Schwächen eingestehen
- ▶ Unerwünschte Kontakte beenden
- ▶ Komplimente akzeptieren
- ▶ Auf Kontaktangebote reagieren
- ▶ Gespräche beginnen
- ▶ Gespräche aufrechterhalten
- ▶ Gespräche beenden
- ▶ Erwünschte Kontakte arrangieren
- ▶ Um einen Gefallen bitten
- ▶ Komplimente machen
- ▶ Gefühle offen zeigen

Die Anschaulichkeit und Praxisnähe solcher Aufzählungen sind zugleich ihr größter Nachteil: Verschiedene Autoren kommen nämlich z.T. zu recht unterschiedlichen Auflistungen. Das hat zur Folge, dass in Trainingsprogrammen nicht immer dasselbe unter sozialen Kompetenzen verstanden wird; dadurch aber unterscheiden sich auch deren Indikationsstellung, Therapieziele und Interventionsmethoden. Deshalb halten wir es für wichtig anzugeben, von welcher allgemeineren Definition im vorliegenden Buch ausgegangen wird (vgl. Döpfner et al., 1981).

Definition

Arbeitsdefinition »soziale Kompetenz«. Unter sozialer Kompetenz verstehen wir die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen für den Handelnden zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen führen.

Das bedeutet: Der oder die Handelnde muss Verhaltensweisen, die vor allem langfristig sinnvoll und erfolgreich sind, nicht nur prinzipiell *können* (= Verfügbarkeit), sondern imstande sein, sie in einer Alltagssituation dann auch wirklich anzuwenden. Dabei kommt es auf äußere (»motorische«) Verhaltensweisen an, aber auch auf die Fähigkeit, Gedanken und Gefühle in sinnvoller Weise bedürfnis- und zielgerecht zu regulieren. Gerade die Bedeutung dieses Aspektes wird im nächsten Kapitel noch deutlich werden.

Die hier zunächst nur kurz erwähnte Arbeitsdefinition wird in Abschnitt 4.2.1 näher erläutert. Sie dient als pragmatische Grundlage für unsere theoretischen Überlegungen und für unser Trainingskonzept, ist jedoch nicht als Lösung aller Definitionsprobleme gedacht, die mit dem Kompetenzbegriff verbunden sind (vgl. Pfungsten, 1984; Kanning, 2002, 2005; Rose-Krasnor, 1997; Topping et al., 2000; Wittmann, 2005).

Soziale Kompetenz – eine Eigenschaft?

Eigenschaftskonzepte. Durchsetzungsfähigkeit (Assertiveness), Selbstsicherheit, Kontaktfähigkeit usw. werden oft als allgemeine und überdauernde Persönlichkeitseigenschaften betrachtet, die verhältnismäßig situationsunabhängig sind. Salter (1949) nahm z.B. an, dass sich bei einem Kind durch entsprechende Erfahrungen eine Art »gehemmte Persönlichkeit« entwickelt. Diese Hemmung soll im Erwachsenenalter ziemlich stabil bleiben und auf eine Vielzahl sozialer Verhaltensweisen und Situationen generalisieren. Für Cattell (1965) ist Durchsetzungsvermögen eine Eigenschaft, die auf eine vererbliche Grundlage zurückgeht. Auch Wolpe (1973) geht noch von einem relativ breit generalisierten Assertiveness-Konzept aus.

Diese Auffassungen finden eine gewisse Entsprechung in der Alltagspsychologie: So wird gesagt, eine Person verfüge über großes/geringes Selbstbewusstsein, es fehle jemandem »einfach« an Durchsetzungsvermögen oder jemand sei von Natur aus unsicher in sozialen Kontakten usw. Inwieweit sprechen empirische Befunde für eine allgemeine Persönlichkeitseigenschaft »soziale Kompetenz«?

Faktorenanalysen. Interessant sind hier zunächst Faktorenanalysen einschlägiger Fragebögen. Sie müssten bei Vorliegen einer generellen Eigenschaft über alle Items hinweg einen starken allgemeinen Faktor ergeben. Im deutschsprachigen Raum liegen die Ergebnisse einer Studie von Ullrich de Muynck et al. (1978) zu einer Version ihres Unsicherheitsfragebogens vor. Die Autoren weisen tatsächlich einen generellen Faktor nach, den sie als »allgemeine Unsicherheit« interpretieren. Dieser Faktor erklärt jedoch nur 12% der Varianz. Insgesamt klärten sieben Faktoren nicht mehr als 40% der Gesamtvarianz auf. Skatsche et al. (1982) konnten bei einem anderen Fragebogen mit fünf Faktoren nur etwa 20% der Gesamtvarianz aufklären. – Diese Ergebnisse können kaum als Nachweis einer breit generalisierten Persönlichkeitseigenschaft gelten.

Rollenspiele. Gegen eine starke Eigenschaftskomponente sprechen auch Untersuchungen, in denen die Situationsabhängigkeit sozial kompetenten Verhaltens deutlich wird: So zeigten sich bei denselben Versuchspersonen in Rollenspielen beträchtliche Unterschiede in Ausmaß und Form sozial kompetenten Verhaltens – je nach näheren Situationsmerkmalen wie Geschlecht der Interaktionspartner, wie vertraut sie miteinander waren usw. (z. B. Eisler et al., 1975).

Situationsschilderungen. In einer eigenen, etwas anders gearteten Studie sollten Versuchspersonen bei verschiedenen Situationsschilderungen angeben, inwieweit sie sich eine vorgegebene kompetente Reaktion zutrauten. Es handelte sich um insgesamt 30 Situationen, von denen je 10 den Aufgabentypen »Recht durchsetzen«, »Kompetentes Verhalten in Beziehungen« und »Um Sympathie werben« entsprachen (s. Abschn. 4.2.2). Von 62 Probanden hatten 28 in mindestens einem Bereich klare Kompetenzdefizite, aber nur 9 Personen fühlten sich in allen drei Situationstypen beeinträchtigt. Auch auf der Gegenseite waren nur 8 Probanden zu finden, die glaubten, in allen drei Situationsarten kompetent reagieren zu können.

Folgerungen. Es spricht also einiges dafür, dass sozial kompetentes/inkompetentes Verhalten bei den meisten Menschen nicht als generelles und situationsunabhängiges Persönlichkeitsmerkmal anzusehen ist. Daraus ergeben sich für uns zwei Folgerungen:

- (1) Die sozialen Verhaltensprobleme von Klienten beschränken sich meistens auf bestimmte Arten von Situationen. Das besagt allerdings nicht, dass diese Probleme deswegen für die Betroffenen weniger belastend sind. Außerdem wird damit auch nicht die Möglichkeit ausgeschlossen, dass es manche Menschen gibt, die in mehreren oder vielen Bereichen ziemlich kompetent sind, oder andere, die – im Gegenteil – ziemlich breit gestreute Kompetenzdefizite aufweisen und in vielen verschiedenen Situationen Probleme haben.
- (2) Wir halten es für notwendig, nicht von *der* sozialen Kompetenz einer Person, sondern in der Mehrzahl von *sozialen* Kompetenzen zu sprechen. Wenn der Einfachheit halber trotzdem im Text gelegentlich von kompetenten oder inkompetenten Personen die Rede ist, dann möge man sich diese Formulierung jeweils – ohne eigenschaftstheoretische Implikationen – auf die Verhaltensbereiche bezogen denken, um die es in dem betreffenden Zusammenhang geht.

1.2 Soziale Kompetenzprobleme

Sozial inkompetentes Verhalten liegt vor, wenn jemand eine der von Gambrill genannten Verhaltensweisen in entsprechenden Situationen nicht oder nur unvollkommen verwirklichen kann. Manche Personen verhalten sich dabei vermeidend-unsicher, andere eher zudringlich-aggressiv – beides wird von uns als sozial inkompetentes Verhalten betrachtet. Die Definition des Begriffs »soziale Kompetenzprobleme« ergibt sich nun aus einer einfachen Umkehrung der schon gegebenen Kompetenzdefinition.

Definition

Arbeitsdefinition »soziale Kompetenzprobleme«. Soziale Kompetenzprobleme sind alle Probleme bei der Verfügbarkeit oder Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die es einer Person erschweren, in bestimmten sozialen Situationen ein langfristig günstiges Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen zu erzielen.

Fallbeispiele

Herr Sch. (25). Er ist seit knapp drei Jahren verheiratet. Seine Frau leidet unter der Isolation, in die sie beide zunehmend hineingeraten. Herr Sch. geht Festen, Konzerten, Besuchen und andere Ereignissen aus dem Weg. Er hat Angst, sich mit Personen unterhalten zu müssen, die er nicht oder wenig kennt. Besuche von Bekannten sind ihm unangenehm, weil er meint, dass er zu langweilig sei und nichts Interessantes zum Gespräch beisteuern könne. Herr Sch. macht sich Vorwürfe, dass seine Frau wegen seines Verhaltens unglücklich ist. Aber er meint, er könne nicht anders, und weiß nicht, wie er etwas ändern kann.

Frau K. (32). Sie ist eine Klientin mit emotional instabilen Persönlichkeitsmerkmalen und befürchtet nach mehreren missglückten Partnerschaften, dass auch ihre momentane Beziehung nach knapp acht Monaten scheitern könnte, obwohl sie ihren Freund sehr gerne mag. Sie ist verzweifelt, weil dies ihre letzte Chance sei, und sie lässt für den Fall einer Trennung Suizidabsichten erkennen. Die Klientin reagiert mehrmals im Monat auf Äußerungen des Freundes unvermittelt mit dramatischen Szenen, vor allem wenn sie sich in irgendeiner Weise kritisiert fühlt. Sie spricht mit ihrem Freund nicht über diese Zwischenfälle und ihre Ängste, »weil es ja doch keinen Sinn hat«.

Herr R. (54). Er ist Abteilungsleiter in einem großen Kaufhaus. Nur zögernd lässt er erkennen, dass er beruflich seit etwa eineinhalb Jahren »ziemlich beansprucht« ist. Dem Klienten fällt es außerordentlich schwer, Wünsche und Ansprüche von Vorgesetzten, Mitarbeitern, Lieferanten und Kunden abzulehnen. Weil sich diese Ansprüche oft widersprechen, entstehen immer wieder Konflikte, die er durch massiven zusätzlichen Arbeitseinsatz zu lösen versucht. Das gelingt aber nur selten und gibt ihm das Gefühl, den beruflichen Anforderungen nicht mehr gewachsen zu sein.

Frau W. (35). Sie ist seit fast einem Jahr wegen Schizophrenie in zunächst stationärer, inzwischen teilstationärer Behandlung. Sie soll aufgrund günstiger Gesamtumstände wieder in die elterliche Familie entlassen werden. Die Klientin ist sich unsicher, wie sie wieder Kontakt zu alten Freunden und Bekannten in ihrer Heimatstadt aufnehmen kann. Sie weiß nicht, wie sie sich verhalten soll, wenn sie auf ihre Krankheit und die lange Abwesenheit angesprochen wird. Außerdem hat die Klientin Angst vor bestimmten Konflikten mit dem Vater, die zurzeit zwar beigelegt sind, möglicherweise aber doch wieder auftreten können.

Herr S. (34). Er ist wegen Depressionen in Behandlung und lebt im Haushalt seiner alleinstehenden Mutter. Er meint, dass er nichts erreicht habe und zu nichts taue. Seine Arbeit als Informatiker hat ihn früher »über vieles hinweggetröstet«, macht ihm inzwischen aber auch keinen Spaß mehr. Der Klient lässt sich in seiner Lebensführung bis in Kleinigkeiten von seiner Mutter bestimmen. Er verzichtet auf viele außerhäusliche Aktivitäten, »um sie nicht unnötig zu kränken«. Er hat seit seinem 17. Lebensjahr keine Freundin mehr gehabt, ist daran zwar sehr interessiert, weiß aber nicht, »wie er es anstellen soll«.

Frau N. (66). Verwitwet, drei erwachsene Kinder außer Haus, leidet seit Jahren an zahlreichen körperlichen Beschwerden, für die bisher keine ernsthaften organischen

Ursachen gefunden wurden. Die Klientin hat außer Telefongesprächen mit ihren Kindern kaum Kontakte. Besuche bei diesen sind selten geworden, weil es vor allem wegen der Erziehung der Enkel immer wieder zu Spannungen kommt. Bei Gesprächen mit Nachbarn oder Bekannten fühlt sie sich angespannt und unwohl, richtet sich das Verlassen ihrer Wohnung inzwischen so ein, dass sie solchen Kontakten ganz aus dem Wege gehen kann.

Folgen für die Lebensqualität. Diese z. T. eher klinischen Beispiele deuten die Vielfalt an, mit der soziale Kompetenzprobleme im Alltag auftreten und wie unterschiedlich die Schwierigkeiten sind, die sie mit sich bringen. Das steht im Einklang mit Untersuchungen an größeren Bevölkerungsstichproben, die die Verbreitung solcher Probleme zeigen und belegen, welche bedeutsamen Folgen sie für die Lebensqualität der Betroffenen haben können, z. B. für ihre Ausbildung, ihre berufliche Karriere, ihre Partnerbeziehungen und ihr Privatleben (vgl. Stein et al., 1994; Kessler, 2003; Lieb & Müller, 2002).

Verwandte Diagnosen und Begriffe

Es gibt einige Arten von sozialen Kompetenzproblemen, für die in Fachliteratur und Umgangssprache besondere Begriffe gebräuchlich sind. Sie betonen jeweils einen speziellen Aspekt, und ihre Beziehung zueinander ist nicht immer ganz klar.

Soziale Angststörung. Diese psychische Störung (früher »Soziale Phobie«; F40.1 nach ICD-10) ist dadurch definiert, dass Klienten in ihrem Alltagsleben erheblich beeinträchtigt sind, weil sie bestimmte Situationen fürchten, in denen sie im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen und sich peinlich oder erniedrigend verhalten könnten. Häufig handelt es sich z. B. um Sprechen bzw. Essen in der Öffentlichkeit oder die Teilnahme an kleinen Gruppen, etwa bei Partys, Konferenzen oder Schulklassen (Dilling & Freyberger, 2001). Die Diagnose wird gestellt, wenn bei einer Person in solchen Situationen ausgeprägte, überwiegend vegetative Angstsymptome auftreten oder wenn sie diese Situationen gänzlich meidet. Häufig wird die auf ganz bestimmte Situationen begrenzte Phobie von einer generalisierten Sozialphobie unterschieden (Saß et al., 2003). Dabei weisen die meisten der um Behandlung nachsuchenden Soziophobiker eine solche generalisierte Störung auf; in einer großen deutschen Studie waren es 90 % (Lincoln et al., 2003).

Ängstliche Persönlichkeitsstörung. Der generalisierte Subtyp der sozialen Angststörung nähert sich der zweiten einschlägigen ICD-10-Diagnose an, der »ängstlichen (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung« (F60.6). Hierbei soll es sich allerdings – anders als bei der sozialen Phobie – um einen tief verankerten Persönlichkeitszug handeln, um eine überdauernde Normvariante der Persönlichkeit. Sie ist durch besonders umfassende soziale Ängste klinischer Ausprägung gekennzeichnet. Unbefriedigend ist dabei, dass Überschneidungen mit der Diagnose »soziale Angststörung« eher die Regel als die Ausnahme darstellen. Es gibt gute Argumente dafür, eher von einem Spektrum sozialer Angststörungen zu sprechen (vgl. Müller et al., 2004).

Soziale Ängste. Insgesamt wird inzwischen auch häufiger von einem Kontinuum sozialer Ängste ausgegangen (z. B. Schneier et al., 2002). Dabei werden auf der einen

Seite die beschriebenen klinischen Störungsbilder, auf der anderen Seite schwächer ausgeprägte Sozialängste zusammengefasst, die in der Gesamtbevölkerung weit verbreitet sind. Diese subklinischen Sozialängste erfüllen die Diagnosekriterien nicht, dennoch kann eine psychologische Intervention z. B. unter präventivem Gesichtspunkt sehr sinnvoll sein, weil auch sie für die Betroffenen oft schon zu erheblichen Beeinträchtigungen führen (Fehm et al., 2008; vgl. Abschn. 9.1).

Schüchternheit. Schüchternheit ist ein persönlichkeitspsychologisches Konstrukt, das vom Verhalten her nur schwer von sozialen Ängsten abzugrenzen ist (vgl. Heiser et al., 2003; Henderson et al., 2014). Viele Soziophobiker, aber auch sehr viele Menschen ohne klinische Störung bezeichnen sich selbst als schüchtern. Noch breiter angelegt ist das Konstrukt der *Verhaltenshemmung (Behavioral inhibition)* von Kagan und Mitarbeitern: Es ist durch Vermeidung, Gehemmtheit und Unbehagen in allen neuartigen Situationen gekennzeichnet und scheint in gewissem Ausmaß auch zur Entwicklung von sozialen Ängsten zu prädisponieren (vgl. Hirshfeld-Becker et al., 2014).

Prüfungsängste. Prüfungsängste betreffen die Befürchtung einer Person, dass ihre zu erbringenden Leistungen als unzureichend bewertet werden. Nicht selten gehen die Bewertungsängste jedoch über die rein sachliche Leistungsbewertung hinaus – in diesen Fällen und bei einem entsprechenden Ausprägungsgrad ergibt es Sinn, die Prüfungsangst als soziale Angst bzw. Phobie zu bezeichnen (Heckelman & Schneier, 1995). Es ist deshalb auch nicht erstaunlich, dass bei prüfungsängstlichen Klienten ähnliche Interventionen wirksam sind wie bei der Behandlung anderer sozialer Kompetenzprobleme (Hinsch & Christ, 1982).

1.3 Soziale Kompetenzen als Ressourcen

Mit dem Kompetenzkonzept verbindet sich z.T. die Hoffnung, sich von einem Krankheitsmodell psychischer Störungen stärker zu lösen und stattdessen eher ein psychosoziales Modell zu realisieren, das dieser Art von Beeinträchtigungen möglicherweise besser gerecht wird (vgl. Burow, 1987).

Während im medizinischen Modell Klienten eher von der Negativseite, von der Beschreibung ihrer Defekte her beschrieben werden, fragt man im Kompetenzkonzept auch nach positiven Ressourcen, nach persönlichen Stärken, nach konstruktiven Verhaltensanteilen, die sich für eine Förderung besonders anbieten (z.B. Ambühl et al., 2006; Willutzki et al., 2004). Außerdem nimmt das Konzept die Grundidee der Verhaltenstherapie auf, psychische Störungen auf einem Kontinuum mehr oder minder hinreichender Lernerfahrungen zu verstehen; Kompetenzen sind lern- und trainierbare Verhaltensfertigkeiten. Das bietet viele Vorteile für die Planung und Umsetzung von psychosozialen Interventionen, die über rein kurativ-therapeutische Versorgungsmodelle hinausgehen (vgl. auch O'Donohue & Krasner, 1995b; Reschke, 1999).

Beispiele. Als Beispiel kann in diesem Zusammenhang die Gesundheitspsychologie dienen, in der betont wird, dass Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit

zu definieren ist. Vielmehr setzen der Erhalt oder die Wiedererlangung psychischer und physischer Gesundheit oft auch das Vorhandensein bestimmter Schutzfaktoren bei der betreffenden Person voraus. Dazu gehören umfassendere Lebenskompetenzen (vgl. McLoughlin & Kubick, 2004), aber auch soziale Kompetenzen (Eisler, 1984), denn die Quantität und Qualität sozialer Beziehungen beeinflussen die Gesundheit von Menschen (vgl. Cohen, 2004).

Kompetenzen und ihre Förderung finden auch in anderen ressourcenorientierten Bereichen wie der Präventions- und Resilienzforschung oder der Positiven Psychologie Beachtung (vgl. Albee & Gulotta, 1997; Alvord et al., 2014; Frank, 2011; Kumpfer, 1999; Snyder & Lopez, 2005). So kommt z. B. Martin Seligman bei seiner Betrachtung über die Effektivität von Maßnahmen zur Prävention psychischer Störungen zu folgendem Fazit: »Indeed, the major strides ... have largely come from a perspective focused on systematic building competency, not correcting weakness« (2005, S. 5). Das steht im Einklang mit einer umfassenden Metaanalyse präventiver Programme von Durlak und Wells (1997).

Kombinationswirkung. Durlak und Wells kamen in ihrer Arbeit übrigens zu einem bemerkenswerten weiteren Ergebnis: Besonders wirksam waren solche psychologischen Interventionen, die bei den Klienten konkrete Störungen verminderten *und zugleich* vorhandene Kompetenzen förderten. Genau eine solche doppelte Funktion haben oft auch heutige soziale Kompetenztrainings: Sie sind zum einen eine wirksame Methode, um soziale Ängste, Unsicherheiten und Interaktionsprobleme zu vermindern. Zum anderen jedoch stärken sie zugleich die psychosozialen Ressourcen von Klientinnen und Klienten, indem diese neue Fertigkeiten zur Bewältigung ihres Alltags erwerben und indem ihr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zunimmt, auch schwierige soziale Situationen bewältigen zu können (vgl. dazu auch Abschn. 2.2.2).

2 Ein Erklärungsmodell sozialer Kompetenzen und Kompetenzprobleme

Ulrich Pfingsten

2.1 Das Modell im Überblick

Welche äußeren und inneren Prozesse laufen bei einer Person während des Verhaltens in sozialen Situationen ab? Worauf ist es zurückzuführen, dass solche Prozesse bei manchen Menschen zu erfolgreichem Sozialverhalten führen und bei anderen nicht? Welche Veränderungen sind nötig, damit Klientinnen und Klienten mit sozialen Interaktionen besser fertig werden? Der Beantwortung dieser Fragen dient das vorliegende Kapitel.

Die Grundlage unserer Darstellung ist ein Prozess- oder Erklärungsmodell. Es soll zunächst ganz allgemein die Vorgänge verständlich machen, die bei Menschen ablaufen, wenn sie mit einer sozialen Alltagssituation konfrontiert werden. Das Modell erlaubt dann vor allem aber auch eine nähere Betrachtung der Probleme, die dabei auftreten können. Und schließlich stellt es in vereinfachter Form die Grundlage unseres Trainingskonzeptes dar (s. Kap. 5).

Vorläufer des Modells ist ein ähnlicher Ansatz von Argyle und Kendon (1967). Weitere Aspekte entstammen der sozialen Lerntheorie von Albert Bandura, dem Stresskonzept von Richard S. Lazarus und Ansätzen der kognitiven Verhaltenstherapie. Von anderen Autoren wurden ebenfalls solche Modellvorstellungen entwickelt (z. B. Beck & Clark, 1997; Borgart, 1985; Corrigan et al., 1992; Crick & Dodge, 1994; Döpfner, 1989; Hopko et al., 2001; Mattick et al., 1995; Spence, 2003). Einige Forscher arbeiteten dabei insbesondere diejenigen Teilprozesse heraus, die die speziellen Schwierigkeiten von Menschen mit sozialen Angststörungen betreffen (Clark & Wells, 1995; Fydrich, 2002; Hofmann, 2007; Lange et al., 2014; Rapee & Heimberg, 1997).

Ausgangspunkt des Erklärungsmodells ist eine konkrete Alltagssituation, mit der eine handelnde Person konfrontiert ist (vgl. Abb. 2.1). Die Person nimmt die Situation in bestimmter Weise wahr und verarbeitet sie innerlich weiter. Die kognitiven und emotionalen Verarbeitungsvorgänge führen zu beobachtbaren (sog. motorischen) Verhaltensweisen, die oft in Form umfassender Verhaltensmuster organisiert sind. Das motorische Verhalten bewirkt Veränderungen in der Umwelt. Diese Verhaltenskonsequenzen werden wiederum wahrgenommen und kognitiv-emotional weiterverarbeitet. Der ganze Ablauf bzw. als wesentlich eingeschätzte Aspekte davon werden im Gedächtnis abgespeichert, was dazu beiträgt, wie die betreffende Person zukünftig mit entsprechenden Situationen umgehen wird.

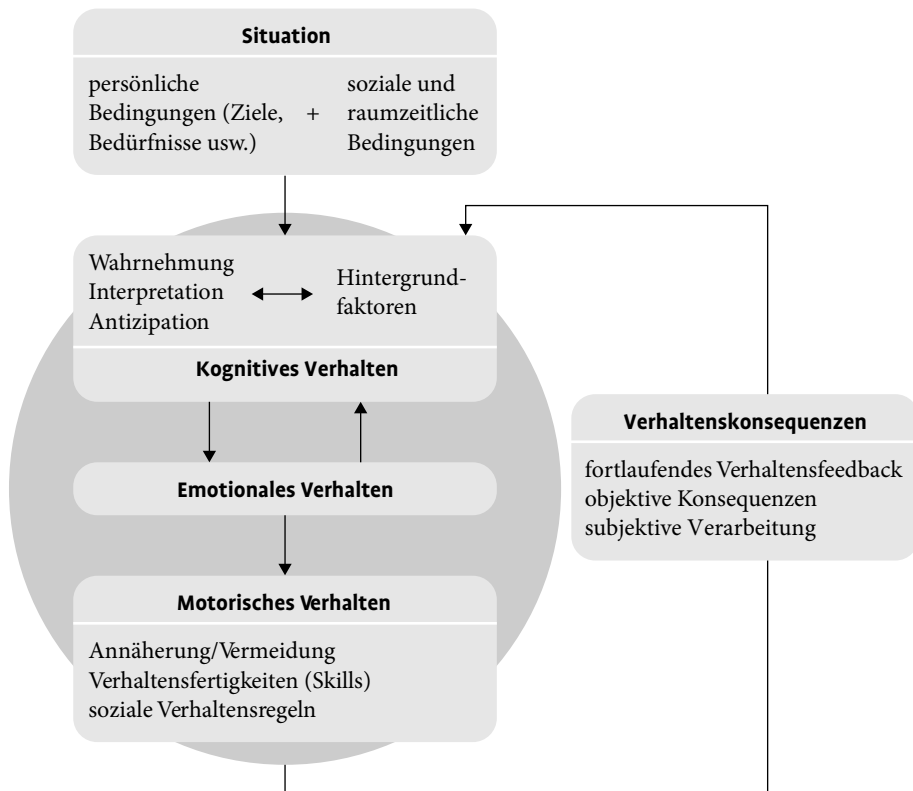


Abbildung 2.1 Erklärungsmodell sozialer Kompetenzen und Kompetenzprobleme: Eine Situation wird von einer Person wahrgenommen, kognitiv sowie emotional verarbeitet und führt schließlich zu einem bestimmten Verhalten. Dieses löst in der Umwelt Konsequenzen aus, die auf die betreffende Person zurückwirken

Dieser Prozess soll nun zunächst an einem Beispiel veranschaulicht werden. Anschließend werden wir näher darauf eingehen, wo und in welcher Form dabei Schwierigkeiten auftreten können.

Ein Beispiel

Situation. Soziales Verhalten wird typischerweise durch Alltagssituationen in Gang gesetzt, die weitgehend objektiv bestimmbar sind: In einem Restaurant liefert mir der Kellner eine Speise, die ich nicht bestellt habe und die ich zurückgehen lassen möchte. Eine solche Situation ist charakterisiert durch:

- ▶ persönliche Bedingungen (z. B. eigene Ziele, Intentionen und Interessen, aber auch Stimmungen und Bedürfnisse),
- ▶ soziale Aspekte (z. B. Anzahl, Alter, Geschlecht, Verhalten, Rollenverteilung der beteiligten Personen, situationsspezifische Regeln und Konventionen, kultureller und gesellschaftlicher Hintergrund) und
- ▶ raumzeitliche Gegebenheiten (z. B. Tageszeit, Größe und Ausstattung des Raumes).

Zum Auslöser für soziales Verhalten werden Situationen durch ihren Anforderungs- oder Aufgabencharakter. Die speziellen Aufgabenmerkmale ergeben sich dabei durch das Zusammentreffen von persönlichen Intentionen und Bedürfnissen auf der einen Seite und von sozialen bzw. raumzeitlichen Bedingungen auf der anderen Seite. Auf das Beispiel bezogen ergibt sich die Aufgabe »Reklamation durchführen«. Mit den sozialen und raumzeitlichen Bedingungen variieren dann die Anforderungen, die an mich gestellt sind: Bei einem alten, mürrischen Kellner in einer überfüllten Bahnhofsgaststätte werden andere (und wahrscheinlich höhere) Anforderungen an mein Verhalten gestellt als bei einer freundlichen, jungen Kellnerin in einem mäßig besetzten, gediegenen Speiselokal. Ebenso unterscheiden sich die Anforderungen je nachdem, ob ich das Lokal allein besuche, mit guten Freunden zusammen bin oder ob ich das erste Mal mit jemandem ausgehe, vor dem ich mich nicht blamieren will.

Kognitives Verhalten. Genauer besehen ergibt sich der Aufgabencharakter einer Situation allerdings erst aus der Wahrnehmung und kognitiven Verarbeitung durch die handelnde Person. Wenn ich z. B. sehr unaufmerksam bin und gar nicht bemerke, dass mir ein falsches Essen geliefert wurde, kristallisiert sich aus der Situation überhaupt keine Aufgabe heraus. Auch das Anforderungsmerkmal mürrischer vs. freundlicher Kellner resultiert natürlich aus Prozessen der Aufmerksamkeitssteuerung und der sozialen Wahrnehmung.

Die spontane Wahrnehmung der Situation leitet meist eine weitergehende kognitive Verarbeitung und Analyse der sich stellenden Aufgabe ein. Ziel dieses Prozesses ist es, die Bedingungen der Situation so weit zu erkennen, dass eine Entscheidung über eine erfolgversprechende Verhaltensstrategie möglich wird:

- ▶ Wie ist es zu der betreffenden Situation gekommen?
- ▶ Von wem hängt eine Lösung ab?
- ▶ Wie kann ich reagieren?
- ▶ Traue ich mir das zu?
- ▶ Mit welchen Konsequenzen ist zu rechnen?

Die Beantwortung solcher Fragen erfolgt vor allem auf Grundlage früherer Erfahrungen mit ähnlichen Situationen. Dabei wird der Verarbeitungsprozess beim wiederholten Vorkommen ähnlicher Aufgaben vereinfacht und automatisiert. So mag sich das Fazit aus früheren Erfahrungen auf knappe, kaum noch bewusste Selbstverbalisationen verkürzen. Der kurze innere Seufzer »Oje!« mag dann so viel bedeuten wie: »Das ist so eine Situation, mit der ich noch nie klargekommen bin!«

Emotionales Verhalten. Die kognitive Verarbeitung von Situationen bewirkt die Entstehung entsprechender Affekte und Emotionen. Der Gedanke »Mit diesem Kellner werde ich niemals fertig!« lässt beispielsweise fast zwangsläufig ein Gefühl der Mutlosigkeit aufkommen. Das kognitive Resümee »Das ist nur die Schuld des Kellners!« resultiert stattdessen eher in einem wütenden Affekt, während die Feststellung »Ich habe ein Recht auf das Essen, das ich bestellt habe!« zu Mut und Entschlossenheit führt.

Motorisches Verhalten. Die kognitive und emotionale Verarbeitung von Situationen mündet in ein bestimmtes beobachtbares Verhalten, das wir (in Ermangelung eines besseren Ausdrucks) *motorisches* Verhalten nennen. Dieses Verhalten kann jeweils als mehr oder minder sozial kompetent bezeichnet werden.

- ▶ Annäherung/Vermeidung: Sozial kompetentes Verhalten setzt voraus, dass ich eine Aufgabe überhaupt in Angriff nehme und nicht gänzlich vermeide.
- ▶ Verhaltensfertigkeiten (Skills): Als Verhaltensfertigkeit wird eine Kombination von Verhaltensweisen bezeichnet, die zur Bewältigung bestimmter Aufgaben notwendig sind. Wichtig ist, dass diese Reaktionen »geschickt« organisiert und aufeinander abgestimmt sind. So genügt es vielleicht nicht, jenem Kellner die lapidare Mitteilung zu machen: »Ich hatte eigentlich ein anderes Essen bestellt«, um sich durchzusetzen. Sowohl die Anrede des Kellners als auch die Formulierung der Reklamation müssen zusammen mit Lautstärke, Intonation und Körperhaltung so organisiert sein, dass eine optimale Erfolgsaussicht entsteht. Somit lassen sich Skills auch als spezielle Organisation einzelner Skillkomponenten betrachten.
- ▶ Soziale Verhaltensregeln: Damit motorisches Verhalten erfolgreich sein kann, müssen bestimmte, z.T. recht komplexe Verhaltensregeln eingehalten werden, z.B. Regeln, wie »man« oder »frau« sich in einer öffentlichen Gaststätte verhält, was als unhöflich, unfair oder beleidigend gilt usw.

Verhaltenskonsequenzen. Motorisches Verhalten löst in der Umwelt bestimmte Konsequenzen aus, die auf den Handelnden zurückwirken. Diese Rückkoppelung erfolgt in verschiedenen Formen:

- ▶ Kontinuierliche Steuerung während eines Verhaltens wird durch die Reaktionen der sozialen Umwelt bedingt: Der Kellner scheint mich nicht zu verstehen, also spreche ich lauter.
- ▶ Kurzfristige Konsequenzen beziehen sich auf die unmittelbaren Auswirkungen des vollendeten Bewältigungsversuchs: Der Kellner nimmt das Essen zurück.
- ▶ Langfristige Konsequenzen sind spätere Nachwirkungen des eigenen Verhaltens: Der Kellner bedient mich in Zukunft besonders aufmerksam (oder besonders unfreundlich).

Nicht nur die objektiven Verhaltenskonsequenzen sind von Bedeutung, sondern auch, wie die handelnde Person sie kognitiv-emotional weiterverarbeitet, z.B. ob sie sie wirklich als Erfolg oder doch eher als Misserfolg verbucht. Davon hängt ab, inwieweit sich die Person für ihr Verhalten innerlich verstärkt oder ob sie sich tadelt, etwa durch selbstkritische Gedanken. Zu beachten ist: Für den zukünftigen Umgang mit ähnlichen Situationen und das Verhalten in ihnen ist entscheidend, wie der gesamte Ablauf als Erfahrung im Gedächtnis abgespeichert wird.

2.2 Problematische Teilprozesse

Das vorgestellte Erklärungsmodell gilt zunächst einmal ganz allgemein für soziales Alltagsverhalten. Im Folgenden nun wollen wir es benutzen, um die Entstehung und Aufrechterhaltung sozialer Kompetenzprobleme zu erklären: Welcher der beschriebenen Vorgänge führt dazu, dass Menschen mit bestimmten sozialen Situationen immer wieder Schwierigkeiten haben oder sie vielleicht sogar ganz vermeiden?

Kontroverse. In der einschlägigen Forschung dominierte lange Zeit ein Widerstreit von Autoren, die jeweils *einen einzigen* der oben erwähnten Faktoren des Erklärungsmodells für das Zustandekommen sozial inkompetenten Verhaltens verantwortlich machen wollten: Manche Forscher glaubten z.B., dass unsicheres Verhalten auf störende Emotionen zurückzuführen ist, vor allem auf Angst. Andere hielten dagegen ungeschickte motorische Verhaltensweisen für entscheidend. In manchen neueren Theorien schließlich werden vor allem kognitive Fehlsteuerungen als wesentliche Ursache thematisiert. – In Kapitel 4 wird sich zeigen, dass sich solche verschiedenen Standpunkte auch auf das therapeutische Vorgehen sehr unterschiedlich auswirken.

Multifaktorieller Ansatz. Die Kontroverse um solche monokausalen Erklärungsansätze soll hier nicht fortgeführt werden. Bei der näheren Erläuterung des von uns vorgeschlagenen Erklärungsmodells wird nämlich deutlich werden, dass sich jede Ebene der Verhaltenssteuerung ungünstig auswirken kann.



Sozial inkompetentes Verhalten von Klientinnen und Klienten kann durch ungünstige Prozessverläufe auf jeder Ebene der Verhaltenssteuerung entstehen.

Es sind dabei vor allem fünf Teilprozesse, die von Bedeutung sind: (1) situationale Überforderung, (2) ungünstige kognitive Verarbeitung von Situationen, (3) ungünstige emotionale Prozesse, (4) motorische Verhaltensprobleme und (5) ungünstige Verhaltenskonsequenzen. Diese Aufteilung soll beim Lesen die Orientierung erleichtern, die Zuordnung der teilweise recht komplexen Vorgänge zu diesen Abschnitten ist allerdings manchmal etwas willkürlich.

2.2.1 Situationale Überforderung

Die Kompetenzen einer Person auf einem bestimmten Gebiet können als defizitär betrachtet werden, wenn sie nicht ausreichen, um den sozialen Alltag zufriedenstellend zu bewältigen. Hier gibt es allerdings zwei Sichtweisen desselben Sachverhaltes, wie sich an der sog. Kamelmetapher verdeutlichen lässt: Ein schwer beladenes Kamel in einer Karawane bricht zusammen. Ist dieser Zusammenbruch darauf zurückzuführen, dass das Kamel zu schwach ist, oder darauf, dass die Last zu schwer ist? Tatsächlich kann es in manchen Fällen sinnvoll sein, entstehende Schwierigkeiten nicht als Kompetenzmangel der betreffenden Person, sondern als objektive Überforderung zu interpretieren.