

Ulrich Pfingsten

- 37.1 Einleitung – 588
- 37.2 Darstellung der Methode – 588
 - 37.2.1 Theoretische Grundlagen – 588
 - 37.2.2 Diagnostik – 589
 - 37.2.3 Durchführungsmodalitäten – 590
 - 37.2.4 Einzelne Trainingselemente – 590
- 37.3 Anwendungsbereiche – 593
- 37.4 Wirkmechanismen und Effektivität – 594
- 37.5 Ausblick – 594
- Zusammenfassung – 594
- Literatur – 595
- Weiterführende Literatur – 596

37.1 Einleitung

Die Bedeutung sozialer Kompetenztrainings ergibt sich aus einer einfachen, aber weitreichenden Erkenntnis: Menschen sind im Alltag immer wieder auf Kontakte mit ihren Mitmenschen angewiesen, wenn es darum geht, die eigenen Bedürfnisse und Ziele zu verwirklichen. Deshalb hängt ihre Selbstverwirklichung und letztlich auch ihre psychische Gesundheit ganz wesentlich davon ab, inwieweit sie fähig sind, soziale Kontakte aufzunehmen und sie bedürfnis- und zielgerecht (mit)zugestalten.

Oft sind es folgende Fähigkeiten (Kompetenzen), mit denen Patienten Schwierigkeiten haben:

Typen sozialer Kompetenzen

- **Typ R (Recht):** Eigene Rechte und berechtigte Interessen in Anspruch nehmen und durchsetzen (gegenüber fremden Personen, Behörden, am Arbeitsplatz usw.), Forderungen stellen, unberechtigte Forderungen anderer ablehnen
- **Typ B (Beziehung):** Gefühle, Bedürfnisse und Wünsche einbringen (in die Beziehung zu nahestehenden Personen wie Ehepartner, Kinder, Freunde usw.), Umgang mit Kritik, Kompromisse finden
- **Typ K (Kontakt):** Kontakte aufnehmen und gestalten (vor allem zu mehr oder minder fremden Personen beiderlei Geschlechts), Menschen für sich gewinnen, um Sympathie werben

Diese Beispiele sind gut geeignet, um wesentliche Merkmale des Begriffs »soziale Kompetenz« zu verdeutlichen:

- Im Grunde handelt es sich nicht um eine, sondern um **mehrere Fähigkeiten**. Die Beispiele sind insofern auch nicht vollständig – je nach Patientengruppe kann es sinnvoll sein, weitere Kompetenztypen zu definieren (bei suchtgefährdeten Patienten z. B. den Typ »Versuchungen widerstehen«). Neuere Trainings sind dabei so flexibel, dass im Rahmen derselben Intervention mehrere solcher Kompetenzen trainiert werden können.
- Soziale Kompetenz ist **keine durchgängige Persönlichkeitseigenschaft**. Beispiel: Jemand, der sich am Arbeitsplatz erfolgreich durchsetzen kann, verfügt nicht unbedingt über die Fähigkeit, Gefühle und Bedürfnisse in seiner Partnerschaft offen zum Ausdruck zu bringen.
- Soziale Kompetenzen sind **lern- und lehrbar**.
- Kompetenzen beziehen sich immer auf den **Aufgabencharakter von Situationen**. Die beschriebenen Typen kennzeichnen deshalb einerseits die Aufgaben, die sich in bestimmten Situationen stellen, andererseits aber auch die Verhaltensfertigkeiten, die zu ihrer Bewältigung erforderlich sind. Dabei können bestimmte Fertigkeiten in einem Situationstyp zielführend sein, in

einem anderen dagegen unwichtig oder sogar kontraproduktiv. In Typ-R-Situationen etwa kann es wichtig sein, entschieden auf seinen Rechten zu bestehen, ein Verhalten, das aber nicht unbedingt hilfreich ist, um die Sympathien anderer Menschen für sich zu gewinnen.

- Soziale Kompetenz umfasst als Oberbegriff auch **ältere Konzepte** wie Selbstbehauptung (»assertiveness«), Durchsetzungsfähigkeit, Selbstsicherheit, soziale Fertigkeiten (»social skills«) oder Selbstvertrauen. Dementsprechend ist der Gegenstandsbereich sozialer Kompetenztrainings meistens weiter gefasst als in Durchsetzungs- oder Selbstbehauptungstrainings, die sich eher auf Typ-R-Situationen beschränken.
- Kompetentes Verhalten ist **von unsicherem, aber auch von aggressivem Verhalten zu unterscheiden**. Diese Abgrenzung wurde in früheren Trainings nicht immer klar genug vorgenommen. Es lässt sich jedoch zeigen, dass aggressive Formen der Durchsetzung nur kurzfristig erfolgreich sind und für den Handelnden zumindest auf die Dauer erhebliche negative Konsequenzen nach sich ziehen (Pfungsten 1984). Im Folgenden wird vor allem auf die Intervention bei inkompetent-unsicheren Patienten eingegangen.

37.2 Darstellung der Methode

37.2.1 Theoretische Grundlagen

Soziale Kompetenztrainings gibt es seit etwa 1950; sie gehören zu den ältesten Methoden der Verhaltenstherapie. Dabei wurden im Laufe der Zeit verschiedene Behandlungsstrategien entwickelt. Sie ergeben sich aus unterschiedlichen Auffassungen über die Ursachen sozialer Verhaltensprobleme. Von Bedeutung sind hier vor allem vier Hypothesen:

(1) Verhalten wird in bestimmten **sozialen Situationen** durch Angst beeinträchtigt, bzw. Angst führt zur Vermeidung dieser Situationen (**affektive Interferenz**).

Nach Wolpe werden solche Angstreaktionen von Patienten insbesondere durch frühere unangenehme Erfahrungen konditioniert. Für die Behandlung ergibt sich aus dieser Hypothese: Es braucht nicht unbedingt neues Sozialverhalten gelernt zu werden, insbesondere die störenden Angstreaktionen sind zu beseitigen. Dazu eignet sich zum einen die systematische Desensibilisierung. Zum anderen hat Wolpe (1972) aber auch ein Selbstbehauptungstraining entwickelt. Darin wird die Erkenntnis genutzt, dass aggressives Durchsetzungsverhalten mit Angst unvereinbar ist. Die Problematik eines solchen Vorgehens wurde oben schon angedeutet.

(2) Vermeidendes oder unzureichendes Sozialverhalten ist auf mangelnde soziale Fertigkeiten zurückzuführen (**Skill-Defizit**).

Soziales Verhalten ist komplex und setzt umfangreiche Lernerfahrungen voraus. Deshalb kann es im Laufe der Sozialisation schnell zu Defiziten kommen. Als Behandlungsziel ergibt sich daraus: »Nachholen« der fehlenden Lernerfahrungen und Verbesserung der sozialen Verhaltensfertigkeiten. Das erfolgt in den klassischen »Social Skills Trainings«, die ausgedehnte Verhaltensübungen enthalten. Sie werden etwa von Bellack, Goldstein oder Liberman und ihren Mitarbeitern bei psychiatrischen Patienten verwendet (siehe z. B. Bellack et al. 2004). Auch im Assertiveness-Training-Programm (ATP) von Ullrich und de Muynck (2001, 2003, 2004), das in Deutschland weit verbreitet gefunden hat, sind sie von zentraler Bedeutung.

(3) Vermeidendes oder unzureichendes Sozialverhalten entsteht durch ungünstige kognitive Prozesse oder Inhalte (**kognitive Interferenz**).

Eine wichtige Rolle spielen dabei Mängel bei der Wahrnehmung und Interpretation von Situationen, irrationale Überzeugungen, ungünstige Selbstverbalisationen und destruktive Attributionsstile. Als Behandlungsziel ergibt sich hier vor allem die Veränderung kognitiver Vorgänge und Inhalte; Methoden der kognitiven Umstrukturierung kommt dabei entscheidende Bedeutung zu. Entsprechende Trainingsansätze stammen u. a. von Lange und Jakubowski (1976) und von Meichenbaum (1995), eine intensive Wiederbelebung hat die Hypothese aber auch in neueren Theorie- und Behandlungsansätzen zur sozialen Angststörung erfahren (► Kap. II/3).

(4) Vermeidendes oder unzureichendes Sozialverhalten ergibt sich aus dem Zusammenwirken affektiver, motorischer und/oder kognitiver Verursachungsfaktoren (**multifaktorielles Modell**).

Keiner der drei monokausalen Erklärungsansätze hat sich bisher endgültig durchsetzen können. Am ehesten noch gibt es manchmal Patienten, auf die jeweils **eine** dieser Annahmen in besonders typischer Weise zutrifft (die also z. B. das erwünschte Verhalten eigentlich beherrschen, aber in kritischen Situationen extrem aufgeregt sind; sog. »somatic reactors«). In anderen Fällen jedoch spielen alle drei Aspekte eine Rolle, indem sich ungünstige Gedanken, Gefühle

und ungeschickte Verhaltensweisen gegenseitig beeinflussen und aufschaukeln. Solche Abläufe sind am ehesten im Rahmen von Prozessmodellen zu verstehen, wie in dem von uns vorgeschlagenen Erklärungsmodell sozialer Kompetenzprobleme (Pfungsten 2007). Als Behandlungsziel ergibt sich hier die Aufgabe, bei den Patienten kognitive, aber auch affektive und motorische Veränderungen herbeizuführen, die ihnen eine bessere Bewältigung sozialer Alltagssituationen ermöglichen. Typisch ist dabei die kombinierte Anwendung einzelner Interventionstechniken, die sich empirisch besonders gut bewährt haben (Bauer 2007b). Manche dieser Trainings haben besondere Schwerpunkte, wie etwa das soziale Problemlösungstraining von D'Zurilla und Nezu (2006).

Es ist zu beachten, dass soziale Kompetenztrainings häufig mit den klassischen Social Skills Trainings gleichgesetzt werden. Das führt zu der Auffassung, sie seien nur bei Störungen sinnvoll, die mit Verhaltensdefiziten im Sinne von Hypothese (2) verbunden sind. Viele Trainings sind inzwischen jedoch multimodal ausgerichtet und eignen sich damit sehr wohl auch für Patienten und Störungen, bei denen komplexere Probleme bestehen. Ansätze in diese Richtung haben seit der wichtigen Arbeit von Zimmer (1976) übrigens auch im deutschsprachigen Raum eine gewisse Tradition; das zeigt sich u. a. in den Trainings von Anneken und Mitarbeitern (1978), Ettrich und Mitarbeitern (1984), Lütgerhorst (1981), Petermann und Petermann (z. B. 2003) sowie im Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) von Hinsch und Pfingsten (2007).

37.2.2 Diagnostik

Bevor ein soziales Kompetenztraining durchgeführt wird, ist vom Verhaltenstherapeuten zu klären, (a) ob beim Patienten gravierende Kompetenzprobleme vorliegen, (b) auf welche Arten von Situationen sie sich beziehen und (c) ob sie in einer relevanten Beziehung zum Behandlungsanlass stehen (► Abschn. 37.3).

Eine Klärung dieser Punkte erfolgt durch

- **Interview** (schwierige soziale Situationen früher und heute, Verhalten in solchen Situationen, Bewältigungsversuche, Vermeidungstendenzen, Folgeprobleme u. a.),
- **Situationslisten** (Patient schätzt eine größere Anzahl vorgegebener Situationen danach ein, wie schwer sie ihm jeweils fallen bzw. wie viel Angst er hat),
- **diagnostische Rollenspiele** (Situationen werden vom Therapeuten vorgegeben, oder es werden vom Patienten real erlebte Situationen nachgestellt, ► Kap. I/36), sowie
- standardisierte **Testverfahren** (vgl. zur Diagnostik auch Pfingsten 2000).

37.2.3 Durchführungsmodalitäten

Soziale Kompetenztrainings können an unterschiedliche zeitliche, räumliche oder organisatorische Bedingungen angepasst werden. Sie werden meistens in Gruppen, manchmal aber auch im Einzelsetting oder in einer Kombination von beidem durchgeführt. Die Trainingsdauer ist häufig eher kurz (6–15 Sitzungen), kann jedoch ausgedehnt werden, wenn es die Problematik von Patienten erfordert. Viele Therapeuten orientieren sich an publizierten Trainingsmanualen, die sich im Grad ihrer Strukturiertheit unterscheiden: Es gibt vollstandardisierte Verfahren mit festgelegtem Ablauf (z. B. ATP), Programme mit einer festen Grundstruktur und anpassungsfähigen Teilkomponenten (z. B. GSK), aber auch »offene« Trainings (z. B. Schneider 1994). Der zeitliche Ablauf kann in Trainingsblöcke unterteilt werden, wobei in jedem Block ein bestimmter Situationstyp bearbeitet wird. Die Intervention kann ambulant erfolgen, wird im deutschsprachigen Raum aber auch häufig im stationären Rahmen durchgeführt. Kompetenztrainings werden bei manchen Patienten als einzige therapeutische Maßnahme angewendet, meist jedoch in Kombination mit anderen Therapieverfahren.

37.2.4 Einzelne Trainingselemente

Einige der nachfolgend dargestellten Interventionselemente werden in anderen Kapiteln ausführlicher erläutert. Hier soll vor allem ihre spezielle Verwendung im Rahmen sozialer Kompetenztrainings verdeutlicht werden.

Erklärungsmodelle

Wenn man mehrere wirksame verhaltenstherapeutische Techniken miteinander kombiniert, führt das nicht zwangsläufig zu einer optimalen multimodalen Behandlungsstrategie. Vielmehr ist es erforderlich, die einzelnen Bausteine in ein sinnvoll aufeinander abgestimmtes Gesamtkonzept zu integrieren. Der Therapeut hat die Aufgabe, dem Patienten dieses Konzept schon im Anfangsstadium der Behandlung möglichst überzeugend verständlich zu machen. Der Patient sollte wissen, worauf er sich einlässt, die einzelnen Verfahrensschritte müssen ihm plausibel erscheinen, und er muss in jeder Phase der Intervention klare Bezüge zu seinen persönlichen Schwierigkeiten herstellen können. Diese Punkte fördern die Therapiemotivation und tragen dazu bei, dass soziale Kompetenztrainings zu geringeren Abbrecherquoten führen als andere Therapieverfahren.

Um eine entsprechende Transparenz des Vorgehens zu erreichen, ist es empfehlenswert, einfache und plausible Denkstrukturen zu entwickeln, sog. Erklärungsmodelle (Meichenbaum 1995). Hinsch und Pfingsten (2007) schlagen z. B. folgendes Schema vor, um Patienten das Zustandekommen unsicheren und kompetenten Verhaltens zu erklären (Abb. 37.1).

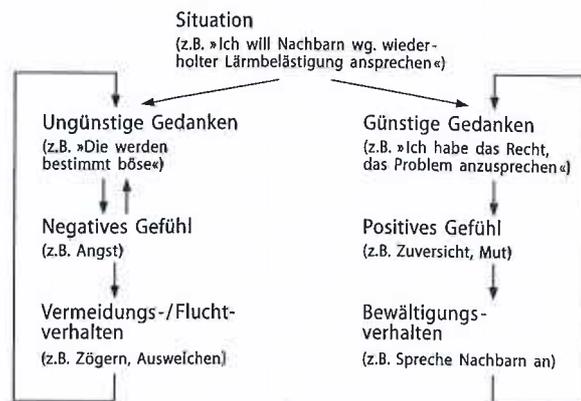


Abb. 37.1. Erklärungsmodell sozial (in-)kompetenten Verhaltens. (Nach Hinsch u. Pfingsten 2007)

Wie wird konkret vorgegangen? Der Therapeut erläutert den Ablauf zunächst an einem alltäglichen Beispiel. Dann arbeitet er gemeinsam mit dem Patienten die allgemeine Struktur des Schemas heraus und übt mit ihm die Anwendung auf weitere Problemsituationen. Anhand der kleinen Rückkoppelungspfeile links verdeutlicht er, dass sich Gedanken und Gefühle gegenseitig aufschaukeln können: Ungünstige Gedanken führen zu Angst, die Angst wird als Beweis für die Berechtigung der Befürchtungen angesehen, was die Angst weiter steigert usw. Anhand der großen Rückkoppelungspfeile wird auf die subjektiven Verhaltenskonsequenzen eingegangen: Die betreffende Person sieht sich durch ihr Vermeidungsverhalten in der Überzeugung verstärkt, dass sie solchen Situationen nicht gewachsen ist, sie fühlt sich noch mutloser und nimmt derartige Aufgaben in Zukunft erst recht nicht mehr in Angriff.

Mit Hilfe eines solchen Schemas kann dem Patienten auch das multimodale Konzept der Therapie verdeutlicht werden: Auf allen Ebenen des Ablaufs gibt es Möglichkeiten, vom linken, ungünstigen Ablauf zum rechten Zweig zu gelangen. Eine besonders wirksame Therapie besteht darin, sowohl bei den Gedanken als auch bei Gefühlen und Verhalten anzusetzen.

Fazit

Solche Erklärungsmodelle haben folgende Vorteile:

- Die Patienten können sich ihr eigenes Verhalten im Alltag besser erklären,
- sie haben es leichter, konkrete Ansatzpunkte für Änderungen zu finden und
- sie verstehen die Ziele und den Ablauf der Therapie besser.

Instruktionen und Modeling

Wichtige Bestandteile sozialer Kompetenztrainings sind Rollenspiele und Übungen in vivo. Eine Schwierigkeit besteht allerdings darin, dass Patienten bei Behandlungsbe-

ginn zwar ahnen, dass sie in manchen Situationen etwas falsch machen, sie wissen aber nicht genau, worin ihre Fehler bestehen und was sie besser machen können. Deshalb

werden schriftliche Instruktionen verwendet, die deutlich machen, auf welche Verhaltensweisen es ankommt. Ein typisches Beispiel (nach Zimmer 1976):

Beispiel

Instruktionen Typ R (Recht)

- Vor der Situation: Geben Sie sich positive Selbstanweisungen (z. B. »Ich habe ein Recht darauf, dass ...«).
- In der Situation:
1. Reden Sie laut und deutlich.
 2. Schauen Sie Ihren Gesprächspartner an (Blickkontakt).
 3. Äußern Sie Forderungen in der Ich-Form.
 4. Sagen Sie zuerst, was Sie wollen, dann warum.
 5. Vermeiden Sie unnötige Entschuldigungen.
 6. Werden Sie nicht aggressiv, bestehen Sie ruhig und bestimmt auf Ihren Rechten.
- Nach der Situation: Unabhängig vom Erfolg: Verstärken Sie sich innerlich dafür, dass Sie einen Versuch zur Durchsetzung Ihrer Rechte unternommen haben. Erkennen Sie jeden Fortschritt in Ihrem Verhalten an.

Diese Anweisungen gelten nur für Situationen vom Typ R. Bei anderen Situationstypen sind andere Instruktionen zu verwenden. Der Therapeut kann sie vorgeben oder gemeinsam mit den Patienten entwickeln. Hilfreiche Instruktionen sind klar und verhaltensnah formuliert und nicht zu umfangreich.

Zur weiteren Veranschaulichung werden oft **Modellrollenspiele** verwendet. Darin demonstriert der Therapeut das Zielverhalten an einem Beispiel (z. B. Besuch bei Nachbarn, um eine Lärmbelästigung anzusprechen). Er sollte sich dabei nicht fassadenhaft perfekt, sondern eher im Sinne eines Bewältigungsmodells verhalten, also auch zeigen, wie mit eventuell auftretenden Schwierigkeiten konstruktiv umgegangen werden kann.

Rollenspiele

Ziele. Rollenspielen kommt in solchen Trainings eine zentrale Bedeutung zu. Sie dienen zunächst einmal folgendem Ziel:

- ❗ Die Patienten üben **soziale Verhaltensweisen und -strategien** ein, mit denen sie Alltagssituationen in Zukunft besser bewältigen können.

Dieser Punkt spielt fast immer eine Rolle, vor allem aber natürlich in den erwähnten klassischen Social Skills Trainings. Durch die Plausibilität dieser Zielsetzung wird allerdings immer wieder übersehen, dass Rollenspiele weitere wichtige Funktionen erfüllen können:

- Die Patienten üben bei entsprechender Anleitung neben dem motorischen Verhalten einen günstigeren **Ablauf interner Regulationsprozesse** ein, vor allem veränderte Gedanken und Gefühle (s. Erklärungsmodell).
- Rollenspiele simulieren soziale Realität und bewirken dadurch **Expositionseffekte** (vor allem in Gruppen). Das ist von Bedeutung, weil Exposition die wirksamste Methode zur Behandlung der Angstreaktionen darstellt.

- Das entscheidende Problem vieler Patienten besteht nicht in objektiven Verhaltensdefiziten, sondern darin, dass sie ihre eigenen sozialen Fähigkeiten unterschätzen. Rollenspiele sind eine hervorragende Möglichkeit, **soziales Kompetenzvertrauen** zu fördern (vgl. Pfingsten u. Ellerbrock, in Vorbereitung).

- Die Patienten lernen, sich sozialen Erfahrungen aktiv und bewusst auszusetzen, sie konstruktiv auszuwerten und für weitere Bewältigungsversuche zu nutzen (**selbstgesteuerte Erfahrungsbildung**; Pfingsten 2000).

Ablauf. Vom Ablauf her kann ein Rollenspieldurchgang z. B. aus fünf Phasen bestehen (vgl. auch ► Kap. I/36). Am Anfang steht eine kurze **Vorbesprechung**, welche Situation der Patient spielen will und wie das Rollenspiel etwa ablaufen soll. Im **Erstspiel** verhält sich der Patient entweder »so wie immer«, oder er orientiert sich bereits an den vorgegebenen Instruktionen. Im **ersten Feedback** arbeitet der Therapeut im Gespräch mit dem Patienten heraus, (a) welche Verhaltensweisen bereits gut gelungen sind und (b) welche bei einer Wiederholung verbessert werden können. Diese Vorsätze versucht der Patient im **Zweitspiel** derselben Situation zu verwirklichen. Im **zweiten Feedback** ziehen Therapeut und Patient ein Resümee dieses Verbesserungsversuchs. Obwohl weitere Wiederholungen möglich sind, wird meist darauf verzichtet, um Überforderungen zu vermeiden. Stattdessen wendet man sich anderen Spielsituationen zu, in Trainingsgruppen anderen Patienten.

Varianten. Bei diesem Ablauf sind verschiedene Variationen möglich, die gut überlegt sein sollten:

- Die **Spielsituationen** können vom Therapeuten vorgeschlagen werden, vom Patienten aus vorgegebenen Situationen ausgewählt werden, oder es werden Situationen verwendet, die der Patient wirklich erlebt hat bzw. die in Zukunft für ihn anstehen.

- Als **Rollenspielpartner** können der Therapeut, ein Ko-therapeut oder andere Gruppenmitglieder fungieren.
- Für ein möglichst verhaltensnahes und objektives Feedback können **Video- oder Audioaufzeichnungen** verwendet werden.
- In den Feedback-Phasen können auch **Gedanken und Gefühle** des Patienten verdeutlicht und verändert werden («Was haben Sie an dieser Stelle gedacht/gefühl?»; «Was können Sie stattdessen besser zu sich sagen?»).

! Um die **Selbstkontrolle** zu fördern, sollte der Therapeut die Patienten dazu anleiten, in möglichst allen Phasen des geschilderten Ablaufs selbstgesteuert vorzugehen (vgl. Zimmer 1976). Er verwendet externe Verstärkungen sparsam, ermuntert die Patienten stattdessen dazu, sich selbst zu verstärken und mit Selbstkritik konstruktiv umzugehen. Außerdem hält er sich mit der Vorgabe normativer Verhaltenskriterien zurück und regt Patienten dazu an, eigene Kriterien zur Beurteilung zu entwickeln. Die oben erwähnten Instruktionspapiere dienen bei einem solchen Vorgehen oft nur als erster Anhaltspunkt.

Nicht immer werden die therapeutischen Potenziale von Rollenspielen voll ausgeschöpft. Ein Grund dafür mag darin bestehen, dass soziale Kompetenztrainings eher als »leichtes« Therapieverfahren gelten. Deshalb werden dafür oft Trainer eingesetzt, die psychotherapeutisch wenig geschult sind, sich zu sehr auf die verhaltensübende Funktion konzentrieren oder die bestimmte typische Fehler (Zimmer 2003) machen.

Weitere Trainingselemente

Gerade im Sinne eines multimodalen Vorgehens werden außer Rollenspielen oft weitere Interventionstechniken eingesetzt.

Entspannungsverfahren. Mit Entspannungsverfahren soll die Aufregung reduziert werden, die vielen Patienten die Bewältigung sozialer Situationen erschwert. Weil eine völlige Entspannung hier jedoch wenig sinnvoll ist, werden aktive Methoden bevorzugt. Dazu gehören z. B. die progressive Muskelentspannung, Verfahren der Angstbewältigung oder die angewandte Entspannung nach Öst (► Kap. I/30). Wichtig ist dabei, Patienten die Erfahrung zu vermitteln, dass sie ihrer Erregung nicht hilflos ausgeliefert sind, sondern Möglichkeiten haben, auch Gefühlsreaktionen in gewissem Maße zu beeinflussen. Um die Anwendung der Entspannung im Alltag zu erleichtern, kann ihr Einsatz bei der Durchführung der Rollenspiele bewusst mittrainiert werden.

Spezielle Übungen. Spezielle Übungen sind sinnvoll, um etwa ungünstige Kognitionen aufzudecken und zu verändern. Ein gutes Beispiel dafür ist die **Diskriminationsübung** nach Jakubowski-Spector, die sinnvollerweise am Anfang eines Trainings verwendet wird:

Viele Patienten haben Schwierigkeiten, unsicheres, kompetentes und aggressives Verhalten voneinander zu unterscheiden. Deshalb trauen sie sich auch nicht, ihre Rechte durchzusetzen, denn sie meinen, dass dies nur auf aggressive Weise geschehen könne. Das Ziel der Übung besteht darin, die Unterscheidung zwischen den drei Verhaltensklassen zu trainieren. Die Patienten bekommen eine Reihe von schriftlichen Äußerungen und sollen sie als unsicher, selbstsicher oder aggressiv einschätzen.

Beispiel

Sie sind gerade auf dem Weg zum Fotokopierer, als Ihnen ein Kollege begegnet, der Ihnen immer wieder Kopierarbeit für sich aufbürdet. Er fragt, wohin Sie gehen. Sie antworten: »Ich gehe zum Pokalturnier. Oder wonach sehe ich sonst aus?«

Bei der anschließenden Besprechung lassen sich die Merkmale der drei Verhaltensklassen mit den Patienten anhand der einzelnen Einschätzungen sehr anschaulich herausarbeiten (Hinsch u. Pfingsten 2007).

Solche Übungen können z. B. als Einstieg zu einzelnen Trainingssitzungen verwendet werden. Mögliche Themen sind: ungünstige Gedanken erkennen, soziale Wahrnehmung, kurz- und langfristige Verhaltenskonsequenzen unterscheiden, Selbstverstärkung lernen, mit Misserfolgen umgehen, eigene Gefühle wahrnehmen, den anderen besser verstehen usw. Praktische Anregungen ergeben sich u. a. aus Röschmann und Weber (2006) oder Shelton und Ackerman (1987). Eine andere Möglichkeit zur Berücksichtigung solcher Themen besteht darin, dass Patienten parallel zum Training ein Selbsthilfebuch durcharbeiten. Je nach Problematik eignen sich dafür die Texte von Fensterheim und Baer (1993), Hinsch und Wittmann (2003), Merkle (z. B. 2001) oder Zimbardo (2001).

Transfertechniken

Ein Problem sozialer Kompetenztrainings bestand lange Zeit im unzureichenden Transfer, d. h. die Patienten lernten zwar neue Verhaltensweisen, übertrugen sie jedoch kaum auf ihren eigenen Alltag. Deshalb sollten Therapeuten nicht davon ausgehen, dass ein gutes Training automatisch zu Transfereffekten führt (sog. »Train-and-hope-Einstellung«). Vielmehr sind dafür gezielte Anstrengungen notwendig, z. B. durch folgende Maßnahmen:

- **Intensive Beteiligung des Patienten** (als Experte für seine eigene Lebenswelt) an der Entwicklung von Verhaltensweisen, die für ihn ganz persönlich angemessen sind, sowie
- **Training von Metakompetenzen**, die den Transfer erleichtern. Dazu eignen sich u. a. die schon erwähnten Selbstkontrolltechniken.

- **Hausaufgaben mit In-vivo-Übungen**, bei denen sich Patienten mit bestimmten realen Situationen konfrontieren (Shelton u. Ackerman 1987). Die Übungen müssen in den Trainingssitzungen sorgfältig geplant, in ihrer Bedeutung erläutert und gründlich nachbesprochen werden.

Rückfallprävention

Auch nach erfolgreichem Trainingsverlauf besteht die Gefahr, dass Patienten mit der Zeit oder unter bestimmten Belastungen in ihre alten inkompetenten Verhaltensmuster zurückfallen. Gegen Ende des Trainings sollten deshalb konkrete Überlegungen zur Rückfallprävention angestellt werden. Dabei sind für die Patienten folgende Leitfragen von Nutzen:

Leitfragen zur Rückfallprävention

- Woran merke ich, dass sich alte Verhaltensgewohnheiten wieder einschleichen?
- Was kann ich tun, wenn diese Gewohnheiten auftreten?
- Was kann ich tun, wenn die alten Gewohnheiten wieder auftreten, ich daran im Moment aber auch nichts ändern möchte?
- Was kann ich tun, wenn ich merke, dass ich schon eine ganze Zeit wieder »im alten Trott« bin?

Die erarbeiteten Handlungsmöglichkeiten werden auf einem Merkblatt notiert, damit die Patienten sie sich in gewissen Zeitabständen wieder in Erinnerung rufen können. Manchmal kommt auch die Verwendung von Tagebüchern in Betracht. Gelegentliche Nachbesprechungen oder Auffrischungssitzungen nach einigen Monaten sind für die Stabilisierung erreichter Veränderungen außerordentlich sinnvoll, werden jedoch viel zu selten praktiziert.

Therapeutische Beziehung

Wie bei anderen verhaltenstherapeutischen Verfahren hängt auch die Wirksamkeit sozialer Kompetenztrainings von der Qualität der Beziehung zwischen Patient und Therapeut ab. Abgesehen davon, was in anderen Kapiteln dazu gesagt wird, sind bei sozial unsicheren Patienten einige Besonderheiten zu berücksichtigen:

- besondere Empfindlichkeit gegenüber sozialen Misserfolgen (auch solchen in der Beziehung zu Therapeut oder Gruppe),
- hohe Irritierbarkeit durch Kritik,
- Schwierigkeiten beim Umgang mit positivem Feedback,
- starke Konformitätstendenzen,
- ausgeprägtes Bedürfnis nach klaren Aufgabenstellungen,

- starke Beschäftigung mit Aspekten der Selbstpräsentation,
- übertriebener Perfektionismus und überhöhte Ansprüche an sich selbst.

Zu speziellen Aspekten der Beziehungsgestaltung siehe auch Echelmeyer (1983).

37.3 Anwendungsbereiche

Soziale Interaktionsprobleme können bei fast allen psychischen Störungen eine Rolle spielen (Segrin 2001). Deshalb können soziale Kompetenztrainings auch bei Patienten mit ganz verschiedenen Störungen erfolgreich angewendet werden. Das besagt aber nicht, dass ihre Anwendung bei **allen** Patienten mit den betreffenden Störungen sinnvoll ist. Noch wichtiger als herkömmliche Störungsdiagnosen ist deshalb eine Beantwortung der Frage: Liegen bei dem betreffenden Patienten soziale Kompetenzprobleme vor, die für seine Störung relevant und behandlungsbedürftig sind? Dabei sind **vier Möglichkeiten** zu unterscheiden:

Wann sind soziale Kompetenztrainings sinnvoll?

1. Wenn soziale Kompetenzprobleme die **zentrale Symptomatik** eines Patienten darstellen.
Typische Beispiele: Soziale Angststörung (Phobie) oder ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung im Sinne der ICD-10.
2. Wenn soziale Kompetenzprobleme eine **wesentliche (Mit-)Ursache der Hauptstörung** sind.
Das ist z. B. oft bei anderen Angststörungen, Depressionen, bei substanzbezogenen oder psychophysiologischen Störungen der Fall.
3. Wenn eine Förderung der sozialen Kompetenzen die Chancen des Patienten für ein erfolgreiches Management der Hauptstörung bzw. für eine **erfolgreiche Rehabilitation** erhöht.
Dieser Aspekt kann bei fast allen Störungsbildern eine Rolle spielen, etwa bei schizophrenen Störungen, bei Substanzmissbrauch, bei geistiger Behinderung, aber auch bei chronischen körperlichen Erkrankungen.
4. Wenn die Förderung bestimmter sozialer Kompetenzen das **Risiko für die Entstehung psychischer Störungen vermindert**.
Beispiele: Bestimmte Eltern- und Partnertrainings, Interventionen für unsichere oder aggressive Kinder/Jugendliche, Prävention von Substanzmissbrauch.

Oft werden soziale Kompetenztrainings natürlich bei Patienten eingesetzt, auf die die erste Bedingung zutrifft. Letzt-

lich noch häufiger jedoch kommen sie aus den anderen drei Gründen zur Anwendung (vgl. Grawe et al. 1994). Praxisbezogene Erfahrungsberichte über verschiedene Anwendungsbereiche finden interessierte Leser bei Hinsch und Pfingsten (2007).

37.4 Wirkmechanismen und Effektivität

Ein wichtiger Wirkmechanismus besteht darin, dass Patienten Verhaltensmuster zur besseren Bewältigung sozialer Alltagssituationen erlernen. In multimodalen Trainings kommt die Modifikation kognitiver Vorgänge und Inhalte hinzu, eine veränderte Selbst- und Handlungsregulation sowie Interventionen zum Abbau von Ängsten. Empirische Studien sprechen dafür, dass multimodale Trainings oft wirksamer sind als monomodale; das gilt für Trainings bei Erwachsenen ebenso wie bei Kindern und Jugendlichen (vgl. z. B. Grawe et al. 1994 bzw. Beelmann et al. 1994; Spence 2003).

Insgesamt gehören soziale Kompetenztrainings zu den meistuntersuchten Interventionsverfahren in der Verhaltenstherapie. Ihre Wirksamkeit bei verschiedenen Störungsbildern und Patientengruppen wird durch zahlreiche Einzelstudien und Metaanalysen bestätigt (vgl. Bauer 2007a; Hollin u. Trower 1986). Besonders umfassend abgesichert ist ihr Einsatz bei **Depressionen**, bei **Partnerproblemen** sowie bei **schizophrenen** und bei **substanzbezogenen Störungen** (Segrin u. Givertz 2003). Beim Alkoholismus etwa können sie mit anderen Interventionen schon als evidenzbasiertes Verfahren der höchsten Stufe gelten (Loeber u. Mann 2006).

Wie erwähnt sind soziale Kompetenztrainings auch für die **soziale Angststörung (Phobie)** ein Mittel der Wahl (z. B. Franklin et al. 1999). Allerdings wird gelegentlich argumentiert, sie seien bei dieser Störung wenig sinnvoll, weil bei Sozialphobikern normalerweise keine Verhaltensdefizite bestünden. Abgesehen davon, dass sich diese Argumentation vor allem wieder auf klassische Skill-Trainings bezieht, ergaben sich in Metaanalysen insbesondere längerfristig gute Ergebnisse (vgl. Harb u. Heimberg 2002). Multimodale Trainings scheinen auch hier besonders wirksam zu sein, gerade wenn man sich auf klinisch relevantere Formen der Störung bezieht, d. h. auf soziale Phobien des generalisierten Typs sowie auf »Alltagspatienten«, bei denen Komorbiditäten mit anderen Störungen vorliegen (z. B. Herbert et al. 2005; Van Dam-Baggen u. Kraaimaat 2000). In jedem Falle sind bei Patienten mit sozialen Ängsten ausgiebige Expositionübungen wichtig, die sich immer wieder als außerordentlich wirksam erwiesen haben; weitere Hinweise zur Anpassung des Vorgehens an diese Patientengruppe bei Pfingsten (2005).

37.5 Ausblick

Soziale Kompetenztrainings sind ein bewährtes Standardverfahren der Verhaltenstherapie, aber **kein Allheilmittel**. So können sie z. B. bei schizophrenen Patienten inzwischen als hervorragende evidenzbasierte Intervention zur Verbesserung des sozialen Interaktionsverhaltens gelten, einstweilen jedoch nicht als nachgewiesen wirksames Verfahren zur Beeinflussung der Positivsymptomatik oder der Rückfallwahrscheinlichkeit (Bellack et al. 2004). Derartige Differenzierungen sind in Forschung und Praxis dringend notwendig. Andernfalls bleiben Enttäuschungen nicht aus, und es besteht die Gefahr, dass der Nutzen des Verfahrens für ein ganzes Anwendungsgebiet in Frage gestellt wird, nur weil sich etwa in Metaanalysen bei zu globaler Betrachtung unzureichende Effektstärken ergeben.

Manche Trainings beschränken sich heute immer noch auf das Üben von äußeren Verhaltensweisen. Das kann sinnvoll sein, aber wahrscheinlich werden multimodale Vorgehensweisen weiter an Bedeutung zunehmen. Sie könnten helfen, das schon erwähnte Transferproblem besser zu lösen und die Nachhaltigkeit positiver Veränderungen zu steigern. Ermutigend ist in diesem Zusammenhang z. B., dass eine multimodale Trainingskonzeption bei den Teilnehmern zu bedeutsamen konstruktiven Veränderungen führte, die auch nach eineinhalb Jahren noch nachweisbar waren (Pfingsten 1987).

Eine vielversprechende Entwicklung besteht darin, soziale Kompetenztrainings als **Module in komplexe störungsspezifische Behandlungsprogramme** einzubeziehen. Entsprechende Ansätze gibt es u. a. für Partnerprobleme (vgl. Christensen u. Heavey 1999), Depressionen (Hautzinger 2003), schizophrene Störungen (Roder et al. 2002), Borderlinestörungen (Linehan 1996), Alkoholismus (Brueck u. Mann 2006) oder für Patienten mit Doppeldiagnosen (Mueser et al. 2003).

Grundlegenderer Natur ist die Perspektive, dass Kompetenztrainings eine **kombinierte Wirkung** haben: Sie helfen nicht nur, psychische Störungen zu beseitigen, sie stärken zugleich immer auch die persönlichen Ressourcen der Patienten. Es gibt Hinweise aus der Präventionsforschung, dass Interventionen mit einer solchen kombinierten Wirkung besonders wirksam sind (z. B. Durlak u. Wells 1997). Vor allem aber könnte diese Doppelfunktion sozialer Kompetenztrainings dazu beitragen, die negativen Aspekte von Behandlungsstrategien zu überwinden, die sich vorwiegend am Defektcharakter psychischer Störungen orientieren (Albee 1980).

Zusammenfassung

Soziale Kompetenzen besitzen eine Mittlerfunktion bei der Verwirklichung aller persönlichen Ziele und Bedürfnisse von Menschen, die Interaktionen mit anderen voraussetzen.

- Deshalb können entsprechende Trainingsverfahren bei Patienten mit sehr verschiedenartigen Störungsbildern eine wichtige therapeutische, rehabilitative oder präventive Maßnahme darstellen.
- Seit etwa 1950 wurden unterschiedliche Behandlungsstrategien entwickelt, die heute oft zu multimodalen Trainings kombiniert werden.
- Zentraler Bestandteil sind meistens Verhaltensübungen, die sowohl in der Therapiesituation (Rollenspiel) als auch in der Realität (In-vivo-Übungen) durchgeführt werden. Hinzu kommen häufig Interventionselemente im affektiven Bereich (Entspannungstraining, Exposition) sowie verschiedene kognitiv orientierte Techniken (Erklärungsmodell, Diskriminationstraining, spezielle Übungen). Nach wie vor sind allerdings auch Trainings in Gebrauch, die sich vorwiegend auf Verhaltensübungen beschränken.

Literatur

- Albee, G. W. (1980). A competency model must replace the defect model. In L. A. Bond & J. C. Rosen (Eds.), *Competence and coping during adulthood* (pp. 76–104). Hannover (NH): University Press.
- Annenk, G., Echelmeyer, L. & Kessler, E. (1978). *SUK – Selbstsicherheits- und Kontakttraining in Gruppen*. Tübingen: DGVt.
- Bauer, M. (2007a). Trainings sozialer Kompetenzen – Konzepte und Anwendungsgebiete. In R. Hirsch & U. Pfingsten (Hrsg.), *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)* (S. 73–89). Weinheim: PVU.
- Bauer, M. (2007b). Empirische Befunde zu den Interventionstechniken des GSK. In R. Hirsch & U. Pfingsten (Hrsg.), *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)* (S. 101–117). Weinheim: PVU.
- Beelmann, A., Pfingsten, U. & Lösel, F. (1994). Effects of training social competence in children: A meta-analysis of recent evaluation studies. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 260–271.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T. & Gingerich, S. (2004). *Social skills training for schizophrenia*. New York: Guilford.
- Brueck, R. & Mann, K. (2006). *Alkoholmisspezifische Psychotherapie*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Christensen, A. & Heavey, C.L. (1999). Interventions for couples. *Annual Review of Psychology*, 50, 165–190.
- Durlak, J. A. & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115–152.
- D'Zurilla, T. J. & Nezu, A. (2006). *Problem solving therapy*. New York: Springer.
- Echelmeyer, L. (1983). Selbstunsicherheit und soziale Ängste. In D. Zimmer (Hrsg.), *Die therapeutische Beziehung* (S. 161–172). Weinheim: Edition Psychologie.
- Ettrich, K. U., Guderath, S., Mehj, J., Reschke, K. & Schier, R. C. (1984). *Selbstsicherheitstraining*. Leipzig: Karl-Marx-Universität.
- Fensterheim, H. & Baer, J. (1993). *Sag nicht ja, wenn Du nein sagen willst*. München: Goldmann.
- Franklin, M. E., Jaycox, L. H. & Foa, E. B. (1999). Social skills training. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.), *Handbook of comparative interventions for adult disorders* (S. 317–339). New York: Wiley.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe.
- Harb, G. C. & Heimberg, R. G. (2002). Kognitive-behaviorale Behandlung der sozialen Phobie: Ein Überblick. In U. Stangier & T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und soziale Angststörung* (S. 311–338). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Weinheim: PVU.
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Myers, V. H., Dalrymple, K. & Nolan, E. M. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 36, 125–138.
- Hirsch, R. & Pfingsten, U. (2007). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)*. Weinheim: PVU.
- Hirsch, R. & Wittmann, S. (2003). *Soziale Kompetenz kann man lernen*. Weinheim: PVU.
- Hollin, C. R. & Trower, P. (Eds.) (1986). *Handbook of social skills training*. New York: Pergamon.
- Lange, A. J. & Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior*. Champaign: Research Press.
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Loeber, S. & Mann, K. (2006). Entwicklung einer evidenzbasierten Psychotherapie bei Alkoholismus. *Der Nervenarzt*, 77, 558–566.
- Lütgerhorst, H. J. (1998). Kognitives Selbstsicherheitstraining als psychologische Behandlung im psychiatrischen Landeskrankenhaus: Die Veränderung von Verhalten, Gedanken und Gefühlen. In M. Hockel & F. J. Feldhege (Hrsg.), *Handbuch der Angewandten Psychologie*, Bd. 2 (S. 945–971). München: Moderne Industrie.
- Meichenbaum, D. (1995). *Kognitive Verhaltensmodifikation*. Weinheim: PVU.
- Merkle, R. (2001). *So gewinnen Sie mehr Selbstvertrauen*. Mannheim: PAL.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E. & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders*. New York: Guilford.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2003). *Training mit sozial unsicheren Kindern*. Weinheim: PVU.
- Pfingsten, U. (1984). *Soziale Durchsetzung*. München: Profil.
- Pfingsten, U. (1987). Langzeiteffekte des Gruppentrainings Sozialer Kompetenzen (GSK). *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 35, 211–218.
- Pfingsten, U. (2000). Soziale Ängste, Unsicherheiten und Defizite. In M. Hautzinger (Hrsg.), *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen* (S. 115–146). München: Quintessenz.
- Pfingsten, U. (2005). Soziale Ängste. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 555–563). Berlin: Springer.
- Pfingsten, U. (2007). Ein Erklärungsmodell sozialer Kompetenzen und Kompetenzprobleme. In R. Hirsch & U. Pfingsten (Hrsg.), *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)* (S. 12–72). Weinheim: PVU.
- Pfingsten, U. & Ellerbrock, J. (in Vorbereitung). Kognitive Wirkfaktoren von Rollenspielen in sozialen Kompetenztrainings.
- Roder, V., Brenner, H. D. & Kienzle, N. (2002). *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT)*. Weinheim: PVU.
- Röschmann, D. & Weber, H. (Hrsg.). (2006). *Arbeitskatalog der Übungen und Spiele*. Essen: Windmühle.
- Schneider, R. (1994). Selbstsicherheitstraining. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie* (S. 395–424). Weinheim: PVU.
- Segrin, C. (2001). *Interpersonal processes in psychological problems*. New York: Guilford.
- Segrin, C. & Givertz, M. (2003). Methods of social skills training and development. In J. O. Greene & B. R. Burleson (Eds.), *Handbook of communication and social interaction* (pp. 135–175). Mahwah: Erlbaum.
- Shelton, J. L. & Ackerman, J. M. (1987). *Verhaltens-Anweisungen*. München: Pfeiffer.
- Spence, S.H. (2003). Social skills training with children and young people. *Child and Adolescent Mental Health*, 8, 84–96.
- Ullrich, R. & de Muynck, R. (2001, 2003, 2004). *Das Assertivness-Training-Programm (ATP)* (3 Bde). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Van Dam-Baggen, R. & Kraaamaat, F. (2000). Group social skills training or cognitive group therapy as the clinical treatment of choice for

- generalized social phobia? *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 437–451.
- Wolpe, J. (1972). *Praxis der Verhaltenstherapie*. Bern: Huber.
- Zimbardo, P. G. (2001). *Nicht so schüchtern*. München: MVG.
- Zimmer, D. (1976). *Ausbildung sozialer Kompetenz durch Training in Verhaltensgeschicklichkeit und Selbstregulation*. Münster: Dissertation.
- Zimmer, D. (2003). Das Rollenspiel. *Psychotherapie im Dialog*, 4, 47–53.

Weiterführende Literatur

- Hinsch, R. & Pfingsten, U. (Hrsg.). (2007). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)*. Weinheim: PVU. Informationen und Materialien dazu auch auf der Homepage: <http://www.gsk-training.de>
- Hollin, C. R. & Trower, P. (Eds.). (1986). *Handbook of social skills training*. New York: Pergamon.
- Vriends, N. & Margraf, J. (Hrsg.). (2005). *Soziale Kompetenz, soziale Unsicherheit, soziale Phobie*. Hohengeren: Schneider.