

# **SOZIALES KOMPETENZTRAINING**

**eine kognitiv – verhaltenstherapeutische Gruppenbehandlung  
sozialer Angst und sozialer Kompetenz**

C.M.J. van Dam-Baggen

&

F.W. Kraaimaat

Allen Patienten gewidmet, die in den vergangenen Jahren  
an dieser Behandlungsform teilgenommen haben.

## Vorwort

Wir werden hier die strukturierte Gruppenbehandlung sozialer Angst und sozialer Kompetenz beschreiben, die wir für psychiatrische Patienten mit sozialer Angst und/oder inadäquatem sozialem Verhalten entwickelt haben und die sich als sehr effektiv erwiesen hat (Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1986, 1994, 2000a, 2000b). Der Schwerpunkt dieses sozialen Kompetenztrainings (SKT) liegt auf (1) der Aneignung sozialer Responen in verschiedenen Situationen, wobei Verfahren wie Modelllernen, Rollenspiel und soziale Verstärkung angewendet werden, und (2) auf kognitiven Verfahrensweisen, die u.a. die selbstständige Anwendung von Methoden zur Verhaltensänderung in der eigenen Lebenssituation zum Ziel haben.

Die Therapie wurde derart gestaltet, dass sie unabhängig von anderen Verfahrensweisen als vollständige Behandlung durchgeführt werden kann, bei der nacheinander eine Problem- und Verhaltensanalyse, die Verhaltensänderung und die Auswertung des Ergebnisses stattfinden. Das Behandlungsmodell ist für eine Gruppenbehandlung ausgearbeitet worden. Es ist jedoch auch auf eine individuelle Behandlung anwendbar. Wir raten jedoch davon ab, das Behandlungsmodell ohne weiteres zu übernehmen. Die Beschreibung des Behandlungsmodells ist als Leitfaden für die Planung eines SKTs vorgesehen. Sowohl der Inhalt als auch die Form müssen der Situation, in der die Therapie stattfindet, angepasst werden (z.B. die Art des Problemverhaltens, Ausbildungsniveau, Alter, usw.; Einzelarbeit, in Gruppen oder mit Paaren).

Das hier beschriebene SKT wurde mit Patienten mit unterschiedlichen und häufig chronischen psychiatrischen Störungen erarbeitet und getestet. Dies spiegelt sich in der Auswahl der Behandlungselemente und in der Art und Weise, wie das Lernprozess gesteuert wird, wider. Das SKT gehört im Repertoire der Verhaltenstherapien zu den komplexeren Behandlungen. In der Absicht, die Komplexität möglichst deutlich zu erklären, haben wir die verschiedenen Schritte für Therapeuten und Patienten immer möglichst konkret beschrieben. Es wäre jedoch ein Kunstfehler, das an dieser Stelle beschriebene Behandlungsmodell wortwörtlich zu übernehmen. Was wir hier darstellen wollen, ist als Richtschnur für Verhaltenstherapeuten, die ein SKT ausführen bzw. verbessern wollen, vorgesehen. Jede Behandlung, auch ein SKT, muss in bezug auf den Inhalt und die Verfahrensweise den Patienten und der Situation, in der die Behandlung stattfinden soll, angepasst werden.

Das vorliegende Buch wendet sich an den Verhaltenstherapeuten in der Klinik und im etablierten Praxis. Den Anfängern in der Verhaltenstherapie bietet das Buch Beispiele für die Art und Weise, wie eine verhaltenstherapeutische Gruppenbehandlung beschrieben werden kann. Wir möchten betonen, dass das Buch nicht für Laien geschrieben ist und wir hoffen, dass das hier beschriebene Gerüst zu einer professionellen Anwendung des SKTs bei unterschiedlichen

Populationen beiträgt.

Dieses Buch ist eine Überarbeitung einer früheren niederländischen Ausgabe:

"Sociaalvaardigheidstherapie: een cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling" (Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000d). Wir möchten uns recht herzlich bei Andrea Evers, Peter de Gruyter, Sandra Raabe und Alexandra Sillen für ihre Ratschläge und Übersetzung unserer Wortlaute ins Deutsche bedanken.

1. Theoretischer Hintergrund
  - 1.1 Einleitung
  - 1.2 Prävalenz
  - 1.3 Soziale Angst und soziale Responsen
  - 1.4 Selbstsicherheit und soziale Kompetenz
  - 1.5 Ein theoretisches Modell
  - 1.6 Diagnostik
    - 1.6.1 Allgemeine Erfassung der Beschwerden
    - 1.6.2 Problem- und Verhaltensanalyse
    - 1.6.3 Diagnostische Erfassung sozialer Angst und sozialer Responsen
  - 1.7 Spezifische Verfahren des sozialen Kompetenztraining
    - 1.7.1 Rollenspiele
    - 1.7.2 Selbstregulierungsverfahren
    - 1.7.3 Behandlung in einer Gruppe
  
- 2 Allgemeine Planung und Auswahl der Teilnehmer
  - 2.1 Einleitung
  - 2.2 Soziales Kompetenztraining (SKT)
    - 2.2.1 Globale Planung
    - 2.2.2. Sitzungsplanung
    - 2.2.3 Hausaufgaben und Verhaltensziele
    - 2.2.4 Therapeut(en)
  - 2.3 Auswahl der Teilnehmer
    - 2.3.1 Auswahlverfahren für das SKT
    - 2.3.2 Problem- und Verhaltensanalyse
    - 2.3.3 Zusammenstellung einer Gruppe
    - 2.3.4 Therapievertrag
    - 2.3.5 Kennenlernen der Teilnehmer
  
- 3 Grundlegende soziale Fähigkeiten
  - 3.1. Einleitung
  - 3.2 Beobachten, Aktives Zuhören und Feedback geben

- 3.2.1 Beobachtung der Interaktionen
- 3.2.2 Aktives Zuhören
- 3.2.3 Feedback geben und empfangen
- 3.3 Nonverbales Verhalten
  - 3.3.1 Einführung in den Abschnitt ‚nonverbales Verhalten‘
  - 3.3.2 Stimmvolumen und Artikulation
  - 3.3.3 Augenkontakt
  - 3.3.4 Haltung
  - 3.3.5 Gesichtsausdruck
  - 3.3.6 Räumlicher Abstand zum Anderen
  - 3.3.7 Hinweise zum Abschnitt ‚nonverbale Verhaltensweisen‘
  - 3.3.8 Individuelle Verhaltensziele
  
- 4 Spezifische soziale Responsen
  - 4.1 Einleitung
  - 4.2 Übungssituationen
  - 4.3 Modelllernen
  - 4.4 Üben von neuen Verhaltensweisen
  - 4.5 Üben in Kleingruppen
  
- 5 Selbstkontrollfähigkeiten
  - 5.1 Einleitung
  - 5.2 Selbstbeobachtung
  - 5.3 Selbständiges schrittweises Vorgehen
    - 5.3.1 Beurteilung der Situationen aufgrund ihrer Anspannung
    - 5.3.2 Festlegen der Reihenfolge der Übungssituationen
    - 5.3.3 Zwischenschritte bei den Übungssituationen
  - 5.4 Selbstbeurteilung
    - 5.4.1 Ziele einer sozialen Respons
    - 5.4.2 Kriterien einer sozialen Respons
  - 5.5 Selbstverstärkung
    - 5.5.1 Erkennen angemessene Anforderungen
    - 5.5.2 Unangemessene Anforderungen oder ‚Misserfolgsregeln‘
  - 5.6 Problemlösungsstrategien

- 5.7 Fading out
  
- 6 Evaluation
- 6.1 Einleitung
- 6.2 Behandlungseffekt
- 6.3 Beurteilung des eigenen Einsatzes
- 6.4 Abschliessende Bemerkungen

## Literatur

## Anhänge

- 1 Therapievertrag
2. Broschüre: Beobachten
3. Broschüre: Anforderungen, Aktivitäten und Bewertung
4. Beispiele für Ziele, Kriterien und allgemeine Übungssituationen (Weigern, sich selbst behaupten, die eigene Meinung vertreten, sich positiv über sich selbst äussern, auf Anerkennung reagieren, Kritik äussern).
5. Fragebogen Umgang mit Andern (FUA) (Hinweise zur praktischen Anwendung und das Formular des Fragebogens)

# 1 Theoretischer Hintergrund

## 1.1 Einleitung

Ziel des sozialen Kompetenztrainings (SKT) ist eine Zunahme adäquaten sozialen Verhaltens (Häufigkeit, Qualität und Wirksamkeit der sozialen Responses) und eine Verminderung sozialer Angst und Vermeidung von sozialen Situationen. Eine Reduzierung des inadäquaten kognitiven Verhaltens ist bei dem SKT kein primäres Ziel, sondern Bestandteil der Behandlungsmethoden bzw. ein wichtiger Nebeneffekt. Soziale Angst manifestiert sich in verschiedenen Verhaltensaspekten, z.B. in Form von Angst und/oder Anspannung in sozialen Situationen, in negativer Selbstbeurteilung im Umgang mit anderen, in beobachtbarem submissivem Verhalten und in der Vermeidung sozialer Situationen (u.a. Reinecker, 1998). Schwarzer (1987) unterscheidet vier Arten sozialer Ängstlichkeit, nämlich Verlegenheit, Scham, Publikumsangst und Schüchternheit.

Das Ziel der Reduzierung der Angst in sozialen Situationen hat das SKT mit anderen verhaltenstherapeutischen Behandlungsmethoden für soziale Phobiker gemeinsam (u.a. Scholing & Emmelkamp, 1993). Im Unterschied zu den Exposure-Verfahren und den kognitiven Strategien, die häufig bei der Behandlung der sozialen Phobie angewendet werden, liegt bei das SKT jedoch der Schwerpunkt auf den tatsächlichen Interaktionen mit anderen. Wie der Betroffene die jeweilige Situation wahrnimmt und welche Gedanken er dabei hat, ist dem gegenüber zweitrangig. In einer Reihe von Effektivitätsstudien fanden wir empirische Unterstützung für diesen Ausgangspunkt und wir konnten im Vergleich zu kognitiven Therapien und den gängigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsmethoden eine grössere Effektivität des hier vorgestellten SKTs nachweisen (u.a. Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1986, 2000a).

Die Konzeptualisierung der sozialen Angst muss man von der sozialen Phobie und der selbstunsicheren-vermeidenden Persönlichkeitsstörung unterscheiden (vgl. Schneider & Margraf, 1998). Soziale Angst ist eine Disposition von der angenommen wird, das sie in der Bevölkerung normal verteilt ist. Soziale Phobie ist eine sowohl im ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993) als auch im DSM-IV (APA, 1994) beschriebene psychiatrische Kategorie. Um als sozialer Phobiker (F.40.1 nach ICD-10; 300.23 nach DSM-IV) klassifiziert zu werden, müssen bestimmte Kriterien erfüllt werden, wie z.B. eine starke Angst vor negativer Selbstbeurteilung in sozialen Situationen die sich in körperlichen Symptomen äussert und das tägliche Leben beeinträchtigt. Kennzeichen der selbstunsicheren-vermeidenden Persönlichkeitsstörung (F60.6 nach ICD-10; 301.82 nach DSM-IV) sind unter anderem die Vermeidung sozialer und beruflicher Aktivitäten, bei denen enge zwischenmenschliche Kontakte geknüpft werden müssen, sowie eine ständige Angst, in



Gesellschaft etwas Unpassendes oder Dummes zu sagen oder eine Frage nicht beantworten zu können. Die Kriterien der sozialen Phobie und der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung überschneiden sich erheblich (Turner, Beidel, Borden, Stanley & Jacob, 1991).

## 1.2 Prävalenz

Durch die dimensionale Konzeptualisierung sozialer Angst ist es eigentlich falsch, von der Prävalenz sozialer Angst zu sprechen, wie auch bei anderen dimensionalisierten Begriffen wie z.B. Intelligenz und neurotische Labilität. Bei der Entwicklung und dem allgemeinen Funktionieren des Individuums spielt soziales Verhalten eine wichtige Rolle. Dadurch ist es verständlich, dass relativ viele Personen zu erkennen geben, bis zu einem gewissen Grad an sozialer Angst und/oder mangelhaften sozialen Responses zu leiden. Im Gegensatz zu Ängsten vor offenen Räumen und vor körperlichen Beschwerden werden bei sozialer Angst kaum Unterschiede zwischen Männern und Frauen gefunden. Auch innerhalb der Gruppe sozial ängstlicher Personen, die als sozial phobisch klassifiziert werden können, sind Männer und Frauen gleich stark vertreten. Möglicherweise gibt es jedoch Geschlechtsunterschiede, was die Art der sozialen Interaktionen betrifft. So gibt es Anzeichen dafür, dass Männer es weniger schwierig finden, für ihre Rechte einzutreten. Andererseits kostet es Männern mehr Mühe, positive Gefühle zu äussern (Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000b). Vier bis zehn Prozent der normalen Bevölkerung erfährt Verlegenheit oder soziale Angst als ein Problem oder benötigen deswegen Hilfe (Pilkonis, 1977; Zimbardo, 1977, 1994). Es ist plausibel, dass soziale Angst und mangelhafte soziale Responses bei der Entwicklung und dem Verlauf diverser psychischer Störungen eine wichtige Rolle spielen. Bei psychiatrischen Populationen wird für soziale Inkompetenz eine Inzidenz von sieben bis 16 Prozent gefunden (u.a. Bryant, Yardley, Urbietta & Letemendia, 1976; Curran, Miller, Zwick, Monti & Stout, 1980). Neuere Studien beschäftigen sich vor allem mit sozialer Phobie und zeigen, dass zwei Prozent der erwachsenen Bevölkerung als sozial phobisch charakterisiert werden kann, wobei die aktuelle Inzidenz sogar noch höher sein dürfte; die Lebenszeit Prävalenz variiert von drei bis 13 Prozent (Chapman, Mannuzza & Fyer, 1995; Kessler et al., 1994).

Psychopathologie und soziales Funktionieren hängen in hohem Masse zusammen. Es gibt Anzeichen dafür, dass Rückfall und Wiederaufnahme psychiatrischer Patienten mit starker sozialer Angst und mangelhaften sozialen Responses einhergehen (Zigler & Glick, 1986). Verschiedene Aspekte der sozialen Angst sind Begleiterscheinungen bei psychiatrischen Störungen wie Depression, Agoraphobie, Schizophrenie und Drogenabhängigkeit (u.a. Hayes, Halford & Varghese, 1995; Libet & Lewinsohn, 1973; Marshall, 1994; Penn, Hope, Spaulding & Kucera, 1994). Monti und Fingeret (1987) verglichen Patienten mit Schizophrenie, Patienten mit affektiven

und Angststörungen und normale Personen in bezug auf soziale Angst, soziale Responsen und Wahrnehmungsfähigkeiten. Die Patienten mit Schizophrenie hatten im Vergleich zu den anderen Gruppen die höchsten Werte bei sozialer Angst und die niedrigsten bei sozialen Responsen und sozialer Wahrnehmung. Auffallend an dem Ergebnis dieser Studie war, dass sowohl die schizophrenen Patienten als auch die Patienten mit affektiven und Angststörungen zu erkennen gaben, sich ihrer mangelhaften Responsen bewusst zu sein. Auch zeigte sich, dass Patienten mit Schizophrenie in Interaktionen besonders beeinträchtigt sind, da sie weniger fähig sind, vor allem nonverbale Aspekte der Interaktionen zu erkennen.

In einer andern Studie wurden Patienten mit verschiedenen psychiatrischen Störungen verglichen, deren soziale Angst stark bzw. schwach ausgeprägt war. Diese Studie ergab, dass das Reaktionsmuster der stark sozial ängstlichen Patienten vor allem durch ein hohes Mass an Selbstaufmerksamkeit in Form negativer Erwartungen an die eigene Rolle in der Interaktion und nur wenig durch auf andere gerichtetes Verhalten charakterisiert wurde. Dies schien vor allem in sozialen Situationen der Fall zu sein, in denen die Initiative zur Interaktion selbst ergriffen werden musste (Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1987a). Von der sozialen Phobie ist bekannt, dass man in der allgemeinen psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxis eine hohe Komorbidität mit Panikstörungen (45%), Depressionen (17%), Dysthymie (12%) und Alkoholmissbrauch (20%) antrifft (u.a. Amies, Gelder & Shaw, 1983; Beidel & Turner, 1998; Degonda & Angst, 1993).

Für die klinische Praxis haben Klassifikationssysteme wie z.B. ICD-10 und DSM-IV den wichtigen Vorteil, dass ein gemeinsames Auftreten der sozialen Phobie mit anderen psychiatrischen Störungen mit grosser Wahrscheinlichkeit entdeckt wird. Leider wird dieser Vorteil durch die Tatsache überschattet, dass man auf diese Weise zwar die soziale Phobie erkennt, andere Abstufungen sozialer Angst und/oder mangelhaftes soziales Verhalten jedoch unbemerkt bleiben. Problematisch sind auch die grossen Unterschiede der psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxis bezüglich der Betrachtungsweise von sozialer Angst und (mangelhaften) sozialen Responsen. So wird soziale Angst in der, von der American Psychiatric Association (APA) dominierten Psychiatrie vor allem als eine isolierte Störung (d.h. soziale Phobie) oder als ein relativ untergeordnetes und begleitendes Phänomen bei anderen psychischen Störungen betrachtet. In dieser kategorialen Denkweise wird der plausiblen Hypothese wenig Aufmerksamkeit geschenkt, dass soziale Angst und soziales Verhalten auf irgendeine Weise die Entwicklung und den Verlauf der Psychopathologie beeinflussen. Auffallend ist auch, dass ein Umgebungsfaktor wie soziale Unterstützung vergleichsweise viel Aufmerksamkeit erhält in der Theoriebildung zur geistigen und körperlichen Gesundheit, während das soziale Funktionieren des Betroffenen wenig Beachtung findet. Dies ist erstaunlich, da soziale Unterstützung nicht unabhängig vom persönlichen Verhalten

in sozialen Situationen betrachtet werden kann. So behauptete bereits Henderson (1984), dass man soziale Unterstützung nur durch soziale Beziehungen erwerben kann, welche man nur dann aufzubauen in der Lage ist, wenn man die Fähigkeiten besitzt, diese zu knüpfen und aufrecht zu erhalten. Unterstützung für diese Behauptung fanden wir in wissenschaftlichen Studien, bei denen sich zeigte, dass soziale Angst und soziale Responsen sowohl mit dem Ausmass des sozialen Umfeldes als auch mit der subjektiv wahrgenommenen Unterstützung assoziiert sind (Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1994).

### 1.3 Soziale Angst und soziale Responsen

Wolpe (1958, 1979) postulierte als einer der ersten eine Beziehung zwischen Angst und sozialem Verhalten. Er ging davon aus dass (klassisch konditionierte) Angst soziales Verhalten behindert. Die sozial ängstliche Person hat seiner Meinung nach jedoch die für die betreffende Situation erforderlichen sozialen Responsen in seinem Repertoire. Wolpe zufolge muss sich eine Behandlung vor allem auf eine Verminderung der klassisch konditionierten Angst richten. Der Zusammenhang zwischen Angst und sozialem Verhalten wurde später in der Zwei-Faktoren-Theorie für phobisches Verhalten ausgearbeitet (siehe auch Mowrer, 1960). Diese Theorie geht davon aus, dass die Vermeidung sozialer Situationen die soziale Angst aufrecht erhält. Diese Hypothese wird durch die Tatsache unterstützt, dass eine Expositions-Behandlung, bei der das Vermeidungsverhalten vermindert und die Person mit der gefürchteten Situation konfrontiert wird, bei sozialen Phobikern effektiv ist (Butler, Cullington, Munby, Amies & Gelder, 1984).

Eine völlig andere Sichtweise findet man bei Theoretikern, die davon ausgehen, dass sozial ängstliche Personen nicht über die, für befriedigende soziale Interaktionen benötigten, Responsen verfügen (Eisler, Hersen & Miller, 1973; Lazarus, 1971). Dabei wird angenommen, dass ein Fehlen dieser sozialen Responsen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung der sozialen Angst führt. Möglich ist, dass diese soziale Responsen nie oder nur unzureichend oder inadäquat erlernt wurden oder dass die einmal erlernte Fähigkeit nicht mehr verfügbar ist. Diese Hypothese wird unterstützt durch die erwiesene Wirksamkeit von Behandlungsmethoden die sich das Erlernen sozialer Responsen zur Reduzierung sozialer Angst richten (u.a. Bellack & Hersen, 1979; Liberman, De Risi & Mueser, 1989; Pflingsten, 1987). Ausserdem findet man in experimentellen Studien mit normalen Personen oder psychiatrische Patienten mit schwach bzw. stark ausgeprägter sozialer Angst, Unterschiede in sozialen Responsen (u.a.; Beidel & Turner McFall, 1998; McFall, Winnett, Bordewick & Bornstein, 1982; Pitcher & Meikle, 1980; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1987a).

Bei kognitiven (verhaltens-)therapeutischen Sichtweisen hinsichtlich sozialer Angst wird das dysfunktionale kognitive Funktionieren betont, wodurch die betroffenen Personen für soziale Angst

empfänglich werden, bei ihnen Angst hervorgerufen und/oder die Ausübung angemessenen sozialen Verhaltens behindert wird (u.a. Beck, Emery & Greenberg, 1985; Lazarus & Fay, 1975). Dabei kann man an negative ‚Kognitionen‘ denken wie z.B. irrationale Gedanken, falsche Interpretationen oder Attributionen, negative Erwartungen, katastrophisierendes Denken, negative Selbstbewertung, hohe Anforderungen, Selbstunterschätzung und unzureichende Selbstverstärkung. Es wird angenommen, dass diese Sichtweise nicht nur für soziale Angst, sondern für alle Angststörungen gilt (Rachmann, 1993). Für einen Einfluss inadäquaten kognitiven Verhaltens auf soziale Angst sprechen erwiesene Unterschiede in experimentellen Studien zwischen stark und wenig ängstlichen Personen hinsichtlich irrationaler Gedanken (Alden & Safran, 1978), negativer Selbstbewertung (Clark & Arkowitz, 1975; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1987a) und negativer Ergebniserwartungen (Kuperminc & Heimberg, 1983). Auch die Hypothese, dass kognitives Verhalten soziale Angst und soziales Verhalten beeinflusst wird zudem unterstützt durch die bewiesene Effektivität von Therapien, die auf die Modifikation von Erwartungen und negativen Gedanken gerichtet sind (u.a. Kaplan, 1982; Kanter & Goldfried, 1979; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000a). Untersuchungen zu kognitivem Verhalten richten sich leider immer noch in hohem Masse auf innere Sprache und den daraus resultierenden, dysfunktionalen Regeln und Schemata (siehe auch Feske & Chambless, 1995). Eine Erweiterung auf kognitive Prozesse wie sie für eine adäquate Ausübung sozialen Verhaltens erforderlich sind, wäre wünschenswert. Wir denken dabei an Cue-Diskrimination, Auswahl von Verhaltensalternativen und soziale Wahrnehmung (u.a. Brenner, 1986; Fischetti et al., 1983; Liberman, 1982; Linehan, 1979; Morrison & Bellack, 1981).

Wenn man die verschiedenen Theorien zur sozialen Angst betrachtet, kann man für jeden der genannten Faktoren wissenschaftliche Unterstützung finden. Darum erscheint es plausibel, dass soziale Angst von verschiedenen Faktoren, sowohl einzeln als auch in Kombination, beeinflusst werden kann. Dies bedeutet zugleich, dass Personen sich unterscheiden können in den Aspekten, die ihr mangelhaftes Verhalten in sozialen Situationen bestimmen. So können mangelhafte soziale Responses die Folge extremer Angst (Selbstbeurteilung, autonome Reaktivität) und dysfunktionaler kognitiver Regeln, Schemata und Prozesse sein. Genauso kann es Personen geben, die lediglich an sozialer Angst leiden, ohne (bereits) einen Mangel an Responses zu haben und umgekehrt. Unserer Meinung nach muss ein hohes Niveau an sozialer Angst als ein durch mehrere Ursachen determiniertes und vielseitiges Problem betrachtet werden. Diese Sichtweise stimmt mit der von Lang (1971) initiierten Theoriebildung und dessen Studien zur Angst überein. Seine Einteilung von Emotionen in ein verbal-kognitives, motorisches und physiologisch-somatisches Reaktionssystem bedeutete einen wichtigen Durchbruch für die Theoriebildung von Angststörungen. Aus cross-

sektionellen und experimentellen Studien bei diversen Angststörungen geht hervor, dass der Zusammenhang dieser Systeme im allgemeinen nicht hoch ist (Diskordanz) und Veränderungen auch nicht in allen Aspekten (Systemen) gleichzeitig auftreten (Dissynchronie). Diese Reaktionssysteme scheinen von der Umgebung und dem Individuum unterschiedlich beeinflusst zu werden. In einer Studie mit psychiatrischen Patienten fanden wir bei Situationen, wie ‚Verweigerung‘ und ‚Anknüpfung eines Gespräches‘, dass die kognitive und die autonome Komponente im Vergleich zur motorischer Komponente in stärkerem Masse vom Individuum selbst als von der Situation beeinflusst wurde (Van Dam-Baggen, Van Heck & Kraaimaat, 1992).

Schliesslich muss angemerkt werden, dass die Funktion der vorher beschriebenen Faktoren für die Entwicklung sozialer Angst oder mangelhafter Responses noch unklar ist. Es gibt nur wenige Langzeitstudien bei Erwachsenen, in denen der Einfluss dieser Faktoren auf die Entwicklung von Problemen im Umgang mit anderen untersucht wurde. Man kann jedoch in den letzten Jahrzehnten eine Zunahme prospektiver Studien über den Einfluss sozialer Beziehungen und sozialen Verhaltens für die Entwicklung von Kindern feststellen. Die ersten Ergebnisse dieser Studien zeigen, dass sozial-aggressive Kinder, die von Alterskameraden abgewiesen werden, mit grösserer Wahrscheinlichkeit in der Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter eine externalisierende Problematik entwickeln. Auch gibt es Hinweise darauf, dass sozial zurückgezogenes Verhalten im Alter von ungefähr 5 Jahren mit sozialer Isolation, Angst und Depression in der Adoleszenz einhergehen (Asendorf, 1990; Rubin & Asendorf, 1993).

#### 1.4 Selbstsicherheit und soziale Kompetenz

Wolpe (1958, 1979) beschrieb als erster soziales Verhalten in der Verhaltenstherapie. Seinem reziproken Inhibitionsprinzips zufolge brachte Wolpe seinen Patienten angstbehinderndes assertives, Verhalten bei, das in sozialen Situationen angewendet werden kann. Er gebrauchte dabei Verhaltensinstruktionen wie ‚Gefühle aussprechen, ‚auf nonverbale Weise Gefühle zeigen‘, ‚widersprechen‘ und ‚so oft wie möglich "ich" sagen‘. Während anfänglich der Nachdruck vor allem auf das Eigeninteresse gelegt wurde, kann man in späteren Assertivitätsdefinitionen die Betonung eine sozial akzeptablen Weise Forderungen und Gefühlen zu äussern erkennen. Im Alberti's & Emmons' (1995) Selbsthilfebuch kann man eine aktuelle Definition finden, nämlich: „selbstsicheres Verhalten fördert die Gleichberechtigung in menschlichen Beziehungen und ermöglicht es uns, ohne Angst unsere Interessen zu vertreten, uns zu behaupten, unsere wahren Gefühle zu äussern und für unsere Rechte einzutreten, ohne dabei die Rechte der anderen zu verletzen“. Bei Therapeuten und Laien hat sich der Begriff ‚assertiv‘ stark eingebürgert. Obwohl wir während der Entwicklung unserer Behandlung in den siebziger Jahren diese Therapie

‚assertives Training‘ nannten, geben wir mittlerweile der Umschreibung ‚soziales Kompetenztraining‘ den Vorzug. Assertivität hat noch immer einen verteidigenden und abgrenzenden Beiklang, wodurch Annäherungsverhalten, wie z.B. Komplimente machen oder Anerkennung äussern, übersehen zu werden droht.

### 1.5 Ein theoretisches Modell

Die Theorien, die in Umlauf sind, werden noch in hohem Masse durch das Reaktionssystem (Kognition, Emotion oder Fähigkeit) welches zentral gestellt wird bestimmt. Es ist auffallend, dass sich das Gebiet der Angststörungen relativ unabhängig von dem der psychiatrischen Rehabilitation entwickelt hat. Diese Situation hat dazu geführt, dass es zum heutigen Zeitpunkt kein theoretisches Modell gibt, das auf ein breites psychiatrisches Klientel angewendet werden könnte. Man kann jedoch inzwischen bei denjenigen die in diesem Bereich arbeiten eine grössere Bereitschaft erkennen, auch Faktoren mit einzubeziehen, die ausserhalb des eigenen theoretischen Rahmens fallen. Nach dem heutigen Stand der Dinge ist die Funktion und die gegenseitige Wechselwirkung der unterschiedlichen Komponenten und/oder Faktoren noch unklar. Dies bedeutet, dass Problem- und Verhaltensanalysen ein wichtiger Bestandteil der individuellen Diagnostik sein müssen (u.a. Hautzinger, 1996). Ein allgemeines Modell für solch eine Problem- und Verhaltensanalyse, bei dem verschiedene Faktoren und Verhaltenskomponenten unterschieden werden, ist in Abb. 1 wiedergegeben.

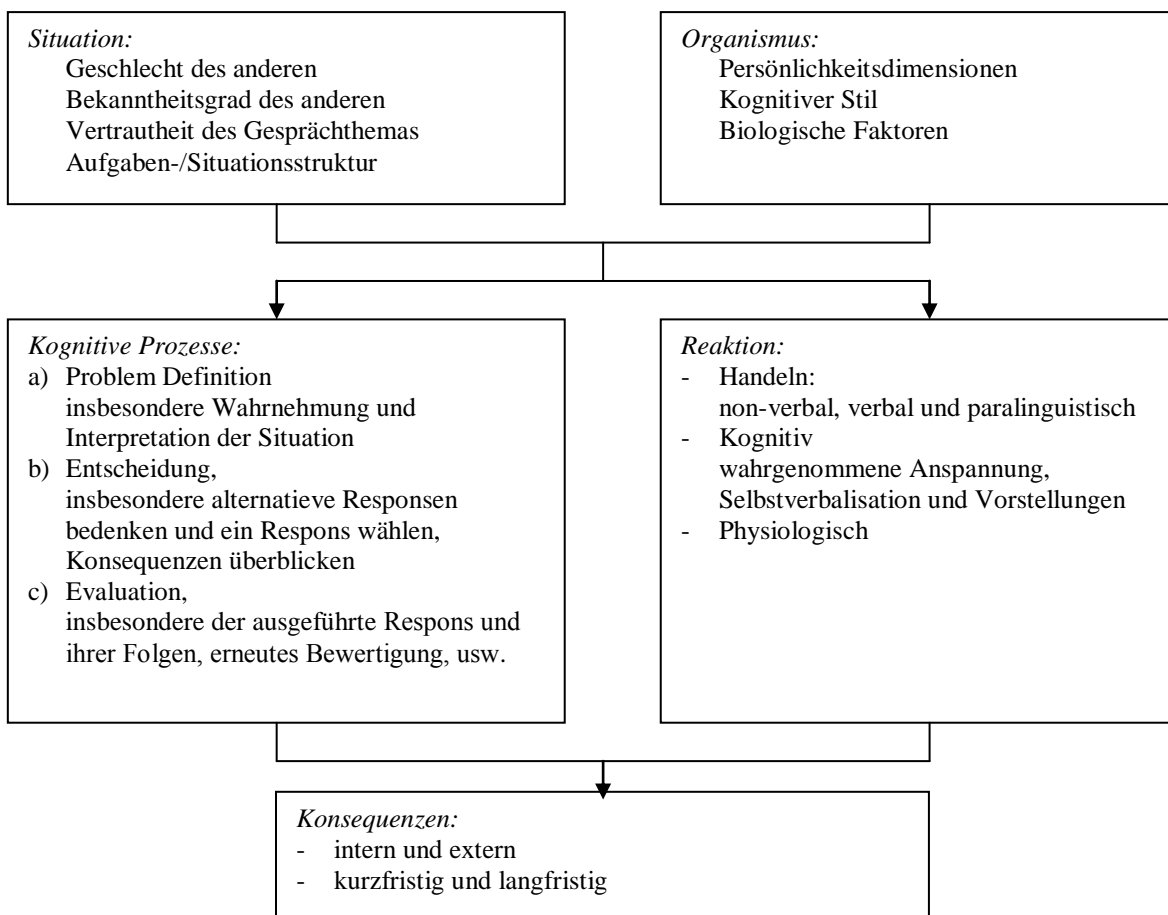


Abb. 1: Ein multifaktorielles Modell ‚sozialer Angst‘

Dieses Modell stellt die hypothetischen Zusammenhänge zwischen den Faktoren dar. Die diversen Rückkopplungen zwischen den Faktoren werden mit Pfeilen wiedergegeben.

Zur Veranschaulichung besprechen wir dieses Modell anhand eines Fallbeispiels.

Hans G. meldet sich mit einer Überweisung von seinem Hausarzt bei der Poliklinik für Psychiatrie zur Behandlung von Angst und Depressionen. Der 36-jährige Buchhalter ist verheiratet und hat zwei Kinder. Nach einer Fusion seines Betriebes wurde er entlassen. Seit zwei Jahren ist er arbeitslos und versucht seitdem, Arbeit zu finden. Aus der allgemeinen diagnostischen Untersuchung geht hervor, dass er nicht nur an sozialer Angst leidet und Probleme im Umgang mit anderen hat, sondern sich auch übertriebene Sorgen macht über diverse, körperliche Symptome (Somatisierung), sozial isoliert und relativ niedergeschlagen ist (Dysthymie).

*Reaktion.* Im Umgang mit anderen macht er nicht deutlich, was er will, findet und fühlt (Handeln – verbal). In den wenigen Fällen, in denen er seine Meinung sagt, eine Bitte äussert oder etwas verweigert, ein Kompliment macht oder seine Anerkennung ausspricht, redet er leise und undeutlich, schaut die andere Person wenig oder im verkehrten Moment an und sitzt/steht zusammengesunken da (Handeln – nonverbal). Ausserdem wartet er lange, bis er etwas sagt, ist kurzangebunden und redet monoton (Handeln- paralinguistisch). Er gibt an, dass er vor und während der sozialen Situation stark angespannt ist (Kognitiv – wahrgenommen Anspannung); er fängt dann an zu schwitzen und er bekommt Herzklopfen (Physiologisch). Vor oder während der Situation überwiegen Gedanken wie: „Meine Meinung ist doch nichts wert“, „Ich werde doch nicht geschätzt“, „Andere wissen es viel besser“, „Ich wünschte, die Situation wäre vorbei“, „Ich will keinen Streit“, „Was werden sie wohl von mir denken“, usw. (Kognitiv - Selbstverbalisation). Er stellt sich dabei vor, wie er abgewiesen, lächerlich gemacht oder ignoriert wird (Kognitiv – Vorstellungen).

Hans behindert sich selbst in hohem Masse, indem er daran ausgeht das passieren wird was er denkt, statt von dem auszugehen, was sich wirklich abspielt (Kognitive Prozesse – Problemdefinition). Er wählt zum Beispiel häufig den verkehrten Moment aus, um etwas mitzuteilen. Auch bereitet es ihm Mühe, sich alternative Responsen zu überlegen in der Situation. Aufgrund seiner negativen Erwartungen überlegt er sich vor allem Auflösungen, die eine

Verschlechterung des Kontakts mit sich bringen, wie z.B. sich zurückziehen oder aggressiv reagieren (Kognitive Prozesse - Entscheidung). Er findet es schwierig, die möglichen und tatsächlichen Konsequenzen seiner Reaktionen einzuschätzen (Kognitive Prozesse - Evaluation).

*Organismus.* Er erzählt, dass er nie gelernt hat, seine Wünsche, Meinungen und Gefühle zu äussern. Von seinen Eltern hat er die Einstellung übernommen, dass man anderen nie zur Last fallen darf (Kognitiver Stil). Zuhause durften nie Fehler gemacht werden, alles musste perfekt sein. Er sagt, dass er noch immer sehr perfektionistisch sei; einen Fehler zu machen empfindet er als Katastrophe und sich selbst findet er minderwertig (Kognitiver Stil). Dass er möglicherweise jedoch mit seinen hohen Anforderungen seine Unzufriedenheit über sich selbst aufrecht erhält, ist für ihn ein neuer Gedanke.

*Situation.* In vielen unterschiedlichen, sozialen Situationen fühlt er sich angespannt. Besonders viel Anspannung erfährt er, wenn er neue Bekanntschaften schliesst, eine Bitte abschlägt oder seine Meinung, Wünsche oder Gefühle äussert. Die Anspannung in diesen Situationen wird umso mehr, je persönlicher das Thema und je höher die soziale Stellung des anderen ist.

*Konsequenzen.* Die Folgen seines Verhaltens bestätigen Hans' stereotype Vorstellungen über sich selbst und seine Probleme im Umgang mit anderen. Wenn er eine Situation auf inadäquate Weise angeht, verursacht dies negative Reaktionen anderer (extern, kurzfristig), werden seine negativen Gedanken über sich selbst verstärkt (intern, kurzfristig), verursachen zukünftige, ähnliche Situationen noch mehr Anspannung (intern, langfristig) und verliert er den Kontakt mit anderen (extern, langfristig). Neuen Situationen begegnet er mit dieser ‚abgeänderten‘ Lernbiographie und folglich wird durch diese negative Spirale sein Umgang mit anderen immer schlechter.

## 1.6 Diagnostik

Ziel einer klinischen Diagnose ist es, eine Antwort auf die Frage zu finden, wie dem Patienten am besten geholfen werden kann. In der Verhaltenstherapie wird zwischen den folgenden Stadien unterschieden: Inventarisierung der Beschwerden und Probleme, mehrere Problem- und Verhaltensanalysen, Therapieplanung, Therapiehandeln und Evaluation. Durch die Verhaltensanalyse werden Antworten gefunden, die über das symptomatische Verhalten (aufgelöst in Einzelaspekte), das Ziel und die Therapieplanung Auskunft geben (u.a. Hautzinger, 2000). Bei einer spezifisch auf soziale Angst und soziale Responses gerichteten Fragestellung muss eine erste Orientierung wegen einer möglichen Verknüpfung mit anderen Problemen relativ breit angelegt sein. In der Praxis ist es häufig sehr gut möglich das SKT mit andern verhaltenstherapeutischen Verfahren zu kombinieren.



Begonnen wird mit einer allgemeinen Erfassung der Beschwerden, die häufig bereits vor der Überweisung zum SKT statt gefunden hat und deren Ergebnisse bei der Überweisung mitgeliefert werden. Danach findet eine detailliertere Erhebung der Probleme im Umgang mit anderen statt. In Hinblick auf die Entscheidung jemanden zum SKT zuzulassen ist es notwendig das der Therapeut diese Erhebung selbst ausführt.

#### 1.6.1 Allgemeine Erfassung der Beschwerden

Während des ersten Gesprächs geht die Therapeut auf die Beschwerden und Probleme ein, die den Patienten dazu gebracht haben, Hilfe zu suchen. Bei der weiteren Inventarisierung und Exploration können strukturierte Interviews, Fragebögen, Berichte signifikanter Bezugspersonen und Verhaltensbeobachtungen verwandt werden. Unserer Auffassung nach besteht eine optimale Diagnostik aus einer Kombination von strukturierten Interviews und weiterführenden Massnahmen, wie psychometrische Verfahren und eine bzw. mehrere Problem- und Verhaltensanalyse(n).

Das DIPS, eine erweiterte deutschsprachige Version eines amerikanischen Interviews (Anxiety Disorders Interview Schedule, ADIS, DiNardo et al., 1994), ist ein Beispiel für ein semi-strukturiertes Interview) das bei klinischen Populationen angewendet werden kann (Margraf, Schneider & Ehlers, 1994). Durch die Kürze des Interviews ist das Mini-DIPS besonders geeignet für den psychotherapeutischen Bereich (ca. 30 Minuten). Der Vorteil eines semi-strukturierten Interviews besteht darin, dass die Reliabilität der Datenerhebung erhöht wird. Mit dem DIPS werden auf systematische Weise Informationen über Symptome versammelt, die bei Angststörungen, Depressionen, somatoformen Störungen, Essstörungen, Drogenabhängigkeit und Psychosen auftreten. Auch kann man mit Hilfe des DIPS Informationen über Medikamentengebrauch und die Ätiologie der Beschwerden erhalten.

Zur globalen Einschätzung des Verhaltens können auch allgemeine Fragebögen zur Hilfe gezogen werden. Fragebögen haben den Vorteil, dass sie vom Patienten selbst ausgefüllt werden. Ein Nachteil ist, dass Patienten, die die Symptome selbst nicht erkennen, bzw. aufgeregt, psychotisch oder schwachbegabt sind, Fragebögen nicht zuverlässig ausfüllen können. Eine mehrdimensionale Erfassung der allgemeinen Psychopathologie ermöglicht beispielsweise die ‚Symptom Check List‘ (SCL-90; Derogatis, 1977; Franke, 1992). Der Totalwert des SCL-90 ergibt einen ‚General Symptom Index‘, der Auskunft über die allgemeine, psychische Belastung gibt. Weitere Informationen über phobische Beschwerden können aus Fragebögen wie z.B. dem ‚Fear Survey Schedule‘ (FSS-III; Wolpe & Lang, 1964) oder dem ‚Interaktions-Angst-Fragebogen‘ (IAF; Becker, 1982, 1997) gewonnen werden. Die IAF erfasst die folgenden Bereiche: Angst vor körperlicher Verletzung, öffentlichen Auftritten, Normüberschreitungen, Erkrankungen und

ärztlichen Behandlungen, Selbstbehauptung, Abwertung und Unterlegenheit, Bewährungssituationen und Missbilligung.

### 1.6.2 Problem- und Verhaltensanalyse

Nachdem man sich einen globalen Überblick über die diversen Problemgebiete verschafft hat, werden die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Problemgebieten ausgearbeitet. Dies ist notwendig, da soziales Funktionieren (d.h. soziale Angst) in hohem Masse mit anderen psychischen Störungen verknüpft ist. Darüber hinaus ist diese allgemeine Analyse für die Entscheidung, ob neben das SKT auch eine Behandlung anderer Probleme stattfinden muss, wichtig. So kann es manchmal empfehlenswert sein, das SKT aufzuschieben, bis die Behandlung anderer, mit dem SKT interferierender Probleme stattgefunden hat. Es gibt verschiedene Methoden, eine allgemeine Übersicht der Beschwerden, Probleme und Ziele aufzustellen. So benutzen Nezu und Nezu (1993) eine angepasste Version des Problemlösungsmodells von D'Zurilla. Eine auf kausale Beziehungen gerichtete Methode findet man bei Haynes und seinen Mitarbeitern (1992, 1993). Sowohl das ‚Problemsolving‘ Modell von Nezu und Nezu als auch die verhaltensanalytische Betrachtungsweise von Haynes und Kollegen berücksichtigen allgemeine Behandlungsrichtlinien und Protokolle und die spezifischen individuellen Determinanten des Problemverhaltens. Die Hauptschritte der Verhaltensanalyse sind: (a) Analyse der symptomatischen Verhaltensweisen, (b) Plananalyse, (c) Zielanalyse und (d) Therapieplan (u.a. Bartling, Echelmeyer, Engberding & Krause, 1996; Schulte, 1995).

### 1.6.3 Diagnostische Erfassung sozialer Angst und sozialer Responsen

Neben dem Verhaltensinterview werden in diesem Stadium Fragebögen und Selbstbeobachtung zur diagnostischen Erfassung angewendet. Besonders geeignet sind in dieser Phase auch Rollenspiele und Verhaltensbeobachtungen. Es gibt verschiedene Fragebögen zur Messung sozialer Angst, die in zahlreichen Untersuchungen und in der psychotherapeutischen Praxis zur Erfassung der Intensität sozialer Phobien eingesetzt werden, wie z.B. der ‚Unsicherheits-Fragebogen‘ (Ullrich de Muynck & Ullrich, 1976), das ‚Inventar zur sozialen Phobie‘ (deutschsprachige Version des ‚Social Phobia and Anxiety Inventory‘, SPAI; Turner, Dancu & Beidel, 1989; Fydrich, 2000) und der ‚Fragebogen Umgang mit Anderen‘ (FUA; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1987b, 1999, 2000b, 2001; siehe Anhang 5).

Der ‚U(nsicherheits)-Fragebogen‘ (Ullrich de Muynck & Ullrich, 1976) dient der differenzierten Erfassung sozialer Ängste und Responsen. Der Fragebogen enthält 65 Items, die Aussprachen über das eignen Verhalten in zwischenmenschlichen Situationen enthalten. Neben

einem Totalwert wird zwischen vier Grundhierarchien unterschieden. Einige Item-Beispiele sind: „Ich kann Kritik leicht und offen äussern“, „Ich neige dazu, mich für alles zu entschuldigen“, „Ich habe ständig Angst, dass ich etwas Falsches sagen oder tun könnte“. Der U-Fragebogen wurde von den Autoren parallel zum Assertivitäts-Trainings-Programm entwickelt und hat sich für die Indikationsstellung von Selbstsicherheitstherapien sehr gut bewährt (Ullrich & De Muynck, 1998).

Das ‚Inventar zur sozialen Phobie‘ (SPAI: Turner, Dancu & Beidel, 1989; Fydrich, 2000) ist ein Fragebogen, der die kognitiven, physiologischen und motorischen Dimensionen sozialer Angst erfasst. Der SPAI enthält in seiner ursprünglichen Form 45 Items, von denen sich 32 auf soziale Phobie beziehen und 13 auf Agoraphobie. Die deutschsprachige Version zur sozialen Phobie verfügt über 22 Items, die nach Item- und Faktoranalytischen Kriterien ausgewählt wurden. Probanden stufen den Grad an Unsicherheit, Angst, Vermeidung, als auch die Stärke physiologischer Reaktionen in unterschiedlichen sozialen Situationen ein.

Der ‚Fragebogen Umgang mit Anderen‘ (FUA; ; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1987b, 1999, 2000b, 2001; siehe Anhang 5) besteht aus 35 Items, die sich auf soziale Interaktionen beziehen. Beispiele für die Items sind: „Einer Autoritätsperson eine Bitte verweigern“, „Eine andere Meinung äussern als die der Gesellschaft, in der Sie sich befinden“, „Jemandem sagen, dass er/sie etwas gut gemacht hat“, „Mit einem Fremden eine kurze Unterhaltung anknüpfen“, „Deutlich zustimmen, wenn man Ihnen ein Kompliment macht“. Die 35 Items werden zweimal beurteilt. Erst werden alle Items auf einer Fünf-Punkte-Skala in bezug auf die wahrgenommene Anspannung beurteilt. Auf der folgenden Seite werden dieselben Items mit Hilfe einer Fünf-Punkte-Skala hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens des Verhaltens beurteilt. Die Items bilden jeweils fünf Subskalen für Anspannung/Nervosität und Häufigkeit der Responses, nämlich ‚Kritik äussern‘, ‚Die eigene Meinung äussern‘, ‚Dem anderen Anerkennung zeigen‘, ‚Initiativen zu Kontakten ergreifen‘ und ‚Selbstachtung zeigen‘. Die Werte dieser Subskalen geben Hinweise auf die spezifischen Situationen und sozialen Responses, die bei den Problemen mit anderen eine Rolle spielen können.

Es ist empfehlenswert, die Bedeutung der auf Item-, Subskalen- und Skalenniveau erhaltenen Werte aus den Fragebögen in der Problem- und Verhaltensanalyse weiter zu explorieren.

Wie wir bereits weiter oben bemerkten, beeinflusst das persönliche Funktionieren in sozialen Beziehungen das soziale Umfeld und die wahrgenommene soziale Unterstützung. Aus diesem Grunde erscheint es uns ratsam während der diagnostischen Erfassungsphase auch dem sozialen Umfeld Aufmerksamkeit zu schenken. Ein Fragebogen zur Erfassung der subjektiv wahrgenommen bzw. antizipierten Unterstützung aus dem sozialen Umfeld ist der ‚Fragebogen zur Sozialen Unterstützung‘ (F-SozU, Sommer & Fydrich, 1991). Der Fragebogen geht auf die kognitiven Ansätze zurück und erfasst die subjektive Einschätzung im Bedarfsfall Unterstützung von anderen

zu erhalten und auf Ressourcen des sozialen Umfeldes zurückgreifen zu können. Die lange Version des Fragebogens erfasst mit 54 Items die Skalen ‚Emotionale Unterstützung‘, ‚Praktische Unterstützung‘, ‚Soziale Integration‘ und ‚Belastungen aus dem sozialen Netzwerk‘. Zudem stehen auch zwei kurze Versionen zur Verfügung, nämlich eine Version mit 22 bzw. 14 Items (Fydrich, Sommer & Brähler, in Vorbereitung).

Fragebögen geben keine Informationen über die Qualität dessen, was jemand im Umgang mit anderen sagt oder tut. Durch vom Patienten selbst vorgenommene oder vom Therapeuten durchgeführte Verhaltensbeobachtungen können konkretere Informationen erhalten werden. Jedoch gibt es bisher nur wenige für die klinische Praxis geeignete Verhaltenstests (siehe auch Norton & Hope, 2001). In wissenschaftlichen Untersuchungen werden naturgetreue Rollenspiele mit einem Verbündeten angewandt. So haben wir bei einer Studie zwei Situationen benützt zum Thema ‚Weigern‘ und ‚ein Gespräch anknüpfen‘ (Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1987a). Die beobachtbaren Verhaltensweisen der Probanden wurden auf Video aufgenommen und von unabhängigen Beobachtern in bezug auf Sprechdauer, Reaktionszeit, Anzahl der verbalen Reaktionen, Stimmvolumen, Intonation, Dauer des Augenkontakts und die Qualität des Anschauens bewertet (siehe auch Van Dam-Baggen, Van Heck & Kraaimaat, 1992). Aus Zeit- und Kostengründen ist die Realisierung solcher naturalistischen Rollenspiele in der allgemeinen Diagnostik schwer durchführbar. Jedoch dürfen Zeit und Kosten keine Hinderungsgründe sein, sich mit Hilfe eines kurzen Rollenspiels einen globalen Eindruck von dem Verhaltensrepertoire des Patienten zu verschaffen. Solch ein explorierendes Rollenspiel kann auch in Situationen sehr hilfreich sein, in denen es für den Patienten schwierig ist, im Nachhinein eine konkrete Beschreibung seines verbalen und nonverbalen Verhaltens zu geben. Ein Hilfsmittel zur Beurteilung von Videoaufnahmen ist das ‚Social Phobia Rating System‘ (Fydrich, Chambless, Perry, Bürgener & Beazley, 1999) bei der die Aspekte ‚Anschauen‘, ‚Stimmqualität‘, ‚Sprechdauer‘, ‚Nervosität‘ und ‚Conversation Flow‘ (Konversationsfluss) beurteilt werden.

Das in der diagnostischen Phase versammelte Material dient als Ausgangspunkt für die spezifische Problemerkennung, die während des Auswahlgespräches für das SKT stattfindet. Bei dieser Inventarisierung der Probleme werden sowohl extreme Reaktionen, als auch mangelhafte soziale Responen des Patienten im Umgang mit anderen in einer oder mehreren Verhaltensanalyse(n) ausgearbeitet (siehe auch 1.5 und 2.3 Auswahl der Teilnehmer).

### 1.7 Spezifische Verfahren des sozialen Kompetenztrainings

In diesem Abschnitt werden einige für das SKT spezifische Verfahren besprochen. Nacheinander werden Rollenspiele, Selbstregulierungsverfahren und Aspekte einer Gruppenbehandlung beschrieben.

### 1.7.1 Rollenspiele

Beim Rollenspiel werden Verfahren wie Modelllernen, Verhaltenseinübung und -wiederholung sowie zunehmende Exposition angewendet. Die Effektivität dieser Verfahren wird durch Instruktionen, Feedback und Verstärkung vergrößert.

*Das Modell- oder Beobachtungslernen* wurde vor allem von Bandura ausgearbeitet (1977). Die Effektivität dieser Form des kognitiven Lernens wird verstärkt durch (a) eine gute Strukturierung der Modellstimuli, wodurch Diskrimination und Aneignung vereinfacht werden, (b) eine Streuung der Modellstimuli, wodurch Interferenz mit vorher gelerntem Material entgegengewirkt wird, (c) die Wiederholung der Kodierung in Vorstellung und Gedanken und (d) die Ausführung der motorischen Reaktion. Durch Beobachtungslernen können neue Verhaltensweisen und -muster erlernt, inhibierte Verhaltensweisen gelöst und inadäquate Verhaltensweisen angepasst bzw. inhibiert werden (z.B. Aggressivität). Durch Diskriminationslernen können bereits erlernte Verhaltensweisen in neuen Situationen angewendet werden.

*Verhaltensübung und -wiederholung* wird häufig in Kombination mit gestufter In-vivo-Konfrontation angewendet. Das Ziel ist, komplexe soziale Responses auf solche Weise in das Repertoire aufzunehmen und zu verinnerlichen, dass diese so automatisch möglich benutzt werden. Der Aufbau der Situationen von einfach zu schwierig (bzw. von wenig zu viel Anspannung) hat eine doppelte Funktion: einerseits vereinfacht dies das Erlernen der komplexen Responses, andererseits wird dadurch die Extinktion der Angstreaktion gefördert.

Die Funktion des Feedbacks beim Rollenspiel beruht sowohl auf operanten als auch kognitiven Lernprinzipien. Feedback kann als positive und negative Verstärkung, als Information über die Art der Ausführung sowie in Form von Verbesserungsvorschlägen gegeben werden. Neben der verbalen und nonverbalen Rückkopplung des Therapeuten oder des Gruppenmitglieds kann man dem Patienten auch Audio- und Videoaufnahmen seines soeben ausgeführten Verhaltens zeigen. Das Resultat solcher Aufnahmen hängt stark von der Fähigkeit des Patienten zur Selbstbeobachtung ab. Auch scheinen Videoaufnahmen eher die nonverbalen als die verbalen Verhaltensweisen zu beeinflussen. Ausserdem sollte man sich der Tatsache bewusst sein, dass Audio- und Videoaufnahmen ohne explizite Anweisungen, worauf geachtet werden soll, unvorhergesehene Effekte haben können.

### 1.7.2 Selbstregulierungsverfahren

Selbstregulierungsverfahren sind eine wichtige Ergänzung zu Verfahren, die vom Therapeuten angewendet werden, weil hiermit eine Verhaltensänderung ohne direkte Hilfe des Therapeuten oder anderer ermöglicht wird. Selbstregulierung wird angewendet, wenn die Patienten genug motiviert und in der Lage sind, ihre eigenen Programme auszuführen. Selbstregulierungsverfahren sind angezeigt, wenn das Problemverhalten die Folge mangelhafter Selbstbeobachtungs- und Selbstevaluationsfähigkeiten ist (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991). Auf kognitivem Niveau werden bei der Selbstregulierung drei Schritte unterschieden: Selbstbeobachtung, Selbstevaluation und Selbstverstärkung (siehe auch Scheele, 1981). Übrigens können verschiedene verhaltenstherapeutische Verfahren (Problem- und Verhaltensanalyse, Expositionsbehandlung, progressive Entspannung, u.ä.) die Funktion eines Selbstregulierungsverfahrens haben, solange der Patient diese selbständig ausführt.

*Selbstbeobachtung* ist eine Form der Observation und Festlegung des eigenen Verhaltens, die vom Patienten selbständig ausgeführt wird. Hierdurch wird sich der Patient der Art und Häufigkeit seines Verhaltens und der Situationen, in denen dieses Verhalten auftritt, bewusst.

Selbstbeobachtung kann einen reaktiven Effekt haben: das observierte Verhalten kann sich allein schon durch die Beobachtung ändern. Dieser Effekt verschwindet jedoch in vielen Fällen nach einiger Zeit wieder.

Bei *Selbstevaluation* und *Selbstverstärkung* wird davon ausgegangen, dass diese auf die gleiche Art und Weise wirken wie externe Verstärker. Positive Selbstverstärkung kann sowohl materieller (z.B. Kaffee) als auch verbal-symbolischer („gut gemacht!“) Natur sein. Negative Reaktionen auf das eigene Verhalten bestehen meistens aus Selbstkritik, Selbstbestrafung oder der Vorenthaltung positiver Verstärker. Positive Selbstverstärkung muss in manchen Fällen ausdrücklich gelernt werden, z.B. durch Modelllernen und/oder durch das Üben positiver Äusserungen über sich selbst (zunächst laut, später in Gedanken). Vorteil der internen Verstärkung gegenüber der externen Verstärkung ist eine grössere Unabhängigkeit von anderen. Bandura (1977) geht davon aus, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen den Anforderungen, die jemand an sich selbst stellt und der Art, wie er über sich selbst denkt. Zu hohe Anforderungen führen zu negativen Selbstäusserungen, die bei häufigem Vorkommen zu pathologischen Reaktionen führen können. Auf konkrete Selbstbeobachtungen und realistische Zielsetzungen gerichtete Behandlungen fördern dahingegen positive Selbstverstärkung.

Selbstregulierungsverfahren passen bei den allgemeinen Verfahren der Problemlösungsstrategien (D’Zurilla, 1986; Nezu & Nezu, 1993). Der Vorteil dieses Verfahrens ist, dass Patienten über eine umfassendere Methode zur Selbstkontrolle verfügen, die für

Selbstbeobachtung, Selbstevaluation und Selbstverstärkung angewendet werden kann. D’Zurilla (1986) definiert Problemlösung als einen Prozess, bei dem verschiedene alternative Reaktionen zur Lösung der Problemsituation generiert werden somit die Wahrscheinlichkeit zunimmt das die wirksamste Reaktion ausgewählt wird. Er geht davon aus, dass ein ineffektiver Umgang mit Problemsituationen bei verschiedenen Störungen eine Rolle spielt. Effektive Problemlösung ist eine Fähigkeit, die man lernen kann. D’Zurilla unterscheidet dabei fünf Schritte:

- (a) Allgemeine Orientierung: Beobachtung des eigenen Verhaltens; entdecken, dass man Einfluss auf das eigene Tun, Denken und Fühlen hat.
- (b) Definition des Problems in Verhaltensbegriffen und Zielsetzung. Die Betonung liegt auf der spezifischen und konkreten Formulierung des Problems, um auf diese Weise Klarheit über die relevanten Aspekte zu erlangen.
- (c) Alternative Responses generieren („Brainstorming“). Dies können sowohl allgemeine Strategien als auch spezifische Reaktionen sein.
- (d) Eine Entscheidung treffen: Bevor das Verhalten ausgeführt wird, werden die Alternativen anhand vorher aufgestellter Kriterien und ihrer wahrscheinlichen Konsequenzen verglichen (persönlich, sozial; kurz- und langfristig).
- (e) Bewertung. Bei diesem Schritt wird die Reaktion ausgeführt und ihre Wirksamkeit getestet. Eventuelle Änderungen werden vorgeschlagen.

#### 1.7.1 Behandlung in einer Gruppe

Die Gruppe ist ein Mittel, um individuelle Ziele zu erreichen. Darüber hinaus fördert eine Stimulierung der Gruppenprozesse vor allem Kohäsion und Zusammenarbeit das Erreichen der Gruppenziele (siehe auch Rose & Smokowski, 2001). Die Grösse der Gruppe hängt von der Zahl der Therapeuten ab. Unsere Empfehlung ist eine Zahl von sechs bis acht Teilnehmern bei einem Therapeuten bzw. acht bis zehn Teilnehmern bei zwei Therapeuten.

Das Erlernen sozialer Responses in einer Gruppe hat gegenüber der individuellen Behandlung die folgenden Vorteile:

- (a) In einer Gruppe gibt es mehrere Modelle und mehr Verstärkungsmöglichkeiten. Ausserdem besteht die Möglichkeit, Problemsituationen mit mehreren Personen in vivo zu üben.
- (b) Die Unterschiedlichkeit der Teilnehmer (u.a. Alter, Geschlecht, Ausbildung, Status) fördert die Generalisation der sozialen Responses.
- (c) Eine Gruppe umfasst ein breites Spektrum sozialer Reaktionen und Problemlösungsstrategien.

- (d) Eine Aufteilung in Kleingruppen ohne Therapeuten fördert das Erlernen der Selbstkontrollverfahren.
- (e) Ein gewisser Gruppendruck und die Unterstützung durch die Gruppe können die individuelle Veränderung beschleunigen.
- (f) Interaktionen zwischen Teilnehmern ermöglichen dem Therapeuten die Beobachtung relevanter Verhaltensweisen.
- (g) Die Erfahrung, dass andere ähnliche Probleme haben, schwächt die Annahme der eigenen Ausnahmeposition und fördert die Gruppenkohäsion.



## **2 Allgemeine Planung und Auswahl der Teilnehmer**

### **2.1 Einleitung**

In der Literatur finden wir deutliche Hinweise, dass eine breit angelegte Vorgehensweise wie das hier beschriebene SKT die angezeigte Behandlungsmethode ist bei psychiatrischen Patienten mit einem hohen Masse an sozialer Angst. Bei dieser Behandlung werden Prinzipien der klassischen und operanten Konditionierung und denen des sozialen und kognitiven Lernens miteinander integriert und gemeinsam bei der Veränderung der emotionalen, kognitiven und Verhaltensaspekte sozialer Angst angewendet. In der heutigen Terminologie sprechen wir darum von einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenbehandlung. In den Anfangsjahren wurde der Schwerpunkt bei einem SKT auf die verbalen und nonverbalen Verhaltensweisen gelegt, während die kognitiven und emotionalen Aspekte vernachlässigt wurden. In den heutigen, auf soziale Phobie gerichteten Therapien ist leider das Umgekehrte der Fall. Die Behandlungsverfahren richten sich lediglich auf emotionale und kognitive Aspekte und lassen die Handlungsaspekte häufig ausser acht. Angesichts der Verflechtung sozialer Situationen mit sozialem Verhaltens erscheint es uns wenig sinnvoll, Exposition an soziale Situationen und das Erlernen sozialer Responsen von einander zu trennen. Da viele Patienten nicht nur die Situationen fürchten, sondern auch Angst haben, soziales Verhalten auszuführen, muss sich die In-vivo-Konfrontation auf das Verhalten richten, das sie in sozialen Situationen zeigen. Ein anderer Grund für eine breit angelegte Vorgehensweise ist, dass es in der klinischen Praxis nicht sehr praktisch ist, bei einer Gruppenbehandlung zwischen verschiedenen Typen sozialer Angst zu differenzieren, da hierfür jeweils nur eine relativ kleine Zahl von Teilnehmern in Betracht kommt. Viel wichtiger ist jedoch, dass es keine Hinweise darauf gibt, dass die Auswahl sozial ängstlicher Patienten aufgrund bestimmter Merkmalen den Effekt der Behandlung vergrössern würde (Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000c).

Wir werden hier die strukturierte Gruppenbehandlung sozialer Angst und sozialer Kompetenz beschreiben, die sich bei psychiatrischen Patienten mit sozialer Angst und/oder inadäquatem sozialem Verhalten als sehr effektiv erwiesen hat (Corrigan, 1991; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1986, 1994, 2000a, 2000c). Der Schwerpunkt des SKTs liegt auf (1) der Aneignung sozialer Responsen in verschiedenen Situationen, wobei Verfahren wie Modelllernen, Rollenspiel und soziale Verstärkung angewendet werden und (2) auf kognitiver Verfahrensweisen, die u.a. die selbstständige Anwendung von Methoden zur Verhaltensänderung in der eigenen Lebenssituation zum Ziel haben.

Die Entscheidung, in welcher Reihenfolge die sozialen Responses behandelt werden, ist abhängig von den Prioritäten der Teilnehmer. Dies kann von Gruppe zu Gruppe und je nach Behandlungsinstitut unterschiedlich sein. Patienten aus unseren eigenen Gruppen finden häufig die folgenden Responses wichtig: ‚die eigene Meinung vertreten‘, ‚etwas weigern‘ und ‚auf eine Weigerung reagieren‘, ‚für die eigenen Rechte eintreten‘, ‚Selbstbewusst auftreten‘ und ‚auf Anerkennung reagieren‘, ‚Kritik äussern‘ und ‚auf Kritik reagieren‘.

Die Therapie ist so angelegt, dass sie, unabhängig von anderen Verfahrensweisen, als vollständige Behandlung durchgeführt werden kann, bei der nach einander eine Problem- und Verhaltensanalyse, die Verhaltensänderung und die Evaluation des Resultats stattfinden. Dieses Behandlungsmodell ist für eine Gruppenbehandlung ausgearbeitet worden. Sie ist jedoch auch für eine individuelle Behandlung brauchbar. Wir raten jedoch davon ab, dieses Behandlungsmodell ohne weiteres zu übernehmen. Die Beschreibung des Behandlungsmodells ist als Leitfaden für die Planung eines SKTs gedacht. Sowohl der Inhalt als auch die Form müssen an die Situation, in der die Therapie stattfindet, angepasst werden (z.B. die Art des Problemverhaltens, Ausbildungsniveau, Alter, etc.; Einzelarbeit, in Gruppen oder mit Paaren).

## 2.2 Soziales Kompetenztraining (SKT)

### 2.2.1. Globale Planung

Das SKT besteht aus 20 Sitzungen, die jeweils anderthalb Stunden dauern. Die ersten 17 Sitzungen finden wöchentlich statt, die letzten drei Sitzungen monatlich. Nachdem aufgrund einer allgemeinen Inventarisierung der Beschwerden (siehe 1.6) eine erste Auswahl der Teilnehmer stattgefunden hat, findet ein definitives Auswahlgespräch statt, in dem Informationen für die Problem- und Verhaltensanalyse(n) versammelt werden. Falls die potenziellen Teilnehmer für das SKT in Betracht kommen, wird am Ende dieses Gespräches der Therapievertrag zur Sprache gebracht (Beispiel siehe Anhang 1: Therapievertrag).

Die Behandlung besteht aus drei Phasen, die ineinander übergehen und sich zum Teil überschneiden:

1. Grundlegende soziale Fähigkeiten
2. Spezifische soziale Responses
3. Selbstkontrollfähigkeiten

Beim Erlernen der Fähigkeiten und Responses in diesen drei Phasen wenden wir die folgenden Verfahren an: hierarchische Gliederung der sozialen Situationen; Modelllernen, wobei Verstärkung folgt auf das Modellverhalten; Instruktionen; Verhaltenswiederholung; Rollenwechsel; Feedback; Verhaltensformung (‚shaping‘); soziale Verstärkung und Hausaufgaben.

Ein gestufte Aufbau der Fähigkeiten und Responsen wird erreicht, indem man in den 20 Sitzungen von einfachen zu komplexen Responsen hinarbeitet. So ist eine grundlegende soziale Fähigkeit wie ‚aktives Zuhören‘ eine Voraussetzung für das Erlernen spezifischer sozialer Responsen wie ‚Verweigerung‘ und ‚die eigene Meinung vertreten‘. Darüber hinaus wird zuerst an sozialen Responsen in allgemeinen Situationen gearbeitet, die dann in individuelle Übungssituationen umgesetzt werden. Bereits in einer frühen Phase der Behandlung überlegen sich die Gruppenmitglieder für jede Respons mehrere persönliche Übungssituationen. So lernen sie bei allen Responsen den Schritt von der Simulation ( das, was in der Sitzung geübt wird) in die eigene Lebenssituation zu vollziehen. Im Laufe des SKTs werden die Interventionen des Therapeuten\* allmählich weniger directiv. Während die Teilnehmer anfänglich vor allem extern durch den Therapeuten und die anderen Gruppenmitgliedern verstärkt werden, lernen sie in einem späteren Stadium Selbstverstärkung anzuwenden (siehe 5.5 Selbstverstärkung).

Ein solcher Aufbau bedeutet, dass die Sitzungen aufeinander aufbauen, hierdurch ist es für die Teilnehmer nicht gut möglich, eine Sitzung zu verpassen. Dies hat den Vorteil, dass innerhalb eines kurzen Zeitraums (ungefähr vier Monate) effektiv und zielgerichtet an einer Verhaltensänderung gearbeitet werden kann. Am besten eignet sich für diese Behandlung eine geschlossene Gruppe mit ein oder zwei Therapeuten. Die Planung für eine solche Gruppe ist dann auch der Ausgangspunkt bei unser Beschreibung des Programms des SKTs (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1. Überblick auf die Inhalte der drei Phasen und der Sitzungen, in denen sie angewendet werden.

<i>Sitzung</i>	<i>Grundlegende Fähigkeiten</i>	<i>Spezifische sozialen Responsen</i>	<i>Selbstkontrollfähigkeiten</i>
1	Beobachten		
2	Zuhören und Zusammenfassen + Feedback: Erster Schritt		
3	Einführung nonverbales Verhalten Stimmübung Augenkontaktübung + Feedback: Zweiter Schritt		
4	Sitzübung + Feedback: Dritter Schritt Stehübung		
5	Gesichtsausdrucksübung + Feedback: Vierter Schritt	Erste spezifische sozialer Respons mit Hilfe allgemeine Übungssituationen + Beurteilung der Anspannung	Erste Aufgabe: angemessene Anforderungen
6		Wiederholung der ersten Respons mit eigenen Übungssituationen	Wiederholung der Aufgabe: angemessene Anforderung
7		Zweite Respons mit eigenen Übungssituationen	Erste Aufgabe: Aufspüren der ,Misserfolgsregeln‘

\* Zur Verbesserung der Lesbarkeit wird anstelle von ‚der Therapeut oder die Therapeutin‘ oder ‚die Therapeuten oder die Therapeutinnen‘ jeweils immer nur die männliche Form in der Einzahl gewählt.

8		Dritte Respons usw.	Wiederholung der Aufgabe: Ermittlung der ‚Misserfolgsregeln‘
9		Vierte Respons	Erste Aufgabe: Programm für eine nicht-soziale Aktivität
10		Fünfte Respons	Wiederholung der Aufgabe: Programm für eine nicht-soziale Aktivität
11		Sechste Respons	Aufgabe: Programm für die sechste sozialer Respons
12		Siebte Respons	Aufgabe : Programm für die siebte Respons + vorläufiges Programm für die achte Respons
13		Achte Respons	Anpassung des Programms für die achte Respons Planung eines Programms für die neunte Respons
14		Neunte Respons	Idem mit Respons 9 und 10
15		Zehnte Respons	Idem mit Respons 10 und 11
16		Elfte Respons	Idem mit Respons 11 und 12
17	Evaluation		Programm erstellen für ‚Kritik äussern‘
18		Kritik äussern	Anpassung des Programms ‚Kritik äussern‘ Programm erstellen für ‚auf Kritik reagieren‘
19		Auf Kritik reagieren	Anpassung des Programms ‚auf Kritik reagieren‘
20	Evaluation		

### 2.2.2 Sitzungsplanung

Ungeachtet der Phase, in der sich die Behandlung befindet, werden in jeder Sitzung die folgenden Inhalte behandelt:

- Besprechung des Verlaufs der geübten Hausaufgaben von einem oder mehreren Teilnehmern
- Evaluation der Hausaufgaben bei allen Teilnehmern (z.B. „Was haben Sie in der letzten Woche gelernt und/oder was ist deutlicher geworden?“)
- Üben einer Fähigkeit oder sozialen Respons (Sitzungsthema)
- Hausaufgaben für die nächste Sitzung
- Sitzungsevaluation („Was haben Sie in dieser Sitzung gelernt?“).

Den Schwerpunkt der Sitzungen bilden die Übungen zu den Fähigkeiten und sozialen Responsen. Diesem Teil wird dementsprechend die meiste Zeit eingeräumt. Der Ausgangspunkt ist, dass jeder beim Üben an die Reihe kommt. Das Thema der Sitzung (grundlegende sozialen Fähigkeiten, spezifische soziale Responsen oder Selbstkontrollfähigkeiten) ist von der Phase abhängig, in der sich die Therapie befindet. Für jede Sitzung wird ein Sitzungsplan erstellt (Beispiele siehe Kasten

12 und 30). Das Programm für die Übungen steht grösstenteils bereits vorher fest. Die Teilnehmer haben jedoch Einfluss auf die Reihenfolge, in der die sozialen Responsen behandelt werden. Falls nötig, kann das Üben einer sozialen Respons durch das Üben einer der Selbstkontrollfähigkeiten ersetzt werden (siehe 5, Selbstkontrollfähigkeiten).

### 2.2.3 Hausaufgaben und Verhaltensziele

Die Hausaufgaben schliessen bei dem Thema der Sitzung an und werden schriftlich gegeben (Beispiele für Hausaufgaben: siehe Kasten 5, 12 und 31). Die Teilnehmer schreiben gemäss den Instruktionen des Therapeuten Protokolle über den Verlauf der Übungen und bringen diese zu den Sitzungen mit. Jede Sitzung fängt mit einer Besprechung der Hausaufgaben an, in der ein oder mehrere Teilnehmer ihr Protokoll über die Ausführung einer Übung vorlesen (in der Regel ein Teilnehmer pro Übung). Falls man Wert darauf legt, allen Teilnehmern Feedback zu den Hausaufgaben zu geben, können die Protokolle (evtl. als Kopie) eingesammelt werden. Dieses individuelle positive Feedback hat vor allem zu Beginn der Behandlung viele Vorteile, kostet dem Therapeuten jedoch viel Zeit. Bei jeder Hausaufgabenbesprechung werden die Teilnehmer ausserdem aufgefordert, kurz zu erzählen, was sie bei der Ausführung der Hausaufgaben gelernt haben. Oft folgen aus dieser Evaluation Zielsetzungen für die jeweilige Sitzung (Lernpunkte oder Verhaltensziele), die von Teilnehmer zu Teilnehmer und von Sitzung zu Sitzung unterschiedlich sein können. Am Ende jeder Sitzung werden alle Teilnehmer aufgefordert, kurz zu erzählen, was sie in dieser Sitzung gelernt haben. Mit Hilfe des Therapeuten werden anschliessend Verhaltensziele für die kommende Woche formuliert. Diese Verhaltensziele können mit dem Sitzungsthema zusammenhängen, können aber auch individuell auf den Teilnehmer abgestimmt werden.

### 2.2.4 Therapeut(en)

Wie bei jeder Gruppenbehandlung kann man sich entscheiden mit einem oder zwei Therapeuten zu arbeiten. Die Behandlung sollte von einem Verhaltenstherapeuten durchgeführt werden, der für diese komplexe Behandlungsmethode qualifiziert ist. Ausserdem ist Erfahrung mit Gruppenbehandlungen erforderlich. Darüber hinaus muss man sich der Tatsache bewusst sein, dass das Problemverhalten, um das es in der Behandlung geht, auch in den sozialen Interaktionen während der Sitzungen auftreten wird. Das bedeutet, dass der Therapeut in der Lage sein muss, unter Berücksichtigung des Behandlungszieles und des Teilnehmers, adäquate Interventionen bei einem aktuellen, während der Sitzung auftretenden Problemverhalten auszuführen. Für den Fall, dass das SKT nächst einer Behandlung für ein anderes Problemverhalten ausgeführt wird, muss der

Therapeut schliesslich das Problemverhalten, an dem gearbeitet wird, eingrenzen und für eine gute Abstimmung zwischen den Behandlungen sorgen.

Auf die allgemeinen Vorteile einer Gruppenbehandlung mit einem zweiten Therapeut wird hier nicht weiter eingegangen (siehe dafür u.a. Rose & Smokowski, 2001). Dennoch wollen wir einen spezifischen Vorteil nennen, nämlich dass das SKT mit zwei Therapeuten mehr Gelegenheit zum Üben bietet als mit einem. Auf diese Weise kann mit (wechselnden) Teilgruppen gearbeitet werden und stehen zwei verschiedene Modelle zur Verfügung. Falls das SKT von einem Therapeuten ausgeführt wird, hat dies Konsequenzen für die Planung verschiedener, hier beschriebener Übungen wie z.B. der Beobachtungs- und Zuhörübungen und für verschiedene Verfahrensweisen, wie Modelllernen und Verhaltensübungen.

## 2.3 Auswahl der Teilnehmer

### 2.3.1 Auswahlverfahren für das SKT

Bei dem hier beschriebenen Auswahlverfahren wird davon ausgegangen, dass potenzielle Teilnehmer von einem Psychiater oder einem Psychologen überwiesen werden. Weiterhin gehen wir davon aus, dass bereits eine ausführliche, allgemeine Inventarisierung der Beschwerden stattgefunden hat. Das hier beschriebene Verfahren ist ausschliesslich darauf gerichtet, festzustellen, ob die beabsichtigte Behandlung anschliesst bei der Problematik des Betroffenen. Da dieses Anmeldeverfahren gleichzeitig als erster Messung des Therapieverlaufs fungiert, findet es kurz vor Beginn der Behandlung statt. Falls der Therapeut aufgrund der Informationen vom überweisenden Arzt bzw. Psychologen der Meinung ist, dass das SKT für den Betroffenen als Behandlung nicht geeignet ist, wird der betroffene Patient nicht weiter in dem Verfahren berücksichtigt. Das Auswahlverfahren für das SKT besteht aus einem psychologischen Screening und einem Verhaltensinterview mit dem Therapeuten.

*Das psychologische Screening.* Als Hilfsmittel für die Auswahl verwenden wir einen biographischen Fragebogen (Informationen über Problem, Beruf, Ehe, Beziehungen, Familie der Eltern, usw.) und diverse Fragebögen zu allgemeinen und sozialen Aspekten des Funktionierens, wie z.B. SCL-90, FSS-III, IAF, U-Fragebogen, FUA und F-SozU (siehe 1.6.1 und 1.6.3). Das wichtigste Teilnahme Kriterium ist, dass die potenziellen Teilnehmer bei diesen Instrumenten Probleme im Umgang mit anderen angeben. Dies kann auch in anderen Worten formuliert sein, z.B. „Angst in sozialen Situationen“, „Verlegenheit gegenüber Menschen“, „nicht wissen, was man in sozialen Situationen mit anderen tun oder sagen soll“, usw.. Ausserdem müssen die Teilnehmer angeben, dass die Behandlung für sie wichtig oder sehr wichtig ist. Durch einen Vergleich der aus den Fragebögen erhaltenen Informationen mit relevanten Normgruppen kann bereits eine vorläufige

Entscheidung für das SKT getroffen werden. Verwendet man Fragebögen als Ausgangspunkt, um die Mechanismen zu ermitteln die bei problematischem sozialem Verhalten eine Rolle spielen, ist es wichtig, die in den Fragebögen enthaltenen Informationen aufeinander zu beziehen. Dies gilt zum Beispiel für die Anspannung- und Frequenzskalen des FUA. So kann jemand mit einem niedrigen Spannungswert in sozialen Situationen tatsächlich unter geringer Anspannung stehen. Ein niedriger Spannungswert kann jedoch auch auf effektives Vermeidungsverhalten in sozialen Situationen weisen. Beziehen wir die angegebene Häufigkeit des sozialen Verhaltens (Frequenzskala) in diese Erwägungen mitein, dann unterstützt eine niedrige Frequenz die letzte Hypothese die man dem potenziellen Teilnehmer im Auswahlgespräch vorlegen kann.

*Auswahlgespräch für das SKT.* Nach einer Vorauswahl anhand der Fragebögen werden die erhaltenen Informationen für das Auswahlgespräch verwendet. Einerseits dienen diese Informationen als Ausgangspunkt für die weitere Probleminventarisierung, andererseits für das Aufspüren von Faktoren die die Behandlung behindern könnten, zum Beispiel eine Problematik, die mit der Veränderung des sozialen Verhaltens interferieren kann. Das Auswahlgespräch findet mit jedem Teilnehmer einzeln statt und wird vom Therapeuten selbst geführt. Während dieses Gespräches werden auch Informationen über das Verfahren und den Inhalt der Therapie gegeben. Ausserdem werden in dem Gespräch die allgemeine Ziele dargelegt, worauf sich die Behandlung richtet. Um zu untersuchen, ob der Betroffene für die Therapie in Betracht kommt, werden die folgenden Themen zur Sprache gebracht (in eigenen Worten formuliert):

- Womit haben sie Schwierigkeiten im Umgang mit anderen (wo?, mit wem?, was tun Sie selbst?)
- Was tun Sie zu häufig und was zu wenig im Umgang mit anderen?
- Was fällt Ihnen leicht im Umgang mit anderen (wo?, mit wem?, was tun Sie selbst)?
- Was haben Sie bisher zu ändern versucht und mit welchem Ergebnis?
- Was würden Sie gerne an Ihrem eigenen Verhalten ändern, mit anderen Worten, woran würden Sie in der Behandlung arbeiten wollen?
- Mit wem haben Sie regelmässigen Umgang (wo?)
- Was erwarten Sie von der Therapie?

Nachdem im Auswahlgespräch exploriert wurde, welche Situationen und soziale Responses vermieden werden und auf welche Weise diese Responses ausgeführt werden, formuliert der Therapeut gemeinsam mit dem Teilnehmer die Behandlungsziele für den betreffenden Teilnehmer. Am Ende des Auswahlgesprächs beurteilt der Therapeut, ob der Betroffene grundsätzlich für die Behandlung in Frage kommt. Wenn jemand in Betracht kommt, kann eine Teilnahme zugesagt

werden. Bei einer Gruppenbehandlung kann jedoch die Zusammenstellung der Gruppe eine grosse Rolle spielen für den Veränderungsprozess. Aus diesem Grunde empfehlen wir, dem potenziellen Teilnehmer mitzuteilen, dass er für das SKT in Betracht kommt, ihm jedoch zunächst keine definitive Zusage zu erteilen.

*Hinweise zum Auswahlverfahren.* Die Fragebögen können gruppenweise abgenommen werden. Dies muss vor dem Auswahlgespräch geschehen, da die Testergebnisse (sowohl die Messwerte als auch die inhaltlichen Punkte) für das Auswahlgespräch zur Verfügung stehen müssen. Falls potenzielle Teilnehmer aus welchem Grund auch immer, nicht imstande sind, auch nur Ansätze von Veränderungszielen für sich selbst zu formulieren, raten wir davon ab, sie an einer Gruppenbehandlung teilnehmen zu lassen da bei einer Gruppenbehandlung wenig Raum bleibt, um nachträglich Veränderungsziele für einen einzelnen Teilnehmer aufzustellen. Eine unzureichend explizite Entscheidung für Verhaltensänderung führt in einer Gruppenbehandlung eher zu Ausfall als in einer individuellen Behandlung. Unsere Erfahrung mit sozial ängstlichen Patienten ist, dass frühzeitiges Stoppen durch den übrigen Teilnehmer als sehr konfrontierend und tiefgreifend erfahren wird (siehe auch: 2.3.3 Zusammenstellung einer Gruppe).

Falls während des Auswahlgespräch deutlich wird, dass die Behandlung, aus welchem Grund auch immer, bei dem Betroffenen keinen Erfolg verspricht, ziehen wir es vor, dies dem Betroffenen während des Gesprächs mitzuteilen. Dies hat den Vorteil, dass der Teilnehmer die Gelegenheit bekommt, etwas über sich selbst zu lernen statt im nachhinein einfach abgewiesen zu werden. Falls möglich, können auch alternative Behandlungen vorgeschlagen werden (siehe auch Nezu u.a., 1999).

### 2.3.2 Problem- und Verhaltensanalyse

Vor der Zusammenstellung einer Behandlungsgruppe wird für jeden potenziellen Teilnehmer mit Hilfe der Informationen aus der Anmeldungsphase eine Verhaltens- und Problemanalyse erstellt. Die folgenden zwei Fallbeispiele illustrieren eine solche Problem- und Verhaltensanalyse.

*Fallbeispiel 1:* Peter ist ein 38-jähriger Mann, der sich bei einem Psychiater angemeldet hat, da er in seinem Beruf zu scheitern droht. Im allgemeinen Auswahlgespräch wird deutlich, dass es ihm immer mehr Mühe kostet, sich auf seine Arbeit als Prokurist eines mittelständischen Unternehmens zu konzentrieren. Gleichzeitig fühlt er sich sehr angespannt, was sich in körperlichen Beschwerden wie Kopf- bzw. Bauchschmerzen usw. äussert. Er fühlt sich immer weniger in der Lage, seine Arbeit gut auszuführen und befürchtet, von seinem Chef entlassen zu werden, wenn dies so weiter geht.



Peter wohnt in einer Kleinstadt, ist verheiratet und hat zwei Kinder, einen 15-jährigen Sohn und eine 13-jährige Tochter. Er erzählt, dass er seine Arbeit immer gut bewältigt hat, aber dass er immer mehr zu tun bekommen hat und ihm die Arbeit inzwischen über den Kopf zu wachsen droht. Zuhause spielt Peter keine grosse Rolle: seine Frau ‚managt‘ die Familie einschliesslich der Erziehung der beiden Kinder. Obwohl er angibt, dass er gerne mehr mit einbezogen werden würde, ist er eigentlich auch froh, dass im Moment wenig von ihm verlangt wird. Er ist sich jedoch der Tatsache bewusst, dass ihm die Kinder langsam entgleiten. Er sagt, dass er dies geschehen lässt, um seiner Frau keine Steine in den Weg zu legen.

Der überweisende Psychiater teilt bei der Anmeldung mit, dass Peter schon immer viel Mühe gehabt hat, für sich selbst aufzukommen. So sagt er selten oder nie nein, wenn er gebeten wird, etwas zu tun. An seiner Arbeitsstelle häuft sich die Arbeit inzwischen an, da im Laufe der Zeit auch der Arbeits- und Produktionsdruck im Betrieb zugenommen hat. Die unbedeutende Rolle, die Peter zu Hause spielt, könnte auch dem geringen Mass zugeschrieben werden, in dem er sich selbst zur Geltung bringt.

Bei den Fragebögen gibt es hinsichtlich des allgemeinen Beschwerdenniveaus und eventueller anderer Problembereiche wenig Besonderheiten. Auf der SCL-90 liegt Peter vor allem bei Unsicherheit im sozialen Kontakt über dem Mittelwert einer psychiatrischen Patientengruppe. Dies könnte darauf weisen, dass er sich in einer bestimmten Masse zurückgesetzt fühlt. Bei den Fragebögen, die mehr auf die Inventarisierung von Angst und sozialer Angst gerichtet sind, hat er im Vergleich mit einer psychiatrischen Patientennormgruppe, stark erhöhte Werte bei den Skalen, die Spannung in sozialen Situationen messen (z.B. die Anspannungsskala des FU( sowie einen relativ niedrigen Wert, für die Ausführung dieses Verhalten in sozialen Situationen (Frequenzskala des FUA). Des weiteren gibt Peter an, ein begrenztes soziales Umfeld zu haben und wenig Unterstützung wahrzunehmen bzw. zu erfahren (F-SozU).

Im Auswahlgespräch für das SKT treten die folgenden Punkte hervor:

(a) Peter zeigt wenig Verhaltensweisen, mit denen er für sich selbst ‚eintritt‘, wie z.B. etwas weigern, die eigene Meinung äussern, Kritik üben, usw. (Reaktion – Handeln). Wenn er solche Verhaltensweisen dennoch ausführt ist er dabei häufig nicht deutlich und ‚nicht präsent‘ (Reaktion – Handeln). Sowohl im Beruf als auch Zuhause wird auf seine Wünsche und Bedürfnisse inzwischen keine Rücksicht mehr genommen (Konsequenzen). Ausserdem ist ihm die Arbeit über den Kopf gewachsen und fühlt er sich häufig sehr angespannt (Konsequenzen). Die körperlichen Beschwerden sieht Peter als eine Folgeerscheinung der Anspannung (Konsequenzen). Er droht sich immer mehr aus sozialen Situationen zurückzuziehen (Reaktion – Handeln), wodurch er sich noch mehr ins Abseits drängen lässt (Konsequenzen).

(b) Peter hat Angst, abgewiesen und nicht sympathisch gefunden zu werden; dies erscheint ihm als eine Katastrophe (Reaktion – Kognitiv). Er setzt dann auch alles daran, Streit und Meinungsverschiedenheiten zu vermeiden (Reaktion – Handeln), scheint aber auch sehr schnell etwas als Streit aufzufassen (Reaktion – Kognitiv).

(c) Peter stellt an sich selbst hohe Anforderungen (Reaktion – Kognitiv und möglicherweise Organismus – Kognitiver Stil), um, wie er selbst sagt, Abweisung zu verhindern (Reaktion – Kognitiv). Obwohl es nicht oft vorkommt, scheint es ihm auch Mühe zu bereiten, auf Kritik zu reagieren: er weiss dann nicht, was er sagen soll (Reaktion – Handeln). Anfänglich erhielt Peter an seinem Arbeitsplatz zwar viele Komplimente für seinen Einsatz und seinen Eifer (Konsequenzen), jedoch führte dies dazu, dass er noch höhere Anforderungen an sich selbst stellte und dass es ihm nun zu viel wird (Konsequenzen).

Für die Behandlung werden, gemeinsam mit Peter, die folgenden Veränderungsziele formuliert:

- konkret und deutlich die eigenen Wünsche, Meinungen und Bedürfnisse äussern lernen; mit negativem Feedback umgehen lernen:
- lernen, sich selbst angemessene Anforderungen zu stellen;
- lernen, zwischen Tatsachen und Gedanken zu unterscheiden und die Gedanken besser auf die Tatsachen abzustimmen.

*Fallbeispiel 2:* Ulrike ist eine 27-jährige Verkäuferin bei einem Grosshandelsunternehmen. Sie wird von ihrem Hausarzt bei einer offenen psychiatrischen Abteilung angemeldet. In seinem Brief berichtet der Hausarzt über Essanfälle und starke Gefühle von Niedergeschlagenheit. Weiterhin schreibt er, dass Ulrike sehr vereinsamt ist und das Gefühl hat, dass die Leute nichts mit ihr zu tun haben wollen und ihr immer mehr aus dem Weg gehen. Es würde sie viel Mühe kosten, Kontakte zu knüpfen und aufrecht zu erhalten; nach einer Weile gehe jeder wieder auf Distanz. Sie hat keine Ahnung, wie sie dies ändern könnte und fühlt sich immer niedergeschlagener. Sie hat den Hausarzt um Medikamente gegen ihre Niedergeschlagenheit gefragt sowie um eine Diät, die ihre Essanfälle entgegenwirken könnte. Ihm schien es jedoch ratsamer, sie zur eine Aufnahme anzumelden.

Aus dem allgemeinen Erstgespräch, das bei der Aufnahme abgenommen wurde, ging hervor, dass Ulrike alleinstehend ist und in einer Kleinstadt im Ruhrgebiet wohnt. Ulrike ist eins der jüngeren Kinder einer grossen Arbeiterfamilie in der man sich wenig umeinander kümmerte. Ihr Vater arbeitete viel, sowohl tagsüber als auch abends, um genug Geld für den Unterhalt der grossen Familie zu verdienen. Ihre Mutter füllte das Einkommen mit diversen ‚Putzstellen‘ etwas auf. Beide Elternteile waren abends zu müde, um sich noch viel mit ihren Kindern zu beschäftigen. Darum wurde den Kindern wenig zugehört, die nur dann ihren Willen bekamen, wenn sie ihn lautstark

äusserten. Auf diese Weise ‚lernte‘ Ulrike, dass man überleben kann, indem man nur an sich selbst denkt und auf andere keine Rücksicht nimmt, ‚denn die ändern tun das auch nicht‘. Dieses Muster setzte sich in ihrem weiteren Leben fort und in der Schule brachte Ulrike das anfänglich auch Vorteile. Manche Kinder ahnten ihr unverschämtes und vorlautes Verhalten sogar nach. Jetzt, wo Ulrike auf eigenen Beinen steht, merkt sie jedoch, dass genau dieses Verhalten andere Menschen eher abstösst, und dass sie sehr alleine dasteht. Freundinnen hat sie nie gehabt und auch die Kollegen fangen an, auf Distanz zu gehen. Manchmal hört sie, dass andere finden, dass sie sich zu sehr in alles einmischt. Wenn sie abends alleine zu Hause ist, hat sie wiederholt Essanfälle. Sie isst dann alles, was sie finden kann und fühlt sich danach noch schlechter. Ulrike denkt, dass sowohl ihre Niedergeschlagenheit als auch ihre Essanfälle verschwinden, wenn sie lernen könnte, eine ‚sozialerer‘ Mensch zu sein. Das Behandlungsteam der Abteilung beschliesst, Ulrike für das SKT anzumelden.

Beim psychologischen Screening für das SKT gibt Ulrike auf der SCL-90 ein relativ hohes, allgemeines Beschwerdenniveau an, wobei vor allem der hohe Wert auf der Skala Aggressivität und Feindseligkeit (Symptomfaktor 6) auffällt. Bei den Fragebögen, die sich mehr auf die Inventarisierung von Angst und sozialer Angst richten, sehen wir, im Vergleich zu psychiatrischen Patienten, niedrige Werte auf den Skalen, die Angst und Spannung in sozialen Situationen messen (Anspannungsskala des FUA), und einen ziemlich hohen Wert für das Ausführen von Verhalten in sozialen Situationen (Frequenzskala des FUA). Ulrike gibt des weiteren an, ein sehr begrenztes soziales Umfeld zu haben und nahezu keine Unterstützung wahrzunehmen oder zu erfahren (F-SozU).

Das Verhaltensinterview mit dem Therapeuten ergibt die folgenden Punkte:

(a) Ulrike gibt anderen sowohl verbal, als auch nonverbal sehr wenig Raum (Reaktion – Handeln). In der Interaktion nimmt sie wenig Rücksicht auf die Absichten anderer. So hört sie schlecht zu und lässt andere selten ausreden. Ausserdem ist sie ziemlich ‚fordernd‘ und fängt schnell einen Streit an, wenn sie ihre eigenen Ziele nicht erreicht (Reaktion – Handeln). Für kurze Zeit bekommt sie mit ihrem Verhalten oft ihren Willen, auf lange Sicht jedoch lassen die Leute sie ‚links liegen‘ (Konsequenzen).

(b) Sie findet es schwierig, zu unterscheiden, welche Dinge sie etwas angehen und welche nicht: eigentlich findet sie, dass die anderen nach ihren Normen und Wertvorstellungen leben müssen (Reaktion – Kognitiv, herrührend aus dem Organismus – Kognitiven Stil) und ist schnell zu einem negativen Urteil oder zur Kritik bereit, wenn dies ihrer Meinung nach nicht geschieht (Reaktion – Handeln).

(c) Im Laufe des Verhaltensinterviews schafft Ulrike es, ihre depressiven Gefühle ihrer Isolierung zuzuschreiben sowie der Tatsache, dass sie nicht in der Lage ist, ohne Hilfe etwas zu verändern (Organismus – Kognitiver Stil). Es scheint ihr darum eine gute Idee, mit den folgenden Veränderungszielen an dem SKT teilzunehmen:

- konkret und deutlich die eigenen Wünsche, Meinungen und Bedürfnisse äussern lernen und dabei anderen Raum zu lassen; lernen anderen auf adäquate Weise Komplimente zu machen und Kritik zu äussern; lernen auf Anerkennung und Kritik von anderen zu reagieren.
- lernen, zu unterscheiden, wann etwas ihr Problem ist und wann das von anderen und letzteres auch das Problem des anderen sein zu lassen.

### 2.3.3 Zusammenstellung einer Gruppe

Bei der Zusammenstellung einer Behandlungsgruppe werden sowohl Einbeziehungs- als auch Ausschlusskriterien angewandt. Das wichtigste Auswahlkriterium für das SKT ist, dass potenzielle Teilnehmer selbst inadäquates Verhalten und/oder Angst in sozialen Situationen als einen ihrer Problembereiche angeben. Mit Ausnahme von manifestem psychotischem Verhalten und kognitiven Funktionsstörungen wird nicht auf Grund der Art und Intensität anderer Problemverhaltensweisen selektiert. Falls es wünschenswert ist, wird die Behandlung von anderem Problemverhalten, als das, worauf sich das SKT richtet, gleichzeitig durchgeführt. Auf die verschiedenen Formen inadäquaten sozialen Verhaltens wird bei der Zusammenstellung der Gruppe im Prinzip keine Rücksicht genommen: sowohl Leute, die in sozialen Situationen angespannt sind, starke Vermeidungsverhalten zeigen und/oder wenige soziale Responsen zeigen („subassertiv“ sind, wie z.B. Peter) als auch Personen, die sich vor allem „aggressiv“ verhalten (wie Ulrike), können an dem SKT teilnehmen.

Was das Alter betrifft, werden 18 und 65 Jahre als Grenzen eingehalten, wobei nach Gruppen mit allmählich steigendem Alter oder nach Gruppen mit einer begrenzten Altersstreuung gestrebt wird. Ziel hiervon ist, dass der Altersunterschied innerhalb der Gruppe so klein wie möglich gehalten wird und dass die Teilnehmer zueinander ihren „Modellcharakter“ behalten. Hinsichtlich des Ausbildungsniveaus bevorzugen wir Gruppen mit nicht allzu grossen Unterschieden im Ausbildungsniveau. Indem nach einer gewissen Homogenität gestrebt wird, wird verhindert, dass Unterschiede im Tempo und in der Wahl des Verhaltens, das geübt werden soll, den Fortgang der Behandlung behindern. Was das Geschlecht betrifft, geben wir gemischten Gruppen den Vorzug, da dies das tägliche Leben widerspiegelt.

*Hinweise.* Was die Art und die Intensität des Problemverhaltens betrifft, versuchen wir, keine Teilnehmer in die Gruppe aufzunehmen, die in ausgesprochenen Aussenseiterpositionen landen

könnten. Dies gilt sowohl für den Umfang der Responsdefiziten (z.B. jemand mit grossen Responsdefiziten in einer Gruppe mit Teilnehmern mit nur geringen Mängeln oder umgekehrt) als auch für die Art des Problemverhaltens (z.B. eine hauptsächlich ‚aggressive‘ Person in einer Gruppe mit ‚subassertiven‘ Personen oder umgekehrt). Bei Aufnahme von Personen mit aggressivem Verhalten in eine Gruppe ist es besonders wichtig, dass vorher die Veränderungsziele deutlich formuliert worden sind. Immerhin wird aggressives Verhalten von subassertiv reagierenden Menschen häufig als alternatives Respons für ihren Mangel an Responsen gesehen und somit verstärkt. Hierdurch wird es für die aggressiv reagierende Person schwieriger, von ihrem inadäquaten Verhalten Abstand zu nehmen.

Für Alter und Ausbildung gelten bei Zusammenstellung der Gruppe dieselben Richtlinien wie für das Problemverhalten: lieber keine extremen Ausnahmen. Es muss verhindert werden, dass Teilnehmer ihr Alter als Entschuldigung für einen weniger aktiven Einsatz gebrauchen (z.B. mit dem Einwand, dass die Jugend von heute besser gelernt hat, für sich selbst einzutreten). In bezug auf die Ausbildung ist es für den Umfang und die Art der Übungsaufgaben wichtig, einen zu grossen Unterschied im Abstraktionsvermögen und der Auffassungsgabe zwischen den Teilnehmern zu verhindern.

Obwohl nach Gruppen, in denen beide Geschlechter vertreten sind, gestrebt werden sollte, kann aus sich ergebenden Gründen auch mit geschlechtshomogenen Gruppen gearbeitet werden.

#### 2.3.4 Therapievertrag

*Ziel.* Ziele, Arbeitsweise und Absprachen (Sitzungsanzahl, Sitzungsdauer, Absagen der Sitzungen, usw.) werden in einem schriftlichen Therapievertrag festgelegt. Mit diesem allgemeinen Behandlungsvertrag wollen wir die Ziele und die Arbeitsweise der Therapie konkretisieren, Absprachen über Zeitpunkt, Anzahl und Dauer der Sitzungen sowie Absprachen hinsichtlich der Aktivitäten der Teilnehmer festlegen. Mündliche oder schriftliche Absprachen über Zielsetzung und eigenen Einsatz vergrössern im Allgemeinen die Mitarbeit der Teilnehmer (Beispiel siehe Anhang 1: Therapievertrag).

*Arbeitsweise.* Nachdem die Gruppe vom Therapeuten zusammengestellt worden ist, wird die Teilnahme schriftlich bestätigt. Hierbei wird der Therapievertrag, der während des Verhalteninterviews besprochen, jedoch noch nicht unterschrieben worden ist, mitgeschickt. Es wird darum gebeten, diesen Therapievertrag sorgfältig zu lesen und ihn zur ersten Sitzung mitzubringen. In dieser Sitzung unterschreiben die Teilnehmer und der Therapeut im Beisein der ganzen Gruppe diesen Vertrag (in zweifacher Ausfertigung), mit dem Ziel, das Engagement der

Teilnehmer für die Ziele des SKTs zu verstärken. Die Teilnehmer behalten jeweils ein Exemplar des Vertrags und der Therapeut erhält von jedem Teilnehmer das zweite Exemplar.

*Hinweise.* Manche Teilnehmer vergessen es, den Therapievertrag zur Sitzung mitzubringen. Daher ist es sinnvoll, wenn der Therapeut einige Reserveexemplare dabei hat. Trotz einer Erklärung des Ziels des Therapievertrags, sowohl während des Verhalteninterviews als auch während der ersten Sitzung, ist es für manche, zumeist weniger gebildete Teilnehmer, schwierig, den Einfluss dieses Vertrags zu überschauen.

### 2.3.5 Kennenlernen der Teilnehmer

*Arbeitsweise.* Zu Anfang der ersten Sitzung des SKTs schliessen die Teilnehmer miteinander Bekanntschaft, wobei jeder kurz etwas über sich selbst erzählt (Name, Wohnort, Alter, eventuell familiäre Verhältnisse). Der Therapeut beginnt. Man schlägt vor, einander zu duzen und beim Vornamen zu nennen, wonach jeder (nochmals) seinen Vornamen nennt. Zum Kennenlernen gehört auch die Besichtigung der Räume und eventuell zur Verfügung stehender Audio- und Videogeräte.

*Hinweise.* Es ist wichtig, dass die Teilnehmer bereits beim Verhaltensinterview darüber informiert werden, dass die Behandlung eventuell mit Hilfe von Audio- oder Videogeräten festgelegt wird. Hierdurch haben Teilnehmer, die mit einer solchen Bedingung nicht einverstanden sind, die Gelegenheit, sich vor Behandlungsbeginn zurückzuziehen. In der ersten Sitzung wird auch besprochen, wie die Teilnehmer mit Privatinformationen der anderen Teilnehmer umzugehen haben und es werden dementsprechende, auf die Situation abgestimmte, Vereinbarungen getroffen (siehe Anhang 1: Therapievertrag).

### 3 Grundlegende soziale Fähigkeiten

#### 3.1 Einleitung

In der ersten Behandlungsphase (grundlegende soziale Fähigkeiten) wird an ‚beobachten‘, ‚aktiv zuhören‘ und ‚Feedback geben und erhalten‘ sowie an nonverbalen Aspekten sozialen Verhaltens gearbeitet. In Tabelle 2 geben wir einen Überblick über die Art und Weise, in der die Übungen zu den grundlegenden sozialen Fähigkeiten in den Sitzungen stattfinden. In der dritten Spalte wird der gestufte Aufbau des Feedbackverfahrens einschliesslich der Verknüpfung mit den jeweils anderen Übungen dieser Phase dargestellt.

Tabelle 2. Überblick: Übungen zum Erwerb grundlegender sozialer Fähigkeiten und gestufter Aufbau des Feedbackverfahrens

<i>Sitzung</i>	<i>Übung</i>	<i>Feedbackverfahren (siehe 3.2.3)</i>
1	Beobachten (siehe 3.2.1)	
2	Aktiv Zuhören (siehe 3.2.2)	Bei der Nachbesprechung zu jedem Schritt der Zuhör-Übung: Feedback über sich selbst, wie man zugehört und zusammengefasst hat
3	Nonverbales Verhalten (siehe 3.3) Stimme: Volumen und Artikulation	Nach jeder Stimmübung: Feedback über Aspekte der eigenen Stimme
3*	Augenkontakt	Nach jeder Augenkontakt-Übung: Feedback über den eigenen Augenkontakt / Den Partner nach Feedback fragen.
4	Sitzhaltung	Nach jeder Übung: Feedback über sich selbst: Was hat gut geklappt? Was könnte man vielleicht ändern? / Den Partner nach Feedback fragen.
4*	Haltung beim Stehen	Nach jeder Übung: gleiches Feedbackverfahren wie bei der Sitzhaltung
5	Gesichtsdruck	Nach jeder Übung: Feedback über sich selbst: Was war gut? Was könnte verändert werden? / Befragung des Partners und danach der Gruppe.

\* Dieser Ansatz basiert auf zwei nonverbalen Verhaltensweisen pro Sitzung. Falls nur eine Verhaltensweise behandelt wird, werden die anderen Übungen auf die folgenden Sitzungen verschoben.

Elemente des Erlernens und Ausführens spezifischer sozialer Verhaltensweisen sind die grundlegenden Fähigkeiten ‚beobachten‘, ‚aktiv zuhören‘ sowie ‚Feedback geben und erhalten‘ (zur Erläuterung siehe 3.2 Beobachtung, aktives Zuhören und Feedback geben). Diese Fähigkeiten sind eine wichtige Voraussetzung für das Lernen durch Beobachtung. Ausserdem bilden sie die Basis für die Ausübung komplexeren Sozialverhaltens. Vor allem Beobachten und aktives Zuhören sind Voraussetzungen, um adäquat auf andere reagieren zu können. Bei der Beobachtungsübung lernen die Teilnehmer, zwischen Interpretationen und konkreten Beschreibungen von Geschehnissen (Beobachtungen) zu unterscheiden. Hierdurch wird es möglich, das eigene Verhalten auf das was tatsächlich passiert abzustimmen, anstatt auf das, was man zu sehen und zu hören meint (Interpretation). Die konkrete Beschreibung eines Ereignisses ist ein Aspekt, der auch bei Feedback

wichtig ist. Bei den Feedbackübungen lernen die Teilnehmer, einander zu belohnen und Vorschläge für Verhaltensänderungen zu machen.

Auch nonverbale Verhaltensaspekte kommen bei den grundlegenden Fähigkeiten zur Sprache und werden gesondert behandelt (zur Erläuterung siehe 3.3 Nonverbales Verhalten). Die folgenden nonverbalen Verhaltensweisen sind in sozialen Situationen wichtig: Stimmvolumen, deutliches Sprechen, Augenkontakt, Haltung, Gesichtsausdruck und Abstand zum anderen. Wir raten dazu, beim Erlernen nonverbaler Verhaltensweisen mit deutlich umschriebenen Übungssituationen zu arbeiten und pro Übung nur eine nonverbale Verhaltensweise zu behandeln. Für nonverbales Verhalten gilt, dass dieses in hohem Masse die Wirkung des spezifischeren verbalen Verhaltens bestimmen kann. Ich kann noch so konkret und deutlich wie möglich sagen, was ich will; wenn ich zu leise spreche, wird mein Verhalten trotzdem nicht den erwünschten Effekt haben. Ziel dieser Übungen ist auch eine weitergehende Analyse des nonverbalen Verhaltens. Ausserdem wollen wir erreichen, dass die Teilnehmer lernen, ihr eigenes nonverbales Verhalten zu beobachten und, falls nötig, dafür Veränderungsziele zu formulieren. Die Effektivität sozialen Verhaltens wird durch das Mass, in dem nonverbales und verbales Verhalten aufeinander abgestimmt sind, beeinflusst. Ein Beispiel für eine häufig vorkommende Inkongruenz ist Lächeln bei der Äusserung von Wut und Anspannung. Es wird empfohlen, vor allem der Art und Weise, in der nonverbales Verhalten auf die Ziele und den verbalen Inhalt einer Situation abgestimmt werden kann, Aufmerksamkeit zu schenken. Ausserdem spielen die nonverbalen Komponenten bei den diversen sozialen Responses eine Rolle. Die Erfahrung lehrt, dass gesonderte Übungen, die vor den Übungen für die spezifischen sozialen Responses ausgeführt werden, dafür sorgen, dass die beschriebenen nonverbalen Verhaltensweisen leichter zu beobachten und zu ändern sind. Hierdurch kann bereits in einer frühen Phase der Therapie eine relativ grosse Veränderung erreicht und durch grössere Aufmerksamkeit soziales Lernen gefördert werden. In einer späteren Phase kann dadurch beim Üben spezifischer sozialer Responses den verbalen Aspekten mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Die nonverbalen Verhaltensweisen werden immer wieder gesondert in konkreten Übungssituationen geübt.

Kurz zusammengefasst sind die wichtigsten Ziele in der Phase der Einübung grundlegender sozialer Fähigkeiten folgende:

- (a) Verhalten anderer beobachten lernen mit dem Ziel, dass eigene Verhalten besser darauf abzustimmen,
- (b) lernen, zuzuhören und dies zu zeigen, indem man zusammenfasst,
- (c) Analyse des nonverbalen Verhaltens und
- (d) Formulierung eigener Änderungsziele hinsichtlich nonverbalen Verhaltens.



Indem man die nonverbalen Verhaltensweisen vor den spezifischen sozialen Responsen behandelt, wird das Üben der spezifischen Responsen vereinfacht. Eventuelle Anpassungen der individuellen Problem- und Verhaltensanalyse und die Formulierung hieraus resultierender zusätzlicher Änderungsziele finden vor allem in dieser Phase der Behandlung statt.

Neben den genannten inhaltlichen Zielsetzungen haben wir in der Phase der Einübung grundlegender Fähigkeiten auch ein eher verfahrenstechnisches Ziel, nämlich dass sich die Teilnehmer die Verfahren, die in der weiteren Behandlung angewendet werden, aneignen. Das bedeutet, dass die Übungen in dieser Phase so aufgebaut sind, dass die Teilnehmer schrittweise lernen,

- Rollenspiele auszuführen,
- die Übungen in konkreter, positiver und veränderungsgerichteter Weise nach zu besprechen,
- Übungen zu wiederholen mit dem Ziel, konkrete Punkte zu verbessern,
- konkrete Verhaltensziele oder Arbeitspunkte zu formulieren und
- kurz und bündig über ihre Übungen im täglichen Leben zu berichten.

Die Bearbeitung dieser Aspekte in dieser ersten Phase der Behandlung kostet Zeit, die sich jedoch im weiteren Verlauf der Therapie bezahlt macht.

### 3.2 Beobachten, aktives Zuhören und Feedback geben

#### 3.2.1 Beobachtung der Interaktionen

*Ziel.* Ziele der Beobachtungsübung sind: zu lernen, eigenes bzw. das Verhalten anderer zu beobachten, ihnen zuzuhören und dieses Verhalten zu beschreiben. Diese Übung ist so aufgebaut, dass eine Sitzung ausreicht. Es ist sehr empfehlenswert, diese Beobachtungsübung zu Beginn der Behandlung einzuplanen. Mit Hilfe der Übung wird gelernt, Beobachtungen von Interpretationen zu unterscheiden. Damit wollen wir erreichen, dass die Teilnehmer lernen, ihr Verhalten auf das, was tatsächlich passiert, abzustimmen, anstatt auf das, was sie von der Situation denken. Letzteres kann das Erlernen und die Ausführung neuer sozialer Responsen behindern. Indem man auch bei den folgenden Übungen auf den Unterschied zwischen Beobachtungen und Interpretationen zurückkommt, können sich die Teilnehmer in ungefähr fünf Sitzungen diesen Unterschied aneignen.

*Arbeitsweise.* Die Beobachtungsübung besteht aus zwei kurzen Rollenspielen, ausgeführt vom Therapeuten. Bei der Instruktion für diese Übung wird sowohl das Ziel (das Verhalten des anderen beobachten lernen, ihm zuhören und dieses Verhalten beschreiben) zur Sprache gebracht, als auch die Wichtigkeit der Fähigkeit, das Verhalten anderer konkret beschreiben zu können, um schliesslich das eigene Verhalten ändern zu können. Die Instruktion beim ersten Rollenspiel lautet:

zuschauen, was sich abspielt und dies nach Ende des Rollenspieles aufschreiben. Mit Hilfe einer Tafel inventarisiert der Therapeut, was die Teilnehmer aufgeschrieben haben. Hierbei werden die Beobachtungen von den Interpretationen getrennt (z.B. in zwei Spalten), ohne dass die beiden Kategorien benannt werden. Die Teilnehmer werden dazu aufgefordert, während der Inventarisierung über den Unterschied zwischen den Spalten nachzudenken, jedoch diesen erst laut zu nennen, nachdem alles, was die Teilnehmer aufgeschrieben haben, inventarisiert worden ist. In einem Gruppengespräch werden die beiden Spalten definiert und die Begriffe Beobachtungen (Tatsachen) und Interpretationen (Schlussfolgerungen, Eindrücke usw.) anhand von Beispielen aus der Inventarisierung erläutert. Hierbei wird wiederum über das Ziel dieser Übung gesprochen, nämlich diesen Unterschied zu machen, sowie über mögliche Probleme, die Interpretationen schaffen können.

Beim zweiten Rollenspiel wird die Instruktion gegeben, jetzt nur Beobachtungen in Zusammenhang mit dem Ereignis aufzuschreiben. In der Gruppe wird danach besprochen, ob dies wirklich Beobachtungen sind und falls nein, aus welchen Gründen nicht. Alle Teilnehmer nehmen an dieser Besprechung teil.

Für das Ziel der Beobachtungsübung eignen sich Situationen, in denen nicht bereits alles eindeutig ist und den Rollenspielern noch Gedanken und Gefühle zugeschrieben werden müssen. Eine Situation, die häufig gespielt wird, ist folgende: In einem Zugabteil sitzt jemand und liest eine Zeitung oder Zeitschrift. Er sucht danach lange in seinen Taschen und lässt dies merken, indem er ab und zu murmelt: „Wo kann ich das nur gelassen haben?“ oder ähnliche Sätze. Schliesslich gibt der Reisende auf, indem er etwas sagt wie: „Na ja, dann eben nicht!“ und wieder weiterliest. Ein anderes Beispiel, das sich als sehr brauchbar erwiesen hat: Auf der Strasse läuft jemand hin und her. Scheinbar wartet er auf etwas oder jemanden. Er guckt in die Ferne, schaut in seinem Kalender nach und murmelt etwas wie: „Mist, ich habe geglaubt, ich wäre pünktlich“ und geht schliesslich weg.

Wir finden es wichtig, dass mit Hilfe dieser Übung deutlich wird, dass Interpretationen, die nicht auf Beobachtungen basieren, die Abstimmung des eigenen Verhaltens auf das, was in der Situation passiert, behindern. Darüber hinaus ist es wichtig, dass deutlich wird, dass Interpretationen nicht grundsätzlich schlecht oder verkehrt sind und dass wir alle interpretieren, sondern dass es darum geht, zu lernen, Interpretationen als solche zu erkennen und eventuell auf die Tatsachen abzustimmen.

Als Hausaufgabe wird die Broschüre *Beobachten* (siehe Anhang 2 Broschüre: Beobachten) mitgegeben, um diese zu lesen und die darin beschriebenen Aufgaben auszuführen. Als erste Übung, um im täglichen Leben zwischen Beobachtungen und Interpretationen zu unterscheiden,

bekommen die Teilnehmer die Aufgabe, zweimal jemanden kurz zu beobachten und bei ihrer Beschreibung dieser Situation zwischen Beobachtungen und Interpretationen zu unterscheiden. In Kasten 1, der ein kleines, von Ulrike geschriebenes Protokoll enthält, steht die mitgegebene Hausaufgabe schräg gedruckt.

Kasten 1. Eine von Ulrike ausgearbeitete Hausaufgabe zum Thema ‚Beobachten‘

*Beobachten Sie in der kommenden Woche kurze Zeit (ungefähr 1 Minute) jemanden, den Sie kennen, ohne dass dieser es merkt. Beschreiben Sie danach mit Hilfe der folgenden Punkte, was Sie in dieser Situation gesehen und gehört haben und wie Sie diese Beobachtungen interpretiert haben.*

<i>Wer war der andere?</i>	mein Chef
<i>Wo spielte sich die Situation ab?</i>	im Laden
<i>Wann (Tag und Zeit)?</i>	Freitagmittag
<i>Was tat der andere?</i>	Er ging zu einer Kollegin von mir
<i>Was sagte der andere?</i>	„Weisst Du, wo die neuen Handtücher geblieben sind?“
<i>Was dachten Sie über das Verhalten des anderen (Interpretation)?</i>	Er denkt sicher, dass sie sie genommen hat.

In der folgenden Sitzung (Sitzung 2; siehe Tabelle 2) wird auf die Hausaufgaben eingegangen. Zuerst besprechen wir die Broschüre bezüglich eventueller Fragen und Unklarheiten. Danach wird die Gruppe aufgefordert, die Kernpunkte der Broschüre zusammenzufassen. Anschliessend werden einige Übungen in der Broschüre durchgenommen. Im Anschluss daran liest ein Teilnehmer das Protokoll zu einer der von ihm beobachteten Situationen vor. Zum Abschluss der Hausaufgabenbesprechung erzählt jeder Teilnehmer, was ihm die Beschäftigung mit den Hausaufgaben gebracht bzw. was er gelernt hat (siehe auch 2.2.3).

Neben den bereits genannten Zielen sollen die Teilnehmer in diesem Abschnitt auch mit dem Phänomen ‚Rollenspiele‘ Bekanntschaft schliessen, (die vorerst noch vom Therapeuten ausgeführt werden), ohne dass sie selbst darin mitspielen. Häufig scheuen sich Teilnehmer sehr vor Rollenspielen in der Gruppe. Die eigene Teilnahme an den Rollenspielen wird darum schrittweise eingeführt. Dieselbe Vorgehensweise kann man bei den später beschriebenen Übungen für ‚Zuhören‘ und ‚nonverbales Verhalten‘ wiederfinden.

*Hinweise.* Ausgangspunkt dieser Übung ist, dass die Teilnehmer nach Beendigung des Rollenspiels mit Hilfe der beiden Spalten selbst den Unterschied zwischen Beobachten und Interpretieren entdecken. Das bedeutet, dass bei den Instruktionen für diese Übungen nicht auf den Unterschied hingewiesen werden darf, obwohl es gleichzeitig wichtig ist, das Ziel und den Grund für die Übung anzugeben. Es ist natürlich wichtig, dass die Rollenspiele genügend Raum für Interpretationen lassen, um den Unterschied zu Beobachtungen veranschaulichen zu können. Die Verführung ist gross, in dieser Übung (zu) viele andere Ziele unterzubringen, wodurch das

Hauptziel, nämlich das Erkennen des Unterschieds zwischen Beobachtungen und Interpretationen, verloren geht. Wählen Sie darum für die Rollenspiele am besten neutrale Themen, die nichts mit der Behandlungssituation zu tun haben. Geben Sie deutlich den Beginn und das Ende des Rollenspiels an, und weisen Sie darauf hin, dass beim Mitschreiben keine Vollständigkeit erforderlich ist.

*Variationen und weitere Ausarbeitung.* Die Ziele für diese Übung können je nach Niveau der Gruppe und der Behandlungsziele weiter ausgearbeitet werden. So kann zum Beispiel bei der Hausaufgabenbesprechung in der darauffolgenden Sitzung deutlich werden, dass der Unterschied zwischen Beobachtung und Interpretation noch nicht hinreichend verstanden worden ist. Ein neues Rollenspiel kann dann zur Verdeutlichung dienen. Manchmal genügt es auch, alles noch einmal anhand von Beispielen aus der Broschüre zu erklären und die Hausaufgaben erneut ausführen zu lassen. Wichtig ist hierbei, keine zu hohen Anforderungen an die Teilnehmer zu stellen, die noch Probleme mit dem Unterschied haben. Bei den folgenden Übungen bekommen sie nämlich immer wieder die Gelegenheit, den Unterschied zu üben und anzuwenden. Noch ein Vorschlag: Bei den Hausaufgaben kann der Schwierigkeitsgrad zum Beispiel vermindert bzw. erhöht werden, indem man darauf dringt, Beobachtungssituationen zu wählen, an denen man selbst nicht beteiligt ist, bzw. solche von denen man selbst betroffen ist.

Die Beobachtungsübung kann auch als erster Ansatz für verschiedene kognitive Verfahren genutzt werden. So kann diese Übung dabei helfen, den Unterschied zwischen Situationsbeschreibungen und Gedanken über eine Situation zu erkennen. Auch kann die Übung angewendet werden, um zu lernen, dass auch andere Interpretationen möglich sind. Dies kann man tun, indem man z.B. bei der Hausaufgabe (Kasten 1) die Instruktion hinzufügt, sich mindestens zwei andere Interpretationen für die betreffende Situation auszudenken. Bei der in Kasten 1 beschriebenen Situation nannte Ulrike auf die Frage „Was könnte man ausserdem noch in dieser Situation denken?“ folgende zwei alternative Interpretationen: (a) „Er ist wohl so zerstreut, dass er nicht mehr weiss, wo er sie gelassen hat“, und (b) „Wie pingelig, sich mit ein paar Handtüchern zu beschäftigen“. Selbstverständlich geht dieser ‚Fortsetzung‘ der Beobachtungsübung eine Erklärung über das Ziel dieser Erweiterung voraus. Ausserdem gibt der Therapeut erst Beispiele für solche alternative Interpretationen.

Eine häufige Falle für weniger erfahrene Therapeuten ist, dass sie mit kognitiven Methoden bei den Interpretationen der Teilnehmer intervenieren. Selbstverständlich werden in den Interpretationen der Teilnehmer Denkmuster zu erkennen sein, die mit Behandlungsmethoden nach Ellis (siehe u.a. Ellis & Grieger, 1986) oder Beck (siehe u.a. Beck, Emery & Greenberg, 1985) behandelt werden könnten. Wenn der Therapeut in diese Falle gerät, ist es sicher, dass er von den auf ‚Vermeidung durch Introspektion‘ eingestellten Teilnehmern dazu ermutigt werden wird.

Unsere Erfahrung mit dem aktuellen Aufbau des SKTs ist, dass ‚irrationale Kognitionen‘ und dysfunktionale Denkmuster sich in ausreichendem Masse zusammen mit den sozialen Responses und Selbstkontrollmethoden verändern. Sollte dies aus irgendeinem Grunde nicht der Fall sein, ist es ratsam, Methoden, die sich auf die Denkmuster der Teilnehmer richten, erst zu Ende der Therapie einzuführen.

### 3.2.2 Aktives Zuhören

*Ziel.* Die Lernziele dieses Abschnitts sind: Zuhören, was jemand sagt und dies in eigenen Worten wiedergeben, die eigenen Reaktionen auf die des anderen abzustimmen und dem anderen zu zeigen, dass man zugehört hat. Zugleich wird der Unterschied zwischen Beobachten und Interpretieren auf das, was gesagt wird, angewandt.

Wir üben hier in Zweiergruppen, wobei alle Paare *gleichzeitig* üben. Mit diesem Ansatz wollen wir erreichen, dass innerhalb der zur Verfügung stehenden Zeit soviel wie möglich geübt werden kann. Ausserdem ist der Schwierigkeitsgrad relativ niedrig, da keine Zuschauer anwesend sind. Dies ist um so wichtiger, da sozial ängstliche Menschen oft Probleme damit haben, beobachtet zu werden, während sie bei dieser Übung zum ersten Mal aktiv an ihrem eigenen Verhalten arbeiten. Der Therapeut nimmt an den Übungen teil; einerseits seiner Modellfunktion wegen und andererseits, um zu verhindern, dass es doch Zuhörer gibt. Dieser Aufbau stellt hohe Anforderungen an den Therapeuten hinsichtlich der Instruktionen und des Modellvorgaben dieser Übung. Ausserdem können die Endziele für diese Übung unterschiedlich sein. Für manche Patientengruppen ist es ein zu grosser Schritt, zu lernen, auf Gefühlsebene zusammenzufassen (Reflexion). Oft ist es schon schwierig genug, ihnen beizubringen, das, was der andere sagt, in eigenen Worten zusammenzufassen.

*Arbeitsweise.* In der allgemeinen Einleitung zu dieser Übung werden die Ziele genannt und erläutert. Darüber hinaus wird angekündigt, dass das Zuhören in drei aufeinander folgenden Schritten geübt wird, nämlich (a) wortwörtlich wiederholen, was der andere sagt, (b) mit den Worten des anderen zusammenfassen und (c) in eigenen Worten zusammenfassen. Lediglich der letzte Schritt eignet sich zur Anwendung in alltäglichen Situationen. Es ist praktisch, die drei Schritte auf eine Tafel zu schreiben. Die Übung verläuft wie folgt: die Gruppe wird in Paare aufgeteilt, wobei sich jedes Paar einander zugewandt hinsetzt. Die Zweiergruppen formen gemeinsam einen Innen- und einen Aussenkreis (die eine Hälfte der Paare formt mit dem Rücken zueinander den kleinen Kreis; die andere Hälfte den grossen Kreis, mit dem Gesicht zum inneren Kreis). Anschliessend erklärt der Therapeut anhand eines Beispiels, was der erste Schritt ‚wortwörtlich wiederholen‘ beinhaltet. Danach erläutert er die Arbeitsweise in den Zweiergruppen

(eventuell mit Hilfe der Tafel): A sagt zu B einen kurzen Satz über das verabredete Thema; B wiederholt wortwörtlich, was A gesagt hat, worauf A mit „ja“ oder „nein“ zu erkennen gibt, ob er mit der Wiedergabe von B einverstanden ist. Danach sagt B einen kurzen Satz über dasselbe Thema, A wiederholt dies wortwörtlich und B sagt darauf „ja“ oder „nein“. Danach ist A wieder an der Reihe und so geht die Übung ungefähr fünf Minuten hin und her. Wenn einer der beiden Partner mit „nein“ auf die Wiedergabe des anderen antwortet, wird nicht besprochen, warum „nein“ gesagt wurde, sondern wird die Übung normal fortgesetzt. „Nein“ bedeutet also so etwas wie „Aufgepasst! Nächstes Mal besser!“. Bevor die Gruppenmitglieder mit dem Üben anfangen, macht der Therapeut (mit dem Kotherapeuten oder einem Teilnehmer) noch einmal die ganze Übung vor. So wird sowohl die Arbeitsweise als auch das wortwörtliche Wiederholen demonstriert. Danach fangen alle Paare gleichzeitig mit dem Üben an. Geübt wird anhand neutraler Themen, wie z.B., ‚Was einem an seinem Wohnort gefällt‘, ‚das Lieblingsfernseh- oder Radioprogramm‘, ‚Hobbys‘ usw.. Auf diese Weise streben wir an, dass die Teilnehmer einander auf neutrale bzw. positive Weise etwas besser kennen lernen. Nach ungefähr fünf Minuten beendet der Therapeut die Übung. In der Nachbesprechung wird jeder Teilnehmer gefragt, wie das wortwörtliche Wiederholen geklappt hat. Der Therapeut achtet dabei darauf, dass die Teilnehmer über ihre eigenen Erfahrungen reden und dies in Beobachtungsterminologie tun. Danach leitet der Therapeut den nächsten Schritt ein: ‚in den Worten des anderen zusammenfassen‘. Auch diesen Schritt demonstriert der Therapeut wieder anhand eines neuen Themas. Die Gruppenmitglieder werden aufgefordert, zwei oder drei Sätze zu sagen, die ihr Partner kurz zusammenfassen muss. Um den Teilnehmern genügend Gelegenheit zu geben, diesen Schritt zu üben, müssen für diese Übung ungefähr zehn Minuten Zeit eingeräumt werden. Auch hier erfolgt wieder eine Nachbesprechung, bei der jeder Teilnehmer erzählt, wie ihm die Übung von der Hand ging. Die Arbeitsweise für den letzten Schritt ‚in eigenen Worten zusammenfassen‘ ist die gleiche wie bei der vorhergehenden Teilübung: Einleitung und Modelllernen durch den Therapeuten, ungefähr zehn Minuten üben und Nachbesprechung mit jedem Teilnehmer. Auch hier wird ein neues Thema angeschnitten. Pro Schritt wird die Übung sooft wie nötig wiederholt. Nach jeder Übung rückt der Aussenkreis einen Platz weiter und wird mit einem anderen Partner und einem anderen Thema geübt. Durch den Wechsel des Partners und Themas entstehen verschiedene Übungssituationen. Ein Nebenziel dieser Übung ist, dass die Teilnehmer einander über sich selbst Informationen geben, die nicht problemgebunden sind, und dass sie auf diese Weise sowohl miteinander als auch mit dem Therapeuten (soweit er an den Übungen teilnimmt) näher Bekanntschaft schliessen.

Die Hausaufgaben schliessen an die Übungen der Sitzung an: "Fassen Sie während eines Gespräches mit jemandem aus ihrer Umgebung kurz zusammen, was der andere gesagt hat". Diese

Aufgabe sollte in zwei verschiedenen Situationen ausgeführt werden. In Kasten 2 ist die Aufgabe kursiv gedruckt. Es enthält ein Protokoll von Peter.

Kasten 2. Peters Hausaufgabe ‚Aktives Zuhören‘

*Knüpfen Sie in der kommenden Woche mit einem Bekannten ein Gespräch an. Zeigen Sie während des Gespräches, dass Sie zugehört haben. Sie tun dies, indem Sie während des Gespräches einmal kurz in eigenen Worten zusammenfassen, was der andere gesagt hat. Beobachten Sie auch, wie der andere auf Ihre Zusammenfassung reagiert. Das Gespräch wird selbstverständlich normal fortgesetzt. Erzählen Sie dem anderen nicht, dass Sie gerade eine Hausaufgabe ausführen.*

*Beschreiben Sie die Situation mit Hilfe der folgenden Punkte:*

*Mit wem haben Sie gesprochen?*

mit Gudrun

*Wo hat das Gespräch stattgefunden?*

an meinem Arbeitsplatz, in unserer Abteilung

*Wann?*

Montag, 12:15 Uhr

*Über welches Thema haben Sie gesprochen ?*

über ihren Urlaub

*Was hat der andere gesagt?*

„Wir haben eine Rundreise durch Frankreich gemacht. Wir haben in der Nähe von Calais angefangen, danach durch die ganze Normandie. Da haben wir die Strände, wo die Invasion stattfand, gesehen. Danach sind wir noch an der Südküste von der Bretagne gewesen.“ usw.

*Was haben Sie gesagt, als Sie zusammenfassten?*

„Also habt Ihr viel gesehen und viel unternommen!“

*Wie reagierte der andere auf Ihre*

*Zusammenfassung?*

„Ja, das kann man wohl sagen!“ und sie erzählte weiter von ihrem Urlaub.

In der nächsten Sitzung werden die Hausaufgaben besprochen, wobei ein oder mehrere Gruppenmitglieder ihr Protokoll über ‚Zuhören und Zusammenfassen‘ vorlesen und jeder Teilnehmer kurz erzählt, was er von der Übung gelernt hat (siehe auch 2.2.3).

*Hinweise.* Zur Zuhörübung gehört eine komplizierte Instruktion, die viel Aspekte umfasst. Darum ist es wichtig, die Instruktionen in kleinen Schritten zu geben und dabei von einer Tafel oder einer Flip-Chart Gebrauch zu machen. Man kann z.B. erst die Ziele für diese Übung nennen, danach die verschiedenen Schritte besprechen (auf die Tafel oder die Flip-Chart schreiben) und erst danach, bei der Erklärung des ersten Schrittes, die Arbeitsweise für diese Übung erläutern. Unterscheiden Sie beim Vormachen auch zwischen dem Modelllernen des Verhaltens, das geübt werden soll, und dem Modelllernen der Arbeitsweise für diese Übung. Viele Therapeuten lassen den Schritt ‚wortwörtlich wiederholen‘ weg, weil sie ihn für ihre Teilnehmer zu einfach finden. In der Praxis wird jedoch deutlich, dass wortwörtlich wiederholen keineswegs einfach ist. Gerade dieser Schritt führt zu neuen Lernpunkten, insbesondere dann, wenn der Therapeut die Teilnehmer dazu auffordert, die Sätze allmählich etwas länger zu machen. Es kann ein Problem sein, wenn beim Modelllernen des Zusammenfassens nur ein Therapeut anwesend ist und dieser einen Teilnehmer zum Modelllernen benötigt. Um es dem Therapeuten zu ermöglichen, das Zusammenfassen deutlich zu demonstrieren, muss der Teilnehmer im Stande sein, mehr als ein paar Sätze zu sagen. Dies stellt

(vor allem bei sozial ängstlichen Personen) hohe Anforderungen an die Wahl des Teilnehmers für das Modelllernen.

Ein anderes Problem kann sein, dass man aus Angst, es nicht gut (genug) zu machen, beim Zusammenfassen Probleme damit hat, Formulierungen des anderen wegzulassen oder sich von ihnen zu lösen. Besprechen Sie vor allem die positiven Aspekte einer Zusammenfassung in eigenen Worten. Da sozial sehr ängstliche und zurückgezogene Menschen häufig nicht daran gewöhnt sind, kurze Gespräche zu führen, geschweige denn, währenddessen ab und zu zusammenzufassen, fürchten sie sich sehr davor, dies im täglichen Leben zu tun. Es hilft dann häufig, wenn der Therapeut während des Gespräches, das hierüber entsteht, ganz einfach ab und zu das, was der andere sagt, zusammenfasst und damit zeigt (und auch darauf hinweist) wie ‚normal‘ Zusammenfassen ist *und* wie es wirkt. Eine ‚kleine Demonstration‘ wirkt besser als viel reden, um die Teilnehmer zu überzeugen. Auch kann das Problem auftreten, dass die Gruppenmitglieder die Ausführung der Hausaufgaben vermeiden, weil sie nicht im Stande sind oder es sehr schwierig finden, ein kurzes Gespräch anzuknüpfen. Machen Sie darum deutlich, dass die Übung auch bei einem Gespräch, das ein anderer begonnen hat, ausgeführt werden kann. Wie raten schliesslich stark davon ab, den Grund für die Überweisung zur Therapie bzw. die Verhaltensprobleme zum Thema einer Übung zu machen.

### 3.2.3 Feedback geben und empfangen

Bei der Nachbesprechung der Übungen wird auch daran gearbeitet, zu lernen, wie man sich selbst belohnt, woran sich das Feedback des Therapeuten und der anderen Mitglieder der Gruppe anschliesst. Vor jeder Übung wird festgelegt, woran gearbeitet bzw. was verbessert werden soll. Das Feedback richtet sich im Prinzip dann auch auf diese Aspekte des geübten Verhaltens. Wir ziehen mündliches Feedback von Gruppenmitgliedern und Therapeuten dem Gebrauch von Audio- und Videogeräten vor. Audio- und Videoaufnahmen haben beide ziemliche Nachteile. Audioaufnahmen liefern wenig Informationen über die nonverbalen Aspekte des Verhaltens und Videoaufnahmen sind schwierig zu dosieren und können sehr konfrontierend sein. Sowohl Audio- als auch Videoaufnahmen einschliesslich einer Nachbesprechung kosten mehr Zeit als mündliches Feedback der Teilnehmer selbst. Vor allem bei Gruppenbehandlungen wiegen die Vorteile von Audio- und Videoaufnahmen die Nachteile nicht auf. In dem SKT arbeiten wir darum mit strukturiertem Feedback der Gruppenmitglieder über sich selbst und über die anderen Gruppenmitglieder. Ein Vorteil ist ausserdem, dass jeder einzelne Teilnehmer, auch wenn er selbst gerade nicht übt, aktiv bei dem, was geschieht, mit einbezogen wird. Darüber hinaus ist bekannt, dass Feedback effektiver ist, je schneller es auf das Verhalten folgt, je konkreter und direkter es ist



und wenn es sowohl positive als auch negative Aspekte beinhaltet.

*Ziel.* Mit dem Abschnitt ‚Feedback geben und erhalten‘ wollen wir den Teilnehmern beibringen, sich selbst und andere zu belohnen und bei der Beurteilung von Verhaltensweisen konkret und direkt zu sein. Zugleich üben die Teilnehmer, Vorschläge für Verhaltensänderungen zu machen anstatt negative Beurteilungen abzugeben. Schliesslich lernen sie, beurteilt zu werden und auch selbst darum zu bitten. Indem die Aufmerksamkeit mit Hilfe von Instruktionen und Kriterien auf spezifische Aspekte des Verhaltens gerichtet wird, wird darauf hingewirkt, dass ausschliesslich effektives Verhalten gelernt wird. Beispiele für soziale Verstärkungen, wie sie in den Sitzungen gebraucht werden, sind: „Fein, dass sie es geschafft haben, Ihre Bitte zu äussern“; „Sehr gut“; „Hervorragend“; „Ich finde es sehr gut, dass Sie es trotzdem versucht haben“; „Ich finde, dass Ihre Stimme laut und deutlich klang“; „Sie haben ihn gut angeschaut, als sie angefangen haben, zu reden“; „Sie haben Ihre Meinung deutlich geäussert“ usw..

*Arbeitsweise.* Feedback geben wird von den Teilnehmern und dem Therapeuten bei der Übung ‚aktives Zuhören‘ und bei den Übungen für nonverbales Verhalten, die später besprochen werden, schrittweise eingeführt und aufgebaut. Ein erster Ansatz, konkretes Feedback zu geben, war bereits bei der Beobachtungsübung zu erkennen, bei der die Gruppenmitglieder gelernt haben, das Verhalten anderer zu beschreiben. Beim folgenden Schritt, der Zuhör-Übung, beurteilten die Teilnehmer nach Aufforderung durch die Therapeuten ihr eigenes Verhalten. Anhand des Feedbacks, das sie in der Form von „ja“ und „nein“ beim Wiedergeben erhielten, konnten sie sich selbst dazu äussern, wie das Üben klappte. Die folgenden Schritte zum Erreichen des Lernziels ‚Feedback geben und erhalten‘ werden mit den Übungen zu nonverbalen Verhaltensweisen verbunden. So bespricht jeder Teilnehmer bei der ersten Übung hierzu sein eigenes Verhalten, gefolgt vom Feedback des Therapeuten. Der Therapeut demonstriert dies anhand eines eigenen Beispiels und modelliert so, wie man konkret und spezifisch sein eigenes Verhalten evaluieren kann. Dem eigenen Feedback (in bezug auf das eigene Verhalten) folgt, immer mit Blick auf Verstärkung des geübten Verhaltens, das Feedback des Therapeuten. Selbstverständlich beinhaltet dieses Feedback auch wieder ein Aspekt des Modelllernens. Bei der nächsten Übung der nonverbalen Verhaltensweisen wird die Evaluation des Geübten erweitert, so dass jeder Teilnehmer sich zu seinem eigenen Verhalten äussert und danach seinen Gegenspieler um Feedback bittet („Wie habe ich es Deiner Meinung nach gemacht?“). Der Therapeut strukturiert diese Nachbesprechung und gibt selbst als letzter Feedback. Bei der nächsten nonverbalen Übung wird die Besprechung des geübten Verhaltens weiter unterteilt in: „Was habe ich gut gemacht?“ (Selbstverstärkung) und „Was kann ich noch ändern und wie?“ (dies gilt sowohl für das eigene Feedback als auch für die Frage an den Partner). Bei der letzten nonverbalen Übung wird das

komplette Verfahren durchgeführt, nämlich dass jeder Teilnehmer erst sein eigenes Verhalten evaluiert, dann den Partner um Feedback bittet und danach die andern Gruppenmitglieder. Der Therapeut gibt sein Feedback zum Schluss. Ab diesem Zeitpunkt der Behandlung wird das komplette Verfahren zur Evaluation des geübten Verhaltens in allen Übungen angewendet.

*Hinweise.* Das Üben mit Feedback verläuft in dem SKT also parallel zur Zuhör-Übung und den verschiedenen Übungen des nonverbalen Verhaltens, kann jedoch auch, je nach Aufbau der Behandlung, in Kombination mit anderen Übungen stattfinden. Die Weise, in der das Feedbackverfahren beim letzten Schritt durchgeführt wird (sich selbst, den Gegenspieler fragen, die übrigen Teilnehmer befragen, Feedback des Therapeuten; was habe ich gut gemacht?, was könnte ich ändern?), wird im weiteren Verlauf des SKTs bei allen Übungssituationen angewendet. Im Hinblick auf den schnellen Ablauf der Übungen und der Verhaltensformung („shaping“) muss nicht nach jeder Übungssituation das gesamte Verfahren von Beginn bis Ende durchgeführt werden. Der Therapeut strukturiert das Feedbackverfahren und kann zu vier Zeitpunkten zum Shaping des geübten Verhaltens übergehen, nämlich (a) sofort nach der Evaluation desjenigen, der übt, (b) nach dem Feedback des Gegenspielers, (c) nach dem Feedback von den übrigen Teilnehmern oder (d) erst nach seinem eigenen Feedback. Es ist ratsam, so schnell wie möglich zum Shaping überzugehen, wenn reelle Verbesserungspunkte genannt werden, anstatt erst das gesamte Feedbackverfahren abzuarbeiten. Nach dem Shaping kann immer noch das gesamte Verfahren ausgeführt werden, wobei das Verhalten vor und nach dem Shaping miteinander verglichen werden kann.

Feedback geben wird einfacher, wenn vor jedem Verhalten, das geübt werden soll, die konkreten Aspekte, an denen gearbeitet werden soll, herausgearbeitet werden. Dies gilt auch für die Kriterien, denen man hinsichtlich der Art und Weise, in der das Verhalten ausgeführt werden soll, genügen will (siehe auch 5.4 Selbstevaluation). Diese Kriterien werden in konkreten Verhaltensbeschreibungen formuliert, beziehen sich sowohl auf verbale als auch nonverbale Aspekte und sind auf die beabsichtigten Effekte abgestimmt.

Auch das (schriftliche) Feedback des Therapeuten zu den Hausaufgaben bezieht sich auf diese konkreten Verhaltensaspekte bzw. Kriterien. Ein paar Beispiele für (schriftliche) Verstärkungen durch den Therapeuten: „Ein hervorragendes Protokoll!“; „Toll, dass Sie es geschafft haben, das Gespräch zusammenzufassen; an der Reaktion des anderen konnten sie ausserdem merken, dass Sie es richtig zusammengefasst haben.“ und „Sie haben deutlich „nein“ gesagt, als Sie sich geweigert haben. Sehr gut!“.

Wir finden es wichtig, dass die Teilnehmer selbst bestimmen können, welche Elemente und Aspekte Verhalten effektiv machen (welche Aspekte ihres Verhaltens dabei wichtig sind). Mit

dieser Arbeitsweise, bei der sie lernen, sich selbst konkretes Feedback zu geben und auch andere darum zu bitten, wird dazu ermutigt, selbständig an einer Verhaltensänderung zu arbeiten (siehe weiter: 5 Selbstkontrollfähigkeiten).

### 3.3 Nonverbales Verhalten

Bei psychiatrischen Patienten mit Problemen im Umgang mit anderen kann man häufig unzureichende nonverbale Verhaltensweisen beobachten, die in verschiedenen sozialen Situationen auftreten, wie z.B. zu leises Sprechen oder zu geringer Augenkontakt. Da dieses Verhalten bei verschiedenen sozialen Situationen (und Responses) auftritt, ist es empfehlenswert, diese nonverbalen Aspekte gesondert, vor Bearbeitung der verbalen Aspekte, zu behandeln. Ein weiterer Vorteil ist, dass die Teilnehmer auf relativ einfache Weise an einer Veränderung ihres Verhaltens arbeiten können, welche bereits zu einer Beeinflussung ihres Funktionierens in sozialen Situationen führen kann. So können sie sich bereits stärker an den Gesprächspartner richten, indem sie deutlicher sprechen, ihn besser anschauen und eine dem Gesprächspartner zugewandte Körperhaltung einnehmen. Ein zweites Ziel dieses Abschnitts ist es, den Teilnehmern beizubringen, ihre nonverbalen Verhaltensweisen besser auf ihr verbales Verhalten abzustimmen, so dass Körpersprache und Worte einander unterstützen.

Ziel der Übungen ist die Beobachtung nonverbalen Verhaltens und der Ansatz zur Veränderung der eigenen nonverbalen Verhaltensweisen. Die Übungen werden mit einer allgemeinen Einführung eingeleitet und bestehen aus folgenden Komponenten:

- Stimme: laut und deutlich sprechen (Volumen und Artikulation);
- Augenkontakt: regelmässig ansehen;
- Haltung: dem anderen während der Interaktion entweder zu- oder abgewandt (sowohl sitzend als auch stehend);
- Übereinstimmung des Gesichtsausdrucks mit dem, was gesagt wird;
- Räumlicher Abstand zum anderen: übereinstimmend mit der Art der Botschaft.

#### 3.3.1 Einführung in den Abschnitt ‚nonverbales Verhalten‘

In der Einführung zu diesem Abschnitt wird die Wichtigkeit nonverbalen Verhaltens im Umgang mit anderen, vor allem was die Übereinstimmung mit dem verbalen Verhalten und der Zielsetzung betrifft, betont. Zur Illustration kann man ein Rollenspiel vorführen, in dem in derselben Situation auf drei verschiedene Weisen reagiert wird, nämlich ‚aggressiv‘, ‚nonassertiv‘ und ‚assertiv‘. Die Gruppe wird angewiesen, bei den drei Fragmenten auf die Unterschiede zwischen den nonverbalen Verhaltensweisen zu achten. Die bemerkten Unterschiede werden zu

jedem nonverbalen Aspekt inventarisiert, wobei die Gruppe dazu aufgefordert wird, die Unterschiede soviel wie möglich in tatsächlichen Begriffen zu beschreiben statt Interpretationen zu geben. Ausserdem werden bei der Besprechung der drei Szenen Zusammenhänge zwischen Verhalten und Wirkung herausgearbeitet. Zum Schluss wird jeder Teilnehmer dazu aufgefordert, darüber nachzudenken, welche Verhaltensweisen er bei sich selbst wiedererkennt. Wir benutzen für diesen Abschnitt ein auf Video aufgenommenes Rollenspiel, in dem in derselben Situation nacheinander aggressiv, nonassertiv und adäquat reagiert wird. Es ist auch möglich, Videoaufnahmen anzuwenden. Falls man nicht über ein solches Video verfügt, ist es ratsam, selbst eine solche Szene auf Video aufzuzeichnen. Dies ist zwar zeitaufwendig, hat jedoch grosse Vorteile für die Deutlichkeit und Wiederholbarkeit des gezeigten Verhaltens.

### 3.3.2 Stimmvolumen und Artikulation

*Ziel.* Ziel dieser Übung ist es, durch Beobachtung die Wirksamkeit lauten und deutlichen Sprechens zu entdecken und Verbesserungspunkte festzustellen. Andere Aspekte (z.B. zu schnell sprechen) können, falls sie bei einem oder mehreren Teilnehmern eine Rolle spielen und ihn/sie in sozialen Situationen einschränken, besprochen werden.

*Arbeitsweise.* Bei der Einführung zu dieser Übung wird der Schwerpunkt auf Stimmvolumen und Artikulation gelegt, wobei auf die Nachteile zu leisen, zu lauten und undeutlichen Sprechens hingewiesen wird. (Zur Beachtung: Bei dieser Übung geht es darum, deutlich zu sprechen, nicht darum, Hochdeutsch zu lernen). Wir führen diese Übung im Kreis aus, wobei jeder Teilnehmer einzeln an die Reihe kommt, ohne dass es sich um ein Rollenspiel handelt. Die Übung besteht aus drei Runden. In der ersten Runde sagt jeder Teilnehmer (der Therapeut beginnt) etwas zu seinem Nachbarn, z.B.: „Heute ist schönes/schlechtes Wetter“. Der Therapeut betont, dass es in dieser Übung um die Art des Sprechens geht, nicht um den Inhalt des Satzes. Nachdem jeder an der Reihe gewesen ist, bespricht der Therapeut mit der Gruppe die allgemeinen Unterschiede in Lautstärke und Deutlichkeit innerhalb der Gruppe. Es wird noch kein individuelles Feedback gegeben! In der zweiten Runde richtet wieder jedes Mitglied der Gruppe einen kurzen Satz an seinen anderen Nachbarn. Nun wird jedoch jeder Teilnehmer dazu aufgefordert, anschliessend seine eigene Lautstärke und Artikulation zu bewerten, ergänzt durch das Feedback des Therapeuten. Falls möglich, werden auch Verbesserungspunkte formuliert. Auch bei dieser Übung fängt der Therapeut an, wobei er ausserdem das eigene Feedback demonstriert. Nachdem jeder an der Reihe gewesen ist, fängt die letzte Runde an. In dieser dritten Runde wird die Übung mit einem ähnlichen Satz wiederholt, jedoch mit der Instruktion, falls nötig, Änderungen anzubringen. Der Therapeut macht jeden Teilnehmer auf die in der vorigen Runde formulierten Verbesserungspunkte aufmerksam und

sorgt dafür, dass das Feedback auf diese Punkte Bezug nimmt. Jedes Mitglied der Gruppe gibt wieder Feedback zu seiner eigenen Stimme, ergänzt vom Feedback des Therapeuten. Der Therapeut sorgt für aktive Verstärkung. In dieser Runde findet eventuell bei dem jeweiligen Teilnehmer Verhaltensformung statt, bis ausreichende Lautstärke und Artikulation erreicht sind.

Die Hausaufgabe schliesst direkt an die Übung an. Die Aufgabe ist die gleiche wie bei der Zuhörübung (siehe Kasten 2), wird jedoch mit der Instruktion erweitert, das Volumen und die Deutlichkeit der eigenen Stimme zu beobachten und zu bewerten (siehe Kasten 3).

#### Kasten 3: Peters Hausaufgabe zur Stimmübung

Bei einigen der Gespräche, die Sie in der kommenden Woche führen, können Sie Zuhören und Zusammenfassen üben. Fassen Sie während des Gesprächs einmal kurz in eigenen Worten zusammen, was der andere sagt. Beobachten Sie während des Gesprächs auch, wie laut und deutlich Sie sprechen.

Beschreiben Sie mit Hilfe der folgenden Punkte die Situation:

Mit wem haben Sie gesprochen?

Mit Gerd, einem Bekannten

Wo?

Zuhause, im Wohnzimmer

Wann?

Donnerstagabend, 22:00 Uhr

Worüber haben Sie gesprochen?

Über eine Fahrt mit dem Lastwagen

Was hat der andere gesagt?

„Na, und dann wurden wir an der Grenze angehalten, weil unsere Papiere nicht in Ordnung waren. Und das dauerte und dauerte. Niemand, der dafür zuständig war, usw.“

Wie haben Sie das zusammengefasst?

„Musstest Du also in Frankreich auch noch auf die Papiere warten!“

Wie hat der andere reagiert?

Gerd nahm die Hand unter seinem Kinn weg und sagte: „Ja, und das passte mir in dem Moment unheimlich schlecht.“

Wie laut und deutlich haben Sie gesprochen?

Ich habe zwar laut genug geredet, habe aber ein bisschen genuschelt.

Würden Sie etwas an Ihrer Stimme ändern wollen und wenn ja, was?

Ich möchte noch deutlicher sprechen und besser artikulieren.

### 3.3.3 Augenkontakt

*Ziel.* In der Einführung zu dieser Übung wird auf die Wichtigkeit gegenseitigen Augenkontakts im Umgang mit anderen eingegangen. Ansehen hilft, den Kontakt mit dem anderen während des Gesprächs aufrecht zu erhalten und gibt Informationen über die Reaktionen des anderen. Ziel dieser Übung ist wieder Verhaltensanalyse, jedoch diesmal in bezug auf Augenkontakt. Vor allem das Ansehen zu Beginn und Ende dessen, was man sagt, ist wichtig. Es hat sich nämlich gezeigt, dass Anschauen ein Zeichen für Anfang oder Beendigung des Sprechens ist, während zwischendurch regelmässig weggeschaut wird. Die Dauer und Häufigkeit, mit der man einander anschaut, variiert abhängig von der Länge und Thema des Gesprächs.

*Arbeitsweise.* Auch diese Übung findet im Kreis statt, jedoch nicht mit dem Nachbarn, sondern mit der gegenüberstehenden Person. Hierdurch bekommt die Übung bereits etwas mehr den Charakter eines Rollenspiels. Bei dieser Übung erzählt der Reihe nach jeder Teilnehmer seinem

Gegenüber etwas, mit der Aufgabe, ihn zu Beginn und Ende anzusehen und zwischendurch hin- bzw. wegzuschauen. Die gegenüberstehende Person bekommt die Instruktion, mit einer Zusammenfassung zu reagieren. In der Nachbesprechung wird erst der Teilnehmer selbst gebeten, zu beschreiben, wie er den anderen angeschaut hat, d.h. wann und wie lange (Feedback zum eigenen Verhalten: siehe 3.2.3; siehe auch Tabelle 2). Danach wird der Teilnehmer dazu aufgefordert, seinen Partner nach seiner Meinung zum Augenkontakt zu befragen (wann und wie lange; ausreichend oder zu wenig; Feedback des anderen). Die Zusammenfassung wird so kurz wie möglich besprochen (aber auf jeden Fall kurz verstärkt), da diese lediglich ein Nebenziel dieser Übung ist. Bevor die Teilnehmer anfangen zu üben, demonstriert der Therapeut die Art des Anschauens und das Feedbackverfahren. Danach übt jeder Teilnehmer, bis jeder an der Reihe gewesen ist. Falls nötig, wird Verhaltensformung ausgeführt mit dem Ziel: ‚anschauen, wenn mit dem Sprechen begonnen wird‘; danach mehr oder weniger abwechselnd weg- und hinsehen; erneutes Ansehen, wenn mit dem Reden aufgehört wird.

Die Hausaufgabe ist wieder dieselbe wie bei der Zuhörübung, jedoch mit der ergänzenden Instruktion, den eigenen Augenkontakt zu beobachten (siehe Kasten 4).

### 3.3.4 Haltung

*Ziel.* In der Einführung wird besprochen, dass eine dem Gesprächspartner zugewandte und offene Körperhaltung zur Kontaktknüpfung bzw. -aufrechterhaltung beiträgt. Vor allem abgewandtes und zusammengesunkenes Dasitzen erschwert den Kontakt. Ziel dieser Übung ist die Exploration diverser Haltungen, die den Umgang mit anderen vereinfachen bzw. behindern.

*Arbeitsweise.* In dieser Übung wird an der Sitz- und Stehhaltung gearbeitet. Sowohl für die Sitz- als auch die Stehhaltung besteht die Übung aus zwei Schritten. Erst erfolgt eine Exploration der Haltungsaspekte, die zu einer zu- bzw. abgewandten Haltung beitragen. Danach wird in einem Rollenspiel das einander Zuwenden bei einem ersten Kontakt geübt.

Bei der Exploration der Sitzhaltung werden gemeinsam die verschiedenen Sitzhaltungen der Teilnehmer besprochen. Danach werden ein paar Haltungen ausprobiert und evaluiert, wobei es darum geht, ob bzw. wem diese Haltung zugewandt ist und ob diese zur Kontaktknüpfung einlädt. Die allgemeine Instruktion lautet, die eigene Haltung auf das, was man in der Situation erreichen will, abzustimmen.

Zum ersten Mal in der Behandlung wird die Übung in Form eines Rollenspiels ausgeführt, welches erst vom Therapeuten demonstriert wird. Bei diesem Rollenspiel übt jeder Teilnehmer der Reihe nach, eine Sitzhaltung zu finden, die zu seinem verbalen Verhalten und seinen Zielen in dieser Situation passt. Für diese Übung eignet sich gut die folgende Situation: ‚Während einer

Geburtstagsfeier oder während der Mittagspause setzt sich ein Bekannter neben Sie und fängt ein Gespräch mit Ihnen an'. Dieses Rollenspiel kann im Kreis stattfinden, wobei die anderen Teilnehmer Geburtstagsgäste oder Kollegen sind, die nicht weiter an dem Gespräch teilnehmen. Die Instruktion für diese Übung lautet, sich mit seiner Haltung dem anderen nachdrücklich zuzuwenden und damit zu zeigen, dass man für ihn offen ist. Es wird betont, dass dies eine Übung für die Haltung ist und das es (noch) nicht um das geht, was in dem Rollenspiel gesagt wird. Während der Nachbesprechung wird ein neuer Schritt eingeführt, nämlich eine Unterteilung des Feedbacks: Zuerst wird gesagt, was an der Haltung gut war, und dann, was noch geändert werden könnte (siehe 3.2.3; siehe auch Tabelle 2). Diese Unterteilung wird sowohl bei der Bewertung des eigenen Verhaltens angewendet, als auch beim Feedback des Partners („Was habe ich bzw. haben Sie beim Zuwenden gut gemacht?“ und „Was könnte ich bzw. könnten Sie anders machen?“). Bevor die Teilnehmer üben, demonstriert der Therapeut die zugewandte Sitzhaltung und die neuen Schritte des Feedbackverfahrens. Falls nötig, findet Verhaltensformung statt.

Das Stehen wird auf ähnliche Weise geübt: verschiedene Stehhaltungen werden besprochen und von den Teilnehmern ausprobiert. Dabei wird darauf geachtet, in welchem Masse die Haltungen dem anderen zugewandt sind. Die Instruktion lautet wieder: „Passen Sie Ihre Haltung an das, was Sie in dieser Situation erreichen wollen, an!“ Das kurze Rollenspiel findet ausserhalb des Kreises statt (wieder erst mit einer Demonstration des Therapeuten). Ein für diese Situation brauchbares Rollenspiel ist: ‚Sie stehen an der Bushaltestelle und ein Bekannter kommt vorbei, der eine Unterhaltung mit Ihnen anfängt‘. Die Nachbesprechung verläuft auf dieselbe Weise wie die der vorigen Übung (nämlich Feedback zum eigenen Verhalten und das des anderen; was gut ging und was man ändern könnte) (siehe 3.2.3; siehe auch Tabelle 2). Falls nötig, findet Verhaltensformung statt.

Die Hausaufgaben sind dieselben wie bei der Zuhörübung, jedoch mit der ergänzenden Instruktion, während der beiden Gespräche die eigene Haltung zu beobachten, einmal sitzend und einmal stehend. (anstatt der Beobachtung der Stimme und des Augenkontaktes.) (Siehe Kasten 4).

Kasten 4: Zusammenfassung der von Peter gemachten Hausaufgaben zu den übrigen nonverbalen Verhaltensweisen (Sitz- und Stehhaltung, Gesichtsausdruck und Abstand)

Bei einigen der Gespräche, die Sie in der kommenden Woche führen, können Sie Zuhören und Zusammenfassen üben. Fassen Sie während des Gesprächs einmal in eigenen Worten zusammen, was der andere gesagt hat. Beobachten Sie auch eine ihrer nonverbalen Verhaltensweisen (Haltung, Gesichtsausdruck oder Abstand). Beschreiben Sie die Situation mit Hilfe der folgenden Punkte:

Mit wem haben Sie gesprochen?	Mit Gerd
Wo?	Zuhause, im Wohnzimmer
Wann?	Montagabend um 22:00 Uhr
Worüber haben Sie gesprochen?	Über eine Fahrt mit dem Lastwagen

<i>Wie haben Sie das zusammengefasst?</i>	“Musstest Du also in Frankreich auch noch auf die Papiere warten!“
<i>Wie hat der andere reagiert?</i>	Gerd nahm die Hand unter seinem Kinn weg und sagte: „Ja, und das passte mir in dem Moment unheimlich schlecht.“
<i>(entweder)</i> <i>Wie haben Sie den anderen angesehen?</i>	Ich habe Gerd angesehen, als ich mit meiner Zusammenfassung angefangen habe und ihn bis zum Ende ruhig angesehen.
<i>(oder)</i> <i>Wie haben Sie während des Gesprächs dagesessen?</i>	Ich habe Gerd direkt gegenüber am Tisch gesessen, mit meinen Beinen nebeneinander.
<i>(oder)</i> <i>Wie war Ihr Gesichtsausdruck?</i>	Ich habe mit der Stirn gerunzelt als ich geredet habe.
<i>(oder)</i> <i>Wie war Ihr Abstand zum anderen?</i>	Ich habe ungefähr 1,5 m von Gert entfernt gesessen; der Tisch befand sich zwischen uns.
<i>Würden Sie etwas an Ihrem Verhalten ändern wollen, und wenn ja, was?</i>	Ich will in Zukunft noch deutlicher sprechen und vor allem besser artikulieren.

### 3.3.5 Gesichtsausdruck

*Ziel.* In der Einführung zu dieser Übung wird die Übereinstimmung des Gesichtsausdrucks mit dem Inhalt dessen, was gesagt wird, betont. Zur Verdeutlichung demonstriert der Therapeut die möglichen Effekte einer Inkongruenz (z.B. mit einem lachenden Gesicht etwas wie „Wie ich das hasse!“ sagen). In dieser Übung geht es um die Beobachtung des eigenen Gesichtsausdrucks und die Ausführung eventueller Veränderungen.

*Arbeitsweise.* Die Übung wird der Reihe nach mit einander in einem Kreis gegenüberstehenden Paaren ausgeführt. Die Aufgabe lautet: „Erzählen Sie Ihrem Gegenüber etwas mit dem dazugehörigen Gefühlsausdruck (z.B. Erstaunen, Freude, u.ä.), so dass es sich auch von Ihrem Gesicht ablesen lässt!“ Der Partner bekommt die Instruktion, mit einer Zusammenfassung zu reagieren. Anschliessend erfolgt das Feedback über den Grad der Übereinstimmung zwischen Gesichtsausdruck und dem Gesagten (Zur Beachtung: Die Zusammenfassung wird nur kurz verstärkt, da diese bloss ein Nebenziel der Übung ist). In der Nachbesprechung wird ein neuer Schritt eingeführt. Nun wird der Teilnehmer nach seinem persönlichen Feedback und der Befragung des Partners dazu aufgefordert, die anderen Mitglieder der Gruppe um Feedback zu bitten („Wie habt Ihr es gefunden?“; auch hier werden wieder Punkte, die gut gingen und Punkte, die verbessert werden können, besprochen) (siehe 3.2.3; siehe Tabelle 2). Bevor die Teilnehmer mit dem Üben anfangen, macht der Therapeut die Übung für den Gesichtsausdruck sowie den neuen Schritt des Feedbackverfahrens vor. Falls nötig, wird Shaping mit dem Ziel, eine bessere Übereinstimmung zwischen Gesichtsausdruck und dem Gesagten zu erreichen, ausgeführt.

Die Hausaufgabe ist dieselbe wie bei den vorhergehenden nonverbalen Verhaltensweisen, jedoch nun mit der Aufgabe, den eigenen Gesichtsausdruck zu beobachten, abzustimmen und zu



beschreiben (Kasten 4).

### 3.3.6 Räumlicher Abstand zum Anderen

*Ziel.* In dieser Übung wird deutlich, wie wichtig es ist, den räumlichen Abstand zum anderen gut auf die Ziele in der betreffenden Situation und den verbalen Inhalt abzustimmen. Der Therapeut zeigt, wie unterschiedlich der Abstand z.B. abhängig von der Vertraulichkeit der Botschaft und der Situation variieren kann. Auch diese letzte Übung des Abschnitts nonverbale Verhaltensweisen dreht sich darum, zu beobachten, wie man mit dem Abstand zum anderen umgeht und wie dies eventuell geändert werden kann.

*Arbeitsweise.* Die Übung kann sowohl sitzend als auch stehend, sowie innerhalb als auch ausserhalb eines Kreises ausgeführt werden. In dieser Übung erfolgt die Aufforderung, dem Partner etwas, was den Teilnehmer beschäftigt, zu erzählen und dabei den räumlichen Abstand zu beachten, der mit den Zielen in dieser Situation und dem Inhalt des Gesagten übereinstimmen muss (z.B. den Stuhl verschieben, sich zum anderen hinbeugen, einen Schritt nach vorne oder zurück machen, usw.). Der Partner bekommt die Aufgabe, mit einer Zusammenfassung zu reagieren. Die Nachbesprechung findet in der gleichen Weise wie bei den vorhergehenden Übungen mit dem gesamten Feedbackverfahren statt.

Die Hausaufgabe ist dieselbe wie bei den vorhergehenden Übungen zu den nonverbalen Verhaltensweisen, jedoch nun mit der Aufgabe, den Abstand zum anderen zu beobachten, abzustimmen und zu beschreiben (Kasten 4).

### 3.3.7 Hinweise zum Abschnitt ‚nonverbale Verhaltensweisen‘

Mit den Übungen zu den nonverbalen Verhaltensweisen wird deutlich, wie nonverbales Verhalten den Umgang mit anderen fördern bzw. behindern kann. Im Prinzip sind die Übungen sehr einfach; die Arbeitsweise ist jedoch kompliziert, da auch andere Ziele ausser der Anpassung nonverbaler Verhaltensweisen verfolgt werden. Als zusätzliche Ziele werden angestrebt: schrittweise zu lernen, Rollenspiele auszuführen, Feedback zu geben und zu erhalten, immer wieder zusammenzufassen, usw. Die Reihenfolge der Übungen ist an sich willkürlich. In dieses SKT ist sowohl die Reihenfolge als auch die Art und Weise, in der die Übungen der nonverbalen Verhaltensweisen ausgeführt werden, auf diese Nebenziele abgestimmt.

Die hier beschriebenen Übungen sind sicher nicht vollständig und können, falls nötig, auf andere nonverbale Verhaltensweisen erweitert werden (Latenz, Variationen der Körperhaltungen, Intonation, usw.) Ausserdem sind Kombinationen der Übungen denkbar. Dies hat jedoch Auswirkungen auf die Hausaufgaben, da die Teilnehmer dann an mehreren Verhaltensweisen auf

einmal arbeiten müssen. In unserer Planung werden jeweils die Stimm- und Augenkontaktübungen in einer Sitzung, die Steh- und Sitzhaltungsübungen in einer Sitzung und die Übungen zum Gesichtsausdruck in einer Sitzung behandelt. Man sollte sich der Tatsache bewusst sein, dass der schrittweise Aufbau des Feedbackverfahrens während dieser Sitzungen immer mehr Zeit kostet. Den Übungen zum räumlichen Abstand widmen wir selten eine eigene Sitzung. Manchmal kombinieren wir diese Übung mit der Stehhaltung, vor allem, wenn diese aus Zeitmangel nicht in derselben Sitzung wie die Sitzhaltung behandelt worden ist.

### 3.3.8 Individuelle Verhaltensziele

Neben den allgemeinen Hausaufgaben widmet sich jeder Teilnehmer einem oder mehreren eigenen nonverbalen Verhaltensziel(en). Leises Sprechen kann zu einer generalisierten Gewohnheit geworden sein, zu deren Änderung mehr Aktivitäten erforderlich sind als nur die regulären Hausaufgaben. Ausserdem erfordern auch die individuellen Unterschiede zwischen den Teilnehmern eine Anpassung der Verhaltensziele.

*Arbeitsweise.* Um den einzelnen Mitgliedern der Gruppe die Gelegenheit zu bieten, an ihrem persönlichen Problemverhalten zu arbeiten und diesen Problemverhaltensweisen mehr Zeit widmen zu können als es bei der Erledigung der allgemeinen Hausaufgaben der Fall wäre, wählt jeder Teilnehmer am Ende jeder Sitzung eine (eigene) Zielverhaltensweise, ein sogenanntes Verhaltensziel (auch Arbeitspunkt genannt), an dem der betreffende Teilnehmer in der kommenden Woche arbeiten wird. Beispiele können sein: „Ich will in der kommenden Woche daran arbeiten, lauter zu sprechen“ oder „Ich will bei Gesprächen versuchen, den anderen etwas mehr anzusehen“. Die Auswahl eines Verhaltensziels hilft den Teilnehmern auch, sich über ihre Hausaufgaben hinaus mit der Änderung ihres Verhaltens zu beschäftigen. Während der Hausaufgabenbesprechung evaluiert jeder Teilnehmer, was er/sie in bezug auf sein Verhaltensziel erreicht hat. Danach wird für die aktuelle Sitzung ein Verhaltensziel gewählt (dies kann, abhängig von den Fortschritten, dasselbe oder ein neues Ziel sein). Am Ende der Sitzung, bei der Sitzungsevaluation, wird auch dieses Verhaltensziel besprochen und aufs neue ein Verhaltensziel für den Zeitraum bis zur nächsten Sitzung vereinbart (dies kann, abhängig von den Fortschritten dasselbe oder ein neues Ziel sein). Verhaltensziele ermöglichen es dem Therapeuten, auch weniger allgemein auftretende nonverbale Verhaltensweisen bei den jeweiligen Teilnehmern zu formen.

*Hinweise.* Das grösste Problem bei der Behandlung des individuellen Problemverhaltens ist, dass Teilnehmer während der Evaluation berichten, ‚darauf geachtet zu haben‘. Dies bedeutet jedoch nicht unbedingt ‚daran gearbeitet zu haben‘. Der Therapeut sollte darum ausdrücklich nach den Fortschritten fragen, um so den Teilnehmer verstärken zu können und ihm beizubringen, diese

Fortschritte selbst zu bemerken (Selbstverstärkung). Zu wissen, welches Verhaltensziel gewählt wurde, liegt übrigens in der Verantwortung des Teilnehmers, nicht der des Therapeuten! Die Erkundigung nach den Verhaltenszielübungen fängt darum auch mit der Frage an: „An welchem Verhaltensziel haben Sie diese Woche/Sitzung gearbeitet?“; erst danach erfolgt die Frage: „Wie ist es gegangen?“. Wenn jemand sein Verhaltensziel nicht mehr weiss, sagt dies etwas über die Intensität aus, mit der er sich damit beschäftigt hat!

Zum Schluss geben wir in Kasten 5 einen Überblick über die kompletten Hausaufgaben, wie die Teilnehmer, die sich in dieser Phase des SKTs befinden, nach Hause mitbekommen.

Kasten 5. Hausaufgaben der vierten Sitzung zum Phase ‚grundlegende soziale Fähigkeiten‘.

- 
1. Bei einigen der Gespräche, die Sie in der kommenden Woche führen, können Sie Zuhören und Zusammenfassen üben. Fassen Sie im Laufe des Gesprächs einmal kurz zusammen, was der andere sagt. Führen Sie dieses Gespräch im Sitzen und beobachten Sie Ihre Haltung während des Gesprächs: inwiefern haben Sie sich dem anderen zugewandt? Beschreiben Sie danach die Situation mit Hilfe der folgenden Punkte: (siehe weiter Kasten 3 und 4).
  2. Wiederholen Sie Aufgabe 1 in derselben Weise, jedoch diesmal mit jemand anderem, und führen Sie dieses Gespräch im Stehen. Beschreiben Sie, wie Sie während des Gesprächs dastanden: inwiefern waren Sie dem anderen zugewandt? Beschreiben Sie danach, wieder mit Hilfe der folgenden Punkte, wie Sie standen.
  3. Arbeiten Sie auch bei anderen Gesprächen an Stimme, Augenkontakt oder Haltung. Wählen Sie dazu keine allzu schwierigen Situationen und entscheiden Sie immer im Vorhinein, welche nonverbalen Verhaltensweise Sie üben möchten.
  4. Auf der beigefügten Liste stehen 16 sogenannte soziale Responsen. Schneiden Sie diese Liste aus, so dass Sie 16 Karten haben und legen Sie diese Karten in die richtige Reihenfolge: (siehe auch Kasten 7).

## 4 Spezifische soziale Responsen

### 4.1 Einleitung

Genau wie bei Trainingsprogrammen für anderes Verhalten liegt auch bei dem SKT die Betonung auf dem Erlernen einer oder mehrerer komplexer Verhaltensweisen oder Responsen durch soziale Beobachtung und Übung. Da bereits seit langem bekannt ist, dass Generalisierung einer Respons auf andere Responsen nicht selbstverständlich ist, wird die Betonung auf die Einübung verschiedener gesonderter sozialer Responsen gelegt, die in verschiedenen Situationen geübt und angewendet werden. Das Üben verschiedener sozialer Responsen ist so angelegt, dass optimale Bedingungen zum Erlernen neuer Responsen geschaffen werden. Es wird planmässig gearbeitet, wobei stets auf dem bereits in den vorherigen Sitzungen Erlernten aufgebaut wird. Darüber hinaus liegt die Betonung auf der Verhaltensübung jedes einzelnen Teilnehmers, immer unterstützt von Feedback. Aus diesem Grunde beachten wir bei der Einübung spezifischer sozialer Responsen folgende Punkte:

- (a) Die sozialen Responsen sind (global) auf ihren Schwierigkeitsgrad von einfach bis komplex geordnet (z.B. erst zu Ende der Behandlung ‚Kritik äussern‘) und sind nach ihrem inneren Zusammenhang gruppiert (z.B. ‚eine Bitte äussern‘, ‚weigern‘ und ‚auf eine Weigerung reagieren‘).
- (b) Pro Sitzung wird eine Respons behandelt. Diese ist für jeden Teilnehmer gleich.
- (c) Die Teilnehmer überlegen sich vor jeder Sitzung verschiedene Übungssituationen für diese Respons.
- (d) Geübt wird anhand von Situationen, die noch auftreten werden, mit dem Ziel, in zukünftigen Situationen neues Verhalten zeigen zu können.
- (e) Alle Teilnehmer der Gruppe kommen beim Üben an die Reihe. Die Richtschnur ist, dass Modelllernen zwar zum Erlernen neuer Responsen beiträgt, aber dass Übung für komplexes Verhalten unentbehrlich ist.
- (f) Die Hausaufgaben schliessen direkt an die Übungen der Sitzungen an. (Die Respons wird also erst in alltäglichen Situationen geübt, nachdem diese in der Sitzung behandelt und von jedem geübt worden ist).

*Arbeitsweise.* Wir gehen beim Üben von einer Inventarisierung 16 verschiedener sozialer Responsen aus, die in Studien ermittelt worden sind (u.a. Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1987b). In Kasten 6 sind diese Verhaltensweisen in nach ihrem inneren Zusammenhang geordneten Gruppen wiedergegeben.

Kasten 6. Inventarisierung der 16 sozialen Responsen in, ihrem inneren Zusammenhang entsprechenden
--

## Gruppierungen.

1. ein Gespräch anknüpfen	5. die eigene Meinung sagen *
1. eine Situation beenden	6. um Informationen bitten
2. eine Bitte äussern	7. für die eigene Belange eintreten *
2. weigern *	8. Anerkennung dem anderen gegenüber äussern (Komplimente machen)
2. auf eine Weigerung reagieren	8. Anerkennung für sich selbst äussern *
3. Kritik äussern *	8. auf Anerkennung von anderen reagieren *
3. auf Kritik reagieren	9. ein Angebot machen
4. jemanden einladen	9. auf ein Angebot reagieren.

\*Beschreibung siehe Anhang 4: Beispiele für Ziele, Kriterien und allgemeine Übungssituationen

Von diesen 16 Responses werden in einem aus zwanzig Sitzungen bestehenden SKT im Durchschnitt zwölf behandelt. Daneben wird auch ein Ansatz zu selbständigem Arbeiten an den Responses, die während der Sitzungen nicht behandelt wurden, geboten (siehe 5 Selbstkontrollfähigkeiten). Innerhalb des Rahmens des graduellen Lernens und der Gruppierung der zusammengehörenden Responses bekommt die Behandlungsgruppe ein Mitspracherecht hinsichtlich der Responses, die behandelt werden sollen. Die Responses werden danach einsichtig des Aspekts geordnet, inwieweit die einzelnen Teilnehmer eine Behandlung der betreffenden Verhaltensweisen wünschen. Hierzu werden die Teilnehmer vorab dazu aufgefordert, als Hausaufgabe die 16 Responses mit Hilfe von Kärtchen zu ordnen (siehe Kasten 7).

Kasten 7. Aufgabe zur Aufstellung einer Rangordnung der 16n sozialen Responses in dem Masse, wie Sie diese selbst für wichtig halten

*Auf der beigefügten Liste stehen 16 verschiedene sogenannte soziale Verhaltensweisen oder Responses. Schneiden Sie diese Liste aus, so dass Sie 16 Kärtchen haben und ordnen Sie diese Kärtchen in der für Sie relevanten Reihenfolge:*

- zuoberst die Karte mit der Verhaltensweise, die Sie in dieser Behandlung am liebsten üben würden,
- darunter die Karte mit dem Verhalten, das Sie am zweitliebsten üben wollen,
- danach die Karte mit dem Verhalten, das Sie am drittliebsten üben wollen,
- usw. bis Sie alle 16 Karten eingeordnet haben.

*Sie haben nun einen Stapel Karten, in dem die Karte mit dem Verhalten, das Sie am liebsten üben wollen, oben und die Karte mit dem Verhalten, das Sie am wenigsten üben möchten, unten liegt.*

*Machen Sie nun eine Liste der Reihenfolge ihrer Karten: oben auf der Liste steht die Verhaltensweise des obersten Kärtchens. Darunter schreiben Sie die Verhaltensweise der zweiten Karte, darunter die der dritten Karte usw. bis Sie den gesamten Stapel abgearbeitet haben.*

Mit den auf diese Weise erhaltenen individuellen Rangordnungen wird eine Gruppenrangordnung zusammengestellt, die den Teilnehmern ausgehändigt wird. Für jede Verhaltensübung wird im Prinzip eine Sitzung reserviert; manchmal mehr, falls Teilnehmer und Therapeut dies für nötig halten (dies hängt u.a. von den Fortschritten ausserhalb der Sitzungen ab).

Eine Inventarisierung der Gruppenrangordnung 25 verschiedener Behandlungsgruppen zeigt eine ‚Top 6‘ der wichtigsten Responses (mit leichten Variationen in der Reihenfolge): ‚die eigene Meinung äussern‘, ‚auf Kritik reagieren‘, ‚für die eigenen Belange eintreten‘, ‚etwas weigern‘, ‚Kritik äussern‘, ‚ein Gespräch anknüpfen‘.

Wir beschreiben nun anhand der verschiedenen Bestandteile wie ‚Übungssituationen überlegen‘, ‚Modelllernen‘, ‚Verhaltensübung und –wiederholung‘ und ‚in Teilgruppen üben‘ die Arbeitsweise des Abschnitts ‚spezifische soziale Responses‘. In der Arbeitsweise dieser Phase sind zu anderen Behandlungsphasen gehörende Elemente eingearbeitet, wie Feedback geben (siehe 3.2.3), Zielsetzungen, Kriterien und Übungssituationen überlegen (siehe 5 Selbstkontrollfähigkeiten) und lernen, schrittweise zu arbeiten (siehe 5 Selbstkontrollfähigkeiten). In Tabelle 3 wird ein Überblick über die Bestandteile der Phase ‚spezifische soziale Responses‘ wiedergegeben.

Tabelle 3: Überblick über die Bestandteile der Phase ‚spezifische soziale Responses‘ und der Sitzungen, in denen sie behandelt werden.

<i>Sitzung</i>	<i>Übung</i>	<i>Hausaufgaben</i>
1	grundlegende soziale Fähigkeiten (siehe Tabelle 2)	
2	wie Sitzung 1	
3	wie Sitzung 1	Teilnehmer ordnen die 16 sozialen Responses
4	wie Sitzung 1	Abgabe der individuellen Rangordnungen der Responses
5	wie Sitzung 1	Der Therapeut präsentiert die Gruppenrangordnung. Auswahl der ersten sozialen Respons
6	Einführung allgemeine Übungssituationen zur ersten sozialen Respons. Beurteilung ihrer Anspannung. Auswahl der ersten Übungssituation aus der Gruppenrangordnung. Jeder Teilnehmer setzt diese in eine eigene Situation um. Anhand eigener Situation Modellvorgabe der Respons durch den Therapeuten. Üben der eigenen Übungssituation.	Üben der ersten sozialen Respons in alltäglichen Situationen. Vorbereitung einer neuen Respons (z.B. Übungssituationen überlegen)
7	Inventarisierung der Übungssituationen. Modellvorgabe durch den Therapeuten. Üben der eigenen Situation.	Üben der Respons in alltäglichen Situationen. Vorbereitung einer neuen Respons.
8 ff	siehe 7	siehe 7

## 4.2 Übungssituationen

Bei den Übungen der sozialen Responses wird mit zu erwartenden sozialen Situationen (d.h. Situationen, von denen die Teilnehmer erwarten, dass sie in der Zukunft auftreten werden)

gearbeitet. Hierdurch lernen die Teilnehmer, auf zukünftige Situationen zu antizipieren und diese als Übungssituationen zu erkennen.

*Arbeitsweise.* Anfänglich wird mit fünf bis sechs Übungssituationen gearbeitet, die thematisch allgemein beschrieben werden und sich auf eine soziale Respons beziehen. Solche Übungssituationen können anhand der bei der Inventarisierung und der Problem- und Verhaltensanalyse erhaltenen Informationen geschaffen werden. Die Situationen werden so zusammengestellt, dass sie erkennbar sind und bei jedem Teilnehmer auftreten können. In Kasten 8 werden die allgemeinen Übungssituationen wiedergegeben, die für ‚eine Bitte äussern‘ in einer Gruppe erwachsener psychiatrischer Patienten entworfen worden sind (Situationen für andere Responsen siehe Anhang 4).

Kasten 8. Allgemein formulierte Übungssituationen für ‚eine Bitte äussern‘

1. Ich bitte einen Bekannten, mir ein Buch auszuleihen, von dem ich weiss, dass er es nicht gerne ausleiht.
2. Ich bitte meinen Mitbewohner, meinen Mann, meine Frau oder meine Kinder, etwas für mich zu tun, z.B. die Blumen zu giessen.
3. Ich frage eine Bekannte, ob sie ins Kino oder zum Einkaufsbummel mitgehen will.
4. Ich bitte meinen Mitbewohner oder einen Kollegen, eine Besorgung für mich zu machen.
5. Ich bitte einen Bekannten, das Geld für die Theaterkarten, die er abholen wird, auszulegen.

In der ersten Sitzung der Phase der spezifischen Responsen (bei das SKT ist das die sechste Sitzung) wird die Liste mit den Situationen für die betreffende Respons ausgeteilt. Die Situation, die in der Sitzung geübt wird (d.h. eine Situation mit der wenigste Anspannung bei der Gruppe; siehe 5.3 Selbständiges schrittweisses Vorgehen), wird von jedem Teilnehmer in eine Situation aus seinem Alltag umgesetzt (siehe Kasten 9). Mit den auf diese Weise umgesetzten allgemeinen Übungssituationen wird während der Sitzung die betreffende Respons geübt.

Kasten 9: Umsetzung der allgemeinen Übungssituationen zum ‚Äussern einer Bitte‘ in persönliche Situationen der Teilnehmer

*Erste allgemeine Übungssituation:*

Ich bitte einen Bekannten, mir ein Buch auszuleihen, von dem ich weiss, dass er es nicht gerne ausleiht.

*Ähnliche Situation Peter:*

Ich bitte Jan, einen guten Freund, mir seine Kamera zu leihen, obwohl ich weiss, dass er sie nur ungern ausleiht.

*Ähnliche Situation Ulrike:*

Ich bitte Gudrun, meine Nachbarin, mir ihre Nähmaschine auszuleihen, von der ich weiss, dass sie sie nur selten ausleiht.

*Zweite allgemeine Übungssituation:*

Ich frage einen Bekannten, ob er ins Kino mitgehen will.

*Ähnliche Situation Ulrike:*

Ich frage Elke, meine Nachbarin, ob sie Lust hat, mit mir ins Museum zugehen. Dann brauche ich nicht allein zu gehen.

*Ähnliche Situation Peter::*

Ich frage meine Frau Susanne, ob sie Lust hat, eine Radtour zu machen.

Nachdem in den Sitzungen die Respons geübt wurde, wird als Hausaufgabe aufgegeben, diese Respons im Alltag anzuwenden. Um dies zu vereinfachen, werden die Teilnehmer erst dazu aufgefordert, sich sechs Übungssituationen zu überlegen, wobei die Liste mit den allgemeinen Übungssituationen als Hilfsmittel benutzt werden kann. In Kasten 10 werden die Hausaufgabe (kursiv gedruckt) und die Übungssituationen, die sich Peter ausgedacht hat, wiedergegeben.

Kasten 10: Ausdenken der Übungssituationen zur Erledigung der Hausaufgabe

*Überlegen Sie sich 6 Übungssituationen zur Respons ‚eine Bitte äussern‘, die in der kommenden Woche auftreten können. Sie können dabei eventuell die Liste mit den Übungssituationen, die Sie während der Sitzung erhalten haben, zur Hilfe nehmen. Schreiben Sie zu jeder Situation auf, wen sie um etwas bitten wollen und um was Sie ihn bitten wollen.*

Peter dachte sich die folgenden Übungssituationen aus, mit denen er in alltäglichen Situationen üben kann, eine Bitte zu äussern:

<i>Person :</i>	<i>Bitte</i>
- Nachbar X	Mir bei einer Reparatur helfen
- Ehefrau S	Zum Schuhkauf mitgehen
- Bruder Y	Zusammen eine mehrtägige Radtour machen
- Nachbar P	Sein Rennrad ausleihen, meins wird gerade repariert
- Tochter C	Flickzeug kaufen, so dass ich ihren Reifen flicken kann
- Sohn K	Wenn ich ihn vom Fussballtraining abhole, auch gleich mitzukommen

Der folgende Schritt besteht daraus, dass die Teilnehmer lernen, sich selbst Übungssituationen zu den Übungen während der Sitzung auszudenken. Die Hausaufgabe für die folgende Sitzung ist darum, vorab ungefähr sechs eigene Übungssituationen für die Respons, die auf dem Programm steht, zu formulieren. Hierbei wird als Richtlinie mitgegeben, dass die Situationen noch auftreten müssen. Die Teilnehmer werden gebeten, die Liste mit den Übungssituationen zur nächsten Sitzung mitzubringen (siehe Kasten 11).

Kasten 11: Situationen, die sich Ulrike vor der Sitzung zur Respons ‚etwas weigern‘ überlegt hat

*Das Verhalten, das wir in der nächsten Sitzung üben werden, ist ‚etwas weigern‘.*

.....

*Erstellen Sie eine Liste mit 6 Situationen, in denen Sie sich weigern wollen. Schreiben Sie auf, wer Sie um etwas bittet und um was.*

Übungssituationen, die sich Ulrike vor der Sitzung ausgedacht hat.:

<i>Person :</i>	<i>Um was ich gebeten wurde:</i>
- Kollegin P	Einen Dienst tauschen, da Sie bereits einen Termin hat.
- Nachbarin G	Während ihres Urlaubes ihren Vogel versorgen
- Chef L	An Ostern einen Extradienst übernehmen
- Schwester Z	Gemeinsam Urlaub machen
- Bruder R	Meine Kamera für seinen Urlaub ausleihen
- Meine Mutter	Bei den Vorbereitungen für ihren Geburtstag helfen

Mit Hilfe einer der vorab formulierten Übungssituationen wird während der Sitzung die



Respons geübt. Die selbst zusammengestellte Liste mit Übungssituationen kann danach auch zum Üben in alltäglichen Situationen verwendet werden (Hausaufgaben).

*Hinweise.* Ein häufig vorkommendes Problem beim Ausdenken der Übungssituationen ist eine zu ungenaue Beschreibung der Situation (in bezug auf Person und/oder Thema). Hierdurch wird beim Üben nicht deutlich, um welche konkrete Situation es sich handelt. Ausserdem finden es die Teilnehmer oft schwierig, sich Situationen zu überlegen, die noch entstehen müssen. Sie sind es nicht gewöhnt, vorausszuschauen und darüber nachzudenken, wen sie treffen werden und wie sie sich gegenüber dieser Person verhalten sollen. Beispiele vom Therapeuten oder von anderen Mitgliedern der Gruppe reichen häufig aus, um sich eigene Situationen ausdenken zu können. Eine mögliche Strategie ist, andere Teilnehmer zu befragen, wie sie die Aufgabe angegangen sind (z.B. aufschreiben, wen man möglicherweise treffen wird und sich überlegen, ob man die Respons bei dem Betreffenden anwenden kann; aufschreiben, wann ich die Respons ausführe, um so auf Ideen für ähnliche, zukünftige Situationen zu kommen). Der Therapeut achtet darauf, dass der betreffende Teilnehmer deutlich angibt, wie er die Aufgabe angehen wird, für die folgende Sitzung eigene Übungssituationen zu formulieren. Situationen, die man selbst initiiert (z.B. ein Gespräch anknüpfen, eine Bitte äussern, ein Kompliment machen, Informationen erfragen, Kritik äussern) sind einfacher vorherzusehen und zu planen als Situationen, die von jemand anderem veranlasst werden (z.B. weigern, auf ein Kompliment oder auf Kritik reagieren). Im letzten Fall müssen die Teilnehmer in einer bestimmten Situation auf das Verhalten des anderen antizipieren.

In Kasten 12 geben wir ein Beispiel für den Aufbau der ersten Sitzung zur Phase ‚spezifische soziale Responsen‘.

Kasten 12: Aufbau der ersten Sitzung zum Phase ‚spezifische soziale Responsen‘ (Sitzung 6)

Während der Hausaufgabenbesprechung berichtet jeder Teilnehmer von einer Übungssituation, die im Rahmen der Hausaufgaben der vorigen Sitzung ausgeführt wurde; danach evaluiert jeder Teilnehmer, was er im Laufe der letzten Woche bei dem Ausführen der Hausaufgaben über sein eigenes Verhaltensziel gelernt hat.

In dieser Sitzung wird mit dem Üben der spezifischen, sozialen Responsen angefangen. Der Rangordnung der Teilnehmer zufolge steht als erstes ‚eine Bitte äussern‘ auf dem Programm.

Das Sitzungsthema ist demzufolge ‚Äussern einer Bitte‘. Die Übungen zu diese Respons werden vorläufig auf Situationen begrenzt, in denen erwartet wird, dass der andere die Bitte erfüllt. Dies, um zu verhindern, dass gleichzeitig auch gelernt werden muss, auf eine Weigerung zu reagieren.

Vor der Sitzung wurde die Aufgabe gegeben, sich zu überlegen, welche Ziele man mit einer Bitte verfolgen kann. Diese Ziele werden während der Sitzung inventarisiert und eventuell ergänzt (siehe 5.4 Selbstbeurteilung). Nach Beendigung der Inventarisierung wird eine Liste mit den Zielen ausgehändigt. Ausserdem wird der Wichtigkeit dieser Ziele beim Üben einer Bitte Aufmerksamkeit geschenkt.

Danach wird die Frage besprochen, welche Kriterien wichtig sind, um das Verhalten so effektiv möglich werden zu lassen. In der vorherigen Sitzung wurden die Teilnehmer angewiesen, sich Kriterien für die Äusserung einer Bitte zu überlegen (siehe 5.4 Selbstbeurteilung). Nach der Inventarisierung wird eine Liste mit diesen Kriterien ausgehändigt. Ausserdem wird die Wichtigkeit dieser Kriterien beim Üben besprochen.

Danach wird die Liste mit den fünf allgemeinen Übungssituationen zur Respons 'eine Bitte äussern' ausgeteilt (siehe 4.2). Die Teilnehmer werden gebeten, jede Situation auf einer 5-Punkte-Skala aufgrund ihrer Anspannung zu beurteilen (siehe 5.3 Selbständiges schrittweises Vorgehen). In der Gruppe werden die Anspannungswerte inventarisiert (auf einer Tafel oder einer Flip-Chart) und es wird eine Gruppenhierarchie zusammengestellt. Die Situation, die in der gesamten Gruppe die geringste Anspannung verursacht, wird die Übungssituation dieser Sitzung. Das Ziel dieses gestuften Vorgehens wird besprochen.

Danach werden die Teilnehmer gebeten, die ausgewählte allgemeine Situation in eine konkrete, eigene Übungssituation umzusetzen (siehe Kasten 9). Dies wird vom Therapeuten vorgemacht.

Danach modelliert der Therapeut anhand einer eigenen Situation das Äussern einer Bitte, wobei die Aufmerksamkeit der Teilnehmer auf die Bitte gelenkt wird und sie dazu aufgefordert werden, darauf zu achten, ob die Bitte die Kriterien erfüllt. Bei der Nachbesprechung der Modellsituation wird mit Hilfe dieser Kriterien evaluiert.

(Bei allen folgenden Sitzungen der Phase 'spezifische soziale Responsen' bringen die Teilnehmer eine Liste mit Übungssituationen für die betreffende Respons zur Sitzung mit. Während der Sitzung wird dann mit der einfachsten Situation dieser Liste geübt; siehe Kasten 11)

Danach üben der Reihe nach alle Teilnehmer, wobei bei der Nachbesprechung der Übungssituationen das gesamte Feedbackverfahren angewendet wird (siehe 3.2.3).

Falls mit zwei Therapeuten gearbeitet wird, wird die Gruppe beim Üben aufgeteilt. Nachdem jeder geübt hat, wird in jeder Teilgruppe evaluiert, was beim Üben der Äusserung einer Bitte gelernt wurde. Danach kommen die Teilgruppen wieder zusammen und berichtet aus jeder Teilgruppe ein Teilnehmer darüber, was seine Teilgruppe gelernt hat.

Die Hausaufgaben werden ausgeteilt und erläutert.

Schliesslich evaluiert jeder Teilnehmer, was er selbst in dieser Sitzung gelernt hat.

### 4.3 Modelllernen

Beim Erlernen komplexer neuer Verhaltensweisen spielen ausser der Verhaltensübung auch soziales oder Beobachtungslernen eine grosse Rolle. Aus diesem Grund müssen neue Verhaltensweisen immer wieder vorgemacht werden (Modelllernen) und die Teilnehmer instruiert werden, auf bestimmte Aspekte des Verhaltens zu achten (Kriterien; siehe 5.4 Selbstbeurteilung). Damit wird die Aufmerksamkeit der Teilnehmer auf die Merkmale adäquaten sozialen Verhaltens gelenkt, die man als Kriterien beim Üben dieser Respons verwenden kann.

In einer Gruppenbehandlung gibt es verschiedene Möglichkeiten, das Verhalten vorzuführen: mit Hilfe von Videoaufnahmen, Demonstrationen des Therapeuten und eines oder mehrerer Teilnehmer(s). Wir machen häufig Gebrauch vom Modelllernen des Therapeuten. Wenn der Therapeut die Übung oder die Verhaltensweise vormacht, kann das modellierte Verhalten meistens besser als bei Videoaufnahmen an das Niveau der Teilnehmer angepasst werden. Ausserdem bietet Modelllernen durch den Therapeuten die Möglichkeit, gleichzeitig andere Aspekte des Lernprozesses zu demonstrieren, wie z.B. die Wahl der Übungssituation, den Umgang mit negativem Feedback und der möglichen Konsequenz, die Übung nochmals auszuführen.

*Arbeitsweise.* Nach der Besprechung einiger Übungssituationen, die sich die Teilnehmer vor

der Sitzung überlegt haben, wird jeder Teilnehmer dazu aufgefordert, eine Situation aus seiner eigenen Liste zu wählen. Dies muss eine Situation sein, die relativ wenig Anspannung verursacht (siehe 5.3 Selbständiges schrittweises Vorgehen), um die Wahrscheinlichkeit erfolgreichen Übens so gross wie möglich werden zu lassen. Die ausgewählten Situationen werden auf eine Flip-Chart geschrieben. Der Therapeut schreibt auch eine eigene Situation auf, nämlich die Situation, die für das Modelllernen bestimmt ist und die die folgenden Merkmale erfüllt:

- für die Teilnehmer erkennbar
- nicht zu weit von ihrer eigenen Erlebniswelt entfernt
- keine zu hohen Anforderungen an das Verhalten, das modelliert werden soll.

Bevor das eigentliche Modelllernen beginnt, wird die Situation kurz beschrieben und mit den nötigen Hilfsmitteln in Szene gesetzt. In der Instruktion zum Modelllernen fordert der Therapeut die Teilnehmer auf, gut darauf zu achten, wie die Respons ausgeführt wird und welche Aspekte des Verhaltens ihrer Meinung nach dazu beitragen, dass die Ziele erreicht werden (bzw. ob das Verhalten die Kriterien erfüllt; siehe 5.4 Selbstbeurteilung). Danach führt der Therapeut das Modelllernen mit dem Kotherapeuten bzw. einem Teilnehmer aus.

Nach Beendigung des Modelllernen wird auf die Frage eingegangen, welche Aspekte des demonstrierten Verhaltens für den erfolgreichen Verlauf der Situation ausschlaggebend waren. Ausserdem wird besprochen, welche Aspekte der Therapeut eventuell noch verbessern könnte. Falls dies wesentliche Elemente des Verhaltens betrifft, wird das Modellier-Rollenspiel vom Therapeuten wiederholt. In späteren Phasen des SKTs, wenn die Teilnehmer genau wissen, wie ein bestimmtes soziales Verhalten aussehen muss, um so wirksam wie möglich zu sein, kann das Modelllernen weggelassen werden.

*Hinweise.* Richten Sie die Aufmerksamkeit explizit auf die Aspekte des Verhaltens, das modelliert wird. Dies bedeutet, dass die modellierte Situation kurz sein muss und lediglich die betreffende Respons und die darauffolgende Reaktion beinhaltet. Nur bei reagierenden Responsen geht der modellierten Respons ein Verhalten voraus, dass diese Verhaltensweise hervorruft (z.B. muss beim Modellieren der Respons ‚etwas weigern‘ dieser Weigerung eine Bitte vorausgehen). Verwenden Sie Modellsituationen, die zum Alltag der Teilnehmer passen.

Live-Modelllernen ist am einfachsten, wenn eine Gruppe zwei Therapeuten hat. Am effizientesten ist es, wenn die beiden Therapeuten das Modelllernen gemeinsam ausführen, wobei ein Therapeut die Respons modelliert. Hat eine Gruppe nur einen Therapeuten, kann ein Teilnehmer gebeten werden, beim Modellieren zu helfen. Im Prinzip modelliert der Therapeut selbst. Wichtig beim Modellieren mit einem Teilnehmer sind gute Instruktionen, besonders wenn er das hervorrufende Verhalten ausführen muss (z.B. eine Bitte äussern, auf die mit einer Weigerung

reagiert werden muss). Live-Modelllernen kann zur Abwechslung mit Video-Modelllernen variiert werden. Ein Nachteil bei Video-Modelldarbietungen ist, dass diese schlechter auf das Niveau der Gruppe abgestimmt werden können. Dies kann allerdings mit Instruktionen einigermaßen beeinflusst werden.

#### 4.4 Üben von neuen Verhaltensweisen

Verhaltensübung ist für die Angewöhnung und Verfeinerung der erlernten Responsen nötig. Je komplexer das betreffende Verhalten, desto wichtiger wird das Üben. In Behandlungen wird die Verhaltensübung meistens von Instruktionen (was getan oder verbessert werden muss), Feedback (Verstärkung und Verbesserungsvorschläge) und Verhaltenswiederholung begleitet, bis das Endziel erreicht wird. In dem SKT sorgen wir dafür, dass alle Teilnehmer während der Sitzung die soziale Respons üben können.

*Arbeitsweise.* Für die Rollenspiele, in denen die Teilnehmer die sozialen Respons üben, verwenden wir die Übungssituationen, die sich die Mitglieder der Gruppe vor der Sitzung ausgedacht haben und die vorher in der Sitzung inventarisiert wurden (siehe 5.3 Selbständiges schrittweises Vorgehen). Meistens fragt der Therapeut nach Beendigung des Modelllernen, wer mit dem Üben anfangen möchte. Falls dies nicht funktioniert, kann der Therapeut einen Teilnehmer fragen, ob er als erster üben möchte (für spielerische Lösungen siehe Rose & Smokowski, 2001). Der Therapeut bittet denjenigen, der als erster beginnt, die Situation kurz zu beschreiben. Danach wird die Situation mit einigen relevanten Hilfsmitteln in Szene gesetzt. Der Therapeut bittet einen oder mehrere Teilnehmer, die Rolle des Gegenspielers zu übernehmen.

Indem dafür gesorgt wird, dass jeder Teilnehmer als Gegenspieler an die Reihe kommt, erfahren die Teilnehmer den Effekt adäquaten sozialen Verhaltens am eigenen Leib. Eine aktive Teilnahme am Rollenspiel trägt in hohem Masse dazu bei, dass grundlegende Merkmale adäquaten Verhaltens erkannt werden. Der Therapeut instruiert die Gegenspieler darum auch, anschliessend auf das geübte Verhalten zu reagieren. Das bedeutet, dass der Gegenspieler im Falle einer vagen, undeutlichen Respons weiterfragen muss, bis diese deutlich wird. Wenn die Respons deutlich und direkt ist, wird dies vom Gegenspieler belohnt, indem er darauf eingeht bzw. zustimmt usw. Dieses Verfahren sorgt dafür, dass bereits während der Übung unmittelbares Feedback auf das geübte Verhalten stattfindet. Für den Gegenspieler bringt diese Vorgehensweise ein zusätzliches Lernmoment mit sich, da er das Verhalten des anderen schnell einschätzen muss, um im Anschluss darauf reagieren zu können.

Die Rollenspiele sind (genau wie beim Modelllernen) kurz und enthalten vor allem die Verhaltensweise und die darauffolgende Reaktion. Nach Beendigung des Rollenspieles erfolgt das

Feedbackverfahren mit Verhaltensformung, wie weiter oben beschrieben (siehe 3.2.3). Bevor bei der Verhaltensformung das Rollenspiel wiederholt wird, wird kurz abgesprochen, auf welchem Verhaltensaspekt bzw. welchen Verhaltensaspekten in der wiederholten Übung der Nachdruck liegen soll, wobei nicht zuviel Veränderungen auf einmal verabredet werden sollten. Die Verhaltensformung dauert im Prinzip so lange, bis das Endziel erreicht worden ist, unter der Voraussetzung, dass das Endziel an das Niveau des Teilnehmers und an die Behandlungsphase angepasst sein muss. Falls im Rollenspiel reagierendes Verhalten geübt wird (z.B. ‚Abweisen einer Bitte‘), wird die Situation mit dem hervorrufenden Verhalten (in diesem Beispiel eine Bitte) begonnen. Dieses hervorrufende Verhalten muss soviel wie möglich mit der in der tatsächlichen Situation geäußerten Bitte übereinstimmen.

Bei reagierenden Responsen bittet der Therapeut den Betreffenden, eine konkrete Beschreibung des hervorrufenden Verhaltens zu geben, und zwar sowohl in bezug auf Wortlaut als auch auf nonverbales Verhalten. Der Gegenspieler wird dazu aufgefordert, dies so genau wie möglich auszuführen. Danach findet die Übung des darauffolgenden Respons statt. Nach Beendigung der Übung wird erst besprochen, ob das hervorrufende Verhalten ausreichend mit dem erwarteten Verhalten übereinstimmt. Falls dies nicht der Fall ist, wird es erst angepasst und wird die Situation erneut geübt. Während des Feedbackverfahrens wird lediglich die geübte Respons besprochen und eventuell zur Verhaltensformung übergegangen.

Ein Tipp für das Üben mit reagierenden Responsen: es spart Zeit, wenn man sofort nach der Inventarisierung der Übungssituationen alle Teilnehmer bittet, sich schon einmal das hervorrufende Verhalten zu überlegen und dies aufzuschreiben. Damit wird verhindert, dass dies bei jeder Übungssituation aufs Neue geschehen muss, was viel zusätzliche Zeit kosten würde.

Die Hausaufgaben bauen auf dem, was in der Sitzung geübt wurde, auf und haben die Anwendung des in der Sitzung Erlernen in alltäglichen Situationen zum Ziel (siehe Kasten 13).

Kasten 13: Von Ulrike ausgeführte Hausaufgaben zur Übung sozialer Responsen

Überlegen Sie sich 6 Übungssituationen, die in der nächsten Woche zur Verhaltensweise ‚ein Kompliment machen‘ stattfinden können.

Schreiben Sie bei jeder Situation auf, wem und wofür sie ein Kompliment machen möchten.

Erstellen Sie nun eine Rangordnung dieser Übungssituationen aufgrund der Anspannung, die Sie bei Ihnen verursachen.

Üben Sie danach mit den zwei Situationen, die die geringste Spannung verursachen, Komplimente zu machen und wenden Sie dabei das an, was Sie in der Sitzung gelernt haben. Schreiben Sie ein Protokoll Ihrer Übungen mit Hilfe der folgenden Punkte:

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| - Wem haben Sie ein Kompliment gemacht?            | Meiner Kollegin Yvonne              |
| - Wo?  | Auf der Arbeitsstelle               |
| - Wann?  | Während der Mittagspause            |
| - Wofür?   | Dafür, dass Sie soviel erledigt hat |
| - Was haben Sie gesagt, als Sie Ihr das Kompliment |                                     |

<p><i>gemacht haben?</i></p> <p>- <i>Wie reagierte der andere auf Ihr Kompliment?</i></p> <p>- <i>Wie fanden Sie die Art, in der Sie das Kompliment gemacht haben? Was machten Sie gut? Was könnten Sie noch ändern?:</i></p>	<p>„Hallo Yvonne, Klasse, dass Du schon soviel für heute vorbereitet hast. Das erspart uns eine Menge Arbeit!“</p> <p>„Ach, warum auch nicht, ich hatte ja Zeit.“</p> <p>Ich war positiv und habe mich Ihr zugewandt. Ich habe sie nicht richtig angeschaut; also besser anschauen. Ich habe etwas laut geredet; also etwas leiser reden.</p>
---	---

In der letzten Behandlungsphase (follow-up Sitzungen) wird Verhaltenswiederholung (behavior rehearsal) durch verbale Wiederholung (verbal rehearsal) ersetzt. Das bedeutet, dass ab diesem Zeitpunkt mit Verbalisierungen der Respons gearbeitet wird; diese werden auf die Kriterien bezogen und falls nötig wiederholt verbalisiert. Im Gegensatz zur Verhaltensübung und -wiederholung, bei der verbales und nonverbales Verhalten integral in Rollenspielen mit Gegenspieler(n) und Hilfsmitteln geübt wird, findet verbale Übung also nicht in Form von Rollenspielen, sondern in einer Gesprächssituation statt.

*Hinweise.* Bei Verhaltensübung und -wiederholung ist es oft schwierig zu erkennen, zu welchem Zeitpunkt im Feedbackverfahren zur Wiederholung der Übung (shaping) übergegangen und der Rest des Feedbackverfahrens für den Augenblick ausgesetzt werden sollte. Eine Richtschnur ist, zur Verhaltenswiederholung überzugehen, sobald ein Änderungspunkt genannt wird. Das bedeutet, dass, sobald die Person, die übt, konkrete Änderungspunkte benennt, der Therapeut sofort eine Wiederholung der Übung vorschlagen kann. Nach der zweiten oder dritten Übung kann dann das gesamte Feedbackverfahren durchgeführt werden, wobei die vorhergehenden Übungen mit der letzten verglichen werden. Auch wenn zwar derjenige, der übt, keine, der Gegenspieler jedoch konkrete und für den Übenden und den Therapeuten relevante Verbesserungspunkte nennen kann, sollte zur Verhaltenswiederholung übergegangen werden.

Der Therapeut achtet während des Feedbacks stets darauf, dass keine zu hohen Anforderungen an den übenden Teilnehmer gestellt werden. Ausserdem achtet er auch auf Vermeidungsverhalten im Feedback (z.B. einander kein negatives Feedback zu geben). Schwierig bei der Verhaltenswiederholung ist die Entscheidung, ob das Endziel erreicht worden ist, da dies von Situation zu Situation und von Teilnehmer zu Teilnehmer unterschiedlich sein kann. Wichtig ist, dass Therapeuten die Teilnehmer nicht in ihrer Würde verletzen und sich falls nötig trauen, niedrigere, an deren Niveau angepasste Anforderungen zu stellen als an die anderen Teilnehmer. Wie oft und wie lange die Verhaltenswiederholung stattfinden muss, wird u.a. durch die zur Verfügung stehende Sitzungszeit beeinflusst, da vor allem jeder Teilnehmer während der Sitzung die Gelegenheit zum Üben der Respons bekommen muss, selbst wenn dies nur ein- oder zweimal

ist. Der Therapeut instruiert die Gegenspieler und achtet dabei darauf, dass jeder diese Rolle erfüllt. Dabei wird wenig Rücksicht genommen auf eventuelle Übereinstimmungen zwischen dem Rollenspieler und der Person in der wirklichen Situation, da es darum geht, zu lernen, sein Verhalten auf das Verhalten des anderen abzustimmen und nicht auf, ihm vielleicht zu Unrecht zugeschriebene Eigenschaften oder Merkmale. Aus diesem Grund lassen wir denjenigen, der übt, auch nicht selbst seinen Gegenspieler wählen. Damit wird ausserdem verhindert, dass die Auswahl des Partners als Beliebtheitsindex für die Teilnehmer fungiert oder zur Meidung z.B. schwieriger Teilnehmer oder negativen Feedbacks führt. Der Schritt von Verhaltensübungen zu den verbalen Übungen findet beim Übergang zu den Follow-up Sitzungen statt. Wenn die Teilnehmer es schwierig finden, das Verhalten lediglich zu verbalisieren, können Zwischenschritte eingebaut werden (z.B. sich an einen Teilnehmer oder den Therapeuten wenden oder ein nacktes Rollenspiel ohne Requisiten oder Aufstellung). In Kasten 14 wird ein Beispiel für ein komplettes Hausaufgabenpaket, wie wir es bei der ersten Sitzung zu den spezifischen Responses mitgeben, wiedergegeben (Sitzung 6).

Kasten 14. Hausaufgaben der ersten Sitzung zu den spezifischen sozialen Responses (Sitzung 6)

---

*1. Überlegen Sie sich nun, eventuell mit Hilfe der Liste mit Übungssituationen aus dieser Sitzung, zwei einfache Situationen, in denen Sie ‚eine Bitte äussern‘ üben können. Schreiben Sie danach erst zu jeder Situation auf, was Sie sagen wollen, wenn Sie in dieser Situation eine Bitte äussern wollen. Sie schreiben für jede Situation auf:*

- *wen Sie um etwas bitten wollen,*
- *wo sich die Situation abspielen wird,*
- *wann die Situation sich abspielen wird,*
- *worum Sie bitten werden und*
- *was Sie sagen wollen, wenn Sie Ihre Bitte äussern.*

*Nachdem Sie dies für beide Situationen aufgeschrieben haben, kontrollieren Sie anhand der Richtlinien zum Äussern einer Bitte, ob Sie alle Punkte erfüllt haben. Ist dies nicht der Fall, schreiben Sie konkret auf, was Sie anders sagen würden. (Nach ein paar Sitzungen kann die Aufgabe für die wortwörtliche Vorbereitung der Übungssituation wegfallen.)*

*Üben Sie nun in beiden Situationen das Äussern einer Bitte. Nach Beendigung jeder Übungssituation schreiben Sie ein Protokoll (siehe auch Kasten 13).*

*2. Die Respons, die wir in der nächsten Sitzung üben werden, ist ‚etwas weigern‘. Überlegen Sie sich als Vorbereitung für die nächste Sitzung folgendes:*

- (a) Welche Ziele kann man verfolgen, wenn man eine Bitte abschlägt? Schreiben Sie diese Ziele auf und bringen Sie diese zur Sitzung mit (siehe 5.4 Selbstbeurteilung)*
- (b) Welche Kriterien sind wichtig, wenn Sie eine Bitte abschlagen wollen? Schreiben sie auch diese Kriterien auf und bringen Sie diese zur Sitzung mit (siehe 5.4 Selbstbeurteilung)*
- (c) Überlegen Sie sich nun 6 Übungssituationen für ‚Verweigerung‘, die in den kommenden Wochen auftreten können. Schreiben Sie zu jeder Situation auf, wer Sie um etwas bittet und was Sie verweigern möchten. Schreiben Sie diese Übungssituationen auf und bringen Sie diese zur Sitzung mit.*

*3. Füllen Sie ab heute die beigelegten Registrierungsformulare aus (siehe Kasten 16), in denen Sie angeben, ob Sie das genannte Verhalten ausgeführt haben. In diesem Falle als: ‚eine Bitte äussern‘. Reichen Sie nächste Woche ein Exemplar dieser Formulare ein; die Kopie behalten Sie selbst.*

4. Lesen und bearbeiten Sie die Broschüre ‚Anforderungen, Aktivitäten und Bewertung‘ bis Punkt III (siehe Rest der Aufgabe Kasten 25).

#### 4.5 Üben in Kleingruppen

Wenn mit zwei Therapeuten gearbeitet wird, kann die Gruppe in zwei Kleingruppen aufgeteilt werden, die jeweils mit einem Therapeuten in einem gesonderten Raum üben. Dadurch kann im selben Zeitrahmen mehr und intensiver geübt werden als mit der gesamten Gruppe. Dies bedeutet allerdings, dass im Plenum der Besprechung der Übungen und Übungsergebnisse in den Kleingruppen Zeit eingeräumt werden muss. Sobald die gesamte Gruppe wieder zusammen ist, berichten die Kleingruppen (eine Person pro Gruppe; dies ist ein zusätzliches Lernziel) über das Erlernte.

*Hinweis.* Verhindern Sie ‚Cliquesbildung‘ bei den Kleingruppen, indem Sie die Zusammenstellung der Gruppen in jeder Sitzung ändern.



## 5 Selbstkontrollfähigkeiten

### 5.1 Einleitung

Unser Streben ist es, den Teilnehmern beim Schluss der Behandlung eine Strategie beigebracht zu haben, mit der sie selbst Probleme im Umgang mit anderen angehen können. Um dies zu erreichen, bringen wir den Teilnehmern auch die Arbeitsweise bei, die bei den Behandlungsmethoden angewendet wird (zu Regelnlernen und Problemlösung siehe Gagné, 1973). Bei Anwendung einer Verhaltensänderungsmethode ohne direkte Hilfe des Therapeuten wird von einer Selbstkontrollverfahren gesprochen. Die Anwendung von solchen Verfahren nennen wir Selbstkontrolle. In dieser Phase der Therapie machen wir intensiv Gebrauch von schriftlichen Informations- und Instruktionsmaterialien. Die Strategie, mit der Selbstkontrolle erreicht wird, besteht aus folgenden Bestandteilen:

- (a) Selbstregistrierung des ausgeführten und vermiedenen Verhaltens;
- (b) selbständige sukzessive Approximation in Situationen, in denen die soziale Respons geübt wird;
- (c) Selbstevaluation des ausgeführten Verhaltens mit Hilfe vorab aufgestellter Kriterien;
- (d) Selbstverstärkung;
- (e) Anwendung der Problemlösungsstrategien durch Integration der Schritte (a) bis (d).

In Tabelle 4 werden die verschiedenen Bestandteile der Selbstkontrollphase, das Moment und die Instruktionsweise wiedergegeben. In den Sitzungen 5 bis 12 werden immer wieder die Bestandteile der Selbstkontrollfähigkeiten schrittweise in die Hausaufgaben eingebaut. Ab der dreizehnten Sitzung wird Problemlösung als Strategie auch innerhalb der Sitzungen behandelt.

Tabelle 4. Überblick über die Bestandteile der Phase der Selbstkontrollfähigkeiten

<i>Sitzung</i>	<i>Hausaufgaben zur Vorbereitung der Sitzung</i>	<i>Selbstkontrolle in der Sitzung</i>	<i>Hausaufgaben aufgrund der Sitzung</i>
1 bis 4	Keine Selbstkontrollaufgaben	Keine	Keine Selbstkontrollaufgaben
5	a. Responsziele und -kriterien überlegen	Lernen, eine Rangordnung der Situationen zu erstellen	
6	a. wie Sitzung 5 b. Übungssituationen überlegen und Rangordnung erstellen	a. Üben in der Reihenfolge der Rangordnung der Situationen	a. Üben in der Reihenfolge der Situationen b. Broschüre <i>Anforderungen</i> usw. bis III (siehe Anhang 3) und Ermitteln der angepassten Anforderungen
7	a. wie Sitzung 5 b. wie Sitzung 6	a. wie Sitzung 5	a. wie Sitzung 6 b. Wiederholung Sitzung 6
8 t/m 13	a. wie Sitzung 5 b. wie Sitzung 6	a. wie Sitzung 5	a. wie Sitzung 6
8 *			b. vorab Anforderungen für Übung und Evaluation festlegen c. Broschüre <i>Anforderungen</i> usw. bis V (siehe Anhang 3)

			und Ermitteln der Misserfolgsregeln
9 *			c. Wiederholung Sitzung 8
10 *			c. Broschüre <i>Anforderungen usw.</i> VI (siehe Anhang 3) und Programm für eine nicht-soziale Aktivität
11 *			c. Wiederholung Punkt c von Sitzung 10
12 *			c. Programm für die Respons der Sitzung
13 *			c. wie Sitzung 12
14 bis 16	a und b: wie Sitzung 13 c. Programm für die Respons vorbereiten	siehe Programm für sozialen Respons	a. und b.: wie Sitzung 13 c wie Sitzung 13
17		Evaluation der Behandlung und: Wie wird das Erlernte ausgebaut?	
18 en 19	siehe Sitzung 14 bis 16	siehe Sitzung 14 bis 16 Evaluation des letzten Monats und: Wie geht es weiter?	siehe Sitzung 14 bis 16
20		Evaluation der Behandlung und: Wie wird das Erlernte weiter ausgebaut?	

\* Die Bestandteile der Sitzungen in Spalte 2 und 3 sind dieselben (siehe Sitzung 8 bis 13).

## 5.2 Selbstbeobachtung

*Ziel.* Durch Selbstbeobachtung erlangen die Teilnehmer Einblick in den Umfang und den zeitlichen Verlauf des Verhaltens, das registriert werden soll. Durch die täglich selbst ausgeführte Beurteilung des Auftretens bestimmter Responsen wird die Aufmerksamkeit für die Verhaltensziele vergrößert und die Selbstevaluation gefördert.

*Arbeitsweise.* Die beim Screening ausgefüllten Selbstbeurteilungsfragebögen sind bereits eine globale Form der Selbstregistrierung, mit der die Aufmerksamkeit der Teilnehmer auf mögliche Probleme und soziale Responsen gelenkt wird. Eine spezifischere Form der Selbstregistrierung stellen die Hausaufgabenprotokolle (siehe Kasten 15) und die Registrierung ausgeführten und vermiedenen Verhaltens dar (siehe Kasten 16). Nachdem eine Respons in der Sitzung geübt worden ist, erfolgt die Instruktion, diese im täglichen Leben anzuwenden. Nach Ausführung dieser Aufgabe wird mit Hilfe der Richtlinien des Therapeuten (siehe Kasten 15) ein Protokoll angefertigt, in der die Weise, in der die Respons ausgeführt wurde (einschliesslich der Antezedens und Konsequenzen) beschrieben wird.

**Kasten 15. Eine von Peter angefertigte Hausaufgabe zur Respons ‚eine Bitte äussern‘**

Überlegen Sie sich 6 Situationen, in denen Sie in der kommenden Woche üben können, eine Bitte zu äussern. Üben Sie die ‚Äusserung einer Bitte‘ in den zwei Situationen, die die geringste Anspannung verursachen und wenden Sie dabei das an, was Sie in der Sitzung gelernt haben. Fertigen Sie mit Hilfe folgender Punkte ein Protokoll über den Verlauf der Übungssituationen an.

- |  |  |
|--|--|
| - Wen haben Sie um etwas gebeten?                          | Karl   |
| - Wo hat sich die Situation abgespielt?                    | Bei mir zuhause  |
| - Wann haben Sie Ihre Bitte geäußert (Tag und Zeitpunkt)?  | Sonntagmittag  |
| - Um was ging es bei Ihrer Bitte?                          | Ob er mir helfen kann, ein Bild aufzuhängen  |
| - Was haben Sie gesagt, als Sie Ihre Bitte geäußert haben? | „Karl, könntest Du mir kurz mal helfen, das Bild aufzuhängen? Alleine kriege ich das nämlich nicht hin.“<br>„Na klar, lass’ es uns jetzt gleich machen!“ |
| - Wie hat der andere auf Ihre Bitte reagiert?              |  |
| - Wie fanden Sie Ihre Bitte?                               |  |
| - Was haben Sie gut gemacht und                            | Sie war konkret, direkt und klar   |
| - was könnten Sie noch ändern?                             | Etwas lauter reden.  |

Gleichzeitig werden die Teilnehmer gebeten, jeden Tag die Häufigkeit, mit der sie die betreffende Respons ausführen bzw. vermeiden, auf einem Registrierungsformular (siehe Kasten 16) anzugeben.

**Kasten 16. Peters Registrierungsformular für vier soziale Responsen**

Gehen Sie am Ende des Tages anhand dieser Liste durch, welche sozialen Responsen Sie heute ausgeführt haben. Jedes Mal, wenn Sie eine der genannten Responsen ausgeführt haben, setzen Sie einen Strich hinter dieses Verhalten in die Spalte ‚ja‘ des betreffenden Tages.

Jedes Mal, wenn Sie eine dieser Verhaltensweisen nicht ausgeführt haben, obwohl Sie das hätten tun wollen oder können, setzen Sie einen Strich in die Spalte ‚nein‘ des betreffenden Tages. (Es ist übrigens einfacher, mehrere Male am Tag festzustellen, welche Responsen Sie in der letzten Zeitspanne ausgeführt bzw. nicht ausgeführt haben und dies sofort in die Liste einzutragen.)

*	Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag		Montag		Dienstag	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
Eine Bitte äussern †	11	1	111		1	11	1		11		111	1	1	
etwas weigern		1	1	11				1	1	1		1	1	
auf eine Weigerung reagieren		1	1	1			1		1		1		11	
Gespräch anknüpfen	11		111		11	1	111		11	11	1		111	
.....														
.....														
.....														

\* Der Tag, an dem das SKT stattfindet, ist der erste Registrierungstag;

† Die Responsen werden in der Reihenfolge, in der sie behandelt werden, in das Registrierungsformular eingetragen.

Diese letzte Form der Selbstregistrierung findet erst statt, nachdem die Respons in der Sitzung geübt worden ist und wird für den Rest der Behandlung beibehalten. Hinsichtlich der nächsten Respons, die während der Sitzung und im täglichen Leben geübt werden soll, wird dieselbe

Verfahrensweise angewendet. Das bedeutet, dass die Anzahl der sozialen Responses, die registriert werden müssen, (beinahe) jede Sitzung um eine Respons erweitert wird.

*Hinweise.* Selbstregistrierung bringt es mit sich, dass das, was berichtet wird, nicht unbedingt mit dem übereinstimmen muss, was tatsächlich passiert. Ausserdem können reaktive Effekte auftreten, die häufig im Laufe der Zeit wieder verschwinden. Im Falle einer Behandlung sind dies keine schwerwiegenden Einschränkungen, da eine in diesem Rahmen durchgeführte Selbstregistrierung vor allem eine informative Funktion erfüllt und Verhaltensänderung stimulieren soll. So kann das ‚Nicht Auftreten‘ einer Respons bedeuten, dass diese tatsächlich nicht vorkam, nicht als solche erkannt wurde (z.B. beim Abschlagen einer Bitte: „Ach, man muss jemandem doch helfen, wenn er fragt!“) oder vermieden wurde (z.B. eine defekte Ware nicht wieder ins Geschäft zurückbringen).

### 5.3 Selbständiges schrittweisses Vorgehen

*Ziel.* Die Teilnehmer lernen, wie sie durch graduelles Vorgehen („successive approximation“) ihre Endziele erreichen und Misserfolge verhindern können.

*Arbeitsweise.* Ein gestuftes Erreichen des Endzieles wird anhand von Situationen expliziert, in denen eine bestimmte soziale Respons geübt wird. Dazu werden die Situationen aufgrund ihrer Anspannung und Komplexität geordnet. Voraussetzung der selbständigen schrittweisen Vorgehen ist, dass man gelernt hat, sich selbst und andere zu beobachten und konkrete End- bzw. Teilziele zu formulieren. Auch muss die Respons bereits im Repertoire anwesend sein. Drei Schritte werden unterschieden:

- (a) Beurteilung der Situationen aufgrund ihrer Anspannung;
- (b) Ordnen der Situationen aufgrund ihrer Anspannung;
- (c) Ausdenken von Zwischenschritten für die Rangordnung der Situationen.

#### 5.3.1 Beurteilung der Situationen aufgrund ihrer Anspannung

Beim ersten Schritt lernen die Teilnehmer, die Übungssituationen hinsichtlich des Masses an Anspannung zu beurteilen. In der Sitzung wird mit dem Üben in der untersten Stufe der Spannungshierarchie angefangen, nämlich mit der Situation mit der geringsten Anspannung für die Gruppe und mit dem Teilnehmer, der für diese Situation die geringste Anspannung angab. Dadurch wird übermässige Anspannung und eventuelle Sensibilisierung verhindert. Der Teilnehmer mit der relativ höchsten Anspannung übt als letzter, so dass bei ihm durch das Modelllernen bereits eine Angstreduzierung stattfinden kann. Auch bei den Hausaufgaben üben die Teilnehmer erst mit den Situationen, die verhältnismässig wenig Anspannung verursachen.

*Arbeitsweise.* In der ersten Sitzung der Selbstkontrollphase werden von den Teilnehmern die allgemeinen Übungssituationen mit Hilfe einer Fünfpunkteskala (gar nicht, ein bisschen, ziemlich, viel, sehr viel) aufgrund ihrer Anspannung beurteilt (siehe 4.2). Nachdem die individuellen Spannungswerte, für jeden sichtbar, inventarisiert worden sind (auf einer Tafel oder Flip Chart), wird eine Gruppenhierarchie aufgestellt. Die Situation, die in der Gruppenhierarchie die wenigste Anspannung verursacht, wird die Übungssituation der Sitzung für die betreffende Respons. Als erster übt der Teilnehmer, der für diese Situation den niedrigsten Spannungswert angegeben hat (siehe Kasten 17).

Kasten 17. Die in Kasten 8 allgemein formulierten Übungssituationen zur Respons 'eine Bitte äussern' von den Teilnehmern (n = 7) individuell aufgrund ihrer Anspannung beurteilt

<i>Eine Bitte äussern:</i>	<i>totale Anspannung *</i>
1. Ich bitte einen Bekannten, mir ein Buch auszuleihen, von dem ich weiss, dass er es nicht gerne ausleiht.	27
2. Ich bitte meinen Mitbewohner, meinen Mann, meine Frau oder meine Kinder, etwas für mich zu tun, z.B. die Blumen zu giessen.	10
3. Ich frage eine Bekannte, ob sie ins Kino oder zum Einkaufsbummel mitgehen will.	7
4. Ich bitte meinen Mitbewohner oder einen Kollegen, eine Besorgung für mich zu machen.	12
5. Ich bitte einen Bekannten, das Geld für die Theaterkarten, die er abholen wird, auszulegen.	18

\* Dies ist der Gesamtwert der sieben Teilnehmer für die betreffende Situation.

### 5.3.2 Festlegen der Reihenfolge der Übungssituationen

Nachdem die Teilnehmer eine Situation aufgrund ihrer Anspannung beurteilen können, besteht der nächste Schritt in der Erstellung einer Rangordnung der Übungssituationen. Wir bitten die Teilnehmer, die Situation mit dem niedrigsten Spannungswert zuoberst zu setzen, danach die Situation, die etwas mehr Anspannung verursacht usw., bis die Situation mit der meisten Anspannung zuunterst erscheint. Die Situationen werden mit Hilfe der Elemente ‚Person‘ und ‚Thema‘ (worum es sich handelt) beschrieben (siehe Kasten 18).

Kasten 18. Von Peter erstellte Rangordnung der Übungssituationen, um diese als Hausaufgabe zu üben (‚ein Kompliment machen‘).

*Überlegen Sie sich nun 6 Übungssituationen zur Verhaltensweise ‚ein Kompliment machen‘, die in der kommenden Woche auftreten werden. Schreiben Sie zu jeder Situation auf, wem und wofür Sie ein Kompliment machen möchten. Erstellen Sie nun aufgrund der Anspannung, die diese Situationen bei Ihnen verursachen, eine Rangordnung dieser Übungssituationen. Zuoberst setzen Sie die Situation, die am wenigsten Anspannung verursacht, darunter die Situation, die etwas mehr Anspannung verursacht usw. Zuunterst kommt die Situation, die die meiste Anspannung verursacht.*

*Person:*

- Ehefrau S
- Tochter C
- Nachbar X
- Kollege G
- Sohn K
- Chef E

*Kompliment:*

- Dass sie die Knöpfe an meinem Hemd festgenäht hat.
- Für den Aufsatz, den sie geschrieben hat.
- Für den neuen Zaun, den er um seinen Garten gebaut hat.
- Über eine Arbeit, die er schnell erledigt hat.
- Dass er seinen Fahrradschlauch selbst geflickt hat.
- Dass er mich ernst genommen hat, als ich ihn auf meinen Arbeitsdruck angesprochen habe.

Dieselbe Aufgabe, nämlich die Rangordnung der Übungssituationen, wird von den Teilnehmern für die Übungssituationen, die sie sich vor der nächsten Sitzung ausdenken, erledigt, so dass während der Sitzung mit einer Situation mit relativ wenig Anspannung geübt werden kann (siehe Kasten 19).

Kasten 19. Die von Peter erstellte Rangordnung der Übungssituationen, die er zur Sitzung mitbringt.

*In der nächsten Sitzung werden wir ‚eine Bitte verweigern‘ üben. Überlegen Sie sich 6 Situationen, in denen Sie eine Bitte abschlagen möchten. Erstellen Sie eine Reihenfolge der Situationen aufgrund der Anspannung, die sie bei Ihnen verursachen. Bringen Sie die Liste zur Sitzung mit.*

<i>Anspannung:</i>	<i>Person:</i>	<i>Worum ich gebeten werde:</i>
- 15	Ehefrau S	Heute die Scharniere zu ölen
- 20	Tochter C	Ihr bei den Mathematikaufgaben zu helfen, während ich mit etwas anderem beschäftigt bin
- 35	Sohn K	Mit ihm Fahrrad zu fahren
- 45	Bekannter J	In seiner Skatgruppe einzuspringen
- 70	Nachbar X	Einen Baum in unserem Garten zu fällen, der bei ihnen Licht wegnimmt (ich bin bereit, ihn auszulichten)
90	Kollege G	Ihm bei einer Arbeit zu helfen, wenn ich selbst viel zu tun habe

### 5.5.3 Zwischenschritte bei den Übungssituationen

Beim Ordnen der Übungssituationen aufgrund ihrer Anspannung kann deutlich werden, dass sich die Schritte zwischen den Situationen ziemlich unterscheiden, was das Mass der Anspannung betrifft. So kann ein Schritt zwischen zwei aufeinanderfolgenden Situationen relativ klein sein (d.h. einen relativ kleinen Unterschied in der Anspannung aufweisen), während der darauffolgende Schritt sehr gross sein kann (d.h. ein grosser Unterschied in der Anspannung). Um das Üben mit zu schwierigen Situationen zu verhindern, lernen die Teilnehmer, wie sie die Schritte zwischen den verschiedenen Situationen verkleinern können. Dies wird erreicht, indem man sich eine Situation zu einem ähnlichen Thema mit einer einfacheren Person oder eine Situation mit einer ähnlichen Person zu einem einfacheren Thema überlegt (siehe Kasten 20a). Das Ausdenken der Zwischenschritte üben wir anhand der Rangordnungen der Gruppenmitglieder. Beachten Sie, dass sich die der Situation zuerkannte Anspannung im Laufe des Übens ändert (z.B. durch den Effekt des Modelllernens, der allmählichen Exposition, durch zugenommene Kompetenz oder Übereinstimmung von Erwartungen und Erfahrungen). Diese Strategie des gestuften Arbeitens ist nicht nur bei sozialen Responses angezeigt, sondern auch bei jeder anderen Verhaltensweise, die ausgebaut bzw. reduziert werden soll.

Kasten 20a. Zwischenschritte in der Rangordnung von Peters Übungssituationen ‚Verweigerung‘.

Ursprüngliche Situationen		
<i>Anspannung</i>	<i>Person</i>	<i>Um was ich gebeten wurde</i>
70	Nachbar X	Einen Baum in unserem Garten zu fällen, der bei ihnen Licht wegnimmt.
90	Kollege G	Ihm bei einer Arbeit zu helfen, wenn ich selbst viel zu tun habe
Zwei mögliche Zwischenschritte		
80	Kollege Z (einfachere Person)	Ihm bei einer Arbeit zu helfen, wenn ich selbst viel zu tun habe.
oder		
80	Nachbarin M (einfacheres Thema)	Gemeinsam Wäscheleinen in unseren Gärten anzubringen

*Hinweise.* Meistens verursacht das Einordnen der Situationen aufgrund ihrer Anspannung wenig Probleme. Fast jeder wird manchmal in seinem täglichen Leben mit Arbeiten in abgestuften Schwierigkeiten konfrontiert, und den meisten Leuten sind dessen Prinzipien und Ziele schnell geläufig. Dies ist beim Ausdenken der Zwischenschritte jedoch nicht der Fall, da hier verschiedene Personen und Gegenstände miteinander verglichen werden müssen. Für Personen mit geringem Abstraktionsvermögen ist dies eine schwierige Aufgabe.

Es ist hilfreich, eine Variable unverändert zu lassen (also ‚dieselbe‘ anstatt ‚ähnlich‘) und die andere Variable zu variieren (etwas schwieriger oder einfacher). Für Kasten 20a wird dies in Kasten 20b demonstriert. Achten Sie darauf, dass die verschiedenen Situationen konkret und spezifisch (hinsichtlich Person und Thema) beschrieben sind, da vage und allgemeine Beschreibungen die Einschätzung der Anspannung und das Ausdenken von Zwischenschritten behindern.

Im Übrigen weisen wir darauf hin, dass ausgearbeitetere und kompliziertere Verfahrensweisen zur Erstellung einer Hierarchie (z.B. mit Hilfe einer Matrix oder die Bewertung von Situationen mit Hilfe eines Spannungsthermometers) über das Ziel hinausschiessen.

Kasten 20b. Ausdenken von Zwischenschritten für die Reihenfolge der Übungssituationen zur Respons ‚etwas weigern‘		
-----		
Ursprüngliche Situationen		
<i>Anspannung</i>	<i>Person</i>	<i>Um was ich gebeten wurde</i>
70	Nachbar X	Einen Baum in unserem Garten zu fällen, der bei ihnen Licht wegnimmt.
90	Kollege G	Ihm bei einer Arbeit zu helfen, wenn ich selbst viel zu tun habe
Zwei Alternativen für einen Zwischenschritt		
80	Kollege G (einfacheres Thema)	Für ihn in der Mittagspause eine Besorgung machen.
oder		
80	Nachbarin M (einfachere Person)	Einen Baum in unserem Garten fällen, der bei ihnen Licht wegnimmt.

## 5.4 Selbstbeurteilung

Ein wichtiger Bestandteil der Selbstkontrolle ist, dass man sich selbst beurteilt und dabei nicht von anderen abhängig ist (z.B. dem Therapeuten, anderen Teilnehmern, Partner, Freunden). Wir bringen den Teilnehmern folgende, für die Selbstevaluation wichtigen, Responses bei:

- (a) überlegen, was man in einer bestimmten Situation oder mit einer bestimmten sozialen Respons erreichen will;
- (b) überlegen, welche Kriterien man in einer bestimmten Situation erfüllen will;
- (c) Vergleich des eigenen Verhaltens mit den aufgestellten Kriterien.

Diese Responses werden erst in der Sitzung geübt und danach allmählich mit Hilfe von Hausaufgaben im Alltag angewendet. Indem wir die Aufmerksamkeit auf das richten, was man ausserhalb der Therapie erreichen will, sowie darauf, was dort gut ging oder noch verbessert werden könnte, wollen wir erreichen, dass man auch zukünftige Probleme selbständig lösen kann. Nacheinander besprechen wir hier die Ziele und Arbeitsweise der genannten Responses.

### 5.4.1 Ziele einer sozialen Respons

*Ziel.* Zu jeder sozialen Respons überlegen sich die Teilnehmer, was sie damit in ihrer eigenen Situation erreichen wollen, mit anderen Worten, welche Ziele sie damit verfolgen können. Die Teilnehmer stellen sich selbst die Frage, was es ihnen bringt, wenn sie eine bestimmte Respons anwenden. Dies ist ein erster Ansatz zur Festlegung dessen, was man in einer Situation oder mit einer Aktivität erreichen möchte bzw. was nicht. Explikation der Ziele und der beabsichtigten Ziele beeinflusst die Motivation, die Respons auszuführen (Ziele für diverse Responses siehe Anhang 4).

*Arbeitsweise.* Bevor eine soziale Respons in einer Sitzung behandelt wird, geben wir in der Sitzung davor die Hausaufgabe, mögliche Ziele, die man bei der Ausführung diese Verhaltens haben kann, aufzuschreiben. In der Sitzung werden diese Ziele inventarisiert (siehe Kasten 21). Auf diese Art lernen die Teilnehmer, ihre Ziele zu explizieren und auf die Situation abzustimmen.

Kasten 21. Von Ulrike vorab überlegte Ziele für die kommende Sitzung.

-----  
*Das Verhalten, das wir in der nächsten Sitzung üben werden, ist ‚etwas weigern‘. Versuchen Sie, zum nächsten Mal einmal zu überlegen, was Sie mit der Ablehnung einer Bitte erreichen wollen. Mit anderen Worten: welche Ziele könnten Sie verfolgen, wenn Sie jemandem eine Bitte abschlagen*

Ziele, die sich Ulrike überlegt hat:

- nicht übergangen werden
- mehr über die eigene Zeit bestimmen
- „Es gibt Grenzen!“
- sich besser fühlen
- „Andere wissen dann, was sie an mir haben“



*Hinweise.* Unzureichende Explikation der Ziele tritt häufig gemeinsam mit Vermeidungen auf, wie:

- „Es ist so ärgerlich für den anderen, ...“ (bei: ‚einer Bitte äussern‘, ‚sich selbst behaupten‘);
- „Ach, wenn er’s nun mal so gern will!“ (bei: ‚eine Bitte abschlagen‘);
- „Eigentlich finde ich es auch gar nicht so schlimm!“ (bei: ‚Kritik äussern‘).

Erkennbar sind bei diesen Vermeidungen folgende Aspekte: der den anderen zuerkannten Vorrang ihrer (unterstellten) Ziele und die Angst vor den negativen Konsequenzen des eigenen Verhaltens. Durch die Auseinandersetzung mit den Zielen gewinnen Teilnehmer Einsicht in ihre verborgenen Motive. Zum Beispiel: „Ich finde es nervig, meine Mutter abzuholen, aber ich möchte sie auch nicht verletzen“. Setzen Sie die Gruppenmitglieder als Sachverständige bei der Besprechung widersprüchlicher oder unerreichbarer Ziele ein.

Man kann verhindern, dass Teilnehmer während der Inventarisierung der Ziele mitschreiben und weniger aktiv am Gruppengespräch teilnehmen, indem man eine Anzahl häufig vorkommender Ziele einer Respons auf einem Zettel austellt. Kündigen Sie an, dass dieser Zettel zu Ende der Inventarisierung ausgeteilt wird. Die Teilnehmer können diese Ziele beim Üben einer spezifischen Respons oder beim Ausdenken von Zielen für andere Responsen verwenden.

#### 5.4.2 Kriterien einer sozialen Respons

*Ziel.* Bevor eine bestimmte soziale Respons in der Sitzung geübt werden kann, überlegen sich die Teilnehmer, wie diese Respons so wirksam wie möglich ausgeführt werden kann (Kriterien). Durch das Ausdenken dieser Kriterien (d.h. Punkte, die ihr Verhalten erfüllen sollen, wenn sie z.B. etwas weigern oder für sich selbst eintreten wollen) lernen die Teilnehmer, welche Aspekte dafür sorgen, dass soziales Verhalten wirksam ist. Diese Kriterien sind ein wichtiges Hilfsmittel, um selbst entscheiden zu können, ob man adäquat aufgetreten ist und was man eventuell verändern könnte (Kriterien für diverse Responsen siehe Anhang 4).

*Arbeitsweise.* Bevor eine soziale Respons in der Sitzung behandelt wird, wird in der Sitzung davor ausser der Hausaufgabe, Ziele dieser Respons zu formulieren, auch die Aufgabe mitgegeben, sich Kriterien für diese Respons zu überlegen und aufzuschreiben (siehe Kasten 22a und 22b). In der Sitzung selbst werden die Kriterien aller Teilnehmer inventarisiert und, wie die Ziele, nach Ablauf auf einem Zettel ausgeteilt.

Kasten 22a. Die von Ulrike formulierten Kriterien zur Respons ‚etwas weigern‘

---

*Das Verhalten, das wir in der nächsten Sitzung üben werden, ist ‚etwas weigern‘.*

*(a) siehe Kasten 21: Ziele überlegen*

*(b) Versuchen Sie nun, für das nächste Mal zu überlegen, welche Punkte Ihres eigenen Verhaltens wichtig sind, wenn Sie etwas weigern wollen. Denken Sie dabei sowohl an das, was Sie sagen als auch an das, was Sie tun.*

Kriterien, die sich Ulrike überlegt hat:

- deutlich „Nein“ sagen
- nicht schimpfen, sondern freundlich bleiben
- sich nicht für die Ablehnung entschuldigen
- eine andere Lösung vorschlagen
- den anderen anschauen
- den Kopf verneinend schütteln

Kasten 22b. Von Peter vor der Sitzung angefertigte Hausaufgabe überlegen von Kriterien für ‚Komplimente machen‘

---

*Das Verhalten, das wir nächstes Mal üben werden, ist ‚Komplimente machen‘.*

*(a) siehe Kasten 21: Ziele überlegen.*

*(b) Denken Sie anschliessend darüber nach, welche Punkte in Ihrem eigenen Verhalten wichtig sind, wenn Sie jemandem ein Kompliment machen möchten. Mit anderen Worten: wie können Sie mit Hilfe Ihres eigenen Verhaltens dafür sorgen, dass es Ihnen gelingt, ein nettes Kompliment zu machen?*

Von Peter formulierte Kriterien:

- mich dem anderen zuwenden
- den anderen ansprechen
- anschauen
- laut genug sprechen
- konkret benennen, was ich gut finde, ohne mich zu winden
- herzlich und freundlich
- spontan

Diese Kriterien werden in den Sitzungen beim Modelllernen und der Verhaltensübung und Wiederholung angewandt. Anhand dieser Kriterien wissen die Teilnehmer, worauf sie achten müssen. Ausserdem sind diese Kriterien für die Evaluation des geübten Verhaltens während des Feedbackverfahrens wichtig. Fordern Sie die Teilnehmer regelmässig dazu auf, zu jeder Respons die Kriterien zu formulieren, da diese für jede Respons unterschiedlich sein können. Darüber hinaus ist es wichtig, dass die Teilnehmer immer wieder für sich selbst feststellen, welche Kriterien Sie in der betreffenden Übungssituation erfüllen wollen (siehe Kasten 23).

Kasten 23. Peters Anwendung der Kriterien zum Üben im täglichen Leben (‚etwas weigern‘)

---

*Formulieren Sie Kriterien, die Sie in der Übungssituation erfüllen wollen.*

Ich will kurz und bündig sagen, dass ich heute keine Überstunden machen will.

*Was haben Sie zu dem anderen gesagt, als Sie die Bitte abgeschlagen haben?*

„Nein, heute will ich keine Überstunden machen. Das passt mir heute sehr schlecht, aber an einem anderen Tag wäre es möglich.“

*Denken Sie nach, ob Sie Ihre persönlichen Kriterien erfüllt haben.*

Ich habe deutlich „Nein“ gesagt und klargemacht, dass das für den heutigen Tag gegolten hat. Ich habe ausserdem eine alternative Lösung angeboten.

Ich habe meine Kriterien erfüllt, aber ich fand es ganz schön schwierig!

*Hinweise.* Es erfordert einige Übung, bevor die Teilnehmer im Stande sind, Kriterien zu formulieren. Obwohl wir die Kriterien für die Responses immer auf einem Zettel austeilen, dauert es häufig eine Weile, bis die Teilnehmer diese beim Ausdenken der Kriterien für eine neue Response verwenden. Weisen Sie die Teilnehmer darauf hin, dass die Kriterien sich zwar je Response einigermaßen unterscheiden, aber dass manche Kriterien für jede Response gelten (z.B. konkret und spezifisch sein, „ich“ sagen, den anderen anschauen, „Du/Sie/Ihr“ sagen). Sorgen Sie ausserdem dafür, dass die Kriterien als tatsächliche Verhaltensweisen und nicht als vage Möglichkeiten, wie ‚mit und ohne Worte Interesse zeigen‘ formuliert werden (siehe Kasten 24).

Kasten 24. Kontrolle der Übung durch Ulrike anhand ihrer Kriterien

Protokoll zur Übungssituation: ‚ein Kompliment machen‘.

- <i>Wem?</i>	meiner Mutter
- <i>Wo?</i>	bei ihr zuhause
- <i>Wann?</i>	Während des Abendessens
- <i>Formulieren Sie die Kriterien/Anforderungen, die Sie erfüllen möchten</i>	Ich möchte positiv sein und mich deutlich an sie richten.
- <i>Was haben Sie gesagt, als Sie ihr das Kompliment gemacht haben?</i>	„Mama, Du hast heute gut gekocht.“
- <i>Wie hat der andere reagiert?</i>	„Oh, findest Du? Vielen Dank.“
- <i>Kontrollieren Sie, ob Ihr Kompliment Ihre Kriterien erfüllt hat</i>	Ich habe meine Mutter angesehen und war positiv
- <i>Würden Sie noch etwas an Ihrem Kompliment ändern wollen?</i>	Nein, ich bin zufrieden so.

Die Kriterien werden nicht nur angewandt, um während der Sitzung die geübte Response zu besprechen, sondern sind auch zum Gebrauch im Alltag bei der selbständigen Ausführung und Abstimmung des sozialen Verhaltens gedacht. Wenn die Teilnehmer im Stande sind, selbständig Kriterien für ihr Verhalten zu formulieren und ihr Verhalten anhand dieser Kriterien zu evaluieren und abzustimmen, kommen sie auch aus eigener Kraft mit Responses zurecht, die nicht in der Therapie behandelt worden sind.

### 5.5 Selbstverstärkung

*Ziel.* Bei vielen sozial sehr ängstlichen Personen führen Probleme im Umgang mit anderen zu negativen Selbstbeurteilungen und umgekehrt. Ziel der Behandlung ist es, diese negative Spirale zu durchbrechen. Ein Ansatzpunkt ist die Verbesserung der sozialen Responses. Eine andere Intervention richtet sich auf die positive Selbstevaluierung und positive Verstärkung zur

Aufrechterhaltung des neuen Verhaltens. In dem SKT wird Wissen darüber vermittelt, wie positive und negative Konsequenzen von Verhalten zustande kommen und welche Rolle man selbst dabei spielt. Um positive Konsequenzen zu erreichen, müssen die Anforderungen auf die Art und Weise abgestimmt sein, in der das Verhalten in dem jeweiligen Augenblick ausgeführt wird. Die Anforderung darf die Ausführungsmöglichkeit also nicht übersteigen. In diesem Teil der Behandlung lernen die Teilnehmer, ihre Anforderungen zu ermitteln und, falls nötig, anzupassen. Zugleich lernen sie die Anwendung von Selbstverstärkung in Form positiver Selbstäußerungen (z.B. „Das habe ich richtig gut gemacht!“) oder mittels materieller Verstärkung.

*Arbeitsweise.* Bei der Einführung der Selbstevaluation und Selbstverstärkung benutzen wir die Broschüre *Anforderungen, Aktivitäten und Bewertung* (siehe Anhang 3). Wir unterscheiden zwei Schritte:

- (a) Erkennen der angepassten Anforderungen;
- (b) Ermittlung der hindernden Anforderungen („Misserfolgsregeln“).

Mit diesem Teil der Behandlung wird ungefähr bei der sechsten Sitzung angefangen (siehe auch Tabelle 4).

### 5.5.1 Erkennen angemessene Anforderungen

Der erste Schritt ist, dass die Teilnehmer mit Hilfe der Broschüre *Anforderungen, Aktivitäten und Bewertung* (siehe Anhang 3) und den dazugehörigen Hausaufgaben erkennen, welche Anforderungen sie an sich selbst stellen. Oft denken Leute, dass sie überhaupt keine Anforderungen an sich selbst stellen und sind erstaunt, wenn sie entdecken, dass dies sehr wohl der Fall ist. Die Erkennung der Anforderungen fängt mit der Ermittlung der angepassten Anforderungen an. Dies wird als die Situation definiert, in der man mit sich selbst zufrieden war. Erst lesen die Teilnehmer den Teil der Broschüre, der sich mit der Beziehung zwischen diesen drei Aspekten beschäftigt (Absätze I bis III). Danach überlegen sie sich eine Beispielsituation, mit der sie im Nachhinein zufrieden waren (siehe Kasten 25).

#### Kasten 25. Ulrikes Hausaufgaben zum Thema Selbstkontrolle: ‚angepasste Anforderungen‘

Lesen Sie die Broschüre ‚Anforderungen, Aktivitäten und Bewertung‘ bis Abs. III. Überlegen Sie sich nun eine Aktivität, mit der Sie im Nachhinein zufrieden waren, d.h. über die Sie ein positives Urteil fällen können. Es darf jede Aktivität aus Ihrem täglichen Leben sein, also nicht unbedingt eine soziale Aktivität. Fertigen Sie ein Protokoll mit Hilfe folgender Punkte an.

Beschreiben Sie die Aktivität. Was haben Sie gesagt bzw. gemacht?	Innerhalb von 12 Minuten die Kartoffeln geschält.
Welche Anforderungen haben Sie bei dieser Aktivität an sich selbst gestellt?	Ich wollte es innerhalb einer Viertelstunde schaffen.

Was war Ihr positives Urteil nach Beendigung der Aktivität? Schreiben Sie wörtlich auf, was Sie zu sich selbst gesagt haben. „So, das habe ich heute schnell gemacht. Sehr schön!“

Ziel dieser Aufgabe ist es, dass die Teilnehmer erkennen (und aufschreiben), welche Anforderungen sie für die betreffende Aktivität an sich selbst gestellt haben, wobei sie ausserdem noch dazu aufgefordert werden, ihr positives Urteil darüber aufzuschreiben. In der Sitzung, die dieser Hausaufgabe folgt, wird erst der aufzugebene Text der Broschüre besprochen (d.h. Unklarheiten, Fragen und Bemerkungen). Danach wird die Gruppe gebeten, den Kern des Textes in eigenen Worten zusammenzufassen. Schliesslich wird ein Teilnehmer aufgefordert, sein Protokoll zu dieser Aufgabe vorzulesen.

Die obige Aufgabe darf sich auf alle möglichen Aktivitäten beziehen und muss noch nicht unbedingt soziales Verhalten zum Inhalt haben. Für viele Teilnehmer ist es einfacher, mit einem Verhalten, das kein Problemverhalten ist, anzufangen. Ausserdem sind viele soziale Verhaltensweisen hinsichtlich der Anforderungen, die man an sie stellt, zu komplex. Wir empfehlen, diese Aufgabe mindestens zweimal ausführen zu lassen.

Wenn alle Teilnehmer im Stande sind, im Nachhinein ihre angepassten Anforderungen bei nicht-sozialen Aktivitäten zu erkennen, lassen wir sie vorab eine oder mehrere an eine soziale Aktivität angepasste Anforderung(en) aufstellen, mit dem Ziel, im Nachhinein mit dem eigenen Verhalten ‚zufrieden‘ zu sein. Kasten 26 enthält das Beispiel einer Aufgabe, in der die Instruktion gegeben wird, vorab konkrete Anforderungen an sich selbst zu stellen, diese zu evaluieren und sich selbst anschliessend zu verstärken.

Kasten 26. Peter wendet Selbstverstärkung und Selbstevaluation beim Üben der Respons ‚Äussern einer Bitte‘ an.

-----

Üben Sie nun in zwei Situationen, eine Bitte zu äussern. Legen Sie vorab fest, welche Anforderungen Sie erfüllen möchten, wenn Sie um etwas bitten.

<p>Wen haben Sie um etwas gebeten? Wann? Wo? Um was ging es bei Ihrer Bitte? Welche Anforderung(en) wollen Sie erfüllen, wenn Sie Ihre Bitte äussern? Was haben Sie gesagt, als Sie Ihre Bitte geäussert haben? Wie hat der andere reagiert? Kontrollieren Sie, ob Sie die Anforderungen, die Sie sich selbst gestellt haben, erfüllt haben. Beschreiben Sie Ihre Bewertung, als Sie Ihre Anforderungen mit der Weise verglichen haben, in der Sie das gemacht haben.</p>	<p>Meinen Chef Letzten Freitag um halb fünf Im Büro meines Chefs Um einen freien Tag Ich will deutlich und kurz und bündig sagen, was ich möchte. „Ich möchte nächste Woche Donnerstag frei haben. Ich habe meine Arbeit so eingerichtet, dass das geht.“ „Ja, das ist o.k. Haben Sie was Nettes vor?“ Ich finde, dass ich meine Bitte gut geäussert habe; ich habe deutlich, kurz und bündig sagt, was ich wollte. Ich bin froh, dass ich gefragt habe. Jetzt habe ich endlich mal einen freien Tag und mein Chef hat auch noch Interesse gezeigt.</p>
---	---

<i>Wollen Sie noch etwas verändern, und falls ja, was?</i>	Das finde ich nicht nötig. Ich habe meine Anforderungen erfüllt. Ich werde das jetzt öfter machen.
--	--

Zu den Hausaufgaben werden auch schriftliche Beispiele mitgegeben, für die wir Hausaufgaben zu angepassten Anforderungen von Teilnehmern von früheren Behandlungen verwenden.

### 5.5.2 Unangemessene Anforderungen oder ‚Misserfolgsregeln‘

Der nächste Schritt besteht darin, dass die Teilnehmer ihre unangemessenen Anforderungen ermitteln und abändern. Wenn die Anforderungen höher sind als die Art und Weise, in der die Aktivitäten ausgeführt werden, ist das Risiko gross, dass man unzufrieden ist, und muss die Anforderung abgeändert werden. Wenn die Anforderungen nicht mit den Aktivitäten übereinstimmen, sprechen wir von ‚Misserfolgsregeln‘. Durch eine Unterscheidung zwischen Anforderungen, Aktivitäten und Bewertung gewinnen die Teilnehmer Einblick darin, wie es kommt, dass sie manche Aktivitäten gar nicht mehr bzw. kaum noch ausführen. Die Teilnehmer lesen in der Broschüre *Anforderungen, Aktivitäten und Bewertung* (siehe Anhang 3) den Text, der sich auf die Misserfolgsregeln bezieht (Anhang 3 Abs. IV und V; siehe Kasten 27). Anschliessend werden Sie gebeten, sich ein Beispiel für eine eigene Misserfolgsregel zu überlegen und aufzuschreiben, welche Anforderungen man an sich selbst gestellt hat, welche Misserfolgsregeln sich auf sie bezog und wie man diese Anforderung abändern kann (siehe Kasten 27).

In der Sitzung, die dieser Hausaufgabe folgt, wird erst der aufgegebene Text der Broschüre besprochen. Auch bitten wir einen Teilnehmer, sein Protokoll zu dieser Aufgabe vorzulesen. Bei der Besprechung des Textes verweilen wir bei den vier Misserfolgsregeln, die unterschieden werden können. Um zu erreichen, dass die Teilnehmer diese vier Misserfolgsregeln erkennen, ist es manchmal nötig, sich gemeinsam Beispiele für jede dieser vier Misserfolgskriterien zu überlegen. Die Hausaufgabe, selbst eine eigene Misserfolgsregel zu ermitteln und zu verändern, wird mindestens zweimal gegeben.

#### Kasten 27. Peters Hausaufgaben zu ‚Misserfolgsregeln‘

*Lesen Sie in der Broschüre ‚Anforderungen, Aktivitäten und Bewertung‘ die Absätze IV und V. Geben Sie danach ein Beispiel für eine Aktivität, bei der sie selbst entdeckt haben, dass Sie eine der Misserfolgsregeln angewendet haben. Es geht dabei um eine Aktivität aus Ihrem täglichen Leben, bei der Sie im Nachhinein entdeckt haben, dass Sie eine zu hohe, zu ungenaue, usw. Anforderung an sich selbst gestellt haben. Beschreiben Sie die Situation wie folgt.*

*Beschreiben Sie die Aktivität*

*Welche Anforderung haben Sie an sich selbst gestellt?*

*Meine Kondition verbessern*

*Jeden Tag eine halbe Stunde joggen*

Wie haben Sie diese Aktivität vorher ausgeführt, d.h. bevor Sie diese Anforderung an sich selbst gestellt haben?	Ich bin höchstens einmal alle zwei Wochen eine halbe Stunde gejoggt
Wie haben Sie die Aktivität ausgeführt, nachdem Sie diese Anforderung festgelegt haben?	In der ersten Woche bin ich drei Tage nacheinander gejoggt und danach überhaupt nicht mehr, denn ich war total geschafft.
Welche Misserfolgsregel wurde hier angewandt?	Ich habe eine viel zu hohe Anforderung gestellt.
Was können Sie ändern, um einen Misserfolg zu verhindern?	Eine erheblich niedrigere Anforderung stellen, z.B. jede Woche mittwochs eine halbe Stunde joggen.

*Hinweise.* Das Erkennen und Ermitteln der angepassten und behindernden Anforderungen ist eine kognitive Aktivität, die den Teilnehmern viel abverlangt. Lassen Sie darum die Broschüre *Anforderungen, Aktivitäten und Bewertung* nicht nur lesen, sondern besprechen Sie diese auch ausführlich während der Sitzung. Wir tun dies meistens in kleinen Schritten: erst geben wir Gelegenheit, Fragen zu stellen, danach lassen wir den Text in eigenen Worten zusammenfassen und schliesslich fragen wir, was die Teilnehmer dadurch gelernt haben. Wichtig ist, dass der Stoff allmählich in die Hausaufgaben eingearbeitet wird. Beispiele, die wir Hausaufgaben früherer Teilnehmer entnehmen, können bei der Ausführung der Aufgaben zu diesem Thema hilfreich sein (siehe auch Kasten 27).

Im Prinzip kann die ganze Broschüre durch Hausaufgaben behandelt werden. Manchmal ist es jedoch wünschenswert, in der Sitzung Übungszeit für die weitere Ausarbeitung und Verdeutlichung einzuräumen, z.B. in Form einer Kreisübung, bei der jeder der Reihe nach (der Therapeut zuerst) ein Beispiel für eine angepasste, eine ungenaue, eine zu hohe Anforderung nennt usw.

## 5.6 Problemlösungsstrategien

*Ziel.* Durch die aufeinanderfolgende Anwendung der Selbstbeobachtung, sukzessiver Approximation, Selbstevaluation und Selbstverstärkung wenden die Teilnehmer eine sogenannte Problemlösungsstrategie an. Deren Anwendung ist natürlich nicht auf die Veränderung sozialen Verhaltens begrenzt. Es wird vielmehr angestrebt, die Teilnehmer zur Bewältigung aktueller und zukünftiger Problemsituationen stärker zu befähigen.

*Arbeitsweise.* Die einzelnen Schritte der Selbstkontrollstrategie werden schliesslich in ein Programm integriert. Jeder Teilnehmer erstellt selbständig für eine eigene Aktivität ein Programm und führt es anschliessend aus. Auch in dieser Phase wird die Broschüre *Anforderungen, Aktivitäten und Bewertung* (siehe Anhang 3) benutzt. Erst bekommen die Teilnehmer die Hausaufgabe, den Abschnitt über die Erstellung eines Programms (Abs. VI) zu lesen. Danach werden sie aufgefordert, selbst solch ein Programm für eine einfache, nicht-soziale Aktivität aufzustellen, z.B. lesen oder wandern (siehe Kasten 28).





- Aufstellen des nächsten Schritts bzw. der nächsten Anforderung (bei positivem Ergebnis);
- Anpassung des ersten Schritte bzw. der ersten Anforderung (bei negativem Ergebnis);
- Erneute Ausführung, bis das Endziel erreicht ist.

Kasten 29. Ulrikes Programm für Übungssituationen für eine soziale Respons	
<p><i>Fertigen Sie eine Liste mit 6 Situationen an, in denen Sie ‚sich anerkennend über sich selbst äussern‘ wollen. Schreiben Sie auf, gegenüber wem und worüber Sie etwas Positives über sich selbst sagen wollen. Erstellen Sie danach aufgrund der Anspannung, die jede Situation aufruft, eine Rangordnung dieser 6 Situationen. Erstellen Sie danach mit Hilfe der Broschüre ‚Anforderungen, Aktivitäten und Bewertung‘ ein Programm für ‚sich anerkennend über sich selbst äussern‘ und verwenden Sie für die einzelnen Schritte die von Ihnen vorgenommene Rangordnung der Situationen.</i></p>	
<p>1. Die Aktivität an der ich arbeiten werde.</p>	<p>Anerkennung für mich äussern (wer und weshalb?)</p>
<p>2. Die Unterteilung der Aktivität in einzelne Schritte</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gegenüber meiner Mutter für mein neues Kostüm</li> <li>- Gegenüber meiner Schwester für mein neues Kostüm</li> <li>- Gegenüber meiner Nachbarin für meine Stickarbeit (zeige ich ihr)</li> <li>- Gegenüber Ben für meine Hilfe beim Teppichboden legen</li> <li>- Gegenüber meinem Kollegen für die neue Einteilung des Sortiments, die ich gemacht habe.</li> <li>- Gegenüber dem Pfarrer dafür, dass ich den Kindern Geschichten erzähle.</li> <li>- Bei einem Bewerbungsgespräch meine starken Seiten nennen.</li> </ul>
<p>3. Mein Endziel ist:</p>	<p>Gegenüber Bekannten und Fremden sowohl bei neutralen als auch persönlichen Themen etwas Positives über mich selbst sagen.</p>
<p>4. Jetzt:</p>	<p>Sage ich gegenüber Bekannten fast nie etwas Nettes über mich; aber ich mache anderen Komplimente</p>
<p>5. Mein erster Schritt:</p> <p>Meine Anforderung</p>	<p>Gegenüber meiner Mutter für mein Kostüm, zuhause im Wohnzimmer, nächsten Montag „Ich“ sagen Positiv über mich selbst sein Kurz und bündig sein</p>
<p>6. Ich führe das Verhalten aus</p>	<p>Gegenüber wem: meine Mutter Wo: zu Hause im Wohnzimmer Worüber: über das Kostüm, dass ich an habe Ich habe gesagt: „Ich finde, dass ich ein schönes Kostüm gekauft habe. Es steht mir gut, finde ich. Was findest Du?“ Ich habe Sie und auch mein Kostüm angeguckt. Was hat der andere gesagt? „Ja, das finde ich auch. Es steht Dir gut und die Farbe ist schön.“</p>
<p>7. Vergleichen Sie die Ausführung mit Ihren Anforderungen</p>	<p>Ich habe meine Anforderungen erfüllt. Ich finde, dass es mir gut gelungen ist. Ich bin zufrieden und möchte nichts ändern.</p>
<p>8. Mein zweiter Schritt (die zweite Übungssituation):</p>	<p>Gegenüber meiner Schwester dasselbe über mein Kostüm sagen. (Sie ist etwas kritischer)</p>

9. *Meine Anforderungen in der Situation*

„Ich“ sagen  
 Sie angucken  
 Laut und deutlich sprechen

Danach fertigen die Teilnehmer ein Programm für eine Respons an, bevor diese in der Sitzung behandelt wird. Sie bringen dieses Programm zur Sitzung mit, wo anhand der Situationen aus ihren Programmen geübt wird. Schliesslich wird bei den Hausaufgaben der letzten Sitzungen mit der Erstellung von Programmen für Responsen geübt, an denen man nach der Therapie arbeiten wird.

*Hinweis.* Die Erstellung eines Programms nach der Broschüre *Anforderungen, Aktivitäten und Bewertung* erfordert auf kognitivem Niveau von den Teilnehmern viel Einsatz. Der Therapeut muss daher darauf achten, bei seinen Anforderungen zwischen den Teilnehmern zu differenzieren. Manche Mitglieder einer Gruppe erstellen recht schnell hervorragend ausgearbeitete Programme, während man bei anderen bereits zufrieden ist, wenn sie in der Lage sind, ein Endziel zu formulieren, die Aktivitäten in einzelne Schritte zu unterteilen und ihre erste Anforderung an die Art und Weise anzupassen, in der sie tatsächlich die Aktivität ausführen.

Übrigens ist es unsere Erfahrung, dass auch Teilnehmer mit einem vergleichsweise niedrigen Bildungsniveau (mit Hilfe des Therapeuten und anderer Teilnehmer) in der Lage sind, zu lernen, die Prinzipien anzuwenden. Verdeutlichen Sie, dass es darum geht, die Arbeitsweise zu lernen und nicht, so perfekt wie möglich ausgearbeitete Programme anzufertigen.

Auch bei diesem Schritt ist es wichtig, die verwendete Broschüre *Anforderungen, Aktivitäten und Bewertung* von den Teilnehmern nicht nur lesen zu lassen, sondern auch in der Sitzung zu besprechen. In allen Phasen der Programmerstellung geben wir schriftliche Beispiele zu den Hausaufgaben mit, basierend auf den Hausaufgaben ehemaliger Teilnehmer. Auch hier ist es im Prinzip möglich, diesen Teil lediglich mit Hilfe von Hausaufgaben und Hausaufgabenbesprechungen zu behandeln. Manchmal kann es jedoch erforderlich sein, zur weiteren Ausarbeitung und Verdeutlichung zusätzliche Übungszeit einzuräumen. Dabei können Beispiele des Therapeuten und der Teilnehmer nützlich sein und können die Teilnehmer sich gegenseitig helfen. In Kasten 30 wird ein Beispiel für den Sitzungsaufbau in der Selbstkontrollphase wiedergegeben. Kasten 31 zeigt einen kompletten Satz der dazugehörigen Hausaufgaben.

## Kasten 30. Sitzungsaufbau in der Selbstkontrollphase (ab der fünfzehnten Sitzung)

Bei der Hausaufgabenbesprechung liest ein Teilnehmer sein Programm vor, das er für die Respons aufgestellt hat, und berichtet anschliessend über eine seiner Übungssituationen für die betreffende Respons. Danach verläuft die Hausaufgabenbesprechung in der weiter oben beschriebenen Weise.

Das Thema der Sitzung wird (in diesem Falle) durch das Üben zur Respons ‚sich anerkennend über sich selbst äussern‘ bestimmt.

In der Sitzung werden gemeinsam die Ziele, die man mit der ‚Äusserung von Anerkennung für sich selbst‘ haben kann, inventarisiert.

Danach werden gemeinsam Kriterien für die ‚Äusserung von Anerkennung für sich selbst‘ formuliert.

In dieser Phase des SKTs kann das Modelllernen durch den Therapeuten weggelassen werden. Statt dessen findet in der Gruppe mit Hilfe der Kriterien über mögliche Formen des Verhaltens ein Brainstorming statt, wonach jeder Teilnehmer der Reihe nach in der weiter oben beschriebenen Weise übt.

Bei den Hausaufgaben werden die Teilnehmer gebeten, das Programm, das sie für diese Sitzung zur Respons ‚sich anerkennend über sich selbst äussern‘ angefertigt haben, kritisch zu betrachten und eventuell anzupassen bzw. zu erweitern. Danach üben sie in der kommenden Woche mit den Situationen aus ihrem Programm, wobei selbstverständlich ein Protokoll angefertigt wird.

Die Sitzungsevaluation findet in gewohnter Weise statt.

### Kasten 31. Hausaufgaben zu einer der Selbstkontrollsitzen (ab der fünfzehnten Sitzung)

- 
1. *Passen Sie das Programm für ‚sich anerkennend über sich selbst äussern‘ an Ergänzen Sie insbesondere Ihre Rangordnung der Übungssituationen. Üben Sie danach mit den zwei einfachsten Situationen Ihrer Rangordnung. Schreiben Sie mit Hilfe folgender Punkte ein Protokoll über die geübten Situationen (siehe weiter Kasten 26).*
  2. *Füllen Sie wieder eins der beigefügten Selbstbeobachtungsformulare aus, wobei Sie angeben, ob Sie die Responsen ausgeführt haben oder nicht. Geben Sie nächste Woche wieder ein Exemplar der Formulare ab, das andere behalten Sie selbst.*
  3. *Üben Sie weiterhin die Responsen, die bisher behandelt worden sind. Fertigen Sie jedes Mal ein Protokoll über die Übungssituation an. Wenn Sie möchten, können Sie diese Berichte einreichen.*
  4. *Die Respons, die in der nächsten Sitzung geübt wird, ist ‚auf ein Kompliment reagieren‘.*
    - *Versuchen Sie, sich für das nächste Mal zu überlegen, was Sie in bezug auf ‚reagieren auf ein Kompliment‘ erreichen wollen.*
    - *Denken Sie dann darüber nach, welche Punkte Ihres eigenen Verhaltens wichtig sein könnten, wenn Sie auf ein Kompliment reagieren.*
    - *Fertigen Sie nun eine Rangordnung mit 6 Situationen zum Üben mit ‚reagieren auf ein Kompliment‘. Erstellen sie danach mit Hilfe der Broschüre Anforderungen, Aktivitäten und Bewertung ein Programm für ‚Reagieren auf ein Kompliment‘.*

## 5.7 Fading Out

In den letzten Sitzungen werden die Interventionen des Therapeuten immer weiter zurückgenommen und es wird von den Teilnehmern eine zunehmende Verantwortung gefordert. Aus diesem Grunde wird die Sitzungsfrequenz von wöchentlich auf monatlich vermindert und die lenkende Rolle des Therapeuten immer weiter eingeschränkt. Diese dreimonatige Periode ist als Übergangsphase zum vollständig selbstständigen Arbeiten gedacht.

*Arbeitsweise.* In der letzten wöchentlichen (siebzehnten) Sitzung wird die Behandlung evaluiert im Hinblick auf das, was die Teilnehmer gelernt haben (siehe 6 Evaluation). Ausserdem werden

Vorhaben formuliert, an denen im kommenden Monat, in dem keine Sitzungen stattfinden, gearbeitet werden soll. Die Vorsätze für diese Periode müssen sowohl auf den Inhalt dessen beziehen, was man tun will, als auch auf die Arbeitsweise, die man anwenden will. Während der ersten Periode, die ungefähr einen Monat dauert, wird die Selbstregistrierung der Responen fortgesetzt: wöchentlich schicken die Teilnehmer ihre Registrierungsformulare zu und erhalten neue zugeschickt. Falls sie wollen, können die Teilnehmer Protokolle ihrer Programme zuschicken. In diesem Fall wird auch das Feedback des Therapeuten schriftlich gegeben.

Bei der ersten monatlichen (achtzehnten) Sitzung berichten die Teilnehmer über die letzte Periode. Dabei berichten sie, was ihnen gut gelungen ist, was weniger gut geklappt hat, und wie sie damit umgegangen sind. Ausserdem werden neue Vorhaben formuliert, an denen in der folgenden Periode gearbeitet werden soll und auf welche Weise dies geschehen soll. In dem SKT wird in dieser Sitzung meistens die Respons ‚Kritik äussern‘ behandelt. In dieser Behandlungsphase wird verbale Wiederholung statt Verhaltenswiederholung beim Üben der Responen angewendet (siehe 4.4).

In der zweiten Phase, die ungefähr einen Monat dauert, werden die Registrierungsformulare nur noch für einen Teil des Tages (Morgen, Mittag oder Abend) ausgefüllt und wöchentlich zugeschickt. Nach Empfang werden neue Formulare zugeschickt. Protokolle der Programme und Teile davon können, wenn gewünscht, zugeschickt werden, aber es wird kein Feedback mehr gegeben.

Die zweite monatliche (neunzehnte) Sitzung besteht aus denselben Teilen wie die vorherige Sitzung. Nun wird die Respons ‚auf Kritik reagieren‘ mit Hilfe verbaler Wiederholung geübt (siehe 4.4). In der letzten Periode des Monats werden die Registrierungsformulare nach Wahl ausgefüllt, jedoch nicht mehr zugeschickt. Die letzte (zwanzigste) Sitzung wird der Evaluation der letzten drei Monate gewidmet.

*Hinweise.* Diese Follow-up Periode bedeutet für viele Teilnehmer eine Konfrontation mit ihren Selbstkontrollfähigkeiten. So zeigt sich, dass es vor allem während des ersten Monats schwierig ist, weiterhin strukturiert zu üben. Nicht nur der Druck der wöchentlichen Sitzungen, sondern auch die Struktur fällt weg.

Teilnehmer empfinden die erste monatliche Sitzung dann auch oft als Stimulans, die sie sich wieder auf ihre Ziele besinnen lässt. In dieser Sitzung berücksichtigt man bei den Vorhaben für die neue Periode die Erfahrungen und Schwachstellen der ersten Periode. Eine Gefahr für Therapeuten besteht darin, hierin zuviel lenken zu wollen; dem Teilnehmer wird dadurch nicht bei der Übernahme der *eigenen* Verantwortung geholfen.

## 6 Evaluation

### 6.1 Einleitung

Auf Evaluation kann in keiner Behandlung verzichtet werden. Man kann mit Hilfe standardisierter Tests evaluieren, aber auch mit Hilfe kurzer Fragebögen oder mündlicher Evaluation. Wir besprechen im Folgenden erst die Feststellung der Effektivität des SKTs und danach die schriftliche und mündliche Evaluation durch die Teilnehmer als Bestandteil des Behandlungsprozesses.

### 6.2 Behandlungseffekt

Zur Feststellung des Behandlungseffektes verwenden wir den FUA (Anspannungs- und Frequenzskalen), der zu drei Zeitpunkten durch die Teilnehmer ausgefüllt wird<sup>⊗</sup>

- (a) vor Beginn des SKTs (Vormessung);
- (b) in der Woche der siebzehnten Sitzung (Nachmessung);
- (c) in der Woche der zwanzigsten Sitzung (drei Monate nach der siebzehnten Sitzung; Follow-up).

Für Tests, die sich auf andere Aspekte sozialen Verhaltens beziehen, verweisen wir auf unsere Effektivitätsstudien.

Interpretation und Rückkopplung eventueller Unterschiede zwischen Vor- und Nachmessung bzw. der Follow-up Messung erfordern die besondere Aufmerksamkeit des Therapeuten. Ein Behandlungsziel ist immerhin, dass die Teilnehmer lernen, sich selbst und andere besser zu beobachten. Für die Nachmessung bzw. die Follow-up Messung kann dies bedeuten, dass die Items unter einem anderen Gesichtspunkt beurteilt werden als bei der Vormessung. Auch kann sich durch ein SKT die Qualität des Verhaltens geändert haben, so dass die Ausführungsfrequenz bei der Nachmessung bzw. der Follow-up Messung eine etwas andere Bedeutung hat als bei der Vormessung.

Schliesslich ist es möglich, da das SKT sich auf Responen und Anspannung in sozialen Situationen richtet, dass eine reduzierte Vermeidung sozialer Situationen zunächst eine Zunahme des Wertes auf der Anspannungsskala zur Folge hat. Will man von einem Effekt der Behandlung sprechen, dann muss der Wert auf der Anspannungsskala nach einiger Zeit wieder abnehmen, während der Wert auf der Frequenzskala konstant bleibt bzw. zunimmt.

### 6.3 Beurteilung des eigenen Einsatzes

Neben einer Evaluation der Effektivität einer Behandlung hinsichtlich sozialer Angst und sozialer Responen halten wir es für wichtig, dass die Teilnehmer bei dem, was sie in der Behandlung gelernt haben, verweilen und sich überlegen, wie sie mit dem Erlernten nach der Behandlung umgehen werden. Mit dieser Prozessevaluation wollen wir die Teilnehmer dazu anregen, an dem, was sie in der Behandlung gelernt haben, weiterzuarbeiten. Für den Therapeuten ist es wichtig, Informationen darüber zu bekommen, wie die Teilnehmer die Arbeitsweise und den allgemeinen Verlauf erlebt haben. Um diese Prozessevaluation einigermaßen zu strukturieren, verwenden wir Evaluationsskalen, bei denen die Teilnehmer mit Hilfe einer 5-Punkte Skala eine Anzahl Äusserungen beurteilen (siehe Kasten 32 und 33), die sich unter anderem beziehen auf:

- den eigenen Ansatz;
- das Ausmass, in dem die Ziele erreicht sind;
- Relevanz der Instruktions- und Informationsbroschüren;
- Frequenz und Dauer der Sitzungen;
- das Ausmass, in dem die verschiedenen Komponenten eine Verhaltensänderung vereinfacht haben.

#### Kasten 32. Evaluationsskalen zur Nachmessung und Follow-up Messung

*Geben Sie bei jeder Äusserung an, inwieweit sie auf Sie zutrifft, indem Sie die betreffende Zahl einkreisen (von 1 = gar nicht bis 5 = in hohem Masse).*

##### Nachmessung

1. Ich habe aktiv an der sozialen Kompetenztraining teilgenommen
2. Ich habe viel gelernt indem ich *selbst* Verhaltensweisen geübt habe.
3. Ich habe gelernt, besser wahrzunehmen, was andere sagen oder tun.
4. Durch das, was ich in der Therapie gelernt habe, gehe ich auf zufriedenstellendere Weise mit anderen um.
5. Ich habe gelernt, Programme aufzustellen, mit denen ich selbständig soziale Responen üben kann.
6. Ich weiss jetzt besser, welche Ziele ich selbst im Umgang mit anderen habe.
7. Ich habe gelernt, angemessene Anforderungen an mich zu stellen und mehr Anerkennung für mich zu haben.
8. Ich habe gelernt, anderen direkter zu vermitteln, was ich will oder was ich von irgendetwas halte.
9. Ich kann für mich selbst klar formulieren, was ich an meinem Verhalten noch ändern möchte.
10. Ich habe das Gefühl, dass ich selbständig an dem weiterarbeiten kann, was ich in der Behandlung gelernt habe.
11. Ich zeige mehr Initiative im Umgang mit anderen.
12. In der letzten Zeit empfinde ich weniger Anspannung in sozialen Situationen.
13. Ich finde die verwendeten Informationsbroschüren klar verständlich.
14. Ich bin zu Beginn der Behandlung ausreichend darüber informiert worden, was in der Behandlung stattfinden soll
15. Ich finde, dass die in der Therapie geübten Responen gut auf die Probleme, die ich im Umgang mit anderen habe (bzw. hatte), abgestimmt sind.
16. Ich finde die zur Verfügung stehende Sitzungszeit ausreichend.
17. Ich finde, dass in den Sitzungen genug geübt wurde.
18. Ich habe sehr davon profitiert, dass ich eigene Verhaltensziele wählen musste, an denen ich besonders gearbeitet habe.

##### Follow-up

- |     |   |
|-----|---|
| 1.  | Ich profitiere noch immer von den Verhaltensweisen, die ich während der Behandlung geübt habe.                        |
| 2.  | Ich habe das Gefühl, das ich <i>selbständig</i> das, was ich in der Behandlung gelernt habe, weiter ausarbeiten kann. |
| 3.  | Ich kann selbst ein Programm für soziale Responses aufstellen, die ich noch üben möchte.                              |
| 4.  | Ich vermeide jetzt seltener soziale Situationen als bei Beendigung der wöchentlichen Sitzungen.                       |
| 5.  | Ich nehme nun besser wahr, wie Leute in meiner Umgebung Probleme im Umgang mit anderen lösen.                         |
| 6.  | Ich arbeite noch immer Programme aus, die ich während der Behandlung aufgestellt habe.                                |
| 7.  | Ich zeige mehr Initiative im Umgang mit anderen.  |
| 8.  | In letzter Zeit empfinde ich weniger Anspannung in sozialen Situationen.  |
| 9.  | Ich kann deutlich formulieren, was ich noch an meinem Verhalten ändern möchte.  |
| 10. | Ich habe neue Programme aufgestellt, um Responses zu üben, die <i>nicht</i> in den Sitzungen behandelt worden sind.   |
| 11. | Wenn ich zu hohe Anforderungen an mich stelle, kann ich das ändern.   |
| 12. | Wenn ich eine soziale Respons übe, frage ich mich vorher, was ich in dieser Situation erreichen will.                 |

*Arbeitsweise.* In beiden Evaluationssitzungen (die siebzehnte und zwanzigste Sitzung) findet anhand der Beurteilung auf den Evaluationsskalen eine mündliche Gruppenevaluation statt. Dazu werden erst zu jedem Item die Punkte aller Teilnehmer auf einer Tafel oder Flip-Chart inventarisiert, wonach die Teilnehmer ihre Bewertung erläutern. Es geht dabei um eine Erläuterung dessen, was man gelernt hat, nicht darum, Rechenschaft abzulegen. Aus Zeitgründen brauchen während der Gruppenbesprechung nicht alle Items besprochen zu werden. Danach fordert der Therapeut jeden Teilnehmer dazu auf, zu explizieren, was er gelernt hat *und* wie er das Erlernte weiter ausarbeiten will.

Die Teilnehmer geben einander positives Feedback und machen weitere Vorschläge, an die der Therapeut anknüpft. Auf diese Weise stellt die Gruppenevaluation einen lehrreichen und angenehmen Abschluss der Behandlung dar.

Kasten 33. Bewertungsliste hinsichtlich der Fortschritte in den sozialen Responses bei der Nachmessung und der Follow-up Messung

*Geben Sie bei jeder der folgenden Responses an, inwieweit Sie der Meinung sind, darin Fortschritte erzielt zu haben. Kreisen Sie die betreffende Zahl ein (von 1 = ich bin noch am Anfang bis 5 = ich habe mein Endziel erreicht).*

- |     |   |
|-----|---|
| 1.  | Anerkennung für mich selbst äussern                       |
| 2.  | Anerkennung gegenüber dem anderen für den anderen äussern |
| 3.  | auf Anerkennung reagieren                                 |
| 4.  | etwas weigern   |
| 5.  | auf eine Weigerung reagieren                              |
| 6.  | Kritik äussern  |
| 7.  | auf Kritik reagieren                                      |
| 8.  | ein Gespräch anknüpfen                                    |
| 9.  | jemanden einladen   |
| 10. | Abschied nehmen /einen Kontakt abbrechen                  |
| 11. | meine eigene Meinung sagen                                |
| 12. | mich selbst behaupten                                     |
| 13. | Informationen erfragen                                    |
| 14. | eine Bitte äussern  |
| 15. | ein Angebot machen  |
| 16. | auf ein Angebot eingehen                                  |

#### 6.4 Abschliessende Bemerkungen

Innerhalb dem Bereich, das wir als Ausgangspunkt gewählt haben, sind natürlich Variationen möglich. Obwohl wir von Behandlungsgruppen mit einem oder zwei Therapeuten ausgehen, ist es unsere Erfahrung, dass dieses Behandlungsmodell auch gut bei individuellen Behandlungen anwendbar ist. Ein Vorteil des individuellen SKTs ist, dass die Auswahl und Reihenfolge der sozialen Responen ganz auf den Patienten abgestimmt werden kann. Ein wichtiger Punkt bei einem individuellen SKT ist, dass der Therapeut dazu neigen kann, die Funktion der Gruppe zu übernehmen, wodurch sein Anteil im Lernprozess des Patienten/Klienten zu gross wird. Für eine Anwendung zu zweit müssen manche Verfahrensweisen angepasst werden; ein Beispiel dafür ist die Zuhörübung.

Ansonsten ist es gut möglich, das Behandlungsmodell nicht in einer geschlossenen, sondern in einer offenen Behandlungsgruppe anzuwenden. Dies stellt jedoch höhere Anforderungen an den Therapeuten, da der Zu- und Abgang der Teilnehmer die Handhabung eines systematischen Aufbaus um einiges erschwert. Diesem Problem kann auf verschiedene Weise begegnet werden: durch die Ausarbeitung von Modulen, durch Zulassung neuer Teilnehmer zu bestimmten Zeitpunkten und durch Aufforderung an erfahrene Teilnehmer, bei der Einarbeitung neuer Teilnehmer zu helfen.

Bei der Planung eines SKTs für eine andere Population raten wir, erst zu untersuchen, welches die wichtigsten sozialen Responen und Situationen sind und welche Bedeutung sie haben. So kann die Respons ‚eine Bitte äussern‘ für Menschen mit einer körperlichen Behinderung eine andere Bedeutung haben als für psychiatrische Patienten. Auch kann es notwendig sein, manche Elemente des SKTs anders auszuarbeiten. Wir denken dabei an die Wahrnehmung sozialer Interaktionen (z.B. bei Patienten mit psychotischen Symptomen) oder Diskrimination hinsichtlich sozialer Situationen (z.B. bei geistig Behinderten).

Schliesslich können kürzere Varianten des SKTs opportun sein. Dies ist der Fall, wenn das Üben einer geringen Anzahl sozialer Responen ausreicht. Bei Populationen, bei denen zwar zwanzig Sitzungen nötig, aber zu belastend sind, kann man das SKT auch in gesonderte Modulen unterteilen, die in einer bestimmten Reihenfolge absolviert werden.

Das hier beschriebene SKT wurde mit Patienten mit verschiedenartigen und häufig chronischen psychiatrischen Störungen erarbeitet und getestet. Dies spiegelt sich in der Wahl der Elemente der Behandlung und der Weise, in der dieses Lernprozess gesteuert wird, wider. Das SKT gehört im Repertoire der Verhaltenstherapien zu den komplexeren Behandlungen. Um diese Komplexität so verständlich wie möglich zu machen, haben wir die verschiedenen Schritte für Therapeuten und



Patienten stets so konkret wie möglich beschrieben. Es wäre jedoch ein Kunstfehler, das hier beschriebene Behandlungsmodell wortwörtlich zu übernehmen. Was wir hier darstellen wollen, ist als Richtschnur für Verhaltenstherapeuten gedacht, die ein SKT ausführen bzw. verbessern wollen. Jede Behandlung, auch ein SKT, muss in bezug auf Inhalt und Verfahrensweise an den Patienten und die Situation, in dem die Behandlung stattfinden soll, angepasst werden. Die Anfänger in der Verhaltenstherapie bietet dieses Buch Beispiele wie ein verhaltenstherapeutische Gruppenbehandlung beschrieben werden kann. Wir betonen das dieses Buch nicht für Laien geschrieben ist und wir hoffen dass das hier beschriebene Gerüst zu einer professionellen Anwendung des SKTs bei verschiedenen Populationen beiträgt.

## Literatur

- Alberti, R. E., & Emmons, M.L. (1974, 1995). *Your perfect right. A guide to assertive behavior*. Impact, San Luis Obispo.
- Alden, L., & Safran, J. (1978). Irrational beliefs and non-assertive behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 357-364.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM (4th edition)*. Washington DC: APA.
- Amies, P.L., Gelder, M.G., & Shaw, P.M. (1983). Social phobia: a comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179
- Asendorf, J.B. (1990). Beyond social withdrawal: shyness, unsociability, and peer avoidance. *Human Development*, 33, 250-259.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bartling, G., Echelmeyer, L., Engberding, M., & Krause, R. (1996). *Problemanalyse im therapeutischen Prozess* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Becker, P. (1982, 1997). *Interaktions-Angst-Fragebogen (IAF)*. Göttingen: Hogrefe.
- Beidel, D.C., & Turner, S.M. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: APA.
- Bellack, A.S., & Hersen, M. (1979). *Research and practice in social skills training*. New York: Plenum Press.
- Brenner, H.D. (1986). Zur Bedeutung von Basisstörungen für die Behandlung und Rehabilitation. In: W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg). *Bewältigung der Schizophrenie*. Bern: Huber.
- Bryant, B., Trower, P., Yardley, K., Urbietta, K., & Letemendia, F.J. (1976). A survey of social inadequacy among psychiatric patients. *Psychological Medicine*, 6, 101-112.
- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P., & Gelder, M. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 642-650.
- Chapman, T.F., Mannuzza, S., & Fyer, A.J. (1995). Epidemiology and family studies of social phobia. In: R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, & F.R. Schneier (Eds.) *Social phobia. Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 21-40). New York: The Guilford Press.
- Clark, D.M., & Arkowitz, H. (1975). Social anxiety and self-evaluation of interpersonal

performance. *Psychological Reports*, 36, 211-221.

Corrigan, P.W. (1991). Social skills training in adult psychiatric populations: a meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 203-210.

Curran, J.P., Miller, I.W., Zwick, W.R., Monti, P.M., & Stout, R.L. (1980). The socially inadequate patient: incidence rate, demographical and clinical features, hospital and post-hospital functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 375-382.

Dam-Baggen, R. van, Van Heck, G.L., & Kraaimaat, F. (1992). Consistency of social anxiety in psychiatric patients: properties of persons, situations, response classes, and types of data. *Anxiety, Stress and Coping*, 5, 285-300.

Dam-Baggen, R. van, & Kraaimaat, F. (1986). A group social skills training program with psychiatric patients: outcome, drop-out rate and prediction. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1161-169.

Dam-Baggen, C.M.J. van, & Kraaimaat, F.W. (1987a). Aspects of social anxiety and situational specificity in psychiatric patients. In: P. Dauwalder, M. Perrez & V. Hobi (Eds.). *Controversal Issues in Behavior Modification*. Annual Series of European Research in Behaviour Therapy (2nd volume). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.

Dam-Baggen, C.M.J. van, & Kraaimaat, F.W. (1987b, 2000b). *Handleiding bij de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA)* [Anleitung zum Fragebogen Umgang mit Anderen; FUA]. Lisse: Swets & Zeitlinger

Dam-Baggen, R. van, & Kraaimaat, F. (1994). Sociaal functioneren en sociaalvaardigheidstherapie bij psychiatrische patiënten [Soziales Funktionieren und soziale Fähigkeitstherapie bei psychiatrischen Patienten]. *Gedragstherapie*, 27, 19-32.

Dam-Baggen, R. van, & Kraaimaat, F. (1999). Assessing social anxiety: The Inventory of Interpersonal Situations (IIS). *European Journal of Psychological Assessment*, 15, 25-38.

Dam-Baggen, R. van, & Kraaimaat, F. (2000a). 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.

Dam-Baggen, R. van, & Kraaimaat, F. (2000c). Social skills training in two subtypes of psychiatric patients with generalized social phobia. *Skandinavian Journal of Behavior Therapy*, 29, 1-7.

Dam-Baggen, C.M.J. van, & Kraaimaat, F.W. (2000d). *Sociaalvaardigheidstherapie: een cognitief gedragstherapeutische groepsbehandeling*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum

Dam-Baggen, R. van, & Kraaimaat, F. (2001). Fragebogen Umgang mit Anderen (FUA). In: J. Hoyer & J. Margraf (Hrsg). *Angstdiagnostik – Grundlagen und Testverfahren*. Berlin: Springer

Verlag.

Degonda, M., & Angst, J. (1993). The Zurich study: social phobia and agoraphobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 243, 95-102.

Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90: administration, scoring and procedure manual for the revised version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit.

Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M.H. (Hrsg) (1993). *Weltgesundheitsorganization: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinische-diagnostische Richtlinien (2 Auflage)*. Bern: Huber.

DiNardo, P.A., Brown, T.A., & Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version. (ADIS-IV0L)*. Albany, NY: Garywind Publications.

D'Zurilla, T. (1986). *Problem solving therapy. A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer.

Eisler, R.M., Hersen, M., & Miller, P.M. (1973). Effects of modeling on components of assertive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 4, 1-16.

Ellis, A., & Grieger, R.M. (1986). *Handbook of rational-emotive therapy (vol. 2)*. New York: Springer.

Feske, U., & Chambless, D.L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.

Fischetti, M., Peterson, J.L., Curran, J.P., Alkire, M., Perrewe, P., & Arland, S. (1983). Social cue discrimination versus motor skill: a missing distinction in social skills assessment. *Behavioral Assessment*, 6, 27-31.

Franke, G. H. (1992). Eine weitere Überprüfung der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) als Forschungsinstrument. *Diagnostica*, 38, 160-167.

Franke, G. (1995). *Die Symptom-Scheckliste von Derogatis- Deutsche Version (SCL-90-R)*. Göttingen: Beltz.

Fydrich, T., Chambless, D.L., Perry, K.J., Bürgener, F., & Beazley, M.B. (1998). Behavioral assessment of social performance: A rating system for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 995-1010.

Fydrich, T., Geyer, M., Hessel, A., Sommer, G., & Brähler, E. (1999). Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 45, 212-216.

Fydrich, T. (2000). *Inventar zur sozialen Phobie: deutschsprachige Version des 'Social Phobia and Anxiety Inventory'*. Göttingen: Hogrefe.

Gagné, R.M. (1973). *The conditions of learning*. London: Holt, Rinehart & Winston.

Hayes, R.L., Halford, W.K., & Varghese, F.T. (1995). Social skills training with chronic schizophrenic patients: effects on negative symptoms and community functioning. *Behavior Therapy*, 26, 433-449.

Haynes, S.N. (1992). *Models of causality in psychopathology: toward dynamic, synthetic and nonlinear models of behavior disorders*. New York: MacMillan.

Haynes, S.N., Uchigakiuchi, P., Meyer, K., Orimoto, L., Blaine, D., & O'Brien, W.H. (1993). Functional analytic causal models and the design of treatment programs: concepts and clinical applications with childhood behavior problems. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 189-205.

Hautzinger, M. (1996). Verhaltens- und Problemanalyse. In: M. Linden & M. Hautzinger. *Verhaltenstherapiemanual*. Berlin: Springer.

Henderson, S. (1984). Interpreting the evidence on social support. *Social Psychiatry*, 19, 49-52.

Kanfer, F.H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In: F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change. A textbook of methods* (pp. 305-360). New York: Pergamon Press.

Kanter, N.J., & Goldfried, M.R. (1979). Relative effectiveness of rational restructuring and self-control desensitisation in the reduction of interpersonal anxiety. *Behavior Therapy*, 10, 472-490.

Kaplan, D.A. (1982). Behavioral, cognitive and behavioral-cognitive approaches to group assertion training therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 301-314.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshelman, S., Wittchen, H., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

Kuperminc, M., & Heimberg, R.G. (1983). Consequence probability and utility as factors in the decision to behave assertively. *Behavior Therapy*, 14, 637-646.

Lang, P.J. (1971). The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 75-125). New York: Wiley.

Lazarus, A.A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw Hill.

Lazarus, A.A., & Fay, A. (1975). *I can if I want to*. New York: William Morrow and Cie.

Leary, M.R., & Kowalski, R.M. (1995). *Social anxiety*. New York: Guilford Press.

Liberman, R.P. (1982). *Assessment of social skills*. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 62-82.

Liberman, R.P., DeRisi, W.J., & Mueser, K.T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. New York: Pergamon Press.

Libet, J., & Lewinsohn, P.M. (1973). The concept of social skill with special references to the behavior of depressed persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 304-312.

Linehan, M.M. (1979). Structured cognitive-behavioral treatment of assertion problems In: P.C. Kendall & S.D. Hollon (Ed.), *Cognitive-behavioral interventions. Theory, research and procedures* (pp. 205-241). New York: Academic Press.

Margraf, J., Schneider, S., & Ehlers, A. (Hrsg) (1994). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS) (2 Aufl.)*. Berlin: Springer.

Marshall, J.R. (1994). The diagnosis and treatment of social phobia and alcohol abuse. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, Supplement A, 58-65.

McFall, M.E., Winnett, R.L., Bordewick, M.C., & Bornstein, P.H. (1982). Non-verbal components in the communication of assertiveness. *Behavior Modification*, 6, 121-140.

Monti, P.M., & Fingeret, A.L. (1987). Social perception and communication skills among schizophrenics and nonschizophrenics. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 197-205.

Morrison, R.L., & Bellack, A.S. (1981). The role of social perception in social skill. *Behavior Therapy*, 12, 69-79.

Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley

Nezu, A.M., & Nezu, C.M. (1993). Identifying and selecting target problems for clinical interventions: a problem-solving model. *Psychological Assessment*, 5, 254-263.

Norton, P.J., & Hope, D.B. (2001). Analogue observational methods in the assessment of social functioning in adults. *Psychological Assessment*, 13, 59-72.

Penn, D.L., Hope, D.A., Spaulding, W., & Kucera, J. (1994). Social anxiety in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 11, 277-284.

Pfingsten, U. (1987). Langzeiteffekte des Gruppentrainings Sozialer Kompetenzen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 35, 211-218.

Pilkonis, P.A. (1977). Shyness, public and private, and its relationship to other measures of social behavior. *Journal of Personality*, 45, 585-595.

Pitcher, S.W., & Meikle, S. (1980). The topography of assertive behavior in positive and negative situations. *Behavior Therapy*, 11, 532-547.

Rachman, S. (1993). A critique of cognitive therapy for anxiety disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 279-288.

Reinecker, H. (1998). Soziale und spezifische Phobien. In: H. Reinecker (Hrsg), *Lehrbuch der Klinische Psychologie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

- Rose, S., & Smokowski, P. (2001). *Working with adults in groups (2nd edition)*. Beverly Hills, CA: Sage Publishing Co.
- Rubin, K.H., & Asendorf, J.B. (Eds.) (1993). *Social withdrawal, inhibition and shyness in childhood*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Scheele, B. (1981). *Selbstkontrolle als kognitive Interventionsstrategie*. Basel: Edition Psychologie.
- Schneider, S., & Margraf, J. (1998). Klassifikatorische Diagnostik, Strukturierte Interviews und Therapieindikationen. In: H. Reinecker (Hrsg). *Lehrbuch der Klinische Psychologie*. Göttingen: Hogrefe Verlag (S 47-78)
- Scholing, A., & Emmelkamp, P.M.G. (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 667-681.
- Schulte, D. (1995). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1987). *Stress, Angst und Hilflosigkeit*. Stuttgart: Enke.
- Sommer, G., & Fydrich, T. (1991). Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SozU). *Diagnostica*, 37, 160-178.
- Turner, S.M., Beidel D.C., Borden, J.W., Stanley, M.A., & Jacob, R.G. (1991). Social Phobia: Axis I and II correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 102-106.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V., & Stanley, M.A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40.
- Ullrich de Muynck, R., & Ullrich, R. (1976). *Das Assertiveness-Trainings-Programm ATP. Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz (3 Bde)*. München:Pfeiffer.
- Ullrich, R., & Muynck, R. de (1998). *ATP: Anleitung für den Therapeuten. Einüben von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz*. München: Pfeiffer.
- Wolpe, J. (1958, 1979). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wolpe, J., & Lang, P.J. (1964). A Fear Survey Schedule for use in behavior therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27-30.
- Zigler, E., & Glick, M. (1986). *A developmental approach to adult psychopathology* (p. 43-67). New York: John Wiley and Sons.
- Zimbardo, P.G. (1977). *Shyness, what it is, what to do about it*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Zimbardo, P.G. (1994). *Nicht so schüchtern*. München: Landsberg.

## Anhänge

### Anhang 1 Therapievertrag

In dieser Therapie arbeiten Sie an Problemen im Umgang mit anderen, indem Sie Ihre sozialen Verhaltensweisen erweitern und verbessern. Eine systematische Arbeitsweise ist eine wichtige Voraussetzung für einen Behandlungserfolg. Aus diesem Grund bauen wir in dieser sozialen Kompetenztraining immer auf den vorhergehenden Sitzungen auf.

Auch müssen Sie als Teilnehmer klare Ziele haben und mit persönlichem Einsatz an der Veränderung Ihres Verhaltens arbeiten (was sie denken, tun und fühlen). Veränderung kostet Zeit und Mühe und geht nicht von selbst. Es erfordert viel Einsatz, Zeit und eine aktive Einstellung. Wir erwarten darum, dass Sie aktiv teilnehmen, Initiativen ergreifen und sich an Vereinbarungen halten. Mit einer solchen Einstellung vergrössern Sie die Chance auf ein erfolgreiches Ergebnis. Um mit solch einer Haltung an der Behandlung teilnehmen zu können, ist es notwendig, dass Sie wissen, was wir von Ihnen erwarten. Darum haben wir in diesem Vertrag eine Anzahl Vereinbarungen aufgenommen, an die Sie sich halten müssen, wenn Sie an der Behandlung teilnehmen.

1. Ziel der Behandlung ist, dass Sie leichter mit anderen Menschen umgehen können. Dieses Ziel wollen wir erreichen, indem auf konkrete und klare Weise Folgendes gelernt wird:

- Ihre eigene Meinung zu vertreten;
- selbstbewusst aufzutreten;
- für Ihre Recht einzutreten ohne aggressiv zu werden;
- Kritik zu äussern und zu erhalten;
- ein Gespräch anzuknüpfen und aufrechtzuerhalten;
- Anerkennung zu äussern und zu erhalten.

Auch wird an einer besseren Abstimmung der Gedanken auf Tatsachen und Geschehnisse gearbeitet. Ein anderer Arbeitspunkt ist die Abstimmung von Erwartungen und Anforderungen auf das, was Sie im gegebenen Augenblick leisten können.

2 In dieser sozialen Kompetenztraining beschäftigen wir uns *nur* mit dem ‚Umgang mit anderen‘. Die Behandlung möglicher anderer Probleme liegt ausserhalb des Bereichs dieser Behandlung.

3 Die Behandlung findet in einer Gruppe mit ungefähr sechs bis acht Teilnehmern statt und wird von ....., klinischer Psychologe/Verhaltenstherapeut geleitet.

4 Die Behandlung besteht aus 20 Sitzungen, die jeweils anderthalb Stunden dauern.



Siebzehn Sitzungen finden wöchentlich statt, die letzten drei Sitzungen monatlich. Die Sitzungen finden ..... (Wochentag) von ... bis ..... Uhr statt, und zwar an folgenden Daten: ..... Die drei monatlichen Sitzungen werden in Absprache mit Therapeut und Teilnehmern vereinbart.

5 Sie verpflichten sich, an *allen* Sitzungen teilzunehmen. Wenn Ihnen dies aus dringlichen Gründen nicht möglich sein sollte, sagen Sie mit Angabe der Gründe bis ungefähr eine halbe Stunde vor Beginn der Sitzung im Sekretariat (Tel.:.....) ab.

6 Die Sitzungen finden in Zimmer .... statt. Vor der Sitzung warten Sie im Wartezimmer, bis der Therapeut Sie abholt.

7 Sowohl Therapeut als auch Teilnehmer verpflichten sich, pünktlich zur Sitzung zu erscheinen.

8 Sie verpflichten sich, das ausgegebene Informationsmaterial zu lesen und den Inhalt entsprechend der jeweiligen Aufgabenstellung zu erarbeiten.

9 Sie erhalten in den Sitzungen Aufgaben, die dazu gedacht sind, das in der Sitzung Gelernte im Alltag auszuführen. Sie erklären sich bereit, diese sogenannten Hausaufgaben auszuführen und darüber schriftliche Protokolle anzufertigen.

10 Am Ende der wöchentlichen Sitzungen und am Ende der Behandlung werden Ihnen nochmals die Fragebögen vorgelegt, die Sie bereits vor Beginn der Behandlung ausgefüllt haben. Das Ziel dabei ist, auf diese Weise objektiv die Ergebnisse der Behandlung festzustellen.

11 Auch die Teilnehmer verpflichten sich, mit den während der Sitzungen erhaltenen Informationen vertraulich umzugehen.

12 Die Sitzungen werden auf Video und Tonträger aufgenommen; die Aufnahmen werden höchstens bis zur nächsten Sitzung aufbewahrt.

13 Sie verpflichten sich, den Therapeuten zu informieren, wenn Sie neben der sozialen Kompetenztraining Kontakte mit anderen Therapeuten aufnehmen bzw. wenn darin Veränderungen stattfinden.

## Anhang 2 Beobachten<sup>1</sup>

Diese Therapie richtet sich auf eine Verbesserung der Art und Weise, wie Sie mit anderen umgehen. Wenn Sie die Weise, in der Sie mit anderen umgehen, ändern wollen, müssen Sie erst anfangen, genau auf das zu achten, was Sie tun und sagen. Indem Sie sich selbst genau betrachten und sich selbst zuhören, d.h. sich selbst beobachten, wird es leichter, zu bestimmen, was Sie verändern wollen. Um Ihr eigenes Verhalten besser auf das anderer abzustimmen, ist es auch wichtig, zu beobachten, was der andere tut. In dieser Broschüre wird beschrieben, was Beobachtung bedeutet.

*Was ist beobachten?*

*Beobachtung ist eine Beschreibung dessen was man hört und sieht.*

Zum Beispiel kann jemand, der diese Zeichnung betrachtet, sagen, dass das Männchen fröhlich ist. Was er wirklich sieht / beobachtet, ist ein Sammelsurium von Linien und Kreisen, das einem Männchen mit auseinandergespreizten Beinen und schräg nach oben gestreckten Armen ähnelt. Jemand, der sagt: „Dies ist ein fröhliches Männchen“ interpretiert eigentlich. Das heisst, dass er nicht beschreibt, was er tatsächlich sieht, wenn er die Zeichnung betrachtet, sondern das, was er zu sehen meint.

*Interpretieren bedeutet, Situationen (Menschen, Dinge) so zu beschreiben, wie man meint, dass sie sind, wobei man also aus dem, was man tatsächlich sieht und hört, Schlussfolgerungen zieht.*

Ein paar Beispiele für Beobachtungen und Interpretationen

<i>Beobachtung</i>	<i>Schlussfolgerung</i>
Hans hat während dem ganzen Treffen kein Wort gesagt.	Hans ist menschenscheu.
Gerd hat seinen Mund zusammengekniffen und kein Wort zu seinem Chef gesagt.	Gerd ist wütend auf seinen Chef.
Klaus hat eine ‚eins‘ für sein Referat bekommen.	Klaus macht alles gut.
Franz läuft pfeifend durchs Haus.	Franz ist fröhlich.

<sup>1</sup> Van Dam-Baggen, C.M.J. & Kraaimaat, F.W. (2001). Soziales Kompetenztraining: eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenbehandlung sozialer Angst und sozialer Responsen.

Ellen schlägt ihr Kind.	Ellen ist ein gemeiner Mensch.
Rita fing an zu heulen, als der Zahnarzt kam.	Rita ist neurotisch.
Maria sitzt auf dem Stuhl und wippt mit einem Bein.	Maria ist nervös.

Einige der hier beschriebenen Beispiele werden wahrscheinlich bei Ihnen Fragen aufwerfen. Zum Beispiel bei: ‚Gerd ist wütend auf seinen Chef‘ kann man dies doch deutlich an seinem Gesichtsausdruck erkennen! Die Antwort darauf ist, dass man eigentlich nicht *sicher* weiss, ob Gerd auf seinen Chef wütend ist. Vielleicht hat er Angst vor seinem Chef. Was man wohl sieht, ist, dass er seinen Mund zusammenkneift und schweigt. Also: Sie können nicht sehen, dass Gerd wütend ist. Wenn Sie sagen, dass Gerd wütend ist, interpretieren Sie; Sie ziehen eine Schlussfolgerung aus dem, was Sie sehen. Natürlich dürfen Sie sagen, dass Gerd auf seinen Chef wütend ist. Aber etwas anderes ist es, wenn Sie sich selbst verdeutlichen, was Gerd genau macht. Sprechen wir miteinander darüber, was jemand tut, wird für jeden deutlich, worum es sich handelt, wenn wir das Verhalten konkret beschreiben (Beobachtungen). Ein Nachteil von Interpretationen ist ausserdem, dass für dasselbe Verhalten verschiedene Interpretationen möglich sind. Ein Beispiel bei Gerd: er ist wütend / er hat Angst.

#### *Beobachtung in Situationen, an denen Sie emotional beteiligt sind*

Wir haben bisher nur Beispiele besprochen, in denen die Handlungen anderer Leute beobachtet werden. Wenn Sie selbst an einer Situation teilhaben, und Sie fühlen sich z.B. unsicher, wütend, ängstlich oder enttäuscht, dann ist es noch schwieriger, richtig zu beobachten. Betrachten wir einmal, was Karl sagt, der vor kurzem einem Empfang beiwohnte: ‚Das muss man sich mal anhören. Ich war auf einem Empfang und ich wurde keines Blickes gewürdigt‘. Es ist deutlich, dass Karl nicht beschreibt, was er gehört oder gesehen hat. Es ist unwahrscheinlich, dass niemand ihn angesehen hat. Karl hat also interpretiert. Was genau ist passiert? ‚Na, ich kann Dir sagen, ich habe mich richtig schlecht gefühlt. Ich kam rein, habe dem Jubilar die Hand geschüttelt und ihm gratuliert. Ich habe mich umgedreht und sah ungefähr 30 Leute in einem mit Girlanden geschmückten Saal. Diese Leute haben in kleinen Gruppen beieinander gestanden und sich unterhalten. Niemand ist auf mich zu gekommen. Ich habe mich dann nicht mehr getraut, herumzuschauen und habe eine Weile auf den Boden geguckt. Nach fünf Minuten bin ich, ohne irgendwas zu sagen, aus dem Saal gegangen‘.

Dies ist eine Beschreibung dessen, was Karl auf dem Empfang gehört und gesehen hat. Und vielleicht haben Sie nun auch gemerkt, dass sein Bericht Äusserungen enthält wie: ‚Ich habe mich richtig schlecht gefühlt‘ und ‚Ich habe mich nicht mehr getraut, herumzuschauen‘. Dies zeigt, wie Karl sich in dem Augenblick gefühlt hat. Auch eigene Gefühle fallen unter Beobachtungen.

*Beobachtungen sind: Beschreibungen dessen, was man sieht, hört und selbst fühlt.*

Einige Beispiele für Beobachtungen, die sich auf das beziehen, was man fühlt:

- „Ich habe mich während des Examens sehr unsicher gefühlt“.
- „Mir ist schlecht“.
- „Gestern Abend war ich auf meinen Vater wütend“.
- „Das Geschrei von den Kindern nervt mich im Moment“.

In obigen Beispielen wird das Gefühl benannt (z.B. unsicher, schlecht) und deutlich angegeben, dass es sich um das eigene Gefühl handelt („ich“) und wann man sich so gefühlt hat.

Im nächsten Beispiel beschreibt Thomas, was er beim Einkaufen erlebt hat. Thomas' Äusserungen sind sowohl Beobachtungen als auch Interpretationen. Nur die Beobachtungen sind kursiv gedruckt:

„Im Supermarkt war es wieder unmöglich. *Die Frau hinter mir hat mich mit ihrem Einkaufswagen angestossen.* Das kann ich einfach nicht ausstehen. *Ich bin ärgerlich geworden. Dabei habe ich den Mann, der vor mir stand, angestossen. Der hat sich umgedreht und gesagt: „Haben Sie's eilig?“* Ich wäre am liebsten im Erdboden verschwunden. *Mir wurde warm und ich bin gegangen. Die anderen Supermärkte hatten schon zu.* Solche Sachen passieren mir immer wieder. Darüber kann ich so sauer werden“.

### *Aufgaben*

Wir geben noch einige Beispiele, in denen jemand von seinen Erfahrungen berichtet. Versuchen Sie nun, die Beobachtungen zu erkennen indem Sie sie unterstreichen.

1 „Ich kann es nur immer wieder betonen: die Sekretärin wird es nie lernen. Immer dieselben Fehler in ihren Briefen. Ich bin ins Büro der Sekretärinnen gegangen. Sie sagen nichts und gucken nicht mal von ihrem Computer auf. Ich stelle mich vor den Schreibtisch der ‚Übeltäterin‘. und sage „Guten Tag“. Sie guckt nicht hoch, und als ich es noch einmal lauter wiederhole, fragt Sie: „Was ist los?“ Ich werde immer wütender. Mit einem ziemlichen Ruck halt ich ihr den Brief vor und frage sie, was der Satz bedeuten soll. Sie sagt, dass sie ihn noch mal neu schreibt. Davon kann man wirklich missmutig werden.“

2 „Gestern kam auf der Strasse das Mädchen von nebenan entgegen. Das geht immer schief. Sie guckt durch mich hindurch. Ich dachte: „Mal probieren, ob ich sie doch so weit kriege, dass sie

mich anguckt“. Ich sagte: „Guten Abend“. Sie sah auf und guckte sofort wieder in die andere Richtung. Sie findet mich nicht interessant genug.’

3 „Es ist immer dasselbe. Bevor ich es merke, habe ich wieder einen riesigen Berg Arbeit, der erledigt werden muss. Er will mich offensichtlich ärgern. Er kommt zu mir rüber und fragt, ob ich Zeit habe, eben ein paar Briefe zu tippen. Natürlich meint er, dass ich gefeuert werde, wenn ich das nicht mache. Denn er findet ja sowieso, dass ich so langsam arbeite. Das merkt man sofort.’

4 „Niemand mag mich. Gestern habe ich einen Brief von meiner Mutter bekommen, in dem sie nichts anderes geschrieben hat als: „Isst Du auch genug?“, „Lernst Du auch genug?“, „Hast Du Dich bei Deiner Tante schon bedankt?“. Überhaupt nichts Nettes. Als ob es nichts anderes auf der Welt gibt. Jetzt habe ich schon 14 Tage hintereinander jeden Abend allein in meinem Zimmer gegessen, und jetzt dürfen Sie nicht denken, dass irgendjemand mal auf die Idee kommt, mich zu besuchen. Auf jeden Fall habe ich seit 14 Tagen niemand mehr gesehen.’

### Anhang 3 Anforderungen, Aktivitäten und Bewertung<sup>2</sup>

Sie nehmen sich vor, eine neue Aktivität anzufangen oder eine bereits ausgeführte Aktivität zu verbessern. Aber nach ein paar Mal Üben hören Sie auf. An Selbstvorwürfen mangelt es nicht: „Ich kann auch wirklich gar nichts“; „Ich bin ein Waschlappen“; „Ich habe kein Durchsetzungsvermögen“; „Ich taue zu gar nichts“ usw.. Trotz der guten Vorsätze und hohem Einsatz erreichen Sie Ihr Endziel nicht und geben Sie auf. Was ist passiert? Im folgenden Text werden wir versuchen, darauf eine Antwort zu geben.

#### *I Aktivitäten und ihre Folgen*

Unser Tun und Lassen wird grösstenteils durch die Folgen bestimmt, die es für unsere Umgebung hat. Erreichen wir mit einer bestimmten Aktivität ein angenehmes oder erwünschtes Ergebnis, sind wir geneigt, diese Aktivität in Zukunft wieder zu unternehmen. Führt eine Aktivität jedoch zu einem unangenehmen, peinlichen oder unerwünschten Ergebnis, ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass wir diese Aktivität danach weniger häufig unternehmen werden. Als allgemeine Regel kann man sagen, dass Aktivitäten durch ihre Folgen beeinflusst werden.

Eine wichtige Folge der Aktivitäten ist die Bewertung, die andere oder wir selbst dafür haben. Bewertung durch uns selbst oder durch andere hat einen grossen Einfluss auf das Mass, in dem unsere Aktivitäten stattfinden werden. Häufig sind wir uns des Einflusses unserer eigenen Bewertung unserer Aktivitäten gar nicht bewusst. Bei einer überwiegend negativen Bewertung unserer Aktivitäten haben wir die Neigung, damit aufzuhören, während wir bei einer überwiegend positiven Bewertung diese weiterhin ausführen.

#### *II Wie kommt unsere eigene Bewertung der Aktivitäten zustande?*

Unsere Bewertung ist nie isoliert, sondern hat immer mit den Anforderungen, die wir an uns selbst stellen und mit dem tatsächlichen Verlauf der Aktivitäten zu tun. Bei einer Bewertung vergleichen wir den tatsächlichen Verlauf der Aktivität mit unseren Anforderungen. Dies kann zu einer positiven *oder* negativen Bewertung führen. So erreichen wir eine

- negative Bewertung, wenn die ausgeführte Aktivität weniger gut ist als die Anforderung;
- positive Bewertung, wenn die ausgeführte Aktivität mit der Anforderung übereinstimmt;
- positive Bewertung, wenn die ausgeführte Aktivität besser ist als die Anforderung.

---

<sup>2</sup> Van Dam-Baggen, C.M.J. & Kraaimaat, F.W. (2001). Soziales Kompetenztraining: eine kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenbehandlung sozialer Angst und sozialer Responen..

Wie wir bereits gesehen haben, lautet die allgemeine Regel für die häufigere oder bessere Ausführung einer Aktivität: „Sorgen Sie dafür, dass die Ausführung zu positiven Folgen führt“. Ein Fehler, der häufig gemacht wird, ist, dass Leute zu hohe Anforderungen stellen, wenn Sie mit einer Aktivität anfangen; dadurch erreichen sie mit Sicherheit eine negative Bewertung der Aktivität. So muss jemand, der 20 Zigaretten am Tag raucht und sich vorgenommen hat, nicht mehr zu rauchen, sich zwangsläufig selbst enttäuschen. Selbst wenn er in den ersten Tagen nach seinem Entschluss nur noch zehn Zigaretten rauchen sollte, hat er das Gefühl, versagt zu haben.

### III Selbstäusserungen

Eine Bewertung hat häufig mit Äusserungen über uns selbst zu tun. Eine Äusserung, die wir machen, wenn wir eine hohe Anforderung an uns selbst stellen, nennen wir eine negative Selbstäusserung. Einige Beispiele negativer Selbstäusserungen sind:

- „Ich kann nicht mit dem Rauchen aufhören“. (oder Trinken, Stottern, usw.)
- „Ich vergesse dauernd die Bedeutung dieses Wortes“.
- „Meine englische Aussprache ist grässlich“.

Bei negativen Selbstäusserungen passiert es häufig, dass man die negative Bewertung zu allgemein formuliert. Auf diese Weise werden auch die Aspekte der Aktivität, die sehr wohl mit der Anforderung übereinstimmen, negativ bewertet. So ist die Äusserung: „Meine englische Aussprache ist grässlich“ entschieden zu allgemein formuliert. Es wird ganz bestimmt einige Worte geben, die richtig ausgesprochen werden. Kennzeichnend für zu allgemeine Formulierungen der Selbstäusserungen ist der Gebrauch von Worten wie ‚nie‘, ‚nicht‘, ‚jeder‘, ‚alles‘, ‚etwas‘, ‚das‘, ‚immer‘, ‚dauernd‘ und ‚schon lang‘. Einige Beispiele allgemeiner negativer Selbstäusserungen sind:

- „Ich hätte *schon lang* einen guten Job haben können, wenn ich am Ball geblieben wäre.“
- „Warum kann ich *nie* in Gesellschaft spontan sein?“
- „*Niemand* mag mich“.
- „Ich bekomme es einfach *nicht* hin“.
- „Ich mache *immer* dumme Sachen“.

Mit negativen Selbstäusserungen erreichen wir das Gegenteil dessen, was wir eigentlich wollen: wir wollen mehr Aktivitäten unternehmen oder sie verbessern, aber die Folge ist, dass wir damit aufhören.

### IV Was passiert, wenn wir frühzeitig mit einer Aktivität aufhören?

Wenn Sie mit einer Aktivität aufhören, bevor Sie das Endziel erreicht haben, haben Sie eine Misserfolgsregel angewendet. Misserfolgsregeln sind:

- a* Sie haben die Anforderungen nicht vorab auf die Art und Weise, in der die Aktivität ausgeführt werden kann, abgestimmt. Sie haben die Anforderungen viel höher gestellt als die tatsächliche Ausführung der Aktivität es zulässt. Stellen Sie niedrigere Anforderungen und versuchen Sie, das Endziel in mehreren und kleineren Schritten zu erreichen.
- b* Während der Ausführung der Aktivität haben Sie die Anforderung erhöht. Bei der Endbewertung haben Sie ein gehetztes Gefühl: Sie sind mit Ihrer Leistung unzufrieden, da die Anforderung zu hoch war.
- c* Sie üben mehrere Male die gleiche Aktivität, aber stellen jedes Mal dieselbe Anforderung:
- bei einer zu hohen Anforderung geben Sie die Aktivität auf;
  - bei einer Anforderung, die anfänglich angepasst wurde (d.h. nicht höher als die Art und Weise, in der die Aktivität ausgeführt wird), hören Sie mit der Aktivität auf, da Sie dieses angepasste Endziel erreicht haben. Das ursprünglich gesetzte Endziel wird jedoch nicht erreicht.
- d* Sie beschreiben Ihre Anforderung nicht in konkreten Begriffen, so dass die tatsächliche Ausführung der Aktivität nicht mit Ihrer Anforderung verglichen werden kann. Dies kann eine Unter- bzw. Überschätzung zur Folge haben. Versuchen Sie als Hilfsmittel, die Aktivität, die ausgeführt werden soll (ihre ‚Anforderung‘) so zu beschreiben, dass jeder, der Ihrer Beschreibung liest, weiss, was er tun muss.

#### *V Beispiele zur Anwendung der Misserfolgsregeln*

A. Herr J. fühlt sich sehr angespannt, wenn er auf der Strasse ist. Zur Zeit kann er fünf Minuten vor seinem Haus auf der Strasse auf und ab gehen. Bleibt er länger als fünf Minuten auf der Strasse, fühlt er, wie er nervöser wird und geht wieder ins Haus. Beim ersten Üben nimmt er sich vor (seine ‚Anforderung‘), eine Viertelstunde auf der Strasse herumzulaufen. Der Verlauf der Übung sieht wie folgt aus:

<i>Übung</i>	<i>Anforderung</i>	<i>Ausführung der Aktivität (Zeitdauer)</i>	<i>Bewertung</i>
		5 Min.	
1. Übung	15 Min.	7 Min.	Negativ
2. Übung	15 Min.	8 Min.	Negativ
3. Übung	15 Min.	5 Min.	Negativ
4. Übung			



Herr J. gibt auf. Er sagt sich: „Siehst Du, Du kannst es nicht. Du bist noch nicht mal zu so einer einfachen Übung in der Lage!“

---

Aufgabe:

- Schreiben Sie auf, welche Misserfolgsregel er hier anwendet.
- Verändern Sie die Anforderungen für die erste und zweite Übung.

B. Peter G. stottert, wenn er andere anruft. Manchmal stottert er so sehr, dass er wieder auflegt. Es gelingt ihm einfach nicht, so wie jeder andere auch, ins Telephon zu sprechen. Um dies zu üben, beschliesst Peter, mit Werkstätten zu telephonieren, um sich nach dem Preis eines neuen Akkus zu erkundigen. Sein Endziel ist, nur einmal pro Telephonat zu stottern. Bevor Peter die erste Anforderung formuliert, telephonierte er einmal, um zu untersuchen, wie der wirkliche Verlauf der Aktivität ist (d.h. wie oft er stottert). Er stottert in diesem Gespräch 20 Mal. Seine Übungen verlaufen wie folgt:

---

<i>Übung</i>	<i>Anforderung</i>	<i>Ausführung der Aktivität</i>	<i>Bewertung</i>
		20x Stottern	
1. Übung	20x	19x	Positiv
2. Übung	18x	14x	Positiv
3. Übung	15x	10x	Positiv
4. Übung	7x	12x	Negativ
5. Übung	7x	13x	Negativ
6. Übung	0x	17x	Negativ
7. Übung			

---

Peter hört mit Üben auf, ist enttäuscht und fühlt sich angespannt.

---

Aufgabe:

- Schreiben Sie auf, welche Misserfolgsregeln Peter angewendet hat.
- Verändern Sie, falls nötig, die von Peter gestellten Anforderungen.

Im folgenden Teil stellen wir ihnen eine andere Arbeitsweise vor, die mehr Erfolg verspricht.

#### *VI Regeln bzw. Richtlinien für Zunahme oder Verbesserung von Aktivitäten*

Diese Arbeitsweise beschäftigt sich damit, die Anforderung wieder mit den Aktivitäten in Einklang zu bringen und den allgemeinen, negativen Selbstäusserungen entgegenzuwirken.

Unterstehende Regeln arbeiten Sie in der hier aufgeführten Reihenfolge ab.

I Beschreiben Sie die Aktivität, an der Sie arbeiten wollen (z.B. was, wie, wie lange,

wie oft).

2 Teilen Sie die Aktivität in Schritte oder Bestandteile auf.

3 Schreiben Sie auf, wie die ausgeführte Aktivität am Schluss aussehen soll. (Welches Endziel möchten Sie erreichen?)

4 Auf welche Weise führen Sie die Aktivität oder deren Schritte zur Zeit aus?

Untersuchen Sie dies im Alltag und schreiben Sie es detailliert auf.

5 Sie stellen die erste Anforderung/den ersten Schritt nicht höher als die Art und Weise, in der Sie die Aktivität zur Zeit ausführen. Sie schreiben diesen Schritt auf (d.h. die erste Übungssituation).

6 Sie führen die Aktivität aus.

7 Sie vergleichen die Ausführung der Aktivität mit der dazugehörigen Anforderung. Falls die Ausführung der Aktivität weniger gut ist als die Anforderung gehen Sie zurück zu Regel 5.

8 Sie stellen nun eine neue Anforderung bzw. bereiten einen neuen Schritt vor, indem Sie diese Anforderung etwas höher ansetzen als die Ausführung Ihrer Tätigkeit. Auch diese Anforderung schreiben Sie auf (zweite Übungssituation).

9 Sie wiederholen nacheinander die Regeln 6, 7 und 8, bis Sie Ihr Endziel erreicht haben.

Sie können die Wirksamkeit der oben beschriebenen Arbeitsweise noch vergrößern, indem Sie in Gedanken eine positive Bewertung äussern, wenn die ausgeführte Aktivität der Anforderung entspricht oder besser ist. Einige Beispiele solcher Äusserungen, die eine Anerkennung zum Ausdruck bringen, sind:

- „Das habe ich gut gemacht.“
- „Ich werde mir jetzt einmal ein ..... spendieren.“
- „Das geht gut.“
- „Hervorragend!“

*Ein Beispiel zur Anwendung der beschriebenen Regeln:*

Elisabeth Klein hat gerade geheiratet und wohnt seit kurzem in einer Neubaugegend in einer Stadt. Nach ihrer Heirat ist sie weiterhin voll berufstätig. Ein Problem, das Elisabeth hat, ist, dass es ihr schwerfällt, um etwas zu bitten und dass sie es darum oft sein lässt.

1 Beschreibung der Aktivität, an der Elisabeth arbeiten will, nämlich ‚eine Bitte äussern‘. Dies beinhaltet:

- die Person, die sie um etwas bitten möchten; von leicht nach schwer sind das ihr Mann, ihre Nachbarn, Kollegen und Unbekannte;

- die Art der Bitte; schwierig findet sie, Bitten für sich selbst zu äussern, die den anderen zusätzliche Zeit oder Mühe kosten.

2 Aufteilung der Aktivität in Zwischenschritte oder Bestandteile (selbstverständlich werden die Person und die Art der Bitte in den Schritten bzw. den Bestandteilen berücksichtigt):

- ihren Mann darum bitten, die Wäsche aufzuhängen;
- ihren Nachbarn Helmut bitten, ihr ein Buch auszuleihen;
- ihre Nachbarin Renate darum bitten, Gemüse für sie mitzubringen, wenn sie einkaufen fährt;
- im Englischkurs einen anderen Teilnehmer bitten, das gemeinsame Geschenk für den Englischlehrer zu besorgen;
- einen Kollegen fragen, ob er sie nach der Arbeit zum Bahnhof bringen kann;
- im Englischkurs einen Teilnehmer fragen, ob er ihr in seiner Freizeit bei der Verbesserung ihrer Aussprache helfen kann;
- in einem Laden fragen, ob sie an der Kasse vorgelassen wird, da sie in Eile ist;
- usw.

3 Ihr Endziel nach dreimonatigem Üben ist: in jedem Augenblick, wenn sie will, sowohl gegenüber Bekannten als auch Unbekannten eine Bitte zu äussern, auch wenn diese Bitten den anderen zusätzliche Zeit oder Mühe kosten.

4 Zum heutigen Zeitpunkt äussert Elisabeth fast nie eine Bitte. Wenn sie es doch tut, spricht Sie zögernd und sehr leise und schaut sie ihr Gegenüber nicht an.

5 Zu ihrer ersten Anforderung bzw. zu ihrem ersten Schritt wird: ihren Mann darum bitten, eine kleine Hausarbeit zu übernehmen (z.B. die Wäsche aufhängen).

6 Sie führt die Aktivität aus: Sie sagt zu ihrem Mann: „Dirk, könntest Du nachher die Wäsche für mich aufhängen?“ Sie spricht deutlich und sieht ihn dabei an.

7 Elisabeth vergleicht die ausgeführte Aktivität mit ihrer Anforderung; Sie hat ihren Mann gebeten, die Wäsche aufzuhängen, was er auch gemacht hat.

8 Sie stellt nun ihre zweite Anforderung bzw. bereitet ihren zweiten Schritt vor: sie bittet ihren Nachbarn um etwas (siehe Regel 2).

9 Sie wiederholt die Regeln 6, 7 und 8, bis sie ihr Endziel erreicht hat.

## **Anhang 4** Beispiele für Ziele, Kriterien und allgemeine Übungssituationen

### **Weigern**

#### *Umschreibung*

Unterscheiden Sie zwischen einer vollständigen und einer teilweisen Weigerung. Eine teilweise Weigerung ist: „Ich will das jetzt nicht sofort machen, sondern später“, „Ich will nicht *dies* machen, aber das schon“. Eine Falle beim Weigern ist, dass man eine Alternative anbietet, die man eigentlich auch nicht will, diese aber zur Vermeidung einer totalen Verweigerung benutzt.

#### *Ziele*

- tun, was ich selbst will
- verhindern, dass ich Dinge tue, die ich nicht will
- verhindern, dass ich zuviel Arbeit auf mich nehme
- den anderen dazu bringen, selbst eine Lösung zu suchen
- verhindern, dass ich beim anderen Erwartungen wecke, wodurch dieser möglicherweise zu häufige und unangemessene Bitten an mich richtet
- verhindern, dass ich etwas gegen meinen Willen tue
- verhindern, dass Leute mich ausnutzen
- dafür sorgen, dass andere auf meine Interessen und Bedürfnisse Rücksicht nehmen
- dem anderen deutlich machen, dass ich seine Bitte und nicht ihn als Person und eventuelle zukünftige Bitten abweise

#### *Kriterien*

- dass ich mich deutlich weigere und „Nein“ sage
- dass die Weigerung direkt ist, d.h., dass „ich“ etwas nicht möchte
- dass die Weigerung spezifisch ist, d.h. dass ich deutlich angebe, *was* ich verweigere
- dass die Weigerung definitiv ist, d.h. ohne Ausreden, wobei ich mich auch nicht zu rechtfertigen brauche
- dafür sorgen, dass mein nonverbales Verhalten zu der Situation passt

#### *Situationen*

*I* Eine Bekannte bittet mich zum Beispiel, ihr ein Buch auszuleihen, das ich lieber nicht ausleihen möchte. Ich lehne es ab.

2 Ein Mitbewohner bittet mich, eine kleine Hausarbeit zu übernehmen, z.B. die Blumen zu giessen.

Ich bin mit etwas anderem beschäftigt und schlage vor, dies später zu tun.

3 Ein Bekannter lädt mich ein, ins Kino / einkaufen zu gehen. Ich habe keine Lust und sage „nein“.

4 Zum Beispiel bittet mich jemand im Bus, ihm meinen Platz zu überlassen. Ich will jedoch lieber sitzen bleiben und sage das.

5 Eine Bekannte bittet mich um vertrauliche Informationen über einen gemeinsamen Bekannten.

Ich weigere mich, ihr die Information zu geben.

## Sich selbst behaupten

### *Umschreibung*

Den anderen veranlassen, eine implizite oder explizite Vereinbarung einzuhalten. Beispiele für implizite Vereinbarungen: den anderen aussprechen lassen, ‚Ware für Geld‘ fordern, ‚etwas ausleihen bedeutet, es auch wieder zurückzugeben‘. Beispiel einer expliziten Vereinbarung ist: eine vereinbarte Hausarbeit auch auszuführen.

### *Ziele*

- das bekommen, worauf ich ein Recht habe
- den anderen dazu bringen, sich an Vereinbarungen zu halten
- mir selbst das zufriedene und angenehme Gefühl zu vermitteln, etwas erreicht zu haben
- dem anderen klarmachen, dass ich finde, dass mir etwas zusteht
- dem anderen klarmachen, dass ich möchte, dass er in Zukunft von selbst Sachen zurückgibt, die mir gehören
- dafür sorgen, dass andere Rücksicht auf mich nehmen
- dem anderen klarmachen, dass ich es ärgerlich finde, dass er mich benachteiligt
- meine eigenen Ziele erreichen
- verhindern, dass ich ausgenutzt werde

### *Kriterien*

- konkret und spezifisch angeben, was ich möchte
- konkret und spezifisch angeben, *wann* ich möchte, dass etwas passiert
- direkt sein: sagen, dass *ich* etwas will
- kurz und bündig sagen, was ich will
- meine Bitte wie eine Bitte äussern und nicht wie einen Befehl, also z.B.: „Ich möchte gerne...“  
anstatt: „Tu dieses oder tu jenes!“

- den anderen ansehen
- den anderen ansprechen
- deutlich und verständlich reden

### *Situationen*

1 Ich habe Werkzeug gekauft. Zuhause entdecke ich einen Herstellungsfehler. Ich gehe damit zum Laden zurück.

2 Ich stehe mit vielen Leuten in einer Reihe, z.B. beim Bäcker. Jemand, der nach mir kommt, bestellt, obwohl ich an der Reihe bin. Ich melde mich.

3 In einem Restaurant wird der Kaffee, den ich bestellt habe, gebracht. Es gibt keinen Zucker dazu und ohne Zucker schmeckt mir der Kaffee nicht. Ich bitte nachträglich um Zucker.

4 Ich habe einer Bekannten z.B. ein Buch ausgeliehen. Sie beeilt sich nicht gerade mit dem Zurückgeben und ich bitte sie darum.

5 Jemand erklärt mir etwas, z.B. an meiner Arbeitsstelle. Ich verstehe nicht genau, was damit gemeint ist und bitte um eine nähere Erläuterung.

6 Jemand hat mir versprochen, etwas für mich zu erledigen und hat dies bis jetzt noch nicht getan. Ich sage es ab.

### Die eigene Meinung vertreten

#### *Umschreibung*

Sagen, was man von etwas hält; dies von Kritik abgrenzen, da es dabei um eine Gefühlsäußerung geht, d.h., dass man sich behindert oder belästigt fühlt.

#### *Ziele*

- meinen Standpunkt deutlich machen
- den Standpunkt des anderen herausfordern
- zeigen, dass ich einen Standpunkt habe
- mich zu zeigen trauen, dass ich nur ein bisschen oder gar nicht über etwas Bescheid weiss
- dem anderen Gelegenheit geben, seinen Standpunkt darzustellen
- versuchen, die Beziehung mit dem anderen zu verbessern
- eventuell versuchen, den anderen von etwas zu überzeugen
- eine Diskussion mit dem anderen anfangen, z.B. als Zeitvertreib
- dafür sorgen, dass andere Rücksicht auf mich bzw. meine Meinung nehmen
- zeigen, wer ich bin

- etwas lernen, klüger werden

### *Kriterien*

- klarmachen, dass es um meinen Standpunkt geht, indem ich sage: „Ich finde...!“, „Ich bin mit Dir einer Meinung“, „Ich bin nicht Deiner Meinung“, „Ich denke“, „Ich bin der Meinung“ usw.
- kurz und bündig meine Meinung sagen
- konkret und spezifisch sagen, was ich meine
- dem anderen zuhören und eventuell das Gesagte zusammenfassen
- den anderen ausreden lassen
- den anderen ansehen
- alle anderen nonverbalen Verhaltensweisen, die für die Äusserung der eigenen Meinung wichtig sind (z.B. laut genug reden, den anderen ansprechen)

### *Situationen*

1 Ich sitze mit einer Gruppe zusammen und jemand sagt seine Meinung zu einem aktuellen Thema. Ich teile diese Meinung nicht und sage das, ohne dazu aufgefordert zu werden.

2 Jemand sagt seine Meinung zu etwas, das wir gemeinsam betrachten und fragt danach, was ich davon halte. Ich denke darüber anders als er/sie und sage dies.

3 Jemand fragt nach meiner Meinung über etwas, das ich gesehen oder gelesen habe. Ich weiss nicht, was er davon hält.

4 Ich merke an der Reaktion des anderen, dass ihm etwas gefällt oder das er von etwas beeindruckt ist. Ich bin nicht seiner Meinung und sage dies, ohne dazu aufgefordert zu werden.

5 Jemand erzählt mir begeistert von einem Plan, den er hat und fragt mich um meine Meinung. Ich will seine Begeisterung nicht mässigen, sage aber dass ich das nicht so interessant finde.

## **Sich positiv über sich äussern**

### *Umschreibung*

Hier geht es um Situationen, in denen Sie gegenüber anderen z.B. Zufriedenheit oder Freude über ein erreichtes Ziel, etwas, was Sie getan oder gemacht haben, usw. äussern wollen. (Beachten Sie den Unterschied zur ‚Angeberei‘.)

### *Ziele*

- ein angenehmes Gefühl hervorrufen

- mich damit belohnen, die Aktivität in Zukunft häufiger auszuführen
- mit anderen dieses angenehme Gefühl teilen
- andere zu einem Kompliment über mich veranlassen
- anderen zeigen, dass ich über mich zufrieden bin
- den anderen merken lassen, dass ich die Anforderungen, die ich mir gestellt habe, erfüllt habe

### *Kriterien*

- dass das, was ich über mich selbst sage, deutlich positiv ist
- direkt sein, nämlich dass *ich* etwas finde
- konkret sein, also genau angeben, wovon ich rede
- deutlich sein, also sagen, über wen ich rede, nämlich über mich selbst
- kurz und bündig sein
- meine nonverbalen Verhaltensweise auf das, was ich sage, abstimmen

## Auf Anerkennung reagieren

### *Umschreibung*

Es geht darum die Anerkennung des anderen aufrechtzuerhalten und ihm eventuell zuzustimmen.

### *Ziele*

- mein Gefühl über die Anerkennung, die der andere äussert, zeigen
- zeigen, dass dies ein angenehmes Gefühl bei mir hervorruft
- dafür sorgen, dass der andere häufiger seine Anerkennung äussert
- beim anderen für ein angenehmes Gefühl sorgen
- dafür sorgen, dass ich mit dem, was ich getan habe bzw. tue weitermache
- den anderen merken lassen, dass ich dem, was er sagt, Aufmerksamkeit schenke
- den anderen merken lassen, dass ich zugehört habe
- bei mir selbst ein angenehmes Gefühl hervorrufen
- eventuell meine hohen Anforderungen an das Kompliment anpassen, das ich von anderen erhalte
- dem anderen Gelegenheit geben, seine positive Meinung zu äussern, auch wenn ich diese nicht teile
- Ausserdem: die meisten Ziele, die auch bei der Äusserung von Anerkennung für mich und andere gelten.



### *Kriterien*

- dass das, was ich sage deutlich positiv ist:

*a* einerseits über die Tatsache, dass der andere mir ein Kompliment macht und/oder

*b* andererseits, indem ich mit dem, was der andere sagt, übereinstimme.

- direkt sein: „ich“ sagen
- deutlich sein hinsichtlich dessen, worüber und von wem ich rede, nämlich über mich selbst.
- kurz und bündig sein
- mein nonverbales Verhalten auf das abstimmen, was ich sage

### **Kritik äussern**

#### *Umschreibung*

Das Gefühl zum Ausdruck bringen, behindert oder belästigt zu werden, zusammen mit einer Bitte um Veränderung. (Beachte: der andere muss zu dieser Veränderung imstande sein). Kritik umfasst mehr als die bloße Äusserung einer Bitte. Bei Kritik geht es darum, ein Gefühl der Irritation über etwas zu äussern, gefolgt von einer Bitte um Veränderung. Kritik unterscheidet sich insofern von der Äusserung der eigenen Meinung, dass es sich hier um Angelegenheiten handelt, die den andern tatsächlich bei dem, was er tut, behindern. In Situationen, bei denen dies nicht der Fall ist, aber in denen man trotzdem eine negative Bemerkung über etwas äussern will, was der andere tut oder macht, sprechen wir von der Äusserung der eigenen Meinung.

#### *Ziele*

- dem anderen Einblick in sein Verhalten verschaffen, mit dem Ziel, eine ärgerliche Gewohnheit abzulegen
- durch meine Kritik dem anderen etwas deutlich machen
- dem anderen die Konsequenzen seines Verhaltens vor Augen führen
- dem anderen Alternativen für sein Verhalten anbieten
- meinem Gefühl über etwas Luft verschaffen, anstatt es in mich hineinzufressen
- dem anderen klarmachen, wie weit er bei mir gehen kann
- verhindern, dass man mir auf der Nase herumtanzt
- Zufriedenheit bei anderen und mir selbst über ein erreichtes Ziel hervorrufen

### *Kriterien*

- Es muss eine deutliche Äusserung eines Gefühls der Unzufriedenheit sein.
- Kritik ist eine Feststellung, keine Bitte.
- Kritik muss direkt sein: sagen, dass es *mich* behindert oder belästigt.
- Die Kritik muss an den andern gerichtet sein, indem man „Du“, „Ihr“, oder „Sie“ sagt.
- Kurz und bündig sein.
- konkret hinsichtlich dessen sein, wovon ich rede und nicht auch an andere Situationen gebunden.
- Kritik kann eventuell mit einer Bitte um eine positive Veränderung einhergehen.

## Anhang 5 Fragebogen Umgang mit Anderen

### Hinweise zur praktischen Anwendung

Der FUA setzt sich aus zwei Teilskalen zusammen, nämlich Teil 1 für Anspannung (Anspannungsskala) und Teil 2 für die Häufigkeit des Verhaltens (Frequenzskala). Jeder Teil besteht aus einer Anweisung und aus einer Liste auf der nachfolgenden Seite mit 35 Items mit den zum entsprechenden Teil gehörenden Antwortkategorien.

Der FUA kann sowohl individuell als auch gruppenweise von jeder Person ab etwa 16 Jahre, die getestet werden kann, ausgefüllt werden. Das Ausfüllen nimmt insgesamt etwa 20 Minuten in Anspruch. Für die Ausfüllung der Liste gibt es keine Zeitbegrenzung. Die Anweisungen und Items sind derart formuliert worden, dass der Fragebogen ohne weitere Erklärung ausgefüllt werden kann. Falls notwendig darf der Tester aber Erläuterungen geben.

Die Gesamtscores für die Skalen Anspannung und Häufigkeit des Verhaltens erhält man dadurch, dass von jedem Teil die Scores **sämtlicher** 35 Items zusammengezählt werden. Der Minimumscore für jede Skala ist 35, der Maximumscore 175. Die Gesamtscores der Subskalen erhält man dadurch, dass die Scores der Items der bezüglichen Subskala zusammengezählt werden (siehe unten für die Itemnummer der Subskalen).

Der FUA soll von Psychologen, die gemäss den Richtlinien des Berufsverbandes in der Durchführung und Auswertung psychologischer Tests ausgebildet sind, angewandt werden.

Die Scores auf der Anspannungsskala und auf der Frequenzskala dienen als Hinweis für den Ausmass der Probleme im Umgang mit Anderen. Im klinischen Praxis kann mit den Scores demnach die Frage beantwortet werden, ob jemand für die Behandlung sozialer Angst in Betracht kommt. Die Richtwerte sind für sozial sehr ängstliche Patienten (N=461), eine heterogene Gruppe von psychiatrischen Patienten (N=729), "normale" Personen (N=580) und Studenten (N=425) entwickelt (siehe Tabelle 1). Bei der Beantwortung der Frage, ob jemand für die Behandlung in Betracht kommt, soll man berücksichtigen, dass die Anspannungs- und Frequenzskalen folgendermassen zusammenhängen:  $r=-.62$  für die sozial ängstlichen Patienten,  $r=-.49$  für die heterogene Gruppe von psychiatrischen Patienten,  $r=-.43$  für die normalen Personen und  $r=-.46$  für die Studenten. Die Skalaspcores geben aber keinen Aufschluss über die Frage, welche Behandlungsart angemessen wäre, weil dies von den Mechanismen, die der Ausmass der vom Patienten erfahrenen Anspannung und der Frequenz der Durchführung des sozialen Verhaltens zugrunde liegen, abhängt.

Bei der Analyse der Auswirkungen der auf soziale Angst gerichteten Interventionen zeigt sich, dass der Vergleich der Scores der Vor- und Nachmessungen Informationen über die Wirksamkeit der Behandlung bietet (siehe auch Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2001).

Der Inhalt der Subskalen bezieht sich auf die nachfolgenden sozialen Verhaltensweisen:

*Subskala 1: KRITIK ÜBEN (KRIT):* Kritik an konkreten Punkten üben und um Änderung bitten (Itemnummer 2, 8, 10, 21, 25, 31 und 33).

*Subskala 2: JEMANDEN AUF DIE EIGENE MEINUNG AUFMERKSAM MACHEN (MEIN):* die eigene, eventuell abweichende Meinung Bekannten und Unbekannten gegenüber vorbringen (Itemnummer 14, 16, 20, 30, 32 und 34).

*Subskala 3: JEMANDEM SEINE ANERKENNUNG AUSSPRECHEN (ANERK):* jemandem ein Kompliment über sein Verhalten oder sein Äusseres machen (Itemnummer 9, 17, 23 und 24).

*Subskala 4: DIE INITIATIVE ZUM KONTAKT ERGREIFEN (INIT):* ein kleines Gespräch mit Bekannten und Unbekannten, individuell oder in einer Gruppe, beginnen (Itemnummer 1, 12, 13, 15 und 29).

*Subskala 5: SICH SELBST ACHTEN (SELBST):* der Anerkennung der eigenen Person von anderen zustimmen, oder die Zufriedenheit mit sich selbst aussprechen (Itemnummer 4, 26, 27 und 28).

Tabelle 1. Die Mittelwerte und Standarddeviationen der Skalen und Subskalen der Anspannung und Frequenz für sozial ängstliche psychiatrische Patienten (N=461), eine heterogene Gruppe von psychiatrischen Patienten (N=729), normale Personen (N=580) und Studenten (N=425).

	soz. ängstliche psych.Ptn		heterogene psych.Ptn		normale Personen		Studenten	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Anspannung	100.0	26.1	91.8	27.8	70.5	17.8	70.9	16.4
Krit	24.6	6.3	22.0	7.4	19.0	5.2	18.3	4.6
Mein	18.9	5.9	16.6	6.3	12.6	4.0	12.2	3.9
Anerk	7.4	3.4	8.1	4.0	5.3	2.2	5.4	2.3
Init	14.5	4.7	12.9	5.0	9.6	3.3	10.3	2.9
Selbst	10.6	4.0	10.0	4.0	7.7	2.7	8.2	2.8
Frequenz	94.2	16.9	97.4	20.7	111.3	15.8	111.3	13.3
Krit	14.7	4.3	15.8	5.3	18.3	4.6	17.9	3.9
Mein	14.8	3.9	15.9	4.7	18.9	3.5	19.3	3.4
Anerk	14.9	3.0	15.0	3.3	16.2	2.7	16.3	2.3
Init	13.2	3.5	14.0	4.0	15.8	3.1	15.9	2.6
Selbst	10.5	2.9	10.9	3.5	11.7	3.0	11.5	2.8

Formular des Fragebogens

## FRAGEBOGEN UMGANG mit ANDEREN

### FUA

© C.M.J. van Dam-Baggen & F.W. Kraaimaat, 1987, 1992

Name: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Geschlecht: Mann/Frau  
 Ausbildung: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_

### Teil 1. Anspannung

In diesem Fragebogen ist eine Reihe von zwischenmenschlichen Situationen beschrieben. Geben Sie für jede der beschriebenen Situationen an wie **ANGESPANNT** oder **NERVÖS** Sie sich fühlen würden, wenn Sie die genannten Verhaltensweisen ausführen. Sie können aus den folgenden Antworten wählen:

1. gar nicht angespannt oder nervös
2. etwas angespannt oder nervös
3. ziemlich angespannt oder nervös
4. sehr angespannt oder nervös
5. völlig angespannt oder nervös

Ein Beispiel:

Sie fühlen sich **ZIEMLICH** angespannt, wenn Sie sich am Gespräch einer kleinen Gruppe beteiligen,  
 also umkreisen Sie die Ziffer drei wie folgt:

1. Sich am Gespräch einer kleiner Gruppe beteiligen 1 2 3 4 5

So können Sie die gesamte Liste von Situation zu Situation durchgehen. Gönnen Sie sich dabei Zeit und Ruhe. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten - bei den Antworten geht es sich ausschliesslich um Ihr persönliches Empfinden.

- |     |  |   |   |   |   |   |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 1.  | Sich am Gespräch einer kleine Gruppe beteiligen  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.  | Einem/Einer guten Bekannten mitteilen, dass er/sie etwas tut, das Sie stört                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.  | Nicht auf aufdringliche Werbegespräche (z.B. Hausierer, Strassenverkäufer) eingehen                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.  | Mit einer Anerkennung zustimmen, die man Ihnen zu Recht erteilt                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.  | Einen Bekannten bitten, Ihnen bei einer kleineren Arbeit zu helfen                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.  | Um Rückgabe von Ausgeliehenem bitten   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.  | Eine Bitte verweigern Geld auszuleihen   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.  | Einer Autoritätsperson eine Bitte verweigern   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.  | Gegenüber jemanden der Ihnen einen Gefallen getan hat, Ihre Freude äussern                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Jemandem der Sie stört (z.B. im Zug oder im Kino), bitten damit aufzuhören                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Während eines Gesprächs den anderen ansehen  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Einen Schalterbeamten um Auskunft bitten   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Mit einer für Sie attraktiven Person ein Gespräch anfangen   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Eine andere Meinung als Ihr Gesprächspartner äussern   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | Mit einem Fremden eine kurze Unterhaltung anknüpfen  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | Eine andere Meinung äussern, als die der Gesellschaft in der Sie sich befinden                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | Jemandem sagen, dass er/sie etwas gut gemacht hat  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | Mangelhafte ware reklamieren und zurückweisen (z.B. im Restaurant oder im Geschäft)                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | Um Erklärung bitten, wenn Sie etwas nicht verstehen  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. | Im Gespräch mit Unbekannten Ihre eigene Meinung äussern  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. | Jemandem sagen, dass er/sie Ihnen gegenüber ungerecht gewesen ist                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. | Jemandem den Sie mögen, eine Bitte abschlagen  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. | Jemandem merken lassen, dass Sie sich über sein/ihr Geschenk freuen                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. | Jemandem sagen, dass er/sie gut aussieht   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. | Mit einer Person darüber sprechen, wenn Sie den Eindruck haben, dass er/sie Ihnen aus den Weg geht | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. | Jemandem sagen, dass es Sie freut, wenn er Sie mag   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- |     |   |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 27. | Deutlich zustimmen, wenn man Ihnen ein Kompliment macht                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. | Jemandem sagen, dass Sie über eine eigene Leistung sehr zufrieden sind                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. | Auf eine(n) Unbekannte(n) zugehen um sich vorzustellen                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. | Sich über Ihre Lebensüberzeugung aussprechen  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. | Jemandem mitteilen, dass Sie alle Beziehungen zu ihm/ihr abbrechen                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. | Darauf bestehen, dass jemand seinen Beitrag zu einer gemeinschaftlichen Aufgabe leistet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. | Jemandem sagen, dass der Ton in dem er/sie mit Ihnen spricht, Ihnen missfällt           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. | Gegenüber einer Autoritätsperson Ihre eigene Meinung vertreten                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. | Eine(n) Bekannte(n) einladen, um zusammen etwas zu unternehmen                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Bitte prüfen Sie, ob Sie alle angegebenen Situationen berücksichtigt haben!

## Teil 2. Häufigkeit des Verhaltens

In diesem Teil finden Sie dieselben 35 Situationen wie im Teil 1. Geben Sie jetzt jedoch an, wie OFT Sie die genannten Verhaltensweisen ausführen. Dazu können Sie aus den folgenden Möglichkeiten wählen:

1. mache ich nie
2. mache ich selten
3. mache ich manchmal
4. mache ich meistens
5. mache ich immer

Beispiel:

Wenn Sie sich NIE am Gespräch einer Gruppe beteiligen, umkreisen sie die Nummer eins wie folgt:

1. Sich am Gespräch einer kleiner Gruppe beteiligen 1 2 3 4 5

So können Sie die gesamte Liste durchgehen. Wie gesagt gibt es keine falschen oder richtigen Antworten - es geht um Ihr persönliches Empfinden. Gönnen Sie sich Zeit und Ruhe!



## **Die Autoren**

C.M.J. van Dam-Baggen ist Psychologin/Verhaltenstherapeutin und Dozentin an der Abteilung klinische Psychologie der Universität von Amsterdam. Sie beschäftigt sich insbesondere mit Diagnostik- und Behandlungsstudien sozialer Angst bei Patienten mit diversen psychiatrischen Störungen.

F.W. Kraaimaat ist Psychologe/Verhaltenstherapeut und Professor der medizinischen Psychologie an der Universitätsklinik St. Radboud der Universität Nijmegen. Sein Forschungsgebiet umfasst Angststörungen, Stottern und Verhaltensmedizin.