

## 2. THEORETISCHER UND EMPIRISCHER HINTERGRUND

Der theoretische und empirische Hintergrund gibt Informationen über die Definition von sozialen Kompetenzen, stellt zwei klassische Interventionsmaßnahmen zur Optimierung von sozialen Kompetenzen (Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) von Hinsch & Pfingsten, 1998a; Assertiveness-Training-Programm (ATP) von Ullrich & Muynck, 1998a) dar, begründet die Auswahl des GSK als Grundlage für die Entwicklung eines Trainings zur Optimierung der sozialen Kompetenzen von Mitarbeitern ohne Führungsverantwortung der Helaba und schließt mit der Fragestellung sowie mit den daraus resultierenden Hypothesen.

Wörter, die mit dem Begriff der sozialen Kompetenzen verwandt sind und teilweise als Synonym verwendet werden, sind bspw. Selbstsicherheit und Selbstbehauptung sowie Anglizismen wie Social Skills, Assertion und Assertiveness (Fiedler, 1996). Nachfolgend wird eine Definition der sozialen Kompetenzen erläutert, auf der die Entwicklung und Evaluierung des Trainings für die Helaba basiert.

### 2.1 Definition Soziale Kompetenzen

Es existiert keine allgemein anerkannte Definition der sozialen Kompetenzen. Was als sozial kompetent angesehen wird, ist abhängig von der Kultur, den Gruppennormen und ggf. des Geschlechts (Gambrill, 1995). Im westlichen Kulturkreis können bspw. folgende Verhaltensweisen als sozial kompetent angesehen werden (Gambrill, 1995): Änderungen bei störendem Verhalten verlangen, Komplimente machen und akzeptieren, auf Kontaktangebote reagieren und erwünschte Kontakte arrangieren, um Gefallen bitten, Gefühle offen zeigen sowie Gespräche beginnen, aufrechterhalten und beenden.

Das GSK basiert auf einer formalen Definition. Pfingsten (1998a) versteht unter sozialen Kompetenzen „die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen“ (S. 13). Soziale Kompetenzen werden nicht inhaltlich, sondern ex post mit Hilfe des

langfristigen Verhältnisses von positiven und negativen Konsequenzen des ausgeführten sozialen Verhaltens beschrieben. Für die Entstehung von sozial kompetenten Verhaltensweisen ist das Zusammenwirken der drei Ebenen psychischen Geschehens (Kognitionen, Emotionen und Motorik) notwendig. Sind sozial kompetente Verhaltensweisen verfügbar, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, erwünschte Wirkungen zu erzielen. Wann ist eine Verhaltensfolge als positiv oder negativ zu bezeichnen? Diese Bewertung erfolgt in Abhängigkeit vom Erreichen der situativen persönlichen Ziele. Eine Verhaltensweise ist folglich nicht per se sozial kompetent zu nennen (Hinsch & Weigelt, 1998). Soziale Kompetenzen sind nicht mit einem rücksichtslosen Durchsetzen oder aggressivem Verhalten gleichzusetzen (Hinsch, 1998). Bereits Lazarus (1973) sprach sich dagegen aus, aggressives Verhalten unter selbstsicheres zu subsumieren. Auch werden soziale Kompetenzen nicht als ein allgemeines Persönlichkeitsmerkmal angesehen (Pfungsten, 1998a). Sozial kompetentes Verhalten ist situationsspezifisch.

Aufbauend auf der obigen Definition und den daraus folgenden Implikationen entwickelten Hinsch und Pfingsten (1998a) das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK), welches im folgenden Abschnitt vorgestellt wird.

## **2.2 Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen von Hinsch und Pfingsten**

Das teilstandardisierte (Fiedler, 1996) Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) von Hinsch und Pfingsten (1998a) verfolgt das Ziel der Leistungssteigerung im Bereich der sozialen Kompetenzen. Teilziele sind:

- (a) Sozial nicht kompetente Verhaltensweisen sollen abgebaut und
- (b) sozial kompetente Verhaltensweisen aufgebaut und/oder optimiert werden (Pfungsten, 1998b).
- (c) Zudem sollen Trainingsteilnehmer durch die Einübung von sozial kompetentem Verhalten positive Erfahrungen in angstbesetzten, verunsichernden Situationen machen (Delhees, 1994).

Die Zielgruppe sind sozial unsichere oder ängstliche Personen (Jürgens, 1998).

Das Prozessmodell sozial kompetenten / inkompetenten Verhaltens sowie drei Situationstypen nehmen einen zentralen Stellenwert in der dem GSK zugrundeliegenden kognitiv-behavioralen Theorie (Hinsch & Weigelt, 1998) ein. Der Erläuterung dieser beiden Aspekte folgt die Darstellung der Einsatzmöglichkeiten sowie die Beschreibung der empirischen Befunde zur Effektivität des GSK.

### ***2.2.1 Das Prozessmodell sozial kompetenten bzw. inkompetenten Verhaltens***

Die Basis des GSK ist das Prozessmodell sozial kompetenten bzw. inkompetenten Verhaltens (Abbildung 1), das den Ablauf und die Entstehung sozialen Verhaltens verdeutlicht (Pfungsten, 1998a).

Das in Abbildung 1 dargestellte Modell beschreibt einen Ausschnitt aus einer dynamischen Situation: Eine Person befindet sich in einer objektiv bestimmbar Situation und nimmt diese in spezifischer Weise wahr. Die aufgenommenen Informationen werden kognitiv und emotional weiterverarbeitet, was wiederum zu einem beobachtbaren Verhalten führt. Dieses Verhalten führt aufgrund der Konsequenzen zu einer Veränderung der Umwelt und beeinflusst auch die eigenen Kognitionen. Merkmale der modifizierten Situation werden erneut von der Person wahrgenommen und wieder kognitiv und emotional verarbeitet. Das daraus entstandene Verhalten führt abermals zu einer Veränderung der Umwelt und der eigenen Kognitionen. Der Zyklus beginnt von Neuem.

Hier existiert ein Unterschied zwischen Pfungsten (1998a) und der theoretischen Darstellung in der vorliegenden Arbeit: In der vorliegenden Arbeit wird im Gegensatz zu Pfungsten (1998a) die Rückwirkung der Verhaltenskonsequenzen auf die Situation berücksichtigt. Die Grundlage dafür ist ein persönliches Gespräch mit Hinsch (2002a).

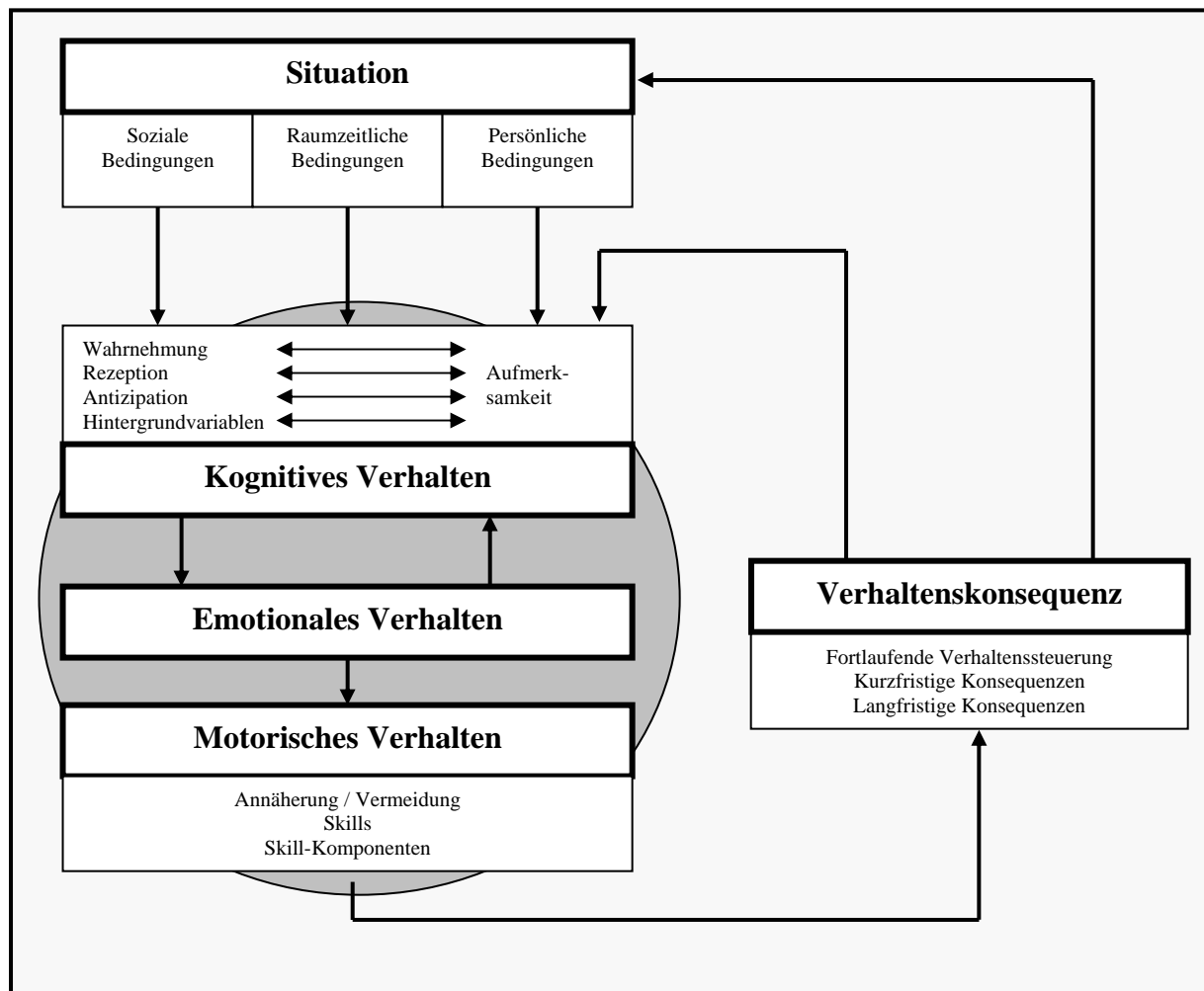


Abbildung 1

*Prozessmodell sozial kompetenten bzw. inkompetenten Verhaltens, in Anlehnung an Pfingsten (1998a, S. 16)*

Die Komponenten Situation, kognitives, emotionales und motorisches Verhalten sowie Verhaltenskonsequenzen des Prozessmodells sozial kompetenten bzw. inkompetenten Verhaltens (Abbildung 1) werden nun detaillierter beschrieben (Pfingsten, 1998a).

Die Person befindet sich in einer objektiv beschreibbaren Situation. Diese ist durch drei Aspekte gekennzeichnet:

- (a) soziale Aspekte, wie bspw. das Geschlecht und das Verhalten der sich in der Situation befindlichen Personen,
- (b) raumzeitliche Gegebenheiten, wie u.a. die Tageszeit oder die Raumgröße und –ausstattung, und
- (c) persönliche Bedingungen, wie z.B. die eigenen Ziele in der Situation und die eigene Stimmung.

Die Wahrnehmung der situationalen und personellen Bedingungen initiiert kognitives Verhalten in der spezifischen Situation. Die darauffolgende Situations- und Aufgabenanalyse umfasst zum einen Vermutungen, wie es zur betreffenden Situation gekommen ist und berücksichtigt Ziele und Interessen der involvierten Personen sowie den Anteil der jeweiligen kausalen Faktoren der Situation (Rezeption). Zum anderen sind die Einschätzung der eigenen situativen Erfolgs- und Misserfolgchancen und die vermuteten Rückmeldungen der Mitmenschen (Antizipation) integriert. Die Wahrnehmung sowie die Situations- und Anforderungsanalyse erfolgt vor dem Hintergrund übergreifender kognitiver Faktoren, die die kognitive Verarbeitung weitreichend beeinflussen können. Solche Faktoren sind u.a. Kompetenz- und Konsequenzerwartungen sowie irrationale Überzeugungen und kognitive Hilflosigkeit.

Die kognitive Verarbeitung führt schließlich zur Generierung von Emotionen, die wiederum Rückwirkungen auf kognitives Verhalten haben.

Die kognitive und emotionale Verarbeitung mündet in beobachtbare motorische Verhaltensweisen, die in Abhängigkeit von den persönlichen situationalen Zielen als mehr oder weniger sozial kompetent bezeichnet werden können. Die Person kann die Aufgabe in Angriff nehmen (Annäherung) oder bestimmte soziale Situationen umgehen (Vermeidung). Sozial kompetentes Verhalten setzt nach Pfingsten (1998a) jedoch eine Annäherung voraus. Eine erfolgreiche Situationsbewältigung setzt den Einsatz bestimmter Verhaltensfertigkeiten (Skills) voraus. Skills integrieren gut organisierte und situationsadäquate verbale und nonverbale Verhaltensweisen, auch Skill-Komponenten genannt. Im GSK werden drei grundlegende sozial kompetente Skills unterschieden:

- (a) die Fertigkeit, ein Recht durchzusetzen,
- (b) die Fertigkeit, selbstsicheres Verhalten in Beziehungen zu zeigen und
- (c) die Fertigkeit, um Sympathie zu werben.

Das beobachtbare motorische Verhalten entspricht einem objektiv beschreibbaren Reiz an die soziale Umwelt, die darauf mit positiven oder negativen Konsequenzen reagiert. Eigene und fremde kontinuierliche Rückmeldungen erhält die Person zum einen während sie sich noch in der Situation verhält. Diese bewirken eine fortlaufende Anpassung des gezeigten kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltens an die aktuelle Situation. Zum anderen existieren Verhaltenskonsequenzen, die erst im Anschluss an das gezeigte Verhalten eintreten. Das vollendete Verhalten kann kurzfristige sowie langfristige Konsequenzen nach sich ziehen. Jedoch muss jegliche Rückwirkung kognitiv und emotional

verarbeitet werden, um auf das soziale Verhalten Einfluss nehmen zu können. Bedeutsam sind hier u.a. die Attribuierung sowie die Bewertung der Konsequenzen in Abhängigkeit der persönlichen situationalen Ziele. Letztendlich werden die verarbeiteten Informationen als Erfahrung gespeichert.

Sozial inkompetentes Verhalten kann auf jeder Ebene durch ungünstige Prozessverläufe entstehen.

Da die bisherigen Ausführungen die hohe Relevanz der persönlichen Ziele für sozial kompetentes Verhalten in einer spezifischen Situation betonen, werden diese im Folgenden näher ausgeführt.

### **2.2.2 Die drei Situationstypen**

Die Ziele einer Person in einer spezifischen Situation weisen in zweierlei Hinsicht Bedeutsamkeit auf. Zum einen sind sie relevant für die Auswahl von Verhaltensweisen, die in Abhängigkeit von den individuellen Zielen als sozial kompetent oder nicht kompetent zu nennen sind. Zum anderen basiert die Bewertung der kurz- und langfristigen Konsequenzen als positiv oder negativ auf der Erreichung bzw. Annäherung der situativen Ziele.

Persönliche Ziele bestimmen das Handeln, auch wenn sie nicht immer bewusst sein müssen. Hat eine Person mehrere Ziele in einer Situation, so können sie nicht immer alle erreicht werden – manche widersprechen sich sogar. Dann ist die Person gezwungen, einem Ziel Priorität einzuräumen (Hinsch & Weigelt, 1998).

Die gebildeten Situationsklassen können durch das Vorherrschen bestimmter Ziele charakterisiert werden (Hinsch & Weigelt, 1998). Im GSK werden drei voneinander abgrenzbare Situationstypen differenziert, die jeweils unterschiedliche soziale Kompetenzen erfordern, um an das entsprechende Ziel in optimaler Weise zu gelangen. Sie werden im Folgenden dargestellt. Das entsprechende konkrete sozial kompetente Verhalten ist den Arbeitsblättern 4, 9 und 11 des GSK (Hinsch, 1998) zu entnehmen.

(a) Recht durchsetzen (Typ R)

Das Ziel des Individuums ist, eine berechtigte Forderung durchzusetzen und erfüllt zu bekommen. Die Forderung ist durch gesellschaftliche Normen und Konventionen legitimiert. Ein Beispiel ist die Reklamation einer gekauften fehlerhaften Ware. Das Ziel ist erreicht, wenn die berechtigte Forderung durchgesetzt, die Ware also umgetauscht wird.

(b) Beziehungen (Typ B)

Das Ziel der Person ist, ein Bedürfnis zu vermitteln und gleichzeitig die Beziehung zum Gesprächspartner aufrechtzuerhalten oder zu verbessern. Ein Beispiel ist eine Kinoverabredung. Der Partner ist zum wiederholten Male nicht pünktlich ausgehertigt, was die Person ärgert. Das Ziel ist erreicht, wenn die Person ihren Ärger angesprochen hat und die Gesprächspartner einen für beide Seiten tragfähigen Kompromiss gefunden haben.

(c) Um Sympathie werben (Typ S)

Das Ziel des Individuums ist, die Sympathie des Gesprächspartners kurz- und/oder langfristig zu gewinnen und somit Kontakte herzustellen und/oder zu vertiefen. Ein Individuum beginnt bspw. im Bus mit dem sympathisch erscheinenden Sitznachbarn ein Gespräch.

Zusätzlich kann die Person das Ziel verfolgen, dass der Gesprächspartner auf die Durchsetzung einer eigenen berechtigten Forderung zum Vorteil der Person verzichtet. Die Politesse verzichtet bspw. auf die Durchsetzung einer berechtigten Forderung, wenn sie keinen Strafzettel ausstellt, weil die betreffende Person auf die Politesse einen sympathischen Eindruck macht.

Das Erklärungsmodell sowie die Situationstypen formen die Theorie, an der sich der Einsatz des GSK orientiert.

### **2.2.3 Der Einsatz des GSK**

Dem GSK liegt ein multikausaler Erklärungsansatz zugrunde (Pfungsten, 1998a). Sozial inkompetentes Verhalten kann durch ungünstige Prozessverläufe auf jeder Ebene der Verhaltensgenerierung entstehen. Die multimodalen Trainingselemente, die zum Erlernen

und Anwenden sozial kompetenter Fertigkeiten eingesetzt werden, spiegeln dies wieder (Hinsch & Weigelt, 1998): Sie beziehen sich auf die in Kapitel 2.2.1 erläuterten Komponenten Kognitionen, Emotionen und Motorik. Nachfolgend werden die implementierten Trainingselemente den entsprechenden Komponenten zugeordnet.

(a) Kognitive Ebene

Die kognitiven Trainingselemente sind die Vermittlung der theoretischen Hintergründe, die Abgrenzung von sozial kompetentem (sicherem) von unsicherem und aggressivem Verhalten, die Differenzierung von Kognitionen und Emotionen, das Bewusstmachen und die Analyse von Selbstverbalisationen (Methode: projektiver Videofilm) und die Modifikation der Selbstverbalisation (Methoden: Selbstlobübung, Videofeedback). Diese Elemente verfolgen das Ziel der Differenzierung von Wahrnehmung, Rezeption und der Modifikation der Hintergrundvariablen.

(b) Emotionale Ebene

Das Trainingselement der emotionalen Ebene ist die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson und dient insbesondere dem Aufbau einer aktiven Bewältigungsfertigkeit von Affekten wie Aufgeregtheit und Angst. Die Steigerung des Kompetenzvertrauens wird dabei als zentral angesehen. Hier wird folglich ein kognitiver Wirkmechanismus betont.

(c) Motorische Ebene

Rollenspiele mit Videofeedback dienen dem Aufbau und der Optimierung von Verhaltensfertigkeiten. Mit Hilfe von Hausaufgaben insbesondere in Form von In-vivo-Übungen wird der Praxistransfer gewährleistet.

Eine weitere Interventionstechnik ist das Lernen am Vorbild, wobei die Trainer als Modell fungieren (Bauer, 1998).

Das Standardverfahren umfasst sieben Veranstaltungen à 150 bis 180 Minuten, die in einwöchigem Abstand stattfinden. Stehen zwei Trainer zur Verfügung, kann eine GSK-Gruppe acht bis zehn Personen umfassen. Während der Veranstaltungen werden zeitweise zwei Kleingruppen gebildet; ein Personentausch zwischen diesen erfolgt nicht. Bei nur



einem Trainer sollte die Gruppengröße vier bis fünf Teilnehmer nicht übersteigen. Wird das GSK mit zwei Trainern durchgeführt, so werden zwei Räume (Mindestgröße: ca. 15 qm) inklusive Pinwand und Flipchart benötigt. Das Arbeitsmaterial kann aus dem Trainermanual (Hinsch, 1998, S. 83-117) bezogen werden, das eine Diskette einschließt. Zudem werden bis zu zwei Videoanlagen verwendet. Der projektive Videofilm sowie das Tonband mit dem Entspannungstraining werden von den Trainern selbst hergestellt.

Das GSK kann bedarfsgerecht an Zielgruppen angepasst werden, die keine klinisch auffälligen Probleme mit sozialer (In)Kompetenz aufweisen. Hierbei wird dann eine Steigerung ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten in bestimmten Lebensbereichen und weniger der Abbau von defizitärem sozialen Verhalten verfolgt. Jürgens (1998) nennt beispielhaft Kinder, Eltern geistig und mehrfach Behinderter, aber auch die Berücksichtigung des GSK in der Aus- und Weiterbildung z.B. von zukünftigen Pädagogen. Brattig (1997) beschreibt den erfolgreichen Einsatz des GSK auch bei mehrfach behinderten jungen Menschen. Hinsch (2001a) bietet zudem ein zweitägiges Training für Führungskräfte an.

Trainer und Therapeuten, die mit dem GSK arbeiten bzw. arbeiten wollen, können u.a. das zweitägige GSK-Trainerseminar „Die Durchführung des Gruppentrainings sozialer Kompetenzen (GSK)“ besuchen (Hinsch, 2001b). Die Arbeitspapiere, die Gruppenübungen sowie die Rollenspiele mit Videofeedback werden explizit besprochen und geübt. Die späteren Trainer nehmen die Rolle des GSK-Teilnehmers sowie auch des GSK-Trainers ein. Zusätzlich werden Workshops für Trainer angeboten, die das GSK bereits durchgeführt haben (Hinsch, 2002b). Themen sind Erfahrungen mit der Durchführung des GSK und Modifikationen der Trainingskonzeptionen bei unterschiedlichen Zielgruppen.

Die Erläuterung der empirischen Befunde zur Effektivität des GSK schließt die Darstellung des GSK ab.

### 2.2.4 Empirische Befunde zur Effektivität des GSK

Die Effektivität des GSK wurde experimentell bestätigt (Hinsch & Pfingsten, 1998b; Pfingsten, 1987; Hinsch, Bauer, Pfingsten & Weigelt, 1983). Drei Fragebögen werden gewöhnlich zur Evaluation des GSK verwendet:

- (a) Der IE-SV-Fragebogen (IE-SV-F) von Dormann und Hinsch (1981) zur Erfassung der kognitiven Hintergrundvariable Attribuierungsgewohnheiten in Erfolgs- und Misserfolgssituationen,
- (b) Der Problemfragebogen von Hinsch und Pfingsten (1998b; in Anlehnung an die Skala zur Messung von studentischen Problemen (SSP) von Sander & Lück, 1974) zur Erfassung des subjektiv erlebten Ausmaßes an psychischer Belastung und
- (c) Der Unsicherheitsfragebogen (U-Fragebogen) von Ullrich de Muynck und Ullrich (1979) zur Erfassung des sozial kompetenten Verhaltens

Die Effektivität wurde mit Hilfe eines Experimentalgruppen-Wartegruppen-Designs an verschiedenen erwachsenen Stichproben überprüft: Erwachsene mit sozialen Kompetenzproblemen im Rahmen eines vhs-Kurses (Hinsch & Pfingsten, 1998b; Pfingsten, 1987) und Studierende mit sozialen Kompetenzproblemen (Hinsch & Pfingsten, 1998b; Hinsch et al., 1983).

Die vhs-Teilnehmer profitierten kurz- und langfristig von der GSK-Teilnahme (Hinsch & Pfingsten, 1998b; Pfingsten, 1987). Sämtliche Skalen des U-Fragebogens weisen beim Prä-Post-Vergleich ( $N = 52$ ) hochsignifikante Effekte auf (Hinsch & Pfingsten, 1998b): Die Teilnehmer hatten nach dem GSK weniger Angst vor Kontakten mit anderen Menschen. Sie fürchteten sich weniger vor Kritik anderer und vor Misserfolg in sozialen Beziehungen. Sie trauten sich eher zu, Forderungen zu stellen und (unberechtigte) Forderungen anderer zurückzuweisen. Sie fühlten sich in ihrem sozialen Verhalten weniger durch Schuldgefühle und übertriebene Skrupel eingeschränkt. Insgesamt fühlten sie sich psychisch weniger belastet, was eine hochsignifikante kurzfristige Veränderung der Problemfragebogenwerte bedeutete. Zudem waren (hoch-)signifikante Effekte in fünf der acht Skalen des IE-SV-F zu beobachten: Erfolge wurden weniger mit Ursachen begründet, die außerhalb des Einflusses der Teilnehmer liegen, und stärker mit ihrem eigenen Verhalten und mit ihren eigenen Fähigkeiten. Misserfolg führten sie weniger auf die eigene Unfähigkeit zurück, sondern tendenziell mehr auf mangelnde Anstrengung. Jede GSK-Gruppe wies positive Effekte auf.

Die Follow-Up-Untersuchung ( $N = 30$ ) wurde durchschnittlich 18 Monate später durchgeführt (Pfungsten, 1987). Die Veränderungen dieser verringerten Stichprobe blieben bei den Skalen des U-Fragebogens sowie des IE-SV-F stabil (Post- / Follow up-Vergleich). Über den Problemfragebogen macht Pfingsten (1987) keine Aussage. Zusätzlich zur Berechnung der statistischen Signifikanz bezog Pfingsten (1987) die Befunde auf die Skalenwerte der normalen Vergleichsstichprobe. Vor dem Training wichen manche Teilnehmer stark im Sinne einer größeren psychosozialen Beeinträchtigung vom Normalwert ab. Nach dem Training unterschieden sich zu beiden Nachfolgeuntersuchungen nur noch wenige Personen von der Bezugspopulation. Manche unterschritten die Normalwerte sogar. Es wurden keine Aussagen über Unterschiede zwischen Experimental- und Wartegruppen getroffen.

Die Studierenden ( $N = 19$ ) profitierten kurz- und langfristig von der GSK-Teilnahme (Hinsch & Pfingsten, 1998b; Hinsch et al., 1983). Die oben ausgeführten Ergebnisse wurden repliziert. Jede GSK-Gruppe wies positive Effekte auf. Die kurzfristigen Effekte (Prä- / Post-Vergleich) unterschieden sich nicht signifikant von den langfristigen (Prä- / Follow Up-Vergleich) (Hinsch et al., 1983). Die Befunde wurden zur Berechnung der statistischen Signifikanz auf die Skalenwerte der normalen Vergleichsstichprobe bezogen. Die Aussagen sind mit den obigen vergleichbar. Die Wartegruppe ( $N = 13$ ) wies während des Trainingszeitraums der Experimentalgruppe keine bedeutsamen Veränderungen auf (Hinsch et al., 1983). Bei der Interpretation der Studienergebnisse ist zu berücksichtigen, dass sich insbesondere die kleinen Stichproben negativ auf die Validität der Befunde ausgewirkt haben können.

Eine Effektgröße bspw. Cohens  $d'$  (1988, 1992), die die inhaltliche Bedeutsamkeit beschreibt, wurde bei beiden Studien nicht angegeben. Aufgrund der angegebenen Prä- und Post- bzw. Follow Up-Mittelwerte und –Standardabweichungen (Hinsch & Pfingsten, 1998b; Pfingsten, 1987) wurden die Effektgrößen  $d'$  nach Cohen (1988, 1992) der Fragebogenskalen von der Autorin der vorliegenden Arbeit für die beiden abhängigen Stichproben geschätzt. Die einzelnen Effektgrößen der Fragebogenskalen sowie die Klassifizierung der Effektstärken können Anhang A entnommen werden. Tabelle 1 stellt dagegen dar, welche durchschnittliche Effektgröße ein Fragebogen aufweist.

Tabelle 1

Effektgrößen bisheriger Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit des GSK

Effektivitätsstudien	Durchschnittliche Effektgrößen der verwendete Erhebungsverfahren		
	U-Fragebogen (6 Skalen)	IE-SV-F (8 Skalen)	Problemfragebogen (1 Skala)
<b>Erwachsene</b>			
Prä-Post-Vergleiche <i>N</i> = 52	<i>M</i> = 0.61 <i>SD</i> = 0.11	<i>M</i> = 0.34 <i>SD</i> = 0.17	<i>d'</i> = 0.64
<i>N</i> = 30	<i>M</i> = 0.85 <i>SD</i> = 0.09	<i>M</i> = 0.48 <i>SD</i> = 0.32	---
Prä-Follow Up- Vergleich <i>N</i> = 30	<i>M</i> = 0.75 <i>SD</i> = 0.10	<i>M</i> = 0.42 <i>SD</i> = 0.31	---
<b>Studenten</b>			
Prä-Follow Up- Vergleich <i>N</i> = 19	<i>M</i> = 1.08 <i>SD</i> = 0.19	<i>M</i> = 0.54 <i>SD</i> = 0.34	<i>d'</i> = 0.73

Anmerkungen: Eine große Effektstärke ist rot, eine mittlere blau und eine kleine gelb gekennzeichnet. Ist kein Effekt zu verzeichnen, so ist die Zelle farblich nicht markiert.

Tabelle 1 verdeutlicht, dass in den oben dargestellten Wirksamkeitsstudien kurz- und auch langfristig hypothesenkonforme mittlere und große Effekte überwiegen. Die erzielte Verbesserung bleibt stabil. Die dargestellten Befunde führen zu dem Schluss, dass das GSK insbesondere für nichtklinische Gruppen ein kurz- und langfristig wirksames Verfahren zur Reduktion von sozialen Kompetenzproblemen darstellt.<sup>2</sup>

Ein konkurrierendes Training zur Optimierung der sozialen Kompetenzen ist das Assertiveness-Training-Programm von Ullrich und Muynck (1998a). Es wird im nachfolgenden Kapitel skizziert.

<sup>2</sup> In Hinsch und Pfingsten (1998b) werden auch zwei erfolgsversprechende Effektivitätsstudien mit Jugendlichen als Zielgruppe angeführt. Diese werden aufgrund des betriebswirtschaftlichen Bezugs der vorliegenden Diplomarbeit nicht beschrieben.

### **2.3 Das Assertiveness-Training-Programm von Ullrich und Muynck**

Ein weiteres klassisches Selbstsicherheitstraining ist das stark strukturierte (Fiedler, 1996) Assertiveness-Training-Programm (ATP) von Ullrich und Muynck (1998a). Ullrich de Muynck und Ullrich (1973) definieren Selbstsicherheit als „die Fähigkeit eines Individuums [...] in Relation zu seiner Umgebung eigene Ansprüche zu stellen und sie auch verwirklichen zu können“ (S. 254), was jedoch Rücksichtslosigkeit und aggressives Verhalten nicht inkludiert (Ullrich & Muynck, 1998a).

Basierend auf dem bedingungsanalytischen Erklärungskonzept weist das ATP drei Zielbereiche auf (Ullrich & Muynck, 1998a):

- (a) Verringerung sozialer Ängste als Basis für die Anwendung neuer Fertigkeiten,
- (b) Vermehrung sozialer Fertigkeiten und
- (c) Verbesserung des Selbstwertkonzeptes.

Die originäre Zielgruppe sind Patienten einer psychiatrischen Anstalt. Ullrich de Muynck und Ullrich (1973) verfolgen einen Therapieansatz, der die jeweilige psychische Störung sowie auch den Mangel eines effizienten Verhaltensrepertoires in sozialen Situationen berücksichtigt. Denn: „Psychische Krankheitsbilder führen in der Regel zu sozialen Störungen oder sind deren Folge“ (Ullrich de Muynck & Ullrich, 1973, S. 254).

Analog zum GSK werden nun die Bereiche sozialer Kompetenzen sowie die Einsatzmöglichkeiten und die empirischen Befunde zur Effektivität des ATP umrissen.

#### **2.3.1 Die Bereiche sozialer Kompetenzen**

Die Teilnehmer trainieren selbstsicheres Verhalten in vier inhaltlich unterschiedlichen Bereichen sozialer Kompetenzen (Ullrich und Muynck, 1998a):

- (a) Kritik- oder Fehlschlagangst,
- (b) Kontaktangst,
- (c) Ablehnungsangst beim Äußern eigener Bedürfnisse und
- (d) Ablehnungsangst bei der Abgrenzung gegen Übergriffe von anderen.

Der folgende Abschnitt behandelt den praktischen Einsatz des ATP.

### **2.3.2 Der Einsatz des ATP**

Die Therapie ist in drei aufeinander aufbauende Teile separiert. Nach der Indikationsstellung u.a. mit Hilfe des Unsicherheitsfragebogens (Ullrich de Muynck & Ullrich, 1979) folgen Therapievorbereitungen und die Therapiedurchführung:

- (a) Die Therapievorbereitungen beinhalten v.a. die Vermittlung von theoretischem Wissen mit Hilfe des ersten Klientenbuchs (Ullrich und Muynck, 2001). Zudem ist die Therapievoraussetzung bspw. durch Entzugs- / Entwöhnungsmaßnahmen oder den Abschluss von medikamentösen Intensivtherapien herzustellen.
- (b) Der Grundkurs umfasst 70 bis 100 Stunden. Das zweite Klientenbuch (Ullrich & Muynck, 1998b) ist Begleitlektüre und enthält das Arbeitsmaterial. Themenbereiche sind selbstsicheres Verhalten in Verkehrsmitteln, Geschäften, Lokalen / Cafés und Behörden sowie in öffentlichen Veranstaltungen.
- (c) Der zweite Trainingskurs vermittelt Fertigkeiten in engeren zwischenmenschlichen Bereichen (Nachbarn, Kollegen, Vorgesetzte, Freunde, Partner und Familie) sowie Problemlösestrategien. Er umfasst ebenfalls 70 bis 100 Stunden. Das dritte Klientenbuch (Ullrich & Muynck, 1998c) wird dabei durchgearbeitet.

Im ATP finden vielfältige Methoden Anwendung. Techniken sind u.a. die Informationsvermittlung und die kognitive Umstrukturierung. Rollenspiele sowie (Video-) Feedback gehören ebenfalls zu den Interventionsmaßnahmen: Zu jedem der vier Bereiche wurden Übungen entwickelt, die jeder Patient durchläuft. Diese insgesamt 110 Übungen sind in ansteigender Schwierigkeit geordnet. Modelllernen ist ein weiteres Element des ATP. Situationen werden von Therapeuten und anderen Trainingsteilnehmern vorgespielt. Filmausschnitte werden ebenfalls verwendet. Schließlich werden In-vivo-Übungen und Entspannungsverfahren durchgeführt (Ullrich und Muynck, 1998a). Im Verlauf des ATP arbeiten die Trainingsteilnehmer die drei Klientenbücher durch (Ullrich und Muynck, 2001, 1998b und 1998c).

Eine Gruppe von maximal acht Personen wird von einem Therapeuten betreut (Ullrich und Muynck, 1998a).

Ullrich und Muynck (1998a) weisen darauf hin, dass die ATP-Struktur es ermöglicht, das Programm für bestimmte Sonderanwendungen anzupassen (u.a. Kinder, Behinderte, Heime und Betriebe).

Die ATP-Trainer sollten Therapeuten sein, die verhaltenstherapeutische, geschlechtstherapeutische und kommunikationstheroretische Vorgehensweisen beherrschen. Als ATP-spezifische Ausbildung neben des Studiums des Buch- und Filmmaterials wird ein sukzessives Vorgehen empfohlen: Nach der Teilnahme am ATP in Selbsterfahrung sollte der spätere ATP-Trainer eine Gruppe mit paralleler Einzeldurchführung beobachten. Eine supervidierte ATP-Gruppe schließt sich an. Nun kann der ATP-Trainer graduell die Gruppenanzahl sowie die Anzahl der begleitenden Einzeltherapien erhöhen (Ullrich & Muynck, 1998a).

Abschließend werden im Folgenden die empirischen Befunde zur Effektivität des ATP dargestellt.

### ***2.3.3 Empirische Befunde zur Effektivität des ATP***

Ullrich und Ullrich de Muynck (1995) führten Studien mit ambulanten, primär depressiv diagnostizierten Patienten ( $N = 40$ ) durch. Die ATP-Teilnahme (50 Doppelstunden) hatte folgende Effekte zur Folge: Handlungsblockierende Sozialängste nahmen deutlich ab und soziale Fertigkeiten stiegen merklich an. Auch die Selbsteinschätzung verbesserte sich. Da keine Angaben über die Testzeitabschnitte vorhanden sind, ist nicht ersichtlich, ob die Effekte nur kurzfristig andauern oder auch langfristig stabil bleiben.

Zwei bewährte Trainings zur Optimierung der sozialen Kompetenzen wurden dargestellt – das Gruppentraining sozialer Kompetenzen von Hinsch und Pfingsten (1998a) sowie das Assertiveness-Programm-Training von Ullrich und Muynck (1998a). Welche Interventionsmaßnahme ist in Hinblick auf die Bedingungen des kooperierenden Finanzdienstleisters Helaba zu empfehlen? Auf diese Frage gibt der nächste Abschnitt eine Antwort.

## 2.4 Auswahl eines geeigneten Trainings für die Helaba

Gesucht ist ein wirksames Verfahren zur Optimierung der sozialen Kompetenzen der Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung der Landesbank Hessen-Thüringen. Im Folgenden werden die originären Trainings GSK und ATP miteinander verglichen. Der Darstellung der Gemeinsamkeiten folgt die Aufführung der Differenzen. Abschließend werden die Zwischenergebnisse zu einem Fazit integriert. Das Gesamtergebnis sagt aus, welches Interventionsverfahren die beste Alternative für ein Helaba-spezifisches Training zur Förderung der sozialen Kompetenzen darstellt.

GSK und ATP weisen mehrere Gemeinsamkeiten auf. Beide Interventionsverfahren verfolgen eine Optimierung der sozialen Kompetenzen, und beide greifen auf die gleichen theoretischen kognitiv-behavioralen Traditionen zurück. Eine weitere Ähnlichkeit besteht hinsichtlich der Bereiche selbstsicheren Verhaltens. Hinsch und Weigelt (1998) nennen drei Situationstypen: a) Recht durchsetzen, b) Beziehungen und c) um Sympathie werben. Die entsprechenden sozialen Verhaltensweisen sind auch wieder in den vier Hauptkategorien von Ullrich und Muynck (1998a) zu finden: a) Forderungen stellen, b) Nein sagen und kritisieren, c) Kontakte herstellen und aufrechterhalten sowie d) sich Fehler erlauben und sich öffentlicher Beachtung aussetzen. Zudem ähneln sich die eingesetzten Trainingselemente (u.a. kognitive Umstrukturierung, Rollenspiele, Videofeedback, Entspannungsverfahren, Modeling). Beide Interventionsmaßnahmen sind wissenschaftlich nachweisbar wirksam (Hinsch & Pfingsten, 1998b; Hinsch et al., 1983; Ullrich & Muynck, 1998a, Ullrich & Ullrich de Muynck, 1995).

Nachfolgend werden Unterschiede zwischen den beiden Interventionsverfahren behandelt und bewertet. Die Gegenüberstellung der Trainingsinhalte in Bezug auf die vier Aspekte Zielgruppe, Trainingsdurchführung, Teilnehmerbezug und Trainingsausbildung schließt jeweils mit einem Zwischenergebnis.

**Zielgruppe.** Das GSK kann für eine Gruppenarbeit mit Erwachsenen empfohlen werden, die keine klinisch auffälligen Probleme im Bereich der sozialen Kompetenzen haben (Fiedler, 1996; Jürgens, 1998; Pfingsten, 1987). Das ATP dagegen ist speziell für Klinik-Patienten entwickelt worden (Fiedler, 1996; Ullrich & Muynck, 1998a).



Zwischenergebnis: Da davon auszugehen ist, dass die Helaba-Mitarbeiter meist keine klinisch auffälligen Probleme im Bereich der sozialen Kompetenzen haben, ist das GSK in Bezug auf die Helaba-Zielgruppe zu empfehlen.

**Trainingsdurchführung.** Das GSK umfasst acht Sitzungen à drei Stunden, die in wöchentlichem Abstand erfolgen (Hinsch, 1998). Dagegen beinhaltet das originäre ATP zwei Kurse (Grund- und Trainingskurs) mit insgesamt 140 bis 200 Stunden. Zusätzlich bearbeiten die ATP-Teilnehmer zwei Klientenbücher (Ullrich & Muynck, 1998a).

Zwischenergebnis: Weder das GSK noch das ATP kann in der originären Fassung in der Helaba eingesetzt werden (Pfungsten, 1998c; Jürgens, 1998; Ullrich & Muynck, 1998a). Die GSK-Grundstrukturen könnte überwiegend beibehalten werden. Die Strukturen des ATP müssten jedoch gänzlich neu an die Helaba angepasst werden, was insbesondere eine massive zeitliche Komprimierung zur Folge hätte. Auch hinsichtlich der Übungsinhalte müssten beide Interventionsmaßnahmen modifiziert werden, wobei das ATP stärker konkrete Übungen zum Themenbereich Kollegen und Vorgesetzte berücksichtigt (Ullrich & Muynck, 1998a; Ullrich & Muynck, 1998c). Dies spricht für einen Einsatz des ATP. Dagegen ist die Anpassung des GSK an die Bedürfnisse der Helaba ökonomischer, was wiederum ein Argument für die Verwendung des GSK darstellt.

**Teilnehmerbezug.** Das teilstrukturierte GSK geht stärker als das vollstrukturierte ATP auf die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer ein (Fiedler, 1996). Hinsichtlich des Schwierigkeitsgrades stellt das GSK insgesamt höhere Anforderungen an die Teilnehmer als das ATP (Fiedler, 1996; Hinsch, 1998; Ullrich & Muynck, 1998a).

Zwischenergebnis: Das GSK ist vorteilhafter, da es individueller ist sowie einen höheren Schwierigkeitsgrad aufweist, der für die Helaba-Zielgruppe angemessener ist.

**Trainerausbildung.** Die Trainerausbildung erfolgt beim GSK interventionsspezifisch. Interessierte Trainer oder Therapeuten haben die Möglichkeit, eine Ausbildung zum GSK-Trainer zu absolvieren sowie an Trainer-Workshops teilzunehmen. Beides führt u.a. Rüdiger Hinsch durch (Hinsch, 2001b) - einer der Forscher, die auch das GSK entwickelt haben. Im Gegensatz dazu erfolgt die ATP-Ausbildung mit Hilfe eines eigeninitiativen Literaturstudiums und einer Hospitanz bei ATP-Trainings bzw. Supervision durch einen erfahrenen Therapeuten (Ullrich & Muynck, 1998a).

Zwischenergebnis: Eine GSK-Trainerausbildung ermöglicht eine vergleichbare Vermittlung sowie Durchführung der Trainingsinhalte. Zudem gewährleistet eine vergleichbare Trainerausbildung, dass die empirisch gefundene Trainingseffektivität generalisiert werden kann. Auch ist eine zielgerichtete Trainerausbildung im vorliegenden Kontext wichtig, um die bislang weitgehend unerfahrenen Helaba-Trainer Torsten Gerhard und die Autorin der vorliegenden Arbeit bestmöglich vorzubereiten. Aus beiden Gründen ist die Adaption des GSK sinnvoll.

Unter Berücksichtigung sämtlicher Aspekte stellt die Verwendung und Anpassung des GSK an die Bedürfnisse des Kooperationspartners Helaba die beste Alternative dar.

## 2.5 Fragestellung und Hypothesen

Aus den bisherigen Erläuterungen ergibt sich, dass die vorliegende Diplomarbeit zwei Aufgaben zu erfüllen hat:

- (a) Zum einen soll das GSK (Hinsch & Pfingsten, 1998a) an die in der Einleitung erläuterten Bedingungen und Bedürfnisse des Kooperationspartners Landesbank Hessen-Thüringen angepasst werden.
- (b) Zum anderen soll die kurz- und langfristige Wirksamkeit des neu entwickelten Trainings zur Optimierung sozialer Kompetenzen in Bezug auf die Komponenten Kognitionen, Emotionen und Motorik des Prozessmodells sozial kompetenten bzw. inkompetenten Verhaltens evaluiert werden. Zudem soll die Generalisierung der vermittelten Verhaltensfertigkeiten in den beruflichen Alltag überprüft werden.

Zur kurz- und langfristigen Wirksamkeit des neu entwickelten Trainings werden folgende Hypothesen aufgestellt:

- (1) Die kognitiven, emotionalen und behavioralen sozialen Kompetenzen verändern sich nicht in der Zeit vor dem Training.

***Kurzfristige Wirksamkeit***

- (2) Die Durchführung des Trainings bewirkt eine signifikante kurzfristige Erhöhung des kognitiven sozialen Verhaltens der Trainingsteilnehmer in sozialen Situationen.
- (3) Die Durchführung des Trainings bewirkt eine signifikante kurzfristige Verringerung der subjektiv empfundenen Belastung der Trainingsteilnehmer in sozialen Situationen.
- (4) Die Durchführung des Trainings bewirkt eine signifikante kurzfristige Erhöhung des motorischen sozialen Verhaltens der Trainingsteilnehmer in sozialen Situationen.

***Langfristige Wirksamkeit***

- (5) Die Durchführung des Trainings bewirkt eine signifikante langfristige Erhöhung des kognitiven sozialen Verhaltens der Trainingsteilnehmer in sozialen Situationen.
- (6) Die Durchführung des Trainings bewirkt eine signifikante langfristige Verringerung der subjektiv empfundenen Belastung der Trainingsteilnehmer in sozialen Situationen.
- (7) Die Durchführung des Trainings bewirkt eine signifikante langfristige Erhöhung des motorischen sozialen Verhaltens der Trainingsteilnehmer in sozialen Situationen.

***Stabilität der Wirksamkeit***

- (8) Die kurz- und langfristigen Effekte sind vergleichbar.

Zur ***Generalisierung der vermittelten Verhaltensfertigkeiten*** durch das neu entwickelte Training wird folgende Hypothese formuliert:

- (9) Die erlernten motorischen Verhaltensweisen werden in die Praxis übertragen.