

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Geschäftsführender Direktor / Leiter der Klinik: Prof. Dr. med. Tilo Kircher
des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg

**Verbesserung der sozialen Kompetenz als Mediator des Therapieerfolgs
kognitiver Verhaltenstherapie bei Patienten mit Erkrankungen aus dem
schizophrenen Formenkreis**

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Humanmedizin
dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg vorgelegt von

Ilona Reisner (geb. Rüsç) aus Stade
Marburg, 2021

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg am:
10.05.2021

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin

Dekanin: Frau Prof. Dr. D. Hilfiker-Kleiner

Referentin: Frau Prof. Dr. S. Mehl

1. Korreferent: Herr PD Dr. Dr. U. Hemmeter

Inhaltsverzeichnis

I Abkürzungsverzeichnis	III
II Abbildungsverzeichnis	IV
III Tabellenverzeichnis	V
1 Einleitung	1
1.1 Soziale Kompetenz	2
1.1.1 Begriffsbestimmung, Definition und Abgrenzungsproblematik.....	2
1.1.2 Relevanz der sozialen Kompetenz.....	5
1.1.3 Diagnostik der sozialen Kompetenz	6
1.2 Diagnostische Kriterien der Schizophrenie nach ICD-10 / DSM-5.....	9
1.2.1 <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> (ICD-10), Kapitel 5.....	9
1.2.2 <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)</i>	11
1.3 Soziale Kompetenz von Patienten mit Psychose	13
1.4 Therapiemöglichkeiten der Schizophrenie	15
1.4.1 Medikamentöse Behandlung	15
1.4.2 Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen	16
1.5 Kognitive Verhaltenstherapie für Patienten mit Psychose (CBTp)	19
1.6 Zielsetzung der Arbeit	21
2 Methoden	23
2.1 Stichprobe	23
2.1.1 Patientengruppe	23
2.1.2 Kontrollprobanden.....	24
2.2 Durchführung.....	25
2.3 Instrumente	28
2.4 Statistische Analyse	29
3 Ergebnisse	32
3.1 Stichprobe	32
3.2 Studienablauf	33
3.3 Interrater-Reliabilität	35
3.4 Vergleich der sozialen Kompetenz von Patienten- und Kontrollgruppe (1. Hypothese)	36
3.5 Veränderung der sozialen Kompetenz durch CBTp (2. Hypothese)	37
3.6 Effekt der CBTp auf die soziale Kompetenz - Vergleich von Therapie- und Wartegruppe (3. Hypothese).....	38
3.7 Korrelation der Verbesserung der sozialen Kompetenz und dem Anteil des sozialen Kompetenztrainings an der CBTp (4. Hypothese).....	40

3.8	Korrelation zwischen Positivsymptomatik und sozialer Kompetenz (5. Hypothese) ..	41
4	Diskussion	42
4.1	Vergleich der sozialen Kompetenz von Patienten- und Kontrollgruppe	42
4.2	Veränderung der sozialen Kompetenz durch CBTp	43
4.3	Effekt der CBTp auf die soziale Kompetenz -Vergleich von Therapie- und Wartegruppe	44
4.4	Korrelation der Verbesserung der sozialen Kompetenz mit dem Anteil des sozialen Kompetenztrainings an der CBTp	45
4.5	Korrelation zwischen Positivsymptomatik und sozialer Kompetenz	46
4.6	Bewertung des Messinstrumentes zur Analyse der sozialen Kompetenz	47
4.7	Stärken und Schwächen der Studie.....	49
4.8	Klinische Implikationen.....	50
5	Zusammenfassung	53
6	Literaturverzeichnis	56
7	Anhang	63
7.1	Informationsbogen für Kontrollprobanden über Zweck und Ablauf der Untersuchung	63
7.2	Formblatt zum Protokollieren der soziodemographischen Daten der Kontrollprobanden.....	64
7.3	Ratingskala für soziale Kompetenz (Fydrich et al., 1998).....	65
7.4	Verzeichnis der akademischen Lehrenden.....	74
7.5	Danksagung	74

I Abkürzungsverzeichnis

ANOVA	Analysis of variance, Varianzanalyse
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
CBTp	Cognitive Behavioral Therapy for psychosis, kognitive Verhaltenstherapie für Psychose
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
MANOVA	Multivariate analysis of variance, Multivariate Varianzanalyse
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
t1	1. Messzeitpunkt (<i>baseline</i>)
t2	2. Messzeitpunkt
t3	3. Messzeitpunkt
WHO	World Health Organization

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Untersuchungsablauf für die Therapie-, Warte- und Kontrollgruppe 27

Abbildung 2: Studienablauf mit Anzahl der Probanden..... 34

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemographische Eigenschaften der Stichprobe und diagnostische Zuordnung der Patientengruppe	32
Tabelle 2: Interrater-Reliabilität der Items der Ratingskala für soziale Kompetenz	35
Tabelle 3: Vergleich der sozialen Kompetenz der Patientengruppe und der Kontrollgruppe (MANOVA)	36
Tabelle 4: Vergleich der sozialen Kompetenz vor und nach Behandlung mit CBTp (t-Test mit verbundenen Stichproben)	38
Tabelle 5: Vergleich der Entwicklung der sozialen Kompetenz zwischen Therapie- und Wartegruppe (ANOVA mit Messwiederholung)	39
Tabelle 6: Korrelation der Verbesserung der sozialen Kompetenz und dem Anteil des sozialen Kompetenztrainings an der CBTp (Spearman-Korrelationsanalyse)	40
Tabelle 7: Korrelation der Veränderung der sozialen Kompetenz und der Veränderung der Positivsymptomatik gemessen mit der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS, Spearman-Korrelationsanalyse).....	41

1 Einleitung

Patienten¹ mit einer psychotischen Erkrankung erfahren Einschränkungen in der sozialen Interaktion mit anderen Menschen. Diese Einschränkungen können durch Positivsymptome wie Wahnleben und Halluzinationen, durch Negativsymptome wie verflachter Affekt, reduzierte Psychomotorik und formal gedankliche Verlangsamung, aber auch durch (sozial-) kognitive Defizite bedingt sein. Im Extremfall sind Ablehnung oder Stigmatisierung die Folge (vgl. Hooley 2010: 240).

Eine funktionierende soziale Interaktion ist ein wichtiger Bestandteil der gesellschaftlichen Teilhabe. Beeinträchtigungen in diesem Bereich können zu sozialen, beruflichen und damit verbunden auch zu finanziellen Funktionseinschränkungen führen. Dies führt in aller Regel zu einem erheblichen Leidensdruck bei den Patienten (vgl. Gaebel / Wölwer 2010: 18f.).

Studien belegen, dass Patienten mit einer psychotischen Erkrankung unter Einschränkungen in der sozialen Kompetenz leiden, die zu verringerter Lebensqualität, sozialer Isolation und Problemen in der Alltagsbewältigung führen (vgl. Bellack et al. 1990: 813). Trainingsmethoden zur Verbesserung der sozialen Kompetenz sind gut erforscht, aber für viele Patienten aufgrund des Gruppensettings eher aversiv besetzt und für ambulante Therapeuten organisatorisch oft nicht umsetzbar. Eine zusätzliche Option für die Verbesserung sozialer Kompetenz stellt die kognitive Verhaltenstherapie für Psychose-Patienten (engl. *cognitive behavioral therapy for psychosis*, im Folgenden mit CBTP abgekürzt) im Einzelsetting dar, in der soziale Kompetenzprobleme aufgegriffen und behandelt werden könnten. Bislang ist der Effekt der CBTP auf die Stärkung der sozialen Kompetenz allerdings noch nicht ausreichend erforscht.

An dieser Stelle setzt die vorliegende Arbeit an, die die Veränderungen der sozialen Kompetenz von Patienten mit psychotischen Störungen nach einer Behandlung mit CBTP bzw. nach einer regulären ambulanten psychiatrischen Behandlung vergleicht.

¹ In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten sind dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

Im folgenden Abschnitt wird zunächst der Begriff der sozialen Kompetenz thematisiert. Dazu werden in der Literatur gebräuchliche Definitionen erläutert, auf deren Basis die Verwendung des Begriffs für die vorliegende Arbeit festgelegt wird. Daran anschließend wird die Relevanz der sozialen Kompetenz beleuchtet und deren Diagnostik zur Operationalisierung im Kontext der Wissenschaft erörtert.

1.1 Soziale Kompetenz

1.1.1 Begriffsbestimmung, Definition und Abgrenzungsproblematik

In der Literatur ist der Begriff der sozialen Kompetenz stark umstritten. Eine empirisch fundierte Klassifikation sozialer Kompetenzen fehlt bislang (vgl. Kanning 2009: 22). Für den Begriff der sozialen Kompetenz haben sich Synonyme wie „Sozialkompetenz“, „Schlüsselkompetenz“, „interpersonale Kompetenz“, „Teamkompetenz“, „Handlungskompetenz“, „Soft Skills“ und „Social Skills“ (Hochbein 2013: 448), aber auch Beschreibungen wie „soziale Performanz“ (Fydrich 2002: 181) oder „soziale Intelligenz“ (Wolf 2003: 24ff.) etabliert. Diese Begriffe überschneiden sich in Teilen, setzen jedoch häufig unterschiedliche Schwerpunkte und sind voneinander somit nur schwer abzugrenzen. Oftmals werden in der Literatur Begriffe äquivalent verwendet, wie beispielsweise soziale Kompetenz und soziale Fertigkeiten. Die aktuelle Situation ist somit durch einen fehlenden Konsens bei der Begriffsbestimmung und der Existenz einer unübersichtlichen Anzahl verschiedener Schlagworte charakterisiert.

Die Heterogenität zeigt sich nicht allein in der Begriffsbestimmung, sondern auch in den resultierenden Definitionen. Im Lexikon der Psychologie wird die soziale Kompetenz wie folgt definiert: „Soziale Kompetenzen bilden einen Komplex von Fähigkeiten, die dazu dienen, dem Individuum die Möglichkeit zu geben, in Kommunikations- und Interaktionssituationen, entsprechend den Bedürfnissen der Beteiligten Realitätskontrolle zu übernehmen“ (Runde 2014: 1447). Die Verwendung des pluralisierten Begriffs verdeutlicht die Vielfalt von Fertigkeiten oder Fähigkeiten, die unter dem Begriff soziale Kompetenz gebündelt werden soll.

Marion Kellner-Lewandowsky, die vorwiegend im Controlling und Coaching-Bereich tätig ist, definiert die soziale Kompetenz als "Fähigkeiten und Fertigkeiten im Umgang

mit anderen Menschen" (Kellner-Lewandowsky 2013: 24), für die auch die persönliche Kompetenz, welche die „Fähigkeiten und Fertigkeiten im Umgang mit sich selbst“ (ebd.), also mit der eigenen Person, wichtig ist. Hier wird eine Differenzierung zwischen interpersonellen und intrapersonalen Fähigkeiten vorgenommen. Kellner-Lewandowsky bezeichnet die soziale Kompetenz zudem als „Soft Skills“, also „weiche Fähigkeiten“ womit eine mangelnde Quantifizierbarkeit zum Ausdruck gebracht werden soll (vgl. ebd.: 21f.).

Rüdiger Hinsch und Ulrich Pfingsten, die Autoren des wichtigsten deutschsprachigen verhaltenstherapeutischen Trainingsmanuals für die Verbesserung der sozialen Kompetenz „Gruppentraining sozialer Kompetenzen“ (Hinsch / Pfingsten 2007) stellen folgende Arbeitsdefinition zur sozialen Kompetenz auf: „Unter sozialer Kompetenz verstehen wir 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 führt“ (Hinsch / Pfingsten 2007: 4).

Hier wird der zuvor erwähnte „Komplex von Fähigkeiten“ (Runde 2014: 1447) in „kognitive, emotionale und motorische Verhaltensweisen“ (Hinsch / Pfingsten 2007: 4) aufgliedert. Der Verweis auf bestimmte Situationen betont, dass diese Verhaltensweisen nicht in jeder Situation in gleicher Weise angewendet werden können und sollen. Individuelle Situationen erfordern eine individuelle Anpassung, um das Ziel, ein langfristig günstiges „Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen“ (ebd.), zu erreichen. In dieser Definition wird die soziale Kompetenz anhand von drei Kategorien in der Interaktion untersucht: Durchsetzen von individuellem Recht (gegenüber Freunden, Bekannten oder Arbeitskollegen), Aufrechterhaltung und Verbesserung von Beziehungen sowie Werben um Sympathie (vgl. Hinsch / Wittmann 2010: 46ff.).

Kanning nimmt eine Unterteilung in *soziale Kompetenz* und *sozial kompetentes Verhalten* vor (vgl. Kanning 2009: 13, 15). Diese Differenzierung wird näher betrachtet, weil sich hierbei ein wichtiger Aspekt für die Operationalisierung der vorliegenden Arbeit ergibt. Dabei wird zwischen dem Potential eines Individuums und dem dargebotenen Verhalten in einer konkreten Situation unterschieden, da der alleinige Besitz gewisser Fähigkeiten keine Garantie für die Umsetzung in ein solches Verhalten darstellt (vgl. ebd.). Die

soziale Kompetenz fußt nach Kanning auf einem Gleichgewicht zwischen Durchsetzungs- und Anpassungsfähigkeit. In der Literatur fehlt ein Konsens, welche konkreten Fähigkeiten hierunter zu verstehen sind. Es werden Faktoren wie "Zusammenarbeit, Kommunikation und Konfliktfähigkeit" (Peters-Kühlinger / Friedel 2008: 7) genannt, aber auch die verschiedensten Katalogisierungen und Einteilungen vorgenommen (vgl. ebd.: 12, vgl. Kanning 2002, zitiert nach Kanning 2009: 20f.).

Die *soziale Kompetenz* stellt hierbei ein „zeitlich überdauerndes, „multidimensional[es] Potential [dar, welches] indirekt zu erschließen“ ist (Kanning 2015: 4) und wird als „Gesamtheit des Wissens, der Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person, welche die Qualität eigenen Sozialverhaltens – im Sinne der Definition sozial kompetenten Verhaltens – fördert“ global erfasst (Kanning 2002a: 155, zitiert nach Kanning 2015: 4).

Hiervon differenziert Kanning *sozial kompetentes Verhalten* als „Verhalten einer Person, das in einer spezifischen Situation dazu beiträgt, die eigenen Ziele zu verwirklichen, wobei gleichzeitig die soziale Akzeptanz des Verhaltens gewahrt wird" (ebd.). Diese Abgrenzung ähnelt der Unterscheidung von Fydrich, wobei hier *sozial kompetentes Verhalten* als *soziale Performanz* bezeichnet wird (vgl. Fydrich 2002: 181).

Nach dieser Einordnung lässt sich *sozial kompetentes Verhalten* direkt beobachten. Es wird durch externe Faktoren, beispielsweise durch das Verhalten der beteiligten Person oder durch die Situation, in der die Interaktion stattfindet, beeinflusst (vgl. Kanning 2015: 4). Auf diese Faktoren wird in der Beschreibung von Hinsch und Wittmann Bezug genommen. Bei ihnen bedeutet soziale Kompetenz, „wenn man in der Lage ist, die der jeweiligen Situation angemessenen Verhaltensweisen zu zeigen. Dazu gehör[t] auch, dass man sein Verhalten den Situationsanforderungen entsprechend schnell und flexibel verändern kann“ (Hinsch / Wittmann 2010: 52).

Die verschiedenen Definitionen versuchen, das Konstrukt des Kompetenzbegriffes möglichst allgemein zu beschreiben, was zu einer vagen, abstrakten Charakterisierung führt, die nur schwer eine diagnostische Kategorisierung und Einordnung zulässt. Deutlich wird, dass das Konzept der sozialen Kompetenz nur mit Einschränkungen bestimm- und operationalisierbar ist. Zur Bewertung dieses globalen Konstruktes sind Kategorisierungen und konkrete Eingrenzungen erforderlich, die dem allumfassenden

Charakter der Definition nicht gerecht werden. Somit ist lediglich eine Bewertung von Teilaspekten möglich. Bei der Operationalisierung der sozialen Kompetenz sind Einbußen damit nicht vermeidbar.

Gemeinsam ist allen Definitionen, dass sie von einer Interaktion zwischen Personen ausgehen, in der es darum geht, ein Gleichgewicht zwischen der Vertretung eigener Interessen und der Beachtung jeweiliger sozialer und gesellschaftlicher Normen herzustellen. Herausforderungen in diesem Zusammenhang sind die Veränderung sozialer Normen im Laufe der Zeit und die Varianz zwischen verschiedenen Gesellschaften.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass ein *sozial kompetentes Verhalten* nie situationsunabhängig gemessen werden kann. Ein als sozial kompetent gewertetes Verhalten in einer Situation kann in einer anderen Situation als unpassend aufgefasst werden. Die Bewertung der sozialen Kompetenz bzw. des beobachtbaren Verhaltens ist stets kontextabhängig. Bei der Bewertung von Patienten ist daher die Verallgemeinerbarkeit limitiert.

Die vorliegende Arbeit orientiert sich an der Definition von Kanning bzw. Fydrich, da dieses Konzept eine Beurteilung von *sozial kompetentem Verhalten* bzw. *sozialer Performanz* anhand einer spezifischen Situation erlaubt. Danach lässt sich anhand einer Verhaltensbeobachtung mit einem Bewertungsbogen nicht die soziale Kompetenz im Allgemeinen abbilden, sondern lediglich eine spezifische Verhaltensweise in einer bestimmten sozialen Situation im Sinne von *sozial kompetentem Verhalten* bzw. *sozialer Performanz* analysieren. In diesem Sinne ist der Begriff der sozialen Kompetenz in der vorliegenden Arbeit stets zu verstehen.

1.1.2 Relevanz der sozialen Kompetenz

Das Vorhandensein sozialer Kompetenz bestimmt unsere Interaktion mit anderen Menschen und stellt eine Grundvoraussetzung für eine Partizipation in der Gesellschaft dar. Soziale Kompetenz steigert die Lebensqualität und ist eine Schlüsselqualifikation für den beruflichen Erfolg (vgl. Hinsch / Wittmann 2010: 53). Sie führt dazu, dass eine

Person eine „höhere Lebenszufriedenheit, positivere Lebensorientierung [und] bessere soziale Integration“ (Kanning 2009a, zitiert nach Kanning 2015: 17) erfährt.

Bemerkenswert ist der hohe Stellenwert, welcher der sozialen Kompetenz auf dem Arbeitsmarkt zugeschrieben wird. Dieser wird an den vielfältigen Angeboten, die soziale Kompetenz zu trainieren, um im Wettbewerb die eigenen Karrierechancen zu maximieren, deutlich. In nahezu allen Auswahlverfahren zur Stellenbesetzung werden soziale Kompetenzen abgeprüft (vgl. Kanning 2009: 9). In einem Ratgeber zum Thema Soft Skills heißt es hierzu: Sie sind „eine maßgebende Grundvoraussetzung, um einen Job zu bekommen und zu behalten“ (Peters-Kühlinger / Friedel 2008: 7).

Beeinträchtigungen dieses Potentials oder dieser Fertigkeiten wirken sich somit negativ auf die soziale und berufliche Integration und auf die Lebensqualität aus. Defizite in der sozialen Kompetenz bedeuten für Betroffene einen negativen Effekt auf die Integration in das persönliche soziale Umfeld.

1.1.3 Diagnostik der sozialen Kompetenz

Nachfolgend sollen Überlegungen zu einer geeigneten Untersuchungsmethode der sozialen Kompetenz vorgestellt werden. Wie der vorangegangene Abschnitt zur Begriffsbestimmung verdeutlicht, ist die Operationalisierung herausfordernd.

Untersuchungen zur sozialen Kompetenz basieren auf *Selbsteinschätzung* und / oder *Fremdwahrnehmung*. Als Instrumente zur Messung sozialer Kompetenz kommen vor allem *Fragebögen* oder *Beobachtungsstudien anhand von Rollenspielen* zum Einsatz. Für beide methodische Ansätze sind verschiedene Testinstrumente erhältlich (vgl. Kanning 2015: 68ff., vgl. Wolf 2003: 41ff., vgl. Fydrich 2002: 186). Kanning führt als mögliche Alternativen im Rahmen schriftlicher Befragungen mittels Fragebögen noch die Verhaltensbeschreibung sowie die Messung komplexer Kompetenzindikatoren an. Bei der Verhaltensbeschreibung handelt es sich im Gegensatz zur Verhaltensbeobachtung um ein Erfragen von Verhalten in Situationen, z. B. anhand von standardisierten Fragebögen oder Interviews. Damit wird soziales Verhalten gemessen, ohne es direkt zu beobachten (vgl. Kanning 2015: 65f.). Bei der Messung komplexer Kompetenzindikatoren werden

z. B. biographische Daten dazu genutzt, Rückschlüsse auf die soziale Kompetenz einer Person zu ziehen (vgl. ebd.: 55.). Diese Instrumente werden nicht näher thematisiert. Stattdessen fokussiert sich die vorliegende Arbeit auf die gebräuchlichsten Testmittel *Fragebogen* und *Beobachtungen anhand von Rollenspielsituationen*.

Bei Untersuchungen mittels *Fragebögen* sind die Kosteneffektivität sowie die schnelle und einfache Umsetzung vorteilhaft. Zudem lassen sich mit solchen Instrumenten mit verhältnismäßig einfachen Mitteln große Stichproben untersuchen. Ein Beispiel für ein solches Instrument ist das *Inventar zur Messung sozialer Kompetenzen in Selbst- und Fremdbild* (ISK-360°, vgl. Kanning 2014c, zitiert nach Kanning 2015: 72ff.), das mithilfe von zwei Fragebögen mit jeweils 32 Items sowohl eine Selbst- als auch eine Fremdbeschreibung vornimmt. Geprüft werden *soziale Orientierung*, *Offensivität*, *Selbststeuerung* und *Reflexibilität*. Dieser Fragebogen wird schwerpunktmäßig in der Personalentwicklung eingesetzt (vgl. Kanning 2015: 73). Die Eignung für bestimmte Fragestellungen ist ein weiterer Aspekt bei der Operationalisierung. Viele Testinstrumente erfassen lediglich einen Teilaspekt der sozialen Kompetenz und sind ohne Anpassung nicht auf andere Themengebiete übertragbar (vgl. Fydrich 2002: 186, vgl. Wolf 2003: 55). Weitere Nachteile der Fragebögen ist die leichte Verfälschbarkeit (vgl. Wolf 2003: 47), die Gefahr der Beantwortung der Fragen nach sozialer Erwünschtheit und die fehlende Möglichkeit zu überprüfen, ob das in den Antworten angegebene Verhalten in der beschriebenen Situation auch tatsächlich umgesetzt würde (vgl. Fydrich 2002: 186).

Diese Nachteile lassen sich durch den Einsatz von *Verhaltensbeobachtungen in Rollenspielen* zumindest teilweise umgehen. Diese Methode ist einerseits mit einem höheren zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden, andererseits können hier Interaktionssituationen zwischen Personen aufgezeichnet und durch unabhängige Beobachter beurteilt werden. Die untersuchte Person muss daher ein bestimmtes Verhalten tatsächlich zeigen. Inwieweit das Verhalten in einem künstlichen Rollenspiel auf die soziale Performanz im Alltag übertragbar ist, lässt sich aber mit letzter Sicherheit nicht bestimmen (vgl. Fydrich 2002: 189).

Als Beispiel einer Verhaltensbeobachtung durch einen unabhängigen Beobachter sei hier bereits die *Ratingskala für soziale Kompetenz* von Fydrich und Bürgener erwähnt. Im

Rahmen eines Rollenspiels haben die Probanden die Aufgabe, ein Gespräch mit einer fremden Person auf einer Party zu beginnen und für drei Minuten aufrecht zu erhalten. Die Bewertung der sozialen Kompetenz bzw. des beobachtbaren sozial kompetenten Verhaltens erfolgt anhand sechs verschiedener Items und einer Gesamtbewertung mit einer fünfstufigen Skala von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“, bzw. „keine“ bis „sehr stark“. Bisher wurde dieses Rating vor allem im Rahmen diagnostischer Rollenspiele bei Angststörungen, insbesondere der sozialen Phobie, eingesetzt (vgl. Fydrich / Bürgener 2005: 98f.). Im Methodenteil dieser Arbeit wird die *Ratingskala für soziale Kompetenz* detaillierter beschrieben und vorgestellt.

Auch im Rahmen der Diagnostik lassen standardisierte Verfahren nur Rückschlüsse auf das Verhalten in der überprüften spezifischen Situation zu. Zudem ist zu bedenken, dass das Verhalten des Einzelnen immer auch von der Situation und der Gruppe abhängt und dass sich soziale Normen im Laufe der Zeit verändern. Deutlich wird dies anhand einer Studie aus den 1960er Jahren, die die soziale Kompetenz von männlichen Collegestudenten anhand eines Fragebogens untersuchte, der Kriterien wie regelmäßiger Kirchgang, rechtzeitige Erledigung der Hausaufgaben und Häufigkeit einer eigenständiger Essenszubereitung enthielt (vgl. Lanyon 1967: 497). Damals galt im Vergleich zu heute die Religiosität der Probanden offenbar als ein Indikator für die soziale Kompetenz. Dieses Beispiel verdeutlicht die Notwendigkeit, bestehende Instrumente regelmäßig zu überprüfen und den Veränderungen gesellschaftlicher und sozialer Normen anzupassen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine Vielzahl unterschiedlicher Methoden zur Messung der sozialen Kompetenz zur Verfügung steht. Jedes Instrument zeigt Vor- und Nachteile in der Anwendung. In der vorliegenden Arbeit wurde die aufwendigere Methode mit *Beobachtungen anhand von Rollenspielsituationen* zur Erfassung der sozialen Kompetenz gewählt.

Wie im folgenden Abschnitt untersucht wird, zeigen Patienten, die an einer Psychose leiden, eine eingeschränkte soziale Kompetenz. Die Auswirkungen der Erkrankung auf Aspekte der sozialen Kompetenz werden im Folgenden exemplarisch an den diagnostischen Kriterien der paranoiden Schizophrenie dargestellt.

1.2 Diagnostische Kriterien der Schizophrenie nach ICD-10 / DSM-5

Die Diagnose einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis wird hauptsächlich durch die Erhebung des psychopathologischen Befundes, durch den Einsatz eines standardisierten Interviews, beispielsweise dem *Strukturierten Klinischen Interview für DSM-5-Störungen* (Beesdo-Baum et al. 2019) sowie durch den Ausschluss von Differentialdiagnosen, wie psychotischen Störungen durch Drogenkonsum oder hirnorganischen Erkrankungen gestellt.

In Folgenden werden die Kriterien, die die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie rechtfertigen, näher beleuchtet. Dies erfolgt anhand der zwei gängigen Diagnosesysteme: zunächst werden die Kriterien der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10) der World Health Organization (WHO) vorgestellt. Anschließend erfolgt die Beschreibung des amerikanischen *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, Falkai et al. 2015).

1.2.1 *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10), Kapitel 5

Aktuell befindet sich die ICD-10 Klassifikation in Überarbeitung durch die WHO. In der neuen ICD-11 Klassifikation wird die paranoide Schizophrenie unter Kapitel 6 „Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders“ mit der Kategorie „Schizophrenia or other primary psychotic disorders“ behandelt werden. Hier gliedert sich die Schizophrenie in die Unterkategorien „first episode“, „multiple episodes“ und „continuous“ auf. Unterscheidungen in paranoide, hebephrene, katatone, undifferenzierte Schizophrenie sowie postschizophrene Depression, schizophreses Residuum, Schizophrenia simplex oder sonstige Schizophrenien sind weitgehend aufgehoben worden (vgl. World Health Organization (WHO) 2019). Ab 01.01.2022 soll die ICD-11 in Kraft treten. In dieser Arbeit wird die noch gültige Klassifikation nach ICD-10 vorgestellt.

Zur Diagnose einer paranoiden Schizophrenie nutzt das ICD-10-System acht Symptombereiche, die in die Teilbereiche Symptomgruppe 1–4 und 5–8 gruppiert werden. Neben der klinischen Symptomatik wird zudem ein Zeitkriterium von

mindestens einem Monat herangezogen, in dem entweder ein Symptom des Komplexes 1–4 oder mindestens zwei Symptome des Komplexes 5–8 vorliegen müssen. Folgend sind die acht Symptombereiche beziehungsweise auf die Aufführung in der Leitlinie Schizophrenie dargestellt:

- **Symptome 1–4**

1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung (Ich-Störungen)
2. Wahn (inhaltliche Denkstörungen)
3. Akustische Halluzinationen (Phoneme)
4. Anhaltender kulturell unangemessener, bizarrer Wahn (Kontrolle über das Wetter, Kontakt zu Außerirdischen)

- **Symptome 5–8**

5. Anhaltende Halluzinationen (alle Sinne), täglich über mindestens einen Monat, begleitet von Wahn oder Affektstörungen, überwertigen Ideen
6. Neologismen, Gedankenabreißen, Zerfahrenheit, Danebenreden (formale Denkstörungen)
7. Katatone Symptome (Erregung, Haltungsstereotypien, Negativismus, Mutismus, Stupor)
8. Negativsymptomatik (Apathie, Sprachverarmung, verflachte Affekte). Andere Ursachen wie Depressionen oder Nebenwirkung neuroleptischer Medikation müssen ausgeschlossen sein (vgl. DGPPN 2019b: 25).

Zudem ist die Diagnose einer Schizophrenie nur zulässig, wenn somatische Ursachen, sowie Drogen- und Medikamentenabusus zuvor als Ursache ausgeschlossen wurden.

Bei der Analyse der Kategorien in Bezug auf mögliche Beeinträchtigungen der sozialen Kompetenz wird deutlich, dass jede Symptomatik Auswirkungen auf die soziale Performanz und damit auch auf die soziale Kompetenz haben kann. *Ich-Störungen* führen potenziell zu einem sozialen Rückzug der erkrankten Person aus Angst, dass Kontaktpersonen eigene Gedanken lesen oder fremde Gedanken eingeben könnten. Auch *inhaltliche Denkstörungen* beeinträchtigen die soziale Interaktion. So postulieren Hirsch und Wittmann, dass es in einer sozialen Interaktion zu einer kognitiven Bewertung einer Situation kommt, die wiederum mit Emotionen verbunden ist. Diese Bewertung hängt

von der Situation selbst, aber auch von den Vorerfahrungen der betreffenden Person ab (vgl. Hinsch / Wittmann 2010: 29f., 32). So schätzt beispielsweise eine Person mit ausgeprägtem Misstrauen bei wahnhafter Symptomatik eine freundlich gemeinte Nachfrage unter Umständen als feindselig ein und reagiert dementsprechend vorsichtig und abwehrend. Dieses Verhalten führt wiederum bei Interaktionspartnern zu Irritationen.

Auch Äußerungen, die ein *wahnhaftes Erleben* beinhalten, können bei den Interaktionspartnern für Unverständnis sorgen. Zudem kann die betreffende Person einem Gespräch nur schwer folgen, wenn diese gleichzeitig durch kommentierende oder imperative Phoneme oder andere *akustische Halluzinationen* beeinträchtigt wird. Neben den inhaltlichen führen auch *formale Denkstörungen* und *katatone Symptomatik* zu erschwerten soziale Interaktionen. Durch einen gestörten formalen Gedankengang fällt es einem Gesprächspartner z. B. schwer, einer Konversation zu folgen. Bei *katatoner Symptomatik* ist das Interaktionsvermögen und die verbale Kommunikation beispielsweise durch Mutismus oder Stupor stark eingeschränkt.

Neben der Positivsymptomatik beeinflusst auch die *Negativsymptomatik*, die bei längerer Erkrankungsdauer eine nur schwer beeinflussbare Komponente darstellt, die soziale Kompetenz. Ursachen sind beispielsweise die Sprachverarmung und der Verlust des sozialen Interesses. Insgesamt fällt es Patienten bei entsprechender Symptomatik schwer durch die Einschränkungen in sozialen Interaktionen eigene Ziele zu verfolgen. Weiter führen die Auswirkungen der Symptomatik beim Interaktionspartner möglicherweise zu einer herabgesetzten sozialen Akzeptanz.

1.2.2 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*

Das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (kurz: DSM-5 System) gibt insgesamt sechs Kategorien von A bis F vor. In der Kategorie A werden fünf Symptomgruppen vorgestellt, von denen mindestens zwei für den Großteil eines Monats bestehen müssen. Dabei steht der Diagnose eine kürzere Dauer der Symptomatik nicht entgegen, wenn beispielsweise bereits eine erfolgreiche Behandlung eingeleitet wurde. Weiterhin muss mindestens ein Symptom aus den ersten drei genannten Bereichen

bestehen. Im Folgenden sind die fünf Symptomgruppen der Kategorie A nach DSM-5 aufgezählt:

1. Wahn
2. Halluzinationen
3. Desorganisierte Sprechweise (z. B. häufiges Entgleisen oder Zerfahrenheit)
4. Grob desorganisiertes oder katatones Verhalten
5. Negativsymptome (z. B. verminderter emotionaler Ausdruck oder reduzierte Willenskraft) (vgl. Falkai et al. 2015: 61)

Weiter wird in der Kategorie B eine durch die Erkrankung bedingte Einschränkung in „zentrale[n] Funktionsbereiche[n] wie Arbeit, zwischenmenschliche Beziehungen oder Selbstfürsorge“ (Falkai et al. 2015: 61) als Kriterium herangezogen. Wenn die Symptome dieser Störung für mindestens sechs Monate anhalten, ist Kategorie C erfüllt. Die Kategorien D bis F umfassen Ausschlusskriterien für die Diagnosestellung einer Schizophrenie. Dazu zählen Drogen- oder Medikamentenkonsum oder affektive Störungen als Ursachen für die Symptome (vgl. ebd. 61f.).

Interessant ist, dass das DSM-5 eine Einschränkung der sozialen Kompetenz als Diagnosekriterium beinhaltet. Unter Kategorie B ist diese mit einer Störung in zwischenmenschlichen Beziehungen explizit genannt.

In beiden Diagnosekatalogen wird der Einfluss der Erkrankung auf die soziale Komponente deutlich. Das Vorliegen von Positivsymptomatik wie Wahnerleben und Halluzinationen schränkt den Patienten in seiner sozialen Funktionsfähigkeit ein. Ebenso spielen die Bereiche formale Denkstörungen, katatone Symptome und Negativsymptome im ICD-10 als eigene Symptomgruppen eine entscheidende Rolle bei der Diagnosestellung. Das DSM-5 listet Einschränkungen in zentralen Lebensbereichen als eigenes Diagnosekriterium. Es wird deutlich, dass eine positive Einflussnahme und Behandlung solcher durch die Erkrankung bedingten Einschränkungen einen entscheidenden Beitrag zur Therapie leistet.

Im Folgenden soll nun anhand der aktuellen Studien- und Datenlage tiefergehend auf die soziale Kompetenz bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis eingegangen werden.

1.3 Soziale Kompetenz von Patienten mit Psychose

Die im ICD-10 und DSM-5 enthaltenen Positiv- und Negativsymptome verdeutlichen die Einschränkungen der sozialen Kompetenz bei einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. In einer Studie von Heering et al. konnte gezeigt werden, dass sowohl Positiv- als auch Negativsymptome die soziale Interaktion von Patienten mit Psychose negativ beeinflussen (vgl. Heering et al. 2016: 150).

In einer Studie, die die soziale Kompetenz von schizophrenen Patienten anhand eines Rollenspiels untersuchte, zeigte sich die schizophrene Patientengruppe signifikant schlechter als die Kontrollgruppe. Eine Unterteilung der Patientengruppe ergab zudem, dass sich Patienten mit führender Negativsymptomatik stärker beeinträchtigt zeigten als Patienten ohne vorherrschende Negativsymptome (vgl. Bellack et al. 1990: 813).

In einer Studie, die die Zusammenhänge von sozialer Kompetenz mit der „theory of mind“ (Fähigkeit Emotionen und Absichten anderer zu erkennen) und dem autobiographischem Gedächtnis untersuchte, wurde die soziale Kompetenz von Patienten mit Psychose mit gesunden Kontrollprobanden mit der *Ratingskala für soziale Kompetenz* verglichen, die auch in dieser Arbeit Anwendung findet. Die Patientengruppe zeigte auch hier für alle Items schlechtere Werte als die gesunde Kontrollgruppe (vgl. Mehl et al. 2010: 279).

Wesentlich häufiger als die soziale Kompetenz wurde in Studien die soziale Funktionsfähigkeit (engl. social functioning) von Psychose-Patienten untersucht. Diese Kategorie befasst sich weniger spezifisch mit der sozialen Kompetenz eines Individuums in der Interaktion mit anderen Personen, sondern ist vielmehr globaler gefasst und untersucht Bereiche wie berufliche Aktivitäten, Freizeitbeschäftigungen, soziale Kontakte sowie Kompetenzen für eine selbstständige Lebensführung. Als Messinstrumente dienen z. B. Fragebögen zur Lebensqualität und zum psychosozialen Funktionsniveau, die sowohl Selbst- als auch Fremdwahrnehmung einbeziehen.

Studien belegten, dass Patienten mit Psychose eine deutlich schlechtere soziale Funktionsfähigkeit zeigten als nicht Erkrankte. Ergebnisse der Untersuchung zeigten, dass diese sich bei Erstepisoden bereits deutlich verschlechtert zeigte und sich nicht, wie zuvor angenommen, im weiteren Krankheitsverlauf durch zunehmende Chronifizierung weiter verschlechtert (vgl. Grant et al. 2001: 748). Vielmehr wurde deutlich, dass sich bereits vor dem Auftreten erster psychotischer Symptome die sozialen und kognitiven Fähigkeiten von Probanden mit einem hohen Risiko eine Psychose zu entwickeln, vermindert zeigten und diese ein höheres Risiko hatten, im weiteren Verlauf eine Psychose zu entwickeln (vgl. Addington et al. 2017: 61, vgl. Glenthøj et al. 2016: 23f.).

Auch wurde bei Patienten mit Psychosen häufig die Wechselwirkung von kognitiven und sozialen Fähigkeiten untersucht. Eingeschränkte kognitive Fähigkeiten führen zu eingeschränkten sozialen Fähigkeiten (vgl. Addington / Addington 2008: 180). Laut einer Meta-Analyse haben sowohl Einschränkungen in der sozialen Kognition, wie Empathiefähigkeit, „theory of mind“ oder Fähigkeiten zur Attribution, als auch neurokognitive Einschränkungen Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit von Patienten mit Psychose (vgl. Fett et al. 2010: 582ff.). Beeinträchtigungen in der Wahrnehmung und der Informationsverarbeitung bedingen Störungen im weiteren Verarbeitungsprozess. Nach dem Modell von Pfingsten ruft eine Situation bei einem Individuum sowohl kognitive als auch emotionale Verarbeitungsprozesse hervor, die auf bisherigen Lernerfahrungen basieren. Dieser Verarbeitungsprozess generiert eine (motorische) Reaktion, die wiederum Konsequenzen bedingt (vgl. Hinsch / Pflingsten 2007: 12f.). Fehlerhafte Reaktionen auf der Basis eines gestörten kognitiven Verarbeitungsprozesses können negative Konsequenzen zur Folge haben.

In einer Studie, in der soziale und kognitive Fähigkeiten von sowohl Patienten mit einer ersten psychotischen Episode sowie Patienten mit multiplen psychotischen Episoden mit nicht erkrankten Personen verglichen wurden, konnte gezeigt werden, dass bereits Patienten mit einer ersten psychotischen Episode unter einer deutlich verminderten sozialen und kognitiven Funktionsfähigkeit leiden als gesunde Probanden. Deutlich wurde hier der Zusammenhang von kognitiven Defiziten mit damit einhergehenden Einschränkungen von sozialen Fertigkeiten (vgl. Addington / Addington 2008: 179f.).

Diese Befunde legen den Schluss nahe, dass die soziale Funktionsfähigkeit bei diesen Menschen bereits vor dem Auftreten erster psychotischer Symptome verringert ist und sich durch das Auftreten von psychotischer Symptomatik noch weiter verschlechtern kann. Diese Erkenntnisse sprechen für die Notwendigkeit einer frühestmöglichen Intervention und Behandlung. Im anschließenden Abschnitt sollen die Therapiemöglichkeiten der Schizophrenie vorgestellt werden.

1.4 Therapiemöglichkeiten der Schizophrenie

Die *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften* (AWMF) gibt als Zielsetzung bei der Behandlung der paranoiden Schizophrenie in ihrer Leitlinie vor: „Behandlungsziel ist der von Krankheitssymptomen weitgehend freie, zu selbstbestimmter Lebensführung fähige, therapeutische Maßnahmen in Kenntnis von Nutzen und Risiken abwägende Patient“ (DGPPN 2019b: 22). Um dieses Behandlungsziel zu erreichen, stehen verschiedene Komponenten der Behandlung zur Verfügung. Im Folgenden soll auf zwei wesentliche Behandlungskomponenten eingegangen werden: Zum einen die *medikamentöse Behandlung* und zum anderen *psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen*.

1.4.1 Medikamentöse Behandlung

Eine medikamentöse Therapie mit Antipsychotika ist vielfältig untersucht worden und zeigt insbesondere bei akuten Schüben und bei deutlicher Positivsymptomatik wie Wahn oder Halluzinationen oft zügig eine gute Wirkung (vgl. Leucht et al. 2017: 930, vgl. Leucht et al. 2013: 956f.). Dies zeigte sich insbesondere in der Behandlung einer erstmaligen psychotischen Episode, im weiteren Erkrankungsverlauf scheinen die Patienten weniger auf eine medikamentöse Behandlung anzusprechen (vgl. Jäger et al. 2007: 50f.). Zudem wurde festgestellt, dass ca. 25-35% der Patienten nicht auf eine medikamentöse Behandlung respondieren (vgl. Kane et al. 2019: 2). In der Praxis wird häufig eine Kombinationsbehandlung verschiedener Antipsychotika eingesetzt. Diese hat in den Leitlinien aufgrund unzureichender Evidenz keine A-Empfehlung erhalten (vgl. DGPPN 2019b: 36). Viele Patienten lehnen zudem eine regelmäßige Einnahme aufgrund

von Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme, extrapyramidal-motorischen Störungen oder Sedierung ab (vgl. Salzmann-Erikson / Sjödin 2018: 13, vgl. Dayabandara et al. 2017: 2234, 2238).

Neben der in Akutphasen oft dominierenden Positivsymptomatik bilden auch Negativsymptome einen wesentlichen und oftmals persistierenden Aspekt der Erkrankung (vgl.: Bobes et al. 2010: 284f.). Ein positiver Einfluss auf die Negativsymptomatik wurde für Amisulprid (vgl. Leucht et al. 2009: 436, 442) oder Cariprazin (vgl. Fleischhacker et al. 2019: 4, 6, vgl. Németh et al. 2017: 1107, 1110) nachgewiesen (vgl. Cerveri et al. 2019: 1529f., 1532). Insgesamt fanden Studien aber keinen wesentlichen Effekt einer Medikation auf Negativsymptome wie flacher Affekt, Alogie (verminderte Sprachproduktion, Verarmung des Sprachinhaltes, verlängerte Antwortlatenzen), Avolition (ausgeprägte Antriebsstörung, Unfähigkeit des Beginns und der Aufrechterhaltung zielgerichteter Handlungen), sozialer Rückzug und Anhedonie (Einschränkung in der Empfindung von positiven Emotionen wie Freude oder Vergnügen) (vgl. Fervaha et al. 2015: 1541, 1546, vgl. Fusar-Poli et al. 2015: 895, 897). Im Gegenteil, für Medikamente wie Haloperidol oder Risperidon konnte nachgewiesen werden, dass diese sogar Negativsymptomatik als Nebenwirkungseffekt hervorrufen können (vgl. Artaloytia et al. 2006: 490f.). Insbesondere die Negativsymptomatik kann aber einen ausgeprägten ungünstigen Einfluss auf die soziale Kompetenz haben. Somit führt eine isolierte medikamentöse Behandlung nicht zum Behandlungsziel der AWMF. Dies spiegelt sich auch in den Leitlinien zur Schizophrenie-Behandlung wider, worin es heißt: „Die Pharmakotherapie soll in ein Gesamtbehandlungskonzept unter Einschluss allgemeiner und spezieller psychotherapeutischer und psychosozialer Maßnahmen und psychiatrischer Behandlungspflege in Abhängigkeit von einer differentiellen Indikation eingebettet sein“ (DGPPN 2019b: 24).

1.4.2 Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen

Auf diese psychotherapeutische und psychosoziale Einbettung soll nun im Folgenden weiter eingegangen werden. Hier gibt es viele verschiedene therapeutische Ansätze. Behandlungsziele sind hierbei u.a. die *Reduktion von Positiv- und Negativsymptomatik*, die *Prävention von Rückfällen und Rehospitalisierungen* sowie eine *Verbesserung des Funktionsniveaus* (vgl. Lincoln 2019: 57f.). Nicht alle therapeutischen Maßnahmen zeigen die

gleiche Wirksamkeit in Bezug auf die verschiedenen Behandlungsziele. Interventionen, die nach der aktuellen S3-Leitlinie Schizophrenie einen Empfehlungsgrad A erhalten haben, sind die *Psychoedukation*, die *Familienintervention*, die *kognitive Remediation*, das *Training sozialer Fertigkeiten* und die *CBTp* (vgl. DGPPN 2019b: 45 ff.). Auf diese Interventionen wird im Folgenden exemplarisch eingegangen. Die CBTp wird gesondert im anschließenden Kapitel detaillierter beschrieben.

Die therapeutische Intervention der *Psychoedukation* beinhaltet die Informationsvermittlung und -weitergabe über die Erkrankung, die Förderung eines Krankheitsverständnisses sowie die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. Hierdurch soll der Patient seine Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit wiedererlangen. Laut einem Cochrane Review verringert sich bei schizophrenen Patienten durch die Psychoedukation die Zahl der Rückfälle und Rehospitalisierungen. Zudem verkürzt sich die Länge der stationären Aufenthalte und die Compliance verbessert sich (vgl. Xia et al. 2011: 23). Laut der *Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde* (DGPPN) soll Psychoedukation „zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs [...] angeboten werden. Angehörige und andere Vertrauenspersonen sollen in die psychoedukative Intervention einbezogen werden“ (DGPPN 2019b: 46).

Die Integration des sozialen Umfelds in den therapeutischen Prozess erfolgt ebenfalls in der psychoedukativen *Familienintervention*. Durch Psychoedukation und durch ein Kommunikations- und Problemlösetraining sollen Angehörige des Patienten in die Therapie mit einbezogen werden. Studien belegen den positiven Effekt auf die Vermeidung von Rückfällen und Rehospitalisierungen (vgl. Camacho-Gomez / Castellvi 2020: 103f., vgl. Bird et al. 2010: 353 f., vgl. Pfammatter et al. 2006: 71, 74). Insbesondere nach einer akuten Exazerbation oder nach einem Rezidiv wird die Familienintervention durch die DGPPN empfohlen (vgl. DGPPN 2019b: 49).

Die *kognitive Remediation* ist ein Therapieansatz zur Verbesserung der neuropsychologischen und kognitiven Funktionen wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen und Lernen durch verschiedene Trainingsformen und Interventionen. Sekundär soll hiermit auch die psychosoziale Funktionsfähigkeit gesteigert werden. Meta-Analysen belegen, dass die kognitive Remediation sowohl basal-kognitive als auch sozial-kognitive Funktionsbereiche stärkt (vgl. Kurtz et al. 2016: 83f., vgl. Wykes et al. 2011: 474). Die

kognitive Remediation soll zur „Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der psychosozialen Funktionsfähigkeit angeboten werden“ (DGPPN 2019a: 142).

Als spezifische psychotherapeutische Gruppenintervention zur Behandlung von Einschränkungen der sozialen Kompetenz ist das *Training sozialer Kompetenzen* zu nennen, das bereits seit vielen Jahren und schon vor der Entwicklung verhaltenstherapeutischer Interventionen für Patienten mit psychotischen Erkrankungen angeboten wird. Hierbei liegen unterschiedliche Arten von Trainings vor. Im Allgemeinen ist das Behandlungsziel der Trainings, Defizite in der sozialen Interaktion zu beheben und Kompetenzen zu erweitern (vgl. Lincoln 2019: 60). Der Schwerpunkt von sozialem Kompetenztraining liegt stärker in der praktischen Anwendung zur Förderung von Fertigkeiten. Bausteine des sozialen Kompetenztrainings wurden auch in die CBTp integriert.

In einer Meta-Analyse zeigte das soziale Kompetenztraining einen kleinen Effekt auf die Negativsymptomatik von Patienten mit Schizophrenie (vgl. Turner et al. 2014: 531f.). Zudem gibt es Hinweise, dass soziales Kompetenztraining soziale Fertigkeiten von Schizophrenie-Patienten verbessert und Rückfallraten senkt (vgl. Almerie et al. 2015: 18). Insgesamt zeigt sich die Evidenzlage in der Beurteilung der Auswirkung von sozialem Kompetenztraining aber in vielen Studien unzureichend (vgl. ebd.), sodass weitere Untersuchungen anzustreben sind. Das soziale Kompetenztraining hat in den Psychotherapieleitlinien für Schizophrenie zur Behandlung von Negativsymptomatik eine Empfehlung nach Evidenzgrad Ia erhalten (vgl. Lincoln 2019: 61). Auch die DGPPN spricht eine Empfehlung bei anhaltender Negativsymptomatik aus (vgl. DGPPN 2019b: 50).

Allerdings erfolgt das soziale Kompetenztraining häufig im Gruppensetting und ist somit eher im Rahmen einer stationären Behandlung von Patienten mit Psychosen durchführbar. Bedauerlicherweise erhalten Patienten mit psychotischen Störungen im ambulanten Bereich nur selten eine Einzelpsychotherapie (vgl. Bechdolf / Klingberg 2014: 9) und die zusätzliche Organisation einer gruppentherapeutischen Behandlung erfolgt durch ambulante Psychotherapeuten nur selten. Ein wichtiges Behandlungsziel ist aber gerade, wie oben beschrieben, die Vermeidung einer Rehospitalisierung. Daher ist umso wichtiger, zu evaluieren, ob CBTp, in der Elemente des sozialen

Kompetenztrainings enthalten sind, sich auch positiv auf die soziale Kompetenz von Patienten mit psychotischen Symptomen auswirkt.

1.5 Kognitive Verhaltenstherapie für Patienten mit Psychose (CBTp)

Im folgenden Abschnitt wird die kognitive Verhaltenstherapie für Patienten mit Psychose (CBTp) betrachtet, da in der vorliegenden Arbeit der Effekt dieser Intervention auf die soziale Kompetenz von Psychose-Patienten analysiert werden soll. Nach der Darstellung der Bestandteile der CBTp wird ein kurzer Überblick über die bisherige Studienlage gegeben.

Die CBTp hat in erster Linie eine Reduktion des Leidensdrucks des Patienten aufgrund seiner Positivsymptomatik zum Ziel. Sie kommt primär dann zum Einsatz, wenn der Patient auf eine medikamentöse Behandlung nicht ausreichend anspricht und Positivsymptome wie Halluzinationen oder Wahnerleben weiterhin bestehen. Meist umfasst die Behandlung ca. 20 Sitzungen, bzw. einen Zeitraum von sechs bis neun Monaten (vgl. National Institute for Health and Care Excellence 2014: 22, vgl. Wykes 2014: 67).

Bei der CBTp steht zunächst der Beziehungsaufbau zwischen dem Patienten und dem Therapeuten sowie die konkrete Problemerkennung im Vordergrund. Der Fokus der Behandlung liegt auf Symptomen, die der Patient selbst als besonders quälend empfindet. Darauf aufbauend werden eine individuelle Problemanalyse erstellt sowie Copingstrategien für die belastenden Symptome mit dem Patienten erarbeitet. Beispielsweise sollen wahnhaftige Überzeugungen und dysfunktionale Kognitionen in Bezug auf Symptome umstrukturiert und negative selbst-bezogene Schemata gezielt verändert werden. Zusätzlich wird eine Verbesserung der oftmals auch nach dem akuten Schub andauernden Negativsymptomatik sowie eine adäquate Rückfallprävention angestrebt (vgl. Lincoln 2019: 66).

Das Ziel ist nicht, bestehende Symptome zu beseitigen, sondern die Patienten in die Lage zu versetzen, zwischen ihrem Gefühl und der Realität zu differenzieren. Dies betrifft vor allem den Umgang mit Ich-Störungen, Halluzinationen und Wahnerleben. Ein Beispiel

hierfür ist die Wahrnehmung, verfolgt oder bedroht zu werden. Die Differenzierung zwischen Gefühl und Realität verhindert eine weitere Ausbildung und Festigung eines Wahnsystems. Zudem kann durch diese neu erworbene Fertigkeit einem erneuten Krankheitsschub vorgebeugt, bzw. dieser abgemildert werden (vgl. Nelson 2011: 28, 37).

Die CBTp hat in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen, nicht zuletzt durch die Aufnahme in die S3 Leitlinie Schizophrenie der DGPPN, in der seit 2006 eine klare A-Empfehlung ausgesprochen wird (vgl. DGPPN 2019a: 130). Auch das britische *National Institute for Health and Clinical Experience* empfiehlt seit 2009 die CBTp als Routinebehandlung (vgl. National Institute for Health and Care Excellence 2014: 7, 8, 15, 18, 24).

Aktuell bezieht sich die Behandlungsempfehlung insbesondere auf die Therapie von Positivsymptomatik (vgl. Bighelli et al. 2018: 7f.). Die Wirksamkeit von CBTp auf Positivsymptomatik ist durch viele Studien erforscht. Die CBTp wird in den Leitlinien zur Psychotherapie bei Psychosen mit dem Evidenzgrad Ia empfohlen (vgl. Lincoln et al. 2019: 39). Eine Meta-Analyse von Burns et al. zeigte zudem einen Benefit der CBTp bei Behandlung von Patienten mit Positivsymptomatik, welche ein Nicht-Ansprechen gegenüber der medikamentösen Behandlung zeigten (vgl. Burns et al. 2014: 877, 879). Dies könnte ein vielversprechender Ansatz für die Patientengruppe sein, die entweder auf eine Medikation nicht reagiert oder diese ablehnt.

Auch in Bezug auf die Behandlung von Negativsymptomatik wurde die CBTp bereits untersucht; auch weil hier die medikamentöse Behandlung oftmals keine ausreichende Wirkung zeigt (vgl. Veerman et al. 2017: 1429 ff., 1453, vgl. Möller / Czobor 2015: 573 ff.). Bisherige Studien konnten zumeist keinen überlegenen Effekt von CBTp herausstellen (vgl. Lincoln et al. 2019: 39). Gleichwohl wurde in einer Studie zum Vergleich von CBTp mit Medikation im Vergleich zur alleinigen Medikationsbehandlung zumindest in einzelnen Komponenten der Negativsymptomatik eine Verbesserung nachgewiesen (vgl. Grant et al. 2012: 125). Dies könnte möglicherweise dadurch erklärt werden, dass ein Patient, der sich durch ein Wahnerleben massiv bedroht und geängstigt fühlt, sich auch sozial zurückzieht, da jeglicher Kontakt zur Außenwelt als Bedrohung erlebt werden kann. Durch die einerseits medikamentöse Behandlung dieser Ängste verbunden mit der kognitiven Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken durch CBTp

soll diesem sozialen Rückzug begegnet werden. Der Patient wird dazu ermutigt, durch neue Situationen und Interaktionen wieder positive Erfahrungen zu sammeln.

Des Weiteren scheint CBTp als Präventionsmaßnahme bei Personen mit hohem Risiko, eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis zu entwickeln, Wirksamkeit zu zeigen (vgl. Hutton / Taylor 2014: 461).

Laut einer Studie messen ambulante Psychotherapeuten der CBTp nur eine geringe Priorität bei (vgl. Heibach et al. 2014: 306). Dieser Befund deckt sich mit den Angaben, dass in Deutschland nur 30% der Patienten mit Psychose und nur 5–10% der Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen eine psychotherapeutische Behandlung erhalten (vgl. Lambert et al. 2010, zitiert nach Heibach et al. 2014: 302). Trotz Leitlinienempfehlungen und vorliegender Evidenz gestaltet sich die Implementierung der CBTp in Deutschland schleppend (vgl. Bechdorf / Klingberg 2014: 9).

Zusammengefasst hat die CBTp einen signifikant positiven Einfluss auf die Behandlung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, insbesondere durch die Reduktion von Positivsymptomatik. Eine vermehrte Etablierung und Festigung dieser Behandlungsart sollten in den nächsten Jahren angestrebt und weiterhin vorangetrieben werden. Der Effekt der CBTp auf die einer medikamentösen Therapie kaum zugänglichen Negativsymptomatik sollte weiter evaluiert werden.

1.6 Zielsetzung der Arbeit

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Analyse der sozialen Kompetenz von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Weiter soll evaluiert werden, ob diese Patienten durch eine Behandlung mittels CBTp ihre soziale Kompetenz verbessern können.

Als Instrument für diese Arbeit wird das im Vergleich zu Fragebögen aufwendigere Verfahren der Fremdbeurteilung anhand von auf Video aufgezeichneten Rollenspielen mit Interaktionspartnern vorgenommen. Dies bietet den Vorteil, dass das Verhalten direkt beobachtbar ist und somit eine mögliche Verfälschung beispielsweise durch soziale

Erwünschtheit bei der Beantwortung von Fragebögen nahezu ausgeschlossen werden kann.

Die Arbeit untersucht zunächst die Hypothese, dass die soziale Kompetenz bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden beeinträchtigt ist. Im Falle der Verifizierung dieser ersten Hypothese soll die Beeinflussbarkeit dieser Einschränkungen analysiert werden.

Die zweite Hypothese geht davon aus, dass sich die soziale Kompetenz von Patienten mit Psychose durch CBTP verbessert. Diese Fragestellung soll durch einen Prä-Post-Vergleich evaluiert werden.

Die dritte Hypothese postuliert, dass die mögliche Veränderung der sozialen Kompetenz spezifisch auf die CBTP zurückzuführen ist. Dieser Frage wird durch einen Vergleich der Therapiegruppe mit einer Gruppe, die regulär ambulant psychiatrisch versorgt wurde (Wartegruppe), nachgegangen.

Die vierte Hypothese geht davon aus, dass der Anteil des sozialen Kompetenztrainings an der CBTP mit der Verbesserung der sozialen Kompetenz korreliert.

Laut der fünften Hypothese besteht ein Zusammenhang zwischen der Verbesserung der sozialen Kompetenz und der Verbesserung der Positivsymptomatik.

2 Methoden

In diesem Abschnitt zur methodischen Vorgehensweise wird zunächst ein allgemeiner Überblick über das Studiendesign gegeben. Es folgt die Beschreibung der Stichprobe, der Durchführung der Untersuchung und des verwendeten Testinstruments. Den Abschluss des Methodenkapitels bildet die Darstellung der statistischen Analyse.

Bei der vorliegenden Arbeit handelt sich um eine randomisiert-kontrollierte, single-center Studie mit einfacher Verblindung. Eine Genehmigung durch die Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie lag vor. Die Registrierung ist unter Clinical Trials.gov mit der Identifikationsziffer NCT00300651 einsehbar.

2.1 Stichprobe

2.1.1 Patientengruppe

Die Akquise der Patienten erfolgte im Rahmen des Projektes „*Kognitive Prozesse bei Patienten mit Wahn*“ der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) an der Philipps-Universität Marburg unter der Leitung von Dr. Tania Lincoln. Die ausgewählten Patienten nahmen an einer ambulanten CBTp teil. Keiner der teilnehmenden Probanden befand sich in stationärer Behandlung. In die für die vorliegende Untersuchung relevante Stichprobe wurden Patienten eingeschlossen, die an der oben genannten Psychotherapiestudie teilnahmen und die sich bereitklärten, mindestens zu einem Messzeitpunkt an einer zusätzlichen kognitiven Untersuchung teilzunehmen. Diese zusätzliche Untersuchung wurde mit 20 Euro Aufwandsentschädigung vergütet.

In die Untersuchung wurden Patienten mit der Diagnose einer schizophrenen Psychose oder einer akuten oder partiell remittierten schizoaffektiven oder wahnhaften Störung einbezogen. Die Diagnose wurde mit dem *Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV* (Wittchen et al. 1997) überprüft. Weitere Einschlusskriterien waren ein Lebensalter zwischen 16 und 69 Jahren und ausreichende Deutschkenntnisse, um eine adäquate Testung zu ermöglichen. Die Probanden mussten in der Lage sein, eine Unterhaltung während einer Videoaufzeichnung führen zu können.

Zudem mussten die Probanden in der *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS; Kay et al. 1987) einen Wert von ≥ 3 bei den Kriterien *Wahnideen* (P1) oder *Misstrauen, Verfolgungsideen* (P6) oder *ungewöhnliche Denkinhalte* (G9) erreichen. Die PANSS ist ein Fremdbeurteilungsbogen, der insgesamt aus 30 Items besteht: sieben Items zur Bewertung von Positivsymptomatik, sieben Items zur Negativsymptomatik und 16 Items zur Bewertung der allgemeinen Psychopathologie. Die Bewertung erfolgt anhand einer Skala von eins (nicht vorhanden) bis sieben (stark ausgeprägt) und bezieht sich auf die Symptomatik in den vergangenen sieben Tagen (vgl. ebd.: 263f., 266).

Kriterien für den Ausschluss von Patienten waren das Vorliegen einer Demenz, einer schwer beeinträchtigenden hirnrorganischen Störung oder einer Suchterkrankung.

Die Patienten wurden in eine Therapie- und Wartegruppe randomisiert. Die Randomisierung erfolgte durch eine Person, die nicht an der Studie beteiligt war, nach einer stratifizierten Zufallsverteilung mit Hilfe eines Online Tools zur Randomisierung (www.randomnumbers.info). Grundlage hierfür bildete der Gesamtsummenwert der PANSS, der als hoch (>75), medium (54-74) oder niedrig (<53) kategorisiert wurde (vgl. Lincoln et al. 2012: 676).

2.1.2 Kontrollprobanden

Die Kontrollprobanden wurden über Aushänge an verschiedenen Orten, wie Supermärkten und Arztpraxen, sowie über einen Online-Auftritt im Marburger Stadtanzeiger „Express“ rekrutiert. Die Aushänge und der Online-Auftritt enthielten Informationen über die Rahmenbedingungen, den Untersuchungsablauf und die Auswahlkriterien. Teilweise wurden Kriterien wie Geschlecht oder Alter vorgegeben, um den Probandenkreis der Patientengruppe anzugleichen. Nach telefonischer Überprüfung der Übereinstimmung mit den Einschlusskriterien wurde ein Termin vereinbart und eine Aufwandsentschädigung von 10 Euro pro Stunde gezahlt.

2.2 Durchführung

Die Teilnehmer der Patienten- und der Kontrollgruppe wurden zu Beginn der Studie durch wissenschaftliche Mitarbeiter oder Masteranden getestet. Die Untersuchung erfolgte in den Räumlichkeiten des Psychologischen Instituts der Philipps-Universität Marburg. Die Dauer der Testung betrug pro Teilnehmer in der Patientengruppe durchschnittlich ca. 2,5 Stunden und in der Kontrollgruppe ca. 3,5 Stunden. Die Differenz der Messdauer resultierte daraus, dass die Teilnehmer der Patientengruppe einige Informationen bereits im Vorfeld erhalten hatten. Beispielsweise war das *Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV* (Wittchen et al. 1997) als psychodiagnostische Untersuchung bei der Patientengruppe durch die behandelnden Therapeuten bereits vor Beginn der Testung durchgeführt worden. Die Kontrollgruppe wurden erst bei Beginn der Testung auf eine akute psychische Störung untersucht, die zu einem Ausschluss der Studie geführt hätte. Bei keinem Probanden zeigte das *Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV* pathologische Merkmale, so dass alle Probanden der Kontrollgruppe in die Studie einbezogen werden konnten.

Vor der eigentlichen Untersuchung erhielten die Probanden ein Informationsblatt (s. Anhang 7.1), auf dem der Zweck der Untersuchung, datenschutzrechtliche Bestimmungen und weitere Angaben vermerkt waren. Nach Klärung offener Fragen wurden die soziodemographischen Daten der Kontrollprobanden erhoben (s. Anhang 7.2).

Die Patientengruppe wurde in eine Therapie- und einen Wartezweig randomisiert. Die Therapiegruppe erhielt nach Erhebung der Ausgangsbefunde (t1, *baseline*) eine Behandlung mittels CBTp.

Die Durchführung der CBTp orientierte sich an dem Behandlungsmanual von Tania Lincoln (Lincoln 2006). Ein grundlegender Ansatz ist hierbei die Annahme und das Verstehen psychotischer Symptome, ohne eine direkte Veränderung „erzwingen“ zu wollen. Der Therapeut nimmt eine entpathologisierende Haltung ein. Die für den Patienten belastendsten Symptome sollen identifiziert und mögliche Auslöser sowie soziale und biologische Faktoren, die zur Entwicklung der Symptomatik beigetragen haben könnten, gemeinsam mit dem Therapeuten erarbeitet werden. Im zweiten Schritt werden metakogni-

tive, kognitive und behaviorale Techniken mit dem Patienten erarbeitet, um dieser Symptomatik zu begegnen. Dazu zählen beispielsweise der Einsatz von Copingstrategien, die Veränderung dysfunktionaler Überzeugungen, die Veränderung der Bewertung akustischer Halluzinationen, die Umstrukturierung wahnhafter Überzeugungen sowie die Erarbeitung von Frühwarnzeichen zur Rückfallprävention. Auch Interventionen bei vorliegender Negativsymptomatik sind im Manual vorhanden, ein möglicher Behandlungsschwerpunkt ist z. B. der Aufbau positiver Aktivitäten und die Vermittlung sozialer Kompetenz (vgl. Lincoln 2019: 133f.).

Die Behandlung mit CBTp erfolgte auf das Individuum ausgerichtet. Es gab keine verpflichtenden Vorgaben, alle Themenschwerpunkte zu bearbeiten. Eine Ausnahme bildete die Rückfallprävention. Die Therapeuten waren dazu angehalten, nur im Manual vorhandene Interventionen anzuwenden. Nach jeder Sitzung wurde die Intervention dokumentiert. Die Anzahl der Sitzungen war ebenfalls variabel. Im Schnitt wurden 29 Sitzungen ($M = 28.9$, $SD = 7.4$) in einem Zeitraum von 38 Wochen ($SD = 18.3$) durchgeführt (vgl. Lincoln et al. 2012: 676).

Die Wartegruppe erhielt nach der Erhebung der Ausgangswerte (t_1 , *baseline*) eine reguläre ambulant psychiatrische Versorgung bestehend aus kurzen Kontakten bei einem Psychiater im Zeitraum von ca. 19 Wochen ($M = 19.2$, $SD = 7.9$). In einigen Fällen erfolgte zudem eine sozialpsychiatrische Betreuung (psychosoziale Beratung durch einen Sozialarbeiter). Eine therapeutische Intervention fand in diesem Zeitraum nicht statt. Danach wurden für die Patienten der Wartegruppe erneut Daten erhoben (t_2). Hierauf folgte für ca. 38 Wochen ($M = 38.0$, $SD = 6.0$) ebenfalls eine Behandlung mittels CBTp mit ca. 29 Sitzungen ($M = 29.8$, $SD = 18.3$) für die Wartegruppe (vgl. Lincoln et al. 2012: 676).

Nach Abschluss der CBTp erfolgte sowohl für die Warte- als auch für die Therapiegruppe eine erneute Messung (t_3).

Die CBTp-Intervention wurde von sieben Therapeuten durchgeführt, die sich entweder in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten befanden ($n = 6$) oder diese abgeschlossen hatten ($n = 1$) (vgl. Lincoln et al. 2012: 676). Zuvor hatten die durchführenden Therapeuten einen zehnstündigen Workshop absolviert und sich mit dem Behandlungsmanual vertraut gemacht. Die Therapeuten, die sich noch in Ausbildung befanden,

wurden zwei bis drei Mal monatlich supervidiert. Die Supervisoren waren nicht an der Studie beteiligt (vgl. ebd.).

Die Untersuchung der sozialen Kompetenz erfolgte im Rahmen einer Rollenspielsituation. Die Therapiegruppe wurde zu den Zeitpunkten t1 und t3, die Wartegruppe zu den Zeitpunkten t1, t2 und t3 und die gesunde Kontrollgruppe zum Zeitpunkt t1 untersucht. Neben der Untersuchung der sozialen Kompetenz wurde zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten zudem eine Bewertung der Positiv- und Negativsymptomatik sowie der allgemeinen Psychopathologie der Patientengruppe anhand der PANSS vorgenommen. In Abbildung 1 ist der Behandlungsablauf für die drei Stichproben dargestellt.

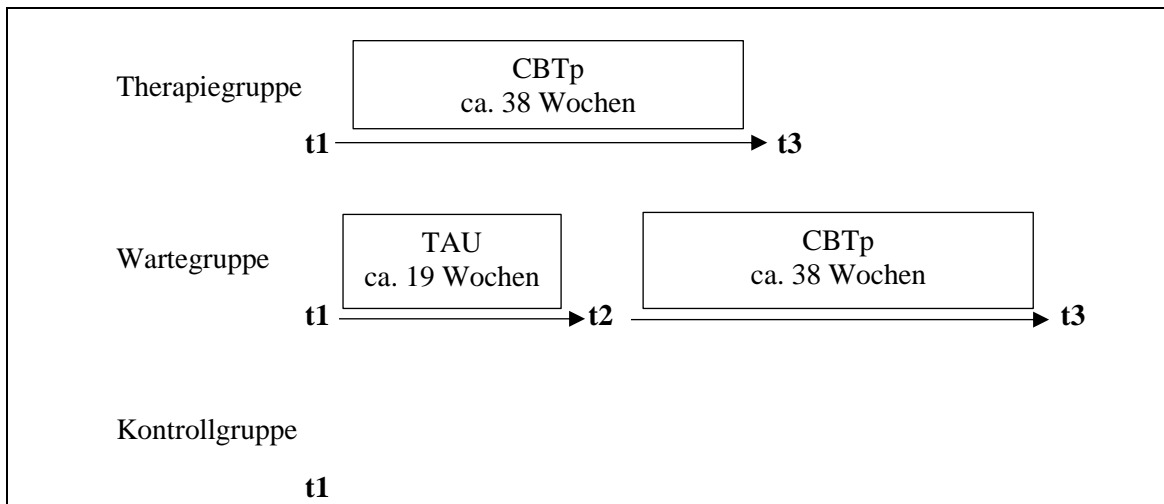


Abbildung 1: Untersuchungsablauf für die Therapie-, Wartegruppe- und Kontrollgruppe

Anmerkungen: CBTp = cognitive behavioral therapy for psychosis; TAU = treatment as usual; t1 = 1. Messzeitpunkt; t2 = 2. Messzeitpunkt; t3 = 3. Messzeitpunkt.

Das Rollenspiel wurde auf Video aufgezeichnet. Die Teilnehmer wurden gebeten, sich zu einer unbekannt Person an einen Tisch zu setzen. Durch den Testleiter erhielten sie folgende Instruktion:

„Wir würden Sie nun gerne bitten, sich vorzustellen, dass Sie sich auf einer Party eines Freundes befinden. Ihre Aufgabe ist es nun, mit einer unbekannt Person, Ihrem Rollenspielpartner, den ich gleich in den Raum führen werde, ein Gespräch auf dieser Party zu beginnen und das Gespräch etwa drei Minuten lang aufrecht zu halten.“

Bei den Gesprächspartnern handelte es sich um Mitarbeiter des psychologischen Instituts, die dazu angehalten waren, den Versuchspersonen den Gesprächsbeginn zu überlassen. Die verblindete Bewertung der sozialen Kompetenz erfolgte anhand der aufgezeichneten Videos mit Hilfe eines Bewertungsbogens.

Nach Abschluss der Studie wurden die Studientherapeuten gebeten, basierend auf den Therapieakten den Anteil der Interventionen zur Verbesserung der sozialen Kompetenz an der Gesamtbehandlung (in Prozent) zu schätzen. Aus diesen Angaben wurde die Variable *Vermittlung sozialer Fertigkeiten* gebildet.

2.3 Instrumente

Im folgenden Abschnitt wird der Bewertungsbogen zur sozialen Kompetenz vorgestellt. Weiter wird beschrieben, wie dieser Bogen im Rahmen dieser Untersuchung angewandt wurde und welche Maßnahmen ergriffen wurden, um eine korrekte Anwendung zu gewährleisten. Der abgewandelte Beurteilungsbogen nach den Bewertungskriterien von Fydrich und Bürgener (vgl. Fydrich et al. 1998: 997f.) untersuchte die Items *Blickkontakt*, *Stimme und Sprache*, *Sprechdauer*, *Körperliche Unruhe und Nervosität*, *Konversationsfluss*, *Inhalt* und die allgemeine soziale Kompetenz als *Gesamteindruck*. Die Bewertung der Items erfolgte anhand einer Punkteskala (1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht). Die Notengebung basierte auf vorgegebenen Verhaltensankern (s. Anhang 7.3).

Die deutsche Version des Beurteilungsbogens ist eine leicht veränderte Variante der amerikanischen *social performance rating scale* (SPRS) von Fydrich, Chamless, Perry, Bürgener und Beazly (vgl. Fydrich et al. 1998). Untersucht wurde diese Ratingskala insbesondere im Zusammenhang mit Angsterkrankungen, z. B. sozialer Phobie oder Agoraphobie (Fydrich / Bürgener 2005: 98f.). Beurteilt werden primär nonverbale Indikatoren (vgl. Fydrich 2002: 188). Die Items erfassen sowohl die „molekulare“ als auch die „molare“ Ebene der Interaktion (vgl. Fydrich / Bürgener 2005: 90 f.). Mit „molekular“ beschreiben die Autoren quantifizierbare Kriterien wie Sprechdauer, Häufigkeit des Lächelns und Dauer des Blickkontaktes und damit ein konkret vorliegendes Muster von Verhaltensweisen. Die „molare“ Ebene stellt dieses Verhalten in einen qualitativen Bezug, bewertet also die Angemessenheit des gezeigten Blickkontaktes im Kontext und

nimmt eine globalere Einschätzung der sozialen Kompetenz vor (vgl. ebd.). Die Ratingskala erwies sich insbesondere bei der Bewertung der sozialen Kompetenz von Patienten mit sozialer Phobie als valide und reliabel. Die Eignung für nicht klinische Gruppen konnte nicht beurteilt werden (vgl. ebd.: 99f.).

Die Beurteilung der Probanden wurde von der Autorin dieser Arbeit verblindet vorgenommen. Hierbei wurden die Filmsequenzen durchmischt und die Beurteilerin der Videos nahm am Ende ihrer Videobewertung eine Einschätzung vor, ob es sich bei dem Probanden um eine Kontrollperson oder einen Patienten handelt. Falls die Vermutung auf das Patientenkollektiv fiel, sollte zudem noch die zweite Vermutung ergänzt werden, ob das Videogespräch vor oder nach der Therapie aufgenommen wurde. Nach der Auswertung der Videosequenzen wurde die Probandenzuordnung und der Messzeitpunkt aufgelöst.

Um eine korrekte Anwendung des Bewertungsbogens sicherzustellen, wurden der Autorin vor der eigentlichen Untersuchung vier Beispielvideos zur Verfügung gestellt, die sie gemeinsam mit Prof. Dr. S. Mehl auswertete. Unklarheiten wurden so im Vorfeld beseitigt. Bei abweichenden Bewertungen wurde ein Konsens gebildet, um eine gemeinsame Grundlage für die Auswertung zu schaffen.

2.4 Statistische Analyse

Die Datenanalyse erfolgte mittels *SPSS Statistics 25.0*. Die Patienten- und Kontrollgruppe wurden mittels deskriptiver Verfahren, z. B. Angabe von Mittelwerten und Standardabweichung, charakterisiert. Das Signifikanzniveau wurde für alle statistischen Tests auf $p < 0.05$ festgelegt.

Interrater-Reliabilität

Zur Bewertung der Interrater-Reliabilität wurde durch Prof. Dr. S. Mehl und die Autorin dieser Arbeit eine Bewertung derselben zehn Videos anhand der Items des *Ratings für soziale Kompetenz* vorgenommen. Die Interrater-Reliabilität wurde über den Intraklassen-Korrelationskoeffizienten mit einem 95% Konfidenzintervall (Modell mit gemisch-

ten Zwei-Weg-Effekten und absoluter Übereinstimmung) abgebildet. Ein Wert von 0 entspricht einer zufälligen Beurteilung, ein Wert von $r = 1$ eine übereinstimmende Bewertung durch die Rater. Werte von $r > 0.75$ gelten als gute Übereinstimmung (vgl. Koo / Li 2016: 161).

Vergleich der sozialen Kompetenz von Patienten- und Kontrollgruppe

(1. Hypothese)

Zum Vergleich der sozialen Kompetenz der Patienten- und der Kontrollgruppe wurde eine Multivariate Varianzanalyse (MANOVA) der Daten zum Messzeitpunkt t1 durchgeführt. Als unabhängige Variable wurde die Gruppenzugehörigkeit der Probanden definiert und als abhängige Variablen die sechs Items der sozialen Kompetenz nach der Ratingskala. Die Homogenität der Kovarianzenmatrizen war gemäß dem Box-Test gegeben ($p = 0.265$). Ebenso war die Homogenität der Fehlervarianzen zwischen den Gruppen gemäß dem Levene-Test für alle Variablen erfüllt ($p \geq 0.05$).

In Bezug auf den zentralen Grenzwertsatz wurde eine Normalverteilung angenommen, da sowohl bei der Patienten- als auch bei der Kontrollgruppe eine Stichprobengröße $n > 30$ vorlag (vgl. Weinberg / Abramowitz 2008: 226ff.).

Zur Analyse des Items *Gesamteindruck* wurde ein t -Test mit unabhängigen Stichproben durchgeführt und die Effektstärke nach Cohen's d ermittelt.

Veränderung der sozialen Kompetenz durch CBTp (2. Hypothese)

Um die Patientengruppe hinsichtlich ihrer sozialen Kompetenz vor und nach der Behandlung mit CBTp zu vergleichen, wurde ein t -Test mit verbundenen Stichproben durchgeführt und die Effektstärke nach Cohen's d ermittelt. Ein Wert < 0.5 gilt als kleiner Effekt, ein Wert zwischen 0.5 und 0.8 als mittlerer Effekt und Werte darüber als großer Effekt (vgl. Cohen 1988: 24ff.). Als Messzeitpunkte wurden die Zeitpunkte t1 (vor der Behandlung mittels CBTp) und t3 (nach der Behandlung mittels CBTp) festgelegt.

Effekt der CBTp auf die soziale Kompetenz

Vergleich von Therapie- und Wartegruppe (3. Hypothese)

Zum Vergleich der therapeutischen Interventionen wurde eine Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung durchgeführt. In beiden Gruppen wurden dazu die *baseline* Daten (t1), ausgewertet, in der Therapiegruppe darüber hinaus die Daten zum Messzeitpunkt t3

(nach der CBTp) und in der Wartegruppe die Daten zum Messzeitpunkt t2 (nach der regulären ambulanten psychiatrischer Betreuung).

Effekt des Anteils des sozialen Kompetenztrainings an der CBTp auf die soziale Kompetenz (4. Hypothese)

Zur Analyse einer möglichen Korrelation zwischen dem Anteil an sozialem Kompetenztraining an der CBTp und der Verbesserung der sozialen Kompetenz wurde bei nicht vorhandener Normalverteilung eine Spearman-Korrelationsanalyse durchgeführt.

Die Analyse erfolgte in zwei Schritten: Zunächst wurde die Verbesserung der sozialen Kompetenz als Differenzvariable quantifiziert. Für die Therapiegruppe wurde die Differenz der Bewertung der Messzeitpunkte t3 und t1 gebildet, für die Wartegruppe die Differenz der Messzeitpunkt t3 und t2. Geringere bzw. negativere Werte der Variablen entsprachen einer größeren Verbesserung der sozialen Kompetenz. Diese Variable wurde mit der Variable *Vermittlung sozialer Fertigkeiten* (Anteil der Interventionen zur Verbesserung der sozialen Kompetenz an der CBTp-Gesamtbehandlung in Prozent) in Korrelation gesetzt.

Korrelation zwischen Positivsymptomatik und sozialer Kompetenz (5. Hypothese)

Zur Analyse eines potenziellen Zusammenhangs zwischen der Verbesserung der Positivsymptomatik und der Verbesserung der sozialen Kompetenz wurde ebenfalls eine Spearman-Korrelationsanalyse durchgeführt.

Für die Berechnung wurden die Differenzvariablen der Items der sozialen Kompetenz (Therapiegruppe t3 – t1 (nach bzw. vor der CBTp), Wartegruppe t3 – t2 (nach der CBTp bzw. vor der CBTp und nach einer Wartezeit) herangezogen. Als zweiter Parameter diente die Differenz des Gesamtscores der Positivsymptomatik der PANSS. Die Messzeitpunkte zur Bildung der Differenz entsprachen denen der Differenzen der Items der sozialen Kompetenz. Ein niedrigeres bzw. negatives Ergebnis bildete eine stärkere Verbesserung der Positivsymptomatik ab.

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobe

Insgesamt nahmen 60 Patienten an der Untersuchung teil, darunter 29 Frauen und 31 Männer. Das durchschnittliche Alter betrug $M = 32.87$ Jahre ($SD = 11.07$). Die Ausbildungsdauer der Probanden der Patientengruppe betrug im Schnitt 14.58 Jahre ($SD = 3.5$). Der vorherrschende Teil der Patientengruppe erhielt die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie ($n = 48, 80\%$). Den zweitgrößten Anteil bildete die schizoaffektive Störung ($n = 8, 13.3\%$). Bei zwei Teilnehmern wurde eine wahnhaftige Störung festgestellt (3.3%) und bei jeweils einem Probanden eine undifferenzierte und hebephrene Schizophrenie (jeweils 1.7%).

Von den 56 Kontrollprobanden waren 34 männlich und 22 weiblich. Der Altersdurchschnitt betrug $M = 33.23$ Jahre ($SD = 11.68$). Die Kontrollprobanden wiesen eine durchschnittliche Ausbildungsdauer von 16 Jahren auf ($SD = 3.6$).

Tabelle 1 listet die soziodemographischen Daten der Versuchsgruppen.

Tabelle 1: Soziodemographische Eigenschaften der Stichprobe und diagnostische Zuordnung der Patientengruppe

	Patientengruppe ($n = 60$)	Kontrollgruppe ($n = 56$)
Geschlecht: männlich	31 (51.7%)	34 (60.7%)
Geschlecht: weiblich	29 (48.3%)	22 (39.3%)
Alter bei Erstgespräch (Jahre)*	32.87 (11.07)	33.23 (11.68)
Ausbildung (Jahre)*	14.58 (3.50)	15.92 (3.61), 1 fehlend
Schulabschluss		
Abitur	24 (40%)	31 (55.4%)
Mittlere Reife	22 (36.7%)	17 (30.4%)
Hauptschule	13 (21.7%)	8 (14.3%)
kein Abschluss	1 (1.7%)	0
Diagnosen		
schizoaffektive Störung	8 (13.3%)	-
paranoide Schizophrenie	48 (80%)	-
hebephrene Schizophrenie	1 (1.7%)	-
undifferenzierte Schizophrenie	1 (1.7%)	-
wahnhaftige Störung	2 (3.3%)	-

Anmerkungen: * Mittelwerte (Standardabweichung).

3.2 Studienablauf

Zu Beginn der Studie erfolgte eine Aufteilung der Patientengruppe in eine Therapie- und eine Wartegruppe (s. Abbildung 2). Während der Studie schieden neun Probanden in der Therapiegruppe und elf Probanden in der Wartegruppe aus. Vier Probanden der Therapiegruppe brachen die Therapie ab, fünf Probanden lehnten eine erneute Untersuchung der sozialen Kompetenz zum Zeitpunkt t3 aufgrund niedriger Motivation ab. In der Wartegruppe brachen zwei Probanden die Studie innerhalb der Wartezeit ab, vier lehnten eine erneute Durchführung des Rollenspiels aufgrund niedriger Motivation zum Zeitpunkt t2 ab. Im Zeitraum zwischen den Messzeitpunkten t2 und t3 (während der CBTp) brach nur ein Proband die Behandlung ab. Vier Probanden lehnten eine erneute Untersuchung der sozialen Kompetenz zum Messzeitpunkt t3 ab. Von den 60 akquirierten Patienten konnten 40 nach der CBTp erneut untersucht werden.

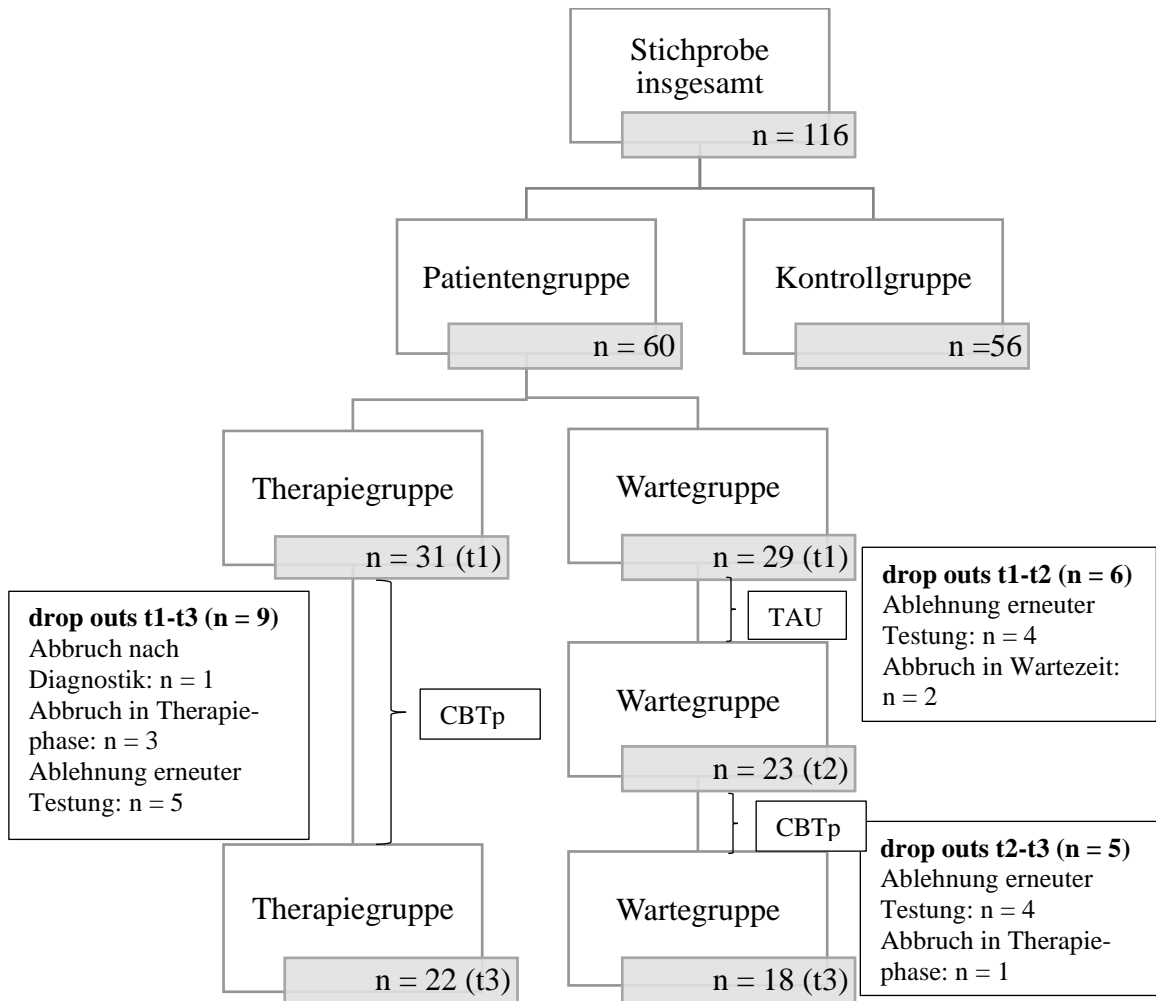


Abbildung 2: Studienablauf mit Anzahl der Probanden

Anmerkungen: CBTp = cognitive behavioral therapy for psychosis; TAU = treatment as usual; t1 = Messzeitpunkt vor CBTp bzw. Wartezeit (*baseline*); t2 = Messzeitpunkt für die Wartegruppe nach der Wartezeit, vor CBTp; t3 = Messzeitpunkt nach CBTp.

3.3 Interrater-Reliabilität

Die Interrater-Reliabilität für die Items des Bewertungsbogens zur sozialen Kompetenz betrug im Mittel $r = 0.67$. Die Mittelwerte bei der Notengebung für die einzelnen Komponenten reichten von $M = 2.3$ bis $M = 3.0$ (s. Tabelle 2). Abweichungen traten insbesondere bei der Bewertungsvariable *Blickkontakt* ($r = 0.53$) und *Körperliche Unruhe und Nervosität* auf ($r = 0.19$). Diese Abweichungen waren jedoch nicht signifikant. Gute Interrater-Reliabilitäten wurden für die Kriterien *Sprechdauer* ($r = 0.78$, 95% KI [0.79–0.96]; $F(9,9) = 4.27$; $p = 0.02$), *Konversationsfluss* ($r = 0.88$, 95% KI [0.5–0.97]; $F(9,9) = 7.6$; $p = 0.003$), *Inhalt* ($r = 0.76$, 95% KI [0.06–0.94]; $F(9,9) = 5.83$; $p = 0.007$) und bei der zusammenfassenden Komponente *Gesamteindruck* ($r = 0.8$, 95% KI [0.15–0.95]; $F(9,9) = 4.59$; $p = 0.017$) erzielt.

Tabelle 2: Interrater-Reliabilität der Items der Ratingskala für soziale Kompetenz (n = 10)

Item	r	Rater 1*	Rater 2*	95% KI	p
Blickkontakt	0.53	2.70 (1.34)	2.80 (1.32)	[-1.20–0.88]	0.153
Stimme / Sprache	0.75	2.8 (1.14)	2.9 (0.74)	[-0.06–0.94]	0.030
Sprechdauer	0.78	2.6 (0.97)	2.5 (0.71)	[0.79–0.95]	0.021
Unruhe / Nervosität	0.19	3.0 (1.15)	2.5 (0.85)	[-1.93–0.79]	0.376
Konversationsfluss	0.88	2.8 (1.14)	2.8 (0.79)	[0.5–0.97]	0.003
Inhalt	0.76	2.3 (0.67)	2.7 (0.67)	[0.06–0.94]	0.007
Gesamteindruck	0.8	2.8 (0.92)	2.7 (0.82)	[0.15–0.95]	0.017

Anmerkungen: r = Interrater-Reliabilität; * Mittelwert (Standardabweichung); KI = Konfidenzintervall; p = Signifikanz.

3.4 Vergleich der sozialen Kompetenz von Patienten- und Kontrollgruppe (1. Hypothese)

Im Folgenden wurde die mögliche Beeinträchtigung der sozialen Kompetenz von Patienten mit Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden analysiert.

Eine einfaktorielle MANOVA zeigte einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Patienten- und Kontrollgruppe für die abhängigen Variablen der sozialen Kompetenz ($F(7,592) = 5.9, p < 0.001$, partielles $\eta^2 = 0.28$, Wilk's $\Lambda = 0.72$). In allen Items der Ratingskala für die soziale Kompetenz schnitt die Patientengruppe signifikant schlechter ab als die Kontrollgruppe (s. Tabelle 3).

Auch für die mittels eines unabhängigen t -Test berechnete Variable *Gesamteindruck* zeigte sich die Patientengruppe im Rating schlechter ($M = 2.82, SD = 0.93$) als die Kontrollgruppe ($M = 2.13, SD = 0.81$). Der Unterschied zwischen den Gruppen zeigte sich statistisch signifikant ($t(114) = 4.26, p < 0.001$), mit einer Effektstärke nach Cohen's d von 0.79.

Tabelle 3: Vergleich der sozialen Kompetenz der Patientengruppe und der Kontrollgruppe (MANOVA)

Item	Patienten- gruppe* ($n = 60$)	Kontroll- gruppe* ($n = 56$)	F	df	η^2_p	p
Blickkontakt	2.62 (1.04)	1.77 (0.85)	24.05	1	0.17	< 0.001
Stimme / Sprache	2.90 (0.97)	2.07 (0.81)	25.4	1	0.18	< 0.001
Sprechdauer	2.68 (0.78)	2.11 (0.78)	16.58	1	0.13	< 0.001
Unruhe / Nervosität	2.60 (0.69)	2.32 (0.79)	4.35	1	0.04	0.045
Konversationsfluss	2.83 (0.89)	2.11 (0.78)	22.38	1	0.16	< 0.001
Inhalt	2.47 (0.79)	1.91 (0.77)	15.35	1	0.14	< 0.001

Anmerkungen: * Mittelwert (Standardabweichung), F = F-Wert; df = Freiheitsgrade; η^2_p = Maß der Effektstärke; p = Signifikanz.

3.5 Veränderung der sozialen Kompetenz durch CBTp (2. Hypothese)

Im Folgenden wurde die Hypothese überprüft, dass sich die soziale bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis durch eine CBTp verbessert.

Aufgrund der verringerten Anzahl an Patienten zum Zeitpunkt t3 (nach CBTp) wurden die Daten von 40 Patienten untersucht.

Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen t1 und t3 bestand für das Item *Körperliche Unruhe und Nervosität* ($t(39) = 2.31, p = 0.03$). Der Mittelwert dieses Items lag zu Beginn der Behandlung bei 2.65 ($SD = 0.7$) und zeigte eine Reduktion auf 2.35 ($SD = 0.89$) nach Abschluss der CBTp. Die Effektstärke ist mit einem Cohen's $d = 0.37$ als klein zu bewerten.

Für die anderen Items ließ sich kein signifikanter Effekt der CBTp nachweisen (s. Tabelle 4). Deskriptiv zeigte sich, dass es bei fast allen Mittelwerten zu einem niedrigeren Bewertungsergebnis nach der Behandlung mittels CBTp gekommen ist. Beispielsweise reduzierte sich das Item *Stimme und Sprache* von 2.88 ($SD = 1.02$) auf 2.63 ($SD = 0.93$). Eine Ausnahme bildete das Item *Konversationsfluss*, das vor und nach der CBTp gleich bewertet wurde.

Tabelle 4: Vergleich der sozialen Kompetenz vor und nach Behandlung mit CBTp (t-Test mit verbundenen Stichproben; n = 40)

Item	t1	t3	Gepaarte Differenzen					
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (39)	<i>p</i>	95% <i>KI</i>	<i>d</i>
Blickkontakt	2.53 (0.99)	2.4 (0.93)	0.13	0.88	0.9	0.38	[-0.16–0.41]	0.15
Stimme / Sprache	2.88 (1.02)	2.63 (0.93)	0.25	0.9	1.8	0.09	[-0.04–0.54]	0.28
Sprechdauer	2.78 (0.7)	2.65 (0.77)	0.13	0.79	1.0	0.32	[-0.13–0.38]	0.17
Unruhe / Nervosität	2.65 (0.7)	2.35 (0.89)	0.3	0.82	2.31	0.03	[0.04–0.56]	0.37
Konversations- fluss	2.88 (0.82)	2.88 (0.79)	0.0	0.99	0.0	1.0	[-0.32–0.32]	0.0
Inhalt	2.48 (0.78)	2.40 (0.78)	0.08	0.83	0.57	0.57	[-0.19–0.34]	0.1
Gesamteindruck	2.85 (0.95)	2.63 (0.98)	0.23	0.95	1.5	0.14	[-0.08–0.53]	0.24

Anmerkungen: *M* = Mittelwert (Standardabweichung), t1 = Messzeitpunkt vor CBTp (*baseline*); t3 = Messzeitpunkt nach CBTp; *t* = t-Wert; *p* = Signifikanz (2-seitig); *KI* = Konfidenzintervall; *d* = Effektstärke nach Cohen's *d*.

3.6 Effekt der CBTp auf die soziale Kompetenz - Vergleich von Therapie- und Wartegruppe (3. Hypothese)

Weiter sollte die Hypothese untersucht werden, dass sich die soziale Kompetenz in der Therapiegruppe durch CBTp stärker verbessert als in der Wartegruppe durch eine reguläre psychiatrische ambulante Behandlung.

Die Analyse ergab keine statistisch signifikanten Unterschiede der Veränderung der sozialen Kompetenz zwischen den Gruppen. In der Therapiegruppe zeigten die Items *Stimme und Sprache*, *Körperliche Unruhe und Nervosität* und *Inhalt* eine deskriptive po-

sitive Entwicklung. Jedoch kam es auch in der Wartegruppe ohne spezifische therapeutische Intervention zu Verbesserungen in den Items mit Ausnahme der Variable *Konversationsfluss* (s. Tabelle 5). Die mit dem Programm g-Power (vgl. Faul et al. 2009) berechnete Teststärke für den vorliegenden Vergleich betrug 10%.

Tabelle 5: Vergleich der Entwicklung der sozialen Kompetenz zwischen Therapie- und Wartegruppe (ANOVA mit Messwiederholung)

Item	Therapiegruppe (n = 22)		Wartegruppe (n = 23)		time x group interaction			
	t1 M	t3 M	t1 M	t2 M	F	df	η^2_p	p
Blickkontakt	2.45 (1.01)	2.5 (0.80)	2.87 (1.01)	2.57 (1.0)	1.86	1	0.04	0.18
Stimme / Sprache	2.95 (0.99)	2.73 (0.88)	2.78 (1.0)	2.65 (0.98)	0.17	1	0.004	0.68
Sprechdauer	2.68 (0.65)	2.77 (0.72)	2.83 (0.83)	2.70 (0.77)	0.78	1	0.018	0.38
Unruhe / Nervosität	2.68 (0.78)	2.59 (0.73)	2.70 (0.64)	2.39 (0.89)	0.00	1	0.000	0.99
Konversationsfluss	2.91 (0.61)	2.95 (0.72)	2.83 (0.98)	2.87 (0.76)	0.03	1	0.001	0.86
Inhalt	2.45 (0.67)	2.41 (0.8)	2.5 (0.95)	2.35 (0.90)	0.22	1	0.005	0.64
Gesamteindruck	2.73 (1.03)	2.77 (0.81)	3.04 (0.77)	2.61 (0.99)	3.05	1	0.07	0.08

Anmerkungen: M = Mittelwert (Standardabweichung); t1 = Messzeitpunkt vor CBTP (*baseline*); t2 = Messzeitpunkt für die Wartegruppe nach der Wartezeit, vor CBTP; t3 = Messzeitpunkt nach CBTP; F = F-Wert; df = Freiheitsgrade; η^2_p = Maß der Effektstärke; p = Signifikanz.

3.7 Korrelation der Verbesserung der sozialen Kompetenz und dem Anteil des sozialen Kompetenztrainings an der CBTp (4. Hypothese)

Weiter wurde die Hypothese untersucht, dass ein erhöhter Anteil des sozialen Kompetenztrainings an der CBTp das Ausmaß der Verbesserung der sozialen Kompetenz positiv beeinflusst.

Insgesamt wurden $n = 40$ Fälle analysiert. Der Anteil des sozialen Kompetenztrainings an der CBTp betrug laut Angaben der Therapeuten bei 75% der Patienten ($n = 30$) zwischen 0% und 10%. Bei 25% der Patienten lag der Anteil in einem Bereich zwischen 10% und maximal 27%. Die Korrelationsanalyse ergab für keines der untersuchten Items einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Anteil des sozialen Kompetenztrainings an der Therapie und dem Ausmaß der Verbesserung der sozialen Kompetenz (s. Tabelle 6).

Tabelle 6: Korrelation der Verbesserung der sozialen Kompetenz und dem Anteil des sozialen Kompetenztrainings an der CBTp (Spearman-Korrelationsanalyse, $n = 40$)

Item	Vermittlung sozialer Fertigkeiten	
	r_s	p
Blickkontakt ^a	0.11	0.51
Stimme / Sprache ^a	0.1	0.54
Sprechdauer ^a	0.21	0.2
Unruhe / Nervosität ^a	0.05	0.75
Konversationsfluss ^a	0.12	0.47
Inhalt ^a	0.0	0.99
Gesamteindruck ^a	0.26	0.11

Anmerkungen: ^a = Differenz für die Therapiegruppe $t3 - t1$ und für die Wartegruppe $t3 - t2$; $t1$ = Messzeitpunkt vor CBTp (*baseline*); $t2$ = Messzeitpunkt für die Wartegruppe nach der Wartezeit, vor CBTp; $t3$ = Messzeitpunkt nach CBTp; r_s = Korrelationskoeffizient; p = Signifikanz (2-seitig).

3.8 Korrelation zwischen Positivsymptomatik und sozialer Kompetenz (5. Hypothese)

Laut der fünften Hypothese geht eine Verbesserung der sozialen Kompetenz der Patienten mit einer Verbesserung ihrer Positivsymptomatik einher.

Auch für diese Fragestellung wurden die Daten von $n = 40$ analysiert. Die Verbesserung der Positivsymptomatik wurde über den PANSS-Gesamtscore erfasst.

Es bestanden keine signifikanten Korrelationen zwischen den Veränderungen der Variablen der sozialen Kompetenz und den Veränderungen der Positivsymptomatik im PANSS-Gesamtscore (s. Tabelle 7).

Tabelle 7: Korrelation der Veränderung der sozialen Kompetenz und der Veränderung der Positivsymptomatik gemessen mit der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS, Spearman-Korrelationsanalyse, $n = 40$)

	PANSS-Gesamtscore Positivsymptomatik ^b	
	r_s	p
Blickkontakt ^a	-0.07	0.66
Stimme / Sprache ^a	-0.19	0.24
Sprechdauer ^a	-0.07	0.68
Unruhe / Nervosität ^a	-0.01	0.97
Konversationsfluss ^a	-0.13	0.44
Inhalt ^a	0.06	0.7
Gesamteindruck ^a	-0.12	0.48

Anmerkungen: ^a = Differenz für die Therapiegruppe t3 – t1 und für die Wartegruppe t3 – t2; ^b =, Differenz für die Therapiegruppe t3 – t1 und für die Wartegruppe t3 – t2; t1 = Messzeitpunkt vor CBTP (*baseline*); t2 = Messzeitpunkt für die Wartegruppe nach Wartezeit, vor CBTP; t3 = Messzeitpunkt nach CBTP; r_s = Korrelationskoeffizient; p = Signifikanz (2-seitig).

4 Diskussion

Jährlich erkranken in Deutschland ca. 15.000–16.000 Menschen an einer paranoiden Schizophrenie (vgl. Gaebel / Wölwer 2010: 16). Die negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität sind bei chronischen Verläufen oftmals immens (vgl. ebd. 18f.). Das Ziel der vorliegenden Arbeit war die Analyse der sozialen Kompetenz von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und ihre mögliche Beeinflussung durch eine CBTp. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Arbeit im Kontext der aktuellen Studienlage diskutiert.

4.1 Vergleich der sozialen Kompetenz von Patienten- und Kontrollgruppe

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit belegen eine Beeinträchtigung der sozialen Kompetenz von Personen, die unter einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis leiden. Die Patientengruppe zeigte in allen untersuchten Items zur sozialen Kompetenz signifikant schlechtere Werte als die Kontrollgruppe. Die im Vorfeld formulierte Hypothese konnte somit bestätigt werden. Mehl et al. kamen mit der auch in der vorliegenden Arbeit verwendeten *Ratingskala für soziale Kompetenz* zu vergleichbaren Ergebnissen. Sie analysierten die soziale Kompetenz von Patienten mit Psychosen im Zusammenhang mit der „theory of mind“ und dem autobiographischen Gedächtnis. Auch hier zeigten die Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe sowohl in allen Einzelitems als auch in der Gesamtsumme aller Items signifikant schlechtere Ergebnisse (vgl. Mehl et al. 2010: 279). Auch in einer älteren Studie, in der u.a. anhand von Rollenspielen die soziale Kompetenz von schizophrenen Patienten, Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen und gesunden Probanden verglichen wurde, schnitten schizophrene Patienten deutlich schlechter ab (vgl. Bellack et al. 1990: 813). Nicht zuletzt findet sich die Einschränkung der sozialen Kompetenz als diagnostisches Kriterium in den Diagnosekatalogen der ICD-10 und DSM-5 wieder.

Eine geringe soziale Kompetenz führt zu Einschränkungen in beruflichen und sozialen Bereichen. Dies konnte in einer Studie demonstriert werden, die den Einfluss von sozialer

Kompetenz, Bildung und Symptomschwere auf die Arbeits- und Berufsfähigkeit untersucht hat (vgl. Hernandez et al. 2017: 233). Die Einschränkungen in beruflichen und sozialen Bereichen bedingen wiederum eine Verringerung sozialer Kontakte und ein ausgedünntes soziales Netz. Dies wiederum führt zu einer schlechteren Lebensqualität und einer hohen Anzahl an durch „Behinderung beeinträchtigte[r] Lebensjahre“ (Gaebel / Wölwer 2010: 19). Umso deutlicher wird also, dass es geeigneter Interventionen bedarf, um die soziale Kompetenz der Betroffenen zu stärken.

4.2 Veränderung der sozialen Kompetenz durch CBTp

Weiter wurde in der vorliegenden Arbeit die soziale Kompetenz von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis vor und nach einer Behandlung mittels CBTp untersucht. Bei allen untersuchten Items kam es zu einer Verbesserung, die aber in den meisten Fällen die statistische Signifikanz verfehlte. Lediglich das Item *Körperliche Unruhe und Nervosität* zeigte eine signifikante Verbesserung nach der Behandlung mittels CBTp. Die Hypothese, dass sich die soziale Kompetenz durch die CBTp verbessert, konnte somit in Teilen bestätigt werden.

Soweit es der Autorin bekannt ist, lagen zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit keine weiteren Studien mit einem Prä-Post-Vergleich der CBTp bezüglich der sozialen Kompetenz von Patienten mit psychotischen Störungen vor.

Häufiger wurde in der Vergangenheit der Einfluss von CBTp auf die soziale Funktionsfähigkeit von Psychose-Patienten untersucht. Sowohl bei Ersterkrankten als auch bei Patienten mit mehreren psychotischen Episoden ist die soziale Funktionsfähigkeit im Vergleich zu Gesunden deutlich beeinträchtigt (vgl. Grant et al. 2001: 748). In einer Meta-Analyse konnte ein kleiner Effekt auf die Funktionsfähigkeit von Patienten mit einer Schizophrenie nach Behandlung mittels CBTp gezeigt werden, der sich jedoch im Follow-Up nicht mehr nachweisen ließ (vgl. Laws et al. 2018: 3ff., 6). Eine weitere Meta-Analyse lieferte weitere Hinweise auf eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit von Patienten mit psychotischen Störungen durch CBTp (vgl. Wykes et al. 2008: 529). In einer Arbeit von Klingberg und Kollegen wurde der Einfluss von CBTp u.a. auf die soziale Funktionsfähigkeit von 330 Patienten mit persistierenden Positivsymptomen untersucht.

Sowohl in der Gruppe, die eine Behandlung mit CBTp erhielt, als auch in der Kontrollgruppe, die eine supportive Behandlung bekam, zeigten sich nach neun Monaten Verbesserungen in der sozialen Funktionsfähigkeit, welche bei der CBTp Behandlung stärker ausgeprägt war (vgl. Klingberg et al. 2018: 16). Auch in einer Studie von Lincoln wurde eine Steigerung der Funktionsfähigkeit nach Behandlung mittels CBTp nachweisbar (vgl. Lincoln et al. 2012: 680, 682).

Insgesamt konnte in bisherigen Arbeiten zumeist nur ein kleiner Effekt von CBTp auf die soziale Funktionsfähigkeit demonstriert werden. Es ist anzunehmen, dass möglicherweise die Verbesserung der sozialen Funktionsfähigkeit durch CBTp durch die Verbesserung der sozialen Kompetenz mediiert wird.

4.3 Effekt der CBTp auf die soziale Kompetenz -Vergleich von Therapie- und Wartegruppe

Ein Vergleich der Veränderung der sozialen Kompetenz in der Therapie- und Wartegruppe ergab keine signifikanten Unterschiede. Beide Gruppen wiesen lediglich deskriptive Verbesserungen in den untersuchten Items auf. Die Hypothese, dass sich die soziale Kompetenz durch CBTp stärker verbessert als durch eine übliche ambulante psychiatrische Therapie, konnte somit nicht bestätigt werden.

Die Tatsache, dass im kontrollierten Vergleich des Effektes von CBTp im Vergleich zu einer Wartegruppe keine signifikante Verbesserung nachgewiesen werden konnte, könnte auf die geringe Teststärke zurückzuführen sein. Die mit dem Programm g-Power (vgl. Faul et al. 2009) berechnete Teststärke für den vorliegenden Vergleich beträgt nur 10% (empfohlen sind mindestens 80%). Diese ist auf die zu geringe Stichprobengröße zurückzuführen. Zum Vergleich: die Analyse des Effektes von CBTp auf Positivsymptomatik in der Hauptstudie wurde mit 80 Personen durchgeführt (40 in jeder Gruppe) und es wurde eine signifikante Überlegenheit von CBTp (im Vergleich zur Wartegruppe) nachgewiesen (Lincoln et al. 2012: 680f.).

4.4 Korrelation der Verbesserung der sozialen Kompetenz mit dem Anteil des sozialen Kompetenztrainings an der CBTp

Die Hypothese, dass ein höherer Anteil an sozialem Kompetenztraining im Rahmen der Behandlung mittels CBTp mit einer stärkeren Verbesserung der sozialen Kompetenz einhergeht, konnte nicht bestätigt werden. Ein möglicher Grund für die fehlende Korrelation ist der mit maximal 27% insgesamt geringe Anteil des sozialen Kompetenztrainings. Bei einem Großteil der Patienten (75%) betrug der Anteil des sozialen Kompetenztrainings an der CBTp lediglich 0–10%. Da es sich bei den Prozentanteilen um geschätzte Werte durch die Therapeuten nach Abschluss der Studie handelte, ist zudem von einer gewissen Ungenauigkeit auszugehen.

Bisherige Studienergebnisse belegen einen positiven Einfluss des sozialen Kompetenztrainings auf verschiedene Symptombereiche und Krankheitsaspekte der Schizophrenie. Bezüglich einer Steigerung der sozialen Funktionsfähigkeit wiesen verschiedene Meta-Analysen eine kleine bis mittlere Effektstärke für soziales Kompetenztraining nach (vgl. Kurtz / Mueser 2008: 494f., Pfammatter et al. 2006: 67). In zwei Meta-Analysen wurden durch eine Behandlung mit sozialem Kompetenztraining im Vergleich mit anderen Interventionen Verbesserungen von Negativsymptomen mit einer kleinen Effektstärke festgestellt (vgl. Turner et al. 2018: 478f., 487, vgl. Turner et al. 2014: 531f.). In einem Cochrane-Review zeigte sich das soziale Kompetenztraining überlegen gegenüber einer Regelversorgung in Bezug auf die Verbesserung der sozialen Funktionsfähigkeit, Rückfall- und Rehospitalisierungsraten sowie der Steigerung der Lebensqualität (vgl. Almerie et al. 2015: 18f.). Diese Effekte konnten im Vergleich mit einer Gesprächsgruppen-Behandlung nicht mehr nachgewiesen werden. Insgesamt zeigte sich oftmals, dass nachgewiesene Effekte eher gering, sowie der Evidenzgrad zumeist niedrig waren (vgl. ebd.: 20).

4.5 Korrelation zwischen Positivsymptomatik und sozialer Kompetenz

In der letzten Hypothese wurde geprüft, ob bei den Patienten mit einer Psychose ein Zusammenhang zwischen der Veränderung der Positivsymptomatik (gemessen mit der PANSS) und der sozialen Kompetenz bestand. In der statistischen Analyse zeigten sich keine Korrelationen statistisch signifikant. Eine Korrelation von Positivsymptomatik und sozialer Kompetenz war in dieser Arbeit nicht feststellbar.

Die Hypothese, dass eine Verbesserung der Positivsymptomatik mit einer Verbesserung der sozialen Kompetenz einhergeht, konnte somit nicht nachgewiesen werden.

Dieses Ergebnis deckt sich mit den Befunden einer Longitudinalstudie zum Effekt der Ausprägung der Psychopathologie bei Probanden mit einem erhöhten Psychose-Risiko auf die soziale Funktionsfähigkeit im Verlauf von 6, 12 und 24 Monaten. Die Ausprägung der Positivsymptomatik zu Beginn der Analyse war kein Prädiktor für die soziale Funktionsfähigkeit (vgl. Burton et al. 2019: 6ff.). In dieser und weiteren Studien konnte herausgefunden werden, dass Negativsymptome einen größeren Einfluss auf die soziale Funktionsfähigkeit haben als Positivsymptome (vgl. ebd., vgl. Kalin et al. 2015: 259f., vgl. Rabinowitz et al. 2012: 148).

Das Resultat, dass die Positivsymptomatik von Patienten mit Psychose nicht mit der sozialen Kompetenz korreliert, ist zudem vereinbar mit den Beobachtungen von Bellack und Kollegen, die eine Beeinträchtigung von sozialer Kompetenz nicht allein als Folge von Positiv- oder Negativsymptomen ansehen (vgl. Bellack et al. 1990: 816). Vielmehr spielen auch Defizite in der sozialen Kognition eine Rolle. In einer Studie mit klinisch stabilen schizophrenen Patienten waren Defizite im autobiographischen Gedächtnis sowie Einschränkungen in der „theory of mind“ stärker mit Beeinträchtigungen der sozialen Kompetenz verknüpft als mit der Schwere der Symptomausprägung (vgl. Mehl et al. 2010: 279ff). Ein Vergleich von Patienten mit Psychosen und gesunde Probanden ergab, dass kognitive Einschränkungen mit einer schlechteren sozialen Funktionsfähigkeit einhergehen (vgl. Addington / Addington 2008: 180).

Insgesamt scheinen sowohl die Ausprägung der Psychopathologie als auch kognitive Defizite die soziale Kompetenz von Patienten mit Psychosen zu beeinflussen.

4.6 Bewertung des Messinstrumentes zur Analyse der sozialen Kompetenz

Hervorzuheben ist, dass das vorliegende Messinstrument zum Prä-Post-Vergleich der sozialen Kompetenz auch bei Patienten mit psychotischen Störungen gut einsetzbar ist. In anderen Studien wie etwa von Mehl et al. wurde dieses Bewertungsinstrument vor allem als Vergleich zwischen Gruppen angewandt (vgl. Mehl et al. 2010: 279). Bereits Bellack postulierte, dass Rollenspiele eine gute Beobachtungsmethode darstellen, um zwischen verschiedenen Gruppen psychiatrisch erkrankter Personen zu unterscheiden (vgl. Bellack et al. 1990: 816f., vgl. Bellack 1983, zitiert nach Mueser et al. 1990: 53).

Die in dieser Arbeit anhand des Intraklassen-Korrelationskoeffizienten ermittelte Interrater-Reliabilität für die *Ratingskala der sozialen Kompetenz* deckt sich mit der in der Literatur angegebenen Interrater-Reliabilität der deutschen Version von $r = 0.6$ bis 0.7 für die Items *Blickkontakt*, *Sprechdauer* und *Konversationsfluss*. Die Werte basieren auf 101 Videoaufnahmen von Probanden aus einer psychosomatischen Klinik, die durch zwei unabhängige Bewerter eingeschätzt wurden (vgl. Schowalter 1997, zitiert nach Fydrich / Bürgener 2005: 98f.). Insgesamt ist somit von einer hinreichend guten Interrater-Reliabilität auszugehen.

Die Bewertungsmöglichkeiten der Items bieten einen gewissen Spielraum. Zur Differenzierung der Benotung werden Begriffe wie "meistens", "gelegentlich", "kaum", "oft", "einigermaßen", "manchmal" verwendet (s. Anhang 7.3). Diese Vorgehensweise liegt darin begründet, dass die ausschließliche Betrachtung der „molekularen“ Ebene die soziale Kompetenz nicht ausreichend abbildet, sondern dass stets eine Einbettung in einen interaktionellen Kontext erforderlich ist (vgl. Fydrich / Bürgener 2005: 88). Beispielsweise lässt sich zwar objektiv erfassen, wie häufig eine Person während eines Gespräches lächelt, die Häufigkeit dieses Parameters lässt aber keine abschließende Aussage über die soziale Kompetenz zu. Vielmehr muss berücksichtigt werden, ob das gezeigte Verhalten in dem Kontext als angemessen wahrgenommen wird. Häufiges Lächeln während eines Gespräches kann durch die Persönlichkeit der Person bedingt sein, aber auch ein Zeichen möglicher Unsicherheit darstellen. Diese Einschätzung wird durch den Beobachter vorgenommen und unterliegt keinen objektiven, sondern vielmehr subjektiven Kriterien. Das

Gleiche gilt für die Einschätzung der Ausprägung des gezeigten Verhaltens. Der subjektive Spielraum in der Bewertung wird auch beim Item *Inhalt* und der Frage danach, ob dieser „interessant und / oder kreativ“ ist, deutlich. Auch beim Item *Körperliche Unruhe und Nervosität* zeigte sich, dass die Beschreibungen "zeigt leichte Rigidität [...] während höchstens der Hälfte der Zeit" oder "zeigt starke Rigidität [...] während mehr als der Hälfte der Zeit" (s. Anhang 7.3) zur Bewertung ungenau und schwierig bestimmbar waren.

Die Problematik einer ungenügenden Varianz und Differenzierungsfähigkeit wurde von Fydrich et al. bereits in Bezug auf die Unterscheidung zwischen phobischen und nicht phobischen Patienten berichtet (vgl. Roscow-Terrill et al. 1993, zitiert nach Fydrich / Bürgener 2005: 92). Zur Bearbeitung dieser Problemstellung wurde eine Anpassung des Testinstrumentes vorgenommen und spezifische Items festgelegt, die sowohl non-verbale als auch verbale Aspekte der Interaktion erfassen. Zudem erfolgte die Vorgabe fester Bewertungsanker zur Notenvergabe und die Spezifikation der Abstufungen zwischen den verschiedenen Noten (vgl. Terill et al. 1993, zitiert nach Fydrich et al. 1998: 996f.).

Die in der vorliegenden Arbeit verwendete *Ratingskala für soziale Kompetenz* enthielt diese Anpassungen, die aber die Problematik nicht vollständig beheben konnten. Möglicherweise sind weitere Modifikationen und Spezifikationen der Notenpunkte sowie kleinschrittigere Bewertungsschritte erforderlich. Eine weitere Eingrenzung und Spezifikation birgt aber potenziell die Gefahr, das Konstrukt des sozialen Kompetenzbegriffes zu demontieren. Eine weitere Fokussierung auf eine quantitativ molekulare Bewertung der sozialen Kompetenz hätte unweigerlich eine Beschneidung des Spielraumes der subjektiven Einschätzung zur Folge, wodurch sich möglicherweise die Validität des Instrumentes verringert. Zudem erhöht sich dadurch das Risiko einer zu starken Einschränkung der Toleranz natürlicher Schwankungen, wodurch unter Umständen Unterschiede zwischen Therapiegruppen und Therapieeffekte als signifikant bewertet werden, die in der Realität nicht vorhanden sind.

Insgesamt stellt die *Ratingskala für soziale Kompetenzen* ein gut untersuchtes und gut anwendbares Instrument zur Erfassung der sozialen Kompetenz dar. Die Herausforderung der Abbildung der sozialen Kompetenz eines Menschen anhand von Bewertungskriterien wird bestehen bleiben. Der Wunsch nach der Implementierung objektiv nachweisbarer

Faktoren und die Notwendigkeit der Berücksichtigung des Kontextes und der subjektiven Einordnung wird vermutlich immer ein Spannungsfeld in diesem Untersuchungsgebiet bleiben.

4.7 Stärken und Schwächen der Studie

Eine Stärke der vorliegenden Studie war ihr einfach-verblindetes Design. Die Autorin hatte zum Zeitpunkt der Bewertung der sozialen Kompetenz anhand der Videosequenzen keine Kenntnis über die Gruppenzugehörigkeit des Probanden und den Zeitpunkt der Videoaufnahme. Eine weitere Stärke war die Randomisierung zu Beginn der Studie und die ausgewogene Verteilung der Stichprobengruppen. Ebenso sprachen die konstanten Rahmenbedingungen während der Videoaufzeichnungen sowie die vorherige Schulung und Instruktion der Gesprächspartner für einen guten Standardisierungsgrad. Auch für die therapeutische Intervention, die sich an einem vorgegebenen Manual orientierte, war eine Standardisierung gegeben.

Weiter stellt die gewählte *Ratingskala für soziale Kompetenz* von Fydrich und Bürgener (Fydrich / Bürgener 2005: 91ff.) ein gut untersuchtes und valides Instrument zur Bewertung der sozialen Kompetenz dar. Die Untersuchungsmethode eignet sich insbesondere zum Vergleich verschiedener Gruppen. Die gute Interrater-Reliabilität ließ sich auch in der vorliegenden Arbeit reproduzieren.

Die Aussagekraft der Befunde der vorliegenden Studie wurde aber dennoch durch verschiedene Faktoren limitiert.

Dazu zählte die geringe Stichprobengröße. Nur von 40 Patienten standen die Daten für alle Messzeitpunkte zur Verfügung. Wie bereits diskutiert, führte diese Limitation zu einer zu geringen Teststärke und auftretende Unterschiede wurden eher als nicht signifikant bewertet.

Bei den Rollenspielen griffen die instruierten Gesprächspartner unterschiedlich intensiv in den Gesprächsverlauf ein. Beim Auftreten von Schweigephasen ermutigten einige Therapeuten den Probanden, den Gesprächsfaden wieder aufzunehmen oder führten

selbst das Gespräch weiter. Andere Gesprächspartner überließen es dagegen der Versuchsperson die Unterhaltung wieder aufzunehmen. Diese Unterschiede traten trotz intensiver Schulung der beteiligten Rollenspielpartner auf. In zukünftigen Analysen sollte auf eine noch strengere Einhaltung dieser Vorgaben geachtet werden. Bei der Beurteilung der sozialen Kompetenz ist ein hoher Standardisierungsgrad anzustreben, der durch konstante Rahmenbedingungen, eindeutige Instruktionen und exakte Schulungen des Gesprächspartners erreicht werden kann (vgl. Kanning 2009: 28, 48).

Zudem wurde in den Rollenspielen nur eine spezifische Situation analysiert. Damit waren lediglich Aussagen zum sozial kompetenten Verhalten in dieser Situation möglich. Für Rückschlüsse auf die soziale Kompetenz einer Person sind Beobachtungen in unterschiedlichen Situationen erforderlich (vgl. Kanning 2009: 12f., 27). Für zukünftige Untersuchungen wäre eine Variation der situativen Rahmenbedingungen wünschenswert.

Wie erwähnt, wurde im Rahmen der vorliegenden Studie nur ein kleiner Anteil der Therapie für Interventionen zur Förderung der sozialen Kompetenz aufgewandt, welche durch Schätzwerte durch den Therapeuten nach Therapieende angegeben wurden. In zukünftigen Studien wäre es sinnvoll diese Anteile objektiver –beispielsweise über eine Dokumentation der Therapieinhalte nach jeder Einheit – zu erfassen.

4.8 Klinische Implikationen

Die vorliegende Arbeit bestätigt die bereits in vorangegangenen Studien dokumentierten Defizite von Patienten mit Psychose in der sozialen Kompetenz. Diese Defizite haben dramatische Auswirkungen auf berufliche und soziale Bereiche der Patienten und beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen. Sowohl in der klinischen als auch in der wissenschaftlichen Arbeit sollte ein stärkerer Fokus auf die Behandlung dieser Defizite gerichtet werden. Zukünftige Studien sollten in einem randomisiert-kontrollierten Design weiter Interventionen daraufhin untersuchen, ob diese die soziale Kompetenz von Patienten verbessern können.

CBTp konnte in dieser Arbeit in Teilen eine Verbesserung der sozialen Kompetenz zeigen. Soweit der Autorin bekannt, ist dies die erste Studie zum Einfluss der CBTp auf die

soziale Kompetenz von Patienten mit Psychosen über einen Prä-Post-Vergleich. In bisherigen Studien zur sozialen Funktionsfähigkeit zeigten sich nur kleine Effekte durch die Behandlung mittels CBTp. Es bedarf weiterer Studien, um den Einfluss von CBTp auf die soziale Kompetenz von Patienten mit Psychosen zu untersuchen. Zukünftige Erhebungen sollten auf einer ausreichend großen Fallzahl an Probanden basieren. Weiter sollten die Interventionen zur Verbesserung der sozialen Kompetenz genauer dokumentiert werden.

Im klinischen Setting erscheint eine sinnvolle Möglichkeit CBTp mit anderen Interventionen zu kombinieren. Zum Beispiel könnte die Behandlung von CBTp umfangreicher mit sozialem Kompetenztraining kombiniert werden. Bisherige Studien zeigten, dass CBTp vor allem auf die Positivsymptomatik von Psychose-Patienten einen günstigen Einfluss hat (vgl. Bighelli et al. 2018: 7f.). Soziales Kompetenztraining konnte in vergangenen Studien eine Reduktion von Negativsymptomen nachweisen (vgl. Turner et al. 2014: 531f.). Letztere scheinen die soziale Kompetenz von Patienten stärker zu beeinflussen. Da nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen die soziale Kompetenz und Funktionsfähigkeit von Patienten mit Psychosen nicht allein durch Positiv- oder Negativsymptome beeinflusst wird, erscheint es sinnvoll, zusätzlich auch die Behandlung (sozial-)kognitiver Defizite in die Therapie mit einzubeziehen.

Die vorliegende Arbeit verdeutlicht darüber hinaus, wie herausfordernd die Erfassung und Bewertung der sozialen Kompetenz ist. Es wurde deutlich, dass in dieser Studie nur die soziale Kompetenz anhand einer sozialen Interaktion untersucht wurde. Da soziale Kompetenz sich aber nicht anhand einer sozialen Interaktion allein im Gesamten erfassen lässt, sollten in zukünftigen Studien mehrere soziale Interaktionsszenarien untersucht werden.

Weiter wäre in zukünftigen Studien der Einsatz einer Kombination von Instrumenten zur Selbst- und Fremdeinschätzung der sozialen Kompetenz wünschenswert. Für eine differenzierte Bewertung könnten Instrumente spezifisch im Hinblick auf die Fragestellung und auf die zu analysierenden Aspekte der sozialen Kompetenz ausgewählt werden (vgl. Kanning 2015: 76). Die in der vorliegenden Arbeit verwendete *Ratingskala für soziale Kompetenz* könnte für verschiedene Rollenspiele angewendet und beispielsweise mit Fra-

gebögen zur sozialen Funktionsfähigkeit zur globaleren Einschätzung kombiniert werden. Durch eine solche Methodentriangulation könnten Nachteile der einzelnen Methode ausgeglichen werden. Dadurch wäre eine umfassende, sowohl subjektive als auch objektive Einschätzung der sozialen Kompetenz möglich. Weiter könnte zudem analysiert werden, ob sich Verbesserungen in der sozialen Interaktion auch in einer Steigerung der sozialen Funktionsfähigkeit widerspiegeln.

5 Zusammenfassung

Patienten mit psychotischen Erkrankungen sind häufig in ihren sozialen Interaktionen beeinträchtigt. Ihre eingeschränkte soziale Kompetenz hat erhebliche negative Auswirkungen auf ihre Lebensqualität und ihren Alltag. Das Ziel der vorliegenden Arbeit war die Analyse der sozialen Kompetenz von Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis sowie die Veränderung dieser durch kognitive Verhaltenstherapie. Zusätzlich wurden potenzielle Zusammenhänge zwischen dem Anteil des sozialen Kompetenztrainings an der kognitiven Verhaltenstherapie und der Veränderung der sozialen Kompetenz, sowie zwischen der Veränderung von Positivsymptomatik (gemessen mit der *Positive and Negative Syndrome Scale*) und der Entwicklung der sozialen Kompetenz untersucht.

Hierzu wurden 60 Patienten mit psychotischen Erkrankungen mit 56 gesunden Kontrollprobanden verglichen. Die Patientenstichprobe wurde in eine Therapie- und Wartegruppe unterteilt. Die Therapiegruppe wurde mittels kognitiver Verhaltenstherapie behandelt, die Wartegruppe erhielt zunächst eine reguläre ambulante psychiatrische Behandlung und anschließend eine Behandlung mittels kognitiver Verhaltenstherapie. Die soziale Kompetenz der Patienten (n = 40) wurde vor und nach den Interventionen anhand von auf Video aufgezeichneten Rollenspielen erfasst. Die Bewertung erfolgte verblindet mit der *Ratingskala für soziale Kompetenz* von Fydrich und Bürgener.

Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis zeigten gegenüber gesunden Kontrollprobanden signifikante Einschränkungen in allen Items der *Ratingskala für soziale Kompetenz*. Nach der Behandlung mit kognitiver Verhaltenstherapie wiesen die Items deskriptiv bessere Werte auf. Für das Item *Körperliche Unruhe und Nervosität* erreichte die Verbesserung eine statistische Signifikanz. Im Vergleich zwischen der Therapie- und der Wartegruppe konnte keine Überlegenheit in der Verbesserung der sozialen Kompetenz durch kognitive Verhaltenstherapie nachgewiesen werden. Die Entwicklung der sozialen Kompetenz korrelierte nicht mit der Verbesserung der Positivsymptomatik und hing nicht vom Anteil der Interventionen zur Verbesserung der sozialen Kompetenz an der gesamten Therapie ab.

Aufgrund ihres negativen Einflusses auf die Lebensqualität und soziale Integration sollten Einbußen in der sozialen Kompetenz bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen weiter untersucht werden. Laut den vorliegenden Daten stellt die kognitive Verhaltenstherapie eine mögliche Therapieoption zur Verbesserung der sozialen Kompetenz für diese Klientel dar.

Summary

Patients with psychotic disorder are often impaired in their social interactions. Their deficits in social competence have great negative impact on their quality of life and everyday life. The aim of the present study was to research social competence of schizophrenia patients and to analyse the change of social competence using cognitive behavioural therapy for psychosis. Additional research went into the potential correlation between the amount of social skills training during the treatment with cognitive behavioural therapy and changes in social competence as well as between changes in positive symptoms (measured by the *Positive and Negative Syndrome Scale*) and development in social competence.

For this purpose, we compared a group of 60 patients with a control group consisting of 56 people regarding to their social competence. The group of patients was additionally split into therapy and waiting groups of equal size. The therapy group received treatment with cognitive behavioural therapy. During this time the waiting group underwent regular outpatient treatment, afterwards they were also subjected to a treatment with cognitive behavioural therapy. Social competence was measured before and after attending the different interventions ($n = 40$). To gather information on social competence, role plays were video recorded and evaluated using Fydrich and Bürgener's *social performance rating scale*. The rating was a single blind rating conducted by the study's author.

This study clearly showed that compared to a healthy control group the group of schizophrenia patients display a lack in social competence, which proved to be statistically significant in all examined items. Treatment with cognitive behavioural therapy resulted in descriptive improvement, which appeared statistically significant for the *discomfort*-item during pre-posttherapy comparison. However, there was no difference in the improve-

ment of social competence comparing the therapy group and the waiting group. The development of social competence did not correlate with an improvement in positive symptoms and did also not depend on the amount of social skills training included in the cognitive behavioural therapy treatment.

Because of its negative impact on quality of life and social integration there should be further research in social competence in patients with psychotic disorders. According to this study cognitive behavioural therapy for psychosis may be a treatment option in improving social competence for these patients.

6 Literaturverzeichnis

Addington, J. / Addington, D. (2008): Social and cognitive functioning in psychosis. In: *Schizophrenia Research*, Vol. 99, No. 1–3. S. 176–181.

Addington, J. / Liu, L. / Perkins, D.O. / Carrion, R.E. / Keefe, R.S.E. / Woods, S.W. (2017): The role of cognition and social functioning as predictors in the transition to psychosis for youth with attenuated psychotic symptoms. In: *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 43, No. 1. S. 57–63.

Almerie, M.Q. / Okba, A. / Jawoosh, M. / Alsabbagh, M. / Matar, H.E. / Maayan, N. / Bergman, H. (2015): Social skills programmes for schizophrenia. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews 2015*, Issue 6. Art. No.: CD009006. S. 1–72.

Artaloytia, J.F. / Arango, C. / Lahti, A. / Sanz, J. / Pascual, A. / Cubero, P. / Prieto, D. / Palomo, T. (2006): Negative signs and symptoms secondary to antipsychotics: A double-blind, randomized trial of a single dose of placebo, haloperidol and risperidone in healthy volunteers. In: *American Journal of Psychiatry*, Vol. 163, No. 3. S. 488–493.

Bechdolf, A. / Klingberg, S. (2014): Psychotherapie bei schizophrenen Störungen: Kein Evidenz-, sondern ein Implementierungsproblem. In: *Psychiatrische Praxis*, Vol. 41, No. 1. S. 8–10.

Beesdo-Baum, K. / Zaudig, M. / Wittchen, H-U. (2019): *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5 Störungen*. 1. Auflage, Göttingen: Hogrefe Verlag.

Bellack, A.S. / Morrison, R.L. / Wixted, J.T. / Mueser, K.T. (1990): An analysis of social competence in schizophrenia. In: *British Journal of Psychiatry*, Vol. 156, No. 6. S. 809–818.

Bighelli, I. / Huhn, M. / Schneider-Thoma, J. / Krause, M. / Reitmeir, C. / Wallis, S. / Schwermann, F. / Pitschel-Walz, G. / Barbui, C. / Furukawa, T.A. / Leucht, S. (2018): Response rates in patients with schizophrenia and positive symptoms receiving cognitive behavioural therapy: A systematic review and single-group meta-analysis. In: *BMC Psychiatry*, Vol. 18, No. 1. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1964-8> [zuletzt aufgerufen am: 15.11.2020]. S. 1–10.

Bird, V. / Premkumar, P. / Kendall, T. / Whittington, C. / Mitchell, J. / Kuipers, E. (2010): Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: Systematic review. In: *British Journal of Psychiatry*, Vol. 197, No. 5. S. 350–356.

Bobes, J. / Arango, C. / Garcia-Garcia, M. / Rejas, J. (2010): Prevalence of negative symptoms in outpatients with schizophrenia spectrum disorders treated with antipsychotics in routine clinical practice: Findings from the CLAMORS Study. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 71, No. 3. S. 280–286.

Burns, A.M.N. / Erickson, D.H. / Brenner, C.A. (2014): Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychosis: A meta-analytic review. In: *Psychiatric Services*, Vol. 65, No. 7. S. 874–880.

Burton, C.Z. / Tso, I.F. / Carrión, R.E. / Niendam, T. / Adelsheim, S. / Auther, A.M. / Cornblatt, B.A. / Carter, C.S. / Melton, R. / Sale, T.G. / Taylor, S.F. / McFarlane, W.R. (2019): Baseline psychopathology and relationship to longitudinal functional outcome

in attenuated and early first episode psychosis. In: *Schizophrenia Research*, Vol. 212. S. 157–162.

Camacho-Gomez, M. / Castellvi, P. (2020): Effectiveness of family intervention for preventing relapse in first-episode psychosis until 24 months of follow-up: A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. In: *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 46, No. 1. S. 98–109.

Cerveri, G. / Gesi, C. / Mencacci, C. (2019): Pharmacological treatment of negative symptoms in schizophrenia: Update and proposal of a clinical algorithm. In: *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Vol. 15. S. 1525–1535.

Cohen, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2. Auflage, Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.

Dayabandara, M. / Hanwella, R. / Ratnatunga, S. / Seneviratne, S. / Suraweera, C. / de Silva, V.A. (2017): Antipsychotic-associated weight gain: Management strategies and impact on treatment adherence. In: *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Vol. 13. S. 2231–2241.

DGPPN e.V. (Hrsg.) für die Leitliniengruppe (2019a): *S3-Leitlinie Schizophrenie*. Langfassung, 2019, Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019, verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.html> [zuletzt aufgerufen am 20.01.2020].

DGPPN e.V. (Hrsg.) für die Leitliniengruppe (2019b): *S3-Leitlinie Schizophrenie*. Kurzfassung, 2019, Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019, verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.html> [zuletzt aufgerufen am 20.01.2020].

Falkai, P. / Wittchen, H-U. / Döpfner, M. / Gaebel, W. / Maier, W. / Rief, W. / Saß, H. / Zaudig, M. (Hrsg.) (2015): *Diagnostische Kriterien DSM-5*. 1. Auflage der deutschen Ausgabe, Göttingen: Hogrefe Verlag.

Faul, F. / Erdfelder, E. / Buchner, A. / Lang, A-G. (2009): Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. In: *Behavior Research Methods*, Vol. 41, No. 4. S.1149–1160.

Fett, A-K.J. / Viechtbauer, W. / Dominguez, M-d-G. / Penn, D.L. / Van Os, J. / Krabbendam, L. (2010): The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. In: *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, Vol. 35, No. 3. S. 573–588.

Fervaha, G. / Takeuchi, H. / Lee, J. / Foussias, G./ Fletcher, P.J. / Agid, O. / Remington, G. (2015): Antipsychotics and amotivation. In: *Neuropsychopharmacology*, Vol. 40, No. 6. S. 1539–1548.

Fleischhacker, W. / Galderisi, S. / Laszlovszky, I. / Szatmári, B. / Barabássy, Á. / Acsai, K. / Szalai, E. / Harsányi, J. / Earley, W. / Patel, M. / Németh, G. (2019): The efficacy of cariprazine in negative symptoms of schizophrenia: Post hoc analyses of PANSS individual items and PANSS-derived factors. In: *European Psychiatry*, Vol. 58. S. 1–9.

- Fusar-Poli, P. / Papanastasiou, E. / Stahl, D. / Rocchetti, M. / Carpenter, W. / Su-khwinder, S. / McGuire, P. (2015): Treatments of negative symptoms in schizophrenia: Meta-analysis of 168 randomized placebo-controlled trials. In: *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 41, No. 4. S. 892–899.
- Fydrich, T. (2002): Soziale Kompetenz und soziale Performanz bei Sozialer Phobie. In: Stangier, U. / Fydrich, T. (Hrsg.): *Soziale Phobie und Soziale Angststörung*. Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 181–203.
- Fydrich, T. / Bürgener, F. (2005): Ratingskalen für soziale Kompetenz. In: Vriends, N. / Markgraf, J. (Hrsg.): *Soziale Kompetenz, Soziale Unsicherheit, Soziale Phobie Verstehen und Verändern*. 3. aktualisierte und überarbeitete Auflage, Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren. S. 86–101.
- Fydrich, T. / Chambless, D.L. / Perry, K.J. / Bürgener, F. / Beazley, M.B. (1998): Behavioral assessment of social performance: A rating system for social phobia. In: *Behavior Research and Therapy*, Vol. 36, No. 10. S. 995–1010.
- Gaebel, W. / Wölwer, W. (2010): *Themenheft 50 "Schizophrenie" Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert-Koch-Institut Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Berlin.
- Glenthøj, L.B. / Fagerlund, B. / Hjorthøj, C. / Jepsen, J. / Bak, N. / Kristensen, T.D. / Wenneberg, C. / Krakauer, K. / Roberts, D.L. / Nordentoft, M. (2016): Social cognition in patients at ultra-high risk for psychosis: What is the relation to social skills and functioning? In: *Schizophrenia Research: Cognition*, Vol. 5. S. 21–27.
- Grant, C. / Addington, J. / Addington, D. / Konnert, C. (2001): Social functioning in first- and multipisode schizophrenia. In: *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 46, No. 8. S. 746–749.
- Grant, P.M. / Huh, G. / Perivoliotis, D. / Stolar, N. / Beck, A. (2012): Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. In: *Archives of General Psychiatry*, Vol. 69, No. 2. S. 121–127.
- Heering, H.D. / Van Haren, N.E.M. / G.R.O.U.P. investigators (2016): Social functioning in patients with a psychotic disorder and first rank symptoms. In: *Psychiatry Research*, Vol. 237. S. 147–152.
- Hernandez, M. / Barrio, C. / Lim, C. / Brekke, J.S. (2017): The relationship between social competence, symptom severity and employment in schizophrenia. In: *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, Vol. 4, No. 2. S. 231–235.
- Heibach, E. / Brabban, A. / Lincoln, T. (2014): How much priority do clinicians give to cognitive behavioral therapy in the treatment of psychosis and why? In: *Clinical Psychology Science and Practice*, Vol. 21, No. 3. S. 301–309.
- Hinsch, R. / Pfingsten, U. (2007): *Gruppentraining sozialer Kompetenzen*. 5. vollständig überarbeitete Auflage, Weinheim: Beltz Verlag.
- Hinsch, R. / Wittmann, S. (2010): *Soziale Kompetenz kann man lernen*. 2. überarbeitete Auflage, Weinheim: Beltz Verlag.
- Hochbein, M. (2013): Soziale Kompetenz - Was ist Das? (Report). In: *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, Vol. 20, No. 4. S. 447–460.

Hooley, J.M. (2010): Social factors in schizophrenia. In: *Current Directions in Psychological Science*, Vol. 19, No. 4. S. 238–242.

Hutton, P. / Taylor, P.J. (2014): Cognitive behavioural therapy for psychosis prevention: A systematic review and meta-analysis. In: *Psychological Medicine*, Vol. 44, No. 3. S. 449–468.

Jäger, M. / Riedel, M. / Messer, T. / Laux, G. / Pfeiffer, H. / Naber, D. / Schmidt, L. / Gaebel, W. / Huff, W. / Heuser, I. / Kühn, K-U. / Lemke, M. / Rütger, E. / Buchkremer, G. / Gastpar, M. / Bottlender, R. / Strauss, A. / Möller, H-J. (2007): Psychopathological characteristics and treatment response of first episode compared with multiple episode schizophrenic disorders. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, Vol. 257, No.1. S. 47–53.

Kalin, M. / Kaplan, S. / Gould, F. / Pinkham, A.E. / Penn, D.L. / Harvey, P.D. (2015): Social cognition, social competence, negative symptoms and social outcomes: Inter-relationships in people with schizophrenia. In: *Journal of Psychiatric Research*, Vol. 68. S. 254–260.

Kane, J.M. / Agid, O. / Baldwin, M.L. / Howes, O. / Lindenmayer, J-P. / Marder, S. / Olfson, M. / Potkin, S. / Correll, C. (2019): Clinical guidance on the identification and management of treatment-resistant schizophrenia. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 80, No. 2. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.4088/JCP.18com12123> [zuletzt aufgerufen am 28.02.2020]. S. 1–9.

Kanning, U.P. (2015): *Soziale Kompetenzen fördern*. 2. überarbeitete Auflage, Göttingen: Hogrefe Verlag.

Kanning, U.P. (2009): *Diagnostik sozialer Kompetenzen*. 2. aktualisierte Auflage, Göttingen: Hogrefe Verlag.

Kay, S.R. / Fiszbein, A. / Opler, L.A. (1987): The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. In: *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 13, No. 2. S. 261–276.

Kellner-Lewandowsky, M. (2013): Soft Skills – soziale und persönliche Kompetenzanforderungen an Controller. In: Klein, A. (Hrsg.): *Soft Skills für Controller. Präsentieren, moderieren, koordinieren*. 1. Auflage, München/Planegg: Haufe Verlag. S. 19–45.

Klingberg, S. / Wittorf, A. / Meisner, C. / Wiedemann, G. / Bechdorf, A. / Mueller, B. / Wagner, M. / Mehl, S. / Conrath, B. / Herrlich, J. / Sartory, G. / Hesse, K. / Buchkremer, G. / Wölwer, W. (2018): Cognitive behavioral therapy for psychosis (CBTp): Multicenter randomized clinical trial on specific efficacy. In: *SSRN Electronic Journal*. Verfügbar unter: <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3223118> [zuletzt aufgerufen am 04.11.2020]. S. 1–39.

Koo, T.K. / Li, M.Y. (2016): A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. In: *Journal of Chiropractic Medicine*, Vol. 15, No. 2. S. 155–163.

Kurtz, M.M. / Gagen, E. / Rocha, N. / Machado, S. / Penn, D.L. (2016): Comprehensive treatments for social cognitive deficits in schizophrenia: A critical review and effect-size analysis of controlled studies. In: *Clinical Psychology Review*, Vol. 43. S. 80–89.

Kurtz, M.M. / Mueser, K.T. (2008): A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 76, No. 3. S. 491–504.

- Lanyon, R.I. (1967): Measurement of social competence in college males. In: *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 31, No. 5. S. 495–498.
- Laws, K.R. / Darlington, N. / Kondel, T.K. / McKenna, P.J. / Jauhar, S. (2018): Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: A meta-analysis. In: *BMC Psychology*, Vol. 6, No. 32. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0243-2> [zuletzt aufgerufen am 15.11.2020]. S. 1–10.
- Leucht, S. / Leucht, C. / Huhn, M. / Chaimani, A. / Mavridis, D. / Helfer, B. / Samara, M. / Rabaioli, M. / Bächer, S. / Cipriani, A. / Geddes, J.R. / Salanti, G. / Davis, J.M. (2017): Sixty years of placebo-controlled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: Systematic review, bayesian meta-analysis, and meta-regression of efficacy predictors. In: *American Journal of Psychiatry*, Vol. 174, No. 10. S. 927–942.
- Leucht, S. / Cipriani, A. / Spineli, L. / Mavridis, D. / Örey, D. / Richter, F. / Samara, M. / Barbui, C. / Engel, R.R. / Geddes, J.R. / Kissling, W. / Stapf, M.P. / Lässig, B. / Salanti, G. / Davis, J.M. (2013): Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: A multiple-treatments meta-analysis. In: *Lancet*, Vol. 382, No. 9896. S. 951–962.
- Leucht, S. / Arbter, D. / Engel, R.R. / Kissling, W. / Davis, J.M. (2009): How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. In: *Molecular Psychiatry*, Vol. 14, No. 4. S. 429–447.
- Lincoln, T. (2019): *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie: Ein individuenzentrierter Ansatz*. 3. überarbeitete Auflage, Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lincoln, T. / Pedersen, A. / Hahlweg, K. / Wiedl, K.H. / Frantz, I. (2019): Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen. In: Fachgruppe der Klinischen Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Hrsg.): *Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie Band 5*. 1. Auflage, Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lincoln, T. / Ziegler, M. / Mehl, S. / Kesting, M-L. / Lüllmann, E. / Westermann, S. / Rief, W. (2012): Moving from efficacy to effectiveness in cognitive behavioral therapy for psychosis: A randomized clinical practice trial. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 80, No. 4. S. 674–686.
- Lincoln, T. (2006): *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie: Ein individuenzentrierter Ansatz zur Veränderung von Wahn, Halluzinationen und Negativsymptomatik*. 1. Auflage, Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Mehl, S. / Rief, W. / Mink, K. / Lüllmann, E. / Lincoln, T. (2010): Social performance is more closely associated with theory of mind and autobiographical memory than with psychopathological symptoms in clinically stable patients with schizophrenia-spectrum disorders. In: *Psychiatry Research*, Vol. 178, No. 2. S. 276–283.
- Möller, H.-J. / Czobor, P. (2015): Pharmacological treatment of negative symptoms in schizophrenia. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, Vol. 265, No. 7. S. 567–578.
- Mueser, K.T. / Bellack, A.S. / Morrison, R.L. / Wixted, J.T. (1990): Social competence in schizophrenia: Premorbid adjustment, social skill, and domains of functioning. In: *Journal of Psychiatric Research*, Vol. 24, No. 1. S. 51–63.

National Institute for Health and Care Excellence (2014): Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178> [zuletzt aufgerufen am: 11.11.2020]. S. 1–39.

Nelson, H.E. (2011): *Kognitiv-behaviorale Therapie bei Wahn und Halluzinationen. Ein Therapieleitfaden*, 1. Auflage, Stuttgart: Schattauer Verlag.

Németh, G. / Laszlovszky, I. / Czobor, P. / Szalai, E. / Szatmári, B. / Harsányi, J. / Barabássy, A. / DeBelle, M. / Durgam, S. / Bitter, I. / Marder, S. / Fleischhacker, W.W. (2017): Cariprazine versus risperidone monotherapy for treatment of predominant negative symptoms in patients with schizophrenia: A randomised, double-blind, controlled trial. In: *Lancet*, Vol. 389, No. 10074. S.1103–1113.

Pfammatter, M. / Junghan, U.M. / Brenner, H.D. (2006): Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. In: *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 32, No. S1. S. 64–80.

Peters-Kühlinger, G. / Friedel, J. (2008): *Soft skills*. 2. Auflage, Freiburg im Breisgau: Haufe Verlag.

Rabinowitz, J. / Levine, S.Z. / Garibaldi, G. / Bugarski-Kirola, D. / Berardo, C.G. / Kapur, S. (2012): Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia: Analysis of CATIE data. In: *Schizophrenia Research*, Vol. 137, No. 1–3. S. 147–150.

Runde, B. (2014): Soziale Kompetenzen. In: Wirtz, M.A. (Hrsg.): *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. 18. Auflage, Bern: Hogrefe Verlag. S. 1447.

Salzmann-Erikson, M. / Sjödin, M. (2018): A narrative meta-synthesis of how people with schizophrenia experience facilitators and barriers in using antipsychotic medication: Implications for healthcare professionals. In: *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 85. S. 7–18.

Turner, D.T. / McGlanaghy, E. / Cuijpers, P. / Van der Gaag, M. / Karyotaki, E. / MacBeth, A. (2018): A meta-analysis of social skills training and related interventions for psychosis. In: *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 44, No. 3. S. 475–491.

Turner, D.T. / Van der Gaag, M. / Karyotaki, E. / Cuijpers, P. (2014): Psychological interventions for psychosis: A meta-analysis of comparative outcome studies. In: *American Journal of Psychiatry*, Vol. 171, No. 5. S. 523–538.

Veerman, S.R.T. / Schulte, P.F.J. / De Haan, L. (2017): Treatment for negative symptoms in schizophrenia: A comprehensive review. In: *Drugs*, Vol. 77, No. 13. S. 1423–1459.

Weinberg, S.L. / Abramowitz, S.K. (2008): *Statistics using SPSS: An integrative approach*. 2. Auflage, Cambridge: Cambridge University Press.

Wittchen, H-U. / Zaudig, M. / Fydrich, T. (1997): *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV: SKID*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Wolf, H. (2003): *Soziale Kompetenz: Psychologische Bedeutung und Beziehungen zu Intelligenz und Persönlichkeitsmerkmalen*. Dissertation im Fach Psychologie an der Universität Bielefeld.

World Health Organization (WHO) (2019): Schizophrenia or other primary psychotic disorders. In: *International classification of diseases - Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11)*, Version 04/2019. Verfügbar unter: <https://icd.who.int/browse11/l1-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f1683919430> [zuletzt aufgerufen am: 18.02.2020].

Wykes, T. (2014): Cognitive-behaviour therapy and schizophrenia. In: *Evidence-Based Mental Health*, Vol. 17, No. 3. S. 67–68.

Wykes, T. / Huddy, V. / Cellard, C. / McGurk, S. / Czobor, P. (2011): A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: Methodology and effect sizes. In: *American Journal of Psychiatry*, Vol. 168, No. 5. S. 472–485.

Wykes, T. / Steel, C. / Everitt, B. / Tarrier, N. (2008): Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect Sizes, clinical models, and methodological rigor. In: *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 34, No. 3. S. 523–537.

Xia, J. / Merinder, L.B. / Belgamwar, M.R. (2011): Psychoeducation for schizophrenia. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011*, Issue 6. Art. No.: CD002831. S. 1–143.

Zorn, P. / Roder, V. (2005): Die Therapie sozialer Kompetenz bei schizophren Erkrankten. In: Vriends, N. / Markgraf, J. (Hrsg.): *Soziale Kompetenz, Soziale Unsicherheit, Soziale Phobie Verstehen und Verändern*. 3. aktualisierte und vollständig überarbeitete Auflage, Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren. S. 257–280.

7 Anhang

7.1 Informationsbogen für Kontrollprobanden über Zweck und Ablauf der Untersuchung

Informationsblatt für PatientInnen und KontrollprobandInnen

Wir haben Sie gefragt, ob Sie zur Teilnahme an einem wissenschaftlichen Forschungsprojekt bereit sind. Mit diesem Informationsblatt beschreiben wir den Inhalt und Sinn des Forschungsprojektes. Außerdem erklären wir Ihnen, wie die Untersuchungen im Einzelnen ablaufen werden.

Sie sollten an der Untersuchung nicht teilnehmen, wenn Sie es nicht selbst möchten. Wir möchten Sie ausdrücklich darauf hinweisen, dass Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen und ohne dass Ihnen daraus irgendwelche Nachteile entstehen, die Möglichkeit haben, Ihre Einwilligung in die Durchführung der Untersuchung zu widerrufen.

Alle Untersuchungsergebnisse, Befunde oder sonstige im Verlauf der Untersuchungen erworbenen Erkenntnisse unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht und Vertraulichkeit. Alle personenbezogenen Daten werden gemäß den geltenden rechtlichen Bestimmungen (§ 203 StGB) vor unbefugter Offenbarung strikt geschützt.

Wissenschaftliche Ergebnisse der Untersuchungen werden in Fachzeitschriften veröffentlicht werden. Dabei ist eine Identifikation Ihrer Identität ausgeschlossen.

Kurzbeschreibung des Projektes

Wir möchten gerne erfahren, ob sich verschiedene Menschen in der Art und Weise, wie sie in sozialen Situationen Informationen sammeln und Schlussfolgerungen ziehen, unterscheiden. Weiterhin würden wir gerne wissen, wie verschiedene Menschen sich selbst und andere Menschen wahrnehmen. Ziel der Untersuchung ist es, für Menschen, die an Psychosen erkrankt sind, in Zukunft noch erfolgreichere kognitiv-behaviorale Therapien zu entwickeln.

Ablauf der Untersuchung

Die Untersuchung verläuft ähnlich wie eine übliche psychiatrische Untersuchung. Wir möchten mit Interviews, Fragebögen und eines Experiments am Computer herausfinden, wie Sie sich selbst und andere Personen wahrnehmen. Weiterhin werden das Gedächtnis, die Aufmerksamkeit und das allgemeine Wissen erfasst. Die Untersuchung beinhaltet keine Belastung, die über das normale Maß einer ärztlichen oder psychologischen Untersuchung hinausgeht. Sie wird ca. dreieinhalb Stunden in Anspruch nehmen und kann auf mehrere Termine verteilt werden.

7.2 Formblatt zum Protokollieren der soziodemographischen Daten der Kontrollprobanden



Demographische Daten

Datum: _____

Code: _____

weiblich männlich

Geburtsdatum: _____

Schulbildung: _____

Berufsausbildung: _____

Dauer der Ausbildung in Jahren (Schule + Berufsausbildung oder Studium): _____

derzeitig ausgeübter Beruf: _____

derzeitiger beruflicher Status:

- Angestellte/r; Selbstständig
- in Ausbildung
- Arbeit in einer Fördereinrichtung
- arbeitslos

seit: _____

- Hausfrau /-mann
- in Altersrente/Pension
- erwerbsunfähig (Erwerbsunf.-Rente)

zurzeit krankgeschrieben/ nein ja _____

derzeitige Wohnsituation:

- eigene Wohnung (alleine)
- bei Eltern
- Wohnheim

seit: _____

- Wohnung mit Partner/Familie/Freunden
- betreutes Wohnen

Familienstand:

- verheiratet
- getrennt
- ledig
- geschieden
- feste Partnerschaft
- verwitwet

Ausschluss psychischer Störungen? Ja nein

Psychiatrische Anamnese:

(Diagnosen)

7.3 Ratingskala für soziale Kompetenz (Fydrich et al., 1998)

Instruktion für den Probanden:

Wir würden Sie nun gerne bitten, sich vorzustellen, dass Sie sich auf einer Party eines Freundes befinden. Ihre Aufgabe ist es nun, mit einer unbekannt Person, Ihrem Rollenspielpartner, den ich gleich in den Raum führen werde, ein Gespräch auf dieser Party zu beginnen und das Gespräch etwa drei Minuten lang aufrecht zu halten.

Instruktion für den Gesprächspartner

Der Gesprächspartner soll zunächst nichts sagen und abwarten, ob der Proband das Gespräch beginnt. Dann soll er sich an dem Gespräch beteiligen

Instruktion zu Beginn:

Dies ist Ihr Gesprächspartner Herr / Ihre Gesprächspartnerin Frau...Bitte beginnen Sie nun mit dem Gespräch.

Gespräch wird mit Kamera so gefilmt, dass Proband gut von vorne zu sehen ist.

Rating des Gesprächs

1. Blickkontakt

Skala	Beschreibung
(1) Sehr gut	<p>Die Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hält während des Gesprächs Augenkontakt mit dem Partner - Sie starrt zu keiner Zeit. - Sie fokussiert ihren Blick auf das Gesicht des Partners, wenn dieser spricht; - während eigener Sprachsequenzen ist der Blick nur gelegentlich auf den Partner gerichtet. - und ihr Blickkontakt korrespondiert sehr gut mit Phasen des Sprechens bzw. Zuhörens. - Sie sieht den Gesprächspartner während Phasen des Zuhörens häufiger an als in Gesprächsphasen, in denen sie selbst spricht.
(2) Gut	<p>Die Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hält die meiste Zeit des Gesprächs Augenkontakt mit dem Partner. - Sie starrt bzw. vermeidet den Blickkontakt fast nie - und ihr Blickkontakt korrespondiert gut mit Phasen des Sprechens bzw. Zuhörens.
(3) Mittelmäßig	<p>Die Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vermeidet gelegentlich Augenkontakt mit dem Partner - oder starrt gelegentlich, während der Partner spricht

	<ul style="list-style-type: none"> - Ihr Blickkontakt korrespondiert nur manchmal mit Phasen des Sprechens bzw. Zuhörens.
(4) schlecht	<p>Die Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vermeidet oft Augenkontakt mit dem Partner - oder starrt ihn häufig an. - Ihr Blickkontakt korrespondiert kaum mit Phasen des Sprechens bzw. Zuhörens. - Die Person schaut sich gelegentlich um (z. B. zur Kamera), sie sieht aber nicht nervös in eine andere Richtung.
(5) sehr schlecht	<p>Die Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vermeidet es völlig, den Partner anzusehen - oder starrt ihn ununterbrochen an. - Ihr Blickkontakt korrespondiert in keiner Weise mit Phasen des Sprechens bzw. Zuhörens. - Die Person nimmt häufig Blickkontakt auf (z. B. zur Kamera) oder schaut sich um.

2. Stimme und Sprache

Skala	Beschreibung
(1) Sehr gut	<p>Die Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> - spricht mit deutlicher, lebendiger und modulierter Stimme - Sprachmelodie und Betonung korrespondieren sehr gut mit dem Inhalt. - Die Lautstärke ist der Konversation angemessen.
(2) Gut	<p>Die Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> - spricht meistens deutlich, moduliert und lebendig. Sprachmelodie und Betonung - korrespondieren gut mit dem Inhalt. Die Lautstärke ist der Konversation - angemessen.
(3) Mittelmäßig	<p>Die Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> - spricht einigermaßen deutlich, moduliert und lebendig. - Sprachmelodie und Betonung korrespondieren teilweise mit dem Inhalt. - Die Lautstärke ist etwas zu gering oder zu laut.
(4) schlecht	<p>Die Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> - spricht mit nur wenig modulierter Stimme und mit geringer Lebendigkeit - oder sie spricht oft undeutlich. - Sprachmelodie und Betonung korrespondieren wenig mit dem Inhalt. - Die Lautstärke ist zu gering oder zu laut.

(5) sehr schlecht	Die Person: <ul style="list-style-type: none"> - spricht mit flacher, monotoner Stimme, ohne Lebendigkeit - oder es ist so gut wie keine Sprachmelodie und Betonung vorhanden - oder sie spricht sehr leise - oder sie spricht meistens undeutlich - oder sie spricht übertrieben laut.
--------------------------	--

3. Sprechdauer

Skala	Beschreibung
(1) Sehr gut	Die Person: <ul style="list-style-type: none"> - spricht und antwortet die meiste Zeit in mehreren Sätzen (dabei gibt es keine unangenehmen und unpassenden Schweigezeiten) - und sie lässt dem Partner immer ausreichend Zeit für eigene Ausführungen - Die Konversation ist zu keiner Zeit einseitig - kein Interviewstil
(2) Gut	Die Person: <ul style="list-style-type: none"> - spricht in den meisten Fällen einen oder zwei Sätze ohne größere Schweigezeiten; - oder es gibt Momente, in denen die Äußerungen eher kurz oder ausschweifend sind - und die Person lässt dem Partner immer ausreichend Zeit für eigene Ausführungen - Die Konversation ist nicht einseitig - Eine leichte Tendenz zum Interviewstil kann vorhanden sein
(3) Mittelmäßig	Die Person: <ul style="list-style-type: none"> - spricht meistens nur einen Satz pro Sprechphase; - oder es bestehen gelegentlich längere Schweigephasen zwischen den Sätzen - oder die Person neigt manchmal dazu, ausschweifend zu reden, wodurch die Konversation phasenweise einseitig wird, - oder sie stellt häufig Fragen (Interviewstil).
(4) schlecht	Die Person: <ul style="list-style-type: none"> - gibt fast nur kurze Äußerungen von sich, oft in unvollständigen Sätzen, - oder sie schweigt häufig lange - oder sie spricht häufig in sehr langen Phrasen, welche die Konversation einseitig machen, - oder sie stellt fast nur Fragen (Interviewstil).
(5) sehr schlecht	Die Person:

	<ul style="list-style-type: none"> - gibt fast ausschließlich Äußerungen wie „hm“, „ja“, „nein“ o.ä. von sich (die Sprache ist monosyllabisch) - oder sie schweigt fast ausschließlich - oder die Antworten sind so lang, dass der Partner gar nicht zu Wort kommt, - oder die Person stellt ausschließlich Fragen (Interviewstil).
--	--

4. Körperliche Unruhe und Nervosität

Skala	Beschreibung
(1) Sehr gut	<p>Die Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hat während des Rollenspiels eine dem Partner zugewandte Körperhaltung und erscheint den größten Teil der Zeit entspannt und gelockert. - Sie zeigt unbefangene Bewegungen (Gestik und Mimik; auch Lachen oder Lächeln), die mit dem Inhalt der Konversation korrespondieren.
(2) Gut	<p>Die Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeigt in ganz kurzen Zeitabschnitten leichte Rigidität (angespannte Starrheit) des Körpers, nervöses Räuspern oder Schlucken - Diese Nervositätsanzeichen treten nur in sehr leichter Form, höchstens die Hälfte der Zeit während des Rollenspiels auf (oder nur am Anfang in leichter Form) - Kaum Beinbewegungen und / oder Umherrsutschen auf dem Stuhl oder nervöses Spielen mit Händen, Haar oder Kleidung (Selbstmanipulationen). - <input type="checkbox"/> Gesten, welche die Konversation unterstützen und / oder Lächeln treten auf und sind meistens unbefangene. - Zeichen von Unbehagen sind nur in geringem Maße sichtbar.
(3) Mittelmäßig	<p>Die Person</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeigt leichte Rigidität der Arme, Beine oder des gesamten Körpers während höchstens der Hälfte der Zeit (oder nur anfänglich starke Rigidität) - oder die Person zeigt leichte Bewegungen mit den Beinen - oder leichtes nervöses Spielen - oder leichte Selbstmanipulationen, die über einen längeren Zeitraum hinweg auftreten können - oder manchmal nervöses Räuspern oder Schlucken - oder unangemessenes Kichern oder Lachen. - Zumindest gelegentlich zeigt sie auch unbefangene Gestik und Mimik.
(4) schlecht	<p>Die Person:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Zeigt starke Rigidität der Arme, Beine oder des gesamten Körpers während mehr als der Hälfte der Zeit. - Die Person sitzt kaum still (häufige Beinbewegungen; Umherrutschen auf dem Stuhl, Selbstmanipulationen). - Sie hat ein unbewegliches Gesicht - oder nervöse, unruhige bzw. gespannte Mimik - oder nervöses Räuspern, Schlucken - und / oder häufiges unangemessenes Kichern und Lachen
(5) sehr schlecht	<p>Die Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zeigt Starke Rigidität der Arme, Beine oder des gesamten Körpers während mehr als der Hälfte der Zeit - oder ununterbrochene Beinbewegungen - und / oder Umherrutschen auf dem Stuhl - oder ununterbrochenes nervöses Spielen mit Händen, Haar oder Kleidung (Selbstmanipulationen) - oder extrem unbewegliches Gesicht - oder extrem nervöse, unruhige bzw. gespannte Mimik; häufiges Räuspern, Schlucken oder Stottern - oder kichert / lacht häufig unangemessen.

5. Konversationsfluss

Skala	Beschreibung
(1) Sehr gut	<p>Die Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hält die Konversation ohne Hilfe des Partners aufrecht - und reagiert immer auf Äußerungen des Partners, indem sie auf die vorher vom Partner gelieferte Information eingeht oder eigene Erfahrungen zu einem ähnlichen Thema beisteuert. - Sie führt an passenden Stellen neue Themenbereiche ein - und sie gebraucht häufig offene Fragen. - Sie zeigt Interesse an ihrem Partner und dem Inhalt der Konversation.
(2) Gut	<p>Die Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kann Konversation mit geringer Hilfe des Partners aufrechterhalten. - Der Konversationsstil ist flüssig, die Person gibt persönliche Information - und sie stellt dem Partner auf den Konversationsinhalt bezogene, meist offene Fragen. - Sie zeigt Interesse am Partner, indem sie meistens auf die angesprochenen Inhalte eingeht.
(3) Mittelmäßig	<p>Die Person:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - hält die Konversation die meiste Zeit mit geringer Hilfe des Partners aufrecht, trotzdem ist das Gespräch manchmal stockend / holprig. - Sie stellt einige offene Fragen, liefert von sich aus wenig Information. - Die Person geht zumindest teilweise auf die Äußerungen ihres Partners ein. - Wiederholungen bereits gestellter Fragen oder Themen kommen einmal oder gar nicht vor - oder die Person steigt einmal kurz aus der Rollenspielsituation aus (sagt z. B. „Ich weiß jetzt nicht mehr, was ich sagen soll“).
(4) schlecht	<p>Die Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> - macht einen zaghaften Versuch, das Gespräch zu initiieren - Es gelingt ihr nur zu etwa der Hälfte der Gesprächsphasen, das Gespräch weiterzuführen; die Konversation ist stockend / holprig. - Sie stellt kaum offene Fragen - oder sie ist aufdringlich - oder sie zeigt nur geringes Interesse am Gesprächspartner / Gesprächsthema. - Die Person geht kaum auf Themen des Partners ein - und sie liefert kaum Information über sich. - Wiederholungen bereits angesprochener Themen kommen nicht öfters als zweimal vor - oder die Person steigt wiederholt kurz oder einmal länger aus der Rollenspielsituation aus.
(5) sehr schlecht	<p>Die Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> - macht keinen Versuch, das Gespräch zu beginnen. - Auch wenn eine sofortige Reaktion des Interaktionspartners erfolgt, kann sie das Gespräch nicht weiterführen. - Sie stellt keine offenen Fragen - oder sie ist aufdringlich - oder sie zeigt kein Interesse am Gesprächspartner / Gesprächsthema. Weder geht sie auf Informationen, die vom Gesprächspartner kommen, ein, noch steuert sie Informationen über ihre eigene Person bei. - Wiederholungen bereits angesprochener Themen kommen dreimal oder mehr vor - oder die Person steigt aus der Rollenspielsituation aus und kann nicht mehr in die Situation zurückkehren.

6. Inhalt

Skala	Beschreibung
-------	--------------

(1) Sehr gut	<ul style="list-style-type: none"> - Der Inhalt ist sehr interessant und kreativ, gleichzeitig aber der Unbekanntheit des Gegenübers angepasst. - Der emotionale Ausdruck ist angemessen, es sind normale Gefühle - und eine normale emotionale Beteiligung am Gespräch wahrnehmbar.
(2) Gut	<ul style="list-style-type: none"> - Der Inhalt ist einigermaßen interessant und kreativ, trotzdem an die Unbekanntheit des Gegenübers angepasst. - Der emotionale Ausdruck ist manchmal eingeschränkt - oder die emotionale Beteiligung ist nicht immer vorhanden.
(3) Mittelmäßig	<ul style="list-style-type: none"> - Der Inhalt ist interessant oder kreativ, - manchmal ist der Proband zu verschlossen - oder öffnet sich in Bezug auf die Unbekanntheit des Gegenübers in zu extremer Weise. - Eine geringe Unangemessenheit des Inhalts an den Grad der Bekanntheit ist zu bemerken.
(4) schlecht	<ul style="list-style-type: none"> - Der Inhalt ist eher uninteressant oder unpersönlich - der Gesprächspartner ist entweder sehr verschlossen - oder öffnet sich zu stark. - Der Inhalt ist deutlich dem Grad der Bekanntheit unangemessen.
(5) sehr schlecht	<ul style="list-style-type: none"> - Der Inhalt ist uninteressant und unpersönlich, - der Gesprächspartner ist extrem verschlossen - oder sehr distanzlos. - Der Inhalt korrespondiert gar nicht mit dem Grad der Bekanntheit. .

7. Allgemeine soziale Kompetenz

Skala	Beschreibung
(1) Sehr gut	Verhalten der Person und Inhalt ihrer Äußerungen wirken in der Situation kompetent und freundlich.
(2) Gut	Das Verhalten der Person und der Inhalt der Äußerungen wirken in der Situation angemessen, es werden keine Schwierigkeiten deutlich.
(3) Mittelmäßig	Im Verhalten der Person oder im Inhalt ihrer Äußerungen werden leichte Schwierigkeiten sichtbar, die das Gespräch bzw. das angestrebte Ziel der Interaktion nicht stark beeinträchtigen müssen. Das Verhalten ist leicht auffällig oder unangenehm.
(4) schlecht	Das Verhalten der Person und ihre Äußerungen sind deutlich auffällig / unangenehm, ohne völlig situationsinadäquat für die Erreichung des Ziels der Interaktion zu sein

(5) sehr schlecht	Das Verhalten der Person ist ausgesprochen auffällig oder unangenehm, es finden sich krass auffällige Verhaltensweisen oder Äußerungen, die insgesamt betrachtet sehr inadäquat oder unangenehm wirken.
--------------------------	---

Beurteilungsbogen

	Sehr gut	Gut	Mittel- mäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1. Blickkontakt					
Augenkontakt (angemes- sen/starren)					
Korrespondenz zu Phasen des Sprechens					
Umschauen					
2. Stimme und Sprache					
Deutlichkeit / Lebendigkeit / Modulation der Stimme					
Korrespondenz Sprachmelo- die / Betonung zum Inhalt					
Lautstärke					
3. Sprechdauer					
Länge der Äußerungen					
Schweigezeiten					
Fragen / Gelegenheit des Ge- genübers für Ausführungen					
4. Körperliche Unruhe und Nervosität					
Körperhaltung (zugewandt? Locker? Entspannt?)					
Bewegungen (unbefangen? Mimik? Gestik? Lächeln, Korrespondenz zum Inhalt					
Nervöse Bewegungen, Räus- pern, / Schlucken, Selbstma- nipulationen, Kichern					
5. Konversationsfluss					

Initiierung / Aufrechterhaltung des Gesprächs, offene Fragen					
Unaufdringlichkeit, Interesse Beisteuern eigener Informationen					
Wiederholen von Themen					
Verbleiben in der Rollenspielsituation					
6. Inhalt					
Kreativität des Inhalts / Smalltalks					
Angemessenheit des Inhalts an die Situation					
Überleitungen					
7. Gesamteindruck					

7.4 Verzeichnis der akademischen Lehrenden

Meine akademischen Lehrenden waren in Marburg:

Frau/Herr Adamkiewicz, Baranovski, Bartsch, Bauer, Baum, Baumann, Becker, Becker, Becker, Beplex, Berger, Bien, Bösner, Brehm, Braun, Cetin, Czubayko, Daut, Decher, Del Rey, Dodel, Donner-Banzhoff, Efe, Engenhardt-Cabillic, Fendrich, Feuser, Fritz, Fuchs-Winkelmann, Gress, Grosse, Grundmann, Grzeschik, Hertl, Heverhagen, Heyse, Höffken, Hoffmann, Hoyer, Hundt, Jerrentrup, Kann, Kill, Kinscherf, Kircher, Klose, Knipper, Köhler, König, Kolb-Niemann, Krones, Krüger, Kruse, Kühnert, Lechler, Lill, Lohoff, Luster, Mahnken, Maier, Moll, Moosdorf, Mueller, Müller, Mutters, Neubauer, Neumüller, Neumüller, Nimsky, Oberwinkler, Oertel, Oliver, Opitz, Pagenstecher, Pantazis, Plant, Plöger, Preisig-Müller, Reese, Renz, Riera-Knorrenschild, Richter, Riße, Roelcke, Ruchholtz, Schäfer, Schieffer, Schmidt, Schneider, Schratt, Schröder, Schu, Sekundo, Seifert, Sevinc, Sommer, Stein, Steiniger, Stahl, Stiewe, Strik, Teymoortash, Thieme, Timmesfeld, Vogelmeier, Vogt, Wagner, Weihe, Werner, Westermann, Wißniowski, Wrocklage, Wulf, Zavorotny, Ziller

7.5 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen beteiligten Personen danken, die mich bei der Anfertigung meiner Doktorarbeit unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Stephanie Mehl für die hervorragende Betreuung und die enorme Unterstützung bei der Umsetzung der gesamten Arbeit. Ich danke für das Überlassen des Themas, die Bereitstellung der Daten und die kontinuierliche Begleitung während des Bearbeitungsprozesses.

Weiterhin danke ich Angelika Schuster für die Beratung bei der statistischen Auswertung.

Ebenso möchte ich meiner Familie, meinen Freunden und meinem Mann Lars für die Geduld, das Korrekturlesen und die immerwährende Ermutigung und Motivation danken.

Und nicht zuletzt gilt mein Dank allen Patienten, die sich zur Teilnahme an dieser Studie bereit erklärt haben.