

# **Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg**

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege und Management

**Dualer Studiengang Pflege (BA)**

## **Das Training sozialer Kompetenzen bei Klienten mit Schizophrenie als pflegerisches Aufgabenfeld**

Bachelor-Arbeit

Abgabedatum: 01. Juni 2011

Vorgelegt von: Oliver Manske

Betreuende Prüfende: Prof. Dr. Uta Gaidys

Zweiter Prüfer: Dipl.-Med. Päd. Bernd Dobritzsch

## Inhaltsverzeichnis:

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1	Problembeschreibung.....	1
1.2	Untersuchungsziel.....	2
1.3	Fragestellungen.....	2
1.4	Aufbau der Arbeit.....	3
<b>2</b>	<b>Methodik</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Aufgabenspektrum der Pflege im psychiatrischen Kontext</b> .....	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Krankheitsbedingte Beeinträchtigungen durch Schizophrenie</b> .....	<b>9</b>
<b>5</b>	<b>Training sozialer Kompetenzen bei Schizophrenie</b> .....	<b>12</b>
5.1	Ansatz und Begriffsbestimmung: soziale Kompetenzprobleme.....	12
5.2	Inhalte des Trainings.....	13
5.3	Nutzen des Trainings für den Klienten.....	19
5.4	Einsatz von Pflegenden im sozialen Kompetenztraining.....	24
5.4.1	Voraussetzungen von Pflegenden.....	24
5.4.2	Aufgabenbereiche für Pflegende.....	28
5.4.3	potentielle Auswirkungen auf die Beratung von Klienten.....	30
<b>6</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>33</b>
<b>7</b>	<b>Limitationen</b> .....	<b>37</b>
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>39</b>
<b>9</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>43</b>

## Abkürzungsverzeichnis:

ATP	Assertiveness-Training-Programm
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
GSK	Gruppentraining sozialer Kompetenzen
ICD-10 Kapitel V (F)	Internationale Klassifikation psychiatrischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation
KrPflG	Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege
SSANIT	Kombination aus sozialem Kompetenztraining und neurokognitivem Training in der Studie von Acerra et al. (2010)
SächsGfbWBVO	Verordnung des sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen
SLA	Structured leisure activities
WBPsychVo	Landesverordnung über die Weiterbildung und Prüfung von Pflegefachkräften für Psychiatrie des Landes Schleswig- Holstein
Typ B	soziale Situationen der Klasse 'Beziehungen' im Gruppentraining sozialer Kompetenzen

Typ R

soziale Situationen der Klasse 'Recht durchsetzen' im Gruppentraining sozialer Kompetenzen

Typ S

soziale Situationen der Klasse 'Um Sympathie werben' im Gruppentraining sozialer Kompetenzen

# 1 Einleitung

## 1.1 Problembeschreibung

Etwa 1% der Bevölkerung erkrankt einmal im Leben an Schizophrenie (Robert Koch-Institut, 2010). In Deutschland bekommen jährlich ca. 15600 Menschen diese gestellt (Robert Koch-Institut, 2010). Eine Schizophrenie ist eine psychiatrische Erkrankung, die die kognitiven und sozialen Funktionen der Menschen beeinträchtigen kann. Die Krankheit kann folglich die Leistungsfähigkeit und die soziale Teilhabe der Erkrankten beeinflussen. Die Betroffenen sind beispielsweise häufiger berufsunfähig und schließen weniger Ehen (Klingberg, 2006). Es existieren bereits verschiedene therapeutische Ansätze, um den Betroffenen eine bessere soziale Teilhabe zu ermöglichen. Beispielsweise wird in der aktuellen S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde<sup>1</sup> das Training sozialer Fertigkeiten als psychotherapeutische Intervention empfohlen (DGPPN, 2006).

Das Training sozialer Kompetenzen hat das Ziel die Betroffenen zu befähigen, in interpersonellen Beziehungen selbstsicherer aufzutreten, um folglich ein höheres Wohlbefinden zu erreichen (Arissen / Wiedemann 2006). Durchgeführt wird das Training nach meinen persönlichen Erfahrungen meistens von Psychologen, Psychotherapeuten oder Sozialarbeitern.

Pflegende sind in den psychiatrischen Therapien ebenfalls Bezugspersonen für die Klienten<sup>2</sup>. Sie haben aufgrund ihrer Tätigkeit sehr kontinuierlichen und intensiven Kontakt zu den Betroffenen. Der Aufbau der Beziehung zwischen den Klienten und Pflegenden stellt dabei eine besondere Aufgabe dar, weil das gemeinsame Arbeiten an Problemen eine Vertrauensbasis erfordert (Abderhalden et al., 2006). Das Aufgabenfeld von Pflegenden wandelt sich seit einigen Jahren. Beratung, Schulung und Anleitung von Klienten sind durch das überarbeitete Krankenpflegegesetz von 2004 pflegerische Handlungsfelder (KrPflG §3 Abs. 2).

---

<sup>1</sup> kurz DGPPN

<sup>2</sup> Aufgrund einer erhöhten Prävalenz von 1,4:1 bei Männern im Vergleich zu Frauen (Robert-Koch-Institut, 2010) und zu einer besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit die männliche Form verwendet. Diese impliziert jedoch auch immer die weibliche Form. Dies gilt zudem auch für alle weiteren Personenangaben im Rahmen dieser Arbeit.

Nach meinen eigenen Erfahrungen spiegelt sich dies jedoch im alltäglichen Stationsablauf selten wieder. Die Beratungsfunktion von Pflegenden, welche vom Gesetzgeber vorgegeben ist, wird folglich nicht ausreichend ausgeführt. Die Klienten bekommen demnach unzureichende Beratung hinsichtlich ihrer Beeinträchtigungen. Durch diese unzureichende Beratung kann es in der Folge zu weiteren Problemen für die Klienten kommen.

Das Training sozialer Kompetenzen bietet Pflegenden die Möglichkeit, diese Aufgaben aktiv durchzuführen und das Training dadurch mitzugestalten.

Für die Klienten wäre dies eine Möglichkeit auch in der Therapie Kontakt zu ihren Bezugspersonen des Pflegepersonals zu haben und die bis dahin entstandene Beziehung zu nutzen.

### 1.2 Untersuchungsziel

Aus dieser Problembeschreibung ergeben sich zwei Untersuchungsziele. Zunächst soll untersucht werden, welchen Nutzen Klienten mit Schizophrenie aus dem Training sozialer Kompetenzen ziehen.

Zudem soll mit dem sozialen Kompetenztraining ein potentiell Handlungsfeld der pflegerischen Praxis in der Psychiatrie dargestellt werden. Dabei sollen Voraussetzungen und Aufgabenfelder für Pflegende erarbeitet werden.

Die zusammengetragenen Ergebnisse sollen dazu beitragen, Pflegende in das soziale Kompetenztraining zu integrieren, um ihr Handlungsfeld zu erweitern und den Nutzen für die Klienten zu erhöhen.

### 1.3 Fragestellungen

Welchen Nutzen hat das Training sozialer Kompetenzen für Klienten mit Schizophrenie?

Welche Aufgaben können Pflegende im sozialen Kompetenztraining für Klienten mit Schizophrenie übernehmen?

## 1.4 Aufbau der Arbeit

Um die Fragestellung zu beantworten, wird zunächst das normative Aufgabenspektrum der Pflege in der Psychiatrie dargestellt, um einen Überblick über die Pflege in diesem Bereich zu geben.

Folgend werden die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen beschrieben, welche mit der Erkrankung Schizophrenie einhergehen. Dies dient dazu, die Vielschichtigkeit dieser Thematik darzustellen. Zudem dient diese Beschreibung als Begründungsgrundlage des sozialen Kompetenztrainings als eine Therapieoption dieser Erkrankung.

Weiterhin wird das Training sozialer Kompetenzen mit seinen Inhalten dargestellt. Dabei liegt der Fokus auf dem Aufgabenspektrum der Trainer. Außerdem wird der Nutzen des Trainings für die Klienten dargestellt. Ziel dieses Abschnitts ist es, einen Überblick über das Konzept und die Aufgabenbereiche zu geben, um darauf aufbauend Aufgabenfelder für die Pflege zu erarbeiten.

Im weiteren Verlauf werden Voraussetzungen und mögliche Aufgabenbereiche von Pflegenden im sozialen Kompetenztraining herausgestellt. Darauf aufbauend werden dann potentielle Auswirkungen des sozialen Kompetenztrainings auf die Beratung von Klienten beschrieben.

Der Abschluss der Arbeit bildet eine Diskussion, in der Bezug zur Fragestellung genommen wird. Zudem findet eine kritische Auseinandersetzung mit der bearbeiteten Thematik statt, in der auch ein Ausblick in Bezug auf die Umsetzung des sozialen Kompetenztrainings mit Pflegenden gegeben wird.

Im Folgenden wird die Methodik dargestellt, welche genutzt wird, um die Fragestellungen zu beantworten und die Untersuchungsziele zu erreichen.

## **2 Methodik**

Die verwendete Methodik dieser Arbeit ist eine systematische Literaturrecherche, sowie eine Analyse pflegerischer Kompetenzen bzw. Aufgaben. Um die Fragestellung nach dem Nutzen des sozialen Kompetenztrainings für Klienten, die

an Schizophrenie leiden, zu beantworten, wurde in der Datenbank pubmed mit folgendem PICO-Schema (Behrens / Langer, 2004) recherchiert:

- P = Schizophrenie (schizophren\*)
- I = Training sozialer Kompetenzen (social skills, training)
- C = medikamentöse Therapie, kein Kompetenztraining
- O = Lebensqualität, Fähigkeiten, Wiedereinweisungen, Teilnahme am sozialen Leben, Symptomreduktion, Compliance

Die Schlagwörter wurden durch Freitextsuchen in einer Suchstrategie<sup>3</sup> zusammengeführt. Aus den 52 Treffern wurden die Kurzbeschreibungen nach ihrer Relevanz zur gewählten Fragestellung untersucht. Eingeschlossen wurden dabei Studien mit den Themenschwerpunkten: Nutzen des Trainings sozialer Kompetenzen hinsichtlich sozialer Funktionsfähigkeit, Lebensqualität, Wiedereinweisungen, Teilnahme am sozialen Leben, Symptomreduktion und Compliance, chronische und akute Schizophrenie, sowie quantitative und qualitative Studien. Ausschlusskriterien waren: Medikation, soziales Kompetenztraining bei anderen psychiatrischen Erkrankungen, Probleme / Beeinträchtigungen von Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind und kognitives Verhaltenstraining ohne soziales Kompetenztraining. Aus dieser Suchstrategie und den Ein- und Ausschlusskriterien gingen vier Studien hervor, die für die Beantwortung der Fragestellung potentiell relevant sind.

Hinzugezogen werden zudem Studien, die in der weiteren verwendeten Literatur gefunden und durch die Datenbankrecherche nicht ermittelt wurden, jedoch den oben genannten Kriterien entsprechen.

Eine weitere Datenbankrecherche in pubmed wurde durchgeführt, um Aussagen zu dem sozialen Kompetenztraining bei Schizophrenie unter Einbezug von Pflegenden zu ermitteln<sup>4</sup>. Hierbei wurde der Suchbegriff nurs\* mit den bereits verwendeten Suchbegriffen schizophren\*, social skills und training kombiniert, worauf 27 Ergebnisse ermittelt wurden. Die Ausschlusskriterien waren bei dieser Recherche dieselben, wie bei der ersten. Hinzu kamen die Ausschlusskriterien

---

<sup>3</sup> siehe Anhang 9, Datenbankrecherche I

<sup>4</sup> siehe Anhang 9, Datenbankrecherche II

Familienpflege, integrierte Pflege, Gemeinschaftspflege und Beziehungen zwischen Pflegenden und Klienten. Aus dieser Suchstrategie und den Ein- und Ausschlusskriterien ging nur eine Studie hervor, die für die Beantwortung der Fragestellung potentiell relevant ist. Diese Studie wurde bereits mit der ersten Suchstrategie ermittelt.

Für die Darstellung des normativen Aufgabenspektrums der Pflege in der Psychiatrie wird sich auf das aktuelle Krankenpflegegesetz, sowie Inhalte der Verordnungen der Bundesländer für Fachweiterbildungen in der psychiatrischen Pflege bezogen. Aufgrund der Zugänglichkeit und lediglich einer exemplarischen Darstellung, wird dabei auf die Landesverordnungen von Schleswig-Holstein und Sachsen Bezug genommen.

Um die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen bei Schizophrenie zu beschreiben, wird medizinische Fachliteratur hinzugezogen, die durch eine Handsuche in der Staatsbibliothek Hamburg ermittelt wurde. Kriterien für die gewählte Literatur waren Aktualität, ein logischer Begründungsrahmen und Evidenzen. Zudem wird auch die aktuelle Version der Internationalen Klassifikation psychiatrischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation<sup>5</sup> hinzugezogen.

Zu dem Thema ‚Training sozialer Kompetenzen‘ wird sich in der Arbeit auf Monografien bezogen, die die Begrifflichkeiten, den Ablauf und die Rahmenbedingungen des Trainings logisch begründen und praktische Durchführungsoptionen darstellen. Weiterhin wird zur Erarbeitung der Voraussetzungen der Trainer Literatur zum Thema ‚Moderation und Training‘ hinzugezogen, die den Inhalt praxisnah und begründet darstellt. Recherchiert wurde auch für diese Thematiken per Handsuche in der Staatsbibliothek Hamburg, sowie der Bibliothek der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg.

Weiterhin wurden zwei Experten angeschrieben, um eine Expertenmeinung zum Einsatz von Pflegenden im sozialen Kompetenztraining zu bekommen. Dabei handelt es sich um Personen, die als Autoren an Monografien zum Thema ‚Training sozialer Kompetenzen‘ beteiligt waren. Die gestellten Fragen bezogen

---

<sup>5</sup> kurz ICD-10 Kapitel V (F)

sich auf die Gründe für einen Einsatz von Pflegenden im Kompetenztraining, auf die potentiellen Bereiche, die Pflegende übernehmen können, sowie auf die nötigen Kompetenzen und den Nutzen für die Klienten:

- Inwiefern glauben Sie, dass Pflegekräfte Bereiche des sozialen Kompetenztrainings bei schizophren Erkrankten übernehmen können?
- Welche Bereiche können Pflegekräfte Ihrer Meinung im sozialen Kompetenztraining übernehmen?
- Welche Kompetenzen sind nötig, um das Training generell durchführen zu können?
- Welchen Nutzen hätte es Ihrer Meinung nach für die Klienten, wenn Pflegekräfte in das Training integriert sind?

Aufgrund fehlender Rückmeldungen der angeschriebenen Personen, werden in dieser Arbeit keine Expertenmeinungen mit einbezogen.

Im Folgenden wird das Aufgabenspektrum von Pflegenden in der Psychiatrie dargestellt.

### **3 Aufgabenspektrum der Pflege im psychiatrischen Kontext**

In diesem Kapitel wird das normative Aufgabenspektrum von Pflegenden in der Psychiatrie dargestellt. Dabei wird Bezug genommen zum aktuellen Krankenpflegegesetz, sowie zu Inhalten von Verordnungen einiger Bundesländer für die Fachweiterbildung für psychiatrische Pflege.

Die Krankenpflege in Deutschland wurde 2004 durch die Überarbeitung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege<sup>6</sup> reformiert (KrPflG, S. 1). Die Ziele der Überarbeitung waren neben der Anpassung des Berufes an die veränderten Versorgungsprozesse und Rahmenbedingungen auch das Vorantreiben der Professionalisierung der Pflege in Deutschland (Neiheiser / Walger, 2003).

Laut dem Krankenpflegegesetz ist die Pflege generell „...unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung,

---

<sup>6</sup> kurz Krankenpflegegesetz - KrPflG

Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten.“ (KrPflG §3 Abs. 1). Diese Zielstellung zeigt bereits, dass auch in der psychiatrischen Pflege die größtmögliche Gesundheit der Klienten das Ziel der pflegerischen Handlungen darstellt. Da Gesundheit laut der WHO (2006) nicht nur die Abstinenz von Krankheit ist, sondern auch Wohlbefinden in körperlicher, seelischer und sozialer Hinsicht ist beinhaltet, impliziert dies, dass Pflegende das Wohlbefinden in diesen Bereichen in ihrer Pflege als Ziel definieren sollten.

Pflegende sind laut dem Krankenpflegegesetz dafür eigenverantwortlich, die Pflegeprobleme der Klienten zu erheben, Interventionen zu planen, diese durchzuführen und im Verlauf zu dokumentieren und evaluieren (KrPflG §3 Abs. 2 Satz 1a, b). Das heißt, dass Pflegende auch im psychiatrischen Setting die Probleme der Klienten erheben, die das Wohlbefinden beeinträchtigen, sowohl körperlich und seelisch, als auch sozial. Im Verlauf planen sie Maßnahmen, um die Probleme zu beheben, führen diese durch und überprüfen sie. Dabei sind die Lebensumstände des Klienten, sowie seine Autonomie zu beachten (KrPflG § 3 Abs. 1).

Eine Neuerung des 2004 in Kraft getretenen Krankenpflegegesetzes ist der Bereich der Beratung, Anleitung und Schulung der Klienten „... in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit.“ (KrPflG §3 Abs. 2 Satz 1c). Die Pflegenden sollen somit die Aufgabe übernehmen, die Klienten zu relevanten Sachverhalten zu beraten, und in verschiedenen Handlungen, ihre Erkrankung betreffend, zu schulen und anzuleiten. Dabei orientieren sich die Pflegenden an den Problemen und Ressourcen der Klienten. In der psychiatrischen Pflege sind die Pflegenden somit ebenfalls in der Pflicht, Beratungs- und Schulungsbedarf der Klienten zu ermitteln und ggf. durchzuführen. Diese Bedarfe haben in der Psychiatrie potentiell einen anderen Fokus als in der Somatik. Die Pflegenden benötigen dahingegen möglicherweise ein spezielles Wissen und spezielle Kompetenzen, um die Beratung bei psychiatrisch Erkrankten durchzuführen.

Dieses Wissen und diese Kompetenzen können durch Fachweiterbildungen erworben werden. In Fachweiterbildungen werden Pflegende im Themenbereich ‚spezifische psychiatrische Krankheitslehre und deren Therapie‘ unterrichtet, wie es beispielsweise in der Landesverordnung über die Weiterbildung und Prüfung

von Pflegefachkräften für Psychiatrie des Landes Schleswig-Holstein<sup>7</sup> inhaltlich vorgesehen ist. (BWPsychVO, Anlage 1). Daraus folgt, dass die Pflegenden ein umfassenderes Wissen zu den jeweiligen Erkrankungen bekommen, welches sie in der Pflege, und folglich auch in Beratungen und Schulungen integrieren können. Hinzu werden die Pflegenden laut der BWPsychVO auch in dem Themenkomplex Unterstützung, Beratung und Anleitung geschult (BWPsychVO, Anlage1), so dass sie ihre Fähigkeiten in dieser Thematik ausbauen können. Durch eine fachspezifisch angepasste Beratung können die Klienten im weiteren Verlauf möglicherweise einen höheren Nutzen erzielen.

In der Verordnung des sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen<sup>8</sup> sind weitere Themenbereiche festgelegt, die gelehrt werden. Beispielsweise sind Kompetenzerweiterungen in den Bereichen Gesprächsführung, Gruppenaktivitäten und –gespräche, sowie tagesstrukturierende Maßnahmen und die Aneignung sozialer Kompetenzen vorgesehen (SächsGfbWBVO, Anlage 9). Dadurch haben die Pflegenden ein erweitertes Spektrum an Möglichkeiten, mit denen sie an den Problemen der Klienten arbeiten können, um somit einen höheren Nutzen für sie zu erzielen.

Weitere Themengebiete der Fachweiterbildung sind der Umgang mit Gewalt und Aggression, sowie Konfliktlösungsstrategien (SächsGfbWBVO, Anlage 9). Durch diese Themen werden die Pflegenden darauf vorbereitet, auch in Auseinandersetzungen situationsgerecht reagieren zu können.

Einen genaueren Überblick über die Inhalte der Fachweiterbildung für psychiatrische Pflege bekommt man in den jeweiligen Landesverordnungen der Bundesländer.

Eine weitere Aufgabe der Pflege ist laut dem Krankenpflegegesetz die eigenständige und / oder unterstützende Tätigkeit in den Bereichen Diagnostik und Therapie auf ärztliche Anweisung hin (KrPflG §3 Abs. 2 Satz 2).

Zusammenfassend ist das Ziel der Arbeit von Pflegenden in der Psychiatrie, die Herstellung bzw. Unterstützung bei der Herstellung des größtmöglichen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens. Dabei sind sie für die Erhebung der Probleme, die Interventionsplanung und –durchführung und die

---

<sup>7</sup> kurz WBPsychVo

<sup>8</sup> kurz Weiterbildungsverordnung Gesundheitsfachberufe - SächsGfbWBVO

Überprüfung dieser Maßnahmen verantwortlich. Bei Bedarf müssen sie die Klienten bzgl. ihrer Probleme beraten und schulen. Dazu benötigen Pflegende in der Psychiatrie spezielles Wissen und spezielle Kompetenzen, welche sie in der Fachweiterbildung für psychiatrische Pflege erlangen können. In dieser werden sie zu verschiedenen fachspezifischen Themen geschult, so dass ihre Pflege den Bedürfnissen von psychiatrisch erkrankten Menschen gerecht werden kann und folglich den Nutzen für die Klienten erhöht.

Im Folgenden werden die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen durch Schizophrenie dargestellt.

#### **4 Krankheitsbedingte Beeinträchtigungen durch Schizophrenie**

In diesem Kapitel werden zunächst die verschiedenen Symptome und der Verlauf bei Schizophrenie kurz dargestellt. Daraus ableitend werden die Beeinträchtigungen hinsichtlich der sozialen Kompetenzen und folglich der sozialen Teilhabe beschrieben.

Schizophrenie ist eine Krankheit, die ein großes Spektrum an Symptomen aufweist. Die Symptome selbst können in ihrer Erscheinungsform und Intensität stark variieren (Möller, 2009). Die Erkrankung ist laut WHO vor allem durch Störungen im Wahrnehmen und Denken, sowie durch geminderte und nicht angebrachte Affektivität gekennzeichnet (WHO, 2010). Das Robert Koch-Institut ergänzt die Symptomatik durch die gestörten Funktionsbereiche: Ich-Funktionen, Antrieb, Psychomotorik und Aufmerksamkeit (Robert Koch-Institut, 2010).

Zudem unterscheidet das Robert Koch-Institut zwischen Positivsymptomen<sup>9</sup>, die eine gesteigerte Funktion kennzeichnen, und Negativsymptomen<sup>10</sup>, die sich durch eine geminderte Funktion zeigen (Robert Koch-Institut, 2010).

Der Verlauf von Schizophrenie kann sich ebenfalls sehr unterschiedlich darstellen. Der Beginn der Erkrankung kann akut auftreten oder sich langsam und unbewusst entwickeln. Die akuten Phasen können Wochen bis Monate andauern. Im weiteren Verlauf kann es bei den Klienten zu erneuten Krankheitsphasen, sowie zum

---

<sup>9</sup> Störungen im Denken und Wahrnehmen, sowie der Ich-Funktionen

<sup>10</sup> Störungen des Antriebs, der Psychomotorik und der Affektivität

Zurückbleiben einer Restsymptomatik kommen. Es ist jedoch auch möglich, dass keine oder nur eine geringe Restsymptomatik bestehen bleibt (Möller, 2009).

Die Abbildung 1<sup>11</sup> stellt mögliche Verläufe der Erkrankung grafisch dar. Dabei wird nochmals deutlich, dass es nach akuten Erkrankungen zu einer vollständigen Heilung, jedoch auch zu Rückfällen und Chronifizierungen kommen kann. Dies zeigt, dass diese Erkrankung sehr individuell verlaufen kann und folglich individuell behandelt werden muss.

Aufgrund der vielschichtigen Symptomatik, kann es zu verschiedenen Beeinträchtigungen in der sozialen Teilhabe kommen. Personen, die eine Negativsymptomatik aufweisen, zeigen eine geminderte Affektivität in Form von Gefühlsarmut und Verslossenheit. Zudem sind sie antriebsgemindert, gehen ihren Interessen kaum nach und sind leicht erschöpfbar, was in der Folge zu sozialer Isolation und einem Verlust der Kompetenzen im Sozialverhalten führen kann (Robert Koch-Institut, 2010).

Auch die Positivsymptomatik kann sich auf das alltägliche Leben auswirken. Störungen im Denken, wie beispielsweise Gedankenabreißen oder Zerfahrenheit, oder Defizite in der Wahrnehmung, wie Halluzinationen, können den Betroffenen stark beeinträchtigen (Robert Koch-Institut, 2010). Die Interaktion mit Mitmenschen ist in der Folge möglicherweise schwer umsetzbar, da diese die Realität des Betroffenen nicht teilen können. Folglich kann es zu Verslossenheit und zum sozialen Rückzug kommen.

Defizite in der Aufmerksamkeit und kognitive Leistungsstörungen können mit der Erkrankung einhergehen. Dadurch kann es zu Problemen in der Interaktion mit anderen Menschen kommen. Diese können in Form von mangelndem Einfühlungsvermögen, sowie Fehlinterpretationen von Mimik, Gestik und Gesagtem des Interaktionspartners vorkommen. Auch durch diese Probleme wird folglich die soziale Teilhabe erschwert, wodurch es im Verlauf zu Rückzugstendenzen und Isolation kommen kann (Robert Koch-Institut, 2010).

Im Prodromalstadium, d.h. in der Phase, in der sich die Erkrankung entwickelt, zeigen sich bei etwa 75% der Betroffenen retrospektiv bereits unspezifische Symptome wie depressive Stimmung, sozialer Rückzug und Leistungsminderung

---

<sup>11</sup> siehe 9 Anhang, III Entwicklungsstadien einer schizophrenen Erkrankung

(Häfner et al., 1995). Die Klienten erfahren also schon in dieser Phase Probleme hinsichtlich der sozialen Teilhabe, wie beispielsweise in der Kontaktaufnahme zu anderen Menschen.

Die Schizophrenie entwickelt sich häufig während der Pubertät und dem jungen Erwachsenenalter. Dies ist die Zeit, in der sich Kompetenzen im Sozialverhalten verstärkt ausprägen. Beispielsweise findet man in dieser Zeit seine Rolle in einer Gemeinschaft, tätigt Verabredungen und führt verschiedene, auch konfliktreiche Gespräche mit Lehrern, Eltern oder Vorgesetzten. Betroffene ziehen sich jedoch aufgrund der Erkrankung zurück oder haben vermehrte Klinikaufenthalte. In der Folge fehlen ihnen der Bezug zum Alltag und zu sozialen Kontakten, sowie entscheidende Ereignisse, wie die erste eigene Wohnung, der Beginn einer Ausbildung oder die Gründung einer Familie (Brenner / Pfammatter, 2007). Dadurch haben Betroffene Defizite hinsichtlich sozialer Kompetenzen, da sie diese aufgrund der Erkrankung nicht vollständig erlernen konnten.

Wichtig ist, dass diese Beeinträchtigungen nicht nur für das Krankheitsbild der Schizophrenie gelten. Generell haben Klienten mit psychischen Störungen oft Probleme im Umgang mit Konflikten und Stress, sowie mit der Selbstsicherheit (Bauer, 2002).

Aus diesen Ausführungen wird deutlich, dass die Erkrankung mit Einschränkungen in der Kommunikation und dem Sozialverhalten einher geht. Daraus ergeben sich verschiedene Probleme in der sozialen Teilhabe. Die erkrankten Personen sind vermehrt arbeitslos und leben weniger in festen Partnerschaften. Daraus folgen eine reduzierte Lebensqualität und ein eingeschränktes soziales Leben (Robert Koch-Institut, 2010).

Eine psychotherapeutische Intervention, um diese Einschränkungen zu beheben, ist laut der S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie der DGPPN das Training sozialer Kompetenzen. Dieses Training wird im folgenden Kapitel näher beschrieben.

## 5 Training sozialer Kompetenzen bei Schizophrenie

In diesem Kapitel wird zunächst der Begriff ‚soziale Kompetenzprobleme‘ betrachtet, um den Ansatz des Trainings sozialer Kompetenzen herauszustellen. Darauf aufbauend werden die Inhalte des Trainings und die Aufgaben der Trainer beschrieben. Dies soll einen Überblick über den Rahmen des Trainings geben, sowie die Aufgabenspektren der Trainer darstellen, um später Handlungsfelder für die Pflege herauszuarbeiten. Im Anschluss wird die Frage nach der Wirksamkeit des Trainings für Klienten mit Schizophrenie beantwortet, um den Nutzen dieser verhaltenstherapeutischen Intervention herauszustellen. Im weiteren Verlauf wird das Training sozialer Kompetenzen dann auf die Pflege bezogen. Dabei werden Voraussetzungen von Pflegenden, sowie potentielle Aufgabenbereiche herausgearbeitet. Am Ende dieses Kapitels werden potentielle Auswirkungen des Trainings mit Pflegenden auf die Beratung von Klienten herausgestellt.

### 5.1 Ansatz und Begriffsbestimmung: soziale Kompetenzprobleme

Arissen und Wiedemann (2006) nennen ‚soziale Kompetenz‘ heute als Obergriff für frühere Ausdrücke wie Selbstbehauptung oder Selbstsicherheit.

Der Ansatz des Trainings liegt in Problemen der sozialen Kompetenz, welche durch das Training abgebaut bzw. kompensiert werden sollen (Arissen / Wiedemann, 2006). Es existieren verschiedene Definitionen, die den Begriff ‚soziale Kompetenzprobleme‘ beschreiben.

Pfingsten (2002a, S. 7) definiert ‚soziale Kompetenzprobleme‘ als „...Probleme bei der Verfügbarkeit oder Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die es einer Person erschweren, in für sie relevanten sozialen Alltagssituationen ein langfristig günstiges Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen zu erzielen.“. Diese Definition dient Pfingsten als Begründungsgrundlage für die Konzeption des Gruppentrainings sozialer Kompetenzen<sup>12</sup>. Durch diese Begriffsbestimmung wird dargestellt, welche Ebenen für sozial kompetentes Verhalten essentiell sind: die Kognition, die Emotion und

---

<sup>12</sup> kurz GSK

die Motorik. Zudem beschreibt diese Definition, dass Verhaltensweisen nicht nur bereitgestellt, sondern auch anwendbar sein müssen, um einen dauerhaft günstigen Verlauf hervorzurufen. Letztlich wird herausgestellt, dass der Erfolg an einer dauerhaft günstigen Relation von positiven und negativen Konsequenzen in einer sozialen Situation gemessen werden sollte.

Margraf und Rudolf (1995) unterscheiden in ihrer Definition zwischen Kompetenzdefiziten und sozial inkompetentem Verhalten. Ein Kompetenzdefizit ist demnach das Fehlen von Fertigkeiten, um eine soziale Interaktion günstig zu gestalten. Die Personen wissen nicht, wie sie in sozialen Situationen agieren sollen. Dadurch kommt es im Verlauf zu einem Vermeidungsverhalten in Bezug auf Interaktionen. Folglich setzt das Training in diesem Fall an dem Aufbau von sozialen Fertigkeiten an.

Sozial inkompetentes Verhalten dagegen ist die mangelnde Umsetzung von Verhaltensweisen in einer bestimmten Situation (Margraf / Rudolf, 1995). Damit ähnelt diese Umschreibung der Definition von Pflingsten, der ebenfalls bei der problemhaften Handhabbarkeit von Verhaltensweisen ansetzt.

Aus diesen Ausführungen lässt sich schließen, dass soziale Kompetenzprobleme auf zwei Perspektiven zurückzuführen sind. Zum einen auf die mangelnde Umsetzung von sozialen Verhaltensweisen. Zum anderen auf das Fehlen von Fertigkeiten, um eine soziale Situation gestalten zu können.

Das Training sozialer Kompetenzen, welches im Folgenden inhaltlich dargestellt wird, setzt also an dem Aufbau von Fertigkeiten, sowie der Anleitung zu einer besseren Umsetzung an (Arissen / Wiedemann, 2006).

## 5.2 Inhalte des Trainings

Laut Brenner und Pfammatter (2007, S. 152) ist das Behandlungsziel des sozialen Kompetenztrainings „... der Aufbau angemessener sozialer Verhaltensweisen“. Arissen und Wiedemann (2006) definieren das Ziel noch umfassender. Für sie ist das Ziel, die Klienten auf Interaktionen vorzubereiten und sie dahingegen anzuleiten, dass sie in diesen Interaktionen neue Erfahrungen machen können. Sie sollen sich selbst als kompetenter erleben und somit ihr Wohlbefinden steigern.

Der Grundgedanke des sozialen Kompetenztrainings ist, dass die Menschen bestimmte Fertigkeiten haben, um in einer Interaktion ein akzeptables Verhältnis von eigenen Bedürfnissen und sozialen Anforderungen zu erreichen (Arissen / Wiedemann, 2006). Diesen Ansatz verfolgen auch Brenner und Pfammatter (2007), die davon ausgehen, dass sich das Sozialverhalten aus drei Komponenten<sup>13</sup> zusammensetzt. Durch soziales Kompetenztraining können diese Fertigkeiten und Komponenten gestärkt und folglich die soziale Kompetenz verbessert werden (Arissen / Wiedemann, 2006; Brenner / Pfammatter, 2007).

Das Training sozialer Kompetenzen ist generell keine genau umschriebene Intervention, sondern eine Maßnahme, die ein bestimmtes methodisches Vorgehen hat, um das oben genannte Ziel zu erreichen (Brenner / Pfammatter, 2007). Dabei sind die zeitlichen, räumlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen flexibel handhabbar. Beispielsweise sind Einzel- oder Gruppenseminare, sowie die Kombination aus beiden möglich. Das Gruppentraining hat jedoch diverse Vorteile, weshalb es favorisiert wird. Es existieren verschiedene Ansätze, wie das Training durchgeführt werden kann. Die Therapeuten orientieren sich häufig an veröffentlichten Manualen (Arissen / Wiedemann, 2006).

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werden die Personen, die das Training mit den dazugehörigen Aufgaben durchführen, nicht als Therapeuten, sondern als 'Trainer' bezeichnet. 'Trainer' sind nach Birkhahn und Haberzettl (2004, S. 3) „... in erster Linie Unterstützer“. Durch das Vermitteln von verschiedenen Sachverhalten unterstützen die Trainer die Klienten. Die im Folgenden dargestellten Aufgaben gehen mit dieser Unterstützungsfunktion einher, weshalb der Begriff 'Trainer' verwendet wird.

Im Rahmen des Trainings sozialer Kompetenzen sind einige Interventionstechniken, unabhängig von den verschiedenen Ansätzen, häufig vertreten. Das therapeutische Informieren und das Instruieren von Klienten zählen ebenso zu diesen Maßnahmen, wie Rollenspiele mit gegenseitigem Feedback. Die Rollenspiele dienen dabei dem Darstellen von Problemsituationen und folglich dem Trainieren von alternativen Verhaltensweisen. Aufgaben des Trainers sind

---

<sup>13</sup> Wahrnehmung und Verarbeitung sozialer Informationen, sowie Generierung darauf bezogener Verhaltensweisen (Brenner / Pfammatter, 2007)

dabei die Moderation, das Geben von Hilfestellungen, das praktische Anleiten und das Rückmelden und Stärken der Klienten. Das Geben von Feedback dient den Trainern dazu, Positives herauszustellen, Verbesserungspotentiale offen zu legen und den Klienten zu stärken. Der Trainer ist zudem im gesamten Prozess dafür verantwortlich, das Verhalten der Klienten zu beobachten, um Ressourcen und Probleme, sowie Fortschritte und Verbesserungspotentiale zu ermitteln (Arissen / Wiedemann, 2006). An diesen Interventionstechniken wird bereits deutlich, dass das Spektrum an Aufgaben der Trainer in dem Kompetenztraining breit gefächert ist. Diese Darstellung der Maßnahmen stellt jedoch nur einen kurzen Überblick dar.

Die Struktur des Trainings kann vollstandardisiert, halbstandardisiert oder interaktionsbezogen ablaufen. Vollstandardisierte Verfahren sind sowohl in Zielstellung und Inhalt, als auch im Ablauf des Trainings festgeschrieben. Ein Beispiel hierfür ist das Assertiveness-Training-Programm<sup>14</sup> von Ullrich de Muynck (Arissen / Wiedemann, 2006). Dieses Programm hat das Ziel der Selbstsicherheit. Damit meinen die Autoren, dass die Klienten die Fähigkeit besitzen, eigene Bedürfnisse im Verhältnis zu ihrer Umwelt zu äußern und diese auch zu vertreten und durchzusetzen (Ullrich de Muynck / Ullrich, 1995). Dieses Programm, welches als Gruppentherapie konzipiert ist, besteht aus 110 sozialen Situationen, die in einer bestimmten Rangfolge nach Schwierigkeitsgrad geordnet sind. Diese Situationen sind in Kategorien eingeteilt, die folgende Themen umfassen: ‚Forderungen stellen‘, ‚Nein-Sagen‘, ‚Kontakte herstellen und aufrechterhalten‘ und ‚sich öffentlicher Beachtung aussetzen und Fehler eingestehen‘. Die Trainer haben hier die Aufgabe soziale Interaktionen modellhaft darzustellen. Danach üben die Klienten die gezeigten Verhaltensweisen im Rollenspiel ein. Den Trainern kommt dann die Aufgabe zu, die Klienten anzuleiten, ihnen Feedback zu geben und Verbesserungspotentiale offen zu legen (Ullrich de Muynck / Ullrich, 1995). Das ATP ist somit in den Rahmenbedingungen, das heißt welche Situationen wann im Therapieprozess dargestellt werden, festgeschrieben. Halbstandardisierte Verfahren sind in ihren Zielen und Abläufen festgelegt. Die jeweiligen Übungsinhalte der Trainingsseminare sind jedoch an die individuellen

---

<sup>14</sup> kurz ATP

Probleme und Ressourcen der Klienten anpassbar (Arissen / Wiedemann, 2006). Das GSK von Pfingsten ist an dieser Stelle exemplarisch anzuführen und wird im Folgenden näher beschrieben. Das Konzept des GSK geht davon aus, dass es drei Klassen von sozialen Situationen gibt, die durch individuelle Ziele beeinflusst werden. Die Klassen sind ‚Recht durchsetzen‘<sup>15</sup>, ‚Beziehungen‘<sup>16</sup> und ‚Um Sympathie werben‘<sup>17</sup> und bilden das Grundgerüst des Trainings (Hinsch / Weigelt, 2002). Dem Training liegt ein Erklärungsmodell zu Grunde. Das Modell beschreibt den Prozess und das Verhältnis von Selbstverbalisation, Gefühlen und Verhalten. Eine Situation kann durch eine negative Selbstverbalisation zu negativen Gefühlen wie Angst führen. Die negativen Gefühle können dann im Verlauf ein Vermeidungsverhalten zur Folge haben. Andersherum kann eine positive Selbstverbalisation zu positiven Gefühlen und einem günstigen Verhalten führen<sup>18</sup> (Hinsch / Weigelt, 2002). Für Klienten mit Schizophrenie, die, wie in Kapitel 4 beschrieben, vielfältige Einschränkungen hinsichtlich ihrer sozialen Kompetenzen haben, bietet sich das GSK an. Klienten bekommen eine Orientierung und Sicherheit, da das Training im Ablauf strukturiert ist und ein logisches Erklärungsmodell hat<sup>19</sup> (Herberich / Lenz, 2002).

Eine essentielle Aufgabe der Trainer ist im Vorfeld die Planung des Trainings, sowie die Anpassung des Trainings an spezielle Klientengruppen. Dabei müssen die Trainer zum einen ermitteln, welche bestimmten sozialen Situationen für die jeweiligen Klientengruppen problematisch sind. Zum anderen ist es wichtig zu erkennen, in welcher Ebene die Probleme liegen, das heißt in der kognitiven, emotionalen oder motorischen Ebene. Die Trainer bedienen sich dabei der eigenen Erfahrung, Befragungen, Literatur und Beobachtungen. Aus dieser Problemanalyse passen sie das Training zeitlich, räumlich und inhaltlich an (Pfingsten, 2002b). Bei schizophrenen Erkrankungen ist es beispielsweise empfehlenswert, das Training erst zu beginnen, wenn die Phase der akuten Psychose überstanden ist. Dadurch kann Überforderung vermieden und

---

<sup>15</sup> kurz Typ R

<sup>16</sup> kurz Typ B

<sup>17</sup> kurz Typ S

<sup>18</sup> siehe 9 Anhang , IV Erklärungsmodell GSK und V Beispiel Erklärungsmodell GSK

<sup>19</sup> An dieser Stelle sei zu erwähnen, dass das GSK auch für andere psychische Erkrankungen hilfreich sein kann. In dieser Arbeit wird sich jedoch auf das Krankheitsbild Schizophrenie bezogen, so dass andere Erkrankungen im Verlauf nicht näher erwähnt und betrachtet werden.

Unterstützung bei der Rehabilitation in den Alltag zu gegeben werden. Wichtig bei Klienten mit Schizophrenie kann auch die Anpassung von Ausdrücken sein. Beispielsweise kann die Beschreibung ‚Mutmachsatz‘ statt ‚Selbstverbalisation‘ hilfreich für das Verständnis der Klienten sein (Herberich / Lenz, 2002).

Das GSK umfasst als therapeutische Interventionen neben Informationen und Rollenspielen mit (Video-)Feedback auch Verstärkung, sowie In-Vivo- und Entspannungsübungen (Hinsch, 2002).

Das Informieren von Klienten ist eine Interventionsmethode, die im gesamten Training verwendet wird. Die Klienten werden beispielsweise zum Ablauf und zur Organisation des Trainings, sowie zu theoretischen Grundlagen, wie dem Erklärungsmodell, und den Zielen des Trainings informiert (Hinsch, 2002).

Eine weitere therapeutische Maßnahme innerhalb des GSK sind die Rollenspiele, die das Trainieren von Verhaltensweisen und den Erwerb von Bewältigungsstrategien zum Ziel haben. Die Trainer fungieren in den Rollenspielen sowohl als Modell, als auch als Rollenspielpartner. Das modellhafte Darstellen von Sequenzen führen die Trainer durch, um Zielverhalten und besonders wichtige Aspekte herauszustellen. Die Situationen, die gespielt werden sind generell standardisiert, können jedoch auf die individuellen Probleme der Klienten angepasst werden (Bauer, 2002). Die Trainer haben während der Rollenspiele verschiedene Aufgaben. Sie leiten die Klienten in den Rollenspielen an und geben Instruktionen und Verbesserungsvorschläge. Dabei müssen sie die Probleme und Ressourcen der einzelnen Klienten ermitteln und sich an diesen orientieren (Hinsch, 2002). Während der Rollenspiele sind die Trainer zudem dafür verantwortlich, das Training so anzupassen, dass die Klienten nicht über- und unterfordert werden.

Nach den Rollenspielen geben sowohl die Gruppenmitglieder als auch die Trainer Feedback. Dies geschieht in Gruppendiskussionen und mit Hilfe von Video-Feedback. Ziel dabei ist die Stärkung der Klienten und das Offenlegen von Verbesserungspotentialen. Die Trainer nehmen in der Diskussion die Rolle des Moderators ein (Hinsch, 2002). Während des Video-Feedbacks wird bei wichtigen Stellen des Rollenspiels gestoppt, um Positives und Verbesserungspotentiale herauszustellen. Die Trainer haben bei ihrem Feedback darauf zu achten, dass sie verstärkend wirken. Sie erachten sozial kompetentes Verhalten, sowie

Selbstverstärkungen als positiv und setzen daran an. Inkompetente Verhaltensweisen werden ignoriert und nicht benannt (Bauer, 2002). Auf das Video-Feedback kann bei Klienten mit Schizophrenie auch verzichtet werden. Es besteht beispielsweise die Gefahr einer Selbstabwertung, wenn man sich selbst im Fernsehen sieht und die äußerlichen Veränderungen<sup>20</sup> dabei bewusst werden (Herberich / Lenz, 2002).

Die Entspannungsübungen, die in jeder Sitzung in unterschiedlichen Umfang stattfinden, sollen den Klienten eine weitere Möglichkeit zur Bewältigung von stressigen Situationen geben (Hinsch, 2002). Der Trainer leitet die Klienten dabei an, informiert sie über den Sinn der Übungen und steht für Fragen bereit.

Die Hausaufgaben in Form von In-Vivo-Konfrontationen dienen letztendlich dem Transfer des Gelernten in den Alltag. Die Trainer müssen auch hier sensibel darauf achten, dass sie die Klienten nicht überfordern. Sie steuern den Schwierigkeitsgrad und beraten die Klienten hinsichtlich der Situationen, die sie als Hausaufgabe durchführen sollen. In der nächsten Trainingssitzung werden die Erlebnisse und Erfahrungen, die die Klienten durch die Übungen gesammelt haben, besprochen. Die Trainer stärken auch hier die Klienten, indem sie die positiven Aspekte ansprechen (Bauer, 2002). Für Klienten mit Schizophrenie entsteht dadurch ein klarer Bezug zu alltäglichen Situationen. Sie üben in einem geschützten Rahmen Verhaltensweisen und transferieren diese dann durch In-Vivo-Übungen in den Alltag. Dadurch können die Klienten im Training erst sehen, dass ihre Probleme lösbar sind, bekommen dadurch Hoffnung und können im weiteren Verlauf üben (Herberich / Lenz, 2002).

Zusammenfassend sind die Hauptaufgaben der Trainer im GSK das Anleiten, Informieren und Stärken der Klienten, sowie die Planung, Moderation und Steuerung des Trainings. Um diese Aufgaben auszuführen, bedienen sich die Trainer verschiedenster Methoden. Sie orientieren sich zudem immer an den Problemen und Ressourcen der Klienten und nutzen verschiedene Arbeitsmaterialien<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Äußerliche Veränderungen können durch die Symptomatik der Erkrankung, sowie durch die Medikation entstehen (Herberich / Lenz, 2002).

<sup>21</sup> Arbeitsmaterialien umfassen in diesem Fall sowohl Arbeitspapiere des GSK, beispielsweise Instruktionen und Situationsbeschreibungen, als auch grundsätzliche Materialien wie Whiteboard mit Stiften, Fernseher und Videoanlagen (Hinsch, 2002).

Um diese Aufgaben bewältigen zu können, benötigen die Trainer verschiedene Voraussetzungen, sowohl menschlich, als auch fachspezifisch. Diese Voraussetzungen und potentielle Aufgabenbereiche für Pflegende werden im Kapitel 5.4 ‚Einsatz von Pflegenden im sozialen Kompetenztraining‘ aus den bisherigen Ausführungen abgeleitet.

Im folgenden Abschnitt wird der Nutzen des Trainings sozialer Kompetenzen für Klienten mit Schizophrenie dargestellt.

### 5.3 Nutzen des Trainings für den Klienten

In diesem Kapitel wird die Wirksamkeit des sozialen Kompetenztrainings für Klienten mit Schizophrenie untersucht. Zunächst wird auf die Effektivität des Trainings bei Klienten im stationären Bereich eingegangen. Dabei wird auch der Bereich der Pflege betrachtet und ein Vergleich zu einer anderen Intervention dargestellt. Im weiteren Verlauf wird die Wirksamkeit des Trainings bei ambulanten Klienten beschrieben.

Chien et al. (2003) haben in ihrer Längsschnittstudie die Effektivität des sozialen Kompetenztrainings untersucht. Dabei lag ihr Fokus vor allem auf den conversation<sup>22</sup> und assertive skills<sup>23</sup>. Die Klienten wurden randomisiert in zwei Gruppen eingeteilt: 35 Klienten waren in der Gruppe, die am sozialen Kompetenztraining teilnahm und 43 Klienten waren in der Kontrollgruppe. Die Studie gibt jedoch nicht an, wie das Behandlungsspektrum der Kontrollgruppe ausgesehen hat. Anhand verschiedener Skalen wurden zu verschiedenen Zeitpunkten<sup>24</sup> die conversation und assertive skills unter Berücksichtigung der Positiv- und Negativsymptomatik gemessen. Zudem fand kontinuierlich eine Überwachung der demografischen Variablen statt, um eventuelle Abhängigkeiten festzustellen. Die Studie zeigt, dass das soziale Kompetenztraining die

---

<sup>22</sup> Conversation skills bezeichnet in diesem Zusammenhang die Fähigkeit mit anderen zu kommunizieren. Dies schließt die Begrüßung, Dialoge, Fragen und Antworten mit ein. Wichtige Inhalte sind unter anderem die Lautstärke und Geschwindigkeit des Sprechens, sowie der Tonfall und die Mimik und Gestik (Chien et al., 2003).

<sup>23</sup> Assertive skills bezeichnet in diesem Zusammenhang die Fähigkeit Gefühle, Ideen und Meinungen offen zu äußern. Dies schließt unter anderem das Ablehnen, das Stellen von Fragen und das Äußern von positiven und negativen Gefühlen mit ein (Chien et al., 2003).

<sup>24</sup> vor der Behandlung, in der zeitlichen Mitte der Behandlung, am Ende der Behandlung und einen Monat nach Beendigung der Behandlung

conversation und assertive skills signifikant erhöht. Dabei wurde festgestellt, dass sich der Erfolg der Behandlung mit der Dauer des Trainings vergrößert. Aufgrund des randomisierten und kontrollierten Charakters dieser Studie, ist ihre Aussagekraft als hoch einzuschätzen. Kritisch anzumerken ist die mit einem Monat geringe zeitliche Follow-up-Messung. Weiterhin wäre eine Überprüfung der Messergebnisse durch weitere Messinstrumente möglich, um die Validität der Ergebnisse der Studie zu erhöhen. Positiv anzusehen ist der Hinweis der Autoren, dass die Integration des Trainings in die pflegerische Ausbildung die Professionalisierung und Autonomie der Pflege vorantreiben könnte (Chien et al., 2003).

Ahn et al. (2007) untersuchten in ihrer Studie die Wirksamkeit des Trainings sozialer Kompetenzen, das durch Pflegende geleitet wird. Dabei fokussierten sie vor allem conversational skills<sup>25</sup>, interpersonal relationship skills<sup>26</sup>, assertiveness skills<sup>27</sup>, problem-solving skills<sup>28</sup> und das Selbstwertgefühl, die anhand von verschiedenen Skalen gemessen wurden. Die 66 teilnehmenden Klienten sind in zwei Gruppen eingeteilt: eine Gruppe nimmt am sozialen Kompetenztraining teil, die andere Gruppe wird wie gewohnt pflegerisch versorgt. Die Studienergebnisse zeigen, dass conversational skills, assertiveness skills und interpersonal relationship skills durch soziales Kompetenztraining, das von Pflegenden geleitet wird, verbessert werden. Zudem zeigt die Studie, dass auch das Selbstwertgefühl durch das Training erhöht wird. Problem-solving skills werden jedoch durch das Training im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht verbessert (Ahn, et al., 2007). Dass die Teilnehmer den Gruppen nicht randomisiert zugeteilt wurden, sondern die Gruppe selbst wählen konnten, ist kritisch zu bewerten. Dies kann zu einer Beeinflussung der Messergebnisse führen. Zudem wurde während der Messungen die Positiv- und Negativsymptomatik nicht betrachtet, obwohl diese die Ergebnisse beeinflussen könnte. Letztlich wurde keine Follow-up-Messung durchgeführt, so dass ein Verlauf schwer zu beurteilen ist. Insgesamt deutet die

---

<sup>25</sup> Conversational skills beinhalten in diesem Zusammenhang verbales und nonverbales Verhalten, sowie Gesprächsinhalte (Ahn et al., 2007).

<sup>26</sup> Interpersonal relationship skills beinhalten in diesem Zusammenhang Zufriedenheit, Kommunikation, Vertrauen, Intimität, Sensibilität, Offenheit und Einigung (Ahn, et al., 2007).

<sup>27</sup> Assertiveness skills beinhalten in diesem Zusammenhang Durchsetzungsvermögen und Aufrichtigkeit (Ahn et a., 2007).

<sup>28</sup> Problem-solving skills beinhalten in diesem Zusammenhang Vertrauen, persönliche Kontrolle und das Lösen von Annährungs-Vermeidungs-Konflikten (Ahn et al., 2007).

Studie an, dass das soziale Kompetenztraining eine pflegerische Intervention darstellen kann, um soziale Fähigkeiten der Klienten zu verbessern. Weitere Studien sind jedoch nötig, um die Validität der Ergebnisse zu erhöhen.

Acerra et al. (2010) haben in ihrer Studie das soziale Kompetenztraining in Kombination mit neurokognitivem Training<sup>29</sup> mit Structured leisure activities<sup>30</sup> verglichen. Die 60 Klienten, die den Anforderungen und Ausschlusskriterien entsprachen, wurden randomisiert in zwei Gruppen eingeteilt: eine Gruppe nahm an der Kombination aus sozialen Kompetenztraining und neurokognitivem Training<sup>31</sup> und die andere Gruppe am SLA teil. Anhand verschiedener Skalen wurden die kognitiven Fähigkeiten, die Positiv- und Negativsymptomatik und die soziale Beeinträchtigung gemessen. Nach Beendigung des Trainings nach sechs Monaten zeigt die Gruppe, die am SSANIT teilgenommen hat, wesentlich geringere soziale Beeinträchtigungen als die Gruppe, die SLA erhalten hat. Zudem war die Quote von Klienten, die die Studie abgebrochen haben, beim SSANIT signifikant geringer als beim SLA. Die Klienten im SSANIT konnten durch das neurokognitive Training viele Bereiche wie logisches Denken und Konzentration verbessern (Acerra et al., 2010). Kritisch zu bewerten ist, dass die SLA-Gruppe keine Kontrollgruppe zu dem SSANIT darstellt, sondern eher einen Vergleich dieser beiden Interventionsmöglichkeiten liefert. Außerdem fand im späteren Verlauf keine Follow-up-Messung statt, so dass der weitere Behandlungserfolg nicht zu bewerten ist. Der randomisierte Charakter und die Messung durch unabhängige Personen sind als positiv zu bewerten. Insgesamt müssten jedoch weitere Studien die Wirksamkeit des SSANIT beweisen. Diese Studie deutet eine positive Wirkung des sozialen Kompetenztrainings lediglich an.

Fadai et al. (2009) untersuchten in ihrer Studie die Effektivität des Social cognitive skills training<sup>32</sup> bei ambulanten Klienten. Das durchgeführte Training war eine

---

<sup>29</sup> Neurokognitives Training beinhaltet in diesem Zusammenhang ein computergestütztes Trainingsprogramm, mit dem die Klienten Übungen mit unterschiedlichen Schwierigkeitsstufen in den Bereichen Erinnerung, Konzentration, logisches Denken, Tagesplanung, etc. durchführen (Acerra et al., 2010).

<sup>30</sup> kurz SLA; beinhaltet in diesem Zusammenhang alltägliche Freizeitverrichtungen wie Tischlern, Kochen, Gartenarbeit, etc. (Acerra et al., 2010)

<sup>31</sup> kurz SSANIT

<sup>32</sup> Das Training beinhaltet in diesem Zusammenhang neben den sozialen Kompetenzen auch kognitive Faktoren wie Erinnerungsvermögen, Arbeitsgeschwindigkeit, Aufmerksamkeit, etc. (Fadai et al., 2009)

Kombination aus erfolgreichen Elementen von zwei bestehenden Programmen, was in der Bewertung dieser Studie beachtet werden muss. Die 31 teilnehmenden Klienten wurden randomisiert in zwei Gruppen eingeteilt: 15 Klienten nahmen am Social cognition skills training und 16 in der Kontrollgruppe teil. Die Kontrollgruppe wurde zu Themen der Rückfallprävention geschult. Themen waren dabei beispielsweise das Erkennen von Warnsymptomen, der Umgang mit diesen und das Vermeiden von Drogenkonsum. Anhand verschiedener Skalen wurden Bereiche der sozialen Funktion und der Neurokognition, sowie die Symptomatik gemessen. Zudem wurde die Qualität des Trainings durch eine schriftliche Befragung der Klienten ermittelt. Klienten, die am Social cognition skills training teilgenommen haben, haben eine signifikante Verbesserung in der Wahrnehmung von Gesichtsausdrücken aufgewiesen. Zudem zeigte die Studie eine Verbesserung der Aktivität in der Gruppe, die am Social cognition skills training teilgenommen hat. Die Klienten zeigten während des Trainings eine gute Anwesenheit und gaben in der Befragung Zufriedenheit und eine Bedeutsamkeit für ihr alltägliches Leben an (Fadai et al., 2009). Die Klientenzahl dieser Studie war mit 31 relativ klein. Zudem wurde auch in dieser Studie keine Follow-up-Messung durchgeführt, so dass der weitere Behandlungserfolg nicht zu beurteilen ist. Der sehr hohe Anteil von männlichen Klienten stellt möglicherweise einen Einflussfaktor auf das Ergebnis dar. Positiv zu bewerten ist die Qualitätsmessung, die die Zufriedenheit der Klienten mit dem Training herausstellt. Zusammenfassend zeigt diese Studie, dass das Social cognition skills training in einigen Bereichen eine positive Wirkung hat und von den Klienten als gut bewertet wird. Jedoch sind die Grenzen dieser Studie umfangreich, so dass weitere Studien durchgeführt werden sollten, um die Validität zu erhöhen.

Juarez et al. (2007) haben die Wirksamkeit des sozialen Kompetenztrainings bei ambulanten Klienten mit Schizophrenie in Mexiko untersucht. 82 Klienten wurden randomisiert in zwei Gruppen eingeteilt. 43 Klienten nahmen am Training teil, welches aus dem Training sozialer Kompetenzen, Familientherapie und Antipsychotikatherapie bestand. Die restlichen 39 Klienten der Kontrollgruppe erhielten nur Antipsychotika. Die Messungen erfolgten bei Aufnahme und ein Jahr nach Beendigung der Behandlung. Die Klienten, die die Kombination aus sozialem Kompetenztraining, Familientherapie und Antipsychotikatherapie erhielten, zeigten

signifikante Verbesserungen in ihrer Symptomatik und ihren psychosozialen Funktionen. Sie wiesen weniger Rezidive und Wiedereinweisungen auf und zeigten eine höhere Compliance (Juarez et al., 2007). Kritisch zu bewerten ist der Einbezug der Familientherapie in das Training. Die Messergebnisse könnten dadurch beeinflusst worden sein. Die Messung nach einem Jahr nach Beendigung der Behandlung gibt potentiell einen guten Aufschluss über den Verlaufserfolg der Behandlung. Somit stellt die Studie einen guten Beweis für den Nutzen des Trainings dar, der jedoch ohne den Einbezug der Familientherapie noch bewiesen werden müsste.

Auslander et al. (2005) untersuchten ebenfalls die Effektivität von Cognitive Behavioral Social Skills Training bei ambulanten Klienten. Sie fokussierten dabei Klienten im Alter zwischen 42 und 74 Jahren. Die untersuchten Bereiche waren die sozialen Funktionen und die Symptome. 76 Klienten wurden randomisiert in zwei Gruppen eingeteilt. Eine Gruppe nahm am Training teil, die andere Gruppe wurde wie bis dahin weiterbehandelt. Die Messungen erfolgten zu Beginn der Behandlung, sowie nach drei und sechs Monaten, welche der Mitte und dem Ende der Intervention entsprechen. Die Gruppe, die am Training teilgenommen hat, zeigte signifikante Verbesserungen in den Basisaktivitäten des sozialen Lebens wie Freizeitgestaltung und Selbstversorgung. Zudem zeigten die Teilnehmer eine gute Anwesenheit, Erfüllung der Hausaufgaben und ein angenehmes Miteinander innerhalb der Gruppe. Es gab zwischen den Gruppen jedoch keine Unterschiede in den erweiterten sozialen Aktivitäten, wie Finanzangelegenheiten und Durchführung von Entspannungsaktivitäten. Grundsätzlich kam es durch die Behandlung zu keiner Verbesserung der Symptomatik. Durch eine bessere kognitive Einsicht zeigten sich jedoch gewisse Reduktionen in der Positivsymptomatik (Auslander et al., 2005). Im weiteren Verlauf wurden keine Follow-up-Messungen durchgeführt, um potentielle Langzeitentwicklungen zu ermitteln. Zudem schloss die angewendete Behandlung kognitives Verhaltenstraining mit ein, was möglicherweise zu einer Beeinflussung der Wirksamkeit des sozialen Kompetenztrainings geführt haben kann. Die ermittelten Ergebnisse zeigen nicht in allen Bereichen Verbesserungen der sozialen Funktion und Symptomatik, so dass die Effektivität des Trainings in diesem Fall auf die einzelnen Funktionen bezogen werden muss. Insgesamt zeigt die Studie, dass

zumindest Basisaktivitäten durch das Training verbessert werden können. Nachfolgemessungen könnten die Wirksamkeit des Trainings im Verlauf herausstellen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das soziale Kompetenztraining bei Klienten mit Schizophrenie verschiedene Fähigkeiten, wie Durchsetzungsvermögen, Gesprächskompetenzen und Wahrnehmung des Gesprächspartners verbessert werden. Follow-up-Studien könnten die Effektivität des Trainings auf eine längere Zeit hin untersuchen, damit auch dahingegen signifikante Verbesserungen ermittelt werden. Zudem sollte das soziale Kompetenztraining als alleinige Intervention untersucht werden, um deren Nutzen herauszustellen.

Wie Ahn et al. (2007) in ihrer Untersuchung bereits angedeutet haben, können Pflegende das Training sozialer Kompetenzen durchführen und Erfolge für den Klienten erzielen. Im Folgenden wird der Einsatz von Pflegenden im Kompetenztraining näher dargestellt.

#### 5.4 Einsatz von Pflegenden im sozialen Kompetenztraining

In diesem Abschnitt wird der Einsatz von Pflegenden im sozialen Kompetenztraining dargestellt. Dabei wird zunächst herausgearbeitet, welche Voraussetzungen Pflegende erfüllen müssen, um das Training durchführen zu können. Darauf aufbauend werden mögliche Aufgabenbereiche dargestellt, die Pflegende innerhalb des Trainings übernehmen könnten. Abschließend werden potentiell resultierende Auswirkungen für die Beratung von Klienten mit Schizophrenie dargestellt, die durch den Einsatz von Pflegenden im Training entstehen könnten.

##### 5.4.1 Voraussetzungen von Pflegenden

Aus den unter 5.2 dargestellten Trainingsinhalten und Aufgaben der Trainer, werden in diesem Abschnitt Voraussetzungen erarbeitet, die nötig sind, um das Training durchzuführen. Dazu wird Fachliteratur zum Thema ‚Moderation und Training‘ hinzugezogen. Ziel ist ein Abgleich dieser Voraussetzungen mit dem in

Kapitel 3 beschreiben normativen Aufgabenspektrum der Pflege, um darzulegen, ob und inwiefern Pflegenden Aufgaben innerhalb des Trainings übernehmen können.

In Kapitel 5.2 wurde beschrieben, dass die Hauptaufgaben der Trainer im GSK das Anleiten, Informieren und Stärken der Klienten, sowie die Planung, Moderation und Steuerung des Trainings sind.

Die Trainer planen das Training im Vorfeld der Intervention. Dabei müssen sie zunächst ermitteln, welche Probleme bei den Teilnehmern vorliegen und in welcher Ebene diese entstehen. Das Ermitteln dieser Sachverhalte kann durch Beobachtungen, Expertenbefragung oder Literaturrecherche erfolgen (siehe Kapitel 3). Um die Befragungen und Recherchen durchführen zu können, bedarf es Kompetenzen hinsichtlich der Umsetzung dieser Tätigkeiten. Da es sich dabei um Forschungsmethoden handelt, welche im normativen Aufgabenspektrum nicht enthalten sind, fehlt es Pflegenden dahingegen an Durchführungs Kompetenzen. Abhilfe können möglicherweise pflegewissenschaftliche Studiengänge leisten, die die nötigen Fähigkeiten zum wissenschaftlichen Arbeiten vermitteln. Eine weitere Möglichkeit zur Ermittlung der jeweiligen Problembereiche der Klienten und deren Ursachen kann die Erfahrung darstellen, welche Pflegenden mit den Jahren bekommen.

Die Trainer sind im gesamten Prozess dafür verantwortlich, das Training zu moderieren und zu steuern. Um diese Aufgaben durchzuführen, benötigen die Trainer verschiedene Fähigkeiten. Nach Birkhahn und Haberzettl (2004) müssen die Trainer sich selbst, sowie die Bedürfnisse und Ressourcen der Teilnehmer wahrnehmen können, um darauf zu reagieren. Das Ermitteln von Ressourcen und Problemen ist, wie in Kapitel 3 beschrieben, eine wesentliche Aufgabe Pflegenden. Im Training sozialer Kompetenzen ist es aufgrund der Trainingsziele und der individuellen Fähigkeiten der Klienten essentiell, die Probleme und Ressourcen der Klienten wahrzunehmen und daraufhin zu intervenieren und das Training anzupassen. Die jeweiligen Schwierigkeitsstufen, die Anwendung von Arbeitsblättern und schwierige Begriffe sind beispielsweise an die individuellen Fähigkeiten der Klienten anzugleichen. Nach Birkhahn und Haberzettl (2004) sind

diese Fähigkeiten, das Wahrnehmen von Anforderungen<sup>33</sup> und das Anpassen der Ressourcen<sup>34</sup>, Voraussetzungen für Trainer.

Die Trainer müssen das Training organisieren und auf die unterschiedlichen Wahrnehmungspositionen<sup>35</sup> reagieren können. Weiterhin erfordert das Steuern und Moderieren des Trainings von den Trainern didaktische und leitende Kompetenzen, sowie fachliche Kompetenz in der Gestaltung von Prozessen. Diese Themenbereiche sind in dem normativen Aufgabenspektrum momentan nicht enthalten. Durch Schulungen könnten Inhalte zu diesen Themen vermittelt werden.

Fachliches Wissen ist eine weitere Voraussetzung für die Trainer (Birkhahn / Haberzettl, 2004). Im sozialen Kompetenztraining benötigen die Trainer beispielsweise ein breites Wissen hinsichtlich der Ablauforganisation und der theoretischen Konzeption des Trainings, sowie zu weiteren Interventionsmöglichkeiten. Diese Sachverhalte sind in der momentanen Ausbildung, sowie in den Fachweiterbildungen nicht enthalten (siehe Kapitel 3).

Weitere wichtige Voraussetzungen und Methoden für ein erfolgreiches Training sind nach Birkhahn und Haberzettl (2004) das Formulieren von Zielen und der Beziehungsaufbau, sowie der Umgang mit schwierigen Situationen und die Auswahl von passenden Inhalten. Diese Sachverhalte sind, wenn man die Inhalte des sozialen Kompetenztrainings betrachtet, auch dort von hoher Relevanz. Die Themen Beziehungsgestaltung und Umgang mit schwierigen Situationen werden, wie in Kapitel 3 beschrieben, in den Fachweiterbildungen für Pflegende gelehrt, so dass Pflegende diese Voraussetzungen erfüllen.

Zum Steuern einer Trainingsgruppe ist zudem die Gestaltung einer positiven und konstruktiven Arbeitsatmosphäre wichtig. Dabei müssen die Trainer wiederum die Probleme und Ressourcen innerhalb der Gruppe erkennen können und darauf reagieren. Zudem müssen sie Sicherheit vermitteln und die Gruppenbildung unterstützen (Birkhahn / Haberzettl, 2004).

---

<sup>33</sup> Von Birkhahn und Haberzettl (2004) verwendeter Begriff: Wachheit

<sup>34</sup> Von Birkhahn und Haberzettl (2004) verwendeter Begriff: Flexibilität

<sup>35</sup> Die Wahrnehmungsposition ist in diesem Zusammenhang die Perspektive, aus der eine Situation wahrgenommen werden kann. Es gibt die Ich-, Du- und Metaposition (Birkhahn / Haberzettl, 2004).

Weitere Aufgaben der Trainer innerhalb des Trainings sind die modellhaften Darstellungen der Rollenspiele, sowie das Informieren und Anleiten der Klienten. Für die korrekte Durchführung dieser Aufgaben sind bestimmte Fähigkeiten und ein bestimmter Wissensumfang essentiell. Um diese Aufgaben umfassend durchführen zu können, benötigen die Trainer ein breites Wissen hinsichtlich verschiedenster Themen. Wissen in der psychiatrischen Krankheitslehre, zur Ablauforganisation des Trainings, zu theoretische Grundlagen des Konzeptes und zu weiteren Interventionsmöglichkeiten sind exemplarisch zu nennen. Ein breites Wissen in der psychiatrischen Krankheitslehre und diverse therapeutische Maßnahmen sind Themenbereiche, die, wie in Kapitel 3 beschrieben, in den Fachweiterbildungen für psychiatrische Pflege gelehrt werden. Auch in diesem Aufgabenkomplex ist es von hoher Relevanz, dass die Trainer die Probleme und Ressourcen, sowie Fortschritte und Entwicklungspotentiale der Klienten beobachten, um sie bedarfsgerecht informieren und anleiten zu können. Pflegende verfügen, wie in Kapitel 3 beschrieben, über die notwendigen Kompetenzen um Klienten zu schulen, zu beraten und anzuleiten. Folglich können sie diese Tätigkeiten innerhalb des Trainings durchführen.

Das Geben von Feedback nach Rollenspielen und In-Vivo-Übungen, mit dem Ziel der Stärkung der Klienten, ist eine weitere Aufgabe der Trainer im Rahmen des Trainings. Das Ziel dabei ist es, die Klienten zu stärken und Verbesserungspotentiale offen zu legen. Um Feedback geben zu können, bedarf es der Beachtung verschiedener Sachverhalte (Adam, 2005). Diese sollten den Trainern bewusst sein, um das Feedback erfolgreich gestalten zu können.

Birkhahn und Haberzettl (2004, S.13) vergleichen die Rolle des Trainers generell mit einem „Jongleur“, der die unterschiedlichen Aspekte des Trainings in Einklang bringen und koordinieren muss, um es erfolgreich zu gestalten. Zudem muss sich der Trainer mit seiner Rolle auseinandersetzen und sich seine Stärken und Schwächen bewusst machen (Birkhahn / Haberzettl, 2004). Er muss folglich selbst für sich entscheiden, ob er sich der Aufgabe gewachsen fühlt. Der Prozess der Selbstreflexion ist im gesamten Prozess wichtig für die Trainer, um sich selbst weiterzuentwickeln (Birkhahn / Haberzettl, 2004).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es eine Reihe von Voraussetzungen gibt, die Trainer erfüllen sollten, um das Training durchführen zu können.

Pflegende können Probleme und Ressourcen der Klienten erkennen und darauf intervenieren. Zudem bekommen Pflegende in der Fachweiterbildung für psychiatrische Pflege weitere Sachverhalte vermittelt, die für die Durchführung des Trainings wichtig sind. Dies sind beispielsweise Themenbereiche wie psychiatrische Krankheitslehre und verschiedene Interventionen, sowie Beziehungsgestaltung und der Umgang mit schwierigen Situationen. Andere essentielle Voraussetzungen für die Durchführung des Trainings, wie Didaktik, Leitungskompetenzen und Wissen hinsichtlich des Trainings, fehlen den Pflegenden. Diese Sachverhalte könnten jedoch durch Schulungen erworben werden. Voraussetzungen wie die Auseinandersetzung mit seinen eigenen Stärken und Schwächen, eine regelmäßige Selbstreflexion, Flexibilität und das Koordinieren von verschiedenen Aspekten sind Fähigkeiten, die möglicherweise mit Erfahrung einhergehen.

Im Folgenden werden aus diesen Ausführungen mögliche Aufgabenbereiche ermittelt, die Pflegende innerhalb des sozialen Kompetenztrainings übernehmen könnten.

#### 5.4.2 Aufgabenbereiche von Pflegenden

Durch den vorherigen Abschnitt wurde herausgestellt, dass Pflegende einige Voraussetzungen erfüllen, andere Voraussetzungen jedoch fehlen. Um im Folgenden potentielle Aufgabenfelder für Pflegende innerhalb des Trainings darzustellen, muss zunächst geklärt werden, von welchen Voraussetzungen ausgegangen wird.

Wenn Pflegende eine Zusatzqualifikation zum Thema ‚soziales Kompetenztraining‘ haben, in der sie neben theoretischen Grundlagen auch didaktische und leitende Methodiken vermittelt bekommen haben, können sie generell das Training mit allen dazugehörigen Aufgaben übernehmen. Sie verfügen dann über alle notwendigen Kompetenzen.

Haben Pflegende keine Zusatzqualifikation zu diesen Themen, sondern als Voraussetzungen nur ihre normativen Fähigkeiten und eine psychiatrische Fachweiterbildung, so können sie nur bestimmte Aufgaben im Rahmen des Trainings übernehmen. Grundvoraussetzung dafür ist jedoch inhaltliches Wissen

zum Training sozialer Kompetenzen. Grundsätzlich ist noch einmal festzuhalten, dass Flexibilität, Selbstreflexion und das Koordinieren des Trainings Voraussetzungen sind, die möglicherweise mit Erfahrung einhergehen. Wenn im weiteren Verlauf Aufgabenfelder für Pflegende dargestellt werden, wird von diesen Voraussetzungen ausgegangen.

Wie in Kapitel 5.2 beschrieben, sind die essentiellen Interventionen innerhalb des Trainings die Rollenspiele mit (Video-)Feedback, das Informieren und Anleiten der Klienten, sowie die In-Vivo- und Entspannungsübungen.

Pflegende können im sozialen Kompetenztraining mit einem zweiten Trainer modellhaft die Rollenspiele demonstrieren. Zudem ist es den Pflegenden auch möglich, die Klienten zu Inhalten und Umsetzungen zu informieren und anzuleiten. Sie haben das nötige Wissen hinsichtlich der Ablauforganisation und der theoretischen Konzeption des Trainings, sowie die notwendigen Fähigkeiten, um Informationen und Anleitungen durchzuführen (siehe Kapitel 3). Durch diese Kompetenzen können Pflegende die Klienten beispielsweise in verschiedenen Handlungen und in den Entspannungsübungen anleiten, sowie zur theoretischen Konzeption des Trainings und den In-Vivo-Übungen informieren. Aufgrund des täglichen und kontinuierlichen Kontaktes von Pflegenden und Klienten, könnten die Klienten bei Bedarf auch im stationären Setting beraten und informiert werden. Durch die, wie in Kapitel 3 beschriebene, normative Aufgabe der Pflege, Probleme und Ressourcen zu erkennen, können die Pflegenden auch diese Aufgabe innerhalb des Trainings übernehmen und somit den zweiten Trainer unterstützen. Zudem können sie ermittelte Fähigkeiten und Defizite aus dem Stationsalltag möglicherweise in das Training integrieren und umgekehrt.

Pflegende haben erfahrungsgemäß sehr kontinuierlichen und intensiven Kontakt zu den Klienten. Sie sind im alltäglichen Stationsablauf potentielle Ansprechpartner bei Fragen und Bedürfnissen der Klienten. Pflegende sind Teil des täglichen Lebens der Klienten auf den Stationen, der auch soziale Interaktionen und folglich soziale Kompetenzen miteinschließt. Durch tägliche Beobachtung und Zusammenarbeit mit den Klienten, ermitteln Pflegende generelle Probleme und Ressourcen der Betroffenen, sowie speziell auch Kompetenzprobleme und Verbesserungspotentiale. Ebenso bauen Pflegende im täglichen Prozess eine Beziehung und Vertrauensbasis zu den Betroffenen auf, da

sie permanent im Kontakt mit den Klienten sind. Die dazu benötigten Kompetenzen, wie beispielsweise Gesprächsführung, erwerben Pflegenden durch die Fachweiterbildung (siehe Kapitel 3). Durch diese Tatsachen besteht die Möglichkeit, dass Pflegende die Klienten in den In-Vivo-Übungen und alltäglichen Fragen und Problemen unterstützen. Dies könnte potentiell zu einer Integration der Trainingsinhalte in den täglichen Stationsablauf führen. Die Pflegenden wüssten um den momentanen Trainingsstand und die Verbesserungspotentiale und Fortschritte. Daran könnten sie beispielsweise in der Pflegeplanung ansetzen. Zudem besteht umgekehrt die Möglichkeit, ermitteltes Wissen zu den Klienten, wie Fortschritte und Probleme, sowie potentielle Ängste, in das Training zu integrieren und zu nutzen.

Die Aufgaben der Planung, Moderation und Steuerung des Trainings müssten, ausgehend von den an dieser Stelle vorausgesetzten Fähigkeiten der Pflegenden, von dem zweiten Trainer übernommen werden. Dieser Trainer müsste die notwendigen Voraussetzungen erfüllen. Im Verlauf könnte es dann zu einer Arbeitsteilung der beiden Trainer kommen.

Zusammenfassend können Pflegende aufgrund ihrer Voraussetzungen wichtige Aufgaben innerhalb des Trainings sozialer Kompetenzen übernehmen. Diese Aufgaben umfassen das Darstellen von Rollenspielen, das Ermitteln von Problemen und Ressourcen, sowie das Informieren und Anleiten der Klienten. Zudem besteht die Möglichkeit, Klienten im alltäglichen Stationsablauf in den In-Vivo-Übungen zu unterstützen und so eine Verbindung von Training und Pflege herzustellen. Dabei können Pflegende den kontinuierlichen Kontakt und den Beziehungsaufbau nutzen. Weitere Aufgaben des Trainings, wie die Planung, Moderation und Steuerung des Trainings müssen von anderen Berufsgruppen durchgeführt werden oder die Pflegenden bekommen dahingehend Schulungen. Im folgenden Abschnitt werden aus diesen Erarbeitungen potentiell resultierende Auswirkungen für die Klienten abgeleitet.

#### 5.4.3 Potentielle Auswirkungen auf die Beratung von Klienten

Aus den in Kapitel 5.4.2 dargestellten Aufgabenbereichen für Pflegende, ergeben sich potentielle Auswirkungen auf Beratung von Klienten. Diese umfassen sowohl

Veränderungen für die Pflegenden, als auch für die Klienten. Die im Folgenden dargestellten Aspekte sind als potentielle Auswirkungen zu bewerten. Wissenschaftliche Erhebungen könnten Evidenzen zu den hier dargestellten Veränderungen liefern.

Pflegende haben im Rahmen der Versorgung alltäglichen Kontakt zu den Klienten und nehmen sie dabei mit allen Bedürfnissen wahr. Durch die Integration von Pflegenden in das soziale Kompetenztraining könnte möglicherweise eine Verbindung der unterschiedlichen Interventionen erfolgen. Die Pflegenden, die die Rolle als Trainer ausführen, wüssten um die Probleme, Verbesserungspotentiale und Fortschritte der Klienten im Rahmen des Trainings. Dieses Wissen könnten sie in die tägliche Versorgung mit einbeziehen. Beispielsweise ist eine Unterstützung der Klienten durch Pflegende in den In-Vivo-Übungen möglich. So wären sie in den Übungen nicht sich selbst überlassen, sondern können bei Bedarf Anleitungen und Informationen von den Pflegenden einfordern. Die Pflegenden könnten Fortschritte und Probleme auch zwischen den Trainingsseminaren ermitteln und gegebenenfalls durch Anleitungen und Informationen intervenieren. In der Folge besteht für die Pflegenden die Möglichkeit, die ermittelten Fähigkeiten und Defizite in das Training mit einzubeziehen und daran anzusetzen. Dadurch könnte sich der Trainingseffekt für die Klienten potentiell erhöhen, indem sie schnellere Fortschritte machen und Probleme bewältigen. Ein Beispiel für die Integration des Trainings in den täglichen Ablauf besteht darin, dass In-Vivo-Übungen in die Gruppenaktivitäten, wie Kochen oder Außenaktivitäten, mit einbezogen werden könnten. Ein weiteres Beispiel wäre das Üben von positiver Selbstverbalisation (siehe Kapitel 5.2) im Tagesablauf mit der Unterstützung der Pflegenden.

Ein weiterer Effekt der Integration der Pflege in das Kompetenztraining kann die Optimierung der Interdisziplinarität sein. Pflegende können, wie bereits beschrieben, ihr Wissen bezüglich der Probleme und Ressourcen der Klienten in das Training mit einbeziehen. In der Folge könnte ein Austausch mit dem zweiten Trainer stattfinden, der einer anderen Disziplin angehört. In diesem Dialog könnten Pflegende ihre Erkenntnisse, sowie die Ziele für den Klienten äußern und mit der anderen Berufsgruppe abstimmen. Somit könnte sich die Wahrnehmung des

Klienten mit allen Einflussfaktoren potentiell für beide Disziplinen erweitern, da verschiedene Sichtweisen zusammengeführt werden.

Wie in der Einleitung und dem Kapitel 5.4.1 beschrieben, ist der Beziehungsaufbau zwischen Klienten und Pflegenden eine wichtige Aufgabe, sowohl in der täglichen Versorgung, als auch im Training sozialer Kompetenzen. Diese Tatsache könnte man innerhalb des Trainings nutzen. Das Training sollte bei Klienten mit Schizophrenie erst nach Abklingen der akuten Psychose beginnen (siehe Kapitel 5.2). In der Zeit zwischen Aufnahme und Trainingsbeginn sollten die Pflegenden bereits eine Beziehung zu den Klienten aufbauen. Aufgrund der Tatsache, dass Klienten mit Schizophrenie eine gesicherte Orientierung und Struktur benötigen (siehe Kapitel 5.2) und sehr verschlossen sein können (siehe Kapitel 4), wäre beispielsweise der Aspekt der Beziehung zu nutzen. Wenn ein Klient sich bereits einer Pflegeperson geöffnet und eine Beziehung zu ihr aufgebaut hat, kann dies im Rahmen des Trainings von hohem Nutzen sein. Besteht schon eine Beziehung zwischen Trainer und Klient, ist eine Voraussetzung für das Training bereits erfüllt, so dass ein größerer Fokus auf die weiteren Trainingsinhalte gelegt werden kann.

Das Anleiten von Entspannungsübungen als Bewältigungsstrategien, wie es im Training angewendet wird, könnte ebenfalls in den täglichen Ablauf integriert werden. In individuellen Stresssituationen könnten Pflegende die Klienten zu diesen Übungen anleiten, damit diese die Situation bewältigen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Integration von Pflegenden potentiell verschiedenste Auswirkungen auf die Beratung von Klienten haben kann. Sowohl die Verknüpfung von Trainingsinhalten und alltäglicher pflegerischer Versorgung, als auch die im Vorfeld des Trainings entstehende Beziehung zwischen Klienten und Pflegeperson, können dabei genutzt werden. Der Erfolg der Auswirkungen ist jedoch durch Forschungen zu erheben.

Im folgenden Kapitel wird eine Zusammenfassung und Diskussion zu den beschriebenen Inhalten dieser Arbeit gegeben.

## 6 Diskussion

Dieses Kapitel stellt eine Diskussion dar, in der eine kritische Auseinandersetzung mit der bearbeiteten Thematik stattfindet. Zudem wird Bezug zu den Fragestellungen genommen. Weiterhin wird ein Ausblick in Bezug auf die Umsetzung des sozialen Kompetenztrainings mit Pflegekräften, sowie ein persönliches Fazit gegeben.

Eine Fragestellung in dieser Arbeit bezog sich auf den Nutzen des sozialen Kompetenztrainings für Klienten mit Schizophrenie. Die unter 5.3 ausgewerteten Studien zu diesem Thema deuten die Wirksamkeit dieser Intervention bisher nur an. Beispielsweise wurden Verbesserungen in verschiedenen Fähigkeiten wie Durchsetzungsvermögen, Gesprächskompetenzen und Wahrnehmung des Gesprächspartners umschrieben. Kritisch zu bewerten sind die fehlenden oder zeitlich geringen Follow-up-Messungen. Die Effektivität des Trainings auf einen längeren Zeitraum wurde bisher kaum untersucht, so dass Aussagen zu einer signifikanten Verbesserung der sozialen Kompetenzen nur gering möglich sind. Zudem wurde das Training sozialer Kompetenzen in bisherigen Studien oft mit kognitivem Training kombiniert. Wie in Kapitel 5.2 beschrieben, existieren verschiedene Ansätze für das Training sozialer Kompetenzen. Dies kann dazu führen, dass das Training, je nach Ansatz, unterschiedlich durchgeführt wird. In der Folge kann sich die Wirksamkeit des Trainings unterscheiden.

In Zukunft sind deshalb Forschungen notwendig, die die Frage nach nachhaltigen Verbesserungen durch diese Intervention beantworten. Zudem bedarf es Aussagen über die alleinige Wirkung des sozialen Kompetenztrainings, indem diese Intervention gesondert, ohne die Kombination mit anderen Maßnahmen, untersucht wird. Letztendlich ist es außerdem erforderlich, die verschiedenen Ansätze des sozialen Kompetenztrainings in den zukünftigen Studien zu beachten. Sollte ein Ansatz eine höhere Wirksamkeit im Vergleich zu anderen Ansätzen aufweisen, so ist es wichtig, diesen als Best-Practice anzusehen und in den Kliniken zu implementieren.

Die zweite Fragestellung dieser Arbeit bezog sich auf die potentiellen Aufgabenfelder, die Pflegende innerhalb des Trainings sozialer Kompetenzen übernehmen können. Um diese Aufgabenbereiche für Pflegende im sozialen

Kompetenztraining herauszuarbeiten, wurden zunächst das normative Aufgabenspektrum der Pflege, die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen durch Schizophrenie und die Trainingsinhalte dargestellt. Bei den Trainingsinhalten lag der Fokus auf den Aufgabenbereichen der Trainer in dieser Intervention. Im weiteren Verlauf wurden Voraussetzungen erarbeitet, die die Trainer erfüllen müssen, um das Training durchzuführen.

Zunächst einmal war festzustellen, dass die verwendete Literatur wenig Bezug zwischen dem Training sozialer Kompetenzen und verschiedenen Krankheitsbildern herstellt. Die beschriebenen Trainingsinhalte in der Literatur stellen häufig allgemeine Beschreibungen dar. Auch für Klienten mit Schizophrenie wurden folglich wenige Sachverhalte aufgezeigt, die eine Anpassung des Trainings an die individuellen Beeinträchtigungen der Klienten beschreiben. Schizophrenie hat jedoch, wie andere psychiatrische Erkrankungen auch, immer individuelle Symptomaten und Verläufe (siehe Kapitel 4).

Die genutzte Literatur gibt außerdem kaum Aussagen über den Begriff des ‚Trainers‘, sowie über Voraussetzungen, über die die Trainer verfügen müssen, um das Training durchführen zu können. Um den Begriff des ‚Trainers‘ zu klären und Voraussetzungen zu erarbeiten, wurde Fachliteratur zum Thema ‚Moderation und Training‘ hinzugezogen und auf das Training sozialer Kompetenzen übertragen. Die verwendete Literatur gibt zudem keine Angaben über potentielle Berufsgruppen, die das Training durchführen können. Diese Arbeit bezog sich auf die Disziplin Pflege, indem ein Vergleich des normativen Aufgabenspektrums der Pflege mit den notwendigen Voraussetzungen stattgefunden hat. Möglicherweise verfügen Sozialarbeiter, Psychologen oder Psychotherapeuten über weniger, gleiche oder erweiterte Kompetenzen zur Trainingsdurchführung. Dahingegen sind wissenschaftliche Erhebungen nötig, die den Nutzen des sozialen Kompetenztrainings bei verschiedenen Berufsgruppen und unterschiedlichen Voraussetzungen untersuchen. Möglicherweise besteht in dieser Tatsache eine Chance für die Pflegewissenschaft. Sie könnte die Wirksamkeit des sozialen Kompetenztrainings als pflegerische Intervention durch wissenschaftliche Erhebungen untersuchen. Dabei könnten die in Kapitel 5.4.3 dargestellten potentiellen Auswirkungen als Ansatzpunkte für das Outcome genutzt werden. Die in dieser Arbeit dargestellten Auswirkungen sind aufgrund des bisher mangelnden

Bezugs des Trainings zur Pflege als nicht evident zu bewerten. Generell besteht jedoch durch den Einbezug von verschiedenen Berufsgruppen in das Training die Möglichkeit die Interdisziplinarität in der psychiatrischen Versorgung zu erhöhen.

Eine wichtige Feststellung war, dass die Grundvoraussetzung zur Durchführung des Trainings, das Wissen um die Inhalte und die theoretische Konzeption des Trainings ist. Durch ein umfangreiches Wissen, ist es den Pflegenden möglich, die Klienten zu informieren und anzuleiten, sowie Rollenspiele modellhaft darzustellen. Die theoretischen Sachverhalte des Trainings könnten in die Krankenpflegeausbildung oder die Fachweiterbildung für psychiatrische Pflege integriert werden, da Pflegende über diese Voraussetzung sonst nicht verfügen. Eine weitere Möglichkeit zur Aneignung des nötigen Wissens, sind Lehrgänge zum Training sozialer Kompetenzen. Hinsch und Pflingsten (2011) bieten beispielsweise einen GSK-Trainer-Lehrgang an, der mehrmals im Jahr stattfindet. Dabei werden die Trainingsinhalte und die Konzeption vermittelt, Rollenspiele durchgeführt und Modifikationen für spezielle Klientengruppen diskutiert. Kritisch anzumerken ist, dass die Methodik zur Moderation und Steuerung, laut Internetpräsenz, keine Inhalt dieses Seminars ist. Ausgehend von Pflegenden als Teilnehmer dieser Schulung, bekommen sie dort keine weiteren Kompetenzen vermittelt, so dass es ihnen weiterhin an verschiedenen Voraussetzungen fehlt. Pflegende können Aufgaben wie Steuerung und Moderation des Trainings in der Folge weiterhin nicht übernehmen. Abhilfe könnten Seminare leisten, die neben der Theorie des Trainings auch Methoden zu diesen Aufgaben vermitteln. Eine weitere Möglichkeit könnte die Integration von verschiedenen Methodiken in die psychiatrische Fachweiterbildung sein. Alle Pflegenden mit einer psychiatrischen Fachweiterbildung hätten dann die notwendigen Voraussetzungen zur Durchführung des Trainings.

Eine wichtige Rolle bei der Durchführung des Trainings dürfte jedoch die Erfahrung spielen. Viele Voraussetzungen wie Flexibilität, Selbstreflexion und die Fähigkeit verschiedene Fähigkeiten und Problemen der Klienten zu koordinieren, entwickeln sich möglicherweise erst mit den Jahren. Auf diesen Sachverhalt muss in zukünftigen Studien, sowie in der eventuell folgenden Implementierung geachtet werden.

Aus diesen dargestellten Diskussionspunkten schlussfolgernd, können Pflegende in Zukunft Aufgaben im Rahmen des sozialen Kompetenztrainings bei Klienten mit Schizophrenie übernehmen, wenn folgende Gegebenheiten erfüllt sind:

- Anpassung des Trainings an die individuellen Beeinträchtigungen, die mit Schizophrenie einhergehen
- Evidenzen für die nachhaltige Wirksamkeit des Trainings bei Klienten mit Schizophrenie unter Beachtung der verschiedenen Trainingsansätze
- Evidenzen für die Wirksamkeit des Trainings unter Beteiligung von Pflegenden
- Umfangreiches Wissen der Pflegenden zu der theoretischen Konzeption, sowie den Abläufen und Zielen des Trainings durch Integration dieser Sachverhalte in die Fachweiterbildung
- Wissen hinsichtlich verschiedener Methoden durch Seminare oder wiederum Integration dieser Sachverhalte in die Fachweiterbildung
- Erfahrung der Pflegenden

Sollte durch Studien eine positive Wirkung des Trainings durch Pflegende bewiesen werden, kann das in der Zukunft eine große Chance für die Pflege in der Psychiatrie darstellen. Pflegende hätten dann die Möglichkeit, in einen Aufgabenfeld zu arbeiten, in dem sie beratend, anleitend und informierend tätig sein können. Somit könnten sie die pflegerischen Handlungen verrichten, die dem normativen Aufgabenspektrum entsprechen. Die Umsetzung müsste dann in den jeweiligen Institutionen durch die Leitung unterstützt und an die Rahmenbedingungen angepasst werden.

In diesem Fall könnten folglich auch die Klienten davon profitieren. Neben dem Training, sind dann auch im alltäglichen Stationsablauf Beratungen und Anleitungen durch Pflegende möglich. Die Klienten könnten bei Bedarf zeitnah Unterstützung hinsichtlich der sozialen Kompetenzprobleme und In-Vivo-Übungen durch die Pflegenden bekommen.

Das Durchführen der Studien zur Evidenz der Wirksamkeit und die Übernahme von Aufgabenbereichen innerhalb des Trainings könnten in Zukunft von hoher Bedeutung für die Professionalisierung und Autonomie der Pflege sein.

## 7 Limitationen

Die vorliegende Arbeit ist eine Literaturarbeit. Es wurden keine empirischen Studien durchgeführt, um die Fragestellungen zu beantworten. Aufgrund fehlender Rückmeldungen der angeschriebenen Personen, die sich mit dem sozialen Kompetenztraining beschäftigen, konnten keine Expertenmeinungen in die Arbeit mit einbezogen werden.

Es existieren, wie bereits beschrieben, viele verschiedene Ansätze für die Durchführung des Trainings sozialer Kompetenzen. Durch diese hohe Anzahl, konnten nicht alle Konzepte überblickt und in die Arbeit integriert werden. Das vorgestellte Konzept des GSK ist als exemplarisch anzusehen und wurde ebenso nur mit seinen wichtigsten Inhalten dargestellt. Eine umfassende Darstellung war im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich. Aufgrund der Fragestellung bezog sich der Fokus der beschriebenen Inhalte auf die Aufgaben der Trainer.

Infolge der geringen Bezugnahme der Literatur zu Voraussetzungen, über die die Trainer verfügen sollten, damit sie das Training durchführen können, wurde Fachliteratur zu der Thematik ‚Moderation und Training‘ hinzugezogen. Die dort beschriebenen Sachverhalte wurden auf das soziale Kompetenztraining angewendet. Die erarbeiteten Voraussetzungen für die Trainer sind deshalb relativ allgemein gefasst und als nicht evident zu bewerten. Gleiches gilt für die unter 5.4.3 erarbeiteten potentiellen Auswirkungen. Diese wurden aus den Aufgabenbereichen abgeleitet, welche Pflegende übernehmen können. Sie können Ansatzpunkte für zukünftige Studien bilden.

Die Literatur zeigte wenige Aussagen dafür, wie das Training sozialer Kompetenzen auf die individuellen Beeinträchtigungen von Klienten mit Schizophrenie angepasst werden kann. Infolge dessen wurde in dieser Arbeit vermehrt die generelle Aufgabenübernahme von Pflegenden im sozialen Kompetenztraining fokussiert. Anpassungsmöglichkeiten wurden nur vereinzelt dargestellt. Grund hierfür ist, dass Pflegende grundsätzlich das Training für alle Klienten im psychiatrischen Setting übernehmen könnten, unabhängig vom Erkrankungsbild. Die Aufgaben sind potentiell identisch. Es muss durch Erfahrung, Wissen und Flexibilität jedoch eine Anpassung an das jeweilige Klientel erfolgen.

In dieser Arbeit wurde kein Unterschied im Setting gemacht. Möglicherweise kann das Training mit seinen Aufgaben durch die Rahmenbedingungen in der stationären und ambulanten Versorgung beeinflusst werden. Diese Einflussfaktoren wurden in dieser Arbeit nicht beachtet.

Außerdem wurden die beschriebenen Erfahrungen aus Sicht eines Lernenden und nicht aus Sicht eines erfahrenen Psychiatriepflegenden beschrieben. Es besteht die Möglichkeit, dass durch längere Erfahrung in der psychiatrischen Pflege, verschiedenen Aspekte dieser Arbeit in anderer Weise verstanden und bewertet werden.

Diese Sachverhalte sind in der Bewertung und Diskussion der vorliegenden Arbeit zu beachten.

## 8 Literaturverzeichnis

- Abderhalden, Ch. / Needham, I. / Sauter, D. / Wolff, St. (2006): Lehrbuch psychiatrische Pflege. 2. überarbeitete Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.
- Acerra, A. / Galderisi, S. / Luciano, L. / Maj, M. / Mastantuono, P. / Mucci, A. / Piegari, G. / Rabasca, A.F. / Santucci, F. / Valente, A. / Volpe, M. (2010): Social skills and neurocognitive individualized training in schizophrenia: comparison with structured leisure activities. In: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 4, 305 – 315.
- Adam, G. (2005): Grundlagen der Kommunikation. In: Adam, G. / Josuks, H. / Rogall, R. / Schleinitz, G. (Hrsg.): Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Ein praxisnaher Leitfaden. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH Co. KG. 15 – 78.
- Ahn, S. / Byun, E.-K. / Kim, Ch.-K. / Seo, J.-M. (2007): Social Skills Training as Nursing Intervention to Improve the Social Skills and Self-Esteem of Inpatients with Chronic Schizophrenia. In: Archives of Psychiatric Nursing, 21, 317 – 326.
- Arisson, G. / Wiedemann, G. (2006): Soziales Kompetenztraining. In: Batra, A. / Buchkremer, G. / Wassermann, R. (Hrsg.): Verhaltenstherapie. Grundlagen - Methoden – Anwendungsbeispiele. 2. überarbeitete Auflage. Stuttgart / New York: Georg Thieme Verlag KG. 134 – 145.
- Auslander, L.A. / Granholm, E. / Jeste, D.V. / McClure, F.S. / McQuaid, J.R. / Patterson, T. / Pedrelli, P. / Perivoliotis, D. (2005): A Randomized, Controlled Trial of Cognitive Behavioral Social Skills Training for Middle-Aged and Older Outpatients With Chronic Schizophrenia. In: The American Journal of Psychiatry, 162, 520 – 529.
- Bauer, M. (2002): Empirische Befunde zu den Interventionstechniken des GSK. In: Hinsch, R. / Pfingsten, U. (Hrsg.): Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK. 4. überarbeitete Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union. 92 – 110.

- Birkhahn, Th. / Haberzettl, M. (2004): Moderation und Training. Ein praxisorientiertes Handbuch. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH.
- Brenner, H.D. / Pfammatter, M. (2007): Integrierte psychologische Therapieverfahren. In: Bäuml, J. / Becker, T. / Pitschel-Walz, G. / Weig, W. (Hrsg.): Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Konzepte – Interventionen – Perspektiven. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. 143 – 159.
- Behrens, J. / Langer, G. (2004): Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft. Bern: Hans Huber Verlag.
- Chien, H.-Ch. / Chou, K.-R. / Chu, H. / Ku, Ch.-H. / Lu, R.-B. / Tao, Y.-H. (2003): Effects of Social Skills Training on Improving Social Skills of Patients With Schizophrenia. In: Archives of Psychiatric Nursing, 5, 228 – 236.
- Möller, H.J. (2009): Schizophrenie. In: Deister, A. / Laux, G. / Möller, H.-J. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. 4. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. 139 – 167.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2006): S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1 Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Fadai, S.K. / Green, M.F. / Horan, W.P. / Kern, R.S. / Sergi, M.J. / Wynn, J.K. (2009): Social cognitive skills training in schizophrenia: An initial efficacy study of stabilized outpatients. In: Schizophrenia Research, 107, 47 – 54.
- Häfner, H. / Heiden, W. / Löffler, W. / Maurer, K. / Nowotny, B. (1995): When and how does schizophrenia produce social deficits. In: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 246, 17 – 28.
- Herberich, St. / Lenz, E. (2002): Allgemeinpsychiatrie. In: Hinsch, R. / Pfingsten, U. (Hrsg.): Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK. 4. überarbeitete Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union. 244 – 255.

- Hinsch, R. / Weigelt, M. (2002): Konzeption des GSK. In: Hinsch, R. / Pfingsten, U. (Hrsg.): Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK. 4. überarbeitete Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union. 81 – 92.
- Hinsch, R. (2002): Manual zum Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). In: Hinsch, R. / Pfingsten, U. (Hrsg.): Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK. 4. überarbeitete Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union. 129 – 184.
- Hinsch, R. / Pfingsten, U. (2011): gsk-training.de. GSK-Trainer-Seminar. Online im Internet: URL: <http://www.gsk-training.de/> [Zugriff: 13.05.2011].
- Juarez, F. / Murow, E. / Rascon, M.L. / Valencia, M. (2007): A psychosocial skills training approach in Mexican out-patients with schizophrenia. In: Psychological Medicine, 10, 1393 – 402.
- Krankenpflegegesetz (KrPflG) vom 16.07.2003 i. d. F. vom 24.07.2010.
- Klingberg, S. (2006): Schizophrene Psychosen. In: Batra, A. / Buchkremer, G. / Wassermann, R. (Hrsg.): Verhaltenstherapie. Grundlagen - Methoden – Anwendungsbeispiele. 2. überarbeitete Auflage. Stuttgart / New York: Georg Thieme Verlag KG. 212 – 224.
- Landesverordnung über die Weiterbildung und Prüfung von Pflegekräften für Psychiatrie des Landes Schleswig-Holstein (WBPsychVO) vom 11.06.2009.
- Margraf, J. / Rudolf, K. (1995): Angst in sozialen Situationen: Das Konzept der Sozialphobie. In: Margraf, J. / Rudolf, K. (Hrsg.): Training sozialer Kompetenz. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren GmbH. 11 – 34.
- Neiheiser, R. / Walger, M. (2003): Die Novellierung des Krankenpflegegesetzes. In: Das Krankenhaus, 7, 534 – 538.
- Pfingsten, U. (2002a): Soziale Kompetenzen und Kompetenzprobleme. In: Hinsch, R. / Pfingsten, U. (Hrsg.): Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK. 4. überarbeitete Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union. 3 – 11.
- Pfingsten, U. (2002b): Anpassung des GSK an spezielle Klientengruppen und Aufgabenstellungen. In: Hinsch, R. / Pfingsten, U. (Hrsg.):

Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK. 4. überarbeitete Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union. 227 – 232.

- Robert Koch-Institut (2010): Heft 50. Schizophrenie. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Ullrich de Muynck, R. / Ullrich, R. (1995): Selbstwertstörung und soziale Phobie – 25 Jahre Assertiveness-Training-Programm (ATP) Therapie. In: Margraf, J. / Rudolf, K. (Hrsg.): Training sozialer Kompetenz. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren GmbH. 75 – 107.
- Verordnung des sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen (SächsGfbWBVO) vom 22.05.2007.
- WHO (2006): Constitution of the World Health Organization. Online im Internet: URL: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) [Zugriff: 18.05.2011].
- WHO (2010): Internationale Klassifikation psychiatrischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinische-diagnostische Leitlinie. 7. überarbeitete Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.

## 9 Anhang

### Inhaltsverzeichnis

I	Datenbankrecherche I.....	A.1
II	Datenbankrecherche II.....	A.2
III	Entwicklungsstadien einer schizophrenen Erkrankung.....	A.3
IV	Erklärungsmodell GSK.....	A.4
V	Beispiel Erklärungsmodell GSK.....	A.5

# I Datenbankrecherche I

## Welchen Nutzen hat das Training sozialer Kompetenzen für Klienten mit Schizophrenie?

- P = Schizophrenie (schizophren\*)  
I = Training sozialer Kompetenzen (social skills, training)  
C = medikamentöse Therapie, kein Kompetenztraining  
O = Lebensqualität, Fähigkeiten, Wiedereinweisungen, Teilnahme am sozialen Leben, Symptomreduktion, Compliance

### Pubmed 30.03.11

Suchnummer	Stichwort	Limits (Sprache)	Limits (Zeitraum)	Limits (Alter)	Treffer
1	schizophren*				97106
2	social skills				13491
3	training				875740
4	1 + 2 +3				329
5	4	German, english	5 Jahre	All adult 19+	52

Ausschluss: Medikation, andere psychiatrische Erkrankungen, Probleme / Beeinträchtigungen, kognitives Verhaltenstraining ohne soziales Kompetenztraining

## II Datenbankrecherche II

### Welchen Nutzen hat das Training sozialer Kompetenzen mit Pflegenden für Klienten mit Schizophrenie?

- P = Schizophrenie (schizophren\*)  
I = Training sozialer Kompetenzen mit Pflegenden (social skills, training, nurs\*)  
C = medikamentöse Therapie, kein Kompetenztraining  
O = Lebensqualität, Fähigkeiten, Wiedereinweisungen, Teilnahme am sozialen Leben, Symptomreduktion, Compliance

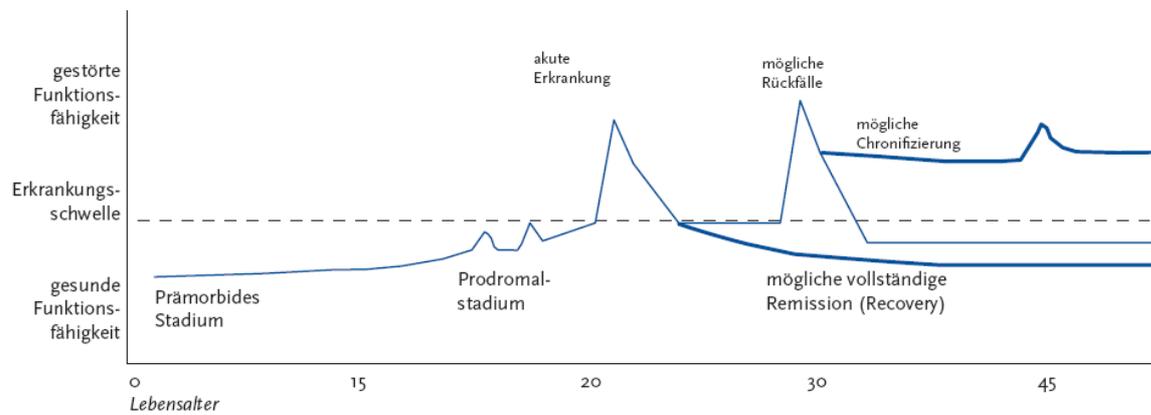
Pubmed 12.04.11

Suchnummer	Stichwort	Limits (Sprache)	Limits (Zeitraum)	Limits (Alter)	Treffer
1	schizophren*				97278
2	social skills				13531
3	training				878159
4	nurs*				556224
5	1 + 2 +3 + 4				27

Ausschluss: Medikation, andere psychiatrische Erkrankungen, Probleme / Beeinträchtigungen, kognitives Verhaltenstraining ohne soziales Kompetenztraining, Familienpflege, integrierte Pflege, Gemeinschaftspflege, Beziehungen zwischen Pflegenden und Klienten

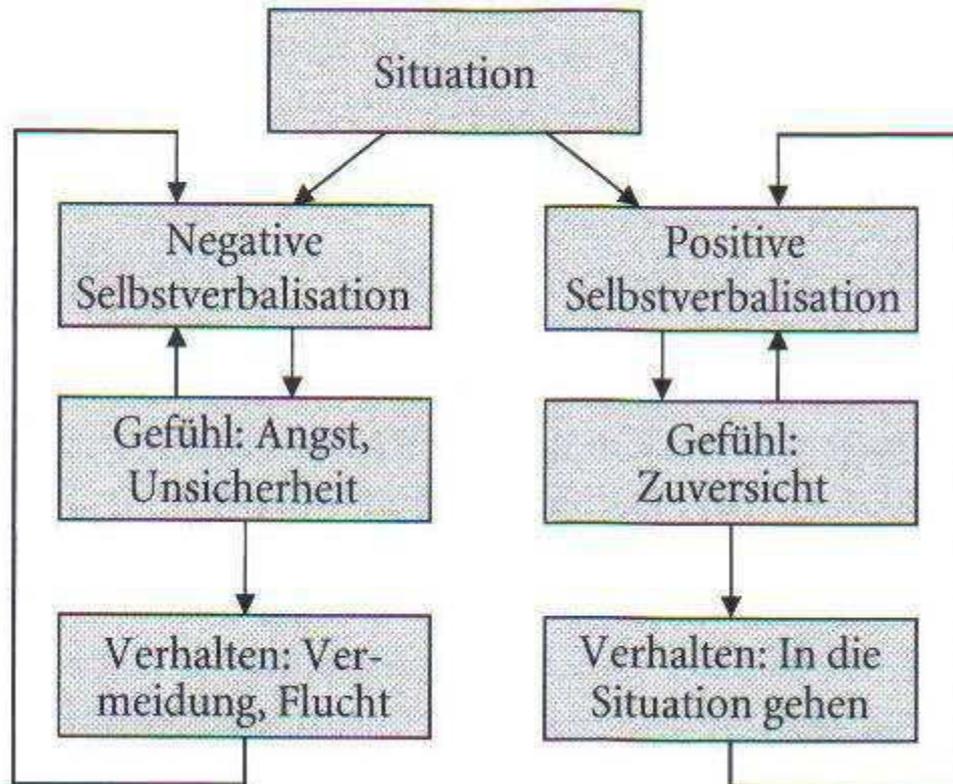
### III Entwicklungsstadien einer schizophrenen Erkrankung

Entwicklungsstadien einer schizophrenen Erkrankung



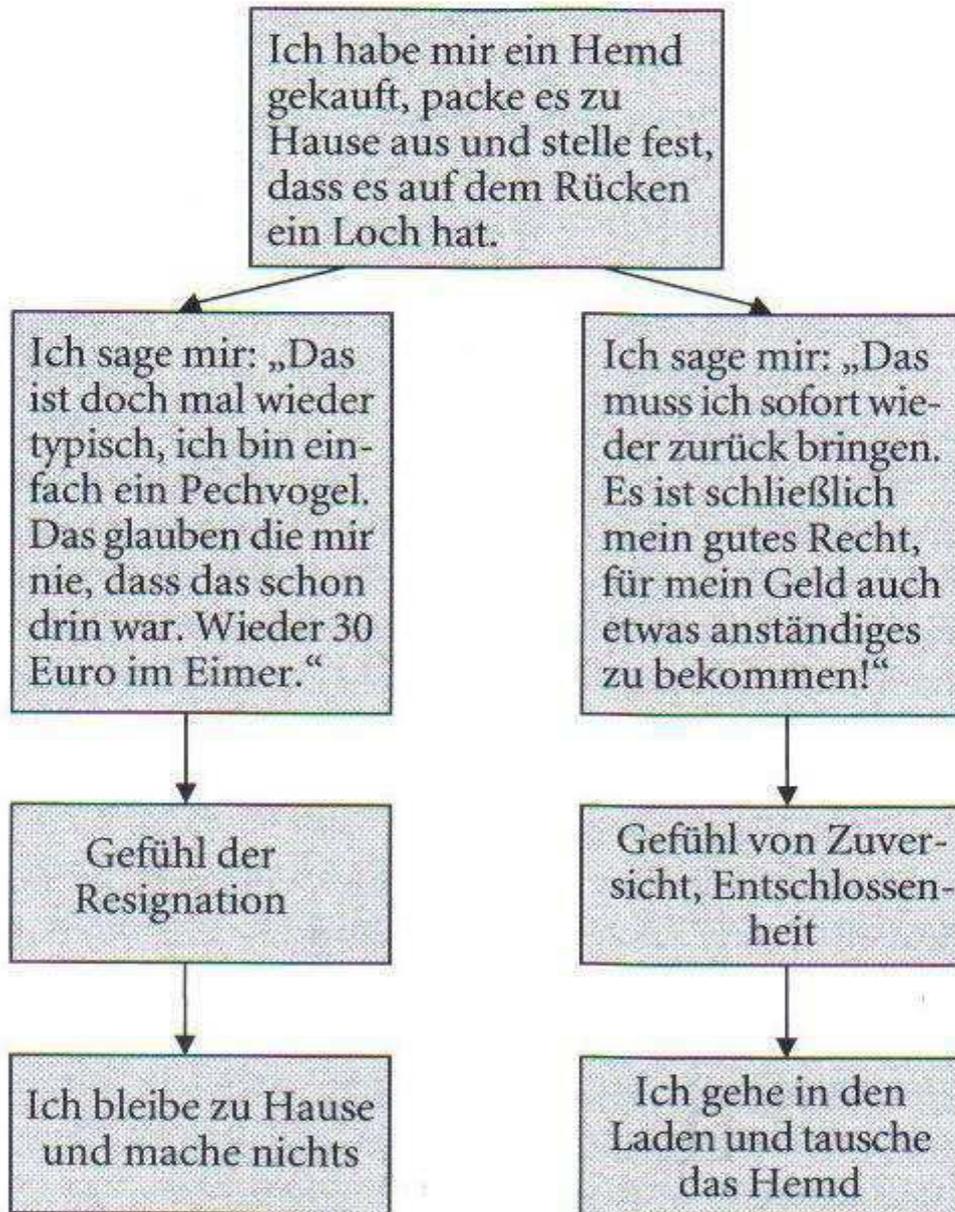
(Robert Koch-Institut (2010): Heft 50. Schizophrenie. Berlin: Robert Koch-Institut. 11.)

#### IV Erklärungsmodell GSK



(Hinsch, R. (2002): Manual zum Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). In: Hinsch, R. / Pfingsten, U. (Hrsg.): Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK. 4. Überarbeitete Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union. 141.)

V Beispiel Erklärungsmodell GSK



(Hinsch, R. (2002): Manual zum Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). In: Hinsch, R. / Pfungsten, U. (Hrsg.): Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK. 4. Überarbeitete Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union. 141.)

## **Eidesstaatliche Erklärung**

Hiermit versichere ich, Oliver Manske, dass ich diese Bachelor-Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung war.

Hamburg, den 31.05.2011

Oliver Manske