



Hinsch • Pfingsten

8. Auflage

# Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK



Online-Material auf  
[psychotherapie.tools](https://psychotherapie.tools)

**BELTZ**



**Dipl.-Psych. Dr. Rüdiger Hinsch** ist Gesprächs- und Verhaltenstherapeut und hat während seiner Tätigkeit an der Universität Bamberg zusammen mit Kolleginnen und Kollegen das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) entwickelt. Er lebt jetzt seit vielen Jahren in Berlin und führt zahlreiche Fortbildungen (auch Inhouse-Schulungen) zur Durchführung des GSK durch.



**Dr. Ulrich Pfungsten** ist Diplom-Psychologe und hat nach seiner Assistenzzeit an der Universität Bamberg sowie verschiedenen verhaltens-, gestalt- und gesprächspsychotherapeutischen Fortbildungen mit einer empirischen Untersuchung über die Konsequenzen von sozial unsicherem, kompetentem und aggressivem Verhalten promoviert. Zugleich hat er zusammen mit Kolleg:innen begonnen, das Gruppentraining sozialer Kompetenzen zu entwickeln und durchzuführen. Anschließend war er viele Jahre als Dozent in der klinisch-psychologischen Lehre und Forschung an der Universität Bielefeld tätig und hat dabei zahlreiche Anpassungen des Trainings für verschiedene Zielgruppen und Anwendungsbereiche angeregt und betreut.

Dr. Rüdiger Hinsch, Dipl.-Psych.  
Nibelungenstr. 18  
14109 Berlin  
E-Mail: [ruediger@hinsch.org](mailto:ruediger@hinsch.org)  
[www.gsk-training.de](http://www.gsk-training.de)

Dr. Ulrich Pfungsten, Dipl.-Psych.  
Neuköllner Str. 14  
33619 Bielefeld  
E-Mail: [evulixup@gmail.com](mailto:evulixup@gmail.com)  
[www.gsk-training.de](http://www.gsk-training.de)

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:  
ISBN 978-3-621-29329-7 Print  
ISBN 978-3-621-29330-3 E-Book (PDF)

8., neu ausgestattete Auflage 2025

© 2025 Programm PVU Psychologie Verlags Union  
Verlagsgruppe Beltz  
Werderstraße 10, 69469 Weinheim  
[service@beltz.de](mailto:service@beltz.de)  
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Antje Raden  
Umschlagbild: tolgart/Getty Images  
Herstellung: Uta Euler  
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau  
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza  
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).  
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

# Inhaltsübersicht

Vorwort	10
<b>I Grundlagen</b>	
1 Soziale Kompetenzen und Kompetenzprobleme	14
2 Ein Erklärungsmodell sozialer Kompetenzen und Kompetenzprobleme	23
3 Ätiologie sozialer Kompetenzprobleme	71
4 Interventionen	86
<b>II Praktisches Vorgehen</b>	
5 Manual zum Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)	132
6 Ergänzende Hinweise und Materialien	191
7 Maßnahmen zur Erfolgskontrolle	217
<b>III Anwendungsbeispiele</b>	
8 Beispiele für klinische Anwendungen	246
9 Anwendungen in anderen Bereichen	302
10 Anpassung des GSK an eigene Zielgruppen und spezielle Aufgabenbereiche	339
<b>Anhang</b>	
Hinweise zum Online-Material	346
Autor:innenverzeichnis	350
Literaturverzeichnis	351
Sachwortverzeichnis	379

# Inhalt

Vorwort	10
<b>I Grundlagen</b>	
<b>1 Soziale Kompetenzen und Kompetenzprobleme</b>	14
1.1 Soziale Kompetenzen	14
1.2 Soziale Kompetenzprobleme	19
1.3 Soziale Kompetenzen als Ressourcen	22
<b>2 Ein Erklärungsmodell sozialer Kompetenzen und Kompetenzprobleme</b>	23
2.1 Das Modell im Überblick	23
2.2 Problematische Teilprozesse	27
2.2.1 Situationale Überforderung	27
2.2.2 Kognitive Probleme: Wahrnehmung, Interpretation und Antizipation	29
2.2.3 Kognitive Probleme: Hintergrundfaktoren	40
2.2.4 Emotionale Probleme	49
2.2.5 Ungünstiges motorisches Verhalten	53
2.2.6 Verhaltenskonsequenzen	60
2.2.7 Zur Bedeutung einzelner Teilprozesse	70
<b>3 Ätiologie sozialer Kompetenzprobleme</b>	71
3.1 Entstehung sozialer Überforderung	72
3.2 Entstehung von Verhaltensdefiziten	74
3.3 Erwerb inkompetenter Verhaltensgewohnheiten	76
3.4 Erwerb sozialer Ängste	77
3.5 Entstehung kognitiver Dysfunktionen	81
3.6 Ungünstige Selbstverstärkungsgewohnheiten	84
3.7 Zusammenwirken von Ursachen	84
<b>4 Interventionen</b>	86
4.1 Trainings sozialer Kompetenzen – Konzepte und Anwendungsgebiete	86
4.1.1 Die Ansätze von Salter und Wolpe	86
4.1.2 Der lerntheoretische Ansatz der Social-Skills-Trainings	88
4.1.3 Kognitive Ansätze	89
4.1.4 Prozessorientierte Ansätze	92
4.1.5 Trainingsansätze für verschiedene Zielgruppen	94
4.2 Konzeption des GSK	100
4.2.1 Sozial kompetentes Verhalten und Ziele des GSK	100
4.2.2 Drei Typen sozialer Situationen	103

4.2.3	Struktur und Aufbau des GSK	106
4.3	Evaluation des GSK	110
4.3.1	Empirische Erkenntnisse zu den Interventionsmethoden des GSK	110
4.3.2	Wirksamkeit des Gesamtprogramms	122
4.3.3	Langfristige Effekte	128

## II Praktisches Vorgehen

<b>5</b>	<b>Manual zum Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)</b>	<b>132</b>
5.1	Voraussetzungen	133
5.1.1	Organisatorische und materielle Voraussetzungen	133
5.1.2	Ablauf der Sitzungen	134
5.1.3	Einführungsveranstaltung	136
5.2	Durchführung	139
5.2.1	Erste Sitzung: Einführung des Erklärungsmodells	139
5.2.2	Zweite Sitzung: Diskriminationstraining und »Recht durchsetzen«	150
5.2.3	Dritte Sitzung: Analyse von Selbstverbalisationen	161
5.2.4	Vierte Sitzung: »Selbstsicheres Verhalten in Beziehungen« (Teil 1)	164
5.2.5	Fünfte Sitzung: »Selbstsicheres Verhalten in Beziehungen« (Teil 2)	175
5.2.6	Sechste Sitzung: »Sympathie gewinnen«	176
5.2.7	Siebte Sitzung: Diskrimination der Situationstypen	188
<b>6</b>	<b>Ergänzende Hinweise und Materialien</b>	<b>191</b>
6.1	Die Rollenspiele	191
6.1.1	Grundsätze	191
6.1.2	Ablauf der Rollenspiele	193
6.1.3	Generelle Probleme	196
6.2	Der projektive Videofilm	198
6.3	Entspannungstraining	199
<b>7</b>	<b>Maßnahmen zur Erfolgskontrolle</b>	<b>217</b>
7.1	Notwendigkeit von Erfolgskontrollen	217
7.2	Probleme	218
7.3	Messinstrumente	220
7.4	Auswertung	226

### III Anwendungsbeispiele

<b>8</b>	<b>Beispiele für klinische Anwendungen</b>	246
8.1	Grundlegende Hinweise	247
8.2	Allgemeinpsychiatrie	253
8.3	Psychiatrische Psychotherapiestation	265
8.4	Suchtbereich einer psychiatrischen Klinik	269
8.5	Patient:innen mit Essstörungen	275
8.6	Sozial unsichere Kinder	281
8.7	Menschen mit Intelligenzminderung	289
8.8	Besondere Empfehlungen für die Trainingspraxis	300
<b>9</b>	<b>Anwendungen in anderen Bereichen</b>	302
9.1	Grundlegende Hinweise	302
9.2	Zielgruppen in spezifischen Lebenssituationen	306
9.2.1	Training sozialer Kompetenzen für Kinder	306
9.2.2	Jugendliche	308
9.2.3	Eltern geistig und mehrfach behinderter Personen	315
9.2.4	Frauen	318
9.2.5	Migrantinnen	321
9.3	Abwandlungen für den beruflichen Bereich	322
9.3.1	Ausbildung von Pädagoginnen und Pädagogen	322
9.3.2	»Was tun gegen Gewalt« – Ein Trainingsprogramm für Lehrer:innen und Lehramtsstudierende	327
9.4	Das GSK in der beruflichen Weiterbildung	327
9.4.1	Weiterbildung für Ingenieurinnen und Ingenieure	327
9.4.2	Leitungskräfte im Pflegedienst	329
9.4.3	Medizinisches Fachpersonal	331
9.4.4	Führungskräfte aus Wirtschaft und Verwaltung	333
9.5	Internetgestützte Interventionen	335
9.6	Abschließende Bemerkung zu den Erfahrungsberichten	337
<b>10</b>	<b>Anpassung des GSK an eigene Zielgruppen und spezielle Aufgabenbereiche</b>	339
<b>Anhang</b>		
	Hinweise zum Online-Material	346
	Autor:innenverzeichnis	350
	Literaturverzeichnis	351
	Sachwortverzeichnis	379

# Vorwort

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

Auf der Suche danach sichtigten wir zu Beginn der 1980er-Jahre einschlägige Trainingsprogramme. Dabei erhielten wir wichtige Anregungen für die eigene Arbeit, merkten jedoch auch bald, dass keines dieser Programme voll unseren Vorstellungen entsprach: Sie waren entweder sehr aufwendig, nicht als Gruppentraining konzipiert, oder es lagen keine empirischen Belege ihrer Wirksamkeit vor. Wir entschlossen uns daher, ein neues Trainingsprogramm zu entwickeln und so entstand als Resultat das »Gruppentraining sozialer Kompetenzen« (GSK).

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

- ▶ In Teil I wird Wissen vermittelt, das für die Arbeit mit sozial inkompetenten Klientinnen und Klienten von grundlegender Bedeutung ist. Dabei wird auf Formen, Entstehung und Möglichkeiten der Behandlung sozialer Kompetenzprobleme eingegangen. Anschließend geht es um eine Darstellung der theoretischen und empirischen Grundlagen des GSK: Zunächst werden die Ziele und Vorgehensweisen des Trainings kurz skizziert. Es folgt ein Überblick über empirische Befunde, die zur Aufnahme bestimmter Interventionstechniken in das Trainingsprogramm geführt haben. Berichte über die Effektivität des GSK-Gesamtprogramms beschließen diesen Teil.
- ▶ In Teil II des Buches wird die praktische Durchführung des GSK dargestellt. Dieser Teil enthält in Form eines Trainingsmanuals alle Angaben, die zur Durchführung der (sieben) Sitzungen des GSK in seiner Standardversion notwendig sind. Hier finden sich auch die Arbeitsblätter für Klient:innen, die aus dem E-Book inside als PDF-Dateien ausgedruckt oder unter [www.beltz.de](http://www.beltz.de) als editierbare Word-Dateien heruntergeladen werden können. Praktische Hinweise, wie Trainerinnen und Trainer den Erfolg ihrer Tätigkeit kontrollieren können, werden in einem gesonderten Abschnitt behandelt.

- ▶ Der Teil III verdeutlicht mit zahlreichen praxisbezogenen Beispielen und Erfahrungsberichten die vielfältigen klinischen und nichtklinischen Anwendungsmöglichkeiten des GSK-Trainingskonzeptes. Außerdem wird auf einige besonders wichtige Empfehlungen für die Trainingspraxis eingegangen sowie auf konkrete Ratschläge, wie Leserinnen und Leser vorgehen können, wenn sie das Training an eigene Zielgruppen und Aufgabenbereiche anpassen wollen.

Hinweise zur Verwendung des GSK mit spezifischen Gruppen von Klient:innen und dazugehörige Arbeitsblätter finden sich im Übrigen auch auf der Internet-Seite [www.gsk-training.de](http://www.gsk-training.de). Wir möchten an dieser Stelle alle Anwender:innen des GSK auffordern, uns ihre Erfahrungen und modifizierten Arbeitsblätter zur Verfügung zu stellen, um sie dort publizieren zu können.

Die bewährte allgemeine Konzeption des Buches, die schon den vorigen Auflagen zugrunde lag, wurde auch bei der vorliegenden siebten Auflage beibehalten. Allerdings wurde die Gliederung etwas verändert und – wo es sinnvoll und notwendig erschien – wurden Kapitel überarbeitet und aktualisiert. Neu aufgenommen wurde ein Erfahrungsbericht über ein Trainingsprojekt für Menschen mit Intelligenzminderung, ein Text über internetgestützte Interventionen im Rahmen des GSK sowie ein kurzes Kapitel über aktuelle Empfehlungen zur Trainingspraxis.

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

Mindestens die Hälfte der Personen, die mit sozialen Kompetenztrainings zu tun haben, sind Klientinnen, sind Therapeutinnen, Trainerinnen, Forscherinnen usw. Diese Tatsache wurde schon in der vorigen Auflage immer wieder durch entsprechende Formulierungen in Erinnerung gerufen, wird in der vorliegenden Auflage nun jedoch noch konsequenter deutlich gemacht. Wir hoffen, dass dadurch die Lesbarkeit der ohnehin oft recht anspruchsvollen Texte für die Leser:innen nicht allzu sehr beeinträchtigt wird.

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

Berlin / Bielefeld, Sommer 2022

*Rüdiger Hinsch  
Ulrich Pfingsten*



# Grundlagen

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

# 1 Soziale Kompetenzen und Kompetenzprobleme

Ulrich Pfingsten

- 1.1 Soziale Kompetenzen
- 1.2 Soziale Kompetenzprobleme
- 1.3 Soziale Kompetenzen als Ressourcen

## 1.1 Soziale Kompetenzen

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

- ▶ **Persönlichkeitspsychologie.** Der Persönlichkeitspsychologe Walter Mischel kritisierte, dass es eigentlich wenig hilfreich ist, Menschen durch Eigenschaften im herkömmlichen Sinne zu charakterisieren. Viel aussagekräftiger sei hingegen oft die Beschreibung ihrer Fähigkeiten, sich in bestimmten Situationen erfolgreich zu verhalten. Den Nutzen einer solchen Sichtweise haben etwa Elliot et al. (2018) am Beispiel der Leistungsmotivation demonstriert.
- ▶ **Sozialpsychologie.** Michael Argyle und andere entwickelten ein Modell sozialer Fertigkeiten, das sie durch ein eindrucksvolles Forschungsprogramm ausgebaut und empirisch untermauert haben (vgl. Hollin & Trower, 1986).
- ▶ **ABO-Psychologie.** Beträchtliches Interesse am Konzept der sozialen Kompetenzen ist seit einiger Zeit in der Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie entstanden (vgl. Greimel-Fuhrmann, 2013; Kanning, 2002, 2015; Seeber & Wittmann, 2017).
- ▶ **Entwicklungspsychologie.** Wie sich kognitive, emotionale und soziale Kompetenzen entwickeln, ist ein wesentlicher Gegenstand der Entwicklungspsychologie (vgl. Kingery et al., 2020; Malti & Perren, 2015; Smith & Hart, 2011). Das hat natürlich auch Implikationen für die Entwicklungspsychopathologie (vgl. z. B. Kamper-DeMarco et al., 2020; Matson, 2017).

- ▶ **Pädagogische Psychologie.** Im pädagogischen Kontext beschäftigt man sich seit geraumer Zeit nicht nur mit der Förderung kognitiver, sondern auch sozialer und emotionaler Kompetenzen (vgl. Consortium, 1997; Lohaus & Domsch, 2021; Malti & Perren, 2015). Der Erwerb von Schlüsselkompetenzen wird als zentrales Ziel eines integrativen internationalen Bildungskonzeptes diskutiert (vgl. Rychen & Salganik, 2003) und ihre Förderung ist z. B. im deutschen Schulgesetz ausdrücklich als Erziehungsauftrag verankert (Jerusalem & Klein-Heßling, 2002).
- ▶ **Psychopathologie.** Vor allem in den USA wurde der interpersonale Aspekt psychischer Störungen immer schon stark beachtet (vgl. Segrin, 2001). So wiesen Zigler und Phillips schon 1962 darauf hin, dass die prämorbid soziale Anpassung und damit auch die sozialen Kompetenzen von Patientinnen und Patienten für den weiteren Verlauf von psychischen Störungen und für deren Therapie- und Rehabilitationschancen sehr wichtig sind (Zigler & Phillips, 1962). Im klinisch-therapeutischen Bereich haben Bellack, Goldstein, Liberman und ihre Mitarbeiter:innen entscheidend zur Entwicklung von Interventionen beigetragen, bei denen die Verbesserung der Kompetenzen von Menschen mit psychischen Störungen im Mittelpunkt steht (vgl. z. B. Kopelowicz et al., 2007; Sprafkin et al., 1993). Inzwischen spricht einiges dafür, dass das Kompetenzkonzept in der klinischen Praxis eine besonders geeignete Grundlage für die Entwicklung *transdiagnostischer Interventionen* bieten könnte (vgl. Helbig-Lang et al., 2020; Mansell et al., 2009).
- ▶ **Klinische Kinder- und Jugendpsychologie.** Dodge zeigte in beeindruckender Weise, bei wie vielen psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters soziale Kompetenzprobleme eine Rolle spielen: Im Diagnosesystem des DSM (in der damaligen Version III-R) war das in den Diagnosekriterien von 31 Störungen der Fall (Dodge, 1989). Entsprechende Trainingsprogramme haben deshalb bei der Behandlung und Prävention internalisierender und externalisierender Störungen einen erheblichen Stellenwert (vgl. Beelmann, 2019; Beelmann et al., 1994; Beelmann & Lösel, 2006, 2021; Jürgens & Lübben, 2021; Matson, 2017; Pfungsten, 2021; Spence, 2003).
- ▶ **Präventions- und Gemeindepsychologie.** In der Präventions- und Gemeindepsychologie wurden kompetenztheoretische Überlegungen seit jeher stark betont. Schon Sommer (1977) stellte z. B. die Vermittlung von Kompetenzen als Ziel jeglicher primärer Prävention dar (vgl. auch Hallmann, 2020; Repucci et al., 1999).
- ▶ **Gesundheitspsychologie.** Der Erhalt oder die Wiedererlangung psychischer und körperlicher Gesundheit ist an das Vorhandensein bestimmter gesundheitsbezogener Kompetenzen bei der betreffenden Person gebunden. Dazu gehören v. a. in einem komplexen Gesundheitssystem eine Reihe von speziellen sozialen, kognitiven und anderen Fertigkeiten, die inzwischen zusammenfassend oft auch als Gesundheitskompetenz bezeichnet werden und übrigens z. B. in Deutschland bei etwa der Hälfte der Bevölkerung als unzureichend und förderungsbedürftig bezeichnet werden müssen (vgl. Schaeffer et al., 2016).

Schon diese Beispiele deuten an, dass sich das Kompetenzkonzept mit seinen spezifischen Eigenheiten, die im Folgenden noch näher zu erläutern sind, zu einem Bindeglied

zwischen verschiedenen Bereichen der Psychologie entwickelt hat. Dabei eröffnen sich gerade durch die Querbeziehungen zwischen verschiedenen Disziplinen oft auch interessante und neue Perspektiven für praktische Anwendungen. So hat sich im Bereich psychologischer Interventionen und Psychotherapie eine eigenständige Gruppe von Interventionsverfahren entwickelt: die psychologischen Kompetenztrainings (O'Donohue & Krasner, 1995a). Sie beziehen sich auf verschiedene Verhaltensbereiche, wobei den Trainings zur Förderung des *sozialen* Verhaltens von Menschen allerdings von jeher eine besondere Bedeutung zukommt (vgl. Pfingsten, 2018).

### **Was sind soziale Kompetenzen?**

Als Kerngedanke meint der Begriff »soziale Kompetenz« die Fähigkeit eines Menschen, angemessene Kompromisse zu finden zwischen den eigenen Bedürfnissen einerseits und der sozialen Anpassung andererseits. Dieser Gedanke ist auf den ersten Blick wahrscheinlich plausibel. Es ist jedoch nicht leicht, ihn für praktische Anwendungen näher zu präzisieren. Welche konkreten Verhaltensweisen sind gemeint, wenn man von sozialen Kompetenzen spricht? Um einen gewissen Eindruck davon zu geben, soll hier eine Aufzählung von Eileen Gambrill wiedergegeben werden (s. Kasten).

#### **Beispiele sozial kompetenter Verhaltensweisen**

(nach Gambrill, 1995a)

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

Solche Aufzählungen sind sehr nützlich und wichtig. Allerdings haben ihre Anschaulichkeit und Praxisnähe zugleich auch einen Nachteil: Verschiedene Autor:innen kom-

men nämlich z. T. zu recht unterschiedlichen Auflistungen. Das hat zur Folge, dass in Trainingsprogrammen nicht immer dasselbe unter sozialen Kompetenzen verstanden wird; dadurch aber unterscheiden sich auch deren Indikationsstellung, Therapieziele und Interventionsmethoden. Deshalb halten wir es für wichtig anzugeben, von welcher allgemeineren Definition im vorliegenden Buch ausgegangen wird (vgl. Döpfner et al., 1981).

### Definition

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

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

Die hier zunächst nur kurz erwähnte Arbeitsdefinition wird in Abschnitt 4.2.1 näher erläutert. Sie dient als pragmatische Grundlage für unsere theoretischen Überlegungen und für unser Trainingskonzept, ist jedoch nicht als Lösung aller Definitionsprobleme gedacht, die mit dem Kompetenzbegriff verbunden sind (Pfungsten, 1984, 2021; vgl. auch Kanning, 2002, 2009, 2015; Nangle et al., 2010b).

### Soziale Kompetenz – eine Eigenschaft?

**Eigenschaftskonzepte.** Durchsetzungsfähigkeit (Assertiveness), Selbstsicherheit, Kontaktfähigkeit usw. werden oft als allgemeine und überdauernde Persönlichkeitseigenschaften betrachtet, die verhältnismäßig situationsunabhängig sind. Salter (1949) nahm z. B. an, dass sich bei einem Kind durch entsprechende Erfahrungen eine Art »gehemmte Persönlichkeit« entwickelt. Diese Hemmung soll im Erwachsenenalter ziemlich stabil bleiben und auf eine Vielzahl sozialer Verhaltensweisen und Situationen generalisieren. Für Cattell (1965) ist Durchsetzungsvermögen eine Eigenschaft, die auf eine vererbliche Grundlage zurückgeht. Auch Wolpe (1993) geht noch von einem relativ breit generalisierten Assertiveness-Konzept aus.

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

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

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

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

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

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

## 1.2 Soziale Kompetenzprobleme

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

### Definition

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

### Fallbeispiele

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

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

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

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

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

**Frau N. (66).** Verwitwet, drei erwachsene Kinder außer Haus, leidet seit Jahren an zahlreichen körperlichen Beschwerden, für die bisher keine ernsthaften organischen Ursachen gefunden wurden. Die Klientin hat außer Telefongesprächen mit ihren Kindern kaum Kontakte. Besuche bei diesen sind selten geworden, weil es vor allem wegen der Erziehung der Enkel immer wieder zu Spannungen kommt. Bei Gesprächen mit Nachbarn oder Bekannten fühlt sie sich angespannt und unwohl, richtet sich das Verlassen ihrer Wohnung inzwischen so ein, dass sie solchen Kontakten ganz aus dem Wege gehen kann.

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

### **Verwandte Diagnosen und Begriffe**

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

**Soziale Angststörung.** Die Soziale Angststörung (früher »Soziale Phobie«, F40.1 nach ICD-10; vgl. auch Kap. 8.1) gehört zu den häufigsten psychischen Störungen. Sie ist dadurch definiert, dass Menschen in ihrem Alltagsleben erheblich beeinträchtigt sind, weil sie bestimmte Situationen fürchten, in denen sie im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen und sich peinlich oder erniedrigend verhalten könnten. Häufig handelt es sich z. B. um Sprechen bzw. Essen in der Öffentlichkeit, Begegnungen mit Bekannten oder die Teilnahme an kleinen Gruppen, etwa bei Feiern, Konferenzen oder anderen Gele-

genheiten. Die Diagnose wird gestellt, wenn bei einer Person in solchen Situationen ausgeprägte, überwiegend vegetative Angstsymptome auftreten oder wenn sie diese Situationen gänzlich meidet. Häufig wird die auf ganz bestimmte Situationen begrenzte Phobie von einer generalisierten Sozialphobie unterschieden (Saß et al., 2003). Dabei weisen die meisten der um Behandlung nachsuchenden Soziophobiker eine solche generalisierte Störung auf; in einer großen deutschen Studie waren es 90 % (Lincoln et al., 2003). Insgesamt tritt die Störung bei Frauen häufiger auf, wird von davon betroffenen Männern allerdings eher als behandlungsbedürftig angesehen (Schmitz & Hoyer, 2019; vgl. auch Hofmann & diBartolo, 2014; Weeks, 2014).

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

**Soziale Ängste.** Davon abgesehen wird inzwischen überhaupt auch häufiger von einem Kontinuum sozialer Ängste ausgegangen (z. B. Schneier et al., 2002). Das bedeutet, dass auf der einen Seite die beschriebenen klinischen Störungsbilder zusammengefasst werden und auf der anderen Seite schwächer ausgeprägte Sozialängste, die in der Gesamtbevölkerung weit verbreitet sind. Solche subklinischen Ängste erfüllen die Diagnosekriterien nicht, dennoch kann eine psychologische Intervention z. B. unter präventivem Gesichtspunkt sehr sinnvoll sein, weil auch sie für die Betroffenen v. a. auf die Dauer oft zu erheblichen Beeinträchtigungen führen (Fehm et al., 2008; vgl. Abschn. 8.1).

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

**Leistungs-/Prüfungsängste.** Diese Ängste betreffen die Befürchtung einer Person, dass ihre zu erbringenden Leistungen in bestimmten Situationen als unzureichend bewertet werden. Dabei gehen die Bewertungsängste jedoch über die rein sachliche Leistungsbeurteilung hinaus – in diesen Fällen und bei einem entsprechenden Ausprägungsgrad ergibt es Sinn, die Prüfungsangst wie im DSM-5 als spezifische Form der sozialen Angststörung zu bezeichnen. Es ist deshalb auch nicht erstaunlich, dass bei Klient:innen mit derartigen Prüfungsängsten ähnliche Interventionen wirksam sind wie bei der Behandlung anderer sozialer Kompetenzprobleme (Hinsch & Christ, 1982).

### 1.3 Soziale Kompetenzen als Ressourcen

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

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

**Beispiele.** Als Beispiel kann in diesem Zusammenhang der eingangs bereits erwähnte Bereich der Gesundheitspsychologie dienen, in dem zunehmend deutlich wird, dass Gesundheit eben nicht nur einfach als Abwesenheit von Krankheit zu definieren ist sondern v. a. auch davon abhängt, dass Menschen über ausreichende gesundheitsbezogene Kompetenzen verfügen (vgl. Schaeffer et al., 2016). Hinzu kommen als wichtige Ressource allgemeinere soziale Kompetenzen, denn auch die Quantität und Qualität sozialer Beziehungen beeinflussen die Gesundheit (vgl. z. B. Cohen, 2004).

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

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

*Ulrich Pfungsten*

2.1 Das Modell im Überblick

2.2 Problematische Teilprozesse

### 2.1 Das Modell im Überblick

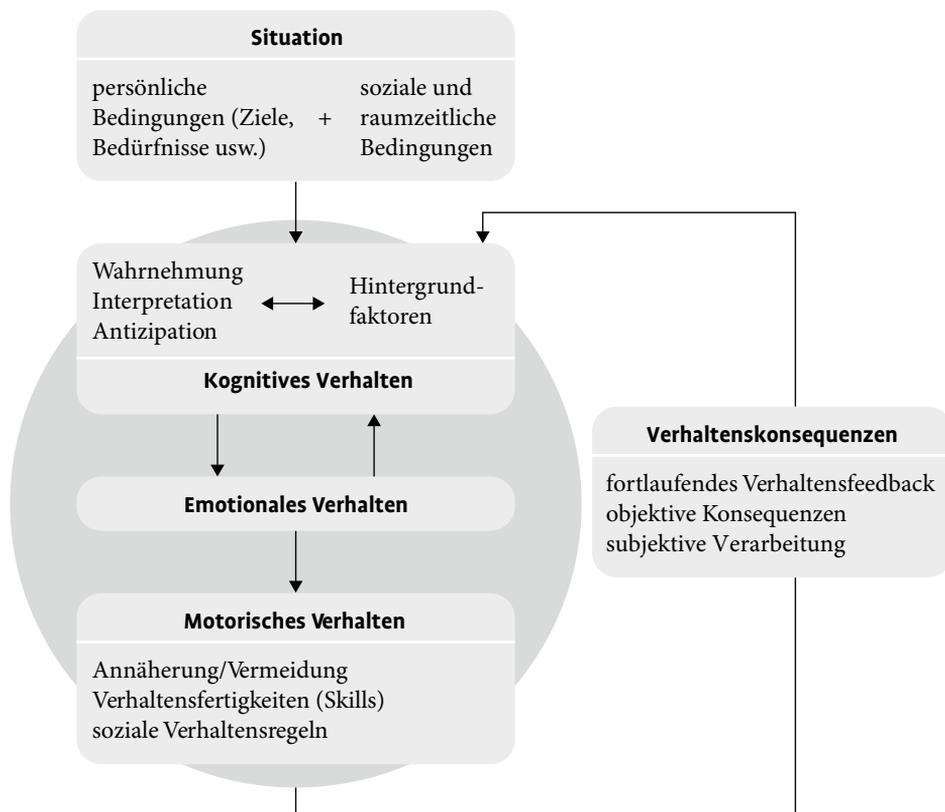
Welche äußeren und inneren Prozesse laufen bei einer Person während des Verhaltens in sozialen Situationen ab? Worauf ist es zurückzuführen, dass solche Prozesse bei manchen Menschen zu erfolgreichem Sozialverhalten führen und bei anderen nicht? Welche Veränderungen sind nötig, damit Klientinnen und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

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

Vorläufer des Modells ist ein ähnlicher Ansatz von Argyle und Kendon (1967). Weitere Aspekte entstammen der sozialen Lerntheorie von Albert Bandura, dem Stresskonzept von Richard S. Lazarus und Ansätzen der kognitiven Verhaltenstherapie. Von anderen Forscherinnen und Forschern wurden ebenfalls solche Modellvorstellungen entwickelt (z. B. Beck & Clark, 1997; Borgart, 1985; Corrigan et al., 1992; Crick & Dodge, 1994; Döpfner, 1989; Hopko et al., 2001; Mattick et al., 1995; Spence, 2003). Einige Autor:innen arbeiteten dabei insbesondere diejenigen Teilprozesse heraus, die die speziellen Schwierigkeiten von Menschen mit sozialen Angststörungen im klinischen Sinne betreffen (Clark & Wells, 1995; Heimberg et al., 2014; Hofmann, 2007; Stangier et al., 2016; Wong et al., 2014).

Ausgangspunkt unseres Erklärungsmodells ist eine konkrete Alltagssituation, mit der eine handelnde Person konfrontiert ist (vgl. Abb. 2.1). Die Person nimmt die Situation in bestimmter Weise wahr und verarbeitet sie innerlich weiter. Die kognitiven und emotionalen Verarbeitungsvorgänge führen zu beobachtbaren (sog. motorischen) Verhaltensweisen, die oft in Form umfassender Verhaltensmuster organisiert sind. Das motorische Verhalten bewirkt Veränderungen in der Umwelt. Diese Verhaltenskonsequenzen werden wiederum wahrgenommen und kognitiv-emotional weiterverarbeitet. Der

ganze Ablauf bzw. die von der handelnden Person als wesentlich eingeschätzten Aspekte davon werden im Gedächtnis abgespeichert, was dazu beiträgt, wie die betreffende Person zukünftig mit entsprechenden Situationen umgehen wird.



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

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

### Ein Beispiel

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

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

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

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

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

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

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

**Emotionales Verhalten.** Die kognitive Verarbeitung von Situationen bewirkt die Entstehung entsprechender Affekte und Emotionen. Der Gedanke »Mit diesem Kellner werde

ich niemals fertig!« lässt beispielsweise fast zwangsläufig ein Gefühl der Mutlosigkeit aufkommen. Das kognitive Resümee »Das ist nur die Schuld des Kellners!« resultiert stattdessen eher in einem wütenden Affekt, während die Feststellung »Ich habe ein Recht auf das Essen, das ich bestellt habe!« zu Mut und Entschlossenheit führt.

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

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

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

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

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

## 2.2 Problematische Teilprozesse

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

**Kontroverse.** In der einschlägigen Forschung dominierte lange Zeit ein Widerstreit von Forscher:innen, die jeweils *einen einzigen* der oben erwähnten Faktoren des Erklärungsmodells für das Zustandekommen sozial inkompetenten Verhaltens verantwortlich machen wollten: Manche gingen z. B. davon aus, dass unsicheres Verhalten auf störende Emotionen zurückzuführen ist, vor allem auf Angst. Andere hielten dagegen ungeschickte motorische Verhaltensweisen für entscheidend. In weiteren Theorien schließlich werden vor allem kognitive Fehlsteuerungen als wesentliche Ursache thematisiert. In Kapitel 4 wird sich zeigen, dass es hier nicht nur um theoretische Feinheiten geht, sondern dass sich solche verschiedenen Standpunkte auch auf das praktische Vorgehen bei Interventionen sehr unterschiedlich auswirken.

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

### Wichtig

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

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

### 2.2.1 Situationale Überforderung

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

manchen Fällen sinnvoll sein, entstehende Schwierigkeiten nicht als Kompetenzmangel der betreffenden Person, sondern als objektive Überforderung zu interpretieren.

**Zahlreiche Situationen.** Goldfried und D’Zurilla (1969) fanden bei Studienanfänger:innen in den USA mindestens 600 verschiedene soziale Situationen, von denen 181 im Alltag der Studierenden eine hohe Auftretenswahrscheinlichkeit hatten. Barker und Wright (1954) ermittelten über 800 Standardsituationen, mit denen die Bürgerinnen und Bürger einer US-Kleinstadt in ihrem alltäglichen Leben konfrontiert werden können. Angesichts dieser zahlreichen sozialen Aufgaben ist es eigentlich erstaunlicher, dass die meisten Menschen sie einigermaßen bewältigen, als dass manche Personen glauben, mit bestimmten Situationen nicht klarkommen zu können.

**Spezifische Situationsmenüs.** Mit dem Begriff »situationale Überforderung« ist allerdings nicht die soziale Beanspruchung gemeint, die man aus derartigen Untersuchungen für jeden von uns ableiten könnte. Durch eine solche Argumentation ließe sich ja nicht erklären, wieso die meisten Menschen damit zurechtkommen und einige nicht. Nicht alle Menschen sind jedoch denselben psychosozialen Ansprüchen der Umwelt ausgesetzt. Jede Person hat sozusagen ihr eigenes Situationsmenü. In ihm kommen manche Arten von Situationen im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung häufiger, andere vielleicht besonders selten vor.

Die Aufgabe »Fremde Personen überzeugen müssen« tritt z. B. bei vielen Personen nur gelegentlich auf, während die Vertriebsmitarbeiter:innen in einem Call-Center tagtäglich mit ihr konfrontiert werden. Eine durchschnittliche Sozialkompetenz in diesem Bereich mag infolgedessen für viele Menschen völlig ausreichend sein, kann aber für diese Mitarbeiter:innen eventuell zu erheblichen beruflichen Schwierigkeiten führen.

**Environmental redesign.** Sicherlich kann man solche Fälle auch so beschreiben, dass den betreffenden Personen notwendige Kompetenzen fehlen. Damit wird aber zumindest im klinischen Kontext u. U. eine falsche Interventionsstrategie nahe gelegt: Man würde sich um eine Verbesserung sozialer Fertigkeiten bemühen, wo es in erster Linie darum gehen müsste, Menschen bei der Umorganisation ihres Situationsmenüs zu helfen.

Blechman (1981) prägte hier den Begriff eines Environmental redesign, das auf eine objektive Umgestaltung des persönlichen Situationsmenüs hinausläuft, und hielt diese Umgestaltung z. B. angesichts extremer psychosozialer Überforderungen bei vielen ihrer weiblichen Klientinnen für notwendig. Allerdings sind solche Maßnahmen oft nicht leicht realisierbar, und sie stoßen gerade auch bei den Betroffenen selbst auf Widerstand: Diese wollen nämlich nicht ihre Lebensumstände ändern, sondern erwarten von der Therapie eine weitere Steigerung ihrer Fähigkeiten, mit den (objektiv kaum zu bewältigenden) Aufgaben fertig zu werden.

**Gefahren und Möglichkeiten.** Es besteht in diesem Zusammenhang sowohl für Therapeut:innen als auch für Klient:innen die Gefahr, die Möglichkeiten von sozialen Kompetenztrainings zu überschätzen. Zum einen kann das dazu beitragen, überhöhte Anspruchshaltungen der Gesellschaft an bestimmte Personengruppen zu stabilisieren. Zum anderen kann es in der Praxis geschehen, dass Klientinnen oder Klienten in der Überzeugung bestätigt werden, die unbefriedigende Bewältigung ihrer psychosozialen Alltagsanforderungen liege an ihrer Unfähigkeit und nicht an den überhöhten Anforderungen selbst.

Bei der Arbeit mit dem GSK haben wir solche destruktiven Effekte bisher allerdings kaum festgestellt. Sie traten z. B. nicht einmal bei pflegenden Angehörigen von chronisch Kranken auf, bei denen man sicher in vieler Hinsicht von sozialer Überforderung sprechen kann. Auch diese Personen haben aber durchaus den Eindruck, von einem auf sie zugeschnittenen GSK-Training zu profitieren (Fischer & Scholten, 1993).

Bemerkenswerterweise entwickeln viele Klientinnen und Klienten erst durch ein solches Training eine realistische Einschätzung ihres Situationsmenüs, was eine wichtige Voraussetzung für seine Änderung darstellt. So kann es nach Abschluss des Trainings dann u. U. vorkommen, dass Teilnehmerinnen oder Teilnehmer entscheidende Schritte zum Abbau ihrer Überforderung unternehmen. Dazu gehören z. B. Rückzug aus besonders problematischen Beziehungen, Umverteilung familiärer Aufgaben, konsequenteres Realisieren von Freizeitanteilen, Setzen von Prioritäten usw.

Eine spezielle, aber nicht seltene Art von situationaler Überforderung entsteht, wenn Menschen ihren Mitmenschen gegenüber versuchen, einen bestimmten Eindruck von sich zu erwecken, der auf die Dauer nur schwer aufrechterhalten werden kann (Selbstpräsentationsfalle, vgl. Abschn. 3.1).

### Wichtig

Trainerinnen und Trainer sollten für die Gefahr sozialer (Selbst-)Überforderung sensibel sein und ihre Klient:innen vor Beginn der Intervention darüber aufklären, welche Art von Veränderungen sie von einer Teilnahme erwarten können – und welche nicht.

## 2.2.2 Kognitive Probleme: Wahrnehmung, Interpretation und Antizipation

Soziale Kompetenztrainings wie das GSK wurden hauptsächlich für Personen entwickelt, die in ihrem Alltag einem normalen Situationsmenü gegenüberstehen. Ihre sozialen Beanspruchungen sind also nicht wesentlich höher als die ihrer Mitmenschen. Wieso kommt es nun in solchen Fällen zu Schwierigkeiten?

**Kognitive Fehlsteuerungen.** Ein erster großer Problembereich hängt damit zusammen, dass die betreffenden Personen Alltagssituationen in einer Weise wahrnehmen und verarbeiten, die eine erfolgreiche Problembewältigung erschwert oder verhindert. Wenn jemand z. B. dazu neigt, jede kritische Äußerung seines Lebenspartners als Aggression wahrzunehmen, erschwert dies kompetente Reaktionen wie etwa eine sachliche Darlegung der eigenen Sichtweise. Stattdessen kommt es eher zu »Gegenaggressionen« und anderen inkompetenten Verhaltensweisen. Es sind vor allem Fehlsteuerungen in folgenden kognitiven Bereichen, die ein effektives Sozialverhalten erschweren:

- ▶ die ungünstige *Wahrnehmung* der sozialen Situation und der beteiligten Personen,
- ▶ ungünstige Annahmen über das Zustandekommen der Situation (*Interpretation*) und
- ▶ ungünstige Einschätzung der eigenen Erfolgchancen (*Antizipation*).

Außerdem können bestimmte kognitive Hintergrundfaktoren das soziale Verhalten negativ beeinflussen, z. B. eine ungünstige Aufmerksamkeitssteuerung. Vgl. zum Folgenden Frank, 1986; sowie die wichtigen Reviews von Hirsch & Clark, 2004a; Hofmann, 2007; Kuckertz & Amir, 2014; Morrison & Heimberg, 2013; Norton & Abbott, 2016.

### **Wahrnehmung**

Ganz allgemein ist anzunehmen, dass ein erfolgreiches Sozialverhalten die relativ genaue Wahrnehmung von Mitmenschen und sozialen Situationen voraussetzt. Weisen Menschen mit sozialen Kompetenzproblemen hier Defizite auf?

**Wahrnehmungsgenauigkeit.** Tatsächlich zeigen einige Untersuchungen, dass sozial kompetente Personen über bessere Fähigkeiten verfügen, die Gefühle ihrer Mitmenschen zutreffend wahrzunehmen. Es gab jedoch auch Befunde, dass die Wahrnehmungsgenauigkeit gerade bei sozial passiven und kontaktarmen Menschen höher war. Cunningham (1977) meint, dass solche Personen verwundbarer und dadurch motiviert sind, das Verhalten und die Gefühlsäußerungen ihrer Mitmenschen stärker zu beobachten. Beide Ergebnisse sind plausibel.

Der Widerspruch entsteht wahrscheinlich, weil die Fragestellung in solchen Studien oft nicht differenziert genug untersucht wurde. Zum einen könnten auch soziale Wahrnehmungsfähigkeiten situationsspezifisch sein: Beispielsweise mag jemand die Gefühlsregungen vertrauter Interaktionspartner recht gut erkennen, ohne über dasselbe Einfühlungsvermögen gegenüber Fremden zu verfügen und umgekehrt (vgl. Morrison & Bellack, 1981). Zum anderen setzt sozial kompetentes Verhalten sicher ein Minimum an Wahrnehmungsgenauigkeit voraus, ohne dass deshalb die kompetentesten Personen zugleich auch ein Maximum an Einfühlungsvermögen besitzen müssten (vgl. Firth et al., 1986). Ganz im Gegenteil: Die starke Beschäftigung mit den Empfindungen der anderen Person kann in manchen Fällen eher zu Hemmungen führen. Das gilt besonders in Situationen, in denen man sein eigenes Recht durchsetzen möchte: Wenn ich mich als Gast zu stark in den mürrischen Kellner hineinversetze, dann werde ich möglicherweise zu schnell auf die angemessene Durchsetzung meiner Reklamation verzichten.

In unserem Zusammenhang kommt es also normalerweise nicht auf eine besonders ausgeprägte interpersonale Sensitivität an. Es ist nur erforderlich, dass die handelnde Person die persönlichen, sozialen und raumzeitlichen Bedingungen einer Situation *hinreichend* präzise wahrnimmt, um angemessen reagieren zu können. Es spricht einiges dafür, dass diese Fähigkeit bei den meisten erwachsenen Klienten mit sozialen Kompetenzproblemen grundsätzlich in ausreichendem Maße gegeben ist (z. B. Gardner et al., 2005; Plana et al., 2014).

**Systematische Wahrnehmungsverzerrungen.** Nehmen Menschen mit sozialen Kompetenzproblemen ihre Mitmenschen besonders negativ wahr und erschwert ihnen das ein angemessenes Verhalten? Auch hier sind die Untersuchungsbefunde nicht immer eindeutig.

Bei Eisler et al. (1978) schätzten sozial unsichere Versuchspersonen eine per Video dargebotene Interaktionsperson nur in einer von neun Eigenschaften als negativer ein: Sie hielten sie für unfairer. Halford und Foddy (1982) fanden bei sozialängstlichen und

nichtängstlichen Versuchspersonen keinen Unterschied in der wahrgenommenen Freundlichkeit einer Rollenspielpartnerin. Auch in anderen Untersuchungen zur Wahrnehmung von Gesichtern waren oft keine grundlegenden Wahrnehmungsverzerrungen bei sozialängstlichen Personen nachweisbar (vgl. Philippot & Douilliez, 2005; Staugaard, 2010).

Dem widersprechen allerdings andere Befunde und eigene Beobachtungen, dass unsichere Personen doch häufig dazu neigen, Interaktionspartner:innen als abweisender, bedrohlicher oder auf andere Weise verzerrt wahrzunehmen (vgl. z. B. Röder & Margraf, 1999). So stellt sich die Frage, wie dieser Widerspruch zu erklären ist. Wir gehen davon aus, dass die Wahrnehmungsverzerrungen bei Menschen mit sozialen Kompetenzproblemen typischerweise nur dann auftreten, wenn diese Personen persönlich unmittelbar betroffen sind und unter Handlungsdruck stehen. Unter diesen Umständen kommt es nämlich zu typischen Aufmerksamkeitsproblemen, die weiter unten noch näher erläutert werden (vgl. Abschn. 2.2.3).

### Wichtig

Die meisten (erwachsenen) Klientinnen und Klienten mit sozialen Kompetenzproblemen haben *keine allgemeinen* Defizite in ihrer sozialen Wahrnehmung. Verzerrungen treten erst auf, wenn sie mit den für sie wirklich kritischen Sozialsituationen konfrontiert werden. Für die Therapie ergibt sich daraus: Ein allgemeines Training von sozialer Wahrnehmung und Empathie dürfte bei diesen Klient:innen normalerweise nicht notwendig sein und eo ipso auch nicht zur Zunahme sozial kompetenten Verhaltens führen.

Trainerinnen und Trainer sollten *situationsbezogen* an Wahrnehmungseinschränkungen und -verzerrungen von Teilnehmer:innen arbeiten. So lässt sich im GSK bei Rollenspielen anhand von Videoaufzeichnungen konkret besprechen, wie sich die Klient:innen selbst in der Situation wahrgenommen haben, worauf sie geachtet und wie sie den Rollenspielpartner gesehen haben. Anschließend kann der Partner (bzw. die Partnerin) berichten, wie er (oder sie) sich tatsächlich gefühlt hat. Durch den Vergleich können bezeichnende Differenzen zutage treten, die bei den Klient:innen oft Erstaunen auslösen und zu erkennbaren Einstellungskorrekturen führen.

Damit soll allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass es spezielle Klient:innen oder Gruppen von Klient:innen gibt, die grundlegendere Wahrnehmungs- und Empathiedefizite aufweisen und dann entsprechende Trainingsmaßnahmen sinnvoll machen (z. B. Kinder und Jugendliche, entwicklungsretardierte Personen, Patient:innen mit bestimmten psychischen Störungen oder bestimmte Delinquent:innen).

### Interpretation

Eine soziale Alltagssituation wird von der handelnden Person also auf bestimmte Weise wahrgenommen, bewirkt bei dieser aber auch Vermutungen darüber, was die Situation

zu bedeuten hat und wie es dazu gekommen ist. Solche Interpretationen beziehen sich vor allem auf die Ziele, Interessen und Motive der anderen beteiligten Personen. Bekanntes Beispiel: Wenn eine Rednerin feststellt, dass mehrere Leute bei ihrem Vortrag den Saal verlassen, kann sie sich das mit der schlechten Qualität ihrer Rede erklären. Sie kann aber auch annehmen, dass diese Leute nichts von der Sache verstehen oder dass sie andere wichtige Dinge zu erledigen haben.

**Ungünstige Situationsanalysen.** Soziale Situationen sind meist vieldeutiger als nichtsoziale und Menschen mit sozialen Kompetenzproblemen neigen dazu, sie für sich negativer zu interpretieren als andere (vgl. Kuckertz & Amir, 2014; Mobini et al., 2013; Plana et al., 2014). Diese ungünstige Interpretation von (oft sogar auch positiven!) Situationen führt zur Verunsicherung und beeinträchtigt dann u. U. auch das Verhalten, wie man sich am Beispiel der oben genannten Rednerin vorstellen kann. Ein anderes Beispiel für den Einfluss ungünstiger Situationsanalysen: Viele Menschen manövrieren sich selbst in eine schwierige Lebenslage hinein, weil sie nicht Nein sagen können. Bei solchen Problemen spielt es eine große Rolle, für wie berechtigt man die Ansprüche der anderen hält: Inkompetent-unsichere Personen sehen solche Ansprüche ihrer Mitmenschen als legitimer an, was ihnen eine Ablehnung natürlich schwer macht (Chiauszi & Heimberg, 1986).

**Selbsterfüllende Prophezeiungen.** Die verhaltenssteuernde Rolle entsprechender Situationsanalysen wird auch an einem anderen Effekt deutlich, den z. B. Curtis und Miller (1986) empirisch belegten. Die (auch unzutreffende) Überzeugung, von einer Interaktionspartnerin oder einem -partner nicht gemocht zu werden, kann zu einer selbsterfüllenden Prophezeiung werden: Man verhält sich dann nämlich oft so, dass man wirklich weniger gemocht wird. Snyder und Stukas (1999) bringen viele Belege für dieses Phänomen und weitere Hinweise darauf, wie sich kognitive Prozesse in solchen Fällen auf das soziale Interaktionsverhalten auswirken.

**Aggressive Reaktionen.** Einen besonders großen Einfluss hat der Interpretationsprozess auf die Entstehung inkompetent-aggressiver Reaktionen, die übrigens auch bei Menschen mit sozialen Ängsten und Unsicherheiten nicht selten sind (Kachin et al., 2001; vgl. auch Kashdan & McKnight, 2010). Tendiert jemand dazu, bei familiären Streitigkeiten eine eigene Schuldbeteiligung auch vor sich selbst immer wieder zu leugnen und nur andere für entstandene Probleme verantwortlich zu machen, so werden kompromisslos-aggressive Reaktionen beträchtlich gefördert. Tatsächlich schrieben sich in einer eigenen Pilotstudie aggressive Personen selbst weniger Verantwortung für die Entstehung frustrierender sozialer Situationen zu. Gelassene, selbstbewusste Personen dagegen interpretierten in die Situationen weniger Fremdverschulden und weniger schädigende Absichten auf Seiten der anderen Person hinein.

Die Bedeutung einer unangemessenen Zuschreibung schädigender Absichten für das Zustandekommen aggressiven Verhaltens wurde in einer Reihe von Untersuchungen belegt; das gilt sowohl für Erwachsene als auch für Kinder (vgl. Ladd, 1999). Bei Dodge und Frame (1982) zeigten sozial isolierte und abgelehnte Kindergartenkinder die Tendenz, neutrale oder sogar prosoziale Intentionen Gleichaltriger als feindselig zu interpretieren und sich dementsprechend aggressiv zu verhalten. Ein solcher Effekt trat bemerkenswerterweise jedoch nur auf, wenn diese Kinder selbst an der Interaktion beteiligt

waren. Bei der Beobachtung fremder Interaktionen konnten sie die Absichten der handelnden Personen sehr wohl zutreffend erkennen.

Im Alltag von Partnerbeziehungen scheinen daneben weitere Interpretationsmuster eine Rolle zu spielen, indem z. B. negative Geschehnisse eher auf Charaktereigenschaften der Partnerin oder des Partners (wie Faulheit usw.) zurückgeführt werden als auf variable äußere Ursachen (z. B. berufliche Überlastung). Auch solche Attributionsmuster führen eher zu aggressiven Formen der Auseinandersetzung; zahlreichen Studien zufolge bewirken sie jedenfalls auf die Dauer massive Partnerprobleme (Fincham, 2001).

### Wichtig

Trainerinnen und Trainer sollten Interpretationsprozesse ausreichend beachten, vor allem wenn mit aggressiven oder delinquenten Klient:innen gearbeitet wird. Das situationsbezogene Erfragen und die Korrektur von Absichts- und Schuldzuschreibungen stellen in diesen Fällen wichtige Interventionen dar. Sie sollten sich auf eine möglichst frühe Phase der Situationsverarbeitung beziehen, weil einmal erfolgte Zuschreibungen schädigender Absichten gegen nachträgliche Einflüsse bemerkenswert widerstandsfähig sind (Zumkley, 1981).

### Antizipation

Für die weitere Steuerung des Sozialverhaltens sind vor allem zwei Arten von Antizipationsprozessen wichtig: (1) Welche Konsequenzen erwarten Menschen in einer Situation für ein bestimmtes Verhalten (*Konsequenzerwartungen*)? und (2) Inwieweit erwarten sie, das Verhalten, das erfolgsversprechend ist, in der betreffenden Alltagssituation auch tatsächlich realisieren zu können? Inwieweit trauen sie sich dieses Verhalten zu? (*Selbstwirksamkeitserwartung* / *Self-efficacy* sensu Bandura, 1997; von uns hier gelegentlich der Einfachheit halber auch als *Kompetenzvertrauen* bezeichnet).

#### (1) Konsequenzerwartungen

Eine Reihe von Untersuchungen zeigt übereinstimmend: Menschen mit sozialen Kompetenzproblemen rechnen grundsätzlich mehr als andere damit, dass soziale Interaktionen negativ verlaufen (Hirsch & Clark, 2004a). Deshalb ist es wenig erstaunlich, dass sie entsprechende Situationen oft am liebsten ganz vermeiden und erleichtert sind, wenn das möglich ist (sog. primäre Vermeidung, vgl. Abschn. 2.2.5).

Allerdings ist das im Alltag nicht immer möglich, und die betreffenden Personen müssen oder wollen sich in die kritische Situation hineinbegeben. Auch in diesem Falle kommen Konsequenzerwartungen ins Spiel, indem sich die Handelnden oft weniger kompetent verhalten, weil sie negative Konsequenzen befürchten. Eigene Rechte entschieden durchzusetzen wird beispielsweise von vielen Klient:innen als unbescheiden oder unsympathisch angesehen; entsprechend negativ sind ihre Fantasien darüber, wie andere auf ein solches Verhalten reagieren. So wird dann lieber auf die Durchsetzung eines legitimen Rechts verzichtet, als sich dem Risiko auszusetzen, bei anderen einen schlechten Eindruck zu machen.

In ähnlicher Weise wird oft angenommen, man solle seine eigenen Gefühle und Bedürfnisse nicht direkt aussprechen, weil die Mitmenschen das als wichtigtuertisch, egoistisch, peinlich oder als Zeichen von Charakterschwäche auslegen könnten. Sich zu fremden Leuten in einer Gaststätte an den Tisch zu setzen oder in einem öffentlichen Verkehrsmittel mit Fremden ein Gespräch zu beginnen, sind Verhaltensweisen, die viele Menschen durchaus realisieren könnten, wenn sie nicht davon überzeugt wären, dass sie ihrem Gegenüber als schwatzhaft oder aufdringlich erscheinen könnten. In manchen Fällen wird auch befürchtet, andere in Verlegenheit zu bringen.

Fiedler und Beach (1978) entwickelten in diesem Zusammenhang einen entscheidungstheoretischen Ansatz. Demnach machen Menschen ihr soziales Verhalten in einer Alltagssituation mehr oder minder unbewusst von zwei Faktoren abhängig: (a) von der geschätzten Wahrscheinlichkeit, mit der die möglichen Verhaltensalternativen zu bestimmten Konsequenzen führen, und (b) von der Bewertung dieser Konsequenzen.

**Geschätzte (Miss-)Erfolgswahrscheinlichkeit.** In einer empirischen Studie konnten Fiedler und Beach zeigen, dass das Sozialverhalten ihrer Versuchspersonen tatsächlich damit zusammenhing, für wie wahrscheinlich sie entsprechende positive oder negative Konsequenzen hielten. Deshalb ist damit zu rechnen, dass sich Klientinnen und Klienten oft deshalb gegen kompetentes Verhalten entscheiden, weil sie meinen, das würde wahrscheinlich ungünstige Konsequenzen nach sich ziehen. Diese Befürchtung ist auch nicht immer völlig unbegründet (vgl. Abschn. 2.2.6); die Wahrscheinlichkeiten werden von Klient:innen jedoch häufig erheblich überschätzt.

Nicht selten kommt diese Fehleinschätzung durch eine Verwechslung zustande, nämlich durch die Verwechslung von kompetentem und aggressivem Durchsetzungsverhalten. So nehmen manche unserer Trainingsteilnehmerinnen und -teilnehmer die Übungen zum Thema »Gefühle offen äußern« sehr skeptisch auf. Ein typischer Einwand ist dann: »Das habe ich bei meinem Mann schon oft probiert, aber es ist nichts dabei herausgekommen!« Lässt man sich eine solche Beispielsituation im Training dann genauer schildern, dann stellt sich fast immer heraus: Die betreffenden Personen haben kaum direkte Gefühlsäußerungen gezeigt (kompetentes Verhalten). Stattdessen führten sie die Gespräche mit Vorwürfen, Unterstellungen und dem Verweis auf Verhaltensnormen – allesamt typische Merkmale aggressiven Verhaltens (s. Abschn. 5.2.2). Die auf diese Weise provozierten Gegenreaktionen des Partners bewirken dann in der Tat einen sehr negativen Verlauf des Gesprächs. Das wird jedoch völlig zu Unrecht der – kompetenten – Verhaltensklasse »Gefühle äußern« angelastet. Dieses Phänomen könnte übrigens auch mit den schon erwähnten Untersuchungsbefunden zusammenhängen, die zeigen, dass soziale Ängste nicht selten mit aggressiven Verhaltenstendenzen verbunden sind (auch z. B. Erwin et al., 2003).

**Bewertung von Konsequenzen.** In der erwähnten Untersuchung von Fiedler und Beach ergab sich entgegen ihrer eigenen Vorhersage *kein* Unterschied darin, wie sozial inkompetente und kompetente Versuchspersonen die Konsequenzen ihres Verhaltens *bewerteten*. Das widerspricht unseren eigenen Erfahrungen: Inkompetente Klient:innen halten negative Folgen des eigenen Verhaltens nicht nur für wahrscheinlicher, sie schätzen sie zugleich auch als schwerwiegender und unangenehmer ein als andere Menschen.

Diese Katastrophisierungstendenz wird durch mehrere Untersuchungen bestätigt (vgl. Hirsch & Clark, 2004a). Interessanterweise scheint sie ein ganz eigenständiges Merkmal von Klientinnen und Klienten mit sozialen Kompetenzproblemen zu sein, ist also nicht etwa nur auf evtl. gleichzeitig bestehende Depressionen zurückzuführen (Rheingold et al., 2003; Wilson & Rapee, 2005a).

Welche Folgen werden besonders gefürchtet? Hier ist zunächst einmal natürlich die Erwartung zu nennen, ein gesetztes Ziel in der betreffenden Situation nicht zu erreichen (also z. B. eine Reklamation nicht durchsetzen zu können).

Aber auch wenn sich Klient:innen das Erreichen dieses eigentlichen Ziels zutrauen, kommen (störend) oft noch ganz andere Konsequenzerwartungen ins Spiel, v. a. die Befürchtung, vom Interaktionspartner oder anderen Beteiligten in irgendeiner Weise ungünstig beurteilt zu werden. Umfangreiche Befunde mit der »Fear of Negative Evaluation-Scale« von Watson und Friend (1969) bestätigen das (vgl. Patterson & Ritts, 1997).

### Häufige negative Konsequenzerwartungen von Klientinnen und Klienten

Neben den Erfolgs- oder Misserfolgserwartungen bezüglich des eigentlichen Anliegens gibt es einige Typen möglicher Konsequenzen, die Klient:innen besonders fürchten und von denen sie sich häufig besonders stark beeinflussen lassen:

- ▶ körperliche Anzeichen von Angst/Nervosität nicht verbergen zu können (z. B. »Die anderen werden merken, wie aufgeregt/unsicher ich bin.«),
- ▶ bzgl. ihres Aussehens negativ beurteilt zu werden (z. B. »Die anderen werden mein Aussehen/meine Kleidung/meine Haare usw. unattraktiv/abstoßend finden.«),
- ▶ sich ungeschickt oder unangemessen zu verhalten (z. B. »Ich werde mich dumm anstellen!«),
- ▶ den Eindruck negativer Eigenschaften oder Charakterschwächen hervorzurufen (z. B. »Der/die anderen werden merken, dass ich im Grunde unsympathisch/langweilig usw. bin.«),
- ▶ nicht gemocht zu werden (z. B. »Der/die andere wird mich nicht mehr mögen.«).

Für manche Klientinnen und Klienten ist immer wieder einer dieser Aspekte von Bedeutung, bei anderen können es aber auch mehrere sein (vgl. Moscovitch, 2009).

Übrigens wurde in Untersuchungen zur Konsequenzantizipation zur Kontrolle fast immer auch erfasst, wie Personen mit sozialen Kompetenzproblemen ihre Erfolgchancen für *nichtsoziale* Alltagssituationen einschätzen und bewerten (z. B. Auto springt nicht an). Dabei ergaben sich bemerkenswerterweise meistens *keine* der beschriebenen negativen Verzerrungen zu den eigenen Ungunsten (z. B. Voncken et al., 2003). Das steht im Einklang mit der Beobachtung, dass die meisten Klient:innen keine besonderen Schwierigkeiten mit Alltagsaufgaben haben, bei denen soziale Faktoren keine Rolle spielen.

**Selbstdarstellungsaspekt.** Nach der Theorie von Schlenker und Leary (1982) bestehen die negativen Konsequenzenerwartungen sozial unsicherer Personen im Grunde eigentlich darin: Sie möchten bei ihren Interaktionspartnern einen bestimmten Eindruck erwecken und meinen, das nicht schaffen zu können (Leary & Jongman-Sereno, 2014; vgl. auch Abschn. 3.1).

Tatsächlich ist es ja für viele Alltagssituationen typisch, dass sich Menschen über den konkreten Handlungsanlass hinaus immer auch als Persönlichkeiten in einer bestimmten Weise präsentieren wollen. Dabei ist bei verschiedenen Gelegenheiten und Personen durchaus mit unterschiedlichen Zielen zu rechnen, z. B.: »X soll nicht denken, dass ich dumm bin!« »Y soll mich attraktiv finden!« »Z soll merken, dass ich mir nicht alles gefallen lasse!« Es ist nicht verwunderlich, dass sich dementsprechend auch die gefürchteten Konsequenzen von Klient:in zu Klient:in und von Situation zu Situation erheblich unterscheiden. Als Trainerin oder Trainer kann man diese Befürchtungen oft eigentlich nur richtig verstehen, wenn man herausfindet, wie sich die Klientin oder der Klient in der betreffenden Situation selbst darstellen will.

In diesem Zusammenhang ist ein klinisch wahrscheinlich besonders relevantes Phänomen zu erwähnen: Viele Klient:innen versuchen sich in sozialen Interaktionen ständig zu verstellen, oder sie vermeiden sie ganz, weil sie der tief verankerten Überzeugung sind, ihre Mitmenschen würden sie ablehnen, wenn sie sie »richtig« kennen lernen würden. Evans et al. (2005) haben in einer Längsschnittstudie gezeigt, dass diese Überzeugung zugleich dann auch einen Risikofaktor für das spätere Auftreten von Depressionen darstellt.

**Therapeutische Beeinflussbarkeit.** Die übertriebene Furcht vor Misserfolgen und negativen Einschätzungen anderer lässt sich durch soziale Kompetenztrainings wie das GSK wirksam und nachhaltig vermindern, wie die Ergebnisse zur »Fehlschlag- und Kritikangst« z. B. im Abschnitt 4.3.3 zeigen. Möglicherweise ist es für den dauerhaften Erfolg von Interventionen bei sozialen Kompetenzproblemen sogar von zentraler Bedeutung, die Konsequenzenerwartungen von Klient:innen wirksam zu beeinflussen (vgl. Anderson & Hope, 2014; Foa et al., 1996; Hofmann, 2004, 2007). Es ist plausibel, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer letztlich nur bereit sind, die im Training gelernten Verhaltensweisen in ihren Alltag zu übernehmen, wenn sie mögliche negative Folgen für weniger wahrscheinlich und – falls sie doch auftreten – für weniger dramatisch halten.

Allerdings ist zu beachten: Solche Umbewertungen von Konsequenzen ergeben sich bei den Klient:innen zwar oft auch schon allein dadurch, dass sie sich den gefürchteten Situationen z. B. in Rollenspielen aussetzen. Manchmal ist es jedoch für Trainer:innen sinnvoll, sie ausdrücklich anzusprechen und zu bearbeiten. Eine entsprechende Frage könnte z. B. lauten: »Wie würde Ihr Ehemann reagieren, wenn Sie sich zuhause so verhalten wie eben im Rollenspiel?«.

**Erfolgserwartung für inkompetentes Verhalten.** Es kann im Training schnell übersehen werden, dass sich manche Klient:innen auch deshalb inkompetent verhalten, weil sie dafür positive Konsequenzen erwarten. Insofern kann passives, hilfloses oder selbstunsicheres Verhalten manchmal durchaus als aktive Bewältigungsstrategie verstanden werden. Auch aggressives Verhalten kann für eine Methode gehalten werden, sich möglichst

wirkungsvoll durchzusetzen. Wie jemand auf eine bestimmte Situation reagiert, ist also immer vor dem Hintergrund von Kosten-Nutzen-Schätzungen für verschiedene Verhaltensalternativen zu verstehen (Gresham, 1998).

### Wichtig

Erfahrene Trainerinnen und Trainer achten auf die Gründe, wegen derer Klienten den vorgeschlagenen kompetenten Verhaltensweisen manchmal skeptisch gegenüberstehen oder weshalb sie unsichere (oder aggressive) Verhaltensweisen im Grunde vorziehen würden. In solchen Fällen ist es wenig zweckmäßig, die Teilnehmer:innen zu einem Verhalten zu überreden, von deren Nutzen diese nicht überzeugt sind. Stattdessen sollten dann ihre Vorstellungen auf Rollenspielsituationen bezogen und in ihren kurz- und vor allem langfristigen Auswirkungen besprochen (und evtl. auch ausprobiert) werden.

**Salienz.** In einer Analogstudie haben Ellerbrock und Pffingsten (2015) in einer etwa zweieinhalbstündigen Kurzintervention mit nichtklinischen Proband:innen näher zu klären versucht, inwieweit die spezielle GSK-Rollenspieltechnik (vgl. Abschn. 6.1) geeignet ist, kognitive Vorgänge positiv zu beeinflussen. Dabei zeigten sich in zahlreichen gemessenen Variablen bedeutsame Verbesserungen. So kam es z. B. auch zu konstruktiven Veränderungen der Konsequenzerwartungen: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hielten negative Konsequenzen des eigenen Verhaltens nach den Rollenspielen für deutlich unwahrscheinlicher und auch für weniger unangenehm (Effektstärke Cohen's  $d = 1.19$  bzw.  $0.36$ ), positive Konsequenzen für deutlich wahrscheinlicher und auch für etwas positiver ( $d = 1.18$  bzw.  $0.29$ ). Aber: Für den Abbau ihrer Vermeidungstendenzen war es interessanterweise letztlich noch wichtiger, dass die Teilnehmer:innen durch das Kurztraining gelernt hatten, während kritischer Situationen *weniger an mögliche negative Folgen zu denken* (z. B. dass sie negativ bewertet werden oder dass es peinlich werden könnte).

Das bedeutet: Die mehr oder minder intuitiven Einschätzungen von Erfolgs- / Misserfolgswahrscheinlichkeiten und die Bewertungen von Konsequenzen spielen für das Verhalten zweifellos eine wichtige Rolle. Darüber hinaus ist aber eben auch die Salienz dieser Einschätzungen von ganz entscheidender Bedeutung, d. h. wie gegenwärtig die negativen Erwartungen im Bewusstsein der handelnden Person vor oder in der realen Situation sind.

Die Salienz negativer Konsequenzerwartungen wird zweifellos besonders dramatisch erhöht, wenn diese bei der betreffenden Person in Form von *visuellen Vorstellungen* der gefürchteten Ereignisse auftreten. Das dürfte daran liegen, dass Bilder und visuelle Fantasien eine besondere Realitätsnähe besitzen und damit eine größere Überzeugungskraft haben als rein gedankliche Antizipationsprozesse (vgl. Abschn. 2.2.3 sowie Hackman et al., 2013; Stopa, 2009).

## (2) Selbstwirksamkeitserwartungen und Kompetenzvertrauen

Jemand kann davon überzeugt sein, dass ein bestimmtes Verhalten in einer Situation zum Erfolg führen wird, mag sich aber nicht zutrauen, dieses Verhalten in der Realität auch tatsächlich auszuführen. Man könnte sagen, dieser Person fehle es an Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen (nicht unbedingt an den Fähigkeiten selbst). Das ist ein Punkt, der für viele Klientinnen und Klienten problematisch ist (»Ich weiß genau, was ich tun muss, aber ich traue es mir einfach nicht zu!«). Für ein besseres Verständnis bietet es sich hier an, das Konzept der Selbstwirksamkeit von Bandura (1997) auf den Bereich sozialer Kompetenzen zu übertragen (vgl. auch Maddux, 2009).

Dementsprechend verstehen wir unter Selbstwirksamkeitserwartung (von uns im Folgenden öfter auch als Kompetenzvertrauen bezeichnet) die mehr oder minder generalisierte Erwartung eines Individuums, mit bestimmten Situationen in der gewünschten Weise fertig zu werden. Sie ist von entscheidender Bedeutung dafür,

- ▶ ob jemand überhaupt Bewältigungsversuche in Angriff nimmt,
- ▶ wie sehr sie / er sich dabei anstrengt und
- ▶ in welchem Maße sie / er sich durch Rückschläge oder Widerstände vom Ziel abbringen lässt.

In einer eigenen Pilotstudie bei 43 Versuchspersonen hing soziale Unsicherheit eng mit mangelndem Kompetenzvertrauen in verschiedenen sozialen Situationen zusammen ( $r = .77$ ). Vor allem aber wies das Kompetenzvertrauen einen signifikanten Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit auf, dass sich die betreffenden Personen im Alltag auch tatsächlich sozial kompetent verhalten würden (gemessen durch unabhängige Einschätzungen von Bekannten;  $r = .36$ ).

Bei weiteren, überwiegend an Studierenden durchgeführten Untersuchungen anderer Autoren ergaben sich Zusammenhänge zwischen sozialem Kompetenzvertrauen und der Beliebtheit bei Studienkollegen, stärkerem Wohlfühl in sozialen Situationen, geringerer sozialer Angst, geringerer Beeinträchtigung durch negative Selbstverbalisationen, günstigeren Konsequenzantizipationen und schließlich einem geringeren Ausmaß an depressiver Stimmung.

**Ausmaß der Selbstwirksamkeit.** Wovon hängt das Ausmaß der Selbstwirksamkeitserwartungen und des Kompetenzvertrauens in bestimmten Situationen ab? Bandura nennt hier vier verschiedene Informationsquellen:

- (1) eigene Erfolge / Misserfolge in ähnlichen Situationen,
- (2) Beobachtungen, wie andere Menschen ähnliche Situationen bewältigen,
- (3) verbale Beeinflussung durch andere Personen (z. B. Therapeut:innen) und
- (4) Wahrnehmung der eigenen Aufregung in entsprechenden Situationen.

Vor allem der erste und vierte Punkt dürften dafür verantwortlich sein, dass Menschen mit sozialen Kompetenzproblemen geringere Selbstwirksamkeitserwartungen für bestimmte soziale Situationen besitzen. Hinsichtlich des ersten Punktes ist es denkbar, dass sozial unsichere Personen im Alltag vielleicht wirklich häufiger Misserfolg haben als andere. Viel wichtiger und empirisch eindeutiger nachgewiesen ist jedoch, dass sie im-