

Training sozialer Kompetenz

Heinz C. Vollmer
März 2017

Verbesserung der sozialen Kompetenz ist eines der wichtigsten Ziele bei der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen. Nach meiner Erfahrung wird die soziale Kompetenz am ehesten verbessert durch ein Training angemessener Verhaltensweisen in Rollenspielen. Eine Kombination von sozialen Standard-Situationen - vom Therapeuten vorgeschlagen - und individuellen Situationen der Patienten, gewährleistet ein individuelles Eingehen auf Patienten und verhindert, dass das Erproben wichtiger sozialer Situationen vermieden wird. Insbesondere das PET (Lieberman et al. 1975; s. auch Ferstl 1980) ermöglicht ein sehr individuelles Eingehen auf die Patienten.

Zuerst werde ich die Wirksamkeit von Rollenspielen kurz begründen, anschließend schildere ich das Vorgehen, wie ich es von Ulrich & deMuynck mit dem ATP (Ulrich & de Muynck 1998) gelernt habe, um dann das Training von Lieberman et al., wie ich es angewendet habe, vorzustellen.

1. Wirksamkeit von Rollenspielen

1.1. Rollenspiele führen zur:

- 1.2. Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten durch Modelllernen, positive Verstärkung einschließlich shaping und chaining und Diskriminationslernen
- 1.3. Reduzierung von Ängsten vor schwierigen oder angstbesetzten Situationen durch Gegenkonditionierung und Modelllernen
- 1.4. Verbesserung des Selbstwertes durch positive Verstärkung angemessener Verhaltensweisen und positiver Selbstverbalisierungen und Löschung negativer Selbstverbalisierungen.

somit führen Rollenspiele zu Veränderungen auf allen Ebenen: der Verhaltensebene, der physiologischen und emotionalen Ebene und der kognitiven Ebene.

2. Prinzipien des ATP

- 2.1. in den Rollenspiel-Sitzungen werden vorwiegend nur Rollenspiele durchgeführt, Diskussionen werden auf eine andere Sitzung verschoben
- 2.2. auch wenn ich im folgenden vorwiegend den Begriff „Rollenspiel“ verwende, sollte er gegenüber Patienten zurückhaltend benutzt werden, besser ist der Begriff „Verhaltensprobe“
- 2.3. es führen die Patienten zuerst ein Rollenspiel durch, für die das gewünschte Verhalten in der Situation eine leichte und keine schwere Überwindung ist. Der Grad der Überwindung kann vorweg durch Einschätzung auf einer Skala von 1 bis 6 ermittelt werden.
- 2.4. durch die Gestaltung der Situation wird für jeden Patienten der Schwierigkeitsgrad variiert, so dass jeder Patient mit einem Verhalten in einer Situation beginnen kann, das für ihn eine leichte Überwindung ist, d.h. keine Unter- und keine Überforderung
- 2.5. der Begriff „Schwierigkeit“ wird gegenüber den Patienten vermieden zugunsten des Begriffes „Überwindung“
- 2.6. die Schwierigkeit der Situation kann variiert werden durch Veränderungen
 - 2.6.1. am gewünschten Verhalten (einfache, kurze Verhaltensweise vs. komplexere, längere Verhaltensweisen)
 - 2.6.2. an der Situation (z.B. Freund vs. Bekannter oder nur ein Gegenüber vs. Anwesenheit anderer Personen)
 - 2.6.3. an der Reaktion des Übungspartners (z.B. freundliches Eingehen vs. zurückhaltendes Nachfragen)
- 2.7. jeder Patient wiederholt das Rollenspiel so häufig, bis das gewünschte Verhalten erfolgreich durchgeführt wurde; bei längeren Rollenspielen maximal 3 mal, bei kürzeren maximal 6 mal

- 2.8.nach jedem Durchgang erfolgt unmittelbar konkrete positive Rückmeldung für den Patienten. Bei einer neuen Gruppe wird dies anfangs vom Therapeuten modellhaft vorgemacht, um dann bereits nach zwei Sitzungen diese Aufgabe an die Gruppe der Patienten abzugeben
- 2.9.nach jedem Durchgang gibt es maximal zwei konkrete Verbesserungsvorschläge
- 2.10.eine Wiederholung des Rollenspiels erfolgt unmittelbar nach Einverständnis des Patienten mit den Verbesserungsvorschlägen. Zur Wiederholung des Rollenspiels ist ein direktives Vorgehen des Therapeuten notwendig, um größere Diskussionen und um den (unbewussten) Wunsch der Patienten nach Vermeidung von weiteren Rollenspielen zu verhindern
- 2.11.der Rollenspielpartner wird zum Abschluss nur sehr kurz für seine Leistung gelobt, falls sinnvoll auch ein sehr kurzes Lob zwischen den Durchgängen einer Situation
- 2.12.wenn ein Rollenspiel zum Misserfolg führt, dann diese Situation sofort beenden und sofortige Wiederholung mit verbesserter Anweisung für die Situation

3. Personal Effectiveness Training (PET)

Im PET bringen die Patienten individuelle interaktionelle Situationen in die Gruppe ein, häufig ohne eine klare Vorstellung, wie sie sich in der Situation verhalten möchten (z.B. „bei meiner nächsten Heimfahrt treffe ich meinen Vater, der mich häufig kritisiert; am liebsten würde ich die Heimfahrt streichen“). Nachdem in der Gruppe entschieden wurde, zu welcher Situation Lösungen erarbeitet werden sollen, wird die Situation konkret vom Patienten beschrieben und es werden Lösungen durch die Gruppe erarbeitet, die im Rollenspiel geübt werden. Der Ablauf der Gruppe ist wie folgt:

- 3.1.Sammlung von interaktionellen Situationen und Entscheidung für eine relevante Situation in der Gruppe
bei der Entscheidung für eine Situation beachtet der Therapeut, dass die Situation für mehrere Patienten relevant ist, dass es sich wirklich um eine interaktionelle Situation handelt, dass die Situation nach Erfahrung des Therapeuten für Rollenspiele geeignet erscheint und dass der Therapeut sich zutraut aus der vielleicht diffusen Schilderung des Patienten, eine Rollenspiel-Situation abzuleiten. Ist das nicht der Fall, dann wird das Thema auf eine andere Gruppensitzung vertagt oder auf die Einzeltherapie
- 3.2.Situationsschilderung
der Patient N1 schildert die Situation sehr konkret (z.B. Ort des Treffens, Art der Reaktion des Gegenübers)
- 3.3.Dry run (Probelauf)
 - a) die Situation wird im Rollenspiel dargestellt, indem ein Patient die Rolle des Gegenübers (z.B. Vater) übernimmt und Patient N1 zeigt, wie er sich ungefähr verhalten wird oder b) Patient N1 stellt die Rolle des Gegenübers dar und ein anderer Patient übernimmt die Rolle von N1, wie der sich in der Situation ungefähr verhalten würde.
- 3.4.Lösungsvorschläge
die anderen Patienten überlegen, wie man in der Situation reagieren kann, Patient N1 hört anfangs nur zu und wählt dann ein Verhalten aus, das für ihn passend erscheint. Der Therapeut lenkt dabei den Entscheidungsprozess des Patienten N1 in der Regel sehr zurückhaltend, aber bei einem unrealistischen Patienten N1 hingegen sehr direktiv (s. auch Punkt 2.6)
- 3.5.Demonstration
ein Patient aus der Gruppe führt das vorgeschlagene Verhalten im Rollenspiel durch
- 3.6.Besprechung der Modellsituation
Patient N1 schildert welche Verhaltenselemente er vom Modell übernehmen möchte und ergänzt evtl. mit neuen Verhaltenselementen
- 3.7.Rollenspiel mit Wiederholungen und Korrekturen
Patient N1 führt das Rollenspiel durch, erhält dafür positive Rückmeldung und Korrekturvorschläge (siehe 2.7 - 2.12)
- 3.8.Abschlussbesprechung
Patient N1 fasst zusammen, worauf er in der zukünftigen realen Situation achten möchte und wird dafür von der Gruppe positiv verstärkt

3.9. Situationsschilderung Patient N2

ein weiterer Patient, für den diese oder eine sehr ähnliche Situation relevant ist, schildert seine konkrete Situation (z.B. Ort, Art der Kritik, Antwortstil des Gegenübers)

3.10. Dry run (Probelauf)

die Situation wird im Rollenspiel dargestellt, ein Patient übernimmt die Rolle des Gegenübers und Patient N2 zeigt wie er sich ungefähr verhalten wird, bereits unter Einbeziehung der Schlussfolgerungen aus den Verhaltensproben von Patient N1.

3.11. Lösungsvorschläge

wie oben, falls keine neuen Lösungsvorschläge notwendig sind, dann weiter zu Punkt 3.14

3.12. Demonstration

wie oben

3.13. Besprechung der Modellsituation

wie oben

3.14. Rollenspiel mit Wiederholungen und Korrekturen

wie oben

3.15. Abschlussbesprechung

wie oben

3.16. Situationsschilderung Patient N3 oder

3.17. Auswahl einer neuen Situation (siehe ab 3.1)

4. Kombination von PET und Vorgehen des ATP

Ich bin am besten zurecht gekommen mit einer Kombination dieser beiden Trainings, wobei für mich das PET im Vordergrund stand, wenn die Patienten mit diesem Vorgehen nicht überfordert waren. Das PET ist besonders geeignet für Patienten einer Nachsorge- oder Adaptionsbehandlung, da diese Patienten bereits im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung ausreichend Rollenspiele zu Standardsituationen durchgeführt haben. Der größte Vorteil des PET liegt für mich in der Realitätstreue und der Aktualität der Situationen, die geübt werden.

Waren die Patienten nicht in der Lage Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten oder selbst Situationen einzubringen, dann habe ich selbst auf die Patienten zutreffende Standardsituationen vorgeschlagen und bei von Patienten eingebrachten Problemen habe ich selbst eine Lösung vorgeschlagen und das Einverständnis der Patienten eingeholt, dass sie diesen Lösungsvorschlag üben. Auch wenn es möglich war nur nach dem PET vorzugehen, habe ich darauf geachtet, dass von den Patienten Standardsituationen eingebracht werden. Zu den Standardsituationen gehören angemessene Verhaltensweisen in den sozialen Feldern Partnerschaft, Familie, Freunde, Arbeit und sonstige soziale Kontakte und für alle diese Felder die Verhaltensbereiche:

4.1. auf Kritik eingehen

4.2. Kritik äußern

4.3. Lob annehmen

4.4. Forderungen äußern

4.5. Forderungen ablehnen

4.6. Kontakte beginnen und aufrechterhalten

4.7. Kompromisse erarbeiten

5. weitere Erfahrungen

5.1. Rollenspiel-Gruppen funktionieren nicht ohne ein S^D. Das kann ein bestimmter Werktag sein, jede xte Bezugsgruppe oder auch eine wenigstens eintägige Vorankündigung, wenn es nicht der Start einer neuen Gruppe ist. Wird kein S^D gesetzt, so ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass es den Patienten gelingt aus der geplanten Rollenspiel-Gruppe eine Diskussionsgruppe zu machen

5.2. ein Blitzlicht sollte zu Beginn der Gruppe vermieden werden, denn einigen Patienten wird es so schlecht gehen oder werden so schwerwiegende Probleme haben, dass diese auf Kosten der geplanten Rollenspiele nicht übergangen werden können. In anderen Worten, die Probleme der Patienten werden negativ verstärkt.

- 5.3. Rollenspielsituation mit den bescheidenen Mitteln des Gruppenraums (Stühle, Tische, Gläser, etc.) wie auf einer Theater-Bühne erstellen
 - 5.4. die Rollenspiel-Akteure nehmen auf der „Bühne“ Platz, d.h. sie sind in Bewegung und nur in Ausnahmefällen (z.B. sehr starke Angst vor einem Rollenspiel) bleibt der Übende für das Rollenspiel auf seinem Gruppenstuhl sitzen
 - 5.5. bei Auswahl des Übungspartners beachten, dass er von der Persönlichkeit her dazu in der Lage ist und dass die Aufgabe für ihn nicht belastend ist
 - 5.6. nach dem Rollenspiel den Patienten nicht fragen, wie es ihm geht, dies sollte besonders bei depressiven und selbstunsicheren Patienten beachtet werden
 - 5.7. beginnt ein Patient nach dem Rollenspiel mit negativen Selbstbewertungen auf diese nicht eingehen (löschen), sondern den Patienten unterbrechen mit positiven Rückmeldungen bzw. der Aufforderung an die Beobachter zu positiver Rückmeldung
 - 5.8. Patienten mit Neigung zu negativer Selbstbewertung, können aufgefordert werden, die positive Rückmeldung in ihren Worten zu wiederholen
 - 5.9. ehrlich sein bei den Rückmeldungen unter Beachtung des Bezugssystems und der Fähigkeiten des Patienten
 - 5.10. unsinnige Verbesserungsvorschläge der Beobachter löschen und die sinnvollen Verbesserungsvorschläge als Anweisung für den übenden Patienten zusammenfassen
 - 5.11. vermitteln, dass die Durchführung angemessenen selbstsicheren Verhaltens das Erfolgskriterium ist und nicht die gewünschten Folgen durch das Verhalten
 - 5.12. wenn Patienten ein unrealistisches Anspruchsniveau oder unrealistische Handlungs-Folge-Erwartungen haben in der Gruppensituation darauf kurz hinweisen als Thema für die Einzeltherapie
 - 5.13. der Therapeut sollte sich nicht überfordern bei Durchführung des PET, sondern notfalls auf einfache Rollenspiel-Situationen ausweichen. Die drei schwierigsten Aufgaben für Therapeuten sind
 - 5.13.1. aus einer diffusen Schilderung des Patienten durch die Exploration eine geeignete und relevante Rollenspiel-Situation abzuleiten (s. Punkt 3.1)
 - 5.13.2. die Entscheidung des Patienten so zu steuern, dass er sich für realistisches, angemessenes Verhalten entscheidet (s. Punkt Punkt 3.4)
 - 5.13.3. unrealistische und unangemessene Verbesserungsvorschläge der Patienten erkennen und löschen (s. Punkt 3.7)
 - 5.14. eher keine Videorückmeldungen, da sie sehr zeitaufwendig sind und selbstunsichere Patienten beim Betrachten des Rollenspiels ihre Aufmerksamkeit auf ihre „Fehler“ lenken mit der Folge einer Zunahme von negativen Selbstbewertungen
 - 5.15. in vivo Übungen im natürlichen Lebensraum des Patienten sollten wertschätzend gegenüber der sozialen Umwelt durchgeführt werden (andere Personen nicht mit selbstsicherem Verhalten nerven)
 - 5.16. in vivo Übungen als Hausaufgabe sollten im Schwierigkeitsgrad zwei Stufen unter der im Rollenspiel bewältigten Aufgabe liegen
 - 5.17. wenn die in vivo Übung ein Misserfolg war, dann beharrlich nachfragen, was der Patient gut gemacht hat und negative Selbstverbalisierungen löschen
6. Weitere interessante Anregungen enthält das Gruppentraining von Hinsch & Pfingsten (2015)
 7. Günstig ist wenn der Therapeut selbst an einem Training sozialer Kompetenz teilgenommen hat. Denn eine erfolgreiche Durchführung des Trainings setzt voraus, dass der Therapeut selbst angemessen selbstsicher ist und Kenntnisse hat über den Unterschied zwischen aggressivem, unsicherem und angemessen selbstsicherem Verhalten und über Regeln einer angemessenen Kommunikation.

Falls Sie dieses Script zitieren möchten:

Vollmer, H.C. (2017). Training sozialer Kompetenz. Verfügbar unter: www.vollmer.site/kompetenz-training.pdf, Zugriff am: ttmmjjjj