



Hans Gunia
Simone Saurgnani

Training sozialer Kompetenzen in der Gruppe

Ein Praxisleitfaden



Training sozialer Kompetenzen in der Gruppe

Hans Gunia
Simone Saurgnani

Training sozialer Kompetenzen in der Gruppe

Ein Praxisleitfaden



Dipl.-Psych. Hans Gunia, geb. 1956. 1979–1987 Studium der Psychologie in Darmstadt. 1988–2014 Anstellung als Klinischer Psychologe im PKH Riedstadt. Ebenfalls seit 1988 Niederlassung in eigener Praxis als Verhaltenstherapeut in Darmstadt. Lehrtherapeut und Supervisor in Verhaltenstherapie und Dialektisch Behavioraler Therapie (DBT), Mitbegründer des Darmstädter DBT-Netzwerkes und Vorstandsmitglied im Dachverband DBT. 1. Vorsitzender der deutsch-argentinischen Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

Dipl.-Psych. Simone Saurgnani, geb. 1968. 1995–2000 Studium der Psychologie in Frankfurt am Main. 2001–2005 Weiterbildung am Ausbildungsprogramm der Universität Frankfurt. 2005–2014 Mitarbeit im Leitungsteam sowie als Diagnostikerin und Forschungstherapeutin an der Verhaltenstherapie-Ambulanz der Universität Frankfurt. Seit 2008 Niederlassung in eigener Praxis als Verhaltenstherapeutin in Darmstadt. Lehrtherapeutin und Supervisorin in Verhaltenstherapie, Gründungsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Achtsamkeit Darmstadt.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autor:innen bzw. den Herausgeber:innen große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autor:innen bzw. Herausgeber:innen und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Umschlagabbildung: © iStock.com by Getty Images / jacoblund
Satz: Sabine Rosenfeldt, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
Format: PDF

1. Auflage 2023

© 2023 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-3007-2; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-3007-3)

ISBN 978-3-8017-3007-9

<https://doi.org/10.1026/03007-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
1 Einleitung	11
1.1 Überblick über das Buch	11
1.2 Modularer Aufbau	12
1.3 Setting, Gruppenzusammensetzung und Auswahl der Teilnehmerinnen ..	12
1.4 Struktur der einzelnen Sitzungen	13
1.5 Möglichkeiten der Abrechnung im Rahmen der Richtlinientherapie	13
1.6 Zusammenarbeit zwischen Einzel- und Gruppentherapeutinnen	14
1.7 Unsere Philosophie	14
1.8 Körperkontakt im Training sozialer Kompetenz	14
2 Training sozialer Kompetenz: Eine theoretische Verortung	16
3 Einstieg: Die Gruppe in das Training einführen	22
3.1 Grundlegendes zum didaktischen Vorgehen	22
3.2 Didaktik zum ersten Input über soziale Kompetenzen und Selbstsicherheit	23
3.3 Einstieg: Infoblätter, Übungen und Hausaufgaben	26
4 Rollenspiele	36
4.1 Verschiedene Arten von Rollenspielen	37
4.2 Schritte beim Durchführen von Rollenspielen	40
4.3 Rollenspiele mit Videofeedback	44
4.4 Voraussetzungen auf Seiten der Teilnehmerinnen	45
4.5 Therapeutische Techniken	45
4.6 Kontraindikationen von Rollenspielen	50
4.7 Rollenspiele: Infoblatt	51
5 Kommunikation, Pflege und Verbesserung der Qualität von Beziehungen	52
5.1 Einführung	52

5.2	Didaktisches Vorgehen und Einsatz der Hausaufgaben sowie der Info- und Übungsblätter	53
5.2.1	Grundlagen der Kommunikation	53
5.2.2	Feinheiten und Kommunikationsfallen	55
5.2.3	Die richtige Vorbereitung für ein Gespräch	56
5.2.4	Blickkontakt	57
5.2.5	Gestik, Mimik und Körperhaltung	58
5.2.6	Was sind Gefühle und wofür sind sie gut?	59
5.2.7	Wie Konflikte durch inadäquates Ausdrücken von Gefühlen eskalieren können	59
5.2.8	Primäre und sekundäre Gefühle	61
5.2.9	Erkennen und Ausdrücken von Gefühlen	63
5.2.10	Bedürfnisse und Gefühle durch Ich-Botschaften äußern	64
5.2.11	Validieren	67
5.2.12	Umgang mit Kritik	69
5.2.13	Das Johari-Fenster – Umgang mit Kritik	69
5.2.14	Freie Kommunikation	71
5.2.15	Achtsamkeit in der Beziehung oder Pflege von Beziehungen	71
5.2.16	Exkurs: Tango als Achtsamkeit in der Beziehung	73
5.2.17	Konflikte in der Familie, in Freundschaften oder generell in Beziehungen	73
5.2.18	Wie kommt es, dass Menschen sich immer in bestimmten Momenten trennen?	74
5.3	Modul Kommunikation: Infoblätter, Übungen und Hausaufgaben	76
6	Kennenlernen	146
6.1	Einführung	146
6.2	Didaktisches Vorgehen und Einsatz der Hausaufgaben und der Info- und Übungsblätter	148
6.2.1	Freundes- und Bekanntenkreis	149
6.2.2	Menschen kennenlernen	150
6.2.3	Übungen zum Kennenlernen in der Gruppe	151
6.2.4	Techniken zum Kennenlernen von Menschen	152
6.2.5	Soziale Medien und Datingportale	156
6.3	Modul Kennenlernen: Infoblätter, Übungen und Hausaufgaben	158
7	Bitten äußern, berechnete Interessen durchsetzen und Nein sagen ..	196
7.1	Einführung	196
7.2	Didaktisches Vorgehen und Einsatz der Hausaufgaben und der Info- und Übungsblätter	197
7.2.1	Bitten äußern – ein Ziel bei einer anderen Person verfolgen	198
7.2.2	Nein sagen – Bitten ablehnen	203

7.3	Modul Bitten äußern, berechnigte Interessen durchsetzen und Nein sagen: Infoblätter, Übungen und Hausaufgaben	207
8	Achtsamkeit	231
8.1	Einführung	231
8.1.1	Wirkung von Achtsamkeit	234
8.1.2	Was ist Achtsamkeit?	234
8.1.3	Dimensionen von Achtsamkeit und Auswahl der Übungen	239
8.1.4	Formelle und informelle Übungspraxis	240
8.1.5	Warum Achtsamkeit einfach, aber auch nicht einfach ist	240
8.1.6	Wie können Teilnehmer zum Üben motiviert werden?	241
8.1.7	Grenzen und Kontraindikationen	243
8.1.8	Auf ein Wort	243
8.2	Didaktisches Vorgehen und Einsatz der Info- und Übungsblätter	244
8.3	Modul Achtsamkeit: Info- und Übungsblätter	250
9	Schwierige Therapiesituationen	260
9.1	Patientinnen möchten keine Rollenspiele machen	260
9.2	Probleme zwischen den Teilnehmerinnen	260
9.3	Austragen persönlicher Konflikte in Rollenspielen (speziell bei Familiengruppen)	261
9.4	Verweigerung der aktiven Teilnahme am Rollenspiel	261
9.5	Umgang mit sehr aktiven und passiven Teilnehmerinnen	262
9.6	Patientinnen machen keine Hausaufgaben oder vergessen die Unterlagen	264
9.7	Einzelne Teilnehmerinnen fehlen häufig	265
Literatur		266
Anhang		273
	Abrechnungsmöglichkeiten von Gruppentherapien im Rahmen der Richtlinientherapie	275
	Hinweise zu den Online-Materialien	278

Vorwort

Seit mehr als 30 Jahren sammeln wir Erfahrungen mit Gruppentrainings, in denen soziale Kompetenz vermittelt wird. Wir haben solche Gruppen ambulant und stationär und für verschiedene Patientengruppen angeboten. Hans Gunia hat solche Trainings auch im Rahmen von VHS-Kursen und Wochenendworkshops durchgeführt. Begleitet hat uns stets die Freude am Arbeiten mit Gruppen.

Unschwer sind in diesem Buch die Einflüsse der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT), der achtsamkeitsbasierten Therapie und insgesamt der Verfahren der dritten Welle der Verhaltenstherapie zu erkennen, mit der wir uns in den letzten Jahren verstärkt auseinandergesetzt haben und die unsere Art, Therapie und auch Gruppentherapie zu machen, wesentlich bereichert und verändert hat.

Zahlreiche Ideen, Übungen und Hausaufgaben, die in diesem Band vorgestellt werden, haben wir selbst entwickelt. In unser Repertoire sind auch einige Übungen eingegangen, die von Ideen inspiriert wurden, deren Herkunft wir nicht mehr genau eruieren können. An dieser Stelle seien stellvertretend für viele, die unsere Arbeit persönlich an der einen oder anderen Stelle inspiriert oder Ideen beigetragen haben, Martin Bohus, Alan Fruzzetti, Thomas Heidenreich, Michael Huppertz und alle Kollegen der AG Achtsamkeit in Darmstadt, Marsha Linehan, Uwe Minde, Helmut Nold, Dirk Revenstorf und Angelika Wagner-Link, die leider viel zu früh verstorben ist, genannt. Angeregt in unserer Arbeit haben uns darüber hinaus Publikationen von Franz-Josef Feldhege und Günther Krauthan, Friederike Potreck-Rose und Gitta Jacob, Friedemann Schulz von Thun, Rita Ullrich de Muynck und Rüdiger Ullrich.

Wir möchten uns bei allen bedanken, die an unseren Trainings teilgenommen und uns geholfen haben, unseren Ansatz weiter zu verbessern. Wir möchten uns bei unseren Ausbildungskandidaten bedanken, die unsere Ausbildungsworkshops besucht haben und die die vielen Gruppen zum Aufbau sozialer Kompetenzen zusammen mit uns durchgeführt und verbreitet haben. Viele unserer Ausbildungskandidaten und Praktikanten haben als Co-Therapeuten an unseren Gruppentherapien teilgenommen, uns unterstützt und neue Dinge mit uns ausprobiert. Dafür sind wir dankbar und froh. Weiterhin möchten wir uns beim Hogrefe Verlag und dort insbesondere bei Frau Susanne Weidinger für das uns entgegengebrachte Vertrauen und die hervorragende Betreuung bedanken. Herzlich danken

möchten wir Carla Buchbinder und Yvonne Dusch für wertvolle Korrekturen und Rückmeldungen. Unsere Praktikantinnen Inga Bachmann, Luisa Brümmel und Sophie Weichert haben uns bei Recherchen und beim Erstellen von Grafiken sehr geholfen. Die Arbeit von Jennifer Sturm war wie immer wertvoll: schnell und kreativ bei der Umsetzung von Ideen in Grafiken, danke!

Dieser Band ist zum größten Teil während der ersten zwei Jahre der Covid-19-Pandemie entstanden – eine Zeit, die für uns und die ganze Welt nach wie vor extrem herausfordernd ist. Gruppentherapien können derzeit nur unter erschwerten Bedingungen stattfinden. Wir können nur ahnen, welche Auswirkungen soziale Distanz, Homeschooling, Online-Studium und -Ausbildung, finanzielle Probleme etc. langfristig auf die psychische Gesundheit und auch auf soziale Kompetenzen haben werden. Wir hoffen, dass dieses Buch dazu beiträgt, dass Kollegen mit Freude und Leichtigkeit Trainings sozialer Kompetenzen in Gruppen durchführen. Wir brauchten sie vor der Pandemie – jetzt und nach der Pandemie sicherlich noch dringender.

Besonderen Dank verdienen unsere Familienangehörigen, engen Freunde und Ehefrau Anette Fecher, ohne deren Verständnis und Unterstützung das Schreiben dieses Buches nicht möglich gewesen wäre.

Darmstadt, März 2022

*Hans Gunia und
Simone Saurgnani*

1 Einleitung

1.1 Überblick über das Buch

Mit diesem Buch wenden wir uns an Kolleginnen, die bereits Gruppen entweder stationär oder ambulant mit dem Thema *Training sozialer Kompetenz* durchführen oder den Aufbau solcher Gruppen planen. Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit benutzen wir in diesem Buch abwechselnd die männliche und die weibliche Form. Selbstverständlich sind ausdrücklich immer alle Personen unabhängig von Ihrer Geschlechtsidentität gemeint.

Zu Beginn des Buches geben wir einen Überblick über die Geschichte des Konzeptes des Trainings sozialer Kompetenz, über Anwendungsbereiche und über vorhandene Evaluationsdaten. Als theoretische Verortung orientieren wir uns an einem Modell von Alan Fruzzetti (Fruzzetti & Shenk 2008), welches dieser ursprünglich zur Erklärung familiärer Konflikte in Familien von Borderline-Betroffenen entwickelt hat. Wir ergänzen dieses Modell, um die Entstehung und Aufrechterhaltung sozialer Defizite und Unsicherheiten erklären zu können (vgl. Kapitel 2).

Nach einem Überblick über Theorie und Forschungslage des Trainings sozialer Kompetenz besprechen wir die Gestaltung der ersten Sitzung, in der wir die Gruppenregeln vermitteln und einen Überblick über das Programm geben (vgl. Kapitel 3). Danach stellen wir Theorie und Praxis der Durchführung von Rollenspielen vor (vgl. Kapitel 4). Anschließend folgt eine ausführlichere Beschreibung der Module „Kommunikation“, „Kennenlernen“, „Bitten äußern/ablehnen“ und „Achtsamkeit“ (vgl. Kapitel 5 bis 8). Die Vorstellung der einzelnen Module folgt jeweils dem gleichen Muster: Nach einer Einleitung wird relevantes Hintergrundwissen dargestellt. Nach allgemeinen Anmerkungen zu den Zielen und zur Didaktik werden die Ziele und Didaktik zu einzelnen Informationsblättern, Übungen und Hausaufgaben erläutert. Die in den Sitzungen durchzuführenden Übungen sind zudem mit Anmerkungen zu Dauer, Schwierigkeit, Ziel und benötigten Arbeitsmaterialien versehen. Es folgen die Informationsblätter, Übungen und Hausaufgaben. Natürlich kann und muss die Vermittlung dieser Materialien an das entsprechende Setting angepasst werden. Das Material ist sehr umfangreich, sodass Sie je nach Klientel und Rahmenbedingungen Schwerpunkte setzen und Materialien auswählen können.

Im Kapitel 9 stellen wir typische Problemsituationen bei der Durchführung von Gruppentherapien vor und diskutieren Lösungsmöglichkeiten.

1.2 Modularer Aufbau

Das Buch ist modular aufgebaut. Je nach Kombination der Module und Auswahl der Übungen können so kleinere oder größere Programme für Gruppentherapien entstehen. So können Sie sich etwa für ein Kommunikationstraining zur Verbesserung von Beziehungen entscheiden und ausschließlich das Modul zur Kommunikation in der Gruppe durcharbeiten (vgl. Kapitel 5). Wenn Übungen aus dem Modul „Selbstsicher um etwas bitten, berechnete Interessen durchsetzen und Nein sagen“ fokussiert werden, können Sie „Abgrenzung und Selbstbehauptung“ in den Mittelpunkt setzen usw. (vgl. Kapitel 7). Wir möchten Sie ermuntern, Ihrer Kreativität freien Lauf zu lassen und durch geschicktes Zusammensetzen der Materialien neue Themen zu generieren. Natürlich können Sie die Materialien auch für die Planung und Durchführung von VHS-Kursen und Wochenendworkshops nutzen.

1.3 Setting, Gruppenzusammensetzung und Auswahl der Teilnehmerinnen

Wir empfehlen eine Gruppengröße von etwa acht Teilnehmerinnen und eine Sitzungsdauer von 100 Minuten. Dann ist ausreichend Zeit vorhanden, um Fertigkeiten zu vermitteln und anschließend diese Fertigkeiten in Form von Übungen und Rollenspielen zu üben. Durch einen offenen Stuhlkreis wird das Durchführen von Übungen und Rollenspielen erleichtert. Auch schnelle Platzwechsel in Übungen und Rollenspielen sind in einem offenen Setting schneller möglich.

Personen mit unterschiedlichen Störungsbildern können gemeinsam ein Gruppentraining absolvieren. Allerdings sollten Patientinnen, die an einer Psychose leiden, nicht mehr akut erkrankt sein. Aus unserer Sicht spricht nichts dagegen, Gruppentrainings für einzelne Störungsbilder (Psychosen, depressive Erkrankungen, Sucht usw.) anzubieten. Im Gegensatz zu stationären Settings wird man in der ambulanten Versorgung allerdings selten genügend Teilnehmerinnen aus einer spezifischen Diagnosegruppe haben, um störungsspezifische Gruppen anbieten zu können. Die in diesem Buch dargestellten Materialien können selbstverständlich auch in verhaltenstherapeutische Familientherapien oder Familiengruppen integriert werden (Berger & Gunia, 2019).

Wir empfehlen, mit den Teilnehmerinnen vor Aufnahme in die Gruppe ein vorbereitendes Gespräch zu führen. Außer der Diagnose sollte in diesem Gespräch

auch die Passung in eine bestehende Gruppe geprüft werden. Die Gruppen können offen (Einstieg ist zu jedem Zeitpunkt möglich), halboffen (Einstieg ist zu einem Modulwechsel möglich) oder auch geschlossen (gemeinsamer Einstieg aller Teilnehmerinnen) durchgeführt werden.

1.4 Struktur der einzelnen Sitzungen

Gruppensitzungen beginnen mit einem Anfangsblitzlicht. Anschließend werden eventuelle organisatorische Fragen geklärt und die Hausaufgaben besprochen. Danach werden neue Inhalte vermittelt und/oder Rollenspiele und Übungen zum Thema durchgeführt. Passende Hausaufgaben und eine abschließende Übung runden die Sitzung ab.

Wie erwähnt, empfehlen wir eine Sitzungsdauer von 100 Minuten. Bei Bedarf kann in der Mitte eine kurze Pause gemacht werden.

Immer wenn nötig und passend, führen die Gruppenleiterinnen Achtsamkeitsübungen mit der Gruppe durch oder Übungen zum Auflockern der Wahrnehmung bzw. der Konzentration, zum Grounding oder zum Ankommen. Dadurch werden gleich auch Fertigkeiten oder Skills im Umgang mit Gefühlen und körperlichen Bedürfnissen oder schwierigen Zuständen vermittelt. Die Gruppenleiterinnen üben möglichst mit den Patientinnen gemeinsam, legen Wert auf Freiwilligkeit und nehmen zugleich die dialektische Haltung ein, dass es eben meist nur durch *Tun* besser werden kann. Eine hervorragende Auswahl an Körperübungen finden Sie bei Brokuslaus et al. (2021).

1.5 Möglichkeiten der Abrechnung im Rahmen der Richtlinien­therapie

Verhaltenstherapeutische Gruppentherapien können im Rahmen der Richtlinien­therapie abgerechnet werden. Möglich ist eine ausschließliche Gruppentherapie oder eine Gruppentherapie in Kombination mit einer Einzeltherapie. Gruppen- und Einzeltherapie können darüber hinaus von verschiedenen Therapeutinnen durchgeführt werden. Um die Durchführung von Gruppentherapien zu fördern, entfällt seit 2019 das Gutachterverfahren bei der Beantragung von ausschließlichen Gruppentherapien. Voraussetzung zur Abrechnung von Gruppentherapien ist eine Abrechnungsgenehmigung seitens der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Für interessierte Leserinnen erläutern wir den momentanen Stand der Abrechnungsmöglichkeiten auf Seite 275 im Anhang.

1.6 Zusammenarbeit zwischen Einzel- und Gruppentherapeutinnen

Obwohl es seit einiger Zeit auch im Bereich der Verhaltenstherapie die Möglichkeit gibt, ausschließlich Gruppentherapie ohne begleitende Einzelsitzungen anzubieten und abzurechnen, empfehlen wir die Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie, wobei Einzel- und Gruppentherapie, wie oben erwähnt, auch von verschiedenen Therapeutinnen angeboten werden kann. Die Einzeltherapeutin wäre nach unserem Modell für die Motivation der Patientin zur Teilnahme an den Gruppentrainings und der Bearbeitung von Problemen zuständig, die in der Gruppe entstehen. So können Probleme wie häufiges Zuspätkommen, Nichtbeachten der Gruppenregeln, Konflikte mit anderen Teilnehmerinnen etc. gut in der Einzeltherapie besprochen werden. In der Einzeltherapie sollten außerdem die in der Gruppe besprochenen Kompetenzen und Fertigkeiten zur Anwendung kommen.

Die Gruppentherapeutinnen hätten demgegenüber die Aufgabe, soziale Kompetenzen zu vermitteln, zu üben und den Transfer der erlernten Kompetenzen in den Alltag zu fördern.

1.7 Unsere Philosophie

Wie generell in der Verhaltenstherapie üblich, soll eine annehmende, humorvolle und validierende Gruppenatmosphäre hergestellt werden. Es soll darauf geachtet werden, dass die Teilnehmerinnen die Übungen und die Sitzungen mit einem Erfolgserlebnis beenden.

Den Teilnehmerinnen sollen folgende Aspekte vermittelt werden:

- „Wir verlieren nicht den Mut, wenn etwas nicht auf Anhieb gelingt. Veränderung braucht ihre Zeit!“
- „Wir verstärken bzw. loben uns selbst, wenn es uns gelungen ist, eine Strategie oder eine Übung umzusetzen!“
- „Wir bestrafen uns nicht für fehlgeschlagene Versuche, sondern versuchen nach einer genauen Analyse, beim nächsten Anlauf alles besser zu machen!“

1.8 Körperkontakt im Training sozialer Kompetenz

Wie später noch gezeigt wird, wird im Training sozialer Kompetenz auch mit Körperübungen und Körperkontakt gearbeitet. So erhalten Teilnehmerinnen z. B. beim Prompting oder Shadowing (vgl. Kapitel 4.5) zur Motivation manchmal mit den Händen einen kleinen Schubs an den Schultern.

Nun ist Körperkontakt generell in der Psychotherapie nicht erst seit der „MeToo“-Debatte ein hochsensibles Thema. Wir haben nicht selten Teilnehmerinnen mit psychischen Störungen und körperlichen oder sexuellen Traumatisierungen in der Gruppe. Bisweilen können sie sich selbst nicht anfassen und können nachvollziehbarerweise Körperkontakt durch andere Personen noch weniger tolerieren. Dies erfordert von Therapeutinnen eine besondere Vorsicht und Sensibilität im Umgang mit Körperkontakt. Unbedingt beachtet werden müssen daher folgende Regeln:

- Der Körperkontakt darf nie erotisch motiviert sein.
- Therapeutinnen erkundigen sich *vorab* bei den Teilnehmerinnen, ob sie beispielsweise an der Schulter oder an der Hand berührt werden dürfen oder ob ihnen eine Hand auf den Rücken (zwischen die Schulterblätter) gelegt werden darf.
- Die Grenzen der Teilnehmerinnen werden erfragt und toleriert.

Gute Erfahrungen machen wir damit, dass wir bei Übungen voranstellen, dass die Teilnehmerinnen ihre Grenzen beachten dürfen und auch sollen. Bevor wir mit körpernahen Übungen beginnen, geben wir den Teilnehmerinnen die Gelegenheit, sich selbst darüber klar zu werden, wo genau ihre Grenzen liegen, und diese Grenzen auch untereinander in der Gruppe zu kommunizieren. Das gilt selbstverständlich auch dann, wenn Teilnehmerinnen körperliche Einschränkungen, Verletzungen oder Schmerzen haben.

Unter Beachtung der oben genannten Punkte wird Körperkontakt in der Gruppentherapie in folgenden Situationen eingesetzt:

- Bei Ablehntrainings (eine Patientin möchte z. B. aufdringliche Männer abwehren),
- zum Unterstützen von Stärke (eine Hand im Rücken richtet die Haltung der Teilnehmerin auf),
- zur Unterstützung bei Übungen und Rollenspielen (Shaping oder Shadowing),
- zur Reorientierung bei großer Angst und Anspannung (Hände kräftig drücken, ggf. überkreuz),
- zum Spenden von Trost.

Wir machen regelmäßig die Erfahrung, dass Teilnehmerinnen – unter Beachtung der oben angeführten Punkte – Berührungen von Körperregionen wie Hand, Oberarm, Schulter oder oberer Rücken tolerieren können. Auch können Therapeutinnen hier als gute Modelle fungieren, indem sie auf die Grenzen der Teilnehmerinnen achten und fragen: „Ist es in Ordnung, wenn ich ...? Oder lieber nicht?“

2 Training sozialer Kompetenz: Eine theoretische Verortung

Als *Training sozialer Kompetenzen* (TSK) werden verschiedene Verfahren der Verhaltenstherapie bezeichnet, die es ermöglichen sollen, durch mehr oder weniger standardisierte Trainingsmethoden soziale Kompetenzen zu etablieren oder, falls vorhanden, diese zu verbessern. Andere Bezeichnungen sind zum Beispiel: Selbstsicherheitstraining, Assertivness-Training, Gruppentherapie sozialer Kompetenzen. In den 1970er und 1980er Jahren wurde durchsetzungsfähiges Verhalten (*assertive behavior*) definiert als ein Verhalten, mit dem eine Person seine eigenen Interessen vertreten kann, ohne Angst zu haben und ohne die Rechte anderer zu verletzen (Alberti & Emmons, 1970). Nach Speed et al. (2018) ist das Ausmaß durchsetzungsfähigen Verhaltens dabei auf einem Kontinuum zu sehen, wo es letztlich zwischen submissivem Verhalten einerseits und aggressivem Verhalten andererseits einzuordnen ist. Speed et al. sehen das Assertivness-Training deshalb als eine Komponente eines Trainings sozialer Kompetenz, das Individuen hilft, angstbedingte Hemmungen zu reduzieren und sich sozial kompetent zu verhalten.

Anwendung findet das TSK etwa in der Behandlung von depressiven Erkrankungen (z. B. Hautzinger, 2000; Williams, 1986), sozialen Phobien (Pfungsten, 2000; Trower, 1986), Suchterkrankungen (Petry, 2015; Monti, Abrams, Binkoff & Zwick, 1986), Schizophrenien (Kraemer & Möller, 2000; Liberman & Wallace, 1990; Roder, Brenner & Müller, 2019; Shepherd, 1986), in der Familientherapie psychotischer Störungen (Berger & Gunia, 2019), in der Behandlung selbstunsicherer Persönlichkeitsstörungen (Gunia, 2010), in der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Bohus & Wolf-Arehult, 2013), in der Behandlung von Delinquenten (Henderson & Hollin, 1986), in der psychiatrischen Behandlung (Aschen, 1997), in der Behandlung von Paaren (Gordon & Waldo, 1984) und außerdem bei allen Erkrankungen, in denen die soziale Kompetenz beeinträchtigt ist (Liberman et al., 1975; Goldstein, 1973).

Das Training sozialer Kompetenz gilt folglich als verhaltenstherapeutisches Breitbandverfahren, da es in der Behandlung sehr unterschiedlicher psychischer Störungen und auch bei Strafgefangenen eingesetzt wird (einen Überblick geben etwa Speed et al., 2018; Grawe, Donati & Bernauer, 1995). In Einzel- oder Gruppensettings soll mit speziellen Übungen, Rollenspielen, Modelllernen und differenzier-

ten Rückmeldungen sozial kompetentes Verhalten aufgebaut bzw. verbessert werden. Studien finden einen Zusammenhang zwischen niedrigem Selbstwert und sozialer Angst, Angst im Allgemeinen, depressiven Störungen und ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörungen (Speed et al., 2018). In praktisch allen Überblicks- und Handbüchern der Verhaltenstherapie finden sich Kapitel über Trainings sozialer Kompetenz (Wiedemann & Arissen, 2009; Fliegel, Groeger, Künzel, Schulze & Sorgatz, 1998; Pfingsten, 2000; Ullrich & de Muynck, 2015; Pfingsten, 2018; Wolpe, 1972).

Grawe et al. (1995) analysierten 74 Studien, in denen das TSK entweder allein oder mit kognitiven Techniken kombiniert angeboten wurde. Insgesamt waren 3.400 Patienten in die Studien eingeschlossen. Behandelt wurden in der Mehrheit der Fälle Selbstunsicherheit und soziale Phobien, die aber auch in Kombination mit anderen psychischen Störungen, wie z. B. Depressionen, Psychosen, Alkoholismus, Anpassungsstörungen, Anorexien, körperlichen Behinderungen, Migräne, anderen Phobien und sexuellen Störungen, vorkommen konnten. In Metaanalysen fanden Barth et al. (2013) positive Effekte des Trainings sozialer Kompetenzen bei depressiven Patienten, Benton und Schroeder (1990) bei schizophrenen Patienten und Taylor (1996) bei Patienten mit sozialen Phobien.

Grawe et al. (1995) konnten zeigen, dass das TSK besonders dann eine außerordentlich gute Effizienz hatte, wenn es bei selbstunsicheren Patienten angewendet wurde, oder auch dann, wenn Patienten eine andere Hauptdiagnose hatten, Selbstunsicherheit aber ein wichtiger Teil ihrer Problematik war. Grawe et al. (1995) fanden nicht nur eine Verbesserung sozialer Kompetenzen, sondern darüber hinaus auch eine Verbesserung vegetativer Symptome und eine Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens. Das Training sozialer Kompetenz zeigte auch bei Symptomen wie Migräne, Depressionen, sexuellen Störungen usw. in vielen Untersuchungen bedeutsame Verbesserungen. Grawe et al. entdeckten, dass eine Kombination von TSK mit kognitiven Strategien zu besserer Effizienz führte als TSK alleine (siehe hierzu auch Linehan, Goldfried & Goldfried, 1979). Stationäres TSK schien effizienter zu sein als ambulant angebotenes TSK. TSK schnitt im Vergleich zu anderen Therapieformen gut ab und zeigte sich auch im Vergleich mit anderen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden in Bezug auf Verbesserungen im zwischenmenschlichen Bereich als zumindest leicht überlegen. Vergleiche mit kognitiver Therapie fielen meist zugunsten von TSK aus. TSK im Gruppensetting bewirkte bessere Ergebnisse als TSK im Einzelsetting. Hausaufgaben außerhalb der Therapie und im Lebensumfeld der Patienten schienen die Wirksamkeit noch zu steigern. Grawe et al. (1995) kommen insgesamt zu dem Ergebnis, dass mit dem TSK eine außerordentlich wirksame Methode vorliegt, die in einer großen Palette psychischer Störungen nicht nur bedeutsame Verbesserungen der Symptomatik zu erzielen vermag, sondern darüber hinaus mit deutlichen Verbesserungen des Befindens verbunden ist. TSK kann somit als sehr gut empirisch abgesichert und als transdiagnostisches Verfahren gelten.

Das TSK oder Selbstsicherheitstraining geht auf Arbeiten von Andrew Salter (1949) zurück. Salter ging wie Wolpe (1958) davon aus, dass soziale Probleme das Resultat hemmender tieferliegender Persönlichkeitseigenschaften sind. Salter war der Überzeugung, dass soziale Ängste oder soziale Hemmungen gegenkonditioniert werden können, indem man den betroffenen Personen beibringt, Gefühle, Zuneigung, Ablehnung usw. auszudrücken. Er brachte den Betroffenen bei, anderen gegenüber schrittweise Gefühle auszudrücken (siehe auch Davison & Neale, 1979). Salter bezog dabei die mimische und gestische Darstellung von Emotionen genauso mit ein wie das Widersprechen gegenüber einem Gesprächspartner. Er empfahl den gezielten Gebrauch des Pronomens *Ich*, die Anerkennung eigener Leistungen und die Improvisation im Handeln und Kommunizieren. Die Haltung Wolpes (1972) war vor allem mit den Begriffen Durchsetzungsverhalten und Selbstbehauptung verbunden. Er ergänzte das Prinzip der Gegenkonditionierung um operante Strategien. Lazarus (1963) wiederum führte soziale Probleme auf fehlerhaft oder nicht gelerntes Sozialverhalten zurück. Bei Lazarus ging es also um den Abbau von unangemessenem und den Aufbau von angemessenem Verhalten.

Spätere Autoren wie Goldstein (1973), Ullrich de Muynck und Ullrich (1976) sowie Hinsch und Pfingsten (2015) ergänzten diese Ansätze um kognitive Strategien.

Neuere Ansätze (Bohus & Wolf-Arehult, 2013) versuchen das Erreichen von Zielen mit einer Orientierung auf die jeweilige Beziehung und der Selbstachtung auszubalancieren. Je nachdem, wie man diese Orientierungen gewichtet, ist ein differenzierteres Verhalten sinnvoll. Soziale Kompetenz orientiert sich in diesen Ansätzen also nicht nur an der Fähigkeit der Person, sondern auch an den situativen Erfordernissen und Grenzen und der Qualität der angestrebten Beziehung.

Entstehung von sozialer Unsicherheit

Wir gehen bei der Entstehung von sozialer Unsicherheit von einem biosozialen Modell aus. Es gibt Hinweise darauf, dass Menschen schon mit einer Vulnerabilität für soziale Hemmungen geboren werden bzw. soziale Hemmungen sehr früh erwerben (Fiedler & Marwitz, 2016). In der Familiengeschichte können fehlende Modelle und/oder fehlende Verstärker dazu führen, dass soziale Kompetenzen nicht erworben werden. Strafen oder das Ausbleiben von Verstärkern können dazu führen, dass erworbene soziale Kompetenzen nicht angewandt werden. Das Aufwachsen in einem restriktiven sozialen Milieu und/oder erneut fehlende Modelle können dazu führen, dass kein Gespür dafür entsteht, wann welche Fertigkeiten anzuwenden sind und wann nicht. Ein fehlendes Gespür kann bewirken, dass Menschen von ihrer Umgebung als wenig empathisch oder sogar als aggressiv wahrgenommen werden. Auch kognitive Grundannahmen und Bewertungen entwickeln sich lebensgeschichtlich und können je nach Qualität sozialkompetentes Verhalten fördern oder auch hemmen.

Nach unserer Auffassung entwickeln sich Selbstwert/Selbstsicherheit und soziale Kompetenz nie unabhängig von der Außenwelt und bleiben deshalb auch im späteren Leben fragil, wenn wir bestimmten aversiven Umweltbedingungen, wie z. B. Mobbing am Arbeitsplatz oder Übergriffen jeglicher Art, ausgesetzt sind.

Am schlüssigsten erscheint uns deshalb ein verändertes, ursprünglich von Fruzzetti und Shenk (2008) zur Erklärung der Entstehung von zwischenmenschlichen Eskalationen entworfenes Transaktionsmodell. Nach diesem Modell entsteht eine erhöhte emotionale Spannung vor allem durch Bewertungen (im Sinne von Abwertungen), die wiederum aus einer Geschichte fortwährender Invalidierungen (Bestrafungen oder Ignorieren von kompetentem Verhalten in der Lebensgeschichte) resultieren (vgl. Abbildung 1).

Wenn eine betroffene Person z. B. durch ein hypersensitives und/oder gehemmtes limbisches System und bedingt durch eine Lebensgeschichte, in deren Verlauf ihre Gefühle und ihr Verhalten immer wieder ignoriert oder abgewertet wurden, lernt, sich selbst und ihre Umgebung stark zu bewerten (stark abzuwerten), entstehen gemäß diesem Modell in sozialen Situationen bei den Betroffenen Zustände hoher emotionaler Anspannung und/oder Hemmung, die dazu führen, dass funktionales Verhalten oder eine funktionale Gefühlsäußerung, falls überhaupt im Ver-

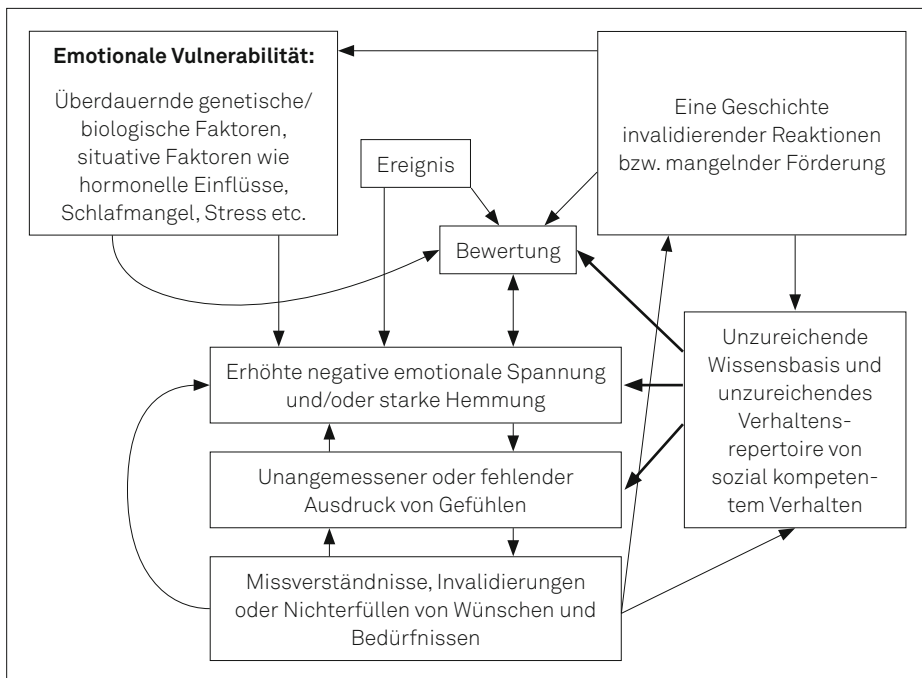


Abbildung 1: Transaktionales Modell zur Entstehung von fehlender sozialer Kompetenz (modifiziert nach Fruzzetti & Shenk, 2008)

haltensrepertoire vorhanden, nicht gezeigt werden kann. In der Wissensbasis, die wiederum durch frühere lebensgeschichtlich bedingte soziale Erfahrungen aufgebaut ist, sind sozial kompetente Strategien und kognitives und emotionales Wissen über soziale Situationen abgelegt. Falls sozial kompetentes Verhalten nicht gezeigt wird, da es entweder im Verhaltensrepertoire nicht vorhanden ist oder durch Bewertungen oder Hemmungen nicht gezeigt werden kann, macht es dies wiederum der sozialen Umwelt schwer, emotional angemessen zu reagieren. Die soziale Umwelt reagiert ihrerseits im Anschluss entweder mit einem Anstieg von Spannung und/oder ignoriert Wünsche und Bedürfnisse, da diese nicht sichtbar geäußert wurden. Diese invalidierende Reaktion des Gegenübers ergänzt wiederum die Geschichte fortwährender invalidierender Reaktionen und so schließt sich der Kreis.

Diesem Modell folgend ist unser Konzept so angelegt, dass wir nicht nur soziale Fertigkeiten vermitteln, sondern durch Informationen über soziale Zusammenhänge und Beziehungen die Wissensbasis der Betroffenen erweitern. Durch Rollenspiele und Übungen in der Gruppe sollen, dem traditionellen Selbstbehauptungsmodell folgend, Hemmungen und Barrieren abgebaut werden. Gleichzeitig denken wir, dass soziale Kompetenz nicht unabhängig von realen Macht- und Abhängigkeitsverhältnissen, gegenseitigen Verpflichtungen, Empathie, Beziehungswünschen, Selbstachtung und kurz- und langfristigen Zielen ist, sodass im Ausüben von Fertigkeiten diesen Parametern Rechnung zu tragen ist und oft ein Mittelweg gefunden werden muss.

Manchmal können wir Ungerechtigkeiten aufgrund „mächtiger“ Umweltfaktoren nicht ändern oder die Veränderung liegt nicht in unserem Einflussbereich. In diesem Fall müssen wir lernen, Dinge radikal zu akzeptieren. Durch den Einbezug von Akzeptanzstrategien als Fertigkeit im Umgang mit nicht Veränderbarem und Achtsamkeit als Voraussetzung für das Erkennen von sozialen Zusammenhängen, eigenen Gefühlen, Bedürfnissen und sozialen Zielen, verknüpfen wir das traditionelle Modell der Behandlung von Selbstunsicherheit mit Ideen und Konzepten der dritten Welle der Verhaltenstherapie.

Wir fokussieren damit nach dem Modell des Selbstwerthauses von Potreck-Rose und Jacob (2021, vgl. Abbildung 2) unmittelbar auf die interpersonalen Dimensionen *Aufbau von sozialer Kompetenz* und *Aufbau eines sozialen Netzes*. Die intrapersonellen Dimensionen *Selbstakzeptanz* und *Selbstvertrauen* sollten durch die erfolgreiche Anwendung der in diesem Buch dargestellten sozialen Fertigkeiten und der damit verbundenen positiven Rückmeldungen der sozialen Umwelt erfolgen. Selbstsicherheit entsteht nach unserem Modell durch gelingende soziale Fertigkeiten, durch adäquates und hilfreiches Wissen über soziale Zusammenhänge und last not least durch positive Rückmeldungen der sozialen Umgebung nach Anwendung sozialkompetenter Fertigkeiten.