

**Entwicklung und Evaluation
des Tübinger Trainings sozialer Kompetenzen (TTsK)
für sechs- bis zwölfjährige Kinder**

Dissertation

der Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Naturwissenschaften
(Dr. rer. nat.)

vorgelegt von

Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. Stefanie B. Wekenmann

aus Biberach/ Riss

Tübingen

2009

Tag der mündlichen Qualifikation:

6. Mai 2009

Dekan:

Prof. Dr. Oliver Kohlbacher

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. Martin Hautzinger

2. Berichterstatter:

Prof. Dr. Peter F. Schlottke

Meiner Familie

Danksagung

Ich freue mich, an dieser Stelle all jenen danken zu dürfen, die mich dabei unterstützt haben, mein Promotionsvorhaben in Angriff zu nehmen, es durchzuführen und nun auch zu vollenden.

Mein Dank gilt ...

... *Prof. Dr. Peter F. Schlotke* für seine verlässliche fachliche Begleitung, seine Bereitschaft und Sorgfalt bei Korrekturen und dafür, dass er mich in meiner therapeutischen und wissenschaftlichen Arbeit so nachhaltig fördert.

... *Prof. Dr. Martin Hautzinger* für seine konstruktiven und motivierenden Rückmeldungen, vor allem in der Endphase der Fertigstellung der Arbeit.

... *dem Cusanuswerk* für die finanzielle Förderung und den Blick über den Tellerrand bei Graduiertentagungen, Jahrestreffen und in der Hochschulgruppe.

... *der Christoph-Dornier-Stiftung* für die infrastrukturelle Unterstützung, den wissenschaftlichen Austausch und insbesondere für die methodische Beratung durch *Herbert Hoijtink*.

... den *Geburtshelferinnen* des „Kinder-SoKos“, die wesentlich an der Entwicklung des Trainings beteiligt waren und es mir für die Ausarbeitung zu Promotionszwecken überlassen haben: *Monika Farci, Petra Fütty, Bettina Klein, Franziska Schober, Andrea Schulten* und *Nina Spröber*.

... allen *TrainerInnen, Diplomandinnen, studentischen PraktikantInnen* und *Hilfskräften* für ihre motivierte und begeisterte Mitarbeit: *Martina Anders, Sabine Bauer, Sabine Brommer, Eyal Drimmer, Monika Farci, Laura Herde, Carolin Schaller, Franziska Schober, Magdalena Schuler, Andrea Schulten, Martin Schuster, Rosita Szlak-Rubin, Petra Wolf* und vor allem *Anna Werner*. Ihr gebührt zusätzlich ein spezieller Dank für ausführliches und hilfreiches Korrekturlesen!

... und schließlich *den Kindern*, für die wir dieses Training entwickelt haben, die es mit Leben füllen und so immer wieder zeigen, wofür sich die Arbeit lohnt.

Und zu guter letzt danke ich *meiner Familie*: meinem Mann *Christian Handschuh* für seine Liebe und unglaubliche Unterstützung, unseren Kindern *Linus und Hanna* für ihre Lebendigkeit und *meinen Eltern* dafür, dass sie mir eine Heimat gegeben haben.

INHALTSVERZEICHNIS

Inhaltsverzeichnis.....	5	
Tabellenverzeichnis	10	
Abbildungsverzeichnis.....	14	
Abkürzungsverzeichnis.....	15	
1	Einleitung.....	17
2	Theoretische Grundlagen	19
2.1	Begriffe.....	19
2.1.1	Der Begriff soziale Kompetenz.....	19
2.1.2	Abgrenzung von verwandten Begrifflichkeiten	24
2.1.3	Fazit.....	26
2.2	Erscheinungsformen und Erhebungsmethoden sozialer Kompetenzprobleme	26
2.2.1	Prävalenz sozialer Kompetenzprobleme	26
2.2.2	Erscheinungsformen und Verlauf sozialer Kompetenzprobleme.....	28
2.2.3	Unterschiede in den untersuchten Populationen	35
2.2.4	Erhebungsmethoden und Datenquellen.....	36
2.2.5	Fazit.....	38
2.3	Ursachen und Folgen sozialer Kompetenzprobleme.....	39
2.3.1	Herkömmliche Erklärungsmodelle	39
2.3.2	Prozessmodell zur sozialen Informationsverarbeitung	40
2.3.3	Defizite bei der sozialen Informationsverarbeitung von sozial inkompetenten Kindern	42
2.3.4	Fazit.....	45
2.4	Soziale Kompetenztrainings und ihre Effektivität	45
2.4.1	Ziele und Ansatzpunkte sozialer Kompetenztrainings.....	45
2.4.2	Effektivität evaluierter Trainings	47
2.4.3	Wichtige Aspekte für die Weiterentwicklung von Trainings.....	50
2.4.4	Fazit.....	52

2.5	Das Tübinger Training sozialer Kompetenzen (TTsK).....	52
2.5.1	Beschreibung der Trainingsentwicklung.....	52
2.5.2	Ziele des Trainingsprogramms.....	53
2.5.3	Struktur und Ablauf.....	53
2.5.4	Trainingsmaterialien.....	55
2.5.5	Beschreibung der einzelnen Sitzungen	56
3	Methode.....	60
3.1	Ziele der Untersuchung und Hypothesen.....	60
3.2	Erhebungsinstrumente.....	61
3.2.1	Beschreibung der verwendeten standardisierten Erhebungsinstrumente.....	62
3.2.2	Beschreibung der verwendeten unstandardisierten Erhebungsinstrumente.....	72
3.3	Untersuchungsdesign	75
3.3.1	Überblick.....	75
3.3.2	Operationalisierung der unabhängigen Variablen.....	75
3.3.3	Operationalisierung der abhängigen Variablen.....	76
3.3.4	Kontrollvariablen	77
3.3.5	Weitere Variablen	77
3.3.6	Zuordnung der abhängigen Variablen zu den Hypothesen.....	78
3.4	Zeitplan und Prozedere der Datenerhebung.....	79
3.4.1	Überblick über den zeitlichen Ablauf.....	79
3.4.2	Probandenrekrutierung und Datenerhebung.....	81
3.5	Beschreibung der Stichprobe	82
3.5.1	Datenzugang und Dropout	82
3.5.2	Soziodemographische Angaben.....	83
3.5.3	Vorkommen von Schwierigkeiten.....	83
3.6	Dropout-Analysen	84
3.7	Auswertung	87

4	Ergebnisse	89
4.1	Überprüfung der Randomisierung.....	89
4.2	Deskriptive Darstellung der abhängigen Variablen zum ersten Erhebungszeitpunkt...	90
4.2.1	Problemverhalten	90
4.2.2	Prosoziales Verhalten.....	91
4.2.3	Soziale Unsicherheit.....	91
4.2.4	Stressverarbeitung	92
4.2.5	Fazit.....	92
4.3	Überprüfung der kurzfristigen Effektivität des Trainingsprogramms.....	92
4.3.1	Hypothese 1: Durch das Training verbessern sich die teilnehmenden Kinder in den Effektivitätsparametern	93
4.3.2	Hypothese 2: Das Problemverhalten der Kinder in der Wartekontrollgruppe verändert sich ohne Intervention nicht	96
4.3.3	Hypothese 3: In der Experimentalgruppe kommt es zu stärkeren Veränderungen als in der Kontrollgruppe	98
4.3.4	Fazit zur Überprüfung der kurzfristigen Effektivität des Trainingsprogramms	102
4.4	Prüfung der langfristigen Effektivität des Trainingsprogramms.....	103
4.4.1	Langfristige Veränderungen im Problemverhalten	104
4.4.2	Langfristige Veränderungen im prosozialen Verhalten	106
4.4.3	Langfristige Veränderungen hinsichtlich sozialer Unsicherheit	108
4.4.4	Langfristige Veränderungen hinsichtlich Stressverarbeitung	108
4.4.5	Fazit zur langfristigen Effektivität des Trainingsprogramms	109
4.5	Alters- und Geschlechtseffekte	110
4.5.1	Einfluss von Alter und Geschlecht auf kurzfristige Effekte	110
4.5.2	Einfluss von Alter und Geschlecht auf langfristige Effekte.....	113
4.5.3	Bewertung von Hypothese 5: Es gibt keine Alters- und Geschlechtseffekte.....	115
4.6	Unterschiede der Effektbeurteiler	115
4.6.1	Unterschiede der Effektbeurteiler hinsichtlich des Problemverhaltens	115
4.6.2	Unterschiede der Effektbeurteiler hinsichtlich des prosozialen Verhaltens.....	116
4.6.3	Bewertung von Hypothese 6: Es gibt Unterschiede, abhängig von den Effektbeurteilern	117

4.7	Einfluss von Moderatorvariablen.....	117
4.7.1	Die Verdachtsdiagnose „Hyperkinetische Störung“	118
4.7.2	Fazit zur Hypothese 7: Der Einfluss von Moderatorvariablen auf Effekte ist nachweisbar.....	119
4.8	Überprüfung der Wissensvermittlung.....	120
4.9	Direkte Bewertung des Trainings durch die Beurteiler.....	121
4.9.1	Bewertung unmittelbar nach Trainingsteilnahme (t2)	122
4.9.2	Bewertungen im Verlauf der Untersuchungszeitpunkte t2 bis t5	126
4.9.3	Fazit zur direkten Bewertung des Trainings durch die Beurteiler	128
4.10	Verlaufsanalysen im Einzelfall	129
4.10.1	Martin, 7 Jahre	129
4.10.2	Peter, 9 Jahre	131
4.10.3	Nico, 11 Jahre	135
4.10.4	Fazit zu den Verlaufsanalysen	139
5	Diskussion und Ausblick.....	140
5.1	Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse.....	140
5.1.1	Kurz- und langfristige Trainingseffekte.....	140
5.1.2	Alters- und Geschlechtseffekte	143
5.1.3	Beurteilereffekte.....	145
5.1.4	Einfluss von Moderatorvariablen.....	146
5.2	Methodenkritische Reflexion	147
5.2.1	Stichprobenumfang, Untersuchungsgruppen und Dropout-Rate	147
5.2.2	Messinstrumente	150
5.3	Abschließende Bewertung des Trainings und Ausblick	152
6	Zusammenfassung.....	154
7	Literatur.....	157

8	Anhang	172
8.1	Bausteine und Ziele der einzelnen Trainingsstunden.....	172
8.2	Unterlagen zur dritten Trainingsstunde des TTsK für die Gruppe der sechs- bis achtjährigen Kinder	173
8.3	Fragebogenpakete für Eltern, Kinder und Lehrer	178
8.3.1	Fragebogen für Eltern.....	178
8.3.2	Fragebogen für Lehrer.....	193
8.3.3	Fragebogen für Kinder	198
8.4	Quiz und Auswertungshinweise.....	199
8.5	Dropout-Analysen zu den Daten der drei Post-Messungen t3 bis t5	214
8.6	Überprüfung der Auswertungsvariablen auf Normalverteilung.....	217
8.7	(M)ANOVAs zum Einfluss von Alter und Geschlecht auf kurz- und langfristige Effekte	218

TABELLENVERZEICHNIS

<i>Tabelle 1:</i>	Prävalenz und Komorbidität bei Kindern und Jugendlichen nach einer Meta-Analyse von McConaughy und Achenbach (1994)	28
<i>Tabelle 2:</i>	Gemeinsamkeiten und Unterschiede von sozial-unsicheren und aggressiven Kindern (Ahrens-Eipper & Leplow, 2004, S. 11)	32
<i>Tabelle 3:</i>	Zuordnung der Defizite von aggressiven und sozial-unsicheren Kindern zu den fünf Merkmalskategorien sozialer Kompetenzen nach Caldarella und Merell (1997).....	33
<i>Tabelle 4:</i>	Rahmenbedingungen einiger ausgewählter Trainingsprogramme im deutschen Sprachraum.....	47
<i>Tabelle 5:</i>	In der Untersuchung eingesetzte standardisierte Fragebogen	62
<i>Tabelle 6:</i>	Zuordnung der Fragebogenskalen zu den abhängigen Variablen in Abhängigkeit der Beurteiler.....	76
<i>Tabelle 7:</i>	Zuordnung der abhängigen Variablen zu den untersuchten Hypothesen.....	78
<i>Tabelle 8:</i>	Zeitlicher Ablauf der Gesamtstudie	79
<i>Tabelle 9:</i>	Beschreibung der einzelnen Untersuchungsgruppen und zeitlicher Ablauf	80
<i>Tabelle 10:</i>	Rücklauf der ausgeteilten Fragebogen in den Untersuchungsgruppen	82
<i>Tabelle 11:</i>	Vergleich der Kinder, die über die ersten zwei Messzeitpunkte hinweg in der Stichprobe verblieben (V) mit den Dropout-Kindern (DO).....	85
<i>Tabelle 12:</i>	Darstellung des signifikanten Mittelwertsunterschiedes zwischen Kindern der Gesamtgruppe, die zum Messzeitpunkt t5 in der Stichprobe verblieben (V) und den Dropout-Kindern (DO).....	86
<i>Tabelle 13:</i>	Vergleich von Experimental- und Kontrollgruppe bezüglich soziodemographischer Variablen	89
<i>Tabelle 14:</i>	Gruppenunterschiede im Problemverhalten zum Zeitpunkt t1	90
<i>Tabelle 15:</i>	Gruppenunterschiede im prosozialem Verhalten zum Zeitpunkt t1	91
<i>Tabelle 16:</i>	Gruppenunterschiede bezüglich sozialer Unsicherheit zum Zeitpunkt t1	91
<i>Tabelle 17:</i>	Gruppenunterschiede bezüglich Stressverarbeitung zum Zeitpunkt t1	92
<i>Tabelle 18:</i>	Einseitige t-Tests für abhängige Stichproben der Kinder vor und nach Teilnahme am Training bezüglich Problemverhalten	93
<i>Tabelle 19:</i>	Einseitige t-Tests für abhängige Stichproben der Kinder vor und nach Teilnahme am Training bezüglich prosozialem Verhalten	94
<i>Tabelle 20:</i>	Einseitige t-Tests für abhängige Stichproben der Kinder vor und nach Teilnahme am Training bezüglich sozialer Unsicherheit.....	95

<i>Tabelle 21:</i> Einseitige t-Tests für abhängige Stichproben der Kinder vor und nach Teilnahme am Training bezüglich Stressverarbeitung.....	95
<i>Tabelle 22:</i> Einseitige t-Tests für abhängige Stichproben der KG von t1 nach t2 bezüglich Problemverhalten	96
<i>Tabelle 23:</i> Einseitige t-Tests für abhängige Stichproben der KG von t1 nach t2 bezüglich prosozialem Verhalten.....	96
<i>Tabelle 24:</i> Einseitige t-Tests für abhängige Stichproben der KG von t1 nach t2 bezüglich sozialer Unsicherheit	97
<i>Tabelle 25:</i> Einseitige t-Tests für abhängige Stichproben der KG von t1 nach t2 bezüglich Stressverarbeitung	97
<i>Tabelle 26:</i> Mittelwerte und Standardabweichungen der abhängigen Variablen getrennt für die Experimentalbedingungen zu den einzelnen Messzeitpunkten.....	98
<i>Tabelle 27:</i> Ergebnisse der ANOVAs mit den Faktoren Gruppe und Messzeitpunkt	98
<i>Tabelle 28:</i> Mittelwerte und Standardabweichungen des Elternurteils zum Problemverhalten zu den fünf Messzeitpunkten	104
<i>Tabelle 29:</i> Mittelwerte und Standardabweichungen des Lehrerurteils zum Problemverhalten zu den fünf Messzeitpunkten	105
<i>Tabelle 30:</i> Mittelwerte und Standardabweichungen des Selbsturteils zum Problemverhalten zu den fünf Messzeitpunkten	106
<i>Tabelle 31:</i> Mittelwerte und Standardabweichungen des Elternurteils zum prosozialem Verhalten zu den fünf Messzeitpunkten.....	106
<i>Tabelle 32:</i> Mittelwerte und Standardabweichungen des Lehrerurteils zum prosozialem Verhalten zu den fünf Messzeitpunkten.....	106
<i>Tabelle 33:</i> Mittelwerte und Standardabweichungen des Selbsturteils zum prosozialem Verhalten zu den fünf Messzeitpunkten.....	107
<i>Tabelle 34:</i> Mittelwerte und Standardabweichungen des Selbsturteils zur sozialen Unsicherheit zu den fünf Messzeitpunkten	108
<i>Tabelle 35:</i> Mittelwerte und Standardabweichungen des Selbsturteils zur Stressverarbeitung zu den fünf Messzeitpunkten	108
<i>Tabelle 36:</i> Ergebnisse der (multivariaten) Varianzanalysen zum Problemverhalten	110
<i>Tabelle 37:</i> Ergebnisse der (multivariaten) Varianzanalysen zum prosozialem Verhalten	112
<i>Tabelle 38:</i> Ergebnisse der (multivariaten) Varianzanalysen zum Problemverhalten	113
<i>Tabelle 39:</i> Ergebnisse der (multivariaten) Varianzanalysen zum prosozialem Verhalten	114

<i>Tabelle 40:</i> Mittelwerte und Standardabweichungen im SDQ-Gesamturteil getrennt nach Beurteiler und Messzeitpunkt.....	116
<i>Tabelle 41:</i> Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskala SDQ-Prosozial getrennt nach Beurteiler und Messzeitpunkt	116
<i>Tabelle 42:</i> Mittelwerte und Standardabweichungen des Lehrerurteils der Subskala SDQ-Prosozial getrennt nach Gruppe und Messzeitpunkt.....	117
<i>Tabelle 43:</i> Mittelwerte und Standardabweichungen der abhängigen Variablen getrennt für die Gruppenzugehörigkeit HKS1/ HKS2 zu den einzelnen Messzeitpunkten.....	118
<i>Tabelle 44:</i> Ergebnisse der ANOVAs mit den Faktoren Gruppe und Messzeitpunkt	118
<i>Tabelle 45:</i> Quizergebnisse während des Trainings.....	120
<i>Tabelle 46:</i> Einseitiger t-Test für abhängige Stichproben bezüglich der Quizergebnisse vor und nach Teilnahme am Training.....	121
<i>Tabelle 47:</i> Wahrgenommene Veränderung der Probleme nach Kursende im Elternurteil.....	126
<i>Tabelle 48:</i> Wahrgenommene Unterstützung durch den Kurs zu den Nacherhebungszeitpunkten (Elternurteil).....	126
<i>Tabelle 49:</i> Wahrgenommene Veränderung der Probleme nach Kursende im Lehrerurteil.....	127
<i>Tabelle 50:</i> Wahrgenommene Veränderung der Probleme nach Kursende im Selbsturteil.....	127
<i>Tabelle 51:</i> Wahrgenommene Unterstützung durch den Kurs zu den Nacherhebungszeitpunkten (Selbsturteil).....	128
<i>Tabelle 52:</i> Martins Werte auf den abhängigen Variablen zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten.....	130
<i>Tabelle 53:</i> Peters Werte auf den abhängigen Variablen zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten	132
<i>Tabelle 54:</i> Nicos Werte auf den abhängigen Variablen zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten	136
<i>Tabelle 55:</i> Darstellung von Mittelwertsunterschieden zum Messzeitpunkt t3 zwischen Kindern der Gesamtgruppe, die in der Stichprobe verbleiben (V), und Kindern der Gesamtgruppe, für die zu diesem Messzeitpunkt keine Daten vorliegen (DO), anhand der abhängigen Variablen in der Prä-Messung (t1).....	214
<i>Tabelle 56:</i> Darstellung von Mittelwertsunterschieden zum Messzeitpunkt t4 zwischen Kindern der Gesamtgruppe, die in der Stichprobe verbleiben (V), und Kindern der Gesamtgruppe, für die zu diesem Messzeitpunkt keine Daten vorliegen (DO), anhand der abhängigen Variablen in der Prä-Messung (t1).....	215

<i>Tabelle 57:</i> Darstellung von Mittelwertsunterschieden zum Messzeitpunkt t5 zwischen Kindern der Gesamtgruppe, die in der Stichprobe verbleiben (V), und Kindern der Gesamtgruppe, für die zu diesem Messzeitpunkt keine Daten vorliegen (DO), anhand der abhängigen Variablen in der Prä-Messung t1	216
<i>Tabelle 58:</i> Kolmogorov-Smirnov-Tests zur Überprüfung der abhängigen Variablen auf Normalverteilung zum Zeitpunkt t1 (Gesamtgruppe).....	217
<i>Tabelle 59:</i> Kolmogorov-Smirnov-Tests zur Überprüfung der abhängigen Variablen auf Normalverteilung zum Zeitpunkt t2 (Gesamtgruppe).....	217
<i>Tabelle 60:</i> Mittelwerte und Standardabweichungen signifikanter Stichprobenuntergruppen (Alter; Geschlecht) beim Vergleich von Experimental- und Kontrollgruppe von t1 nach t2 hinsichtlich des Problemverhaltens	218
<i>Tabelle 61:</i> Mittelwerte und Standardabweichungen signifikanter Stichprobenuntergruppen (Alter; Geschlecht) bei der Analyse der Gesamtgruppe über die fünf Messzeitpunkte hinweg hinsichtlich des Problemverhaltens	219
<i>Tabelle 62:</i> Mittelwerte und Standardabweichungen signifikanter Stichprobenuntergruppen (Alter; Geschlecht) bei der Analyse der Gesamtgruppe über die fünf Messzeitpunkte hinweg hinsichtlich des prosozialen Verhaltens	220

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Modell der sozialen Informationsverarbeitung nach Crick und Dodge (1994).....	41
Abbildung 2:	Untersuchungsdesign der vorliegenden Studie	75
Abbildung 3:	Skala „ECBI Problemhäufigkeit“ (Elternurteil): Mittelwerte der Gruppen zu den einzelnen Messzeitpunkten.....	99
Abbildung 4:	Skala „SDQ-Selbst Gesamt“ (Selbsturteil): Mittelwerte zu den einzelnen Messzeitpunkten.....	100
Abbildung 5:	Skala „SDQ-Eltern Prosozial“ (Elternurteil): Mittelwerte zu den einzelnen Messzeitpunkten.....	101
Abbildung 6:	Skala „SDQ-Lehrer Prosozial“ (Lehrerurteil): Mittelwerte zu den einzelnen Messzeitpunkten.....	102
Abbildung 7:	Verlauf der Mittelwerte im SDQ-Gesamt (Elternurteil) über die 5 Erhebungszeitpunkte	104
Abbildung 8:	Verlauf der Mittelwerte im SDQ-Gesamt (Lehrerurteil) über die 5 Erhebungszeitpunkte	105
Abbildung 9:	Verlauf der Mittelwerte im WMC- und ESKV-Gesamt über die 5 Erhebungszeitpunkte	107
Abbildung 10:	Verlauf der Mittelwerte im SVF-NCO über die 5 Erhebungszeitpunkte	109
Abbildung 11:	Elternurteil zur Entwicklung der Probleme des Kindes nach Kursteilnahme	122
Abbildung 12:	Elternurteil zur empfundenen Unterstützung durch den Kurs.....	123
Abbildung 13:	Lehrerurteil zur Entwicklung der Probleme des Kindes nach Kursteilnahme ...	124
Abbildung 14:	Selbsturteil zur Entwicklung der Probleme nach Kursteilnahme	125
Abbildung 15:	Selbsturteil zur empfundenen Unterstützung durch den Kurs.....	125
Abbildung 16:	Verlaufsbeobachtung der Eltern von Peter während des Kurses.....	134
Abbildung 17:	Verlaufsbeobachtung des zu verändernden Problemverhaltens von Nico während des Kurses.....	138
Abbildung 18:	Verlaufsbeobachtung des aufzubauenden erwünschten Verhaltens von Nico während des Kurses	138

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

d	Maß für die Effektstärke bei Mittelwertsvergleichen
DISYPS-KJ	Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter
DO	Dropout, d.h. Kinder, deren Daten nicht zu allen Messzeitpunkten vorliegen
DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen
ECBI	Eyberg Child Behavior Inventory
EG	Experimentalgruppe
EIKV	Eybergs Inventar zu kindlichem Verhalten
ESKV	Fragebogen zur Einschätzung sozial kompetenten Verhaltens
f	Maß für die Effektstärke bei Varianzanalysen
FBB-ANG	Fremdbeurteilungsbogen zu Angststörungen
FBB-HKS	Fremdbeurteilungsbogen zu hyperkinetischen Störungen
FBB-SSV	Fremdbeurteilungsbogen zu Störungen des Sozialverhaltens
FESUK	Fragebogen zur Erfassung sozialer Unsicherheit bei Kindern
FESUK-A	FESUK-Unterskala „Durchsetzen eigener berechtigter Ansprüche“
FESUK-B	FESUK-Unterskala „Kontaktaufnahme mit Gleichaltrigen“
FESUK-C	FESUK-Unterskala „Äußern eigener Meinung“
ICD	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
KG	Kontrollgruppe (Warteliste)
M	Mittelwert
m.	männlich
N	Stichprobengröße
p	Signifikanz
SD	Standardabweichung
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SDQ-Deu	Fragebogen zu Stärken und Schwächen
SVF-KJ	Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche
SVF-EMO	SVF-Sekundärskala „emotionsregulierende Bewältigung“
SVF-NCO	SVF-Sekundärskala „negative Stressverarbeitung“
SVF-PRB	SVF-Sekundärskala „problemlösende Bewältigung“
t1	Prä-Messung, erster Datenerhebungszeitpunkt

t2	Post-Messung unmittelbar nach Trainingsende
t3	Post-Messung sechs bis acht Wochen nach Trainingsende
t4	Post-Messung sechs Monate nach Trainingsende
t5	Post-Messung ein Jahr nach Trainingsende
TTsK	Tübinger Training sozialer Kompetenzen
V	verbleibende Kinder, d.h. Kinder mit vollständigen Datensätzen
V.a.	Verdacht auf
vs.	versus
w.	weiblich
WMC	Walker-McConnell Scale of Social Competence and School Adjustment
ε	Epsilon, allgemeines Maß für die Effektstärke
η_p^2	partielles Eta-Quadrat

1 Einleitung

Tagtäglich verbringen wir einen Großteil unserer Zeit mit anderen Menschen. Wir leben in Familien und Partnerschaften, haben mit ArbeitskollegInnen zu tun, gehen Hobbies nach, treffen uns mit Freunden, begegnen Passanten auf der Straße, kaufen ein. Dabei sind soziale Fertigkeiten gefragt, die wir im Umgang mit anderen erlernt haben. Sie sollen uns helfen, unsere Ziele zu erreichen und uns an die soziale Umwelt erfolgreich anzupassen.

Auch Kinder sind fortlaufend herausgefordert, sich sozial geschickt zu verhalten, wobei die Kindheit gerade dadurch gekennzeichnet ist, dass der Beziehung zu Gleichaltrigen eine große Bedeutung zukommt, die im Entwicklungsverlauf immer wichtiger wird. Gelingt die Gestaltung dieser Beziehungen, hat dies positive Auswirkungen für die weitere Entwicklung; überwiegen dagegen Schwierigkeiten im Umgang mit anderen, wird hier ein Entwicklungsrisiko deutlich (Dodge, 1989; La Greca & Stone, 1993; Oerter & Montada, 2008; Parker & Asher, 1987).

Eine Vielzahl von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter geht mit einem Mangel an sozialen Fertigkeiten bzw. Defiziten sozialer Kompetenzen einher (Beck, Cäsar & Leonhardt, 2006; Dodge, 1989), wobei seit Beginn der Forschung zur sozialen Kompetenz in den 70er Jahren zwischen internalisierenden und externalisierenden bzw. vermeidend-unsicheren und zudringlich-aggressiven Verhaltensproblemen unterschieden wird (vgl. Kohn, 1977).

In der Folge wurden im Rahmen der klinischen Entwicklungspsychologie Interventionsprogramme entwickelt und untersucht, die sich auf die Förderung sozialer Kompetenzen bei unsicheren bzw. bei aggressiven Kindern beziehen (im deutschen Sprachraum z.B. F. Petermann & U. Petermann, 2005; U. Petermann & F. Petermann, 2006). Solche Programme wurden nach den vorgenannten Erscheinungsformen problematischen Verhaltens jeweils gesondert ausgewiesen.

Studien zum Hintergrund solcher Verhaltensmuster zeigen jedoch, dass sich die Defizite unsicherer wie aggressiver Kinder überschneiden (Ahrens-Eipper & Leplow, 2004). Zudem ist unter Gesichtspunkten der Praktikabilität ein störungsübergreifend einsetzbares und wirksames Trainingskonzept ein klinisch wie pragmatisch zu begründendes Desiderat.

Mit dem Tübinger Training sozialer Kompetenzen (TTsK) wurde ein solches störungsübergreifendes Training für 6- bis 12jährige Kinder entwickelt und hier mit einer randomisierten Kontrollgruppenstudie evaluiert.

Zum Aufbau der Arbeit:

Nach den einleitenden Hinweisen zum Anliegen und Konzept des Trainingsprogramms (Kapitel 1) werden in Kapitel 2 die hierfür relevanten theoretischen Grundlagen erläutert und diskutiert.

Dazu wird in Abschnitt 2.1 zunächst der Begriff „Soziale Kompetenz“ definiert und von verwandten Begrifflichkeiten abgegrenzt.

In Abschnitt 2.2 werden die Erscheinungsformen sozialer Kompetenzprobleme vorgestellt und Erhebungsmethoden aufgezeigt. Weiter wird auf die möglichen Ursachen und die Folgen von Mängeln in der sozialen Kompetenz eingegangen (Abschnitt 2.3). Dabei liegt der Schwerpunkt auf dem Erklärungsmodell zur sozialen Informationsverarbeitung von Dodge (1986) bzw. Crick und Dodge (1994), das dem TTsK wesentlich zu Grunde liegt. In Abschnitt 2.4 wird auf Ziele, Ansatzpunkte und die Effektivität von sozialen Kompetenztrainings eingegangen, und es werden wichtige Aspekte für die Weiterentwicklung von Trainings abgeleitet. Im Abschnitt 2.5 wird dann das Tübinger Training sozialer Kompetenzen (TTsK) detaillierter vorgestellt.

In Kapitel 3 wird die Methode der Arbeit erläutert. In Abschnitt 3.1 werden die Ziele und Hypothesen der Untersuchung präsentiert, in Abschnitt 3.2 die Erhebungsinstrumente und in Abschnitt 3.3 das Untersuchungsdesign. Zeitplan und Prozedere der Datenerhebung finden sich in Abschnitt 3.4.

In Abschnitt 3.5 wird die Untersuchungstichprobe beschrieben, bevor in Abschnitt 3.6 die Dropout-Analysen besprochen werden. Abschnitt 3.7 spezifiziert die Auswertung.

In Kapitel 4 finden sich die Ergebnisse der Studie. Der Überprüfung der Randomisierung (Abschnitt 4.1) folgt die deskriptive Darstellung der abhängigen Variablen zum ersten Erhebungszeitpunkt (4.2). Im Anschluss werden die Ergebnisse zu den einzelnen Hypothesen dargestellt: die Überprüfung der kurz- und langfristigen Effektivität des Trainingsprogramms (4.3 und 4.4), Alters- und Geschlechtseffekte (4.5), Unterschiede der Effektbeurteiler (4.6) und Einfluss von Moderatorvariablen (4.7). Den Abschluss der Ergebnisdarstellung bilden die Überprüfung der Wissensvermittlung (4.8), die direkte Bewertung des Trainings durch die Beurteiler (4.9) sowie drei Verlaufsanalysen (4.10).

Kapitel 5 beginnt mit der zusammenfassenden Diskussion der Ergebnisse (Abschnitt 5.1). Dem folgen die methodenkritische Reflektion der Studie (Abschnitt 5.2) und die abschließende Bewertung des Trainingsprogramms (Abschnitt 5.3).

In Kapitel 6 findet sich die Zusammenfassung der Arbeit.

2 Theoretische Grundlagen

Im theoretischen Teil der Arbeit erfolgt zunächst eine Auseinandersetzung mit den für diesen Kontext relevanten Begrifflichkeiten. In einem nächsten Schritt wird dann näher auf die Erscheinungsformen sozialer Kompetenzprobleme eingegangen, und es werden mögliche Erhebungsmethoden charakterisiert. Dem folgt die Darstellung des für diese Arbeit zentralen Erklärungsmodells, in dem spezifische Kompetenzprobleme verortet werden können. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit wirksamer Interventionen, so dass bereits verfügbare Programme dargestellt und deren Effektivität diskutiert wird. Abschließend folgt die Darstellung des Tübinger Trainings sozialer Kompetenzen (TTsK), das im Rahmen dieser Arbeit entwickelt und evaluiert wurde und einen Beitrag leisten soll, bestehende Lücken in der Versorgung und Forschung zu schließen.

2.1 *Begriffe*

In vielen Disziplinen der Psychologie wird seit Jahrzehnten zu sozialer Kompetenz geforscht und veröffentlicht (Fiedler, 2003; Kanning, 2002a), eine allgemein verbindliche Definition sozialer Kompetenz liegt dennoch nicht vor. Die Vielzahl unterschiedlicher Definitionsvorschläge verlangt eine Klärung und Eingrenzung der Begriffe, um eine für diese Arbeit angemessene Definition festlegen zu können.

2.1.1 **Der Begriff soziale Kompetenz**

Die klinische Psychologie beschäftigt sich seit den Anfängen der Verhaltenstherapie mit der Frage, wie sich sozial ängstliches Verhalten manifestiert und wie soziale Ängste überwunden werden können (Kanning, 2002b). Salter (1949) und Wolpe (1958) sind in diesem Bereich wichtige Autoren, die sich bei unsicheren und ängstlichen Patienten mit Selbstsicherheit und assertivem Verhalten beschäftigten, wobei zunächst vor allem durchsetzungsfähiges Verhalten als kompetent galt, das auch aggressives und rücksichtsloses Verhalten mit einschloss (vgl. Schaller, 2005). Eingeführt wurde der Begriff „soziale Kompetenz“ dann in den 70er Jahren von Arnold Lazarus (1971, zitiert nach Zimmer 1976), der aggressives Verhalten als Beispiel sozial kompetenten Verhaltens aber bereits explizit ausschloss.

Die Überwindung von sozial-ängstlichem Verhalten als Ziel sozial kompetenten Verhaltens scheint in der Klinischen Psychologie dafür verantwortlich zu sein, dass nach Kanning (2002b, 2003) viele klinisch-psychologische Definitionen den Charakter der Durchsetzungsfähigkeit betonen und vor allem auf die Interessen des Handelnden fokussieren. Bei entwicklungspsychologischen Definitionsversuchen steht hingegen mehr die Anpassung des Individuums an die Normen und Werte einer Gesellschaft im Mittelpunkt.

Den Gedanken, dass es um Durchsetzung und Anpassung gleichermaßen geht – sozial kompetentes Verhalten somit einen Kompromisscharakter aufweist und einen Ausgleich der Interessen zwischen den in eine Interaktion involvierten Parteien versucht – stellen Döpfner, Schlüter und Rey (1981) heraus.

Hinzu kommt, dass im weiteren Verlauf Defizite in sozialer Kompetenz nicht mehr ausschließlich unsicheren und ängstlichen Patienten zugeschrieben wurden, sondern auch aggressiv-expansive Verhaltensweisen ausdrücklich als sozial inkompetent gewertet wurden.

So weisen Beck et al. (2006) für die Arbeit mit Kindern darauf hin, dass mangelnde soziale Kompetenzen zwar immer noch am ehesten schüchternen, gehemmten oder ängstlichen Kindern zugeschrieben werden, jedoch auch unruhigen, sprunghaften und impulsiven Kindern oft ein Mangel an angemessenem Sozialverhalten attestiert wird. Entsprechend definieren Hinsch und Pfingsten (2007) sowohl vermeidend-unsichere als auch zudringlich-aggressive Verhaltensmuster als sozial inkompetent.

Eine in der klinischen Psychologie weit verbreitete Definition sozialer Kompetenz stammt von Hinsch und Pfingsten (2007). Sie verstehen unter sozialer Kompetenz die „Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen“ (ebd. S. 4).

Diese Definition soll nun hinsichtlich verschiedener Aspekte analysiert und auf ihre Anwendbarkeit für die vorliegende Arbeit überprüft werden.

Die Verknüpfung von „Verfügbarkeit“ und „Anwendung“ markiert gleich zwei zentrale Probleme der Diskussion zum Begriff „soziale Kompetenz“.

So war strittig, ob es sich bei sozialer Kompetenz um ein Potenzial oder um konkretes Verhalten handelt. Während Döpfner et al. (1981) – auf deren ursprüngliche Begriffsbestimmung Hinsch und Pfingsten (2007) bei ihrem Definitionsvorschlag auch zurückgreifen – soziale Kompetenz sowohl

als Potenzial als auch als erfolgreiche Umsetzung dieser Befähigung verstehen, schlägt Kanning (2003) vor, zwischen sozialer Kompetenz und sozial kompetentem Verhalten zu unterscheiden. Er definiert soziale Kompetenz als „Gesamtheit des Wissens, der Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person, welche die Qualität eigenen Sozialverhaltens – im Sinne der Definition sozial kompetenten Verhaltens – fördert“ (Kanning, 2003, S. 15), sozial kompetentes Verhalten als „Verhalten einer Person, das in einer spezifischen Situation dazu beiträgt, die eigenen Ziele zu verwirklichen, wobei gleichzeitig die soziale Akzeptanz des Verhaltens gewahrt wird“ (ebd.).

Zusätzlich weist die Unterscheidung zwischen „Verfügbarkeit“ und „Anwendung“ darauf hin, dass zwischen Kompetenz und Performanz zu trennen ist. Dies ist gerade im Hinblick auf die Diagnostik sozialer Kompetenz bzw. sozialer Kompetenzprobleme und daraus abzuleitender Interventionen wichtig.

Die explizite Ausdifferenzierung der Verhaltensweisen in kognitive, emotionale und motorische bzw. aktionale ist für das im Rahmen dieser Arbeit entwickelte und evaluierte Training ebenfalls von Bedeutung (vgl. Werner, 2007). Es wird davon ausgegangen, dass neben motorischem Verhalten eben auch kognitive und emotionale Fähigkeiten und Fertigkeiten Merkmale sozialer Kompetenz sind.

Dabei wird in Anlehnung an Döpfner (1989) unter kognitiver sozialer Kompetenz eine effektive soziale Informationsverarbeitung, unter emotionaler sozialer Kompetenz das situationsangemessene Entwickeln und Ausdrücken von Gefühlen, und unter aktionaler sozialer Kompetenz die angemessene Kombination von verbalen und nonverbalen Verhaltensfertigkeiten verstanden. Angesichts der Bedeutung aller drei Bereiche als konstitutiv für soziale Kompetenz wird in der vorliegenden Arbeit auch der Argumentation von Kanning (2002b) gefolgt und generell im Plural von sozialen Kompetenzen gesprochen.

Andere Autoren (z.B. F. Petermann, 2002) rücken bei ihren Definitionen dagegen eher einen der drei Bereiche in den Vordergrund oder definieren soziale Kompetenzen stärker im Hinblick auf erreichte Ziele als über bestimmte Verhaltensweisen, die zum angestrebten Ziel führen (vgl. Rubin & Rose-Krasnor, 1992).

Der Definitionsaspekt „bestimmte soziale Situationen“ verweist auf den sozialen Bezugspunkt: Die soziale Akzeptanz ist ein wichtiges Merkmal für die Bewertung konkreten Handelns. Gleichzeitig bedeutet dies aber auch, dass ein Verhalten in einer Situation als kompetent, in einer anderen Situation jedoch als inkompetent zu beurteilen ist. Zimmer (1976) merkt dazu an, dass das „was als

sicheres Verhaltensmuster anzusehen ist, ... stark von der konkreten Bestimmung der Situation, von ethnischen, kulturellen und schichtspezifischen Faktoren ab[hängt]“ (ebd., S. 8).

Hinsichtlich der Bilanz des „langfristig günstigen Verhältnisses von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden“ muss neben den Komponenten Nachhaltigkeit und Temporalität auch die Einschränkung auf „den Handelnden“ betrachtet werden.

So ist mit Nachhaltigkeit und temporalem Bezugspunkt einer Handlung gemeint, dass beispielsweise aggressives Verhalten kurzfristig zum Ziel führen kann, langfristig jedoch mehr Nachteile nach sich zieht. Umgekehrt erfordert die Überwindung von Angst kurzfristig für den Betroffenen viel Mut, sie verschafft ihm aber langfristig gesehen die Möglichkeit, sich in der Gesellschaft unbelasteter zu bewegen (vgl. auch Kanning, 2002b).

Ein kritischer Aspekt liegt bei der Reduzierung der Definition auf „den Handelnden“ darin, dass dabei die Rolle möglicher Interaktionspartner nicht explizit angesprochen wird (Kanning, 2003). Gerade in der klinischen Kinderpsychologie umfassen soziale Kompetenzen neben adaptivem Verhalten und sozialen Fertigkeiten aber explizit auch die Akzeptanz durch Gleichaltrige (vgl. Gresham & Reschly, 1987). Schlundt und McFall (1985) weisen generell darauf hin, dass ein Verhalten, welches als sozial kompetent bezeichnet wird, das wertbasierte Urteil eines Beobachters erfordert. Dieses Urteil wird von ihm vor dem Hintergrund seiner impliziten oder expliziten Wertvorstellungen abgegeben.

Ein weiteres wichtiges Definitionsmerkmal, das in der Fassung von Hinsch und Pfingsten (2007) vernachlässigt wird, bezieht sich auf den Entwicklungsstand des Kindes, dessen Verhalten bewertet wird. Dieser Aspekt darf bei einer Definition sozialer Kompetenzen, die auch für Kinder und Jugendliche gelten soll, nicht fehlen (vgl. Borg-Laufs, 2001). Beck et al. (2006) erweitern deshalb die Definition von Hinsch und Pfingsten (2007) folgendermaßen: „Soziale Kompetenz ist eine Menge an kognitiven, emotionalen und motorischen Fertigkeiten, die einem Individuum zur Verfügung stehen und in spezifischen Situationen auch umgesetzt werden können, um soziale Aufgabenstellungen alters- und entwicklungsentsprechend angemessen und effektiv zu bewältigen“ (S.13).

Die bisher dargestellten Definitionen sind in Anlehnung an Wittmann (1991) und Müller (1994) den *molaren* Konzepten zuzuordnen. Das bedeutet, es geht um das Bemühen, den Begriff „soziale Kompetenz“ als einheitliches Konstrukt zu fassen und dabei möglichst allgemeine und

unspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten darunter zu subsumieren. Der Vorteil dieser molaren Ansätze liegt nach Müller (1994) darin, dass mit diesen Definitionen soziale Kompetenzen global und allgemein eingeschätzt werden können. Dies wird in der Praxis oft als alltagsnäher und relevanter empfunden als genaue Aufzeichnungen über die Häufigkeit einer bestimmten Fertigkeit. Die fehlende Möglichkeit einer genauen Operationalisierung der molaren Definitionen ist allerdings in der Forschung nachteilig.

Bei einem Definitionszugang über *molekulare* Ansätze werden unterschiedliche Verhaltensmuster, die als sozial kompetent gelten, additiv gefasst und unter dem Konstrukt soziale Kompetenzen subsumiert. Schwierig ist dabei jedoch die Vergleichbarkeit der Fähigkeiten über Situationen und Zeit hinweg. Zudem gibt es bisher keine Festlegung, welche Fertigkeiten dazu gehören, und so sind bis heute unterschiedlich umfangreiche Sammlungen im Umlauf.

Kanning (2002c) integrierte in einer Untersuchung neuere bzw. häufig zitierte Kompetenzkataloge und konnte 100 oft synonyme Kompetenzen zunächst auf 15 Kompetenzen reduzieren, die den drei Bereichen perceptiv-kognitiv, motivational-emotional und behavioral zugeordnet werden können und somit auch zur dargestellten molaren Definition passen. Mittels Faktorenanalyse ermittelte er folgende fünf Faktoren: Soziale Wahrnehmung, Verhaltenskontrolle, Durchsetzungsfähigkeit, soziale Orientierung und Kommunikationsfähigkeit.

Nach einer Metaanalyse von Caldarella und Merrell (1997) lassen sich soziale Kompetenzen, die für Kinder und Jugendliche von Bedeutung sind, nach fünf Merkmalskategorien ordnen:

1. der Fähigkeit zur Bildung positiver Beziehungen zu Gleichaltrigen (z.B. Andere loben, Hilfe anbieten, Perspektiveübernahme);
2. Selbstmanagementkompetenzen (z.B. Impuls- und Ärgerkontrolle, Einhalten von Regeln und Grenzen);
3. schulischen Kompetenzen (z.B. Instruktionen befolgen, Aufgaben selbständig erfüllen);
4. kooperativen Kompetenzen (z.B. teilen, angemessener Umgang mit Kritik) und
5. Durchsetzungsfähigkeiten (z.B. Gespräche beginnen, Gefühle ausdrücken, sich an Aktivitäten beteiligen).

Um eine willkürliche Festlegung eines Fertigkeitenkataloges zu vermeiden, ist nach Hinsch und Pfingsten (2007) zunächst eine rahmenhafte Definition sozialer Kompetenzen nötig. Zu deren Operationalisierung sind jedoch auch molekulare Konzepte wichtig. Daher werden hier beide Arten von Definitionen einbezogen.

Dabei werden in Übereinstimmung mit Werner (2007) soziale Kompetenzen auf der molaren Ebene definiert als die Verfügbarkeit sowie die alters- und entwicklungsentsprechend angemessene Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen in bestimmten sozialen Situationen, so dass langfristig ein Maximum an positiven und ein Minimum an negativen Konsequenzen für den Handelnden resultieren. Dies schließt mit ein, dass das gezeigte Verhalten von der sozialen Umwelt als positiv, zumindest jedoch als akzeptabel bewertet wird. Somit geht es um die Fähigkeit, in unterschiedlichen Situationen eine angemessene Balance zwischen Anpassung an die soziale Umwelt und Durchsetzung eigener Interessen zu finden. Auf der molekularen Ebene wird den Ergebnissen der Metaanalyse von Caldarella und Merrell (1997) gefolgt, da die fünf dort gefunden Basisdimensionen für die Zielgruppe des in der vorliegenden Arbeit entwickelten und untersuchten Trainings angemessen erscheinen und hier auch angesprochen werden.

In Anlehnung an Hinsch und Pfingsten (2007) und Beck et al. (2006) werden soziale Kompetenzen hier als lern- und trainierbare Verhaltensfertigkeiten verstanden. Entsprechend des lerntheoretischen Ansatzes stellen Defizite sozialer Kompetenzen insoweit Fehlentwicklungen im Lernprozess dar, und in Folge dessen können soziale Kompetenzen auch durch geeignete Lernprozesse wie Training oder Therapie entwickelt und verbessert werden.

2.1.2 Abgrenzung von verwandten Begrifflichkeiten

Konkurrierend zum Begriff der sozialen Kompetenzen sind in der Forschung mehrere verwandte Konzepte zu finden, die häufig synonym verwendet werden, oder für die soziale Kompetenzen den Oberbegriff darstellen. Von besonderer Bedeutung sind dabei die Begriffe *soziale Intelligenz*, *emotionale Intelligenz/ affektive Kompetenz*, *interpersonale Kompetenz* und *soziale Fertigkeiten/ social skills*. Sie werden an dieser Stelle in Anlehnung an Kanning (2002b) und F. Petermann (2002) kurz präsentiert, um abschätzen zu können inwieweit sie für die vorliegende Arbeit zu berücksichtigen sind.

Soziale Intelligenz

Unter dem der Intelligenzforschung entstammenden Begriff „soziale Intelligenz“ verstand Thorndike (1920, S. 228, zitiert nach Kanning, 2002b) die Fähigkeit, andere Menschen zu verstehen und in sozialen Beziehungen weise zu handeln. Da soziale Intelligenz in diesem Forschungskontext jedoch überwiegend auf sehr abstrakter Ebene und in Form rein kognitiver Problemlöseaufgaben

untersucht wurde, scheint sie als kognitive Leistung eher ein Teilaspekt sozialer Kompetenzen zu sein.

Emotionale Intelligenz/ Affektive Kompetenz

Im Gegensatz zur „sozialen Intelligenz“ bezeichnet der Begriff „emotionale Intelligenz“ das Erkennen und Differenzieren eigener und fremder Emotionen, die anschließend zur Verhaltenssteuerung genutzt werden. Salovey und Mayer hatten den Begriff 1989 eingeführt, weitere Verbreitung fand er aber vor allem durch Goleman (1996).

Der Begriff „affektive Kompetenz“ dagegen geht auf Halberstadt, Denham und Dunsmore (2001) zurück. Diese verstehen unter affektiver sozialer Kompetenz das Senden und Empfangen emotionaler Botschaften sowie das Erleben von Gefühlen. Eisenberg, Fabes, Guthrie und Reiser (2002, zitiert nach F. Petermann, 2002) fokussieren in diesem Zusammenhang noch stärker auf die Emotionsregulation, die sich bei Kindern auf fast alle Verhaltensbereiche auswirke.

Sowohl bei der emotionalen Intelligenz als auch der affektiven sozialen Kompetenz finden sich Überschneidungen zum Begriff „soziale Kompetenzen“. So scheint Emotionsregulation beispielsweise eine wichtige Moderatorvariable für soziale Kompetenzen zu sein. Allerdings gehen soziale Kompetenzen, so wie sie in der vorliegenden Arbeit verstanden werden, über die Auseinandersetzung mit Gefühlen hinaus.

Interpersonale Kompetenz

Unter dem Begriff „interpersonale Kompetenz“ versteht Buhrmester (1996) eine spezifische, bewusst enger gefasste Ausformung sozialer Kompetenzen, z.B. die Fähigkeit, sich anderen gegenüber zu öffnen. Dabei bezieht sich die Autorin vor allem auf enge Beziehungen, z.B. Partnerschaften oder Eltern-Kind-Beziehungen.

Soziale Fertigkeiten/ Social Skills

Die Begriffe „soziale Fertigkeiten“/ „social skills“ sind die in der Forschung am flexibelsten gebrauchten: Hierunter werden je nach Autor unterschiedlich viele Verhaltensdimensionen gefasst, die alle dem Bereich sozialer Kompetenzen zuzuordnen sind. Dabei werden die Fertigkeiten je nach AutorIn unterschiedlich konkret oder abstrakt gefasst, gemein ist ihnen aber der Aspekt der Erlernbarkeit (Becker und Heimberg, 1988). In der vorliegenden Arbeit werden soziale Fertigkeiten als molekularer Aspekt der sozialen Kompetenzen verstanden und entsprechend operationalisiert.

2.1.3 Fazit

In Ermangelung einer allgemein gültigen Definition sozialer Kompetenzen wurde für die vorliegende Arbeit die in der klinischen Psychologie am weitesten verbreitete Definition von sozialer Kompetenz von Hinsch und Pfingsten (2007) analysiert und um vor allem für den Kinder- und Jugendbereich wichtige Aspekte ergänzt. Neben diesem möglichst umfassenden molaren Definitionsansatz wird aus Gründen der Operationalisierbarkeit zusätzlich auch ein molekularer Ansatz mit berücksichtigt, wie ihn Caldarella und Merrell (1997) vorgestellt haben. Mit Ausnahme sozialer Fertigkeiten als molekularer Aspekt sozialer Kompetenzen werden die übrigen der erläuterten verwandten Konzepte jedoch in der vorliegenden Arbeit nicht weiter berücksichtigt, da sie eher auf Teilaspekte sozialer Kompetenzen fokussieren und hier auf molarer Ebene der umfassendere Ansatz vertreten wird.

2.2 *Erscheinungsformen und Erhebungsmethoden sozialer Kompetenzprobleme*

2.2.1 Prävalenz sozialer Kompetenzprobleme

Eine Vielzahl von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter geht mit einem Mangel an sozialen Fertigkeiten bzw. Defiziten sozialer Kompetenzen einher (Beck et al. 2006).

Dabei lassen sich die Kinder, die im Umgang mit anderen Schwierigkeiten haben, meist einer von zwei Gruppierungen zuweisen: Kindern, die sich vorwiegend aggressiv-regelwidrig verhalten und Kindern, die sich eher sozial-ängstlich oder unsicher zeigen.

Obwohl für die Förderung sozialer Kompetenzen insbesondere das zu beobachtende Verhalten entscheidendes Kriterium ist, kann es für Prävalenzschätzungen hilfreich sein zu wissen, bei welchen psychischen Störungen mit Schwierigkeiten im Sozialverhalten zu rechnen ist, da sozial inkompetentes Verhalten oft mit diesen psychischen Störungen einhergeht oder selbst Bestandteil der Störungen ist.

So wies Dodge anhand des DSM-III-R nach, dass in den Diagnosekriterien von 31 Störungen des Kindes- und Jugendalters soziale Kompetenzprobleme eine Rolle spielen (Dodge, 1989).

Beispielsweise zeigen Kinder mit einer *Störung des Sozialverhaltens* (ICD-10-Diagnose: F91) wiederholt und andauernd ein Muster regelwidrigen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens. Auch

Kinder mit einer *hyperkinetischen Störung* (ICD-10-Diagnose: F90) fallen häufig durch problematisches Sozialverhalten auf, das sich zum Beispiel in der Missachtung sozialer Regeln, überschießenden Reaktionen, voreiligem Verhalten und Missverstehen sozialer Situationen manifestiert. Nach Lahey et al. (1988, zitiert nach Lauth & Schlotke, 2002) werden in klinischen Stichproben bei 45 Prozent der Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen soziale Auffälligkeiten festgestellt. Dabei sind die hyperaktiv-aufmerksamkeitsgestörten Kinder dreimal häufiger betroffen als die Kinder mit „einfacher“ Aufmerksamkeitsstörung.

Bei den *emotionalen Störungen des Kindesalters* (ICD-10-Diagnose: F93) sowie den *Angststörungen* (ICD-10-Diagnose: F40 und F41) geht es hauptsächlich darum, dass die Kinder es nicht schaffen, sich überhaupt in soziale Situationen zu begeben oder Kontakte zu knüpfen, während bei den *kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen* (ICD-10-Diagnose: F92) sowohl unangemessene überschießende Verhaltensweisen als auch ängstlich-unsichere Verhaltensweisen vorliegen können.

Schließlich sind auch die *Störungen sozialer Funktionen* (ICD-10-Diagnose: F94) zu nennen, bei denen einzelne Aspekte sozialer Fertigkeiten (Sprache, auffälliges Beziehungsmuster, Schüchternheit) beeinträchtigt sind. Und auch bei den *affektiven Störungen* (ICD-10-Diagnose: F3) kommt es häufig zu sozialen Problemen, wenn beispielsweise aufgrund des Interessenverlusts soziale Kontakte abnehmen und sozialer Rückzug zunimmt. Außerdem haben depressive Kinder auch häufig Probleme, sich durchzusetzen oder eine eigene Meinung zu vertreten.

Zur Prävalenz von psychischen Störungen insgesamt berichten Ford, Goodman und Meltzer (2003) in ihrer epidemiologischen Studie, dass 9.5 Prozent der 5- bis 15jährigen Kinder und Jugendlichen in Großbritannien eine behandlungsbedürftige Störung nach Kriterien des DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 1998) aufweisen. Döpfner (2008) gibt in einer Übersichtsarbeit an, dass kulturübergreifend insgesamt ca. 12 bis 18 Prozent der Kinder und Jugendlichen eine psychische Störung mit erheblichen Funktionseinschränkungen aufweisen.

In einer Meta-Analyse von McConaughy und Achenbach (1994) wird die Prävalenz bei Kindern und Jugendlichen für depressive Störungen mit 5 Prozent, für Angststörungen mit 10 Prozent, für Störungen des Sozialverhaltens mit 11 Prozent und für hyperkinetische Störungen mit 7 Prozent angegeben, wobei jedoch auch die Komorbiditätsraten berücksichtigt werden müssen; diese gibt Tabelle 1 wieder.

Tabelle 1: Prävalenz und Komorbidität bei Kindern und Jugendlichen nach einer Meta-Analyse von McConaughy und Achenbach (1994)

Störung	Prävalenz (%)	Häufigkeit komorbider Störungen (%)			
		Depressionen	Angststörungen	Störungen des Sozialverhaltens	Hyperkinetische Störungen
Depressionen	5	-	44	48	24
Angststörungen	10	20	-	27	18
Störungen des Sozialverhaltens	11	21	25	-	31
Hyperkinetische Störungen	7	16	27	50	-

Darüber hinaus weisen Plück, Döpfner und Lehmkuhl (2000) darauf hin, dass sich die Anzahl der diagnostizierten Kinder jedoch beispielsweise bei den Angststörungen auf drei bis vier Prozent reduziert, wenn neben den Symptomkriterien auch das Kriterium der Funktionseinschränkung berücksichtigt wird.

Geht man also von der Diagnose psychischer Störungen aus, sind ca. 10 bis 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen behandlungsbedürftig, zieht man das Vorliegen einzelner Symptome heran, finden sich in Deutschland bei den 4- bis 18jährigen Kindern und Jugendlichen nach Plück et al. (2000) aus Sicht der Eltern bis zu 8 Prozent sozialer Rückzug und bis zu 14 Prozent ängstliche und depressive Verhaltensweisen mit Überlappungen von 25-50 Prozent zu sozialen Problemen und aggressivem Verhalten.

Bezogen auf die zwei Gruppierungen sozial inkompetenter Kinder (aggressiv-regelwidriges Verhalten vs. sozial-ängstliches oder unsicheres Verhalten) geben Koglin und F. Petermann (2008) an, dass im Kindergarten- und Grundschulalter bei ca. 10 bis 20 Prozent der Kinder internalisierende und/ oder externalisierende Verhaltensstörungen vorliegen.

Auf die Folgen, unter denen die Kinder dieser beiden Gruppen leiden, wird im Folgenden näher eingegangen.

2.2.2 Erscheinungsformen und Verlauf sozialer Kompetenzprobleme

Die Unterscheidung sozial inkompetenten Verhaltens in internalisierendes und externalisierendes bzw. vermeidend-unsicheres und zudringlich-aggressives Verhalten ist weit verbreitet (vgl. Ahrens-Eipper & Lepow, 2004; Beck et al., 2006; Borg-Laufs, 2001; Hinsch & Pfungsten, 2007; F. Petermann & U. Petermann, 2005; U. Petermann & F. Petermann, 2006). Bereits Kohn (1977) unterscheidet Unsicherheit und Aggressivität als zwei Syndrome seelischer Beeinträchtigung. Dabei

bezeichnet er beide Syndrome als inkompetente Wege, mit der Umwelt zurechtzukommen: entweder durch Flucht oder durch Kampf.

Im Unterschied zum Zugang in der vorliegenden Arbeit hält es Kohn (1977) für notwendig, für jedes Syndrom eigene Interventionsansätze bereit zu stellen. Dies verwundert um so mehr, als auch er bereits in seiner Untersuchung fand, dass die Dimensionen unkorreliert sind: Neben den Kindern, die entweder ängstlich oder aggressiv sind, gibt es Kinder, die beide Verhaltensweisen zeigen und Kinder, die – obwohl sie Schwierigkeiten im Umgang mit anderen zeigen – keiner der beiden Gruppierungen zugeordnet werden können. In den oben angegebenen Prävalenzangaben einschließlich der Komorbiditäten kam dies bereits zum Ausdruck.

Bevor nun auf Gemeinsamkeiten und Überschneidungen beider Gruppen eingegangen wird, soll zunächst jede Gruppe getrennt dargestellt werden.

Aggressives Verhalten

Nach Nolting (1997) gehören zum Erscheinungsbild aggressiven Verhaltens körperliche Aggressionsformen wie Schlagen, Kratzen und Treten, verbale Aggressionsformen wie Drohen, Beschimpfen und Lächerlich machen sowie mimisch-gestische Aggressionsformen wie drohende Gesten und böse Blicke. Dabei reichen die Gründe für aggressives Verhalten nach F. Petermann und U. Petermann (2005) von Einflussnahme über Appell und Hilflosigkeit bis hin zu Durchsetzung eigener Interessen sowie Schaffung von Identität und Selbstbewusstsein. Eine wichtige Unterscheidung liegt nach den Autoren im instrumentellen gegenüber affektiv motiviertem aggressiven Verhalten. Während es das Ziel instrumentell aggressiven Verhaltens ist, etwas Bestimmtes zu erreichen, tritt affektiv aggressives Verhalten impulsiv, unkontrolliert und ungeplant auf. Während sich bei instrumentell-aggressivem Verhalten alle Ausdrucksformen aggressiven Verhaltens zeigen (aktiv vs. passiv; initiativ vs. reaktiv vs. parteiergreifend; offen-direkt vs. hinterhältig-verdeckt; körperlich vs. verbal), ist affektiv-aggressives Verhalten am ehesten reaktiv, offen, direkt und sowohl verbal als auch körperlich aggressiv.

Unabhängig von der Art des aggressiven Verhaltens sind die Folgen eindeutig: Aggressives Verhalten geht mit Verhaltenseinschränkung einher und verringert die Fähigkeit, Probleme konfliktfrei zu lösen. Webster-Stratton und Lindsay (1999) fanden bereits bei vier- bis siebenjährigen Kindern mit aggressiv-expansivem Problemverhalten weniger positive Problemlösestrategien, weniger positive soziale Skills sowie mehr negative Konfliktlösestrategien

im Vergleich mit normal entwickelten Kindern. Die aggressiven Kinder spielten weniger mit Gleichaltrigen, und ihr Spielverhalten war weniger positiv sondern mehr negativ ausgeprägt.

Coie (1990) berichtet, dass aggressive Kinder generell Schwierigkeiten haben, Freundschaften zu schließen und aufrechtzuerhalten, und dass ihr Risiko erhöht ist, von Gleichaltrigen zurückgewiesen zu werden.

Hinsichtlich der Stabilität aggressiven Verhaltens weisen F. Petermann und U. Petermann (2005) auf vier durch Längsschnittstudien gestützte Annahmen hin. Wenn erstens ein spezifisches Verhalten im Vorschulalter häufig auftritt, wird es auch mit zunehmendem Alter viel wahrscheinlicher zu beobachten sein. Findet sich zweitens das aggressive Verhalten in mehreren Lebensbereichen, wird es stabiler sein als wenn es nur in einem Lebensbereich auftritt. Zeigen sich drittens bereits früh verschiedenartige Formen aggressiven Verhaltens, ist die Gefahr einer delinquenten Entwicklung erhöht, und wenn ein Kind viertens im Vergleich zur Gleichaltrigengruppe früh mit delinquentem Verhalten beginnt, dann ist ein dauerhaftes kriminelles Verhalten wahrscheinlich.

Soziale Unsicherheit

Unter den Begriff „sozial-unsicher“ fassen U. Petermann und F. Petermann (2006) Verhaltensweisen, die sich auf Trennungsängste, Kontaktängste oder soziale Ängste, soziale Phobien und generalisierte Ängste beziehen. Dabei können sich nach Ahrens-Eipper und Lepow (2004) sozial unsichere Kinder in sozialen Anforderungssituationen nicht behaupten. Sie vermeiden oder verweigern Sozialkontakte und haben Schwierigkeiten, Freundschaften aufzubauen und zu erhalten. Darüber hinaus haben sie Angst vor Bewertung und Versagen und vermeiden es, Dinge allein zu tun, Stellung zu beziehen oder sich abzugrenzen. Als Folge ziehen sich die betroffenen Kinder zurück, ihr Handlungsradius wird immer eingeschränkter, die Sozialkontakte werden zunehmend weniger. Dies führt bei einer Vielzahl der Kinder zu depressiven Symptomen. Studien zeigen, dass sozial-ängstliche Kinder einen geringeren Selbstwert besitzen, über ein kleineres Verhaltensrepertoire verfügen und weniger beliebt sind als nicht-ängstliche Kinder (Asendorpf & van Aken, 1994; La Greca & Lopez, 1998; La Greca & Stone, 1993).

Obwohl durch das Vermeidungsverhalten der sozial unsicheren Kinder sowohl Fertigungsdefizite als auch Entwicklungsrückstände erkennbar werden, bis hin zu Einschränkungen in der expressiven Sprache, der Kognition oder der Motorik, fallen sozial unsichere Kinder im Alltag nicht zwangsläufig als behandlungsbedürftig auf. Sie bringen Erwachsene nicht so unter Handlungsdruck wie die aggressiven Kinder (U. Petermann & F. Petermann, 2006). Erst ab der mittleren Kindheit

wird das sozial unsichere Verhalten augenscheinlicher und handlungsrelevanter, da die Probleme dann den Gleichaltrigen auffallen und diese die sozial unsicheren Kinder vermehrt aktiv ablehnen (Coie, Dodge & Kupersmith, 1990).

Langfristige Störungsverläufe verdeutlichen, dass bei einigen Angststörungen Beeinträchtigungen in einem oder in mehreren Alltagsbereichen bestehen bleiben, wobei am häufigsten die Gestaltung der Sozialkontakte und der persönlichen Beziehungen betroffen sind (U. Petermann & F. Petermann, 2006). Darüber hinaus wurde erkennbar, dass sich eine Angststörung bereits früh im Entwicklungsverlauf durch eine Reihe von Merkmalen andeutet und bei sozial unsicheren, ängstlichen Kindern auch ohne eine Diagnose einer sozialen Phobie Beeinträchtigungen im subklinischen Bereich feststellbar sind.

In der „Waterloo-Längsschnittstudie“ fanden Rubin und Mitarbeiter Zusammenhänge zwischen sozialer Unsicherheit in der Kindheit und späterem Auftreten von Einsamkeits- und Minderwertigkeitsgefühlen bis hin zur Depression (Rubin, Hymel & Mills, 1989; Rubin & Mills, 1988).

Da in der vorliegenden Arbeit ein soziales Kompetenztraining entwickelt und evaluiert wurde, das für beide Gruppen sozial inkompetenten Verhaltens anwendbar und wirksam sein soll, werden nun die Gemeinsamkeiten beider Störungsgruppen detaillierter besprochen.

So geben Ahrens-Eipper und Leplow (2004) eine Übersicht zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden von Kindern mit sozial-unsicherem Verhalten und Kindern mit aggressivem Verhalten (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Gemeinsamkeiten und Unterschiede von sozial-unsicheren und aggressiven Kindern (Ahrens-Eipper & Leplow, 2004, S. 11)

	Sozial unsichere Kinder	Aggressive Kinder
Sozialkontakte	Wenige Sozialkontakte	Wenige Sozialkontakte
Aufbau von Freundschaften	Das Wissen um die Vorgehensweise beim Aufbau von Freundschaften fehlt. In sozialen Situationen trauen sich die Kinder nicht, das andere Kind anzusprechen.	Das Wissen um die Vorgehensweise beim Aufbau von Freundschaften fehlt. In sozialen Situationen wählen die Kinder eher aggressive Verhaltensweisen um Kontakt aufzunehmen.
Konflikte lösen	Die Kinder wählen eher den Rückzug oder geben nach.	Die Kinder wählen eher aggressive Handlungsalternativen.
Selbstwert	Niedrig	Niedrig
Lösungsmöglichkeiten	Spezifische Defizite erst nach dem Fehlschlag der ersten Idee	Generell wenige und sozial inakzeptable Lösungsvorschläge
Vermutungen über die Absichten anderer	Es werden eher feindliche Absichten vermutet.	Es werden eher feindliche Absichten vermutet.
Schulleistungen	Mündliche Leistungen sind oft nicht möglich oder durch Ängste beeinträchtigt. Prüfungssituationen wirken oft angstauslösend; die Leistung ist beeinträchtigt.	Durch das aggressive Verhalten wird die Schulleistung generell beeinträchtigt.
Prädiktor für den Schweregrad psychischer Störungen	Sowohl retrospektiv als auch prospektiv deutliche Zusammenhänge	Sowohl retrospektiv als auch prospektiv sehr starke Zusammenhänge

Dabei fallen die großen Überschneidungen bei den Kindern beider Gruppen auf: Beide verfügen über wenig Sozialkontakte, besitzen mangelndes Wissen beim Aufbau von Freundschaften, haben einen niedrigen Selbstwert, interpretieren die Absichten anderer eher als feindlich. Bei beiden Gruppen gibt es Zusammenhänge zum Schweregrad psychischer Störungen.

Hinsichtlich der Lösungsmöglichkeiten, der Schulleistungen und der Art, wie versucht wird, Freundschaften aufzubauen, sind die inadäquaten Strategien zwar unterschiedlich, beiden Gruppen mangelt es jedoch gleichermaßen an geeigneten und damit erfolgreichen Strategien, diese Ziele zu erreichen.

Hinsichtlich der molaren Definition sozialer Kompetenzen gilt für beide Gruppen von Kindern, dass sie nicht alters- und entwicklungsentsprechend über kognitive, emotionale und motorische Verhaltensweisen verfügen oder diese so anwenden können, dass sie in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristigen Maximum an positiven und einem Minimum an negativen Konsequenzen gelangen und ihr Verhalten von der sozialen Umwelt auch nicht als positiv bzw. als akzeptabel bewertet wird.

Zieht man die molekulare Definition von Caldarella und Merrell (1997) heran, zeigt sich, dass sich in Anlehnung an Werner (2007) sowohl die Defizite der aggressiven als auch die Defizite der sozial-unsicheren Kinder den fünf Merkmalskategorien sozialer Kompetenzen zuordnen lassen.

Dies lässt sich im Einzelnen Tabelle 3 entnehmen.

Tabelle 3: Zuordnung der Defizite von aggressiven und sozial-unsicheren Kindern zu den fünf Merkmalskategorien sozialer Kompetenzen nach Caldarella und Merell (1997)

Merkmalskategorien sozialer Kompetenzen	Probleme aggressiver Kinder	Probleme sozial-unsicherer Kinder
Fähigkeit zur Bildung positiver Beziehungen zu Gleichaltrigen (Andere loben, Hilfe anbieten, Perspektiveübernahme)	→ aggressive Kontaktaufnahme → keine oder wenig Rücksicht auf die Bedürfnisse anderer	→ vermeiden oder verweigern Sozialkontakte → beteiligen sich wenig an Spielen und Gesprächen → mangelnder Ausdruck von Freude
Selbstmanagementkompetenzen (Impuls- und Ärgerkontrolle, Einhalten von Regeln und Grenzen)	→ keine oder wenig Impulskontrolle → Regeln und Grenzen werden nicht beachtet	→ zeigen wenig Gefühle → Übermäßige Hemmung/ Impulskontrolle aus Angst vor negativer Bewertung
Schulische Kompetenzen (Instruktionen befolgen, Aufgaben selbständig erfüllen)	→ Wutausbrüche bei Forderungen oder Ermahnungen	→ stellen selten Fragen → geben keine oder möglichst kurze Antworten
Kooperative Kompetenzen (teilen, angemessener Umgang mit Kritik)	→ körperliche Angriffe bei Konflikten → keine oder wenig Rücksicht auf die Bedürfnisse anderer → kein Schuldbewusstsein	→ sprechen andere nicht von sich aus an → bei Kritik Rückzugsverhalten → wenig oder kein Blickkontakt zu anderen
Durchsetzungsfähigkeiten (Gespräche beginnen, Gefühle ausdrücken, sich an Aktivitäten beteiligen)	→ aggressive Selbstbehauptung → wenden körperliche und/ oder verbale und/ oder mimisch-gestische Aggression an, um sich durchzusetzen	→ äußern Ideen, Meinungen und Bedürfnisse nicht → stellen keine Forderungen → geben bei Konflikten eher nach → wenig oder kein Blickkontakt → sprechen leise und undeutlich
<i>Anmerkung:</i> Die Zuordnung der Verhaltensweisen zu den Basisdimensionen erfolgte nach subjektivem Empfinden und ohne Anspruch auf Vollständigkeit		

Wichtig zu beachten ist hierbei, dass diese Zuordnung subjektiv erfolgte und keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Augenscheinlich ist, dass manche Verhaltensweisen mehreren Dimensionen zugeordnet wurden, und dass beide Gruppen sozial inkompetenter Kinder in allen Bereichen Defizite aufweisen können. Dabei ist zu beachten, dass die aufgeführten Defizite nicht auf alle betroffenen Kinder dieser Gruppe zutreffen müssen. Um spezifische Problembereiche herauszuarbeiten, ist eine individuelle Diagnostik unerlässlich.

Zu den negativen Folgen sozial inkompetenten Verhaltens – sei es aggressiv oder sozial-unsicher – finden sich in der Forschungsliteratur zahlreiche Befunde.

So verfolgte Kohn (1977) den Langzeitverlauf seelischer Beeinträchtigung über fünf Jahre und kam zu dem Ergebnis, dass sich seelische Beeinträchtigung im Vorschulalter als stabil über die Zeit erweist, und dass dies auch in Bezug auf die spezifische Ausprägung der jeweiligen Beeinträchtigung gilt.

Dass sozial inkompetentes Verhalten von Kindern und Jugendlichen ein Entwicklungsrisiko darstellt, untermauern auch die Ergebnisse der umfassenden Längsschnittstudie von Pulkkinen und Mitarbeitern. Pulkkinen (2006) berichtet dazu, dass eine geringe Selbstkontrolle, wie sie in aggressivem und ängstlichem Verhalten zum Ausdruck kommt, ein Risikofaktor für die weitere Entwicklung darstellt, wohingegen starke Selbstkontrolle, die sich in konstruktivem und entgegenkommendem Verhalten zeigt, eine Ressource für die Entwicklung bedeutet.

Hartup (1992) berichtet, dass 7- bis 11jährige Kinder über 40 Prozent ihrer sozialen Aktivität mit anderen Kindern verbringen und dass dabei 15-20 Prozent der Kinder von ihren Klassenkameraden abgelehnt werden. Dabei bleibt von den abgelehnten Kindern ca. die Hälfte von Jahr zu Jahr in dieser unbeliebten Gruppe und 30 Prozent bleiben über längere Zeiträume abgelehnt. Der Umstand, von den Mitschülern abgelehnt zu werden, ist nach Hartup (1992) ein starker Prädiktor für Schwierigkeiten, die mit der Schule zu tun haben: Abgelehnte Kinder zeigen mehr Leistungsprobleme, schwänzen häufiger die Schule, haben mehr Disziplinprobleme und gehen früher von der Schule ab. Dabei kommt der frühe Schulabgang bei den unbeliebten Schülern drei bis fünf Mal öfter vor als bei nicht unbeliebten Schülern.

Coie et al. (1990) wiesen durch soziometrische Verfahren zwei Formen der Ablehnung durch Gleichaltrige nach. Auf der einen Seite die zurückgewiesenen Kinder („rejected children“), die sich häufig aggressiv und streitsüchtig zeigen oder sich störend aufdrängen, und auf der anderen Seite die unbeachteten Kinder („neglected children“), die eher durch schüchternes oder ängstliches Verhalten auffallen und lieber alleine spielen. Beide Gruppen zeigen zudem meist wenig prosoziales Verhalten, was vor allem deswegen bemerkenswert ist, da prosoziales Verhalten in allen Altersklassen hoch mit einem positiven Status korreliert.

Im Unterschied zu den expansiven Verhaltensweisen wird sozialer Rückzug nach Coie et al. (1990) für den Status in der Gleichaltrigengruppe aber erst im Alter von 8 bis 12 Jahren wichtig. Dann ist jedoch sowohl der Ruf schüchtern zu sein als auch der Ruf aggressiv zu sein mit geringer Selbstachtung verknüpft (Hartup, 1992).

Parker und Asher (1987) konnten in ihrer Übersichtsarbeit zeigen, dass Schwierigkeiten in den Gleichaltrigenbeziehungen bei Kindern ernsthafte Anpassungsprobleme im späteren Leben vorhersagen können. Dabei trugen sie Untersuchungen zu drei Arten problematischer Peerbeziehungen zusammen (Akzeptanz, Aggressivität und Schüchternheit/ Zurückgezogenheit) und setzten diese in Beziehung zu vorzeitigem Schulabgang, Kriminalität und Psychopathologie.

Neben der generellen Bestätigung eines Zusammenhangs fanden die Autoren den stärksten Zusammenhang bei vorzeitigem Schulabgang und Kriminalität, wobei niedrige Akzeptanz durch Gleichaltrige und aggressives Verhalten die aussagekräftigsten Prädiktoren waren.

Rubin et al. (1989) zeigten in ihrer Längsschnittstudie aber auch die Stabilität von sozial-unsicherem Verhalten: So wiesen Kinder, die sich im Kindergarten passiv und einzelgängerisch verhielten, in der vierten Klasse einen negativen Selbstwert, negative Einschätzungen ihrer sozialen Kompetenzen und ausgeprägte Einsamkeitsgefühle auf. Kinder, bei denen in der zweiten Klasse passives und einzelgängerisches Verhalten auftrat, nahmen sich in der vierten Klasse als einsam und sozial inkompetent wahr und zeigten in der fünften Klasse depressive Symptome.

Ahrens-Eipper und Leplow (2004) trugen in ihrer Arbeit ebenfalls Befunde zum Verlauf sozialer Unsicherheit zusammen und weisen darauf hin, dass soziale Unsicherheit auf individueller Ebene bis ins Jugend- und Erwachsenenalter stabil bleibt, und dass das Risiko für eine spätere depressive Episode, das Auftreten von Einsamkeits- und Minderwertigkeitsgefühlen sowie das Auftreten von Störungen durch Substanzkonsum erhöht ist.

Darüber hinaus kommen sowohl Parker und Asher (1987) als auch Ahrens-Eipper und Leplow (2004) zu dem Schluss, dass positive Beziehungen zu Gleichaltrigen ebenso wie ein positives Sozialverhalten, ein positives Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und aktives Bewältigungsverhalten wichtige Faktoren für schulischen Erfolg und psychische Gesundheit darstellen.

Aus den dargestellten Befunden ergibt sich die Notwendigkeit, für Kinder, die im Umgang mit anderen Schwierigkeiten haben – sei es durch aggressiv-regelwidriges oder sozial unsicheres Verhalten – wirksame Interventionen zur Verfügung zu stellen. In diesen Interventionen sollen Fertigkeiten vermittelt und trainiert werden, die es ermöglichen, Probleme im Umgang mit anderen zu reduzieren und positive Beziehungen zu anderen aufzubauen und zu gestalten.

2.2.3 Unterschiede in den untersuchten Populationen

Hinsichtlich des Vorkommens und der Verbreitung von sozial kompetentem und sozial inkompetentem Verhalten müssen sowohl der Einfluss des Geschlechts als auch der Einfluss des Alters berücksichtigt werden.

So berichtet Kohn (1977), dass im Grundschulalter insgesamt gesehen bei Jungen seelische Beeinträchtigungen häufiger vorkommen als bei Mädchen. Während sich externalisierendes

Verhalten häufiger bei Jungen findet als bei Mädchen, treten Symptome wie Passivität, Schüchternheit und Angst entweder gleich häufig bei Jungen und Mädchen oder etwas häufiger bei Mädchen auf.

In Bezug auf aggressives Verhalten weisen F. Petermann und U. Petermann (2005) darauf hin, dass Jungen eher offen-direkte sowie körperliche Formen aggressiven Verhaltens wählen, während Mädchen eher hinterhältig-verdeckt und verbal agieren. Darauf weisen auch Crick und Dodge (1994) in ihrem Übersichtsartikel hin.

Hinsichtlich der Befunde zum Vergleich von Mädchen und Jungen bezüglich sozialer Unsicherheit beurteilen Saile und Kison (2002) die bisherige Forschung jedoch als uneinheitlich.

Bei der Einschätzung sozialer Kompetenzen insgesamt ist es nach Gasteiger-Klicpera und Klicpera (1999) wichtig zu beachten, dass die soziale Kompetenz der Mädchen deutlich positiver gesehen wird als die der Jungen. Dies liegt nach Crick und Dodge (1994) auch daran, dass Mädchen insgesamt mehr auf Interaktionen orientiert sind.

Bezüglich des Alters als Einflussvariable berichtet Kohn (1977) in seinem Überblick zum Forschungsstand von einem Mangel an Konsensus. Dies führt er darauf zurück, dass mit dem Alter zusätzlich andere Variablen wie das Setting (Elternhaus, Schule), die Erwartungen der Umgebung sowie biologische und Reifungseinflüsse variieren. Generell fand er in seiner Untersuchung jedoch mit zunehmendem Alter mehr Pathologie.

Hinsichtlich der Formen aggressiven Verhaltens weisen die Befunde darauf hin, dass die Art der Aggressivität mit zunehmendem Alter subtiler wird (Crick & Dodge, 1994). Dies bedeutet, dass offen-direkte Aggressionsformen abnehmen und hinterhältig-verdeckte Formen zunehmen.

Crick und Dodge (1994) sowie Webster-Stratton und Lindsay (1999) heben hervor, dass die Mehrzahl der Studien zu sozialen Kompetenzen bei Kindern mit 9- bis 12jährigen Kindern durchgeführt wurde, und jüngere Kinder und Jugendliche vernachlässigt wurden. Aufgrund der Auswirkungen sozialer Inkompetenz sollte gerade auch für jüngere Kinder diese Forschungslücke jedoch geschlossen und soziale Kompetenztrainings entwickelt werden.

2.2.4 Erhebungsmethoden und Datenquellen

Nach Bastians und Runde (2002) gibt es analog zur Verschiedenheit der Definitionen zu sozialen Kompetenzen auch unterschiedlichste Verfahren zu ihrer Erfassung. Dabei kann allgemein zwischen Paper-Pencil-Verfahren (Fragebogen), Interaktionsbeurteilungen (Rollenspielen) und

Videotechniken bzw. computergestützten Verfahren unterschieden werden. Die Stärken der Paper-Pencil-Verfahren liegen in der Standardisierung der Testsituation und der Ökonomie, ihre Schwächen zeigen diese jedoch in der Anfälligkeit für soziale Erwünschtheit und der möglichen Diskrepanz zwischen Kompetenz und Performanz. Interaktionsbeurteilungen wie Rollenspiele überwinden diese Schwachpunkte zwar, erfordern aber in der Regel einen hohen Aufwand und immense Kosten. Darüber hinaus ist zumeist die Standardisierung der Testsituation erschwert und auch die Auswertungs- und Interpretationsobjektivität wird kritisch beurteilt. Multimediale Verfahren scheinen diesbezüglich viel versprechend, sind aber bisher hauptsächlich für den arbeits- und organisationspsychologischen Bereich untersucht.

Zur umfassenden Diagnostik sozialer Kompetenzen im klinischen Bereich ist vor diesem Hintergrund ein möglichst multimethodales Vorgehen erforderlich, das zudem unterschiedliche Informationsquellen berücksichtigt. Nach F. Petermann (2002) sind in diesem Kontext die Verhaltensbeobachtung und die Befragung die wichtigsten methodischen Zugänge.

Dabei stellt die Verhaltensbeobachtung die unmittelbarste Methode dar, wobei zwischen Beobachtungen im natürlichen Umfeld (z.B. Schule, Hort, Freizeitgruppe, zu Hause) und „Rollenspiel-Tests“ unterschieden wird. Nach Dodge, Pettit, McClarsky und Brown (1986) verdeutlicht eine am Rollenspiel orientierte Diagnostik nicht nur Defizite im Bezug auf soziale Fertigkeiten, sondern ermöglicht eine Analyse des Problemlöseverhaltens, das in verschiedenen Modellen zu sozialen Kompetenzen eine Rolle spielt. Bierman und Welsh (2000) streichen zudem die soziale Validität verhaltensbasierter Messungen heraus, kommen in ihrem Übersichtsartikel jedoch auch zu dem Schluss, dass diese Methode bisher nicht zufriedenstellend auf das klinische Setting übertragen werden kann.

Die derzeit am meisten eingesetzte Methode ist die Befragung, die neben dem Selbsturteil auch Fremdeinschätzungen von Eltern, Lehrern und Erziehern ermöglicht. F. Petermann (2002) nennt in diesem Zusammenhang für die in der vorliegenden Arbeit untersuchte Altersgruppe lediglich den Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen (EAS) (F. Petermann & U. Petermann, 2000) und verweist darauf, wie dringlich die Entwicklung angemessener Erhebungsinstrumente im deutschsprachigen Raum sei.

Die Notwendigkeit, bei der Erhebung sozialer Kompetenzen und ihrer Defizite unterschiedliche Beobachter zu berücksichtigen, ergibt sich aus mehreren Gründen.

Am augenscheinlichsten ist hier der Umstand, dass sich die Einschätzungen je nach Beobachtergruppe unterscheiden.

So berichten auch zahlreiche neuere Studien von allenfalls mittleren Korrelationen zwischen Selbsturteil und Elternurteil (Klasen et al. 2000; Görtz, Döpfner, Nowak, Bonus & Lehmkuhl, 2002; Döpfner & Görtz, 2003), was bereits in der Metaanalyse von Achenbach, McConaughy & Howell (1987) berichtet wurde. Dort wurde die Übereinstimmung von Eltern und Lehrern mit $r = .27$, die von Eltern und Kind mit $r = .25$ und die von Lehrer und Kind mit $r = .20$ angegeben.

Wichtig für die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Fragebogen sind die Ergebnisse von Goodman, Meltzer und Bailey (1998), die für den SDQ höhere Korrelationen zwischen unterschiedlichen Beurteilern nachwiesen als bei anderen Fragebogen, sowie die Ergebnisse von Mellor (2004) und Muris, Meesters, Eijkelenboom und Vincken (2004), die es erlauben, Selbstauskünfte über den SDQ auch bei jüngeren Kindern vorzunehmen.

Um ein möglichst umfassendes Bild der Kompetenzen und Defizite zu erhalten, sind somit die Urteile aller drei Beobachtergruppen unerlässlich; zusätzlich ergeben sich so Möglichkeiten, differenzielle Veränderungen abzubilden.

Dabei muss berücksichtigt werden, welche Stichprobe die Beurteiler für die Festlegung ihrer Einschätzung zugrunde legen, und in welchen Situationen sie die Kinder erleben.

Eltern haben beispielsweise häufig wenige Möglichkeiten, ihre Kinder im Umgang mit Gleichaltrigen zu beobachten, so dass die Urteile von Lehrern und Selbstberichte auch aus diesem Grund unersetzlich sind (Bierman & Welsh, 2000).

Gasteiger-Klicpera und Klicpera (1999) konnten zeigen, dass Eltern die sozialen Fertigkeiten ihrer Kinder höher bewerten als die Lehrer. Darüber hinaus schätzen die Lehrer in dieser Studie die sozialen Kompetenzen der Jungen deutlich geringer ein als die der Mädchen und sind auch bei der Bewertung der sozialen Kompetenzen in höheren Klassen zurückhaltender. Dies bedeutet, dass bei möglichen Geschlechts- und Altersunterschieden zugleich die Beurteilergruppe berücksichtigt werden muss.

2.2.5 Fazit

Vor dem Hintergrund von 10 bis 20 Prozent behandlungsbedürftiger psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter, und angesichts der Tatsache, dass bei vielen dieser Störungen auch Defizite sozialer Kompetenzen eine maßgebliche Rolle spielen, kommt der Förderung sozialer

Kompetenzen ein bedeutender Stellenwert zu. Die Erscheinungsformen und Folgen internalisierender und externalisierender Verhaltensdefizite als Hauptgruppen sozial inkompetenten Verhaltens weisen deutliche Überschneidungen auf. Sie betreffen wichtige Lebensbereiche und stellen ein Risiko für die weitere Entwicklung der Kinder und Jugendlichen dar. Demgegenüber liegt in der Verfügbarkeit sozialer Kompetenzen eine Ressource für die Entwicklung.

Hinsichtlich des Geschlechts müssen bestimmte Ausprägungsformen sozialer Defizite unterschieden werden, hinsichtlich des Alters sind die Befunde noch uneinheitlich und spärlich. Zentrale Bedeutung für die Erhebung von Kompetenzen und Defiziten sowie deren Veränderung haben jedoch die Wahl der Erhebungsmethode und die Auswahl der Beurteilergruppen. Unterschiede zwischen Eltern, Lehrern und Selbstauskünften sind nicht nur generell zu erwarten, sondern auch in Bezug auf ein umfassendes Bild und eine differenzierte Einordnung von Veränderungen unerlässlich.

2.3 Ursachen und Folgen sozialer Kompetenzprobleme

2.3.1 Herkömmliche Erklärungsmodelle

Zur Erklärung der Ursachen sozialer Kompetenzprobleme gibt es entsprechend der verschiedenen Gruppen sozial inkompetenten Verhaltens unterschiedliche Annahmen und Ansätze.

So werden für die Erklärung von aggressivem Verhalten multifaktorielle Erklärungsmodelle herangezogen. Wichtige Ansatzpunkte liegen nach Hartung (2001) dabei in der Rolle von aggressiven Vorbildern/ Modellen, im Bestehen von Kompetenz- und Performanzdefiziten und im Einfluss sozialer Risikofaktoren.

F. Petermann und U. Petermann (2005) beschreiben neben der Gruppe aggressiver Kinder, die sich aggressiv verhalten, um eigene Bedürfnisse egoistisch durchzusetzen, die Gruppe der angstmotiviert aggressiven Kinder, die durch aggressives Verhalten versuchen, ihre Angst zu reduzieren. Dadurch legen die Autoren bereits nahe, dass die beiden Gruppen sozial inkompetenter Kinder gar nicht so zweifelsfrei zu trennen sind.

Zur Entstehung von sozial-ängstlichem und unsicherem Verhalten schreibt Warnke (2001) in ihrem Übersichtsartikel, dass auch hier mehrere Vulnerabilitätsfaktoren eine Rolle spielen. Neben einer genetischen Prädisposition tragen konditionierte Furchtreaktionen und andere ungünstige Lernerfahrungen, sowie dysfunktionale soziale Umweltbedingungen und inadäquate

Erziehungseinflüsse dazu bei, dass sich soziale Ängste entwickeln und es zu einem Defizit an sozialen Kompetenzen kommt.

Für einen umfassenderen Überblick sei an dieser Stelle für aggressives Verhalten auf F. Petermann und U. Petermann (2005) und für sozial unsicheres Verhalten auf U. Petermann und F. Petermann (2006) verwiesen, da der Schwerpunkt in der vorliegenden Arbeit auf einem gruppenübergreifenden Modell liegt.

2.3.2 Prozessmodell zur sozialen Informationsverarbeitung

Dem Tübinger Training sozialer Kompetenzen (TTsK) liegt das „social information processing model of social competence“ von Dodge (1986) bzw. Crick und Dodge (1994) zugrunde, welches das Zustandekommen von sozialem Verhalten aus sozial-kognitiver Sicht erklärt. Dabei gehen die Autoren davon aus, dass das Sozialverhalten eines Kindes die Antwort auf eine spezifische Situation oder Aufgabe darstellt. Dabei werden sozial bedeutsame und auch schwierige Situationen je nach biologischem Hintergrund und individuell unterschiedlicher Lerngeschichte verschieden wahrgenommen. In Abhängigkeit davon, wie diese Wahrnehmung und die weitere Informationsverarbeitung ausfällt, gelingt es, mehr oder weniger sozial kompetent zu handeln. Die einzelnen Schritte des Modells sind in Abbildung 1 abgebildet. Sie werden nachfolgend näher erläutert.

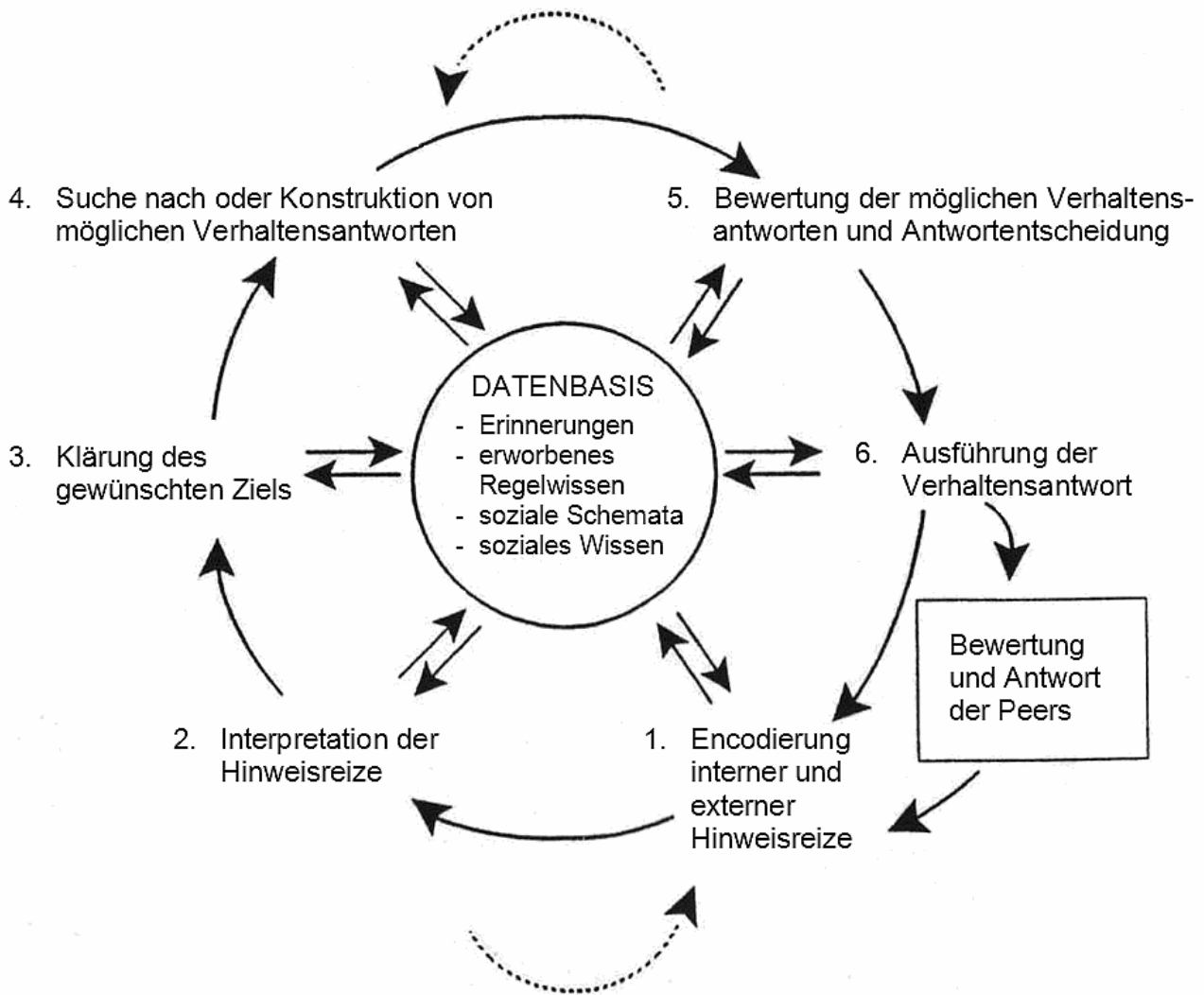


Abbildung 1: Modell der sozialen Informationsverarbeitung nach Crick und Dodge (1994)

Zunächst muss das Kind soziale Hinweisreize wie Auslösefaktoren, Mimik und Gestik wahrnehmen und entschlüsseln, um Informationen über die Absicht des anderen zu sammeln (Schritt 1). Danach werden diese Hinweisreize im Sinne einer Bedeutungszuschreibung interpretiert (Schritt 2), und es findet eine Zielklärung statt (Schritt 3). Der Zielklärung folgt die Suche von Handlungsmöglichkeiten (Schritt 4). Nachdem die möglichen Folgen jeder Verhaltensalternative erwogen wurden, erfolgt die Auswahl eines Verhaltensmusters (Schritt 5). Es kommt zur Ausführung der gewählten Handlung in Abhängigkeit davon, ob die dafür notwendigen Fertigkeiten gelernt wurden und in der konkreten Situation zur Verfügung stehen (Schritt 6). Das gezeigte oder nicht gezeigte Verhalten des Kindes wird durch die Gleichaltrigen (Peers) bewertet, und je nach Bewertung verhalten sich die Gleichaltrigen dem Kind gegenüber. Es entsteht eine neue Situation, die das Kind wiederum entschlüsseln muss (Schritt 1).

Bei jedem Schritt des Kindes kann es zu Fehlentscheidungen kommen, d.h. unangemessenes soziales Verhalten ist durch Fehlbeurteilungen bzw. Defizite an Fertigkeiten auf einer oder mehreren dieser Stufen erklärbar.

Dodge (1986) und Dodge et al. (1986) konnten in Validierungsstudien zeigen, dass Kompetenzen auf allen Stufen des Informationsverarbeitungsprozesses sozial kompetentes Verhalten von Kindern vorhersagen können und dass die Identifizierung von Defiziten im Informationsverarbeitungsprozess ermöglicht, unangepasstes Sozialverhalten vorherzusagen. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass bei konkreten Handlungen nicht immer alle Schritte in ihrer Gesamtheit oder in der postulierten Reihenfolge durchlaufen werden müssen. Dies stimmt mit Kanning (2002b) überein, der im vereinfachten Regelkreismodell neben einem elaborierten Weg zur Genese sozial kompetenten Verhaltens auch einen automatisierten Weg postuliert.

2.3.3 Defizite bei der sozialen Informationsverarbeitung von sozial inkompetenten Kindern

Können Kinder den Anforderungen sozialer Situationen gerecht werden und zwischenmenschliche Situationen erfolgreich und effektiv lösen, stellt ihre Umwelt für sie ein verstärkendes und freundliches Klima dar (Rubin & Rose-Krasnor, 1992). Gelingt dies nicht, können sich fehlangepasste Verhaltensweisen wie Aggression oder sozialer Rückzug entwickeln und verfestigen. Darüber hinaus erleben Kinder, die sozial nicht akzeptierte Mittel einsetzen, um ihre Ziele zu erreichen, Zurückweisung von Peers und Erwachsenen, und es ist ihnen in Folge dessen nicht möglich, supportive soziale Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten. Geht man nun davon aus, dass gerade in solchen Beziehungen soziale Kompetenzen entwickelt und erlebt werden können, entsteht ein Teufelskreis.

Untersuchungen mit sozial inkompetenten Kindern – sei ihr Verhalten überwiegend aggressiv oder überwiegend sozial-unsicher/ ängstlich – belegen, dass sie Defizite auf einer oder mehreren Stufen des Modells von Dodge (1986) bzw. Crick und Dodge (1994) aufweisen. Die Ergebnisse einiger Studien wurden von Crick und Dodge (1994) im Zusammenhang mit der Neuformulierung ihres Modells zusammengefasst. Sie werden im Folgenden dargestellt und um weitere Forschungsergebnisse ergänzt. Eine Zusammenfassung der Defizite aggressiver Kinder findet sich auch bei U. Petermann und F. Petermann (2008).

Bei der Encodierung interner und externer Hinweisreize (Schritt 1) kann es zu inkompetentem Verhalten kommen, wenn relevante Reize nicht wahrgenommen, bestimmte Reize stärker beachtet oder ineffiziente Strategien zur Encodierung genutzt werden, die dann zu Urteilsfehlern führen. Aggressive Kinder nehmen insgesamt weniger Hinweisreize wahr. Sie suchen bei uneindeutigen Reizen weniger zusätzliche Informationen und nehmen bevorzugt provozierende Reize auf. Außerdem unterliegen sie häufiger dem Recency-Effekt, d.h. sie encodieren am ehesten die Informationen, die zuletzt kommen. Die Aufmerksamkeit sozial unsicherer Kinder ist stärker auf negative Ereignisse gerichtet (U. Petermann & F. Petermann, 2006). Sie nehmen in sozialen Situationen zu viele ängstigende und bedrohliche Hinweise wahr und engen damit bereits ihren optionalen Handlungsspielraum ein.

Bei der Interpretation der Hinweisreize (Schritt 2) ist dann mit Verhaltensproblemen zu rechnen, wenn relevante Reize falsch interpretiert werden oder eine richtige Interpretation durch zu wenige Reize nicht möglich ist. Dabei scheinen aggressive Kinder ihre Interpretation eher auf Schemata zu gründen als auf tatsächlich vorhandene Hinweisreize. Außerdem interpretieren sowohl aggressive als auch sozial unsichere Kinder uneindeutige Situationen eher als Bedrohung und unterstellen anderen Personen feindliche Absichten (Ahrens-Eipper & Lepow, 2004; Dodge, 1980; Hartung, 2001), wobei Dodge und Feldman (1990) für die sozial unsicheren Kinder die Zuschreibung feindlicher Absichten auf Stress- oder Konfliktsituationen beschränken. Dodge, Murphy und Buchsbaum (1984) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass Kinder mit niedrigem sozialem Status (sei es durch Zurückweisung/ Ablehnung aufgrund aggressiven Verhaltens oder Vernachlässigung aufgrund von Schüchternheit) auch prosoziale Absichten als feindselig bewerten.

Wenn Ziele gewählt werden, die nicht der sozialen Situation angemessen sind, kann inkompetentes Sozialverhalten auch eine Folge der Zielklärung (Schritt 3) sein. Crick und Dodge (1994) weisen diesbezüglich auf einen gut belegten Zusammenhang von sozialer Anpassung und der Auswahl sozialer Ziele hin. Während aggressive Kinder Dominanz und Kontrolle positiver bewerten als prosoziale Ziele, wählen sozial unsichere Kinder eher „sichere“ Ziele, d.h. zum Beispiel die Aufmerksamkeit des Spielpartners gewinnen, nicht aber das Spiel selbst (Rubin & Rose-Krasnor, 1992).

Bei der Suche nach Handlungsmöglichkeiten (Schritt 4) kann es dann zu inkompetentem Verhalten kommen, wenn aufgrund falscher Interpretation ungünstige Antworten generiert werden, oder wenn die Antwortsuche als solche inadäquat oder verzerrt abläuft. So generieren aggressive Kinder weniger Antwortmöglichkeiten, und die generierten Antworten sind eher manipulativ/ aggressiv, Konflikt steigernd und weniger prosozial, wohingegen sozial unsichere Kinder häufiger unterwürfige und erwachsenenbezogene Antworten generieren (Crick & Dodge, 1994; Rubin & Rose-Krasnor, 1992).

Besteht ein Kompetenzdefizit oder liegt eine verzerrte Ergebniserwartung vor, kann auch die Auswahl eines Verhaltensmusters (Schritt 5) zu unangemessenem Sozialverhalten führen. Aggressive Kinder wählen hier eher aggressives Verhalten, weil sie die langfristigen, negativen Konsequenzen nicht bzw. nicht zureichend berücksichtigen und zudem aggressives Verhalten generell als vorteilhafter bewerten. Dodge et al. (1984) konnten zudem zeigen, dass die Kinder mit niedrigem sozialem Status ihre vermutliche Verhaltensweise danach richten, wie sie die Absicht der Peergruppe einschätzen, und nicht danach, welche Intention die Peergruppe in der aktuellen Situation tatsächlich zeigt. Demgegenüber trauen sich sozial unsichere Kinder die adäquate Lösung nicht zu und wählen deshalb unangepasste Alternativen, aus Angst, von anderen negativ beurteilt und abgelehnt zu werden (U. Petermann & F. Petermann, 2006).

Beim Ausführen der gewählten Handlung (Schritt 6) entsteht durch die Rückmeldung der Gleichaltrigen eine neue Situation, die wieder verarbeitet wird (Schritt 1). U. Petermann und F. Petermann (2008) führen an, dass aggressive Kinder hier gut eingeübte aggressive Handlungen bevorzugen und sich so in der weiteren Entwicklung das aggressive Verhalten verfestigt, da positive soziale Fertigkeiten gar nicht erst eingeübt werden. Bei den sozial unsicheren Kindern fanden Dodge und Feldman (1990) Beeinträchtigungen in der kognitiven Verarbeitung, wenn sich die gewählte Reaktion des Kindes nicht unmittelbar als erfolgreich erweist.

Auf den gesamten Informationsverarbeitungsprozess bezogen konnte Dodge (1980) zeigen, dass Kinder, die von Gleichaltrigen als aggressiv und Außenseiter eingestuft werden, ihre Umwelt auch bevorzugt als feindselig wahrnehmen. Dieser Wahrnehmungsfehler führt dann dazu, dass sich die Kinder aggressiv verhalten und durch dieses Verhaltensmuster ihre Außenseiterrolle aufrechterhalten.

2.3.4 Fazit

Mit dem Prozessmodell zur sozialen Informationsverarbeitung von Dodge (1986) bzw. Crick und Dodge (1994) steht ein nützliches und gut belegtes Erklärungsmodell für soziales Verhalten zur Verfügung, das sowohl das Zustandekommen adäquaten Verhaltens, als auch das Zustandekommen inadäquaten Verhaltens – über verschiedene Gruppen hinweg – erklären kann. Für die Konzeption eines Trainings, das Kindern mit Schwierigkeiten im Umgang mit anderen helfen möchte, sich adäquater zu verhalten, bietet es umfassende Ansatzpunkte.

2.4 Soziale Kompetenztrainings und ihre Effektivität

Soziale Kompetenztrainings für Kinder erfuhren in den 80er Jahren einen enormen Zuwachs. Ursprünglich vor allem für aggressive und sozial-ängstliche Kinder entwickelt, erweiterten sich die Anwendungsbereiche auf die verschiedensten Störungsbilder und Symptome.

Im Folgenden werden zunächst die allgemeinen Ziele und Ansatzpunkte der Trainings beschrieben und beispielhaft im deutschen Sprachraum verbreitete Trainings vorgestellt. Im Anschluss an die Darstellung der Effektivität sozialer Kompetenztrainings werden wichtige Aspekte für die Weiterentwicklung von Trainingsprogrammen abgeleitet.

2.4.1 Ziele und Ansatzpunkte sozialer Kompetenztrainings

Nach Gresham (1985) besteht das Ziel sozialer Kompetenztraining in einer positiven Beeinflussung des Sozialverhaltens, welches Kinder in wichtigen Alltagskontexten wie der Schule, zu Hause und in der Freizeit (z.B. auf dem Spielplatz) zeigen. Als Ergebnis dieser Beeinflussung sollen sich dann andere Anpassungsvariablen wie die Integration in der Schulklasse, die Anpassung nach dem Urteil von Lehrern und Eltern und das subjektive Befinden des Kindes entsprechend verbessern.

F. Petermann (2002) stellt fest, dass soziale Kompetenztrainings als uni- oder multimodale Ansätze konzipiert sein können. Dabei werden im allgemeinen verhaltensorientierte Trainings, Selbstkontrolltrainings, soziale Perspektiveübernahmetrainings und soziale Problemlösetrainings unterschieden, wobei inzwischen die meisten Programme als multimodal zu bezeichnen sind. Sie beziehen in unterschiedlicher Art und Weise die verschiedenen Trainingsansätze und das soziale Umfeld der Kinder (Eltern, Schule, Kindergarten) mit ein.

In Trainings des Sozialverhaltens werden nach Borg-Laufs (2001) drei Lernmethoden miteinander kombiniert: Kognitive Umstrukturierung (nachdenken), Modelllernen (nachahmen) und Verstärkungslernen (durch Erfahrung lernen). Warnke (2001) und Linderkamp (2001) differenzieren diese Lernmethoden in therapeutische Techniken aus und nennen dabei operante Verstärkung und Shaping, Modelllernen, Rollenspiel, Verhaltensübungen in vivo, Verhaltensfeedback, kognitive Techniken, Erkenntnis- und Modellierungsdialoge, Selbstinstruktion, Selbstmanagement, Hausaufgaben und Elternberatung.

Die meisten Interventionsansätze, die im deutschen Sprachraum verbreitet sind, sind störungsspezifisch, das heißt sie sind für Kinder oder Jugendliche konzipiert, die eindeutige Risiken für spezifische psychische Störungen aufweisen oder diese bereits entwickelt haben. Hierzu zählen das „Training mit aggressiven Kindern“ von F. Petermann und U. Petermann (2005), das „Training mit sozial unsicheren Kindern“ von U. Petermann und F. Petermann (2006) und „Mutig werden mit Til Tiger“ von Ahrens-Eipper und Lepow (2004).

In den letzten Jahren wurden darüber hinaus auch Trainingsprogramme entwickelt, die mehr störungsübergreifend konzipiert wurden. Veröffentlicht ist hier das „Training sozialer Fertigkeiten TSF“ von Beck et al. (2006).

Tabelle 4 stellt die vier Programme hinsichtlich ihrer Rahmenbedingungen zusammenfassend dar, für einen umfassenden Einblick wird auf die Manuale selbst verwiesen.

Tabelle 4: Rahmenbedingungen einiger ausgewählter Trainingsprogramme im deutschen Sprachraum

Training	Autoren	Altersgruppe	Stundenzahl und Dauer	Einbezug der Eltern und Lehrer
Training mit aggressiven Kindern	F. Petermann & U. Petermann (2005)	7-13 Jahre	Einzeltraining über 4 Sitzungen Gruppentraining über 6 Sitzungen jeweils 100 Minuten wöchentlich Dauer insgesamt ca. 6-8 Monate	Minimal 4 Sitzungen Elternberatung parallel zum Kindertraining + 1 Sitzung zur Nachkontrolle (jeweils 100 Minuten) 2 Lehrerkontakte in der Anfangs- und Endphase des Trainings empfohlen (jeweils 45 Minuten)
Training mit sozial unsicheren Kindern	U. Petermann & F. Petermann (2006)	5-12 Jahre	Einzeltraining über 4 Sitzungen Gruppentraining über 6 Sitzungen jeweils 100 Minuten wöchentlich	5 Sitzungen Elternberatung parallel zum Kindertraining + 1 Sitzung Nachgespräch (jeweils 100 Minuten)
Mutig werden mit Til Tiger	Ahrens-Eipper und Lepow (2004)	5-10 Jahre	2 Einzelstunden 9 Gruppenstunden jeweils 60 Minuten wöchentlich	Eine allgemeine schriftliche Elterninformation sowie Informationsblätter zu den einzelnen Trainingsstunden
Training sozialer Fertigkeiten TSF	Beck, Cäsar und Leonhardt (2006)	8-12 Jahre	10 Gruppenstunden jeweils 60 Minuten wöchentlich	3 Gruppenstunden für die Eltern parallel zum Kindertraining (jeweils 120 Minuten) + 1 Einzelsitzung im Anschluss an das Training

2.4.2 Effektivität evaluierter Trainings

Insgesamt sind kognitiv-behaviorale Interventionsprogramme sowohl bei aggressivem Verhalten als auch bei sozial unsicherem Verhalten als erfolgreich einzuschätzen, wobei unimodale Trainings im Vergleich zu multimodalen Trainings deutlich schlechtere Effekte aufweisen (F. Petermann, 2002). Die zwei umfassenden Meta-Analysen, die zur Wirksamkeit von sozialen Kompetenztrainings vorliegen (Beelmann, Pfungsten & Lösel, 1994; Quinn, Kavale, Mathur, Rutherford & Forness, 1999) problematisieren jedoch zum einen die mangelnde Generalisierung der erzielten Effekte auf Situationen außerhalb des therapeutischen Settings und zum anderen die Erhaltung der Therapieeffekte, da sich die Langzeiteffekte bisher meist als schwach erwiesen.

Beelmann et al. (1994) bezogen 49 Studien aus den Jahren 1981 bis 1990 in ihre Analyse mit ein, wobei sich die evaluierten Trainings auf Kinder zwischen 3 und 15 Jahren bezogen. Es wurden nur Studien mit experimentellem oder quasiexperimentellem Design aufgenommen, die Erfolgsmaße wie Mittelwert und Standardabweichungen aufwiesen. Die generelle Wirksamkeit betrug dabei $d = 0.47$, wobei sich lediglich bei den sozial-kognitiven Fertigkeiten mit $d = 0.77$ ein deutlicher Effekt nachweisen ließ. Bei sozialen Interaktionen wie Rollenspielen wurden mittlere Effekte gefunden (d

= 0.34), bei allen anderen Merkmalen jedoch nur geringe Effekte (soziale Anpassung: $d = 0.18$; Selbstkonzept: $d = 0.06$). In allen Klientengruppen ergaben sich signifikante Effekte, wobei diese bei den „normalen“ Kindern am niedrigsten und bei den Risikogruppen am höchsten waren. Hinsichtlich des Alters fanden sich in allen Altersgruppen signifikante Prä-Post-Unterschiede, aber auch signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen, wobei die Effekte bei den jüngeren Kindern niedriger waren. Geschlechtsunterschiede wurden nicht nachgewiesen.

Lübben und Pfingsten (1999) weisen in ihrer Auseinandersetzung mit der Metaanalyse von Beelmann et al. (1994) darauf hin, dass mit Ausnahme der unimodalen Perspektiveübernahmetrainings zwar alle Arten von Trainings zu signifikanten Effekten führen, dass die unimodalen Verfahren jedoch nur bei den direkten Zielvariablen besonders wirksam sind, während die multimodalen Trainings zu breiter gestreuten Veränderungen führen. Uneingeschränkt positiv sehen Lübben und Pfingsten (1999) aber nur die multimodalen Selbstkontrollprogramme, da diese zu einer wesentlich verbesserten sozialen Anpassung führen und nur bei ihnen signifikante Effekte bezüglich des Selbstkonzepts nachweisbar waren.

Quinn et al. (1999) analysierten 35 Studien, die im Zeitraum von 1981 bis 1995 veröffentlicht wurden und Interventionen zu sozialen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen mit emotionalen und Verhaltensstörungen umfassten. Dabei handelte es sich – stärker eingeschränkt als bei Beelmann et al. (1994) – um Studien, deren primäres Ziel die Förderung sozialer Kompetenzen war. Analog zu Beelmann et al. (1994) mussten die Daten der Studien die Bildung von Effektstärken ermöglichen. Das Durchschnittsalter über alle Studien hinweg betrug 11.53 Jahre. Die generelle Wirksamkeit der analysierten Studien betrug lediglich $d = 0.19$. Dabei fanden Quinn et al. (1999) für Interventionen, die spezifische soziale Skills trainierten und maßen (z.B. Kooperation, Problemlösung), leicht höhere Effektstärken als für globalere Interventionen. Die Effektivität etablierter gegenüber experimenteller Interventionen unterschied sich jedoch nicht voneinander, und auch die Dauer der Intervention (im Schnitt 12 Wochen) hatte kaum Einfluss auf die Wirksamkeit des Programms. Auch hinsichtlich des Alters (jünger bzw. älter als 124 Monate) fanden sich im Unterschied zu Beelmann et al. (1994) keine signifikanten Unterschiede in der Wirksamkeit. Über die verschiedenen Beurteilergruppen hinweg wurden geringe Unterschiede nachgewiesen, die darauf hindeuten, dass im Schulkontext mit größeren Veränderungen zu rechnen ist (Lehrer-, Peer-, Selbst- und Untersucherurteil) als im häuslichen Umfeld (Elternurteil). Hinsichtlich der Maße, die soziale Kompetenzen abbilden, fanden sich stärkere Auswirkungen auf die Anwendung sozialer Skills und weniger Veränderungen im Problemverhalten, während die Ergebnisse hinsichtlich

spezifischer Verhaltenszüge (z.B. Angst, Aggression) uneinheitlich ausfielen. Hinsichtlich der Messinstrumente fanden sich die stärksten Effekte bei den soziometrischen Maßen ($d = 0.23$), schwächere bei Verhaltensbeurteilungen/ Checklisten ($d = 0.15$) und Persönlichkeitstests ($d = 0.12$) und die schwächsten bei der Schulleistung ($d = 0.05$).

Über systematische Verhaltensbeobachtung durch TherapeutInnen, Lehrer und Eltern wurde die Wirksamkeit des „Trainings mit aggressiven Kindern“ von F. Petermann und U. Petermann (2005, ebenda) in Einzelfallstudien untersucht. Die Autoren berichten, dass für Kinder von 7 bis 13 Jahren drei bis sechs Monate nach Ende der Intervention weitgehend stabile Erfolge vorliegen. Dabei sind zum einen die Mitarbeit der Eltern und zum anderen der frühe Einbezug von Alltagserfahrungen in das Training für den Erfolg wesentlich. Insgesamt zeigte sich durch das Einzeltraining und die Elternarbeit eine Abnahme aggressiven Verhaltens in Schule und Elternhaus. Über den gesamten Trainingsverlauf stiegen positive Aktivitäten an, und auch das Ausmaß, in dem Regeln befolgt und Anforderungen erfüllt wurden, nahm zu. In der Metaanalyse von F. Petermann und Bochmann (1993) wurden 23 Therapiefälle zum aggressiven Training metaanalytisch ausgewertet. Nach den Autoren bestätigt ihre Analyse die Wirksamkeit des Trainings beim Abbau spezifischer Verhaltensauffälligkeiten. Außerdem blieben die Effekte unbeeinflusst von Patientenmerkmalen innerhalb der Diagnoseklassen, sowie von patientenspezifischen Alltagssituationen, ebenso von der Person des Therapeuten und institutionellen Rahmenbedingungen.

Für das „Training mit sozial unsicheren Kindern“ von U. Petermann und F. Petermann (2006, ebenda) deuten über 70 Einzelfallanalysen darauf hin, dass die Intervention in die erwünschte Richtung wirksam ist (für einen Überblick siehe auch Ahrens-Eipper & Lepow, 2004). F. Petermann und Bochmann (1993) werteten zu diesem Training 29 Therapiefälle metaanalytisch aus und kommen zu dem Schluss, dass das Training durchgängig kurz- und langfristige Effekte (bis zu zwei Jahre nach Trainingsende) zeigt, wobei vor allem im Gruppentraining besonders nachhaltige Effekte erzielt werden. Während 6-8jährige und lernbehinderte Kinder häufig stark verzögerte Trainingseffekte aufweisen, profitieren sozial benachteiligte Kinder besonders stark von der Intervention. Darüber hinaus fanden die Autoren auch für dieses Training heraus, dass das Vorgehen von den Merkmalen des Settings und des Therapeuten weitgehend unabhängig ist.

Bei der Evaluation des Trainings „Mutig werden mit Til Tiger“ konnten Ahrens-Eipper und Lepow (2004) in der Interventionsgruppe signifikante Veränderungen der sozialen Unsicherheit, des

Selbstwertes und der sozialen Kompetenzen zeigen, wobei die gefundenen Effektstärken als mittel bis gering einzuschätzen sind. Die Autoren fanden keine alters- und geschlechtsbezogenen Effekte, hinsichtlich der Stärke der Beschwerden zum ersten Erhebungszeitpunkt fand sich jedoch ein positiver Zusammenhang zur Wirksamkeit der Intervention.

Für das „Training sozialer Fertigkeiten TSF“ von Beck et al. (2006) liegen bisher keine Evaluationsstudien vor.

2.4.3 Wichtige Aspekte für die Weiterentwicklung von Trainings

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die meisten der entwickelten und evaluierten Programme zwar positive, wenn auch eher geringe bis mittlere Effekte erzielen.

Aus den berichteten Befunden und weiteren Überlegungen können nun verschiedene Aspekte für zukünftige Interventionsprogramme abgeleitet werden.

Zielgruppe

Hinsichtlich der Zielgruppe wurden bei Risikogruppen die stärksten Effekte gefunden, und zwar unabhängig davon, ob es sich um aggressive oder sozial-unsichere Kinder handelt. Da nun in der Praxis selten gleichzeitig mehrere Kinder einer Störungsgruppe angemeldet werden, und das Gruppensetting dem isolierten Einzeltraining hinsichtlich des Erwerbs sozialer Kompetenzen überlegen scheint (F. Petermann & Bochmann, 1993; Warnke, 2001), verspricht die Konstruktion eines störungsübergreifenden Trainings für Kinder, die bereits Schwierigkeiten im Umgang mit anderen aufweisen, zum einen einen Zugewinn für die therapeutische Arbeit in der Praxis und zum anderen wirkungsvolle Befunde. Zudem weisen auch U. Petermann und F. Petermann (2006) selbst auf die Komorbidität von Angst und Aggression hin, was weiter oben schon als Argument für die Konstruktion eines übergreifenden Programms angeführt wurde.

Altersgruppe und Geschlecht

Hinsichtlich des Alters liegen Wirkungsnachweise für einen breiten Altersbereich vor, hinsichtlich der Unterschiede zwischen Altersgruppen ist die Befundlage jedoch uneinheitlich.

Deshalb sollte das Alter in zukünftigen Studien unbedingt als Einflussvariable berücksichtigt werden; zusätzlich sollte die Konstruktion von Interventionsprogrammen auch altersadäquat sein. Dies bedeutet beispielsweise, dass im Vorschulalter eher mit monomodalen Programmen gearbeitet

werden sollte und kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze aufgrund der verbal-kognitiven Voraussetzungen eher für ältere Kinder entwickelt werden sollten (Warnke, 2001).

Hinsichtlich des Geschlechts wurden in den dargestellten Metaanalysen zwar keine Effekte gefunden, dennoch empfehlen Beelmann et al. (1994) bei zukünftigen Studien neben dem Entwicklungsstand auch das Geschlecht der Kinder zu berücksichtigen.

Dauer

Hinsichtlich der Dauer fanden sich bei längeren Interventionen keine besseren Effekte, so dass eine überschaubare Trainingsdauer – auch aus Gründen der Ökonomie – anzustreben ist.

Spezifität und Inhalte

Hinsichtlich der Spezifität lässt sich aus den Befunden der dargestellten Metaanalysen ableiten, dass ein multimodales Trainingsprogramm, das spezifische Skills trainiert und Selbstkontrollelemente enthält, die besten Effekte verspricht. Lübben und Pfingsten (1999) schlagen diesbezüglich ein mittleres Spezifitätsniveau der zu trainierenden Skills (also keine rein molekulare Formulierung), sowie die Bearbeitung mehrerer Situationstypen vor. Gleichzeitig weisen die Autoren aber auch darauf hin, dass nur das gelernt wird, was im Training konkret und explizit bearbeitet wird, weshalb der individuelle Zuschnitt der Trainingsinhalte auf die spezifischen Probleme der TeilnehmerInnen gewährleistet sein sollte.

In ihrer Metaanalyse präventiver Programme stellten Durlak und Wells (1997) ergänzend fest, dass sich diejenigen psychologischen Interventionen besonders wirksam erweisen, die konkrete Störungen vermindern und zugleich vorhandene Kompetenzen fördern (Kombinationswirkung). Dies bedeutet nach Hinsch und Pfingsten (2007), dass soziale Kompetenztrainings zum einen in der Lage sein sollten, neue Fertigkeiten zur Bewältigung des sozialen Alltags zu vermitteln, sowie das Vertrauen in die eigenen Bewältigungskompetenzen zu fördern.

Generalisierung

Ein Hauptproblem bisheriger Trainings ist in der mangelnden Generalisierung zu sehen, weshalb zukünftige Programme hierauf gezielt achten sollten. Diesbezüglich raten Lübben und Pfingsten (1999) zur Einbeziehung von Stabilisierungsstrategien (z.B. In-Vivo-Übungen) und zu zunehmender Eigeninitiative der Kinder.

Erhaltung der Effekte

In der Untersuchung und Förderung der Stabilität von Trainingseffekten liegt ein weiterer wichtiger Aspekt zukünftiger Forschung. Neben der diesbezüglichen Kritik in den dargestellten Metaanalysen fordert auch F. Petermann (2002) langfristig angelegte Follow-up-Studien, da bislang in der Regel lediglich Zwei-Monats-Nachkontrollen vorliegen, die eine grobe Orientierung im Hinblick auf die Stabilität der Trainingseffekte geben.

2.4.4 Fazit

Im deutschen Sprachraum mangelt es an randomisierten Kontrollgruppenstudien zur Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Gruppentrainings bei Kindern mit externalisierenden und internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten. Einerseits gibt es aus internationalen Studien Hinweise auf die Effektivität sozialer Kompetenztrainings, andererseits sind langfristige Erfolge und die Generalisierung der Effekte noch unbefriedigend.

In der Entwicklung und Evaluation eines zeitlich überschaubaren multimodalen störungsübergreifenden Trainingsprogramms, welches Transferbedingungen berücksichtigt und Generalisierungswirkungen, v.a. über die Zeit, untersucht, wird deshalb eine viel versprechende Antwort auf den bestehenden Bedarf gesehen.

2.5 Das Tübinger Training sozialer Kompetenzen (TTsK)

2.5.1 Beschreibung der Trainingsentwicklung

Das Tübinger Training sozialer Kompetenzen (TTsK) wurde von einer Arbeitsgruppe um die Autorin im Rahmen der Kinderambulanz des Psychologischen Instituts zwischen 2002 und 2004 konzeptualisiert und entwickelt. Die Kinderambulanz ist als Teil der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz des Psychologischen Instituts und des Instituts für Medizinische Psychologie und Verhaltensneurobiologie der Universität Tübingen mit der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beauftragt, die psychotherapeutische Hilfe benötigen. In der täglichen Arbeit dort war offensichtlich geworden, dass es kaum Kinder oder Jugendliche gab, die – über unterschiedliche Störungen hinweg – nicht soziale Defizite aufwiesen.

Da sich vorliegende evaluierte Trainingsprogramme (z.B. F. Petermann & U. Petermann, 2005; U. Petermann & F. Petermann, 2006) an bestimmte Störungsgruppen richteten, es aus Sicht der

TherapeutInnen aber praxisnäher schien, störungsübergreifende Gruppen zusammenzustellen, entstand die Idee, ein eigenes Training zu entwickeln. Dabei wurden über mehrere Gruppen hinweg aus gängigen Materialien und Manualen Bausteine eingesetzt, die sich am Modell von Dodge (1986) bzw. Crick und Dodge (1994) orientierten. Mit wachsender Erfahrung und Rückmeldung von Eltern und Kindern wurden diese Materialien abgewandelt und erweitert, so dass am Ende ein eigenständiges Training entstanden war. Dabei handelt es sich um ein Trainingsprogramm mit hoher praktischer Relevanz, da es nicht rein deduktiv aus der Theorie abgeleitet wurde, sondern in einem Wechselprozess zwischen induktivem und deduktivem wissenschaftlichem Arbeiten entstand.

2.5.2 Ziele des Trainingsprogramms

Das Tübinger Training sozialer Kompetenzen (TTsK) ist ein multimodales Interventionsprogramm, das Kindern von 6 bis 12 Jahren soziale Kompetenzen vermitteln, sie mit ihnen einüben und trainieren möchte, so dass unerwünschtes Verhalten ab- und erwünschtes Verhalten zunimmt. Dabei soll es für die Teilnahme am Training nicht darauf ankommen, ob sich die Defizite der Kinder in sozial unsicherem oder aggressivem Verhalten zeigen. Das Programm orientiert sich am Modell von Dodge (1986) bzw. Crick und Dodge (1994). Es setzt an sozialen Situationen an, und es werden Bausteine trainiert, die bei der Informationsverarbeitung des Kindes eine wichtige Rolle spielen (Wahrnehmung von Situationen, Zielen, Aufgaben und Gefühlen). Ein wesentlicher Bestandteil des Trainings sind Rollenspiele, die das Sozialverhalten des Kindes einerseits und die Bewertung des Verhaltens durch Gleichaltrige und TrainerInnen andererseits beinhalten. Selbst- und Fremdverstärkung für angemessenes Verhalten stellen einen wichtigen Baustein des Konzepts dar, und über Ziele und Regeln, die auf das einzelne Kind bezogen werden, ist das Setzen individueller Schwerpunkte möglich.

Im Anhang 8.1 sind die Bausteine und Ziele der einzelnen Trainingsstunden zusammenfassend dargestellt.

2.5.3 Struktur und Ablauf

Der gesamte Trainingsablauf erstreckt sich über drei Monate. Zunächst werden an die Eltern, das Kind und den Klassenlehrer/ die Klassenlehrerin Fragebogen ausgeteilt, und mit den Eltern und dem Kind wird ein Vorgespräch geführt. In diesem wird das Training genauer vorgestellt. Es

werden diagnostische Informationen gesammelt und spezifische Ziele festgelegt, aus denen dann die persönlichen Regeln für das jeweilige Kind abgeleitet werden können. Den Vorgesprächen mit jeder Familie folgt das Gruppentraining für die Kinder, das sich über acht wöchentliche Trainingssitzungen mit der Dauer von je 120 Minuten erstreckt. Zwischen den Trainingssitzungen erhalten die Kinder Hausaufgaben, um die im Training vermittelten Fertigkeiten im Alltag weiter anzuwenden und zu erproben. Außerdem erhalten die Eltern im Anschluss an jede Trainingssitzung einen Elternbrief, der die Inhalte der jeweiligen Sitzung beschreibt, die Hausaufgabe der Kinder erklärt und Hinweise gibt, wie die Eltern die entsprechenden Bausteine im Alltag weiter fördern können. Zusätzlich haben die Eltern die Aufgabe, einmal pro Woche einen Beobachtungsbogen auszufüllen, der die festgelegten Ziele des Kindes (zu reduzierendes Problemverhalten und zu steigendes prosoziales Verhalten) festhält. Nach Beendigung des Trainings werden die anfangs gegebenen Fragebogen erneut ausgefüllt. Durch den Vergleich mit den Angaben vor Trainingsbeginn ist eine Evaluation der Intervention möglich. Deren Ergebnis wird den Eltern jedes Kindes im Nachgespräch rückgemeldet. Außerdem erhalten die Eltern ggf. weitere Empfehlungen zur Förderung ihres Kindes.

Das gesamte Training wird in der Gruppe mit vier bis sechs Kindern und gemeinsam von zwei TrainerInnen durchgeführt.

Das Gruppensetting schafft hierbei realitätsnahe Bedingungen; dies wird noch dadurch verstärkt, dass am Training nicht nur Kinder mit einer bestimmten Problematik an der Gruppe teilnehmen. So können einerseits die im Alltag erlebten Probleme auftauchen, und andererseits können die Kinder auch von ihren unterschiedlichen Stärken (über die sie neben ihren Defiziten ja ebenfalls verfügen) lernen. Durch den geschützten Rahmen in der Kleingruppe kann darüber hinaus besser auf die einzelnen Kinder eingegangen werden als in größeren Gruppen, wie z.B. der Schulklasse.

Die Durchführung des Trainings als Trainerteam ermöglicht es durch Rollenteilung, sowohl der inhaltlichen Anleitung als auch der Steuerung des Gruppenprozesses und der individuellen Rückmeldung gerecht zu werden.

Um die Motivation der Kinder über einen längeren Zeitraum aufrecht zu erhalten, ist es wichtig, die Inhalte sowohl methodisch als auch didaktisch altersentsprechend zu vermitteln (Spröder, 2006). Den Kindern wird dazu als großes Ziel des Trainings „Gut miteinander auskommen“ vermittelt, dem man sich Schritt für Schritt nähert. Jede Trainingsstunde stellt einen Schritt in Richtung auf das Ziel dar und somit sind alle Schritte bzw. Themen wichtig, um dem großen Ziel näher zu kommen.

Visualisiert wird dies über das „Fußstapfenplakat“, das in jeder Stunde aufgehängt und um die entsprechende Fußstapfe (das jeweilige Stundenthema) ergänzt wird. Auch die Kinder haben auf ihren Trainingsmappen eine solche Abbildung, die sie in jeder Stunde weiter vervollständigen.

Zur Schaffung eines klaren und Sicherheit vermittelnden Rahmens, der ein positives Sozialklima ermöglicht, wird ein Regelsystem mit definierten positiven und negativen Konsequenzen aufgestellt. Dies erfolgt mit Hilfe eines Verstärkersystems, das auf dem Prinzip der operanten Verstärkung basiert. Dazu werden zu Beginn des Trainings drei Gruppenregeln eingeführt („Wir sind nett zueinander!“ „Ich lassen den anderen ausreden!“ „Ich mache immer/ bei allem mit!“). Diese werden ausführlich spezifiziert, auf dem Regelplakat „Unsere Gruppenregeln“ festgehalten und ggf. von der Gruppe ergänzt. Im Sinne eines Verhaltensvertrages wird das Regelplakat von allen TeilnehmerInnen und den TrainerInnen unterschrieben und in jeder Sitzung aufgehängt. Eine entsprechende „Abmachung“ dazu bekommen die Kinder auch in ihre Trainingsmappe. Darüber hinaus erhält jedes Kind eine persönliche Regel, über die es seine individuellen Ziele üben soll (z.B. „Ich schaue den, der spricht, an!“ „Ich sage, wenn mir etwas gut gefällt!“ „Ich behalte Hände und Füße bei mir!“). Als unmittelbare Verstärkung für das Einhalten der Gruppenregeln und die Umsetzung der individuellen Regel, die während des Trainings mehrmals wechseln kann, werden die Kinder gelobt. Zusätzlich können sie zweimal während jeder Trainingssitzung Token in Form von bunten Büroklammern erhalten, die an die persönlichen Klammerleitern geheftet werden. Dabei werden individuelle Kontingenzen mit Gruppenkontingenzen kombiniert: Am Ende jeder Sitzung können die Kinder eine festgelegte Anzahl von Klammern in einen materiellen Verstärker eintauschen (Griff in die Schatzkiste), zusätzlich wird die Anzahl aller Klammern in gemeinsame Spielminutenzeit umgetauscht. Mit dem Belohnungssystem werden auch Konsequenzen für Regelverstöße gekoppelt: Wird gegen die Gruppenregeln verstoßen, wird das Kind einmal verwahrt und erhält die Chance, sich wieder an die Regeln zu halten. Gelingt dies nicht, erfolgt der Entzug einer Klammer.

2.5.4 Trainingsmaterialien

Die Informationen für eine erfolgreiche Umsetzung des Tübinger Trainings sozialer Kompetenzen (TTsK) einschließlich der Materialien für TrainerInnen, Eltern und Kinder liegen manualisiert (Wekenmann et al., in Vorbereitung) vor. Pro Stunde steht den TrainerInnen ein genauer Ablaufplan zur Verfügung, in dem auch das benötigte Material aufgelistet ist. Die Kinder erhalten

eine Arbeitsmappe, in die sie die Arbeits- und Hausaufgabenblätter aus jeder Sitzung abheften können. Die Elternbriefe werden nach jeder Trainingssitzung ausgeteilt.

Da das Training in zwei getrennten Altersgruppen angeboten wird (6- bis 8jährige Kinder und 9- bis 12jährige Kinder), liegen die Materialien für jede Altersgruppe gesondert vor; sie unterscheiden sich jedoch nur geringfügig (z.B. in der Länge der Hausaufgaben). Als Anschauungsmaterial sind die Unterlagen zur dritten Trainingsstunde für die Gruppe der sechs- bis achtjährigen Kinder im Anhang 8.2 angefügt.

2.5.5 Beschreibung der einzelnen Sitzungen

Jede Sitzung wird nach einem festgelegten Ablaufplan durchgeführt, der eine standardisierte Umsetzung des Programms und damit die Vergleichbarkeit über verschiedene Trainingsgruppen hinweg ermöglicht. Nach der Begrüßung im Stuhlkreis folgt das „Hoch und Tief der Woche“, bei dem die Ereignisse der letzten Woche bezogen auf das Training kurz besprochen werden. Die Kinder werden an die Gruppenregeln erinnert, und es werden die ggf. veränderten persönlichen Regeln erläutert. Anschließend folgt die Besprechung der therapeutischen Hausaufgaben am Arbeitstisch, und die Kinder erhalten Token für die durchgeführten Aufgaben. Über das Beschriften der Fußstapfe erfolgt die Einführung in das Thema der Stunde, das dann mit Hilfe verschiedener Materialien und Interventionen bearbeitet wird. Nach der Hälfte der Sitzung findet eine Tokenvergabe für die Umsetzung der individuellen Regel und der Gruppenregeln statt. Dem zweiten Themenblock folgt die Erläuterung der Hausaufgabe für den Transfer in den Alltag, und die Kinder bearbeiten ein Quiz zum Sitzungsinhalt, das der Überprüfung der vermittelten Inhalte für die TrainerInnen dient. Am Ende folgt die Spiel- und Belohnungsphase, in der die während der Arbeitsphase erworbenen Token in Spielminuten und ggf. einen materiellen Verstärker aus der Schatzkiste getauscht werden. Mit einem Abschlussritual („Stimmungsdaumen“) endet die Sitzung.

Zentrale Bausteine in den Sitzungen stellen das Erlernen und Trainieren einer differenzierten Wahrnehmung sozialer Reize sowie eigener und fremder Gefühle dar. Entsprechend des Modells sozialer Informationsverarbeitung nach Dodge (1986) bzw. Crick und Dodge (1994) soll eine allgemeine Strategie zur Lösung sozialer Situationen entwickelt werden: Die Kinder lernen, für eine soziale Situation ein Ziel festzulegen und eine geeignete Handlung auszuwählen, indem sie nach der Genese verschiedener Handlungsmöglichkeiten deren Konsequenzen beachten. Die Genese verschiedener Handlungsmöglichkeiten soll dabei auch das Repertoire an Handlungsalternativen

erweitern. Neben der Umsetzung der allgemeinen Trainingsziele werden über den Einsatz individueller Regeln spezifische Probleme jedes einzelnen Kindes bearbeitet und deren Verbesserung trainiert.

Bei der Vermittlung der jeweiligen Stundenthemen kommen folgende Methoden zum Einsatz:

- Wissensvermittlung über Arbeitsblätter, Veranschaulichung durch Plakate/ Poster/ Tafelaufschrieb sowie Kurzvorträge;
- Modelldemonstrationen über Trainerrollenspiele;
- Rollenspiele zum Aufbau neuen Verhaltens, zur Förderung der Perspektiveübernahme und zur Analyse sozialer Interaktionen;
- Kognitive Techniken wie Modellierungsdialoge;
- Kreative Techniken wie die Gestaltung eines Bildes mit wichtigen Anderen und das Erstellen eines Gruppenbildes zur Förderung der Gruppenkohäsion und als Demonstrationsobjekt;
- Spiele.

Abschließend folgt an dieser Stelle noch ein Einblick in die einzelnen Sitzungen.

Sitzung 1: „Das sind wir – eine tolle Gruppe!“

Die erste Sitzung dient der Einführung in die Zielsetzung des Trainings, dem Kennenlernen der Gruppe und der Erläuterung der Trainingsstruktur. Neben der Festlegung der Gruppenregeln wird jedem Kind eine individuelle Regel vorgegeben, die im Trainingsverlauf verändert und so den Fortschritten des Kindes angepasst werden kann. Mit dieser persönlichen Regel kann spezifisch auf die Probleme jedes einzelnen Kindes eingegangen werden, ohne dass es eines störungsspezifischen Trainings bedarf, wie es Lübben und Pfingsten (1999) fordern. Inhaltlich gestalten die Kinder in der ersten Trainingseinheit eine Zeichnung, in der sie wichtige Menschen ihrer Umgebung abbilden und mit lachenden Gesichtern für positive Beziehungen und Blitzen für spannungsgeladene Beziehungen kennzeichnen.

Sitzung 2: „Schritt für Schritt zum Ziel!“

Die zweite Sitzung hat die Bedeutung von Zielen und Teilzielen zum Thema. Dabei wird in einem Trainerrollenspiel das Thema Ziele im sozialen Kontext eingeführt und veranschaulicht, wie man ihnen über Teilziele näher kommt. Jedes Kind wählt für sich individuelle Ziele im Umgang mit

anderen aus und in der Hausaufgabe soll für jeden Lebensbereich (Schule, zu Hause, Freizeit) ein Ziel über Teilziele während der Woche verfolgt werden. Im Modell von Crick und Dodge (1994) beziehen sich diese Inhalte schwerpunktmäßig auf den dritten Schritt, die Zielklärung, wobei aber auch die Wahrnehmung sozialer Hinweisreize (Schritt 1) und die Bedeutungszuschreibung (Schritt 2) beispielsweise in die Erarbeitung des Trainerrollenspiels mit einfließen.

Sitzung 3: „Gefühle gehören zu mir!“

Wahrnehmung, Beobachtung und Ausdruck eigener Gefühle sind das Thema der dritten Sitzung, wobei hier mit Körperübungen (durch den Raum gehen, auf Gang, Mimik, Gestik achten), Pantomime und Beobachtungsaufgaben gearbeitet wird. Diese Inhalte, ebenso wie die der Sitzung 4, sind wichtig für die Interpretation sozialer Situationen (Schritt 2 im Modell von Crick & Dodge, 1994).

Sitzung 4: „Alle haben Gefühle!“

In Erweiterung der Sitzung 3 hat die Sitzung 4 die Fremdwahrnehmung von Gefühlen zum Ziel. Neben Beobachtungsaufgaben wird hier schwerpunktmäßig mit Rollenspielen gearbeitet. Über die Vorgabe bestimmter Gefühle werden Situationen erinnert, in denen die Kinder diese Gefühle bei anderen erlebt haben. Im anschließenden Nachspielen der Situationen können die Kinder durch Übernahme verschiedener Rollen Gefühle nacherleben, beobachten und auch die Perspektive wechseln.

Sitzung 5: „Augen und Ohren auf!“

Der Verbesserung der Wahrnehmung und Interpretation sozialer Hinweisreize dient ebenfalls die Sitzung 5, in der das genaue Hinschauen und Hinhören in sozialen Situationen geübt wird. Hier kommen Zweierübungen zum genauen Hinschauen und Hinhören zum Einsatz, ebenso wie die Analyse einer Videosequenz.

Sitzung 6: „Aufeinander zugehen“ & „Ich habe viele Möglichkeiten!“

In Sitzung 6 werden die Kontaktaufnahme zu anderen und die Vielfalt von Handlungsmöglichkeiten (Schritt 4 bei Crick & Dodge, 1994) bearbeitet. Unterschiedliche Möglichkeiten werden gemeinsam in einem Handlungsschema erarbeitet, nachdem die gegebene Situation zunächst mit Hilfe der bisher trainierten Fertigkeiten analysiert wurde. Dabei werden in Anlehnung an die Taxonomie von Dodge, McClaskey und Feldman (1985) solche Situationen ausgewählt, bei denen Kinder mit

sozialen Schwierigkeiten häufig Probleme erleben (vor allem Umgang mit Provokation durch Gleichaltrige, soziale Erwartungen und Erwartungen von Lehrern, aber auch Eintritt in eine Gruppe, Umgang mit Misserfolg und Umgang mit Erfolg). Nach der Erarbeitung der Verhaltensalternativen werden alle Handlungsmöglichkeiten in Rollenspielen ausprobiert, und die Kinder erfahren, dass ein Ziel auf unterschiedliche Weise erreicht werden kann.

Sitzung 7: „Ich wähle die beste Möglichkeit!“ & „Ich übe!“

Welche Handlungsmöglichkeit in einer sozialen Situation die beste darstellt und wie man dies erkennen kann, ist Thema der Sitzung 7. Hier liegt der Schwerpunkt auf der Analyse positiver und negativer Konsequenzen verschiedener Handlungsalternativen. Die Umsetzung in konkretes Handeln wird anhand von Rollenspielen zu individuellen schwierigen Situationen geübt.

Sitzung 8: „Jetzt schaffe ich es alleine!“

In der Abschlusssitzung wird das Gelernte zusammengefasst und reflektiert. Die Kinder tragen zusammen, in welchen Bereichen sich ihr Verhalten verbessert hat und was sie weiter üben wollen. Stehgreifrollenspiele zur Umsetzung adäquater Handlungsweisen und die Überreichung von Teilnahmeurkunden runden die 8. Sitzung ab.

3 Methode

Im methodischen Teil der Arbeit werden zunächst die Ziele und Hypothesen der Untersuchung erläutert. Anschließend folgt der Überblick über die Erhebungsinstrumente und die Darstellung des Untersuchungsdesigns. Nach der Beschreibung des Zeitplans und des Prozederes der Datenerhebung wird abschließend die Stichprobe beschrieben, es werden Dropout-Analysen dargestellt sowie die Auswertung spezifiziert.

3.1 *Ziele der Untersuchung und Hypothesen*

Mit der vorliegenden Untersuchung sollte die Wirksamkeit des entwickelten Tübinger Trainings sozialer Kompetenzen (TTsK) bei 6- bis 12jährigen Kindern nachgewiesen werden, die mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen ihrer sozialen Fertigkeiten diagnostiziert und in der Hochschulambulanz vorgestellt wurden.

Es wurde davon ausgegangen, dass sich die Kinder durch die Teilnahme am Training in ihrem Problemverhalten – das heißt den Schwierigkeiten im Umgang mit anderen – verbessern und darüber hinaus ihr prosoziales Verhalten erweitern.

Um kontrollieren zu können, ob die kurzfristigen Verbesserungen auf das Training selbst und nicht etwa auf unspezifische Faktoren wie Reifung, Spontanremission und Regression zurückzuführen sind (Kashdan & Herbert, 2001), wurde eine Wartelistenkontrollgruppe eingerichtet.

Verbesserte sich das Verhalten der Kinder in der Wartekontrollgruppe im Untersuchungszeitraum nicht, sollte dies gleichzeitig als Hinweis auf die Stabilität der Problematik gewertet werden.

Des Weiteren sollte anhand von Katamnesen geprüft werden, wie nachhaltig mögliche Trainingseffekte sind.

Im Zuge feinerer Analysen sollten Geschlechts- und Alterseffekte überprüft und mögliche Unterschiede der Wirksamkeitsbeurteiler (Eltern, Lehrer, Selbsturteil) aufgeklärt werden. Explorativ sollte der Frage nachgegangen werden, wie sich die Kinder, die eine stärkere Verbesserung in der Symptomatik aufweisen, von den Kindern unterscheiden, die keine oder nur geringe Verbesserungen zeigen. Dies könnte dazu beitragen, Hinweise für differenzielle Indikatoren dieses Interventionskonzepts zu finden.

Folgende Hypothesen lassen sich ableiten:

- 1) Durch das Training verbessern sich die teilnehmenden Kinder in den Effektivitätsparametern (Selbst- und Fremdbeurteilung über Fragebogen).
- 2) Das Problemverhalten der Kinder in der Wartekontrollgruppe verändert sich ohne Intervention nicht, d.h. es handelt sich um stabile Verhaltensdefizite, die offenkundig nur mit gezielten Interventionsmaßnahmen veränderbar sind.
- 3) Die Verbesserungen der Trainingsgruppe in den abhängigen Variablen sind trainingspezifisch, d.h. Experimental- und Wartekontrollgruppe unterscheiden sich nach dem Training in den Effektivitätsparametern dergestalt, dass die Kinder der Experimentalgruppe weniger Verhaltensprobleme und mehr prosoziales Verhalten zeigen als die Kinder der Wartelistenkontrollgruppe.
- 4) Die durch das Training gewonnenen Effekte bleiben langfristig stabil.
- 5) Bezüglich der Wirksamkeit des Trainings finden sich keine Alters- und Geschlechtseffekte.
- 6) Analog zu vergleichbaren Untersuchungen beurteilen Eltern, Lehrer und Kinder die Probleme und Veränderungen der Kinder unterschiedlich.
- 7) Es gibt Moderatorvariablen (zum Beispiel Problemschwerpunkte), die unterschiedliche Verbesserungen zwischen den Kindern erklären.

Über die direkte Überprüfung der aufgestellten Hypothesen hinaus sollte untersucht werden, inwieweit die Inhalte des Trainings den Kindern vermittelt werden können und ob sie bei den Kindern auch zu einem Wissenszuwachs führen. Außerdem sollte die direkte Bewertung des Trainings durch Eltern, Lehrer und Kinder analysiert werden. Beispielhaft sollten drei Einzelfälle zur Verlaufsanalyse herangezogen werden.

3.2 Erhebungsinstrumente

Im Folgenden werden die Erhebungsinstrumente dargestellt, die in der Untersuchung eingesetzt wurden. Neben erprobten und bereits evaluierten Verfahren wurden auch speziell für die Untersuchung entwickelte oder in der Hochschulambulanz des Psychologischen Instituts gebräuchliche Fragebogen eingesetzt. Alle angewandten Fragebogen bzw. ihre Bezugsquellen können dem Anhang 8.3 entnommen werden.

3.2.1 Beschreibung der verwendeten standardisierten Erhebungsinstrumente

Zur Erfassung der abhängigen Variablen und möglicher Moderatorvariablen wurden den Eltern, Kindern und LehrerInnen die standardisierten Fragebogen aus Tabelle 5 vorgelegt. Sie werden nachfolgend genauer beschrieben.

Tabelle 5: In der Untersuchung eingesetzte standardisierte Fragebogen

Befragte	Verfahren	Autoren
Eltern	DISYPS-KJ: FBB-HKS, FBB-SSV, FBB-ANG	Döpfner & Lehmkuhl (2003)
	ECBI	Eyberg & Pincus (1999)
	SDQ-Eltern	Goodman (1997)
LehrerInnen	WMC	Walker & McConnell (1995a, 1995b)
	ESKV	Ekert & Löffel-Aleker (1998)
	SDQ-Lehrer	Goodman (1997)
Kinder	FESUK, ab Klasse 4	Saile & Kison (2002)
	SVF-KJ, ab 8 Jahren	Hampel, F. Petermann & Dickow (2001)
	SDQ-Selbst	Goodman, Meltzer & Bailey (1998)

Elternfragebogen

DISYPS-KJ

Mit Hilfe des Diagnostik-Systems für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter DISYPS-KJ (Döpfner & Lehmkuhl, 2003) sollen psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen entsprechend den Diagnosekriterien von ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2008) und DSM-IV (Saß et al., 1998) erfasst werden. Durch die Kombination von drei Beurteilungsebenen können umfassende Aussagen über die im Kindes- und Jugendalter wichtigsten Störungsbereiche (hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen, depressive Störungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Tic-Störungen, Bindungsstörungen und Mutismus) gemacht werden. Neben der klinischen Beurteilung anhand der Diagnose-Checklisten werden anhand von Fremdbeurteilungsbögen Einschätzungen durch Eltern, Lehrer und Erzieher vorgenommen. Ab dem Alter von 11 Jahren können Kinder und Jugendliche sich anhand von Selbstbeurteilungsbögen einschätzen.

Für die vorliegende Untersuchung wurden den Eltern zu Screeningszwecken die Fremdbeurteilungsbögen zu Hyperkinetischen Störungen FBB-HKS, Störungen des Sozialverhaltens FBB-SSV und Angststörungen FBB-ANG ausgeteilt. Diese Auswahl erfolgte vor dem Hintergrund der möglichen Existenz problemspezifischer Untergruppen, für die die bisher vorliegenden spezifischen sozialen Kompetenztrainings (z.B. Ahrens-Eipper & Lepow, 2004; F.

Petermann & U. Petermann 2005; U. Petermann & F. Petermann 2006) entwickelt wurden. Mit Hilfe dieser möglichen Moderatorvariablen sollte es in der Auswertung ermöglicht werden, eventuell auftretende Unterschiede in der Stärke des Profits durch das Training zwischen Kindern zu erklären.

Die Fremdbeurteilungsbögen selbst bestehen aus Symptom- und Diagnosekriterien der einzelnen Störungen, wobei die Items, die Symptomkriterien erfassen, zweifach beurteilt werden. Zunächst erfolgt eine Beurteilung des Schweregrads, in dem das Item beim Kind ausgeprägt ist (vierstufige Likertskala mit 0 = gar nicht zutreffend, 1 = ein wenig zutreffend, 2 = weitgehend zutreffend, 3 = besonders zutreffend), dann eine Beurteilung der subjektiv empfundenen Problemstärke (ebenfalls vierstufig von 0 = gar nicht problematisch bis 3 = sehr problematisch). Bei den Diagnosekriterien werden Aussagen zu den Kriterien für die klinische Bedeutsamkeit, zum Generalisierungsgrad und zu den Kriterien Beginn und Dauer der Symptomatik gemacht. Hierbei handelt es sich um vier-, drei- und zweistufige Antwortskalen.

Brühl, Döpfner und Lehmkuhl (2000) wiesen für den FBB-HKS eine zufriedenstellende bis sehr gute Reliabilität der Subskalen ($\alpha = .78$ bis $.89$) sowie der Gesamtauffälligkeitsskala ($\alpha = .93$) für das Elternurteil nach, wobei auf allen Skalen Jungen im Vergleich zu Mädchen als auffälliger eingeschätzt wurden. Döpfner und Görtz (2003, 2005) berichten für den FBB-ANG und den FBB-SSV ebenfalls gute Werte der internen Konsistenzen aus bisher nicht veröffentlichten Studien (z.B. $\alpha = .70 - .86$ bei den Subskalen und $\alpha = .90$ bei der Gesamtskala des FBB-ANG).

Für die vorliegende Untersuchung wurden beim FBB-ANG Schweregrad und Problemstärke von Trennungsangst, generalisierter Angst, sozialer Angst, spezifischer Phobie und der Gesamtskala Angststörungen erfasst. Beim FBB-SSV wurden Angaben zu Schweregrad und Problemstärke bezüglich oppositionell-aggressivem Verhalten, dissozial-aggressivem Verhalten und der Gesamtskala Störungen des Sozialverhaltens erhoben, und beim FBB-HKS wurden Schweregrad und Problemstärke der Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität, Impulsivität und der Gesamtskala Hyperkinetische Störungen berücksichtigt. Die Kennwerte wurden entsprechend dem Manual durch Mittelwertbildung der Itemausprägungen in den einzelnen Symptomgruppen und in den Gesamtskalen gebildet.

Für die Auswertung wurde dann die Ausprägung des Schweregrades der jeweiligen Gesamtskalen dichotomisiert: entsprechend der Interpretationshinweise (Döpfner & Lehmkuhl, 2003) wurden Werte von 0-1.4 als klinisch unauffällig, Werte von 1.5-3.0 als klinisch auffällig bewertet.

ECBI

Das Eyberg Child Behavior Inventory ECBI (Eyberg & Pincus, 1999) ist in einer deutschen Übersetzung als Eybergs Inventar zu kindlichem Verhalten EIKV (Hahlweg, 1998/ 1999, zitiert nach Sondermann, 2004) verfügbar. Der Fragebogen erlaubt Aussagen zur Häufigkeit und Problembelastung durch expansive Verhaltensauffälligkeiten nach Einschätzung der Eltern. Er ist bei Kindern von 2 bis 16 Jahren einsetzbar. Anhand von 36 Items, die Symptome wie oppositionelles Trotzverhalten, Störungen der Aufmerksamkeit, Hyperaktivität oder Störungen des Sozialverhaltens beschreiben, geben die Eltern an, wie stark das jeweilige Verhalten bei ihrem Kind auftritt (siebenstufige Likertskala von 1 = tritt nie auf bis 7 = tritt sehr häufig auf), und ob dieses Verhalten ein (Erziehungs-)Problem für die Eltern darstellt (dichotome Antwort ja/ nein). Bewerten Eltern 15 oder mehr Items als für sie bei ihrem Kind problematisch, liegt nach Eyberg und Pincus (1999) ein auffälliges Verhalten des Kindes vor (= Problembelastung). Zur Abschätzung der Intensität der Verhaltensprobleme werden die Ausprägungen über alle Items summiert, so dass die Problemstärke (= Intensität) Werte zwischen 36 und 252 annehmen kann. Ab einem Wert von 131 wird sie nach den Autoren als klinisch auffällig interpretiert. Eyberg und Ross (1978) wiesen nach, dass das ECBI besonders änderungssensibel ist, was für die vorliegende Untersuchung ein wichtiges Kriterium darstellt. In einer neueren Untersuchung fanden Beelmann, Lösel, Stemmler und Jaurisch (2006) gute bis sehr gute Zuverlässigkeiten bei der Berechnung der inneren Konsistenz ($\alpha = .89/ .90$) und Werte zwischen $r_{tt} = .60$ und $r_{tt} = .75$ bezüglich der Retest-Reliabilität (Einjahresstabilität). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es im Zeitverlauf fast immer zu einem signifikanten Abfallen der Messwerte kam. Die Autoren kommen abschließend zu dem Urteil, dass es sich bei der deutschen Version des ECBI zumindest im Vorschulalter um ein ökonomisches, reliables und sensitives Screening-Verfahren zur Beurteilung von sozialen Verhaltensproblemen handelt.

SDQ-Eltern

Der Strengths and Difficulties Questionnaire von Goodman (1997) ist ein Fragebogen zu Verhaltensauffälligkeiten und –stärken bei Kindern und Jugendlichen, der für Eltern und Lehrer sowie als Selbstbericht-Version für Jugendliche ab 11 Jahren (Goodman et al., 1998) vorliegt. In der vorliegenden Untersuchung wurde er den Eltern in seiner deutschen Version als *Fragebogen zu Stärken und Schwächen SDQ-Deu* vorgelegt. Anhand von 25 Items werden

Verhaltensauffälligkeiten und Stärken bei Kindern und Jugendlichen zwischen 4 und 16 Jahren aus Sicht der Eltern auf einer dreistufigen Likertskala (nicht zutreffend, teilweise zutreffend, eindeutig zutreffend) erfasst. Neben einem Gesamtwert, der die Unterskalen emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen und Hyperaktivität beinhaltet, kann eine weitere Skala zum prosozialem Verhalten ermittelt werden. Sowohl für die Einzelskalen als auch für die Gesamtskala werden die Kennwerte durch Summenscorebildung gewonnen. Für die Auswertung und Interpretation gilt, dass für den Gesamtwert und die Problemskalen hohe Werte einer starken Ausprägung von Verhaltensdefiziten gleich kommen, während hohe Werte auf der Skala prosoziales Verhalten Stärken in diesem Bereich abbilden.

Ergänzend zu den 25 Items zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und Stärken, können auf einer zweiten Seite anhand von acht Items weitere Informationen erfasst werden. Dazu gehört, ob die Eltern insgesamt in einem oder mehreren Bereichen (Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit anderen) Schwierigkeiten sehen, seit wann es die Schwierigkeiten gibt, ob das Kind darunter leidet, ob es durch die Schwierigkeiten zu Hause, im Freundeskreis, im Unterricht und/oder der Freizeit beeinträchtigt wird und ob die Schwierigkeiten für die Eltern oder die gesamte Familie eine Belastung darstellen.

Zusätzlich gibt es eine Follow-up-Version für die mehrmalige Vergabe des SDQ, deren zweite Seite sieben Items erfasst, die identisch mit der ersten Version sind (seit wann es Schwierigkeiten gibt, wird nicht mehr erfasst), und zwei weitere Items, die sich direkt auf die durchgeführte Intervention beziehen. Dabei sollen die Eltern bewerten, ob die Probleme des Kindes sich seit der Teilnahme an der Intervention verändert haben und ob sie die Intervention als hilfreich empfanden. Ein weiterer Unterschied der Follow-up-Version zur ersten Version besteht in der Instruktion. In der ersten Instruktion soll das Verhalten des Kindes in den letzten sechs Monaten berücksichtigt werden, bei der Follow-up-Version das Verhalten des Kindes während des letzten Monats.

Woerner et al. (2002) berichten in ihrer Untersuchung zur Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion von internen Konsistenzen von $\alpha = .82$ für den Gesamtwert und von $\alpha = .58 - .76$ für die Einzelskalen. Becker, Woerner, Banaschewski und Rothenberger (2004) fanden in einer klinischen Stichprobe interne Konsistenzen von $\alpha = .83$ für den Gesamtwert und Werte zw. $\alpha = .72 - .81$ für die Unterskalen, d.h. die Elternversion scheint ausreichend reliabel zu sein.

In der vorliegenden Untersuchung flossen der Gesamtwert und die Ausprägung auf der Skala prosoziales Verhalten in die Auswertung mit ein. Dabei wird nach den Angaben auf der Homepage www.sdqinfo.com beim Gesamtwert ein Wert von 0-13 als klinisch unauffällig,

ein Wert von 14-16 als grenzwertig und ein Wert von 17-40 als klinisch auffällig eingestuft. Bei der Unterskala prosoziales Verhalten gelten Werte von 6-10 als normal, Werte von 5 als grenzwertig und Werte von 0-4 als auffällig. Ergänzend wurde von Seite zwei das Item zur Wahrnehmung von Schwierigkeiten berücksichtigt und in der Follow-up-Version die zwei Items, die sich direkt auf die durchgeführte Intervention beziehen.

Lehrerfragebogen

WMC

Bei der Walker-McConnell Scale of Social Competence and School Adjustment WMC (Walker & McConnell, 1995a, 1995b) handelt es sich um einen Fragebogen zur Erfassung sozialer Kompetenz und Schulanpassung von Kindern, der für den Einsatz im deutschen Sprachraum von Ekert und Löffel-Aleker (1998) übersetzt und untersucht wurde. Die „Elementary Version“ kann von der ersten bis zur sechsten Klasse eingesetzt werden. Sie wurde in der vorliegenden Untersuchung nach Einverständnis der Eltern den KlassenlehrerInnen der teilnehmenden Kinder zugesandt. Während sich soziale Kompetenz dabei nach Walker und McConnell (1995a, 1995b) auf die Fähigkeit bezieht, zu Gleichaltrigen und Erwachsenen effektive interpersonale Beziehungen zu entwickeln, wird unter Schulanpassung die Fähigkeit verstanden, den Verhaltens- und Leistungsanforderungen der Lehrer im Unterricht befriedigend nachkommen zu können. Beide Aspekte – sowohl soziale Kompetenz als auch Schulanpassung – finden sich auch in den Merkmalskategorien sozialer Kompetenzen von Caldarella und Merrell (1997), wie sie unter 2.1.1 „Der Begriff soziale Kompetenz“ näher beschrieben wurden. In ihrem Handbuch geben Walker und McConnell (1995a, 1995b) an, dass ihr Fragebogen für drei Zwecke eingesetzt werden kann: um Schüler zu identifizieren, die ein soziales Kompetenztraining benötigen, um bestimmte Defizite im Sozialverhalten von Kindern zu identifizieren und um die Effekte von sozialen Kompetenztrainings zu evaluieren.

Die 43 Items der WMC stellen positiv formulierte Beschreibungen von sozialem Verhalten dar. Die Lehrer bewerten die Auftretenshäufigkeit dieser Verhaltensweisen auf einer fünfstufigen Likertskala von 1 = „tritt nie auf“ bis 5 = „tritt häufig auf“. Zusätzlich wird erfasst, wie lange der Lehrer das Kind bereits kennt.

Die Items lassen sich drei Subskalen zuordnen. Dabei erfasst die Skala A mit 16 Items das Sozialverhalten gegenüber Gleichaltrigen, das Lehrer positiv bewerten (z.B. Sympathie zeigen,

Kooperation, Bedürfnisse anderer berücksichtigen), die Skala B erfasst mit 17 Items das Sozialverhalten gegenüber Gleichaltrigen, das Gleichaltrige positiv bewerten (z.B. Interaktion mit Peers, freiwillig Hilfe anbieten, Kompromisse schließen) und die Skala C misst durch 10 Items das Sozialverhalten, das für die Anpassung an die Anforderungen im Unterricht von den Lehrern positiv bewertet wird (z.B. Zuhören, freie Zeit angemessen nutzen). Die Skalenwerte der Subskalen werden durch das Aufsummieren der angekreuzten Werte (1 bis 5) der jeweiligen Items einer Subskala gebildet. Alle summierten Itemwerte bilden den Gesamtwert für die soziale Kompetenz und Schulanpassung. Ein hoher Wert entspricht dabei einer hohen Auftretenshäufigkeit von erwünschtem Sozialverhalten.

Bezüglich der Validität geben Walker und McConnell (1995a, 1995b) zahlreiche Untersuchungen an, die beispielsweise zeigen, dass die WMC mit anderen Maßen für soziale Kompetenz korreliert, und auch die Ergebnisse zur diskriminativen Validität sind vielversprechend. Bezüglich der Reliabilität berichten die Autoren ebenfalls von sehr guten internen Konsistenzen (Skala A: $\alpha = .97$; Skala B: $\alpha = .96$; Skala C: $\alpha = .95$; Gesamtskala: $\alpha = .96$), so dass von einem reliablen und validen Instrument ausgegangen werden kann. Da die Subskalen jedoch hoch interkorrelieren, wurde in der vorliegenden Untersuchung für die Auswertung nur die Gesamtskala berücksichtigt.

ESKV

Der Fragebogen zur Einschätzung sozial kompetenten Verhaltens (ESKV) ist ein Instrument, das von Ekert und Löffel-Aleker (1998) im Rahmen ihrer Diplomarbeit für den Einsatz in der Schule konstruiert und dem Fragebogenpaket der Lehrer in der vorliegenden Untersuchung beigelegt wurde. Im Gegensatz zur WMC werden im ESKV nicht nur positive, sondern auch negative Verhaltensweisen einbezogen. Dabei bewerten die Lehrer die Auftretenshäufigkeit der insgesamt 17 Verhaltensweisen wie in der WMC auf einer fünfstufigen Likertskala von 1 („tritt nie auf“) bis 5 („tritt häufig auf“). Es können bei der Auswertung drei Skalen gebildet werden. *Skala A* erfasst dabei mit fünf Items direktes inkompetentes Verhalten. Die Autorinnen verstehen darunter direkt auf einen Interaktionspartner oder ein Problem bezogenes Verhalten wie drohen, provozieren oder auch nonverbale Aggression. *Skala B* bildet mit acht Items kompetentes Sozialverhalten ab, z.B. verhandeln, angemessene Ablehnung oder Übernahme von Verantwortung. *Skala C* wiederum erfasst mit vier Items indirektes inkompetentes Verhalten, welches nicht direkt auf einen Interaktionspartner oder ein Problem bezogen ist. Beispiele hierfür sind das Aufgeben von Zielen oder das Nicht-Beziehen einer eigenen Stellung.

Für die Auswertung werden die Skalenwerte der Subskalen zunächst durch Aufsummieren der angekreuzten Werte der jeweiligen Items gebildet. Für *Skala A* und *C* können maximal 20 Punkte erreicht werden, für *Skala B* maximal 40 Punkte, als Gesamtwert maximal 80. Dabei entspricht eine hohe Punktzahl hoher sozialer Kompetenz, auch auf den Skalen, die negatives Verhalten erfassen. Dies wird erreicht, indem die Summen der angekreuzten Werte von *Skala A* und *C* jeweils von 20 subtrahiert werden. *Skala A* wird zusätzlich einer Gewichtung nach *Skala C* unterzogen, indem die summierten Itemwerte mit 0.8 multipliziert werden, bevor sie von 20 abgezogen werden. Der Wert für *Skala B* wird nur durch Aufsummieren der Itemwerte berechnet. Der Gesamtwert wird durch Summieren der Skalenwerte berechnet, so dass in der Gesamtwertung kompetentes und inkompetentes Verhalten gleich gewichtet wird. Die genauen Formeln zur Berechnung können bei Ekert und Löffel-Aleker (1998) nachgeschlagen werden.

Leider liegen bis zum jetzigen Zeitpunkt keine Untersuchungen zur Reliabilität und Validität des ESKV vor. Die relativ hohe Korrelation von $r = .76$ zwischen ESKV und WMC in der Untersuchung von Ekert und Löffel-Aleker (1998) deutet aber auf eine zumindest inhaltliche Validität hin.

In die Auswertung der vorliegenden Studie floss der Gesamtwert als ein Maß für soziale Kompetenz aus Sicht der Lehrer ein.

SDQ-Lehrer

In der vorliegenden Untersuchung wurde – nach Einverständnis der Eltern – den KlassenlehrerInnen der Kinder die deutsche Lehrerversion des Strengths and Difficulties Questionnaire von Goodman (1997) vorgelegt. Sie ist vergleichbar zur Elternversion aufgebaut und erfasst ebenfalls anhand von 25 Items Verhaltensauffälligkeiten und Stärken bei Kindern und Jugendlichen zwischen 4 und 16 Jahren auf einer dreistufigen Likertskala. Auch hier können fünf Unterskalen und ein Gesamtproblemwert gebildet werden, während die zweite Seite weitere Informationen erfasst. Im Unterschied zur Elternversion werden die LehrerInnen aber lediglich zu den Lebensbereichen „Freunde“ und „Unterricht“ befragt, während die Eltern zusätzlich noch um ihre Einschätzung zu Hause und in der Freizeit gebeten werden. Die Follow-up-Version ist entsprechend aufgebaut.

Becker et al. (2004) fanden in ihrer Untersuchung an einer klinischen Stichprobe bei der Lehrerversion des SDQ interne Konsistenzen von $\alpha = .83$ für den Gesamtproblemwert und Werte

zwischen $\alpha = .75-.83$ für die Unterskalen, was für eine ausreichende Reliabilität des Instruments spricht. Saile (2007) konnte diese Ergebnisse replizieren.

In der vorliegenden Untersuchung wurden analog zum Urteil der Eltern und Kinder die Gesamtproblemskala (Summenscore), die Skala prosoziales Verhalten (Summenscore), die Einschätzung zum Vorliegen von Schwierigkeiten (ein Item) und die direkte Bewertung der Intervention (ein Item) für die Auswertung herangezogen. Das zweite Item zur Bewertung der Intervention wurde bei den LehrerInnen nicht berücksichtigt, da diese keine direkten Informationen zum Training und dem teilnehmenden Kind erhielten, die sie als hilfreich hätten empfinden können. Entsprechend den Angaben auf der Homepage www.sdqinfo.com wurden auf der Gesamtproblemskala Werte zwischen 0 und 11 als normal, Werte zwischen 12 und 15 als grenzwertig und Werte zwischen 16 und 40 als auffällig interpretiert. Auf der Skala prosoziales Verhalten galt ein Wert zwischen 6 und 10 als unauffällig, der Wert 5 als grenzwertig. Werte zwischen 0 und 4 wurden als auffällig beurteilt.

Kinderfragebogen

FESUK

Der Fragebogen zur Erfassung sozialer Unsicherheit bei Kindern FESUK (Saile & Kison, 2002) erfasst anhand von 69 Items soziale Unsicherheit für jeweils drei Situationen (FESUK-A: Durchsetzen eigener berechtigter Ansprüche; FESUK-B: Kontaktaufnahme mit Gleichaltrigen; FESUK-C: Äußern eigener Meinung) auf der kognitiven (je 10 Items), der emotionalen (je sieben Items) und der behavioralen Ebene (je sechs Items). Zusätzlich werden über 12 weitere Items ängstliche Befürchtungen und physiologische Reaktionen im Hinblick auf angenommene negative Bewertung und Ablehnung erhoben (Skala soziale Angst). Die Beantwortung der Items erfolgt anhand einer vierstufigen Likert-Skala („trifft genau zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“). Saile und Kison (2002) berichten für die neun Unterskalen (drei Situationen x drei Reaktionsebenen) interne Konsistenzkoeffizienten von $\alpha = .55 - .87$. Fasst man die sozialen Situationen zusammen und betrachtet dann die drei Ebenen sozialer Unsicherheit, erhöhen sich die internen Konsistenzen auf $\alpha = .79 - .92$, durchweg als gut zu bezeichnen ist die interne Konsistenz jedoch erst dann, wenn man die Verarbeitungsebenen aggregiert und die Kennwerte für soziale Unsicherheit in den jeweiligen Situationen betrachtet ($\alpha = .84 - .87$). Die interne Konsistenz der Skala soziale Angst ist als gut zu bezeichnen ($\alpha = .88$).

In der vorliegenden Arbeit wurde den teilnehmenden Kindern der Klassenstufen vier bis sechs der FESUK in der jeweils geschlechtsspezifischen Variante ausgeteilt. Mit Hilfe des Fragebogens sollten auch Aussagen darüber möglich sein, ob und wie sich die Wirkweise des Trainings auf spezifischen Ebenen unterscheidet. Dazu wurden die Kennwerte für soziale Unsicherheit in den drei Situationen FESUK-A, -B und -C herangezogen, die durch Mittelwertbildung der jeweiligen Itemausprägungen gebildet wurden. Saile und Kison (2002) geben in ihrer Untersuchungsstichprobe für den FESUK-A einen Mittelwert von 1.88 und eine Standardabweichung von 0.46, für den FESUK-B einen Mittelwert von 1.91 und eine Standardabweichung von 0.47 und für den FESUK-C einen Mittelwert von 1.97 und eine Standardabweichung von 0.49 an.

SVF-KJ

Der Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche SVF-KJ (Hampel, F. Petermann & Dickow, 2001) ermöglicht die Erfassung der habituellen Stressverarbeitung bei 8- bis 13jährigen Kindern. Er ist eine Anpassung des Stressverarbeitungsfragebogens SVF von Janke und Erdmann (1997) an den Kinder- und Jugendbereich. Neun Subskalen erfassen in einer fiktiven sozialen und einer fiktiven schulischen Belastungssituation Aspekte der dispositionellen Stressverarbeitung. Dabei wird zwischen stressreduzierenden und stressvermehrenden Strategien unterschieden.

Als stressreduzierende (günstige) Strategien gelten Bagatellisierung, Ablenkung/ Erholung, Situationskontrolle, Positive Selbstinstruktionen und Soziales Unterstützungsbedürfnis. Als stressvermehrende (ungünstige) Strategien werden Passive Vermeidung, Gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation und Aggression erfasst. Die neun Subskalen lassen sich zu drei Sekundärskalen verdichten, die als Emotionsregulierende Bewältigung (Bagatellisierung und Ablenkung/ Erholung), Problemlösende Bewältigung (Situationskontrolle, positive Selbstinstruktion und soziales Unterstützungsbedürfnis) und Negative Stressverarbeitung (alle übrigen) interpretiert werden können. Die Stressverarbeitungstendenzen können situationspezifisch oder situationsübergreifend bestimmt werden.

Der Fragebogen besteht insgesamt aus 72 Items. Diese werden von den Kindern auf einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet (0 = auf keinen Fall, 4 = auf jeden Fall). Die Rohwerte werden entsprechend dem Manual über Summenscores und Mittelwerte gebildet.

Während die Reliabilität einzelner Subskalen zum Teil sehr gering ist (Götz, 2003), zeigt sich eine zufriedenstellende interne Konsistenz der situationsübergreifenden Kennwerte mit einer

Variationsbreite von $\alpha = .71$ bis $\alpha = .89$. Allerdings sind die Retest-Reliabilitäten nach sechs Wochen mit $r_{Re}=.66$ nicht als gut zu bewerten. Nach Hampel et al. (2001) liegen sie jedoch im Bereich anderer Reliabilitäten im Kindesalter, und die Autoren führen aus, dass erste Studien zur Änderungssensitivität gute Ergebnisse bringen. Insgesamt beurteilen Hampel, Dickow und F. Petermann (2002) den SVF-KJ als reliables und valides Messinstrument zur Diagnostik von dispositioneller Stressverarbeitung im Kindes- und Jugendalter.

Um mögliche Veränderungen in der Stressverarbeitung durch das Training nachweisen zu können, wurden in der vorliegenden Arbeit die T-Werte der situationsübergreifenden Subtestwerte emotionsregulierende Bewältigung (SVF-EMO), problemlösende Bewältigung (SVF-PRB) und negative Stressverarbeitung (SVF-NCO) herangezogen.

SDQ-Selbst

In der hier beschriebenen Untersuchung wurde den teilnehmenden Kindern die deutsche Selbstbericht-Version des SDQ vorgelegt. Wie bei den weiter oben beschriebenen Eltern- und Lehrerversionen werden auch hier anhand von 25 Items auf fünf Skalen Verhaltensauffälligkeiten und Stärken auf einer dreistufigen Likertskala erfasst. Die Selbstbericht-Version unterscheidet sich von der Eltern-/ Lehrerversion lediglich in der Formulierung der Instruktion (statt „Sie“ wird „Du“ verwendet) und dadurch, dass die einzelnen Items als „Ich-Sätze“ dargestellt werden (z.B. statt „Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt“ „Ich mache mir häufig Sorgen“). Auch bei der Version für die Kinder und Jugendlichen gibt es eine zweite Seite, die dieselben zusätzlichen Informationen erfasst, wie sie bereits bezüglich der Elternversion weiter oben beschrieben wurden. Die Follow-up-Version ist ebenfalls vergleichbar aufgebaut.

Goodman et al. (1998) berichten von zufrieden stellenden internen Konsistenzen von $\alpha = .82$ für den Gesamtproblemwert und $\alpha = .61 - .75$ für die Einzelskalen bei der von ihnen untersuchten Altersgruppe von Kindern zwischen 11 und 16 Jahren.

Mellor (2004) und Muris et al. (2004) ließen den Fragebogen in ihren Untersuchungen bereits von Kindern ab sieben bzw. acht Jahren ausfüllen. Mellor (2004) fand bei den älteren Kindern (11 Jahre und älter) interne Konsistenzen von $\alpha = .59 - .75$ für die Einzelskalen und $\alpha = .70$ für den Gesamtproblemwert. Bei den Kindern unter 11 Jahren lag die interne Konsistenz bei $\alpha = .72$ für den Gesamtproblemwert und zwischen $\alpha = .55 - .73$ in den Einzelskalen. Für die vorliegende Untersuchung von Nachteil ist, dass die Werte von $\alpha < .60$ in beiden Altersgruppen die Skala *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* betrifft. Auch bei Muris et al. (2004) liegt die interne

Konsistenz bei dieser Skala und der Skala *Verhaltensprobleme* im nicht zufriedenstellenden Bereich. Da Mellor (2004) aber ansonsten keine Unterschiede in der Retestreliaibilität zwischen beiden Altersgruppen fand, wurde der SDQ in der vorliegenden Studie soweit möglich auch den jüngeren Kindern vorgelegt. In die Auswertung gingen dann der Gesamtproblemwert (Summenscore), die Unterskala prosoziales Verhalten (Summenscore), die direkte Problemeinschätzung (ein Item) sowie die unmittelbare Bewertung der Intervention anhand von zwei Items ein. Für den Gesamtproblemwert wurden entsprechend den Angaben auf der Homepage www.sdqinfo.com Werte von 0-15 als klinisch unauffällig, Werte von 16-19 als grenzwertig und Werte von 20-40 als auffällig gewertet. Für die Skala prosoziales Verhalten gelten Werte von 6-10 als normal, Werte von 5 als grenzwertig und Werte von 0-4 als auffällig.

3.2.2 Beschreibung der verwendeten unstandardisierten Erhebungsinstrumente

Ergänzend zu den beschriebenen standardisierten und evaluierten Fragebogen wurden Eltern und Kindern zusätzlich folgende weitere Instrumente vorgelegt:

- Fragebogen zur Entwicklung bei Schulkindern;
- Verlaufsbeobachtung/ „Elternhausaufgabe“;
- „SoKo-Quiz“.

Unstandardisierte Erhebungsinstrumente für die Eltern

Fragebogen zur Entwicklung bei Schulkindern

Dieser an der Kinderambulanz der Hochschulambulanz des Psychologischen Instituts entwickelte neunseitige Anamnesebogen wird allen Familien vor dem Erstgespräch in der Hochschulambulanz zugesandt. Er erfasst neben den demographischen Daten des Kindes und seiner Familie 42 Items, die sich auf die allgemeine Entwicklung des Kindes, seine Eigenschaften, sein Freizeit- und Schulverhalten sowie die Entwicklung und Art der Schwierigkeiten beziehen, aufgrund derer das Kind zur Behandlung kommt. Für den Fragebogen liegt keine standardisierte Auswertung vor, er dient zunächst einer ersten Sammlung diagnostischer Informationen und bietet Anknüpfungspunkte für das Erstgespräch.

Für die vorliegende Arbeit wurden folgende Informationen aus dem Bogen extrahiert:

- Geschlecht des Kindes;
- Alter in Jahren und Monaten bei Kursbeginn;
- Sozioökonomischer Status (ermittelt über den Ausbildungsstand der Eltern);
- Anzahl der Geschwister;
- Dauer des Problemverhaltens.

Verlaufsbeobachtung/ „Elternhausaufgabe“

Im Vorgespräch wurden mit den Eltern vor dem Hintergrund des Problemverhaltens des Kindes und der Inhalte des Trainings zwei bis drei Problemverhaltensweisen und zwei bis drei erwünschte Verhaltensweisen ausgewählt. Diese sollten die Eltern wöchentlich beobachten und beurteilen. Dazu erhielten sie die sog. „Elternhausaufgabe“, die eine Anpassung und Erweiterung der Problemliste von Döpfner, Schürmann und Frölich (2007) darstellt. Beim Problemverhalten sollten die Eltern jeweils bezogen auf eine Woche beurteilen, wie häufig das Problem auftrat (0 = nie, 1 = einmal, 2 = 2-3 mal, 3 = täglich, 4 = mehrmals täglich, 5 = ständig) und wie belastend sie dies erlebten (0 = kein Problem, 9 = könnte nicht schlimmer sein). Zusätzlich wurde erhoben, wie schwierig/ problematisch die Eltern das Verhalten des Kindes insgesamt empfanden (0 = kein Problem, 9 = könnte nicht schlimmer sein). Bezogen auf das erwünschte Verhalten sollten die Eltern jeweils beurteilen, wie häufig dies auftrat (ebenfalls von 0 = nie bis 5 = ständig). Wöchentlich ergänzt wurden die vor Trainingsbeginn festgelegten erwünschten Verhaltensweisen noch jeweils um die persönliche Regel des Kindes aus der aktuellen Trainingsstunde.

Zur Erhebung der Ausgangsbedingungen (Baseline) sollten die Eltern den Verlaufsbogen vom Erstgespräch bis zum Kursbeginn ausfüllen (ein bis max. drei Wochen lang), dann während des Kurses wöchentlich (Erfassung der möglichen Veränderungen) und nach Ende des Kurses nochmals drei Wochen lang (kurzfristige Stabilität der Effekte).

In der vorliegenden Arbeit wurde die Verlaufsbeobachtung für die Beschreibung der Verlaufsanalysen im Einzelfall herangezogen. Eine personenübergreifende Analyse ist noch in Arbeit.

Unstandardisierte Erhebungsinstrumente für die Kinder

„SoKo-Quiz“

Zur Überprüfung der Stundeninhalte erhielten die Kinder am Ende der Gruppenstunden 1 bis 7 jeweils 4 bis 11 kurze Fragen (z.T. Mehrfachwahl- bzw. Mehrfachantwortaufgaben, z.T. freie Kurzantworten), mit deren Hilfe überprüft werden sollte, ob die Kinder die Inhalte der jeweiligen Trainingsstunde erlernt hatten. Zur Bildung der Rohwerte dieser „Stunden-Quiz“ wird für jedes Quiz die Anzahl richtig beantworteter Fragen aufsummiert. Zur Vergleichbarkeit der Quiz untereinander werden dann die Rohwerte so mit einem Faktor multipliziert, dass jedem Quiz dasselbe Gewicht zugesprochen werden kann.

Ergänzend zu den „Stunden-Quiz“ wurde vor der ersten Trainingsstunde und nach Sitzung acht mit jedem Kind in Interviewform das sog. „Kontrollquiz“ durchgeführt, bei dem die Kinder auf 10 offene Fragen frei antworten sollten. Neun Fragen beziehen sich dabei auf die Inhalte der einzelnen Trainingssitzungen und eine Frage darauf, wie die Kinder und wichtige Andere ihr Sozialverhalten auf einer Notenskala von eins bis sechs bewerten würden. Das „Kontrollquiz“ nach Trainingsstunde 8 enthält zusätzlich drei Fragen zur Bewertung des Trainings insgesamt.

Zur Bildung des Gesamtwertes wird zunächst für jede Frage, die sich auf die Inhalte des Trainings bezieht, ein Rohwert aus der Anzahl richtiger Nennungen gebildet. Die Rohwerte jeder Frage werden dann so mit einem Faktor multipliziert und aufsummiert, dass im Gesamtwert jeder Frage dasselbe Gewicht zukommt.

Die Quiz selbst sowie Hinweise zu deren Auswertung sind Anhang 8.4 zu entnehmen.

Als Indikator dafür, ob die Trainingsinhalte den Kindern auf der kognitiven Ebene vermittelt werden konnten, wurde für die vorliegende Arbeit für die sieben „Stunden-Quiz“ überprüft, wie viele Kinder 80 Prozent und mehr richtige Antworten gaben und bei wie vielen Kindern weniger als 50 Prozent richtig war. Die Differenz des Ergebnisses, das im Kontrollquiz vor und nach Teilnahme am Training erzielt wurde, diente als Indikator für den Wissenszuwachs.

3.3 Untersuchungsdesign

3.3.1 Überblick

Zur Überprüfung der Wirksamkeit des Trainings wurde für die hier beschriebene Untersuchung ein zweifaktorielles multivariates Untersuchungsdesign mit Messwiederholungen gewählt. Dabei nahmen die Kinder der Experimentalgruppe unmittelbar nach der ersten Datenerhebung am Training teil, die Kinder der Kontrollgruppen wurden parallel dazu untersucht, erhielten das Training aber erst nach der zweiten Datenerhebung, so dass es sich hier um eine Wartelistenkontrollgruppe handelt. Dieses Design erlaubt eine Absicherung potenzieller Veränderungen gegen zeitbezogene Veränderungen wie Reifung, Spontanremission oder statistische Regression (Kashdan & Herbert, 2001). Die fünf Messzeitpunkte lagen ein bis drei Wochen vor dem Training (t1), ein bis drei Wochen nach dem Training (t2), sechs bis acht Wochen nach dem Training (t3), sechs Monate nach dem Training (t4) sowie 12 Monate nach dem Training (t5). Abbildung 2 veranschaulicht das methodische Vorgehen.

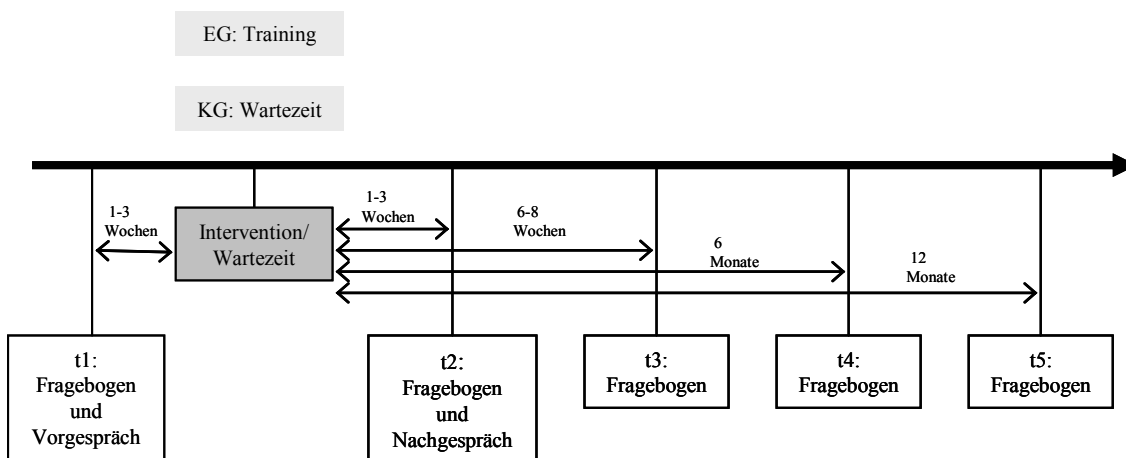


Abbildung 2: Untersuchungsdesign der vorliegenden Studie (t3 – t5 gelten nur für die EG)

3.3.2 Operationalisierung der unabhängigen Variablen

Als unabhängige Variablen wurden Gruppe und Messzeitpunkt erfasst. Dabei hat die Gruppenzugehörigkeit die zwei Ausprägungen Interventions- und Kontrollgruppe und ist somit nominalverteilt. Die Variable Messzeitpunkt ist fünffach gestuft (t1 bis t5), wobei Daten aus der Kontrollgruppe nur zu den zwei Messzeitpunkten t1 und t2 erhoben werden konnten, da die Kontrollgruppe dann aus ethischen Gründen ebenfalls das Training erhielt und so faktisch zur

Interventionsgruppe wurde. Um die statistische Power zu erhöhen, ergänzten diese Daten die Interventionsgruppe bei den Hypothesen, bei denen kein Vergleich mit der Wartekontrollgruppe erfolgte (Hypothesen 1, 4, 5, 6 und 7).

3.3.3 Operationalisierung der abhängigen Variablen

Es wurden die abhängigen Variablen *Problemverhalten* sowie *prosoziales Verhalten* erfasst. Darüber hinaus wurden außerdem *soziale Unsicherheit* und *Stressverarbeitung* berücksichtigt.

Die Variable *Problemverhalten* wurde in der vorliegenden Untersuchung bei den Eltern über den Gesamtproblemwert des SDQ-Eltern sowie die beiden Werte des ECBI erfasst, bei den Lehrern über den Gesamtproblemwert des SDQ-Lehrer und bei den Kindern über den Gesamtproblemwert des SDQ-Selbst. Bei der Variablen *prosoziales Verhalten* wurde von den Eltern die Skala prosoziales Verhalten des SDQ-Eltern berücksichtigt, bei den Lehrern neben der Unterskala prosoziales Verhalten des SDQ-Lehrer auch die Gesamtwerte aus WMC und ESKV und bei den Kindern die Unterskala prosoziales Verhalten des SDQ-Selbst.

Für die Variable *soziale Unsicherheit* wurden die drei Gesamtkennwerte aus den Situationen A, B und C des FESUK berücksichtigt. Hinsichtlich der *Stressverarbeitung* wurden die situationsübergreifenden Subtestwerte emotionsregulierende Bewältigung, problemlösende Bewältigung und negative Stressverarbeitung des SVF-KJ untersucht. Tabelle 6 fasst die Zuordnung der Fragebogenskalen zu den abhängigen Variablen nochmals zusammen.

Tabelle 6: Zuordnung der Fragebogenskalen zu den abhängigen Variablen in Abhängigkeit der Beurteiler

Abhängige Variable	Urteiler	Fragebogenskala
Problemverhalten	Eltern	SDQ-Gesamt ECBI-Problemhäufigkeit ECBI-Problembelastung
	Lehrer	SDQ-Gesamt
	Kinder	SDQ-Gesamt
Prosoziales Verhalten	Eltern	SDQ-Prosozial
	Lehrer	SDQ-Prosozial WMC-Gesamt ESKV-Gesamt
	Kinder	SDQ-Prosozial
Soziale Unsicherheit	Kinder	FESUK-A FESUK-B FESUK-C
Stressverarbeitung	Kinder	SVF-EMO SVF-PRB SVF-NCO

3.3.4 Kontrollvariablen

Als Kontrollvariablen wurden neben *Alter* und *Geschlecht* der Kinder noch der *sozioökonomische Status* und die *Geschwisterzahl* herangezogen. Außerdem wurde die *Art des Problemverhaltens* und dessen *Dauer* erfasst.

Dabei wurden *Alter* (zweistufig: 6 bis 8 Jahre bzw. 9 bis 12 Jahre), *Geschlecht* (zweistufig: männlich bzw. weiblich) und *Geschwisterzahl* (vierstufig: keine, eins, zwei, drei und mehr) direkt aus dem Fragebogen zur Entwicklung bei Schulkindern entnommen. Der *sozioökonomische Status* wurde über den höchsten bei den Eltern vorliegenden Bildungsgrad abgeleitet (vierstufig: keine Berufsausbildung, Berufsausbildung, Abitur/ Fachhochschulreife, Hochschulstudium), der ebenfalls im Anamnesebogen erfasst wurde. Bei der *Dauer des Problemverhaltens* wurde geprüft und beurteilt, wie lange die Eltern den Umgang mit dem Kind als unproblematisch erlebten (vierstufig: immer und meistens gut, von der Anmeldung bis zum Alter von 3 Jahren immer und meistens gut, von der Anmeldung bis zur Grundschule immer und meistens gut, nie gut/ immer schwierig), wozu sie ebenfalls im Anamnesebogen Angaben gemacht hatten.

Bei der *Art des Problemverhaltens* wurde auf die drei Bögen des DISYPS zurückgegriffen und die Ausprägungen hinsichtlich hyperkinetischer Störungen, Störungen des Sozialverhaltens und Angststörungen erfasst.

3.3.5 Weitere Variablen

Im Zuge feinerer Analysen wurde ferner ausgewertet, wie gut die Kinder die Trainingsinhalte kognitiv erfassten („SoKo-Quiz“) und wie die Trainingsfortschritte insgesamt von Eltern, Lehrern und Kindern eingeschätzt wurden (Seite zwei des SDQ). Bei den Einzelfallanalysen wurde auch beschrieben, wie sich das im Erstgespräch erarbeitete Problem- und Zielverhalten über die Zeit veränderte (Verlaufsbeobachtung/ „Elternhausaufgabe“).

3.3.6 Zuordnung der abhängigen Variablen zu den Hypothesen

Tabelle 7 gibt einen Überblick über die inhaltlichen Hypothesen und deren Operationalisierung mit Hilfe der abhängigen Variablen.

Tabelle 7: Zuordnung der abhängigen Variablen zu den untersuchten Hypothesen

Hypothese	Abhängige Variablen
Hypothese 1: Die Kinder verbessern sich durch das Training in den Effektivitätsparametern.	<p>Das Problemverhalten ist nach dem Training geringer: Elternurteil: SDQ-Gesamt, ECBI-Problemhäufigkeit, ECBI-Problembelastung nehmen ab Lehrerurteil: SDQ-Gesamt nimmt ab Selbsturteil: SDQ-Gesamt nimmt ab</p> <p>Das prosoziale Verhalten ist nach dem Training stärker: Elternurteil: SDQ-Prosozial nimmt zu Lehrerurteil: SDQ-Prosozial, WMC-Gesamt und ESKV-Gesamt nehmen zu Selbsturteil: SDQ-Prosozial nimmt zu</p> <p>Soziale Unsicherheit nimmt ab: Selbsturteil: FESUK-A, FESUK-B, FESUK-C nehmen ab</p> <p>Stressverarbeitung verbessert sich: Selbsturteil: SVF-EMO und SVF-PRB nehmen zu, SVF-NCO nimmt ab</p>
Hypothese 2: In der Wartekontrollgruppe zeigen sich im Untersuchungszeitraum keine Veränderungen.	Die o.a. Werte der abhängigen Variablen verändern sich in der Kontrollgruppe nicht.
Hypothese 3: Die Verbesserungen in der Experimentalgruppe sind trainingspezifisch.	Experimental- und Kontrollgruppe unterscheiden sich zum zweiten Erhebungszeitpunkt anhand ausgewählter o.a. Werte.
Hypothese 4: Die Trainingseffekte sind stabil.	Die Abnahme des Problemverhaltens und die Zunahme des erwünschten Verhaltens aus den o.a. abhängigen Variablen bleiben in der Gesamtgruppe nach dem Training erhalten, d.h. das Problemverhalten nimmt nicht wieder zu und das erwünschte Verhalten nimmt nicht wieder ab.
Hypothese 5: Es gibt keine Alters- und Geschlechtseffekte.	Die Bildung geschlechts- und altersspezifischer Untergruppen führt nicht zu unterschiedlichen Ergebnissen in den o.a. abhängigen Variablen.
Hypothese 6: Es gibt Unterschiede abhängig von den Effektbeurteilern.	Gemessene Werte und Veränderungen bei den o.a. abhängigen Variablen unterscheiden sich im Eltern-, Lehrer- und Selbsturteil.
Hypothese 7: Der Einfluss von Moderatorvariablen auf Effekte ist nachweisbar.	Bsp.: Kinder mit hohen Ausgangswerten im SSV-HKS profitieren stärker vom Training (größere Veränderungen in den o.a. abhängigen Variablen), als Kinder mit niedrigen Ausgangswerten.

3.4 Zeitplan und Prozedere der Datenerhebung

3.4.1 Überblick über den zeitlichen Ablauf

Tabelle 8 zeigt den zeitlichen Ablauf der Gesamtstudie.

Tabelle 8: Zeitlicher Ablauf der Gesamtstudie

Zeitraum	Inhalt
Juni bis September 2004	Standardisierung des bis dahin entwickelten Trainingsprogramms, Zusammenstellung der Erhebungsinstrumente
Ab August 2004 fortlaufend	Aquise der Stichprobe
Oktober 2004	Erstuntersuchung der ersten Trainingsgruppen
Oktober bis Dezember 2004, danach fortlaufend	Training in den ersten Interventionsgruppen, danach Trainingsgruppen alle drei bis sechs Monate
Dezember 2004	Nachuntersuchung (t2) der ersten Trainingsgruppen
Ab Januar 2005 fortlaufend	Ausbildung und Schulung neuer TrainerInnen
Dezember 2005	Abschlussuntersuchung (t5) der ersten Trainingsgruppen
Oktober bis Dezember 2006	Training in der letzten Interventionsgruppe
Januar bis März 2007	Training in den Kontrollgruppen
Ab April 2007 fortlaufend	Fragebogenauswertung und Dateneingabe
Dezember 2007	Abschlussuntersuchung (t5) der letzten Interventionsgruppe
2008	Inferenzstatistische Auswertung

In Tabelle 9 sind die 11 Untersuchungsgruppen näher beschrieben.

Tabelle 9: Beschreibung der einzelnen Untersuchungsgruppen und zeitlicher Ablauf

Code	Geschlecht und Ausbildungsstand der TrainerInnen	Alter der Kinder in Jahren	Gruppengröße	Erste Untersuchung (t1)	t2	t3	t4	t5
1004a	Zwei Diplompsychologinnen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin	9-11 J.	6	Okt. 04	Dez. 04	Feb. 05	Juni 05	Dez. 05
1004b	Zwei Diplompsychologinnen, eine in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin	7-8 J.	3	Okt. 04	Dez. 04	Feb. 05	Juni 05	Dez. 05
0405a	Zwei Diplompsychologinnen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin	8-12 J.	5	Apr. 05	Juni 05	Sept. 05	Jan. 06	Juni 06
0405b	Zwei Diplompsychologinnen, eine in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin	7-9 J.	4	Apr. 05	Juni 05	Sept. 05	Jan. 06	Juni 06
1005	Zwei Diplompsychologinnen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin	10-11 J.	4	Okt. 05	Jan. 06	Feb. 06	Juni 06	Dez. 06
0306	Eine Diplompsychologin in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin, eine Studentin im Hauptstudium	6-8 J.	5	März 06	Mai 06	Juli 06	Nov. 06	Mai 07
1006	Zwei Diplompsychologinnen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin	9-12 J.	5	Okt. 06	Dez. 06	Feb. 07	Juni 07	Dez. 07
1006KG1	Zwei Diplompsychologinnen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin	9-12 J.	4	Okt. 06	Jan. 07	-	-	-
1006KG2	Eine Diplompsychologin in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin, eine Psychotherapeutin	8 J.	5	Okt. 06	Jan. 07	-	-	-
1006KG3	Ein Diplompsychologe in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten, eine Studentin im Hauptstudium	9-12 J.	4	Okt. 06	Jan. 07	-	-	-
1006KG4	Kinder der Kontrollgruppe, die nach der ersten Untersuchung nicht am Training teilnahmen	6-9 J.	5	Okt. 06	-	-	-	-

3.4.2 Probandenrekrutierung und Datenerhebung

Die Trainingskurse fanden am Psychologischen Institut der Universität Tübingen statt. Dazu wurden Informationsblätter an die Kinderärzte der Region, die Kinder- und Jugendpsychiater in Tübingen und die Kooperationspartner der psychotherapeutischen Hochschulambulanz (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendamt, Beratungsstelle für Hochbegabung) geschickt. Weiterhin finden sich Informationen zum Trainingsangebot auf der Homepage des Psychologischen Instituts (www.uni-tuebingen.de/psychologie/abtkpps/soko-kinder/), auf der es auch die Möglichkeit gibt, das Informationsblatt herunterzuladen.

Mit den interessierten Familien fand jeweils ein 90minütiges Vorgespräch statt, bei dem zuerst mit der Familie gemeinsam gesprochen wurde, bevor dann Eltern und Kind getrennt Fragebogen ausfüllten; anschließend wurden Informationen zum Training gegeben, sowie Ziele und Probleme des Kindes erhoben.

Die Kinder der Wartekontrollgruppe wurden im Abstand von 12 Wochen parallel zum Training in einer Interventionsgruppe befragt. Sie erhielten im Anschluss an die beiden Erhebungszeitpunkte ebenfalls das Training.

An der Studie nahmen 50 Kinder teil, wovon 15 Kinder zufällig der Wartekontrollgruppe zugeteilt wurden. Die Interventionsgruppen der Experimentalgruppe bestanden aus drei bis sechs Kindern und wurden immer von zwei TrainerInnen angeleitet. Wenigstens ein Trainer/ eine Trainerin der Trainerpaare befand sich nach abgeschlossenem Hochschulstudium in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten/ zur Psychologischen Psychotherapeutin, die Rolle des Co-Trainers/ der Co-Trainerin wurde in einer Interventions- und einer Kontrollgruppe von einer gut eingearbeiteten Studentin im Hauptstudium übernommen.

Die Nacherhebungen fanden unmittelbar nach Trainingsende (t2) sowie 2, 6 und 12 Monate nach Abschluss des Trainings statt (t3, t4 und t5).

3.5 Beschreibung der Stichprobe

3.5.1 Datenzugang und Dropout

Zum ersten Messzeitpunkt fanden zusätzlich zur Datenerhebung über die Fragebogen mit 53 Familien Vorgespräche statt, in denen das Training vorgestellt wurde. Darüber hinaus dienten diese Gespräche der Abklärung, ob die Intervention für das jeweilige Kind indiziert war. So sollten Kinder, die keinerlei Probleme im Umgang mit anderen hatten und solche, die nicht gruppenfähig waren, zunächst ausgeschlossen und ggf. anderweitig versorgt werden können. Im Anschluss an die Gespräche konnten die Eltern ihr Kind dann verbindlich anmelden. Von den 53 Kindern schieden drei aus, weil sich die Eltern nach dem Vorgespräch nicht mehr meldeten. 15 Kinder wurden der Wartekontrollgruppe zugeordnet, wobei die Zuteilung innerhalb der Altersgruppen zufällig erfolgte. 35 Kinder nahmen unmittelbar nach dem Vorgespräch das Training auf (Experimentalgruppe), wobei ein Kind aufgrund fehlender Voraussetzungen (es besuchte keine Regelschule) aus der Auswertungsstichprobe ausgeschlossen werden musste.

Die Datenerhebung endete im Dezember 2007. Den Rücklauf der ausgeteilten Fragebogen veranschaulicht Tabelle 10. Dabei bedeuten die Zahlen in jeder Zelle, dass zumindest ein Teil der Fragebogen von dieser Anzahl der Kinder/ Familien zurückgeschickt wurde.

Tabelle 10: Rücklauf der ausgeteilten Fragebogen in den Untersuchungsgruppen

Gruppe	t1		t2		t3		t4		t5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
EG	34	100	27	79	18	53	16	47	13	38
KG	15	100	10	67	-	-	-	-	-	-
Gesamt	49	100	37	76	-	-	-	-	-	-

Anmerkungen:
t1-t5 = Messzeitpunkt, N = Stichprobengröße; % = prozentualer Anteil der Rückläufe im Vergleich zu t1; EG = Experimentalgruppe, KG = Kontrollgruppe

Die Rücklaufquoten in der Experimentalgruppe von t1 nach t2 und in der Kontrollgruppe von t1 nach t2 unterschieden sich nicht (Fishers exakter Test, $p = .471$). Mögliche Gründe für die insgesamt recht hohe Dropout-Rate in der Experimentalgruppe werden im Diskussionsteil noch erörtert. In der Kontrollgruppe ist das Ausscheiden von fünf Kindern von t1 nach t2 damit zu erklären, dass bei zwei Kindern bis zum zweiten Erhebungszeitpunkt kein Bedarf am Training und somit an der Datenerhebung bestand, ein Kind zu viele andere Termine hatte, bei einem Kind der

Kinderarzt vom Training inzwischen abgeraten hatte und eine Familie die Teilnahme ihres Kindes aus privaten Gründen auf einen Kurs verschob, dessen Daten nicht mehr in die vorliegende Untersuchung einbezogen werden konnten.

3.5.2 Soziodemographische Angaben

Die Gesamtstichprobe umfasste 49 Kinder (42 Jungen, 7 Mädchen) im Alter zwischen 6 und 12 Jahren ($M = 9.54$; $SD = 1.59$). In 24 Familien hatte mindestens ein Elternteil einen Hochschulabschluss (49%), in 14 Familien war der höchste Bildungsabschluss Abitur bzw. Fachhochschulreife (28.6%), in 8 Familien eine Berufsausbildung (16.3%) und in einer Familie gab es keine Berufsausbildung (2%). Aus 2 Familien (4.1%) fehlten Angaben dazu.

8 Kinder der Gesamtstichprobe hatten keine Geschwister (16.3%), 21 Kinder ein Geschwister (42.9%), 12 Kinder zwei Geschwister (24.5%) und 8 Kinder drei und mehr Geschwister (16.3%).

20 Elternteile berichteten, dass sie mit ihren Kindern bisher immer und meistens gut zurecht gekommen seien (40.8%), 15 Elternteile gaben nur anfängliche Schwierigkeiten bis zum dritten Lebensjahr an (30.6%), 10 Eltern beurteilten die Zeit bis zur Grundschule als schwierig (20.4%) und eine Familie gab andauernde Probleme an (2%). Aus 3 Familien gab es hierzu keine Angaben (6.1%).

3.5.3 Vorkommen von Schwierigkeiten

Nach Schwierigkeiten in den Bereichen Stimmung, Konzentration, Verhalten und Umgang mit anderen befragt (SDQ, Seite 2, einzelnes Item), gaben von den befragten Eltern 14 an, dass ihr Kind massive Schwierigkeiten habe (28.6%), 24 Eltern berichten von deutlichen Schwierigkeiten (49%), 6 Eltern von leichten Schwierigkeiten (12.2%) und ein Elternpaar von keinen Schwierigkeiten (2%). Von 4 Eltern (8.2%) fehlen Angaben.

Bei den Lehrer berichten 13 von massiven Schwierigkeiten (26.5%), 19 von deutlichen Schwierigkeiten (38.8%) und 2 Lehrer von leichten Schwierigkeiten (4.1%). 15 Angaben (30.6%) fehlen.

Im Selbsturteil geben 2 Kinder massive Schwierigkeiten an (4.1%), 4 Kinder benennen deutliche Schwierigkeiten (8.2%), 23 Kinder leichte Schwierigkeiten (46.9%) und 8 Kinder keine Schwierigkeiten (16.3%). 12 Angaben fehlen (24.5%).

3.6 Dropout-Analysen

Um zu überprüfen, ob sich die Kinder, für die unvollständige Datensätze vorliegen, von den Kindern unterscheiden, deren Datensätze vollständig sind, wurden Dropout-Analysen berechnet.

Für die **Überprüfung der kurzfristigen Trainingseffekte** wurden dazu zunächst die Daten der verbleibenden Kinder (V) und die Daten der Dropout-Kinder (DO) der Gesamtstichprobe zum Zeitpunkt t2 anhand unabhängiger Mittelwertsvergleiche in Bezug auf die abhängigen Variablen zum Zeitpunkt t1 analysiert. Wie Tabelle 11 zeigt, unterscheiden sich lediglich die Selbsturteile der Kinder in Bezug auf das Problemverhalten voneinander: Die Kinder der Gesamtstichprobe, bei denen zum zweiten Messzeitpunkt keine Daten vorliegen, schätzen ihr Problemverhalten zum ersten Erhebungszeitpunkt stärker ein, als die Kinder, die in der Stichprobe verbleiben. Eingehendere Analysen hinsichtlich der bereits beschriebenen soziodemographischen Variablen zeigen lediglich Unterschiede bei der Alterszusammensetzung der Stichprobe in Bezug auf die Variablen soziale Unsicherheit und Stressverarbeitung. Dies hängt damit zusammen, dass der FESUK erst ab Klasse 4 und der SVF-KJ erst ab 8 Jahren eingesetzt werden können. Weitere Unterschiede zwischen den Gruppen (verbleibende Kinder – Dropout-Kinder) wurden nicht gefunden.

Tabelle 11: Vergleich der Kinder, die über die ersten zwei Messzeitpunkte hinweg in der Stichprobe verblieben (V) mit den Dropout-Kindern (DO)

Variablen	Beurteiler	Gruppe	M (SD)	t	df	p
Problemverhalten						
ECBI Problemhäufigkeit Prä	Eltern	V (N = 28)	128.54 (25.262)	1.905	43	.063
		DO (N = 17)	112.00 (32.621)			
ECBI Problembelastung Prä		V (N = 28)	13.04 (6.040)	-0.442	43	.660
		DO (N = 17)	13.94 (7.587)			
SDQ Gesamt Prä		V (N = 30)	19.53 (5.198)	1.589	44	.119
		DO (N = 16)	16.59 (7.246)			
SDQ Gesamt Prä	Lehrer	V (N = 20)	17.45 (6.151)	-1.541	32	.133
		DO (N = 14)	20.50 (4.911)			
SDQ Gesamt Prä	Schüler	V (N = 27)	12.00 (5.211)	-2.241	39	.031*
		DO (N = 14)	15.57 (3.995)			
Prosoziales Verhalten						
SDQ Prosozial Prä	Eltern	V (N = 30)	6.47 (1.717)	-0.851	44	.399
		DO (N = 16)	6.94 (1.914)			
ESKV Gesamt Prä	Lehrer	V (N = 20)	38.20 (8.258)	0.863	32	.395
		DO (N = 14)	35.82 (7.304)			
WMC Gesamt Prä		V (N = 20)	115.30 (20.196)	0.823	32	.417
		DO (N = 14)	109.35 (21.467)			
SDQ Prosozial Prä		V (N = 20)	4.05 (2.724)	-0.104	32	.918
		DO (N = 14)	4.14 (2.316)			
SDQ Prosozial Prä	Schüler	V (N = 27)	7.04 (2.157)	1.585	39	.121
		DO (N = 14)	5.93 (2.056)			
Soziale Unsicherheit						
FESUK Situation A Prä	Schüler	V (N = 15)	1.55 (.412)	-0.586	23	.564
		DO (N = 10)	1.66 (.543)			
FESUK Situation B Prä		V (N = 14)	1.54 (.423)	-1.411	22	.172
		DO (N = 10)	1.78 (.349)			
FESUK Situation C Prä		V (N = 16)	1.78 (.474)	-0.132	21	.896
		DO (N = 7)	1.81 (.618)			
Stressverarbeitung						
SVF-EMO Prä	Schüler	V (N = 20)	50.05 (14.887)	0.623	30	.538
		DO (N = 12)	46.83 (12.727)			
SVF-PRB Prä		V (N = 20)	49.20 (12.267)	0.663	30	.512
		DO (N = 12)	46.25 (12.024)			
SVF-NCO Prä		V (N = 20)	48.15 (10.669)	-1.196	30	.241
		DO (N = 12)	53.08 (12.310)			
<p>Anmerkung: V = Kinder mit vollständigen Daten bezogen auf die analysierte abhängige Variable; DO = Dropout-Kinder auf dieser Variablen; N = Personenanzahl; p = Signifikanz; * = p < .05; N unterscheidet sich zwischen den abhängigen Variablen, da Personen Fragebogen aufgrund fehlender Voraussetzungen (z.B. Alter) z.T. auch zum ersten Messzeitpunkt nicht ausgefüllt haben</p>						

Für die **Überprüfung langfristiger Trainingseffekte** wurden die Daten der verbleibenden Kinder (V) und die Daten der Dropout-Kinder (DO) aus der Gesamtgruppe zu den übrigen Follow-up-Messzeitpunkten (t3 bis t5) anhand unabhängiger Mittelwertsvergleiche in Bezug auf die abhängigen Variablen zum Zeitpunkt t1 (Prä-Messung) analysiert. Hier findet sich lediglich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Problemhäufigkeit aus Sicht der Eltern zum Zeitpunkt t5. Die ein Jahr nach Trainingsteilnahme verbleibenden Kinder wiesen zum ersten Erhebungszeitpunkt aus Sicht der Eltern mehr Probleme auf als die Dropout-Kinder. Tabelle 12 gibt dieses signifikante

Ergebnis wieder. Die komplette Darstellung der Mittelwertsvergleiche von t3 bis t5 findet sich in Anhang 8.5.

Tabelle 12: Darstellung des signifikanten Mittelwertsunterschiedes zwischen Kindern der Gesamtgruppe, die zum Messzeitpunkt t5 in der Stichprobe verblieben (V) und den Dropout-Kindern (DO)

Variable	Beurteiler	Gruppe	M (SD)	t	df	p
Problemverhalten						
ECBI Problemhäufigkeit Prä	Eltern	V _{t5} (N = 12)	139.17 (27.296)	2.484	43	.017*
		DO _{t5} (N = 33)	116.15 (27.552)			
<i>Anmerkung:</i> V = Kinder mit vollständigen Daten bezogen auf die analysierte abhängige Variable; DO = Dropout-Kinder auf dieser Variablen; t5: Erhebungszeitpunkt; N = Personenanzahl; p = Signifikanz; * = p < .05, ** = p < .01						

Analysen hinsichtlich der soziodemographischen Variablen zeigen, dass mögliche Aussagen zu längerfristigen Veränderungen hinsichtlich sozialer Unsicherheit nur für die Kinder der älteren Altersgruppe (9-12 Jahre) gelten können. Zum Zeitpunkt t3 gibt es Unterschiede bezüglich der Alterszusammensetzung auf den Variablen FESUK A, B und C zwischen den Kindern der Gesamtgruppe, für die Daten vorliegen, und denen, für die Daten fehlen: unter den verbleibenden Kindern finden sich mehr ältere Kinder (Fishers exakter Test für FESUK A: p = .008, für FESUK B: p = .008 und FESUK C: p = .008). Dasselbe Ergebnis findet sich zum Messzeitpunkt t4 ebenfalls für FESUK B und FESUK C (Fishers exakter Test jeweils p = .038) und zum Messzeitpunkt t5 wieder für alle drei Untertests des FESUK (Fishers exakter Test für FESUK A: p = .018, für FESUK B und FESUK C jeweils p = .020).

Hinsichtlich des Lehrerurteils ist bei den Daten ein Jahr nach Trainingsende (t5) zu beachten, dass sich hier die Alterszusammensetzung zu Lasten der älteren Kinder verändert. In allen vier abhängigen Variablen sind mehr ältere als jüngere Kinder ausgeschieden (Fishers exakter Test für WMC, ESKV, SDQ-Gesamt und SDQ Prosozial jeweils p = .020).

Auf den anderen soziodemographischen Variablen zeigen sich keine weiteren signifikanten Unterschiede zwischen den verbleibenden und den Dropout-Kindern der Gesamtgruppe zu den Follow-up-Messungen.

3.7 Auswertung

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe von SPSS für Windows Version 15.0.

Dabei kamen t-Tests und uni- bzw. multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung zum Einsatz. Für nominal oder ordinal skalierte Variablen wurden nonparametrische Verfahren (χ^2 -Tests) herangezogen. Bei der strittigen Zuordnung von Skalen wie dem SDQ zum Ordinal- bzw. Intervallskalenniveau (Zöfel, 2003) wurde in Anlehnung an vergleichbare Studien (z.B. Lösel & Bliesener, 2003; Spröder, 2006) nach Intervallskalenniveau ausgewertet.

Für die Überprüfung der Auswertungsvariablen auf Normalverteilung wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test herangezogen (vgl. Anhang 8.6). Bei signifikanten Abweichungen von der Normalverteilung sollte auf nonparametrische Verfahren ausgewichen werden, ebenso, wenn die Stichproben zu klein wurden. Um die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen zu gewährleisten, wurde außerdem der Sphericity-Test angewendet. Bei Abweichungen wurden die Freiheitsgrade der Messwiederholungsvariablen nach Greenhouse & Geisser (1959) korrigiert.

Alle Hypothesen wurden zunächst auf dem konventionellen Fehlerniveau von $\alpha = .05$ getestet. Bei Hypothese 3 wurden zusätzlich auch Werte auf einem Fehlerniveau von $\alpha = .10$ berücksichtigt, um auf Tendenzen hinzuweisen. Um eine mögliche Fehlerkumulation zu kontrollieren, wurden in Abhängigkeit der Anzahl der durchgeführten Testverfahren Bonferroni Alpha-Adjustierungen vorgenommen (vgl. Bortz, 1993).

Die Beurteilung der Effektstärken erfolgte anhand des von Cohen (1992) vorgeschlagenen Einteilungsschemas. Er spricht bei Mittelwertsvergleichen unabhängiger Stichproben von schwachen Effekten bei $\varepsilon = 0.20$, mittleren Effekten bei $\varepsilon = 0.50$ und starken Effekten bei $\varepsilon = 0.80$. Bezogen auf univariate Varianzanalysen werden Ergebnisse mit $\varepsilon = 0.10$ als schwach, $\varepsilon = 0.25$ als mittel und $\varepsilon = 0.40$ als hoch interpretiert

Bei der Skalenbildung wurden fehlende Rohwerte nach Maßgabe der jeweiligen Autoren behandelt. Lagen mehr als 25 Prozent Missingwerte vor, wurde das Kind lediglich aus der entsprechenden Analyse, jedoch nicht insgesamt ausgeschlossen. So – und durch die zum Teil unterschiedlichen Rücklaufquoten der Fragebogen – kommt es in den einzelnen Analysen zu unterschiedlichen Fallzahlen.

Die jeweiligen statistischen Prüfverfahren, die einbezogenen Variablen, Fehlerniveaus und Effektstärken werden im Ergebnisteil genannt.

Die Hypothesen zur kurzfristigen Wirksamkeit der Intervention im Hinblick auf eine Reduktion des Problemverhaltens und eine Zunahme von prosozialem Verhalten wurden im Bezug auf die Ausgangslage (t1) und im Vergleich zur Kontrollgruppe überprüft.

Die Hypothesen zur längerfristigen Wirksamkeit des Trainings wurden anhand multivariater Varianzanalysen mit Messwiederholung mit allen Kindern, die am Training teilnahmen, überprüft.

In einem weiteren Schritt wurden mögliche Einflussfaktoren (Alter, Geschlecht, Beurteiler, Art des Problemverhaltens) auf die abhängigen Variablen und deren Veränderungen untersucht.

4 Ergebnisse

4.1 Überprüfung der Randomisierung

Um die Vergleichbarkeit von Experimental- und Kontrollgruppe zu gewährleisten, wurden die soziodemographischen Daten der Gruppen überprüft. Zusätzlich zur deskriptiven Auswertung der Daten (siehe Tabelle 13) wurde der χ^2 -Test bzw. Fishers exakter Test durchgeführt, um mögliche Unterschiede zwischen den Gruppen auf ihre Signifikanz hin zu prüfen. Dabei zeigte sich, dass sich Experimental- und Kontrollgruppe in keiner der als relevant erachteten Variablen signifikant voneinander unterscheiden.

Tabelle 13: Vergleich von Experimental- und Kontrollgruppe bezüglich soziodemographischer Variablen

Variablen	Gruppe	EG N = 34	KG N = 15	χ^2	p
Geschlecht	männlich	29 (85.3 %)	13 (86.7 %)	-	Fisher: 1.000
	weiblich	5 (14.7 %)	2 (13.3 %)		
Alter	6-8 Jahre	14 (41.2 %)	4 (26.7 %)	0.943	.332
	9-12 Jahre	20 (58.8 %)	11 (73.3 %)		
Sozioökonomischer Status (höchster Ausbildungsstand der Eltern)	Keine Ausbildung	0 (0 %)	1 (6.7 %)	3.636 ^a	.304
	Ausbildung	7 (20.6 %)	1 (6.7 %)		
	Abitur/ Fachhochschulreife	9 (26.5 %)	5 (33.3 %)	-	.697
	Hochschulstudium	16 (47.1 %)	8 (53.3 %)		
	Missings	2 (5.9 %)			
Geschwisterzahl	Keine	5 (14.7 %)	3 (20 %)	0.576 ^a	.902
	1	15 (44.1 %)	6 (40 %)		
	2	9 (26.5 %)	3 (20 %)		
	>=3	5 (14.7 %)	3 (20 %)		
Art des Problemverhaltens ^b	V.a. HKS Nein/ Ja/ Missings	17/ 7/ 10	7/ 4/ 4	-	.709
	V.a. SSV Nein/ Ja/ Missings	23/ 0/ 11	11/ 0/ 4		
	V.a. Angst Nein/ Ja/ Missings	22/ 1/ 11	11/ 0/ 4	-	1.000
Dauer des Problemverhaltens	Immer und meistens problemlos	12 (35.3 %)	8 (53.3 %)	2.074 ^a	.557 Fisher: 1.000
	Bis 3 Jahre immer und meistens problemlos	12 (35.3 %)	3 (20 %)		
	Bis zur Grundschule immer und meistens problemlos	7 (20.6 %)	3 (20 %)		
	Nie gut/ immer problematisch	1 (2.9 %)	0 (0 %)		
	Missings	2 (5.9 %)	1 (6.7 %)		

^a Ein Teil der Zellen hat eine erwartete Häufigkeit von < 5. Da deshalb die Voraussetzung für χ^2 -Berechnungen nicht gegeben und Fishers exakter Test bei > 2 Klassen nicht anwendbar ist, wurden je zwei Klassen zusammengefasst und dann Berechnungen nach Fishers exaktem Test durchgeführt.

^b Hierbei wurden jeweils die Werte Schweregrad der Gesamtskalen FBB-HKS, FBB-SSV und FBB-ANG herangezogen und zu je zwei Klassen (0-1.4=Nein und 1.5-3.0=Ja) zusammengefasst.

4.2 Deskriptive Darstellung der abhängigen Variablen zum ersten Erhebungszeitpunkt

Im Folgenden werden die Ausgangsdaten der abhängigen Variablen in den beiden Untersuchungsgruppen zum ersten Erhebungszeitpunkt dargestellt. Mittels t-Tests für unabhängige Stichproben wurde überprüft, ob sich die Mittelwerte der jeweiligen Variablen in Experimental- und Kontrollgruppe voneinander unterscheiden. Als Voraussetzung für die Anwendung von t-Tests wurden mit jeder abhängigen Variablen zuerst Präliminartests auf Normalverteilung gerechnet. Die Ergebnisse aller Kolmogorov-Smirnov-Tests sind im Anhang 8.6 dargestellt.

4.2.1 Problemverhalten

Tabelle 14 zeigt die Messwerte in den Gruppen hinsichtlich des Problemverhaltens.

Tabelle 14: Gruppenunterschiede im Problemverhalten zum Zeitpunkt t1

Variable	Gruppe	N	Mittelwert	Standardabweichung	t-Wert	p
ECBI Problemhäufigkeit	EG	32	123.72	31.557	0.514	.610
	KG	13	118.77	22.458		
ECBI Problembelastung	EG	32	13.13	6.843	-0.399	.692
	KG	13	14.00	6.164		
SDQ Eltern Gesamt	EG	32	18.80	6.611	0.479	.635
	KG	14	17.86	4.786		
SDQ Lehrer Gesamt	EG	22	18.68	5.931	-0.032	.974
	KG	12	18.75	5.802		
SDQ Selbst Gesamt	EG	26	12.38	4.964	-1.403	.169
	KG	15	14.67	5.108		

Keine Variable verstößt gegen die Voraussetzung der Normalverteilung. Zweiseitige t-Tests für unabhängige Stichproben ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe in der abhängigen Variable Problemverhalten.

4.2.2 Prosoziales Verhalten

In Tabelle 15 sind die Gruppenwerte und Testergebnisse zum prosozialem Verhalten abgebildet.

Tabelle 15: Gruppenunterschiede im Prosozialem Verhalten zum Zeitpunkt t1

Variable	Gruppe	N	Mittelwert	Standardabweichung	t-Wert	p
SDQ Eltern Prosozial	EG	32	6.66	1.961	0.170	.866
	KG	14	6.57	1.342		
SDQ Lehrer Prosozial	EG	22	4.41	2.501	1.003	.324
	KG	12	3.50	2.576		
WMC Gesamt	EG	22	113.09	20.941	0.090	.929
	KG	12	112.41	20.930		
ESKV Gesamt	EG	22	37.75	7.992	0.528	.601
	KG	12	36.25	7.844		
SDQ Selbst Prosozial	EG	26	7.00	1.876	1.344	.187
	KG	15	6.07	2.549		

Keine Variable verstößt gegen die Voraussetzung der Normalverteilung. T-Tests für unabhängige Stichproben ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe hinsichtlich der abhängigen Variablen prosoziales Verhalten. Es ist jedoch mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = .046$ davon auszugehen, dass die Varianzen in der Unterskala prosoziales Verhalten des SDQ-Eltern nicht gleich sind. Dennoch unterscheiden sich Experimental- und Kontrollgruppe auch hier nicht bedeutsam voneinander.

4.2.3 Soziale Unsicherheit

Tabelle 16 gibt die Gruppenunterschiede bezüglich sozialer Unsicherheit wieder.

Tabelle 16: Gruppenunterschiede bezüglich sozialer Unsicherheit zum Zeitpunkt t1

Variable	Gruppe	N	Mittelwert	Standardabweichung	t-Wert	p
Soziale Unsicherheit Situation A	EG	18	1.68	0.487	1.554	.134
	KG	7	1.37	0.313		
Soziale Unsicherheit Situation B	EG	17	1.67	0.407	0.546	.591
	KG	7	1.57	0.414		
Soziale Unsicherheit Situation C	EG	16	1.91	0.510	1.883	.074
	KG	7	1.50	0.397		

Keine Variable verstößt gegen die Voraussetzung der Normalverteilung. T-Tests für unabhängige Stichproben ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe hinsichtlich der abhängigen Variable soziale Unsicherheit.

4.2.4 Stressverarbeitung

Aus Tabelle 17 sind die Gruppenwerte zur Stressverarbeitung zu entnehmen.

Tabelle 17: Gruppenunterschiede bezüglich Stressverarbeitung zum Zeitpunkt t1

Variable	Gruppe	N	Mittelwert	Standardabweichung	t-Wert	p
Emotionsregulierende Bewältigung	EG	21	50.43	14.928	0.882	.385
	KG	11	45.82	12.082		
Problemlösende Bewältigung	EG	21	50.86	11.702	1.859	.073
	KG	11	42.82	11.444		
Negative Stressverarbeitung	EG	21	49.10	9.159	-0.529	.605
	KG	11	51.73	15.114		

Keine Variable verstößt gegen die Voraussetzung der Normalverteilung. T-Tests für unabhängige Stichproben ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe hinsichtlich der abhängigen Variable Stressverarbeitung. Es ist jedoch mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = .033$ davon auszugehen, dass die Varianzen in der Unterskala negative Stressverarbeitung des SVF-KJ nicht gleich sind. Dennoch unterscheiden sich Experimental- und Kontrollgruppe auch hier nicht bedeutsam voneinander.

4.2.5 Fazit

Die statistischen Analysen belegen, dass sich Experimental- und Kontrollgruppe neben den soziodemographischen Daten auch hinsichtlich der Ausprägung auf den abhängigen Variablen vor dem Training nicht systematisch voneinander unterscheiden. Somit kann davon ausgegangen werden, dass beide Stichproben aus derselben Population stammen und miteinander vergleichbar sind.

4.3 Überprüfung der kurzfristigen Effektivität des Trainingsprogramms

Die Überprüfung der kurzfristigen Trainingseffekte verläuft in drei Stufen. Zunächst wird mittels t-Tests für abhängige Stichproben (einseitig) überprüft, ob sich die abhängigen Variablen der am Training teilnehmenden Kinder von der Messung unmittelbar vor der Intervention zur Messung unmittelbar nach der Intervention hypothesenkonform verändern (Hypothese 1). Danach wird in der Kontrollgruppe anhand von t-Tests für abhängige Stichproben

(zweiseitig) untersucht, wie stabil das Verhalten der Kinder für den Zeitraum eines Trainingsdurchlaufs ist (Hypothese 2). In einem dritten Schritt wird durch den Vergleich von Experimental- und Kontrollgruppe mittels einfaktorieller Varianzanalyse mit Messwiederholung eruiert, ob die Effekte tatsächlich durch das Training bedingt sind (Hypothese 3).

4.3.1 Hypothese 1: Durch das Training verbessern sich die teilnehmenden Kinder in den Effektivitätsparametern

Die Effektivitätsparameter sind über 16 Variablen in vier Bereichen (Problemverhalten, prosoziales Verhalten, soziale Unsicherheit und Stressverarbeitung) operationalisiert. Zur Umgehung der α -Fehler-Kumulierung wurde das festgesetzte Fehlerniveau von $\alpha = 5\%$ für jeden der vier Bereiche mit Hilfe der Bonferroni-Korrektur angepasst. Dies ergibt für den Bereich „Problemverhalten“ ein korrigiertes Fehlerniveau von $\alpha' = 1\%$, für den Bereich „prosoziales Verhalten“ $\alpha' = 1\%$, für den Bereich „soziale Unsicherheit“ $\alpha' = 1.67\%$ und für den Bereich „Stressverarbeitung“ $\alpha' = 1.67\%$. In Anlehnung an Bortz (1993) reicht ein signifikanter Einzeltest, der α' unterschreitet, für die Annahme der entsprechenden Hypothese aus.

Überprüfung der abhängigen Variable Problemverhalten

Die Ergebnisse zur Untersuchung der abhängigen Variablen Problemverhalten sind Tabelle 18 zu entnehmen.

Tabelle 18: Einseitige t-Tests für abhängige Stichproben der Kinder vor und nach Teilnahme am Training bezüglich Problemverhalten

Abhängige Variable	Zeitpunkt	M (SD)	t-Wert	df	p (einseitig)	Cohen's d
SDQ Eltern Gesamt	t1	19.75 (5.225)	2.187	27	.019*	0.41
	t2	17.54 (5.392)				
ECBI Problemhäufigkeit	t1	128.45 (25.098)	4.148	28	.000**	0.56
	t2	113.72 (27.394)				
ECBI Problembelastung	t1	12.97 (7.414)	0.934	28	.179	0.12
	t2	12.07 (7.334)				
SDQ Lehrer Gesamt	t1	16.63 (5.428)	0.809	18	.214	0.18
	t2	15.58 (6.086)				
SDQ Selbst Gesamt	t1	12.27 (5.452)	2.126	25	.022*	0.34
	t2	10.35 (5.564)				
Anmerkungen:						
* signifikant auf einem Fehlerniveau von $\alpha = 5\%$						
** signifikant auf einem korrigierten Fehlerniveau von $\alpha' = 1\%$						

Demnach nimmt das Problemverhalten im Trainingsverlauf ab. Dies zeigt sich deutlich im signifikanten Rückgang der Elterneinschätzung zur Problemhäufigkeit anhand des ECBI

(korrigiertes Fehlerniveau). Die Einschätzung der Eltern und Kinder im SDQ wird nur auf dem unkorrigierten Fehlerniveau von $\alpha = 5\%$ signifikant. Die Problembelastung aus Sicht der Eltern und die Gesamteinschätzung zum Problemverhalten aus Sicht der Lehrer verändern sich nicht signifikant, alle Werte weisen aber in die vorhergesagte Richtung.

Überprüfung der abhängigen Variable prosoziales Verhalten

Die Ergebnisse zur Untersuchung der abhängigen Variablen prosoziales Verhalten sind Tabelle 19 zu entnehmen.

Tabelle 19: Einseitige t-Tests für abhängige Stichproben der Kinder vor und nach Teilnahme am Training bezüglich prosozialem Verhalten

Abhängige Variable	Zeitpunkt	M (SD)	t-Wert	df	p (einseitig)	Cohen's d
SDQ Eltern Prosozial	t1	6.04 (2.045)	-1.188	27	.122	0.19
	t2	6.43 (1.874)				
ESKV Gesamt	t1	38.69 (7.549)	-1.895	18	.037*	0.48
	t2	41.95 (5.931)				
WMC Gesamt	t1	117.66 (17.802)	-0.897	17	.191	0.20
	t2	121.27 (17.159)				
SDQ Lehrer Prosozial	t1	4.68 (2.540)	0.909	18	.188	-0.22
	t2	4.16 (2.115)				
SDQ Selbst Prosozial	t1	6.73 (2.051)	-1.931	25	.032*	0.38
	t2	7.46 (1.679)				

Anmerkung:
* signifikant auf einem Fehlerniveau von $\alpha = 5\%$

Hier zeigen sich auf dem unkorrigierten Fehlerniveau von 5% signifikante Veränderungen im prosozialem Verhalten aus Sicht der Lehrer im ESKV und aus Sicht der Kinder im SDQ. Mit Ausnahme des Lehrerurteils zum prosozialem Verhalten im SDQ weisen die Mittelwertsunterschiede in den weiteren untersuchten Variablen ebenfalls in die postulierte Richtung.

Überprüfung der abhängigen Variable soziale Unsicherheit

Die Ergebnisse zur Untersuchung der abhängigen Variablen soziale Unsicherheit sind Tabelle 20 zu entnehmen.

Tabelle 20: Einseitige t-Tests für abhängige Stichproben der Kinder vor und nach Teilnahme am Training bezüglich sozialer Unsicherheit

Abhängige Variable	Zeitpunkt	M (SD)	t-Wert	df	p (einseitig)	Cohen's d
Soziale Unsicherheit Situation A	t1	1.46 (0.422)	1.240	14	.117	0.30
	t2	1.34 (0.354)				
Soziale Unsicherheit Situation B	t1	1.56 (0.395)	0.471	13	.323	0.15
	t2	1.49 (0.502)				
Soziale Unsicherheit Situation C	t1	1.75 (0.457)	2.435	15	.014**	0.48
	t2	1.50 (0.570)				
Anmerkung: ** signifikant auf einem korrigierten Fehlerniveau von $\alpha = 1.67\%$						

Hier zeigen sich auf dem korrigierten Fehlerniveau von 1.67 % Veränderungen in der sozialen Unsicherheit beim Äußern eigener Meinung (Situation C). Auch beim Durchsetzen eigener berechtigter Ansprüche (Situation A) und der Kontaktaufnahme mit Gleichaltrigen (Situation B) deuten die Veränderungen in den Mittelwerten eine Abnahme der sozialen Unsicherheit an.

Überprüfung der abhängigen Variable Stressverarbeitung

Die Ergebnisse der abhängigen Variable Stressverarbeitung sind Tabelle 21 zu entnehmen.

Tabelle 21: Einseitige t-Tests für abhängige Stichproben der Kinder vor und nach Teilnahme am Training bezüglich Stressverarbeitung

Abhängige Variable	Zeitpunkt	M (SD)	t-Wert	df	p (einseitig)	Cohen's d
Emotionsregulierende Bewältigung	t1	49.52 (13.812)	1.554	20	.068	-0.33
	t2	44.95 (13.351)				
Problemlösende Bewältigung	t1	47.43 (12.851)	-0.774	20	.224	0.13
	t2	49.38 (15.616)				
Negative Stressverarbeitung	t1	47.57 (7.332)	2.124	20	.023*	0.51
	t2	42.71 (11.069)				
* signifikant auf einem Fehlerniveau von $\alpha = 5\%$						

Hier deutet sich auf dem unkorrigierten Fehlerniveau eine Abnahme der negativen Stressverarbeitung an. Emotionsregulierende und problemlösende Bewältigung verändern sich nicht signifikant.

4.3.2 Hypothese 2: Das Problemverhalten der Kinder in der Wartekontrollgruppe verändert sich ohne Intervention nicht

Analog zur Hypothese 1 gelten für die Überprüfung der Hypothese 2 ebenfalls die korrigierten Fehlerniveaus von $\alpha' = 1\%$ für die Bereiche „Problemverhalten“ und „prosoziales Verhalten“, sowie $\alpha' = 1.67\%$ für die Bereiche „soziale Unsicherheit“ und „Stressverarbeitung“ $\alpha' = 1.67\%$.

Überprüfung der abhängigen Variable Problemverhalten

Die Ergebnisse der abhängigen Variablen Problemverhalten sind Tabelle 22 zu entnehmen.

Tabelle 22: Einseitige t-Tests für abhängige Stichproben der KG von t1 nach t2 bezüglich Problemverhalten

Abhängige Variable	Zeitpunkt	M (SD)	t-Wert	df	p (zweiseitig)	Cohen's d
SDQ Eltern Gesamt	t1	18.22 (4.324)	0.237	8	.819	0.09
	t2	17.78 (4.738)				
ECBI Problemhäufigkeit	t1	118.29 (14.056)	0.387	6	.712	0.22
	t2	115.43 (11.688)				
ECBI Problembelastung	t1	13.71 (5.122)	1.181	6	.282	0.33
	t2	11.29 (8.845)				
SDQ Lehrer Gesamt	t1	19.50 (7.423)	1.315	5	.246	0.42
	t2	16.83 (4.956)				
SDQ Selbst Gesamt	t1	12.38 (5.012)	-1.101	7	.307	-0.26
	t2	13.88 (6.357)				

Die statistische Analyse zeigt, dass sich kein Wert signifikant vom ersten zum zweiten Untersuchungszeitpunkt verändert, d.h. das Problemverhalten ändert sich in der Kontrollgruppe nicht.

Überprüfung der abhängigen Variable prosoziales Verhalten

Die Ergebnisse der abhängigen Variablen prosoziales Verhalten sind Tabelle 23 zu entnehmen.

Tabelle 23: Einseitige t-Tests für abhängige Stichproben der KG von t1 nach t2 bezüglich prosozialem Verhalten

Abhängige Variable	Zeitpunkt	M (SD)	t-Wert	df	p (zweiseitig)	Cohen's d
SDQ Eltern Prosozial	t1	6.78 (1.202)	2.159	8	.063	-0.85
	t2	5.33 (2.062)				
ESKV Gesamt	t1	35.06 (7.048)	0.336	5	.751	-0.12
	t2	34.26 (5.486)				
WMC Gesamt	t1	110.50 (21.426)	0.258	5	.807	-0.04
	t2	109.66 (15.667)				
SDQ Lehrer Prosozial	t1	2.17 (2.137)	-1.451	5	.206	0.52
	t2	3.50 (2.881)				
SDQ Selbst Prosozial	t1	6.75 (2.493)	0.000	7	1.000	0.00
	t2	6.75 (1.753)				

Auch hier zeigen sich keine signifikanten Veränderungen in den untersuchten Variablen vom ersten zum zweiten Untersuchungszeitpunkt, d.h. das prosoziale Verhalten verändert sich in der Kontrollgruppe nicht. Beim nur wenig am Signifikanzniveau von 5 % scheinenden Wert „SDQ Eltern Prosozial“ ist anzufügen, dass der Wert tendenziell abnimmt, das heißt, das prosoziale Verhalten wird über den Untersuchungszeitraum sogar eher weniger.

Überprüfung der abhängigen Variable soziale Unsicherheit

Die Ergebnisse der abhängigen Variablen soziale Unsicherheit sind Tabelle 24 zu entnehmen.

Tabelle 24: Einseitige t-Tests für abhängige Stichproben der KG von t1 nach t2 bezüglich sozialer Unsicherheit

Abhängige Variable	Zeitpunkt	M (SD)	t-Wert	df	p (zweiseitig)	Cohen's d
Soziale Unsicherheit Situation A	t1	1.48 (0.394)	1.654	3	.197	1.20
	t2	1.12 (0.157)				
Soziale Unsicherheit Situation B	t1	1.46 (0.450)	0.058	3	.958	0.02
	t2	1.45 (0.362)				
Soziale Unsicherheit Situation C	t1	1.65 (0.499)	0.664	3	.554	0.26
	t2	1.54 (0.329)				

Die statistische Untersuchung zeigt, dass sich die soziale Unsicherheit in der Kontrollgruppe im Untersuchungszeitraum nicht signifikant verändert.

Überprüfung der abhängigen Variable Stressverarbeitung

Die Ergebnisse der abhängigen Variablen Stressverarbeitung sind Tabelle 25 zu entnehmen.

Tabelle 25: Einseitige t-Tests für abhängige Stichproben der KG von t1 nach t2 bezüglich Stressverarbeitung

Abhängige Variable	Zeitpunkt	M (SD)	t-Wert	df	p (zweiseitig)	Cohen's d
Emotionsregulierende Bewältigung	t1	45.80 (13.989)	.000	4	1.000	0.00
	t2	45.80 (8.228)				
Problemlösende Bewältigung	t1	43.60 (13.539)	1.246	4	.281	-0.23
	t2	40.60 (11.589)				
Negative Stressverarbeitung	t1	49.40 (17.686)	.531	4	.623	0.25
	t2	46.00 (5.745)				

Auch hier zeigt sich, dass sich – wie erwartet – die Stressverarbeitung im Untersuchungszeitraum in der Kontrollgruppe nicht signifikant verändert.

4.3.3 Hypothese 3: In der Experimentalgruppe kommt es zu stärkeren Veränderungen als in der Kontrollgruppe

Für die Überprüfung der Hypothese 3 mittels Varianzanalysen wurden die zwei Bereiche Problemverhalten und prosoziales Verhalten ausgewählt und hierbei mit Ausnahme des *ECBI Problemhäufigkeit* nur die abhängigen Variablen mit einbezogen, die von allen Beurteilern bearbeitet werden konnten.

In Tabelle 26 werden die Mittelwerte und Standardabweichungen dieser abhängigen Variablen nach Problembereichen und getrennt für Experimental- und Kontrollgruppe dargestellt. Tabelle 27 veranschaulicht die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung und dem Faktor Gruppenzugehörigkeit. Anschließend werden die Ergebnisse im Einzelnen beschrieben.

Tabelle 26: Mittelwerte und Standardabweichungen der abhängigen Variablen getrennt für die Experimentalbedingungen zu den einzelnen Messzeitpunkten

Variable	Gruppe (N)	Prä (t1) M (SD)	Post 1 (t2) M (SD)
Problemverhalten			
ECBI Problemhäufigkeit	EG (21)	131.95 (27.445)	117.71 (29.038)
	KG (7)	118.29 (14.056)	115.43 (11.688)
SDQ Eltern Gesamt	EG (21)	20.10 (5.531)	17.67 (5.919)
	KG (9)	18.22 (4.324)	17.78 (4.738)
SDQ Lehrer Gesamt	EG (14)	16.57 (5.598)	15.00 (5.084)
	KG (6)	19.50 (7.423)	16.83 (4.956)
SDQ Selbst Gesamt	EG (19)	11.84 (5.419)	9.89 (5.782)
	KG (8)	12.38 (5.012)	13.88 (6.357)
Prosoziales Verhalten			
SDQ Eltern Prosozial	EG (21)	6.33 (1.906)	6.57 (1.964)
	KG (9)	6.78 (1.202)	5.33 (2.062)
SDQ Lehrer Prosozial	EG (14)	4.86 (2.598)	3.86 (2.349)
	KG (6)	2.17 (2.137)	3.50 (2.881)
SDQ Selbst Prosozial	EG (19)	7.16 (2.062)	7.37 (1.739)
	KG (8)	6.75 (2.493)	6.75 (1.753)

Tabelle 27: Ergebnisse der ANOVAs mit den Faktoren Gruppe und Messzeitpunkt

Abhängige Variablen	Messzeitpunkt				Messzeitpunkt x Gruppe			
	F	df	p	η_p^2	F	df	p	η_p^2
Problemverhalten								
ECBI Problemhäufigkeit	3.484	1	.073*	0.11	1.544	1	.225	0.05
SDQ Eltern Gesamt	1.702	1	.203	0.05	0.812	1	.375	0.02
SDQ Lehrer Gesamt	2.511	1	.130	0.12	0.168	1	.687	0.00
SDQ Selbst Gesamt	0.056	1	.814	0.00	3.339	1	.080*	0.11
Prosoziales Verhalten								
SDQ Eltern Prosozial	2.984	1	.095*	0.09	5.805	1	.023**	0.17
SDQ Lehrer Prosozial	0.077	1	.785	0.00	3.765	1	.068*	0.17
SDQ Selbst Prosozial	0.085	1	.773	0.00	0.085	1	.773	0.00

Anmerkung: Messzeitpunkt = t1 vs. t2, Gruppe = Experimentalgruppe vs. Kontrollgruppe; p = Signifikanz; * bedeutet p < .10 (Tendenz), ** bedeutet p < .05

Reduktion des Problemverhaltens

Elternurteil

Auf den zwei ausgewählten Skalen des Elternurteils zum Problemverhalten zeigen sich keine signifikanten Haupt- und Interaktionseffekte. Der augenscheinlich stärkste Effekt auf der Subskala Problemhäufigkeit des ECBI deutet sich lediglich als Haupteffekt des Faktors Messzeitpunkt ($F(1) = 3.484, p = .073$) an. Dieser kann Abbildung 3 entnommen werden. Bezüglich des Problemverhaltens kann insgesamt jedoch kein Effekt für die Wirksamkeit der Intervention aus Sicht der Eltern festgestellt werden.

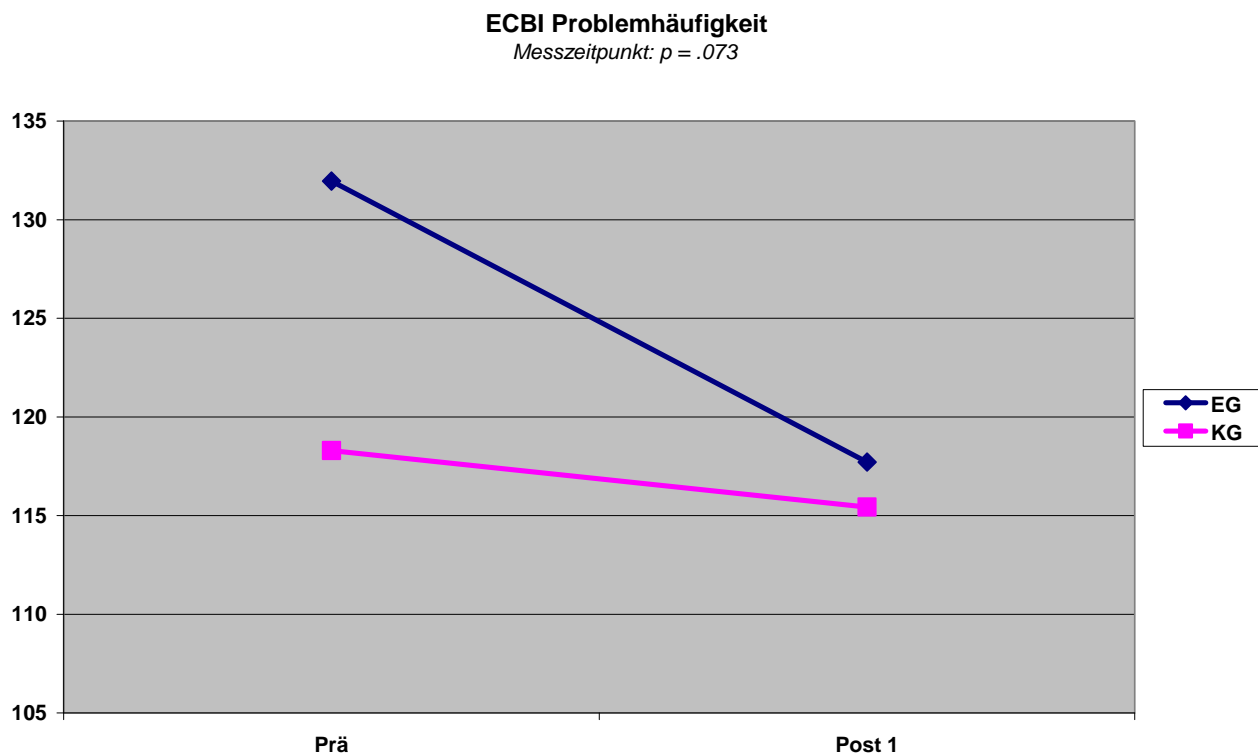


Abbildung 3: Skala „ECBI Problemhäufigkeit“ (Elternurteil): Mittelwerte der Gruppen zu den einzelnen Messzeitpunkten

Lehrerurteil

Auf der Gesamtskala des SDQ-Lehrer findet sich kein signifikanter Haupt- oder Interaktionseffekt, d.h. die Lehrer stellen weder in der Experimental- noch in der Kontrollgruppe eine Veränderung des Problemverhaltens im Untersuchungszeitraum fest.

Selbsturteil

Im Selbsturteil des SDQ findet sich kein signifikanter Haupt- oder Interaktionseffekt. Die Interaktion Zeit x Gruppe wird tendenziell signifikant ($F(1) = 3.339, p = .080$) und deutet an, dass die Kinder der Experimentalgruppe eine Abnahme des Problemverhaltens wahrnehmen, während die Kinder der Kontrollgruppe eher eine Zunahme des Problemverhaltens feststellen.

Diese Tendenz ist auch Abbildung 4 zu entnehmen.

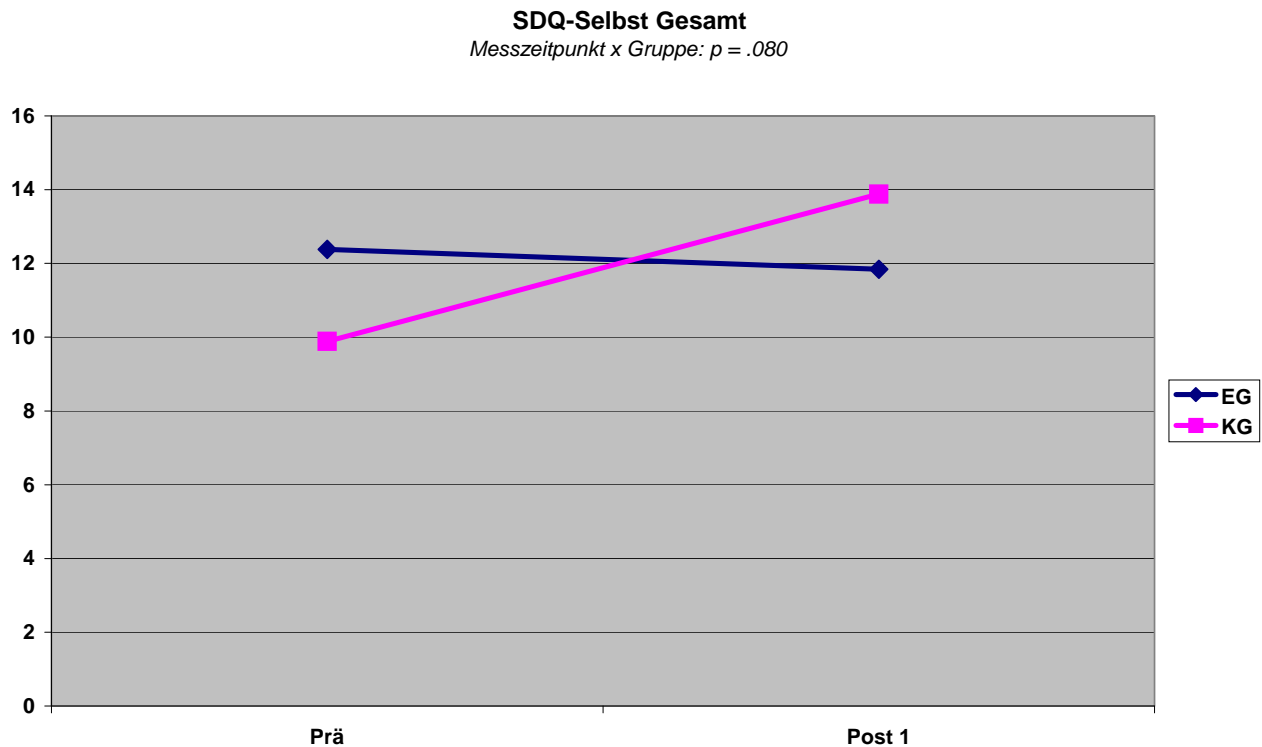


Abbildung 4: Skala „SDQ-Selbst Gesamt“ (Selbsturteil): Mittelwerte zu den einzelnen Messzeitpunkten

Steigerung des prosozialen Verhaltens

Elternurteil

Im Elternurteil zum prosozialem Verhalten des SDQ findet sich ein tendenzieller Haupteffekt Zeit ($F(1) = 2.984, p = .095$) und ein signifikanter Interaktionseffekt Messzeitpunkt x Gruppe ($F(1) = 5.805, p = .023$). Dies bedeutet, dass das prosoziale Verhalten in der Experimentalgruppe im Verlauf des Trainings zunimmt, während es in der Kontrollgruppe ohne Intervention abnimmt. Abbildung 5 veranschaulicht die Ergebnisse.

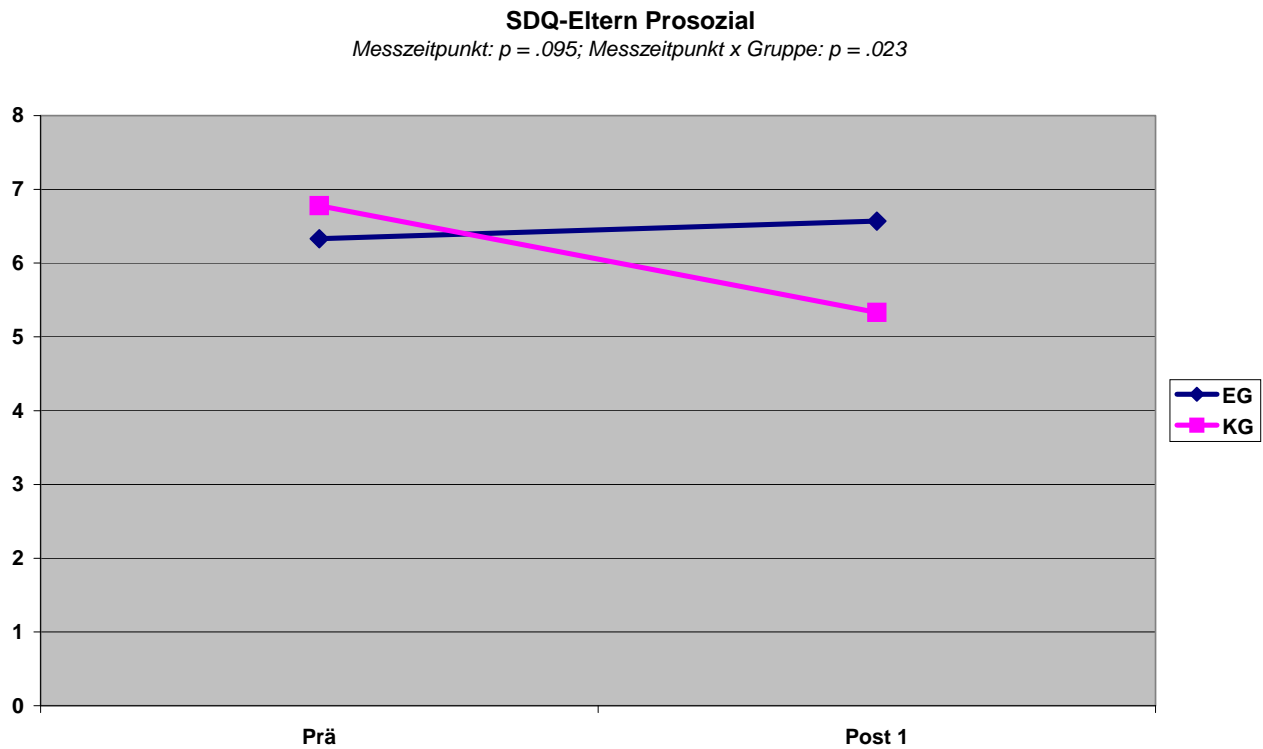


Abbildung 5: Skala „SDQ-Eltern Prosozial“ (Elternurteil): Mittelwerte zu den einzelnen Messzeitpunkten

Lehrerurteil

Im Lehrerurteil finden sich auf allen drei Variablen keine signifikanten Effekte zu Veränderungen im prosozialem Verhalten. Ein tendenzieller Interaktionseffekt Zeit x Gruppe ($F(1) = 3.765$, $p = .068$) deutet an, dass das prosoziale Verhalten in der Experimentalgruppe im Untersuchungszeitraum aus Sicht der Lehrer sogar eher abnimmt und das der Kontrollgruppe sogar eher zunimmt, wie Abbildung 6 zu entnehmen ist.

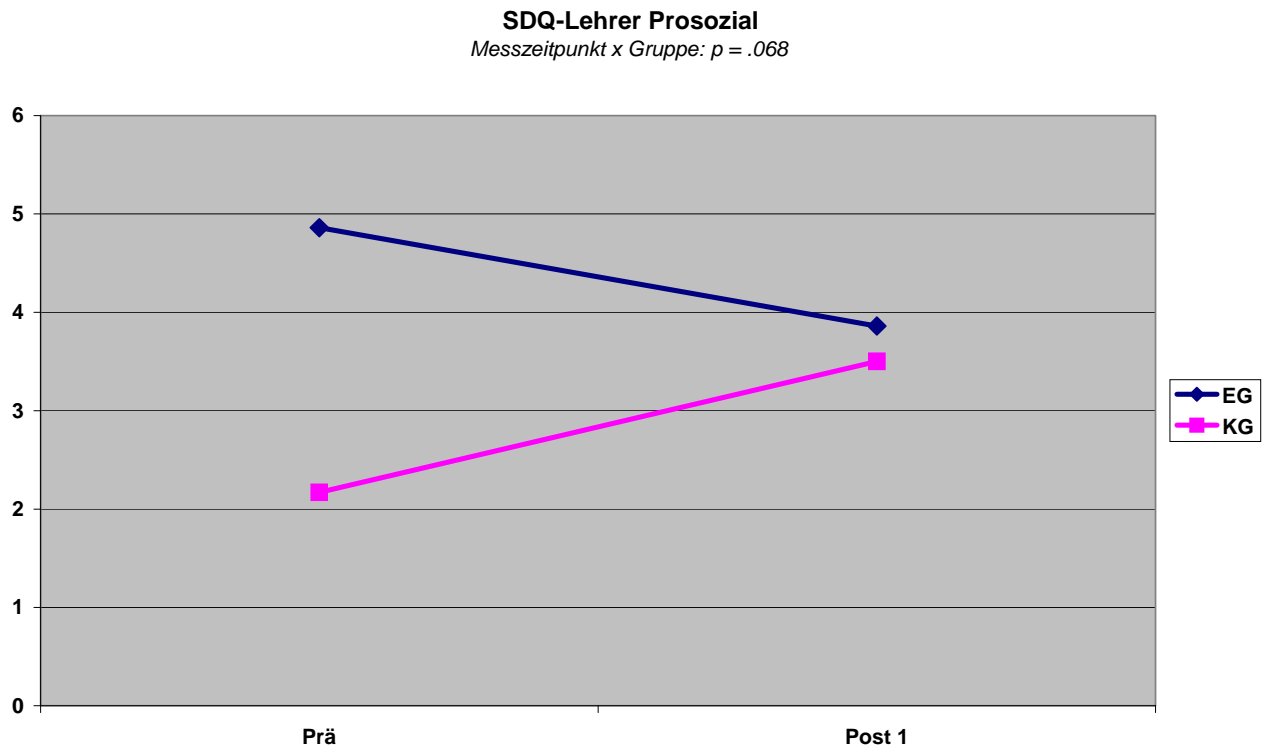


Abbildung 6: Skala „SDQ-Lehrer Prosozial“ (Lehrerurteil): Mittelwerte zu den einzelnen Messzeitpunkten

Selbsturteil

Im Selbsturteil finden sich keine signifikanten Haupt- und Interaktionseffekte zu Veränderungen des prosozialen Verhaltens.

4.3.4 Fazit zur Überprüfung der kurzfristigen Effektivität des Trainingsprogramms

Hypothese 1: Durch das Training verbessern sich die teilnehmenden Kinder in den Effektivitätsparametern

Die statistischen Analysen mittels einseitiger t-Tests stützen die erste Hypothese im Bezug auf die **Abnahme des Problemverhaltens** über die Urteile der Eltern (ECBI Problemhäufigkeit (α -korrigiert) und SDQ-Gesamt (α -unkorrigiert)) und das Selbsturteil der Schüler (SDQ-Gesamt (α -unkorrigiert)). Auf eine **Zunahme des prosozialen Verhaltens** deuten die Ergebnisse einer Variablen des Lehrerurteils (ESKV, α -unkorrigiert) sowie das Selbsturteil (SDQ-Prosozial, α -unkorrigiert) hin. Auch die **Abnahme sozialer Unsicherheit** im Selbsturteil (FESUK-C, α -

korrigiert) und die **Abnahme negativer Stressverarbeitung** (SVF-NCO (α -unkorrigiert)) weisen in Richtung der aufgestellten Hypothese.

Hypothese 2: Das Problemverhalten der Kinder in der Wartekontrollgruppe verändert sich ohne Intervention nicht

Die statistischen Analysen mittels zweiseitiger t-Tests unterstützen in allen abhängigen Variablen die aufgestellte Hypothese: Problemverhalten, prosoziales Verhalten, soziale Unsicherheit und Stressverarbeitung verändern sich in der Kontrollgruppe im Untersuchungszeitraum ohne Intervention nicht.

Hypothese 3: Die Verbesserungen in der Experimentalgruppe sind trainingspezifisch

Trainingspezifische Verbesserungen in der Experimentalgruppe kommen im Interaktionseffekt Messzeitpunkt x Gruppe, erfasst über die Skala **prosoziales Verhalten** im Elternurteil des SDQ, zum Ausdruck. Demnach verbessert sich das prosoziale Verhalten in der Experimentalgruppe durch das Training, während es in der Kontrollgruppe ohne Intervention sogar noch abnimmt.

Weitere trainingspezifische Verbesserungen deuten sich in der **Abnahme des Problemverhaltens** an – erfasst über das Selbsturteil des SDQ Gesamt –, erreichen aber nicht das notwendige Signifikanzniveau.

Erwartungswidrig sind eine tendenzielle Abnahme des prosozialen Verhaltens in der Experimentalgruppe und eine tendenzielle Zunahme des prosozialen Verhaltens in der Kontrollgruppe aus Sicht der Lehrer.

4.4 Prüfung der langfristigen Effektivität des Trainingsprogramms

Zur Überprüfung langfristiger Trainingseffekte wird mit Hilfe multi- und univariater Varianzanalysen geprüft, ob ein Haupteffekt Zeit vorliegt, der eine langfristige positive Entwicklung in der Gesamtgruppe nach Teilnahme am Training stützen würde. Dabei erfolgt die Analyse in jedem Problembereich (Problemverhalten, prosoziales Verhalten, soziale Unsicherheit, Stressverarbeitung) getrennt nach Beurteilern (Eltern, Lehrer, Schüler), um bei der gegebenen Stichprobengröße durch die Anzahl der abhängigen Variablen nicht zusätzlich Fälle zu verlieren. Bei den Post-Hoc-Tests wurde eine Bonferroni-Alpha-Adjustierung durchgeführt, wie sie SPSS anbietet.

4.4.1 Langfristige Veränderungen im Problemverhalten

Elternurteil

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen ECBI-Problemhäufigkeit, ECBI-Problembelastung und SDQ-Gesamt zu den fünf Messzeitpunkten sind in Tabelle 28 dargestellt.

Tabelle 28: Mittelwerte und Standardabweichungen des Elternurteils zum Problemverhalten zu den fünf Messzeitpunkten

	t1 (N=45)	t2 (N=29)	t3 (N=20)	t4 (N=14)	t5 (N=13)
ECBI Problemhäufigkeit	122.28 (4.374)	119.13 (5.449)	103.05 (6.561)	109.57 (7.842)	112.07 (8.138)
ECBI Problembelastung	13.37 (1.136)	12.20 (1.416)	10.00 (1.705)	11.50 (2.037)	11.23 (2.114)
SDQ Gesamt	18.56 (0.875)	17.79 (1.090)	14.50 (1.312)	14.28 (1.569)	15.07 (1.628)

In der multivariaten Varianzanalyse wurde über die Variablen hinweg kein Haupteffekt gefunden. Allerdings findet sich bei den Zwischensubjekteffekten ein signifikanter Zeiteffekt für die Variable SDQ-Gesamt ($F(4)=2.915$, $p = .024$, $\eta_p^2 = 0.09$), der sich in den Post-hoc-Tests jedoch keinem Messzeitpunkt zuordnen lässt.

Abbildung 7 bildet diesen Verlauf graphisch ab.

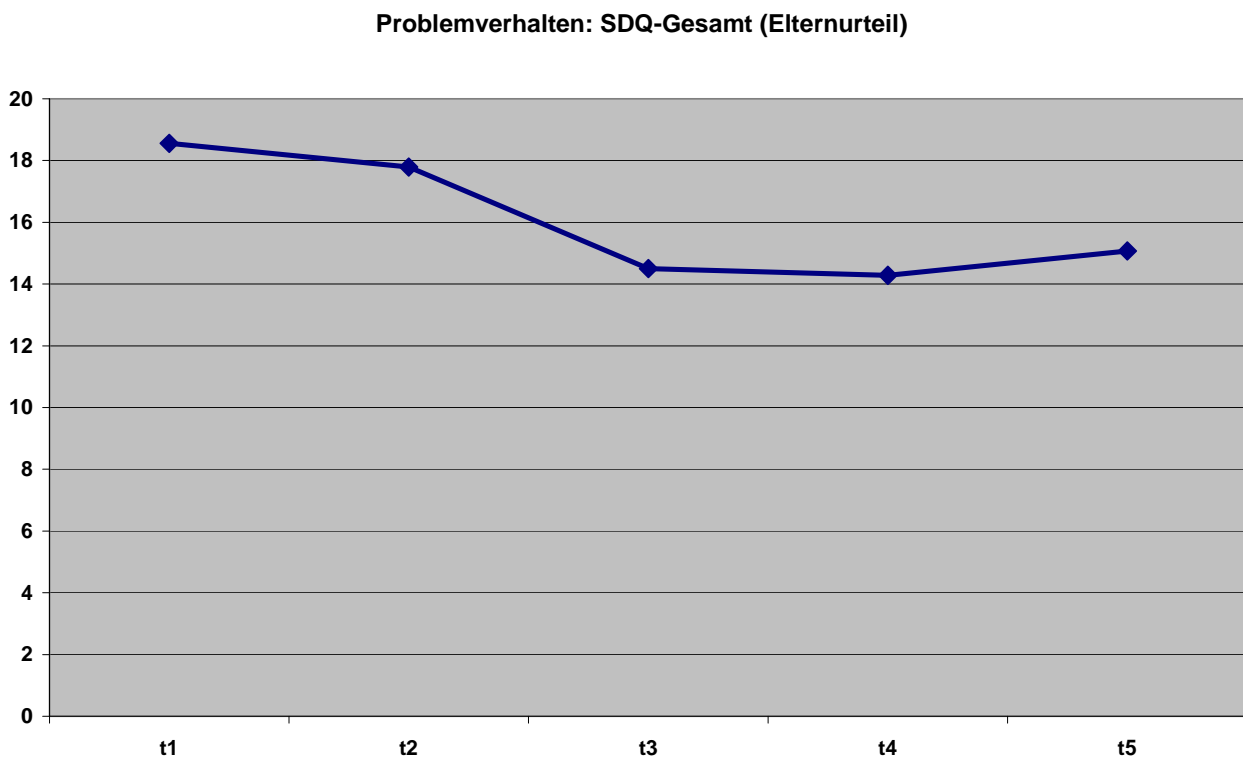


Abbildung 7: Verlauf der Mittelwerte im SDQ-Gesamt (Elternurteil) über die 5 Erhebungszeitpunkte

Lehrerurteil

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen SDQ-Gesamt zu den fünf Messzeitpunkten sind in Tabelle 29 dargestellt.

Tabelle 29: Mittelwerte und Standardabweichungen des Lehrerurteils zum Problemverhalten zu den fünf Messzeitpunkten

	t1 (N=34)	t2 (N=21)	t3 (N=13)	t4 (N=9)	t5 (N=6)
SDQ Gesamt	18.70 (1.061)	16.47 (1.349)	16.38 (1.715)	11.00 (2.061)	11.66 (2.525)

Es zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt des Faktors Zeit ($F(4)=3.777$, $p = .007$, $\eta_p^2 = 0.16$). Die Lehrer nehmen über die Zeit eine Abnahme des Problemverhaltens war. Die Post-Hoc-Tests ergeben für den Vergleich von t1 nach t4 ein signifikantes Ergebnis ($p = .041$).

In Abbildung 8 wird dieses Ergebnis graphisch dargestellt.

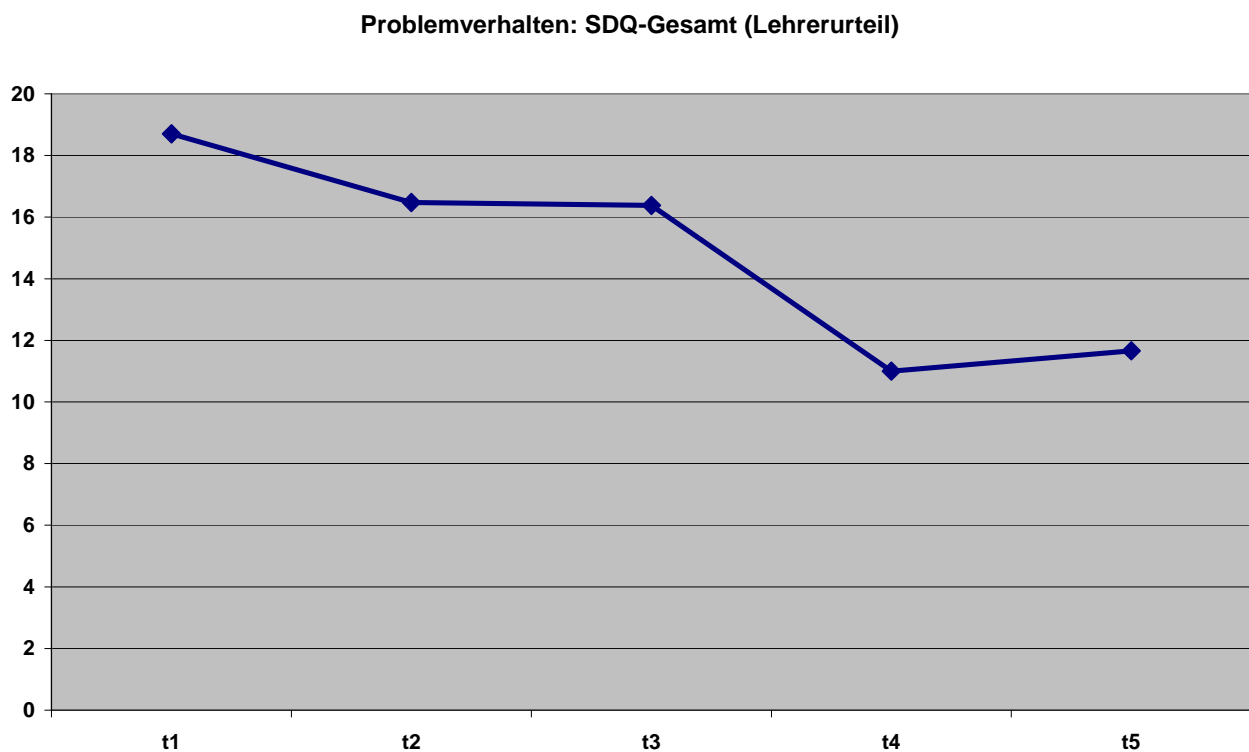


Abbildung 8: Verlauf der Mittelwerte im SDQ-Gesamt (Lehrerurteil) über die 5 Erhebungszeitpunkte

Selbsturteil

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen SDQ-Gesamt zu den fünf Messzeitpunkten sind in Tabelle 30 dargestellt. Obwohl die Mittelwerte augenscheinlich abnehmen, ist mit der statistischen Analyse kein Haupteffekt nachweisbar.

Tabelle 30: Mittelwerte und Standardabweichungen des Selbsturteils zum Problemverhalten zu den fünf Messzeitpunkten

	t1 (N=41)	t2 (N=29)	t3 (N=17)	t4 (N=13)	t5 (N=13)
SDQ Gesamt	13.22 (0.890)	11.65 (1.058)	10.35 (1.382)	11.00 (1.581)	8.69 (1.581)

4.4.2 Langfristige Veränderungen im prosozialem Verhalten

Elternurteil

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen SDQ-Prosozial zu den fünf Messzeitpunkten sind in Tabelle 31 dargestellt. Ein Haupteffekt Zeit wurde nicht gefunden, obwohl die Werte insgesamt im Verlauf ansteigen.

Tabelle 31: Mittelwerte und Standardabweichungen des Elternurteils zum prosozialem Verhalten zu den fünf Messzeitpunkten

	t1 (N=46)	t2 (N=30)	t3 (N=20)	t4 (N=15)	t5 (N=14)
SDQ Prosozial	6.63 (0.268)	6.20 (0.332)	6.75 (0.407)	6.80 (0.469)	7.07 (0.486)

Lehrerurteil

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen SDQ-Prosozial, WMC-Gesamt und ESKV-Gesamt zu den fünf Messzeitpunkten sind in Tabelle 32 dargestellt.

Tabelle 32: Mittelwerte und Standardabweichungen des Lehrerurteils zum prosozialem Verhalten zu den fünf Messzeitpunkten

	t1 (N=34)	t2 (N=21)	t3 (N=13)	t4 (N=10)	t5 (N=6)
SDQ Prosozial	4.08 (0.439)	3.81 (0.559)	4.84 (0.710)	4.80 (0.810)	5.83 (1.045)
WMC Gesamt	112.85 (3.585)	117.66 (4.562)	128.30 (5.798)	133.50 (6.661)	136.16 (8.534)
ESKV Gesamt	37.22 (1.511)	39.77 (1.923)	42.31 (2.444)	39.22 (2.786)	49.60 (3.597)

Die multivariate Varianzanalyse zeigt einen signifikanten Haupteffekt Zeit ($F(12) = 1.928$, $p = .032$, $\eta_p^2 = 0.08$), der am stärksten durch den WMC-Gesamtwert ($F(4) = 3.496$, $p = .011$, $\eta_p^2 = 0.15$) und den ESKV-Gesamtwert ($F(4) = 2.858$, $p = .029$, $\eta_p^2 = 0.12$) bestimmt wird. Post-Hoc-Tests zeigen, dass die Zunahme an sozial kompetentem Verhalten, die über die WMC erfasst wird, am stärksten

von t1 nach t4 ausfällt, wobei jedoch das Signifikanzniveau verfehlt wird ($p = .075$), während der stärkste Effekt im ESKV von t1 nach t5 das Signifikanzniveau erreicht ($p = .022$).

Abbildung 9 veranschaulicht dieses Ergebnis.

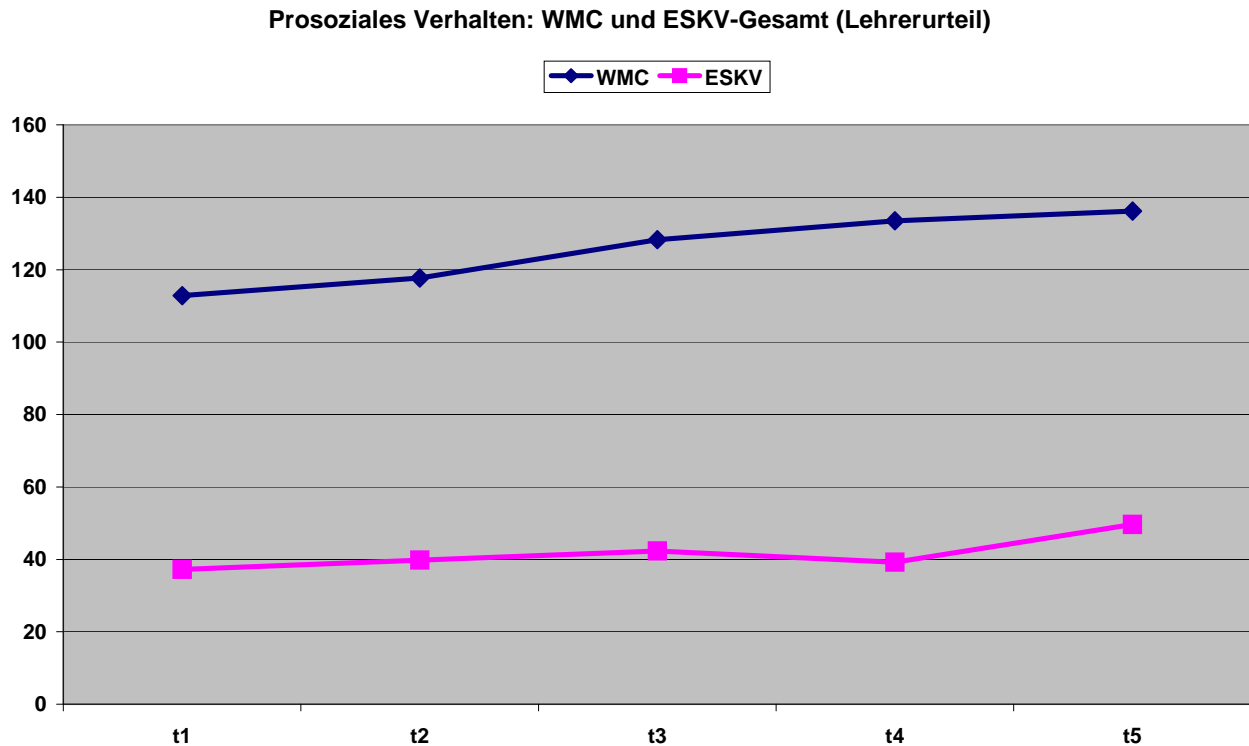


Abbildung 9: Verlauf der Mittelwerte im WMC- und ESKV-Gesamt über die 5 Erhebungszeitpunkte

Selbsturteil

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen SDQ-Prosozial zu den fünf Messzeitpunkten sind in Tabelle 33 dargestellt. Ein Haupteffekt Zeit wurde nicht gefunden.

Tabelle 33: Mittelwerte und Standardabweichungen des Selbsturteils zum prosozialem Verhalten zu den fünf Messzeitpunkten

	t1 (N=41)	t2 (N=29)	t3 (N=17)	t4 (N=13)	t5 (N=13)
SDQ Prosozial	6.65 (0.336)	7.31 (0.399)	6.52 (0.522)	6.61 (0.597)	6.61 (0.597)

4.4.3 Langfristige Veränderungen hinsichtlich sozialer Unsicherheit

Selbsturteil

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen FESUK A, FESUK B und FESUK C zu den fünf Messzeitpunkten sind in Tabelle 34 dargestellt.

Tabelle 34: Mittelwerte und Standardabweichungen des Selbsturteils zur sozialen Unsicherheit zu den fünf Messzeitpunkten

	t1 (N=22)	t2 (N=14)	t3 (N=10)	t4 (N=6)	t5 (N=8)
FESUK A	1.62 (0.087)	1.31 (0.109)	1.29 (0.129)	1.54 (0.166)	1.33 (0.144)
FESUK B	1.66 (0.087)	1.53 (0.109)	1.45 (0.129)	1.67 (0.167)	1.41 (0.145)
FESUK C	1.80 (0.103)	1.57 (0.129)	1.46 (0.152)	1.68 (0.197)	1.45 (0.170)

Obwohl die Werte insgesamt augenscheinlich abnehmen, ist mit der multivariaten Varianzanalyse kein Haupteffekt nachweisbar.

4.4.4 Langfristige Veränderungen hinsichtlich Stressverarbeitung

Selbsturteil

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen SVF-EMO, SVF-PRB und SVF-NCO zu den fünf Messzeitpunkten sind in Tabelle 35 dargestellt.

Tabelle 35: Mittelwerte und Standardabweichungen des Selbsturteils zur Stressverarbeitung zu den fünf Messzeitpunkten

	t1 (N=32)	t2 (N=20)	t3 (N=9)	t4 (N=7)	t5 (N=7)
SVF-EMO	48.84 (2.378)	46.00 (3.008)	40.33 (4.485)	39.00 (5.085)	42.57 (5.085)
SVF-PRB	48.09 (2.375)	49.95 (3.004)	41.77 (4.478)	45.42 (5.078)	43.14 (5.078)
SVF-NCO	50.00 (1.805)	43.30 (2.283)	38.55 (3.403)	34.85 (3.858)	33.14 (3.858)

Es findet sich ein signifikanter Haupteffekt Zeit ($F(12) = 2.269$, $p = .010$, $\eta_p^2 = 0.11$), der am stärksten durch die Variable SVF-NCO bestimmt wird ($F(4) = 6.807$, $p = .000$, $\eta_p^2 = 0.28$). Post-Hoc-Tests zeigen, dass die Abnahme von negativer Stressverarbeitung am stärksten von t1 nach t3 ($p = .041$), t1 nach t4 ($p = .007$) und von t1 nach t5 ($p = .002$) ausfällt.

Abbildung 10 veranschaulicht dieses Ergebnis.

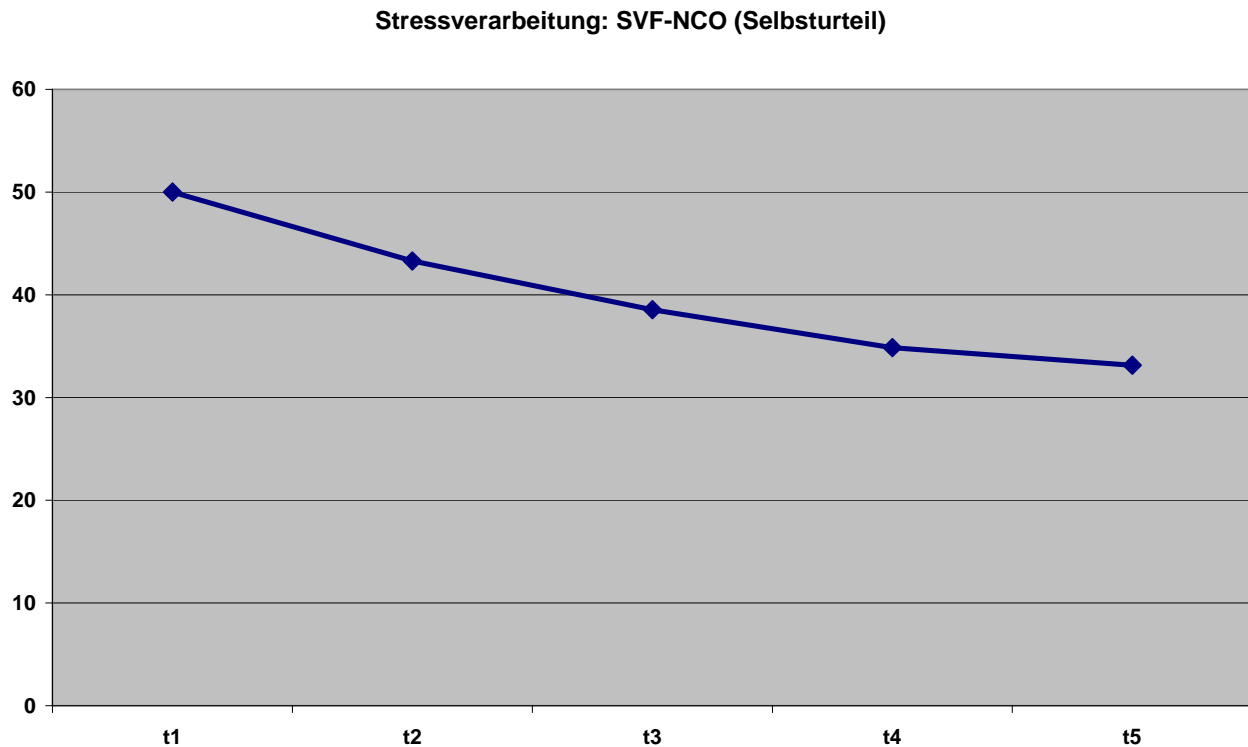


Abbildung 10: Verlauf der Mittelwerte im SVF-NCO über die 5 Erhebungszeitpunkte

4.4.5 Fazit zur langfristigen Effektivität des Trainingsprogramms

Hypothese 4: Die Trainingseffekte sind stabil

Hinweise auf eine langfristige positive Entwicklung der Kinder, die am Training teilgenommen haben, zeigen sich in der **Abnahme des Problemverhaltens**, welches in den signifikanten Haupteffekten der Eltern- und Lehrerurteile im SDQ-Gesamt zum Ausdruck kommt. Darüber hinaus zeigt sich aus Sicht der Lehrer eine stabile **Verbesserung des prosozialen Verhaltens**, wie dies die signifikanten Haupteffekte im WMC- und ESKV-Gesamt zeigen. Auch die dauerhafte **Abnahme der negativen Stressverarbeitung** im Selbsturteil unterstützt die Annahme stabiler Effekte.

Mit Ausnahme der emotionsregulierenden und problemlösenden Stressbewältigung (SVF-EMO und SVF-PRB) weisen alle Werte in die vorhergesagte Richtung, d.h. es gibt mit zwei Ausnahmen keine Hinweise darauf, dass das Problemverhalten nach der Intervention wieder zunimmt und das erwünschte Verhalten wieder abnimmt.

4.5 Alters- und Geschlechtseffekte

Um den möglichen Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Trainingseffekte zu überprüfen, wurden uni- und multivariate Varianzanalysen über die Problembereiche (Problemverhalten, prosoziales Verhalten, soziale Unsicherheit, Stressverarbeitung) und Effektbeurteiler (Eltern, Lehrer, Schüler) gerechnet. Dabei wurden zunächst im Vergleich zwischen Experimental- und Kontrollgruppe von t1 nach t2 hinsichtlich der kurzfristigen Trainingseffekte das Alter (zweistufig: 6-8 Jahre und 9-12 Jahre) und das Geschlecht als zusätzliche Faktoren neben der Gruppenzugehörigkeit in die Analysen mit aufgenommen. Beim möglichen Einfluss auf längerfristige Effekte wurden mit der Gesamtgruppe Analysen mit den Faktoren Messzeitpunkt, Geschlecht und Alter gerechnet.

Es werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nur signifikante Ergebnisse dargestellt, und es wird bereits an dieser Stelle darauf verwiesen, dass den Ergebnissen aufgrund der zum Teil sehr geringen Zellbesetzung lediglich explorative Aussagekraft zugeschrieben wird.

4.5.1 Einfluss von Alter und Geschlecht auf kurzfristige Effekte

Problemverhalten

Der Einfluss von Alter und Geschlecht auf das Problemverhalten ist in Tabelle 36 dargestellt. Mittelwerte und Standardabweichungen der zugehörigen Messwerte sowie die jeweilige Stichprobengröße/ Zellbesetzung sind in Anhang 8.7 aufgeführt.

Tabelle 36: Ergebnisse der (multivariaten) Varianzanalysen zum Problemverhalten

Beurteiler	Instrument	Effekt	df	F	p	η_p^2
Eltern	ECBI-Problemhäufigkeit	Zeit * Alter	1	8.846	.004**	0.12
		Gruppe * Alter	1	4.388	.040*	0.06
	ECBI-Problembelastung	Zeit * Alter	1	6.886	.011*	0.10
		Zeit * Geschlecht * Alter	1	6.180	.016*	0.09
	SDQ-Gesamt	Zeit * Alter	1	4.373	.041*	0.06
		Zeit * Geschlecht * Alter	1	6.223	.015*	0.09
Kinder	SDQ-Gesamt	Geschlecht	1	9.852	.003**	0.14
		Alter	1	8.566	.005**	0.12
		Gruppe * Alter	1	8.003	.006**	0.12
		Geschlecht * Alter	1	10.389	.002**	0.15

Anmerkung: * < .05, ** < .01

Im Elternurteil zeigen sich bei der ECBI-Problemhäufigkeit, der ECBI-Problembelastung und dem SDQ-Gesamt Interaktionseffekte von Zeit * Alter. Demnach nimmt bei den älteren Kindern das

Problemverhalten unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit von t1 nach t2 ab, während es bei den jüngeren Kindern zunimmt.

Der Interaktionseffekt Zeit * Geschlecht * Alter bei der ECBI-Problembelastung und dem SDQ-Gesamt lässt sich nicht glaubhaft dahingehend interpretieren, dass das Problemverhalten bei den jüngeren Mädchen zunimmt und bei den älteren Mädchen abnimmt, da zum zweiten Messzeitpunkt bei den Mädchen jeder Altersgruppe nur eine Messung vorliegt. Der Interaktionseffekt Gruppe * Alter beim ECBI-Problemhäufigkeit besagt, dass in der Experimentalgruppe die älteren Kinder und in der Kontrollgruppe die jüngeren Kinder belasteter sind.

Im Selbsturteil der Kinder zeigen sich über den SDQ-Gesamt Haupteffekte von Geschlecht und Alter sowie Interaktionseffekte von Gruppe * Alter und Geschlecht * Alter. Dies bedeutet, dass sich die Mädchen grundsätzlich belasteter einschätzen, wobei der scheinbare Interaktionseffekt, dass dies bei den jüngeren Mädchen noch einmal stärker der Fall ist, aufgrund $N = 1$ nicht haltbar ist. Der Haupteffekt Alter und die Interaktion Gruppe * Alter weisen darauf hin, dass sich die älteren Kinder grundsätzlich belasteter einschätzen als die jüngeren, sich Experimental- und Kontrollgruppe jedoch diesbezüglich unterscheiden: In der Kontrollgruppe schätzen sich die jüngeren Kinder als belasteter ein.

Im Lehrerurteil finden sich keine Geschlechts- oder Altersunterschiede hinsichtlich des Problemverhaltens.

Prosoziales Verhalten

Im Urteil der Eltern und Kinder finden sich keine Hinweise auf Geschlechts- oder Altersunterschiede, während die Lehrer im WMC und ESKV das prosoziale Verhalten der Mädchen als stärker ausgeprägt einschätzen (WMC ($F(1) = 3.991$, $p = .052$, $\eta_p^2 = 0.08$, ESKV ($F(1) = 5.192$, $p = .028$, $\eta_p^2 = 0.10$). Tabelle 37 zeigt die zugehörigen Mittelwerte und Standardabweichungen.

Tabelle 37: Ergebnisse der (multivariaten) Varianzanalysen zum prosozialem Verhalten

Beurteiler	Instrument (Effekt)	Gruppe	M (SD)	N
Lehrer	WMC (Geschlecht)	m.	112.46 (19.304)	50
		w.	137.00 (3.240)	5
	ESKV (Geschlecht)	m.	37.27 (7.334)	50
		w.	47.44 (3.955)	5

Soziale Unsicherheit und Stressverarbeitung

In diesen zwei Problembereichen finden sich nach Einschätzung der Kinder keine Geschlechts- oder Alterseinflüsse.

Fazit zum Einfluss von Alter und Geschlecht auf kurzfristige Effekte

Durch die Berücksichtigung von Alter und Geschlecht als feste Faktoren in die Varianzanalysen zeigen sich keine Interaktionen, die darauf hinweisen, dass Alter oder Geschlecht einen unmittelbaren Einfluss auf Trainingseffekte haben.

Es gibt aber Hinweise, die für die älteren Kinder einen günstigeren Verlauf erwarten lassen als für die jüngeren. Außerdem scheinen sich bei der Selbsteinschätzung Mädchen und ältere Kinder als belasteter einzustufen.

Bezüglich der Fremdwahrnehmung durch die Lehrer scheinen sich Mädchen prosozialer zu verhalten als Jungen.

4.5.2 Einfluss von Alter und Geschlecht auf langfristige Effekte

Problemverhalten

Die signifikanten Einflüsse von Alter und Geschlecht auf das Problemverhalten der Gesamtstichprobe über alle Messzeitpunkte hinweg sind in Tabelle 38 dargestellt. Mittelwerte und Standardabweichungen der zugehörigen Messwerte sowie die jeweilige Stichprobengröße/Zellbesetzung sind in Anhang 8.7 aufgeführt.

Tabelle 38: Ergebnisse der (multivariaten) Varianzanalysen zum Problemverhalten

Beurteiler	Instrument	Effekt	df	F	p	η_p^2
Eltern	ECBI-Problemhäufigkeit	Geschlecht * Alter	1	3.984	.049*	0.03
		Alter	1	5.789	.018*	0.05
	ECBI-Problembelastung	Geschlecht * Alter	1	10.259	.002**	0.09
		Zeit * Geschlecht * Alter	3	3.297	.024*	0.08
	SDQ-Gesamt	Geschlecht * Alter	1	6.378	.013*	0.05
Lehrer	SDQ-Gesamt	Geschlecht * Alter	1	3.700	.059	0.05
Kinder	SDQ-Gesamt	Geschlecht	1	5.610	.020*	0.05
		Geschlecht * Alter	1	8.371	.005**	0.08

Anmerkung: * < .05, ** < .01

Die Interaktionseffekte Geschlecht * Alter die sich über alle Beurteiler hinweg zeigen, bringen zum Ausdruck, dass bei den jüngeren Kindern die Mädchen und bei den älteren Kindern die Jungen stärker belastet sind. Der Interaktionseffekt Zeit * Geschlecht * Alter im Elternurteil der ECBI-Problembelastung bringt keine weiteren Aufschlüsse, da die Zellbesetzung bei den Mädchen zu gering ausfällt, um interpretierbar zu sein. Insgesamt scheinen die Eltern der älteren Kinder jedoch stärker belastet zu sein (Haupteffekt Alter bei der ECBI-Problembelastung). Bei den Kindern zeigt der Haupteffekt Geschlecht, dass sich die Mädchen grundsätzlich als belasteter wahrnehmen als die Jungen.

Prosoziales Verhalten

Die signifikanten Einflüsse von Alter und Geschlecht auf das prosoziale Verhalten der Gesamtstichprobe über alle Messzeitpunkte hinweg sind in Tabelle 39 dargestellt. Mittelwerte und Standardabweichungen der zugehörigen Messwerte sowie die jeweilige Stichprobengröße/Zellbesetzung sind in Anhang 8.7 aufgeführt.

Tabelle 39: Ergebnisse der (multivariaten) Varianzanalysen zum prosozialem Verhalten

Beurteiler	Instrument	Effekt	df	F	p	η_p^2	
Eltern	SDQ-Prosozial	Geschlecht	1	6.010	.016*	0.05	
Lehrer	SDQ-Prosozial	Alter	1	4.843	.031*	0.06	
		ESKV Gesamt	Alter	4	2.561	.046*	0.13
			Geschlecht * Alter	1	6.545	.013*	0.08

Anmerkung: * < .05, ** < .01

Der Haupteffekt Geschlecht im Elternurteil bedeutet, dass die Mädchen von den Eltern grundsätzlich prosozialer wahrgenommen werden als die Jungen. Die Lehrer schreiben den älteren Kindern mehr prosoziales Verhalten zu als den jüngeren, wie die Haupteffekte Alter im SDQ-Lehrerurteil und dem ESKV zeigen. Im Lehrerurteil des ESKV scheint der Interaktionseffekt darauf hinzudeuten, dass bei den jüngeren Kindern die Jungen prosozialer scheinen als die Mädchen, während sich dies in der älteren Gruppe dann umdreht. Allerdings ist auch hier die geringe Zellbesetzung bei den Mädchen zu berücksichtigen.

Soziale Unsicherheit und Stressverarbeitung

Signifikante Einflüsse von Alter und Geschlecht auf die soziale Unsicherheit und die Stressverarbeitung der Gesamtstichprobe über alle Messzeitpunkte hinweg wurden nicht gefunden.

Fazit zum Einfluss von Alter und Geschlecht auf langfristige Effekte

Durch die Berücksichtigung von Alter und Geschlecht als feste Faktoren in die Varianzanalysen zeigen sich keine Interaktionen, die darauf hinweisen, dass Alter oder Geschlecht über den Verlauf gesehen einen Einfluss auf die Problembereiche haben.

Es gibt aber Hinweise darauf, dass die älteren Kinder grundsätzlich stärker belastet sind, wobei dies im Fremdurteil besonders die Jungen betrifft, während im Selbsturteil die Mädchen auffälliger sind.

Wie bei der Analyse von Geschlecht und Alter hinsichtlich der kurzfristigen Effekte, werden auch im Gesamtverlauf Mädchen grundsätzlich prosozialer wahrgenommen als Jungen. Aus Sicht der Lehrer scheint dabei auch das Alter eine Rolle zu spielen, da sie bei älteren Kindern mehr prosoziales Verhalten beobachten.

4.5.3 Bewertung von Hypothese 5: Es gibt keine Alters- und Geschlechtseffekte

Bei der Analyse der kurzfristigen Trainingseffekte zeigen sich keine Interaktionen von Alter oder Geschlecht mit der Gruppenzugehörigkeit und dem Faktor Zeit. Auch bei der Analyse möglicher Einflüsse auf längerfristige Effekte werden keine Interaktionen von Alter oder Geschlecht mit dem Faktor Zeit gefunden. Somit kann die Hypothese 5 beibehalten werden.

Die darüber hinaus gefunden Einflüsse von Geschlecht und Alter bieten jedoch Ansatzpunkte für spezifischere Untersuchungen, wie in der Diskussion noch genauer ausgeführt wird.

4.6 Unterschiede der Effektbeurteiler

Zur Überprüfung von Unterschieden der Effektbeurteiler (Eltern, Lehrer, Kinder) werden die Variablen herangezogen, die von allen gleichermaßen ausgefüllt wurden: hinsichtlich des Problemverhaltens der SDQ-Gesamtwert und hinsichtlich des prosozialen Verhaltens die Subskala SDQ-Prosozial. Über jeden Problembereich wurde eine multivariate Varianzanalyse mit den Faktoren Gruppenzugehörigkeit und Beurteiler gerechnet.

4.6.1 Unterschiede der Effektbeurteiler hinsichtlich des Problemverhaltens

In der Varianzanalyse zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt „Beurteiler“ ($F(4) = 5.066$, $p = .001$, $\eta_p^2 = 0.12$). Die Beurteiler unterscheiden sich in ihren Urteilen zu beiden untersuchten Messzeitpunkten (t1: $F(2) = 10.763$, $p < .000$, $\eta_p^2 = 0.23$; t2: $F(2) = 6.648$, $p = .002$, $\eta_p^2 = 0.15$). Tabelle 40 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der Urteiler zu den zwei untersuchten Messzeitpunkten.

Tabelle 40: Mittelwerte und Standardabweichungen im SDQ-Gesamturteil getrennt nach Beurteiler und Messzeitpunkt

Messzeitpunkt	Beurteiler	M (SD)	N
t1	Eltern	19.53 (5.198)	30
	Lehrer	17.45 (6.151)	20
	Kinder	12.00 (5.211)	27
t2	Eltern	17.70 (5.510)	30
	Lehrer	15.55 (4.989)	20
	Kinder	11.07 (6.120)	27

Dabei unterscheiden sich zu beiden Messzeitpunkten Selbst- und Elternurteil, sowie Selbst- und Lehrerurteil dahingehend voneinander, dass die Eltern und Lehrer das Problemverhalten auffälliger einstufen als die Kinder selbst, wobei der Unterschied zwischen Lehrer- und Selbsturteil zum zweiten Messzeitpunkt nach der Bonferroni-Korrektur nicht mehr signifikant ist (t1: Eltern – Selbst $p = .000$, Lehrer – Selbst $p = .004$; t2: Eltern – Selbst $p = .002$, Lehrer – Selbst $p = .086$).

4.6.2 Unterschiede der Effektbeurteiler hinsichtlich des prosozialen Verhaltens

In der Varianzanalyse zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt „Beurteiler“ ($F(4) = 7.791$, $p < .000$, $\eta_p^2 = 0.18$) sowie eine signifikante Interaktion Gruppe * Beurteiler ($F(4) = 2.699$, $p = .033$, $\eta_p^2 = 0.07$). Die Beurteiler unterscheiden sich in ihren Urteilen zu beiden untersuchten Messzeitpunkten (t1: $F(2) = 14.847$, $p < .000$, $\eta_p^2 = 0.29$; t2: $F(2) = 13.207$, $p < .000$, $\eta_p^2 = 0.27$). Tabelle 41 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der Urteiler zu den zwei untersuchten Messzeitpunkten für die Gesamtgruppe.

Tabelle 41: Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskala SDQ-Prosozial getrennt nach Beurteiler und Messzeitpunkt

Messzeitpunkt	Beurteiler	M (SD)	N
t1	Eltern	6.47 (1.717)	30
	Lehrer	4.05 (2.724)	20
	Kinder	7.04 (2.157)	27
t2	Eltern	6.20 (2.041)	30
	Lehrer	3.75 (2.447)	20
	Kinder	7.19 (1.733)	27

Dabei unterscheiden sich zu beiden Messzeitpunkten Lehrer- und Elternurteil sowie Lehrer- und Selbsturteil dahingehend voneinander, dass die Lehrer bei den Kindern weniger prosoziales Verhalten wahrnehmen als die Eltern oder die Kinder selbst (t1: Lehrer – Eltern $p = .000$, Lehrer – Kinder $p = .000$; t2: Lehrer – Eltern $p = .002$, Lehrer – Kinder $p = .000$). Die Interaktion Gruppe *

Beurteiler kann dahingehend interpretiert werden, dass die Lehrer die Kinder der Experimentalgruppe zum ersten Messzeitpunkt als prosozialer einschätzen als die Kontrollgruppe ($p = .039$), dies aber zum zweiten Messzeitpunkt nicht mehr auftritt ($p = .774$). Tabelle 42 zeigt dies über die dargestellten Mittelwerte und Standardabweichungen.

Tabelle 42: Mittelwerte und Standardabweichungen des Lehrerurteils der Subskala SDQ-Prosozial getrennt nach Gruppe und Messzeitpunkt

Messzeitpunkt	Gruppe	M (SD)	N
t1	EG	4.86 (2.598)	14
	KG	2.17 (2.137)	6
t2	EG	3.86 (2.349)	14
	KG	3.50 (2.881)	6

4.6.3 Bewertung von Hypothese 6: Es gibt Unterschiede, abhängig von den Effektbeurteilern

Die in diesem Abschnitt berücksichtigten Varianzanalysen zeigen, dass es zusätzlich zu den Unterschieden über die Wahrnehmung der Wirksamkeit des Trainings (vgl. z.B. 4.3.4 „Fazit zur Überprüfung der kurzfristigen Effektivität des Trainingsprogramms“ und 4.9 „Direkte Bewertung des Trainings durch die Beurteiler“) zwischen den Beurteilern auch grundsätzliche Unterschiede gibt. So nehmen Eltern und Lehrer das Problemverhalten stärker ausgeprägt wahr als die Kinder selbst, während bezüglich des prosozialen Verhaltens die Lehrer das erwünschte Verhalten als deutlich weniger ausgeprägt wahrnehmen als die Eltern und Kinder. Somit kann Hypothese 6 beibehalten werden.

4.7 Einfluss von Moderatorvariablen

Um zu überprüfen, ob spezielle Gruppen von Kindern unterschiedlich stark vom Training profitieren, sollte die Art des Problemverhaltens als Gruppierungsvariable mit in die Varianzanalysen aufgenommen werden. Dazu wurden die Ergebnisse aus den Skalen zu hyperkinetischen Störungen, Störungen des Sozialverhaltens und Angststörungen des DISYPS zugrunde gelegt. Kinder mit einem Wert von 0-1.4 wurden auf der jeweiligen Skala als unauffällig, Kinder mit einem Wert von 1.5-3.0 als auffällig eingestuft.

Da auf der Skala Störungen des Sozialverhaltens kein Kind und auf der Skala Angststörungen nur ein Kind als auffällig eingestuft wurde, fand lediglich die Verdachtsdiagnose „Hyperkinetische

Störung“ als Gruppierungsvariable in die Analysen Eingang. Als abhängige Variablen wurden der SDQ-Gesamtwert und die Subskala SDQ-Prosozial jeweils für alle drei Beurteilergruppen herangezogen.

4.7.1 Die Verdachtsdiagnose „Hyperkinetische Störung“

In Tabelle 43 werden die Mittelwerte und Standardabweichungen der abhängigen Variablen nach Problembereichen und getrennt für „Verdachtsdiagnose nein/ ja“ dargestellt. Tabelle 44 veranschaulicht die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung und dem Faktor Gruppenzugehörigkeit. Anschließend werden die Ergebnisse im Einzelnen beschrieben.

Tabelle 43: Mittelwerte und Standardabweichungen der abhängigen Variablen getrennt für die Gruppenzugehörigkeit HKS1/ HKS2 zu den einzelnen Messzeitpunkten

Variable	Gruppe (N)	Prä (t1) M (SD)	Post 1 (t2) M (SD)
Problemverhalten			
SDQ Eltern Gesamt	HKS1 (12)	16.75 (3.888)	17.25 (6.032)
	HKS2 (8)	23.50 (4.375)	18.25 (4.062)
SDQ Lehrer Gesamt	HKS1 (10)	15.80 (6.161)	13.40 (4.502)
	HKS2 (6)	21.83 (6.338)	19.83 (7.808)
SDQ Selbst Gesamt	HKS1 (12)	11.50 (4.583)	9.75 (5.594)
	HKS2 (7)	15.14 (5.336)	12.29 (2.928)
Prosoziales Verhalten			
SDQ Eltern Prosozial	HKS1 (12)	6.50 (1.243)	6.25 (1.603)
	HKS2 (8)	6.50 (2.070)	6.00 (1.414)
SDQ Lehrer Prosozial	HKS1 (10)	4.50 (2.677)	4.00 (1.700)
	HKS2 (6)	4.50 (2.345)	4.33 (2.875)
SDQ Selbst Prosozial	HKS1 (12)	6.50 (1.977)	7.58 (1.443)
	HKS2 (7)	6.86 (2.006)	6.86 (2.035)
<i>Anmerkung:</i> HKS1 = keine Verdachtsdiagnose „Hyperkinetische Störung“; HKS2 = Verdachtsdiagnose „Hyperkinetische Störung“			

Tabelle 44: Ergebnisse der ANOVAs mit den Faktoren Gruppe und Messzeitpunkt

Abhängige Variablen	Messzeitpunkt				Messzeitpunkt x Gruppe			
	F	df	p	η_p^2	F	df	p	η_p^2
Problemverhalten								
SDQ Eltern Gesamt	4.233	1	.054*	0.19	6.203	1	.023*	0.25
SDQ Lehrer Gesamt	2.658	1	.125	0.16	0.022	1	.884	0.00
SDQ Selbst Gesamt	6.404	1	.022*	0.27	0.370	1	.551	0.02
Prosoziales Verhalten								
SDQ Eltern Prosozial	1.607	1	.221	0.08	0.179	1	.678	0.01
SDQ Lehrer Prosozial	0.199	1	.662	0.01	0.050	1	.827	0.00
SDQ Selbst Prosozial	1.177	1	.293	0.06	1.177	1	.293	0.06
<i>Anmerkung:</i> Messzeitpunkt = t1 vs. t2, Gruppe = HKS1 vs. HKS2; p = Signifikanz; * bedeutet p < .05								

Hinsichtlich des Problemverhaltens zeigt sich im Eltern- und Selbsturteil ein signifikanter Haupteffekt, und bei den Eltern zusätzlich ein deutlich signifikanter Interaktionseffekt. Dies

bedeutet, dass das Problemverhalten aus Sicht der Eltern und Kinder nach dem Training abgenommen hat, wobei die Kinder mit der Verdachtsdiagnose „Hyperkinetische Störung“ aus Sicht der Eltern stärker zu profitieren scheinen, als die Kinder ohne Verdachtsdiagnose. Allerdings weist der Vergleich der Mittelwerte zum Zeitpunkt t1 darauf hin, dass sich die beiden Gruppen bereits vor dem Training voneinander unterscheiden (t-Test für unabhängige Stichproben: $t = -3.621$, $df = 18$, $p = .002$).

Hinsichtlich des prosozialen Verhaltens sind keine Effekte nachweisbar.

4.7.2 Fazit zur Hypothese 7: Der Einfluss von Moderatorvariablen auf Effekte ist nachweisbar

Aufgrund der Tatsache, dass nur hinsichtlich einer Gruppierungsvariablen Untergruppen gebildet werden konnten, ist diese Hypothese nur eingeschränkt und vorläufig zu bewerten.

So ist aus dem Elternurteil zum Problemverhalten ableitbar, dass Kinder mit der Verdachtsdiagnose „Hyperkinetische Störung“ möglicherweise stärker vom Training profitieren als Kinder, bei denen dies nicht der Fall ist. Allerdings unterscheiden sich die beiden Gruppen zu t1 auf der abhängigen Variable voneinander, was die Aussagekraft des Ergebnisses einschränkt. So kann mit den verfügbaren Daten die Hypothese 7 nicht bestätigt werden.

4.8 Überprüfung der Wissensvermittlung

Um zu überprüfen, ob die Kinder die vermittelten Inhalte der jeweiligen Trainingsstunde rezipieren konnten, wurde am Ende der Sitzungen 1 bis 7 ein kleines Quiz ausgeteilt, das die Wissensinhalte der betreffenden Sitzung abprüfte. Darüber hinaus wurden die Kinder vor dem Training und im Anschluss an die 8. Sitzung zu den Inhalten aller Trainingsstunden befragt (sog. „Kontrollquiz“).

Tabelle 45 gibt die Ergebnisse der Kinder in den Quiz während des Trainings wieder. Die Quiz selbst sind in Anhang 8.4 angefügt.

Tabelle 45: Quizergebnisse während des Trainings

	Anzahl vorliegender Datensätze	Kinder mit mehr als 80 % richtigen Ergebnissen	Kinder mit weniger als 50 % richtigen Antworten
Quiz 1	35	85.7 % (N = 30)	2.9 % (N = 1)
Quiz 2	27	37 % (N = 10)	3.7 % (N = 1)
Quiz 3	33	33.3 % (N = 11)	6.1 % (N = 2)
Quiz 4	33	60.6 % (N = 20)	21.2 % (N = 7)
Quiz 5	32	84.4 % (N = 27)	3.1 % (N = 1)
Quiz 6	33	94 % (N = 31)	0 % (N = 0)
Quiz 7	33	78.7 % (N = 26)	6.0 % (N = 2)

Mit Ausnahme des Quiz 4 gibt es in allen Quiz nie mehr als zwei Kinder, die weniger als 50 Prozent richtige Antworten erreichen, in fünf der sieben Quiz erreichen mindestens 60 Prozent der Kinder mehr als 80 Prozent richtige Antworten, so dass davon auszugehen ist, dass die Trainingsinhalte den Kindern vermittelt werden konnten.

Tabelle 46 zeigt anhand des t-Tests für abhängige Stichproben, wie sich die Ergebnisse im Kontrollquiz durch die Teilnahme am Training verbessern. Dies kann als weiterer Beleg für die erfolgreiche Wissensvermittlung der Trainingsinhalte gewertet werden.

Tabelle 46: Einseitiger t-Test für abhängige Stichproben bezüglich der Quizergebnisse vor und nach Teilnahme am Training

Variable	Messzeitpunkt	N	Mittelwert	Standardabweichung	t-Wert	df	p
Kontrollquiz	t1	40	12.11	4.770	-7.362	39	.000
	t2	40	18.77	5.149			

Die Effektstärke – berechnet über Cohen's d (Cohen, 1992) – beträgt hierbei 1.16, d.h. es handelt sich um einen sehr starken Effekt.

4.9 Direkte Bewertung des Trainings durch die Beurteiler

Je zwei Items der SDQ-Follow-up-Versionen beziehen sich direkt auf die durchgeführte Intervention und geben Hinweise darauf, ob die jeweiligen Beurteiler eine Veränderung der Probleme des Kindes seit der Teilnahme an der Intervention wahrgenommen haben, und ob – bezogen auf die Kinder und Eltern – die Intervention als hilfreich empfunden wurde.

Zunächst wird die deskriptive Analyse dieser Items zum Zeitpunkt t2 in Bezug auf alle Kinder, die im Untersuchungszeitraum am Training teilnahmen, dargestellt. Im Anschluss daran wird der Verlauf der Einschätzung – ebenfalls für die Gesamtstichprobe – über alle Erhebungszeitpunkte hinweg veranschaulicht.

4.9.1 Bewertung unmittelbar nach Trainingsteilnahme (t2)

Elternurteil

Abbildung 11 und 12 stellen die Elternurteile graphisch dar. Von den 21 Elternurteilen, die zu dieser Auswertung herangezogen werden konnten, kamen 67 % (n = 14) zu der Einschätzung, dass die Probleme des Kindes seit der Teilnahme besser geworden seien, 33 % (n = 7) beurteilten die Probleme als gleich bleibend. Eine Verschlimmerung der Probleme fand sich im Elternurteil nicht.

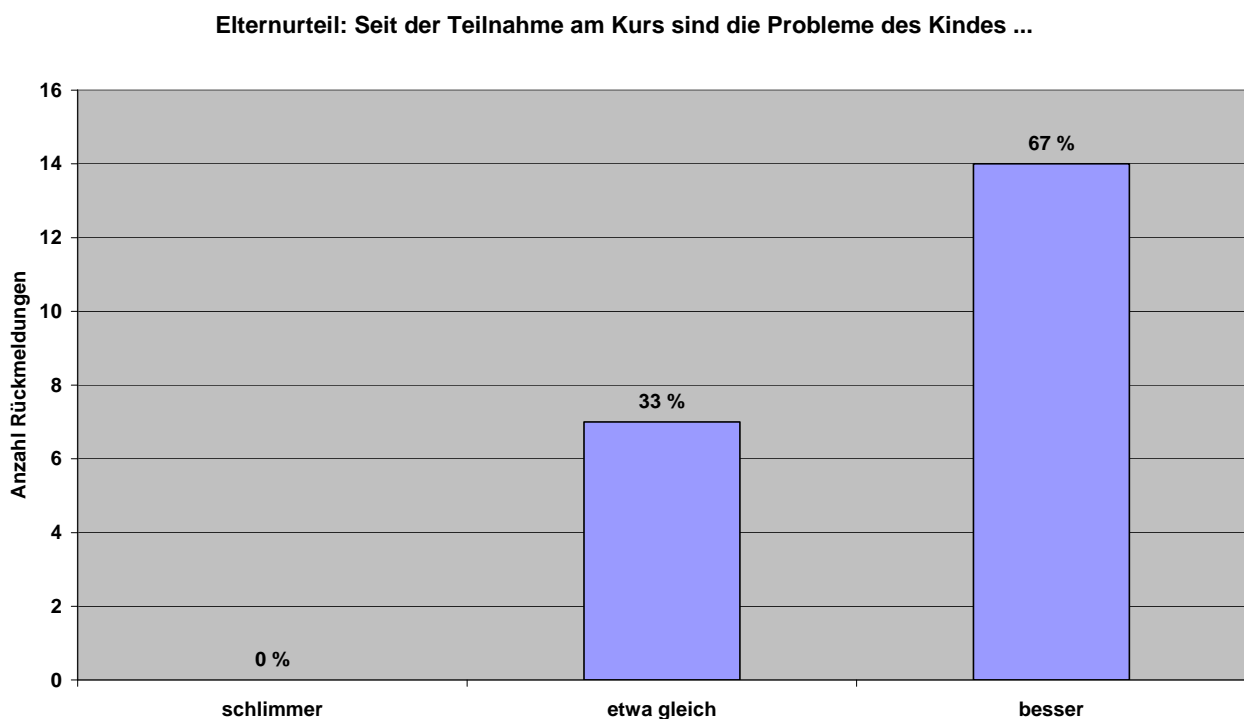


Abbildung 11: Elternurteil zur Entwicklung der Probleme des Kindes nach Kursteilnahme

Von den 20 Urteilen inwiefern sie der Kurs unterstützt hat, werteten 65 % (n = 13) den Kurs als hilfreich, 35 % (n = 7) gaben an, keine hilfreichen Informationen bekommen zu haben.

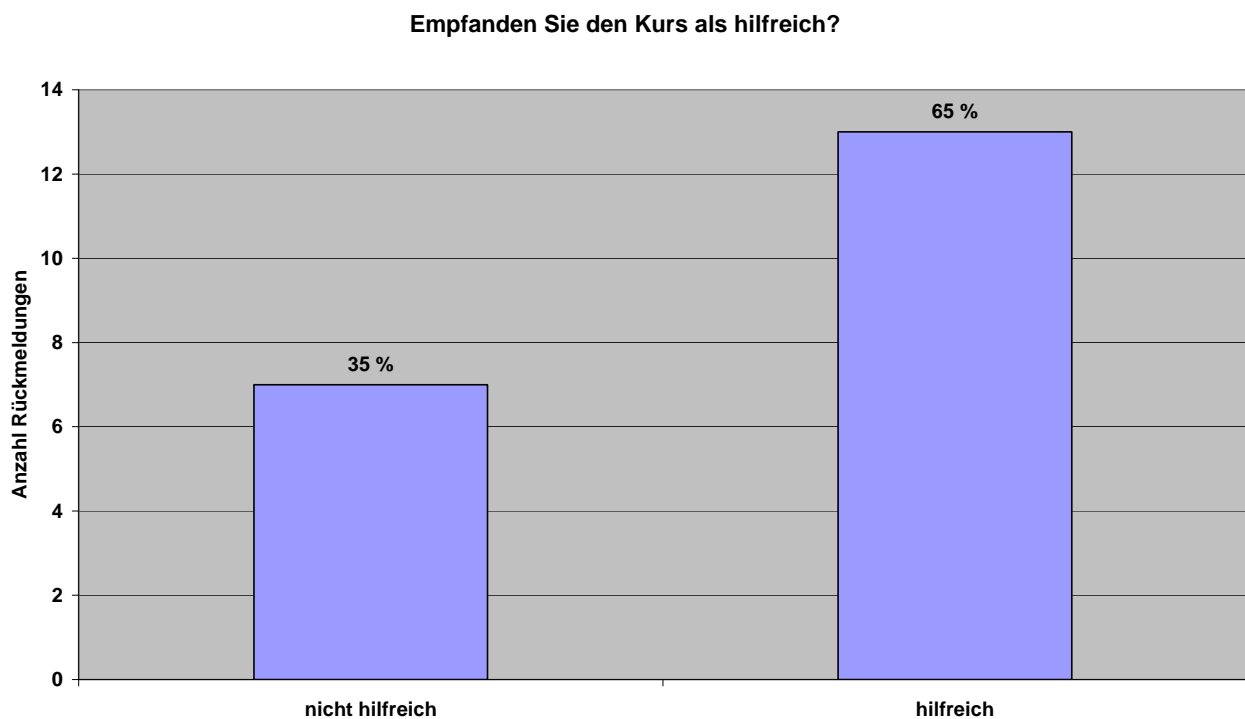


Abbildung 12: Elternurteil zur empfundenen Unterstützung durch den Kurs

Lehrerurteil

Die deskriptive Analyse der Lehrerurteile ist in Abbildung 13 graphisch dargestellt. Von den 13 auswertbaren Lehrerurteilen werteten 54 % (n = 7) die Probleme des Kindes als verbessert, 46% (n = 6) nehmen keine Verbesserung wahr; von Verschlechterungen berichtet niemand.

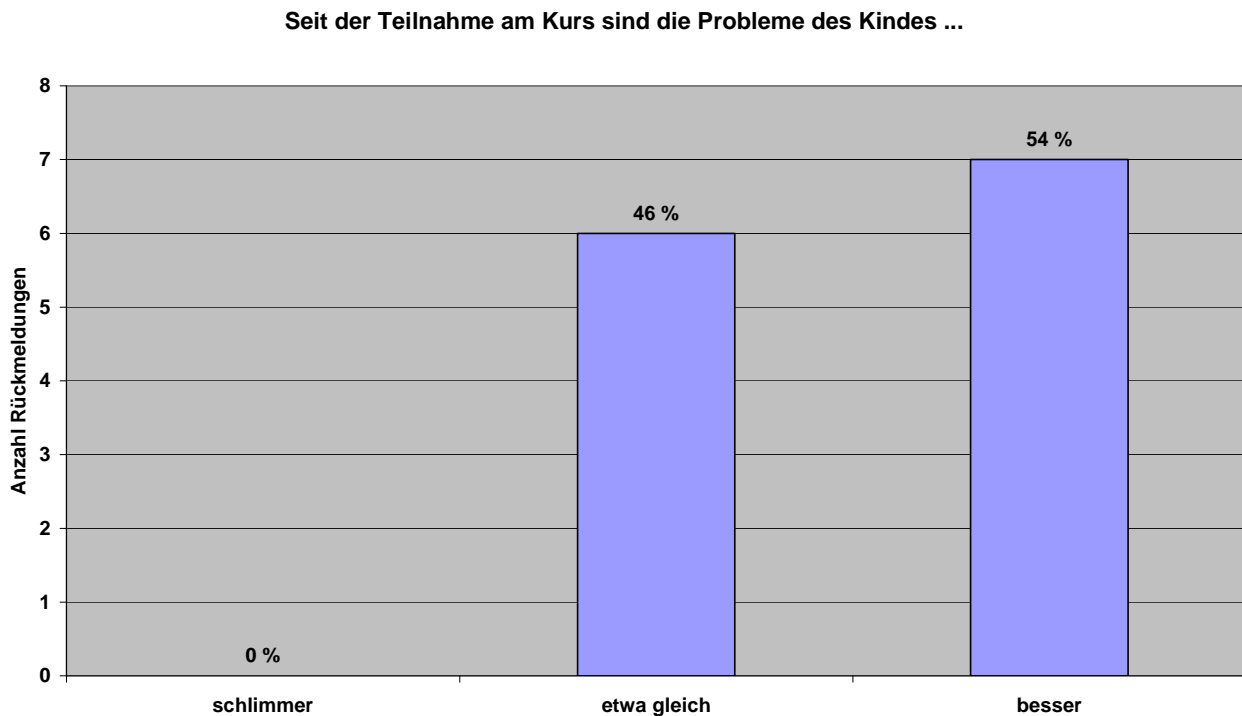


Abbildung 13: Lehrerurteil zur Entwicklung der Probleme des Kindes nach Kursteilnahme

Selbsturteil

Die graphischen Darstellungen der Selbsturteile finden sich in Abbildung 14 und Abbildung 15. Bei den 20 auswertbaren Selbsturteilen gaben 85 % (n = 17) an, die Probleme seien seit dem Training besser geworden, 15 % (n = 3) kommen zu der Einschätzung etwa gleich. Eine Verschlechterung wurde von keinem Kind berichtet.

Bezüglich empfundener Hilfe urteilten aus derselben Stichprobe 100 % (n = 20) hilfreich, d.h. alle Kinder erlebten den Kurs als unterstützend.

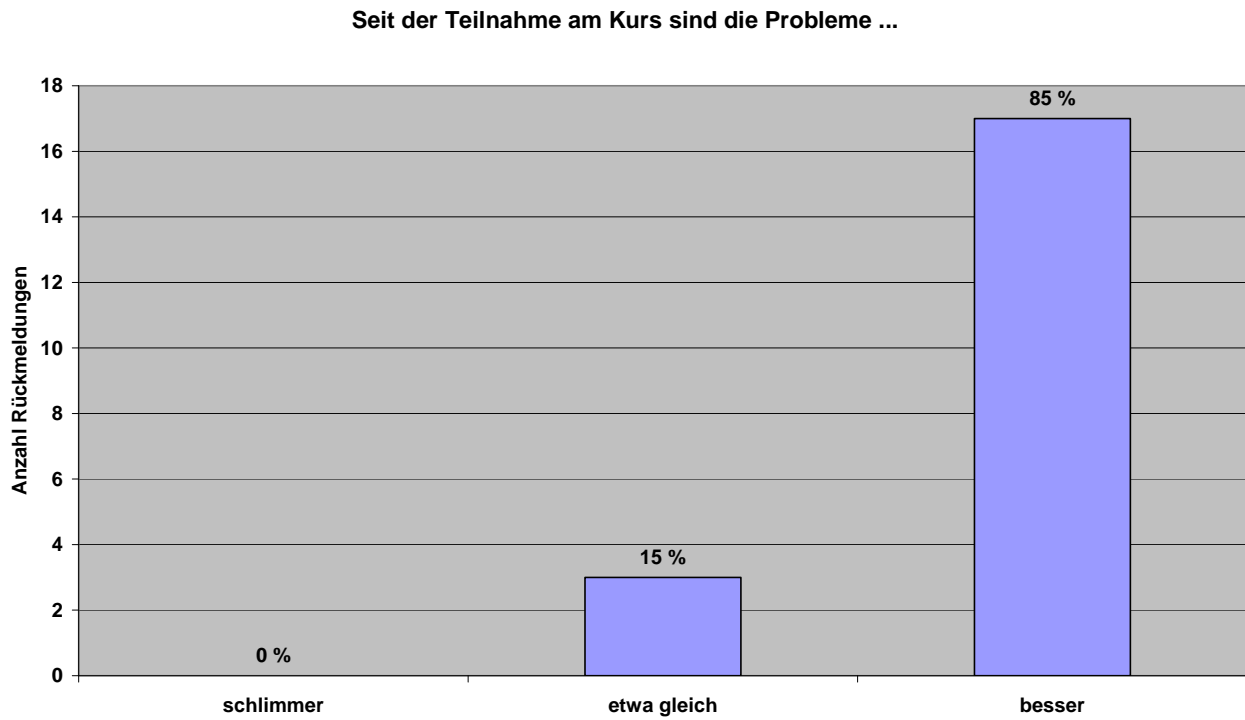


Abbildung 14: Selbsturteil zur Entwicklung der Probleme nach Kursteilnahme

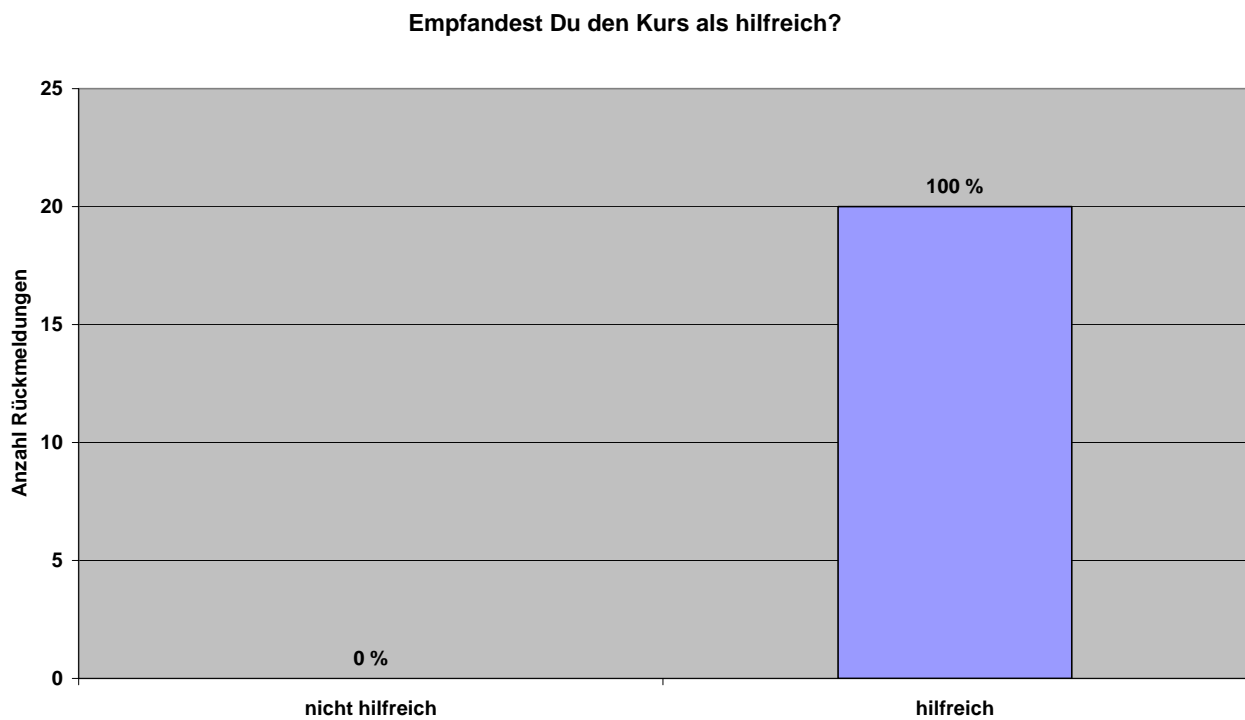


Abbildung 15: Selbsturteil zur empfundenen Unterstützung durch den Kurs

4.9.2 Bewertungen im Verlauf der Untersuchungszeitpunkte t2 bis t5

Elternurteil

Problemveränderung

Tabelle 47 gibt die wahrgenommene Veränderung der Probleme nach Kursende im Elternurteil wieder.

Tabelle 47: Wahrgenommene Veränderung der Probleme nach Kursende im Elternurteil

Untersuchungszeitpunkt	N Gesamt	Verbesserung	Gleich bleibend	Verschlechterung
t2 (unmittelbar nach Trainingsende)	21	67 % (N = 14)	33 % (N = 7)	0 % (N = 0)
t3 (6-8 Wochen nach Trainingsende)	15	67 % (N = 10)	27% (N = 4)	7 % (N = 1)
t4 (6 Monate nach Trainingsende)	15	80 % (N = 12)	20 % (N = 3)	0 % (N = 0)
t5 (1 Jahr nach Trainingsende)	13	85 % (N = 11)	15 % (N = 2)	0 % (N = 0)

Hinsichtlich der Problemveränderung zeigt die deskriptive Analyse, dass die wahrgenommene Veränderung des Problemverhaltens über alle vier Post-Messungen hinweg stabil bleibt, d.h. mindestens zwei Drittel der Eltern, von denen Daten vorliegen, nehmen eine Verbesserung ihrer Kinder durch die Teilnahme an der Intervention wahr, die auch ein Jahr nach Ende des Kurses noch stabil bleibt.

Empfundene Unterstützung

Tabelle 48 zeigt den Verlauf der wahrgenommenen Unterstützung durch den Kurs zu den Nacherhebungszeitpunkten im Elternurteil.

Tabelle 48: Wahrgenommene Unterstützung durch den Kurs zu den Nacherhebungszeitpunkten (Elternurteil)

Untersuchungszeitpunkt	N Gesamt	Hilfreich	Nicht hilfreich
t2 (unmittelbar nach Trainingsende)	20	65 % (N = 13)	35 % (N = 7)
t3 (6-8 Wochen nach Trainingsende)	20	80 % (N = 16)	20 % (N = 4)
t4 (6 Monate nach Trainingsende)	15	73 % (N = 11)	27 % (N = 4)
t5 (1 Jahr nach Trainingsende)	13	62 % (N = 8)	38 % (N = 5)

Hinsichtlich der durch den Kurs empfundenen Unterstützung zeigt sich auch hier in der deskriptiven Analyse eine weitgehende Stabilität, wobei die wahrgenommene Unterstützung unmittelbar nach Kursende nicht so hoch eingeschätzt wird wie sechs bis acht Wochen später.

Lehrerurteil

Problemveränderung

Tabelle 49 gibt die wahrgenommene Veränderung der Probleme nach Kursende aus Sicht der Lehrer wieder.

Tabelle 49: Wahrgenommene Veränderung der Probleme nach Kursende im Lehrerurteil

Untersuchungszeitpunkt	N Gesamt	Verbesserung	Gleich bleibend	Verschlechterung
t2 (unmittelbar nach Trainingsende)	13	54 % (N = 7)	46 % (N = 6)	0 % (N = 0)
t3 (6-8 Wochen nach Trainingsende)	10	70 % (N = 7)	30 % (N = 3)	0 % (N = 0)
t4 (6 Monate nach Trainingsende)	7	86 % (N = 6)	14 % (N = 1)	0 % (N = 0)
t5 (1 Jahr nach Trainingsende)	5	80 % (N = 4)	20 % (N = 1)	0 % (N = 0)

Aus Sicht der Lehrer nimmt prozentual gesehen die Verbesserung vor allem langfristig zu, wobei hier jedoch die zunehmend geringere Rücklaufquote besonders augenfällig ist. Bei den Kindern, die eine Verbesserung durch den Kurs zeigen, scheint jedoch Stabilität gegeben zu sein.

Selbsturteil

Problemveränderung

Tabelle 50 gibt die wahrgenommene Veränderung der Probleme nach Kursende im Selbsturteil wieder.

Tabelle 50: Wahrgenommene Veränderung der Probleme nach Kursende im Selbsturteil

Untersuchungszeitpunkt	N Gesamt	Verbesserung	Gleich bleibend	Verschlechterung
t2 (unmittelbar nach Trainingsende)	20	85 % (N = 17)	15 % (N = 3)	0 % (N = 0)
t3 (6-8 Wochen nach Trainingsende)	16	75 % (N = 12)	19 % (N = 3))	6 % (N = 1)
t4 (6 Monate nach Trainingsende)	13	69 % (N = 9)	23 % (N = 3)	8 % (N = 1)
t5 (1 Jahr nach Trainingsende)	12	42 % (N = 5)	50 % (N = 6)	8 % (N = 1)

Im Selbsturteil zeigt sich im Unterschied zu Eltern und Lehrern eher eine geringere Stabilität, wobei auch hier sechs Monate nach Trainingsende noch zwei Drittel der Kinder, von denen Einschätzungen vorliegen, von Verbesserungen durch den Kurs berichten.

Empfundene Unterstützung

Tabelle 51 zeigt den Verlauf der wahrgenommenen Unterstützung durch den Kurs zu den Nacherhebungszeitpunkten im Selbsturteil.

Tabelle 51: Wahrgenommene Unterstützung durch den Kurs zu den Nacherhebungszeitpunkten (Selbsturteil)

Untersuchungszeitpunkt	N Gesamt	Hilfreich	Nicht hilfreich
t2 (unmittelbar nach Trainingsende)	20	100 % (N = 20)	0 % (N = 0)
t3 (6-8 Wochen nach Trainingsende)	16	69 % (N = 11)	31 % (N = 5)
t4 (6 Monate nach Trainingsende)	13	69 % (N = 9)	31 % (N = 4)
t5 (1 Jahr nach Trainingsende)	12	50 % (N = 6)	50 % (N = 6)

Die empfundene Unterstützung ist im Selbsturteil nach Ende des Kurses am höchsten und nimmt dann im Verlauf der Untersuchung augenscheinlich bis auf 50 % ab.

4.9.3 Fazit zur direkten Bewertung des Trainings durch die Beurteiler

Die generelle Abnahme der Rückläufe im Verlauf der Datenerhebung wird im Diskussionsteil der Arbeit noch näher analysiert werden. Bei der direkten Bewertung des Trainings durch die Beurteiler kommt noch hinzu, dass bei fünf Kindern und je sechs Lehrern und Eltern zu den Postmessungen die falschen Versionen des SDQ versandt worden waren, so dass diese Angaben fehlen.

Während bei den vorliegenden Urteilen die Kinder unmittelbar nach Ende des Kurses am meisten von Problemveränderung und empfundener Unterstützung berichten, aus ihrer Sicht die Stabilität der Veränderungen jedoch nicht so groß zu sein scheint, kann dem Eltern- und Lehrerurteil ein gegenläufiger Effekt entnommen werden. Sie bewerten das Training zu den späteren Messzeitpunkten positiver als unmittelbar nach Abschluss der Intervention.

Die mit den jeweils fünf komplett vorliegenden Datensätzen gerechneten Friedman-Tests weisen jedoch auf eine Stabilität der gefundenen Effekte hin, d.h. bei den Kindern, die vom Training profitieren, scheinen die Effekte bis zu einem Jahr nach Trainingsende stabil zu bleiben (Problemveränderung Elternurteil: $\chi^2 = 1.629$, $df = 3$, $p = .653$; Wahrgenommene Unterstützung

Elternurteil: $\chi^2 = 3.000$, $df = 3$, $p = .392$; Problemveränderung Selbsturteil: $\chi^2 = 3.667$, $df = 3$, $p = .300$; Wahrgenommene Unterstützung Selbsturteil: $\chi^2 = 4.000$, $df = 3$, $p = .261$).

4.10 Verlaufsanalysen im Einzelfall

Zur fallbezogenen Veranschaulichung der Trainingseffekte und möglicher Generierung weiterer Hypothesen werden drei Kinder dargestellt, die mit unterschiedlichen Problemschwerpunkten zum Training kamen.

4.10.1 Martin, 7 Jahre

Martin ist zum Zeitpunkt des Trainingsbeginns 7 Jahre und 11 Monate alt. Er besucht die 2. Klasse der Regelgrundschule und wohnt außerhalb der Stadt. Seine Eltern haben einen Hochschulabschluss, Martin hat keine Geschwister. Eine Diagnose ist nicht bekannt. Es gibt keine therapeutische Vorbehandlung, die Eltern berichten jedoch von Kontakten zur schulpsychologischen Beratungsstelle und von einer Diagnostik auf Hochbegabung. Grund für die Anmeldung zum Kurs sei Martins aggressives Verhalten. Die Eltern berichten im Vorgespräch, dass Martin nicht gut mit anderen zurecht komme. Dies zeige sich vor allem in Gruppen, die er nicht selbst gewählt habe, wie z.B. der Schulklasse. Er schlage andere Kinder, rempele sie mit Absicht an und provoziere. Derzeit habe er keine Freunde, da sich auch die früheren Freunde durch sein rüpelhaftes Verhalten von ihm distanziert hätten. Ergebnisse aus dem DISYPS liegen keine vor. Auf Seite 2 des SDQ schätzen die Eltern die Schwierigkeiten von Martin als massiv und über ein Jahr dauernd ein. Sie vermuten, dass er selbst kaum unter diesen Schwierigkeiten leide, und zu Hause gar nicht, im Unterricht kaum, mit Freunden und in der Freizeit jedoch schwer durch die Schwierigkeiten beeinträchtigt sei.

Als Ziele für das Training geben die Eltern an, dass Martin einen anderen Umgang mit Kindern lernen solle. Nach dem Training solle er andere Kinder nicht mehr schlagen oder anderweitig körperlich schädigen. Martin selbst nennt vor dem Training keine eigenen Ziele.

Im Training selbst erhielt er folgende persönliche Regeln:

- Ich lasse die anderen ausreden.
- Ich bleibe ruhig auf meinem Stuhl sitzen und spreche die anderen mit Namen an.
- Ich lobe die anderen, wenn mir etwas gut gefällt.

- Ich bleibe ruhig auf meinem Stuhl sitzen und sage den anderen, wenn mir etwas von dem, was sie gesagt oder getan haben, gut gefallen hat.
- Ich nehme die anderen Kinder wichtig: ich frage, was die Anderen möchten, helfe, schließe Kompromisse.
- Ich lasse den anderen Kindern den Vortritt, schließe Kompromisse und rede nicht rein. (von Martin selbst gewählt)

Im Verlauf des Trainings zeigte Martin sich freundlich, aufgeschlossen und aufgeweckt. Er konnte sich gut in andere hineinversetzen und verstehen, wie es den anderen geht. Er zeigte sich zunehmend kompromissbereit, und bei entsprechender Motivation konnte er Ablenkungen ignorieren. Schwierigkeiten zeigten sich in seiner Impulsivität, aggressiven Antworttendenzen und dem starken Bedürfnis, im Mittelpunkt stehen zu wollen. Aus Sicht der TrainerInnen lernte Martin, für schwierige Situationen verschiedene Lösungen zu finden, sich weniger in den Vordergrund zu drängen und ruhig sitzen zu bleiben. Nach seiner Einschätzung lernte Martin, besser Kompromisse zu schließen, den anderen den Vortritt zu lassen, sich weniger ablenken zu lassen und ruhig sitzen zu bleiben.

Tabelle 52 veranschaulicht die Werte von Martin auf den abhängigen Variablen vor und nach dem Kurs aus Sicht der Eltern, der Lehrer und im Selbsturteil.

Tabelle 52: Martins Werte auf den abhängigen Variablen zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten

Problemereich	Beurteiler	Messinstrument	t1	t2	t3	t4	t5
Problemverhalten	Eltern	ECBI-Problemhäufigkeit	89	63	68	74	-
		ECBI Problembelastung	7	2	2	2	-
		SDQ-Gesamt	14	7	10	8	-
	Lehrer	SDQ-Gesamt	14	15	13	15	-
	Selbsturteil	SDQ-Gesamt	7	3	3	8	-
Prosoziales Verhalten	Eltern	SDQ-Prosozial	5	8	5	7	-
	Lehrer	WMC	119	115	134	138	-
		ESKV	38.20	39	46.8	36.60	-
		SDQ-Prosozial	2	2	2	1	-
	Selbsturteil	SDQ-Prosozial	9	8	9	9	-

Insgesamt fällt auf, dass bereits vor Kursbeginn die Einschätzungen der Eltern und von Martin auf vier der sechs Variablen im unauffälligen Bereich liegen. Lediglich die beiden Werte des SDQ sind aus Sicht der Eltern grenzwertig. Die Einschätzung des Lehrers im SDQ deutet aber vor allem im Bereich des prosozialen Verhaltens auf starke Defizite hin.

Zur Veränderung des Problemverhaltens lässt sich insgesamt ableiten, dass es aus Sicht der Eltern und im Selbsturteil abnimmt, während es aus Sicht des Lehrers eher unverändert bleibt.

Bezüglich des prosozialen Verhaltens nehmen die Eltern über die Erhebungen eher Schwankungen wahr, während es aus Sicht von Martin auf hohem Niveau stabil bleibt. Aus Sicht des Lehrers deuten sich positive Veränderungen im prosozialen Verhalten in der WMC und im ESKV an, im SDQ zeigt sich dies nicht.

In der direkten Beurteilung des Trainings lassen sich durchgängig positive Effekte zeigen. Die Eltern geben über alle drei vorliegenden Follow-up-Messungen an, dass die Probleme viel besser geworden und der Kurs sehr hilfreich gewesen sei. Fast identisch urteilt Martin: unmittelbar nach Kursende nimmt er bereits eine geringe Verbesserung der Probleme wahr und beurteilt den Kurs als sehr hilfreich, nach acht Wochen und einem halben Jahr sind die Probleme aus seiner Sicht ebenfalls viel besser und der Kurs wird von ihm immer noch als sehr hilfreich eingeschätzt.

Auch im Lehrerurteil findet sich eine Verbesserung der Probleme, die zwar geringer ausfällt als aus Sicht der Eltern und des Kindes, jedoch ebenfalls über alle drei Erhebungszeitpunkte hinweg stabil bleibt.

4.10.2 Peter, 9 Jahre

Peter ist zum Zeitpunkt des Trainingsbeginns 9 Jahre und 6 Monate alt. Er besucht die 4. Klasse der Grundschule und wohnt in der Stadt. Seine Eltern haben eine Berufsausbildung, Peter hat zwei Geschwister. Er kommt mit der Diagnose „kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen“ und war vor Beginn des Trainings bereits in Ergotherapie.

Die Eltern berichten im Vorgespräch, dass sich Peter in neuen Situationen sehr schwer tue. Er fühle sich schnell benachteiligt und könne nicht verlieren. Sobald er einen Misserfolg erlebe, bekomme er Wutanfälle oder falle in ein Loch und ziehe sich zurück. Im DISYPS finden sich keine Hinweise auf eine hyperkinetische Störung, eine Störung des Sozialverhaltens oder eine Angststörung. Auf Seite 2 des SDQ schätzen die Eltern die Schwierigkeiten als deutlich und über ein Jahr andauernd ein. Sie geben an, dass Peter deutlich unter den Schwierigkeiten leide und zu Hause, im Unterricht und in der Freizeit dadurch auch deutlich eingeschränkt sei. Im Umgang mit Freunden sei dies kaum der Fall.

Als Ziele für das Training geben die Eltern an, dass Peter lernen solle, mit Misserfolgen umzugehen und mit sich selbst zufriedener zu werden. Peter selbst wählt für sich in der zweiten Trainingsstunde die Ziele, anderen Fragen zu stellen, zu sagen was er möchte und gemeinsam mit anderen Kindern zu spielen.

Im Training selbst erhielt er folgende persönliche Regeln:

- Ich beteilige mich an den Gesprächen.
- Ich sage vor jeder Klammerrunde mindestens zweimal etwas.
- Ich beteilige mich an den Gesprächen und schaue die anderen dabei an.
- Ich beobachte mich und die anderen und sage, wenn jemand etwas gut gemacht hat.
- Ich zeige Interesse an den anderen Kindern. (zuhören, Fragen zum Thema stellen)
- Ich rede deutlich und in ganzen Sätzen.
- Ich rede deutlich und in ganzen Sätzen und ich stelle Fragen.

Im Verlauf des Trainings suchte Peter zunehmend Kontakt zu den anderen Kindern. Er konnte gut zuhören und andere anschauen sowie von Erfolgen erzählen. Seine Mimik wurde zunehmend lebendiger, und Peter konnte auch Provokationen ignorieren. Schwierigkeiten hatte er noch dabei, sich und andere zu loben sowie deutlich zu sprechen. Aus Sicht der TrainerInnen fand Peter sehr guten Anschluss an die Gruppe. Er konnte sich immer mehr einbringen und dann auch ein adäquates Maß der Beteiligung finden (nicht zu viel und nicht zu wenig). Nach seiner Einschätzung „schlägerte“ Peter am Ende des Kurses weniger und machte mehr mit. Den anderen Kindern fiel im Verlauf ebenfalls auf, dass sich Peter mehr beteiligte.

Tabelle 53 veranschaulicht die Werte von Peter auf den abhängigen Variablen vor und nach dem Kurs aus Sicht der Eltern, der Lehrer und im Selbsturteil.

Tabelle 53: Peters Werte auf den abhängigen Variablen zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten

Problembereich	Beurteiler	Messinstrument	t1	t2	t3	t4	t5
Problemverhalten	Eltern	ECBI-Problemhäufigkeit	123	107	73	77	-
		ECBI Problembelastung	9	7	3	3	-
		SDQ-Gesamt	11	15	7	5	5
	Lehrer	SDQ-Gesamt	25	13	-	8	-
	Selbsturteil	SDQ-Gesamt	6	3	5	4	3
Prosoziales Verhalten	Eltern	SDQ-Prosozial	8	6	8	8	8
	Lehrer	WMC	96	108	-	148	-
		ESKV	30.80	39.40	-	47	-
		SDQ-Prosozial	4	5	-	5	-
Selbsturteil	SDQ-Prosozial	7	8	7	6	5	
Soziale Unsicherheit	Selbsturteil	FESUK A	1.91	1.04	1.13	1.17	1.35
		FESUK B	1.91	1.43	1.61	1.43	1.52
		FESUK C	1.78	1.39	1.96	1.57	1.52
Stressverarbeitung	Selbsturteil	SVF-EMO	60	61	41	43	31
		SVF-PRB	45	60	45	49	22
		SVF-NCO	51	26	39	26	28

Dabei fällt auf, dass sich das Problemverhalten aus Sicht aller Beurteiler nach der Teilnahme am Kurs reduziert und im Verlauf der weiteren Erhebungen stabil bleibt bzw. noch weiter abnimmt. Dem gegenüber steht das prosoziale Verhalten, das im Selbsturteil eher abnimmt, im Elternurteil

stabil bleibt und sich nur im Lehrerurteil verbessert. Beachtet werden müssen im Selbst- und Elternurteil jedoch die bereits sehr hohen Ausgangswerte. Die Selbsteinschätzung hinsichtlich sozialer Unsicherheit lässt in allen drei Situationen eine Abnahme unsicheren Verhaltens erkennen, die über die Zeit weitgehend stabil bleibt. Hinsichtlich der Stressverarbeitung zeigt sich ein deutlicher Rückgang der unangemessenen Stressverarbeitung SVF-NCO, emotionsbezogene Stressverarbeitung und problemlösende Stressverarbeitung nähern sich wunschgemäß einander an, ein Jahr nach Trainingsende sind sie jedoch deutlich unterdurchschnittlich ausgeprägt.

Die direkte Beurteilung des Trainings über zwei Items des SDQ verdeutlicht, wie nachhaltig die Trainingseffekte von Eltern, Lehrer und Peter erlebt werden: Acht Wochen nach dem Training urteilen Peter und seine Eltern übereinstimmend, dass die Probleme seit dem Kurs viel besser geworden seien und sie den Kurs als ziemlich und sehr hilfreich erlebten. Ein Lehrerurteil liegt zu diesem Zeitpunkt leider nicht vor. Ein halbes Jahr nach Kursende bewerten alle drei Beurteiler den Kurs als ziemlich hilfreich und die Probleme als viel besser. Und selbst ein Jahr nach Trainingsende schätzt Peter den Kurs als ziemlich hilfreich und die Probleme als ein wenig besser ein.

Im Erstgespräch war mit den Eltern als zu veränderndes Problemverhalten „Peter beschimpft sich selbst.“ und als erwünschtes Verhalten „Peter sagt, dass er etwas gut gemacht hat.“ herausgearbeitet worden. Abbildung 16 veranschaulicht, wie sich diese beiden Verhaltensweisen im Verlauf des Kurses aus Sicht der Eltern veränderten.

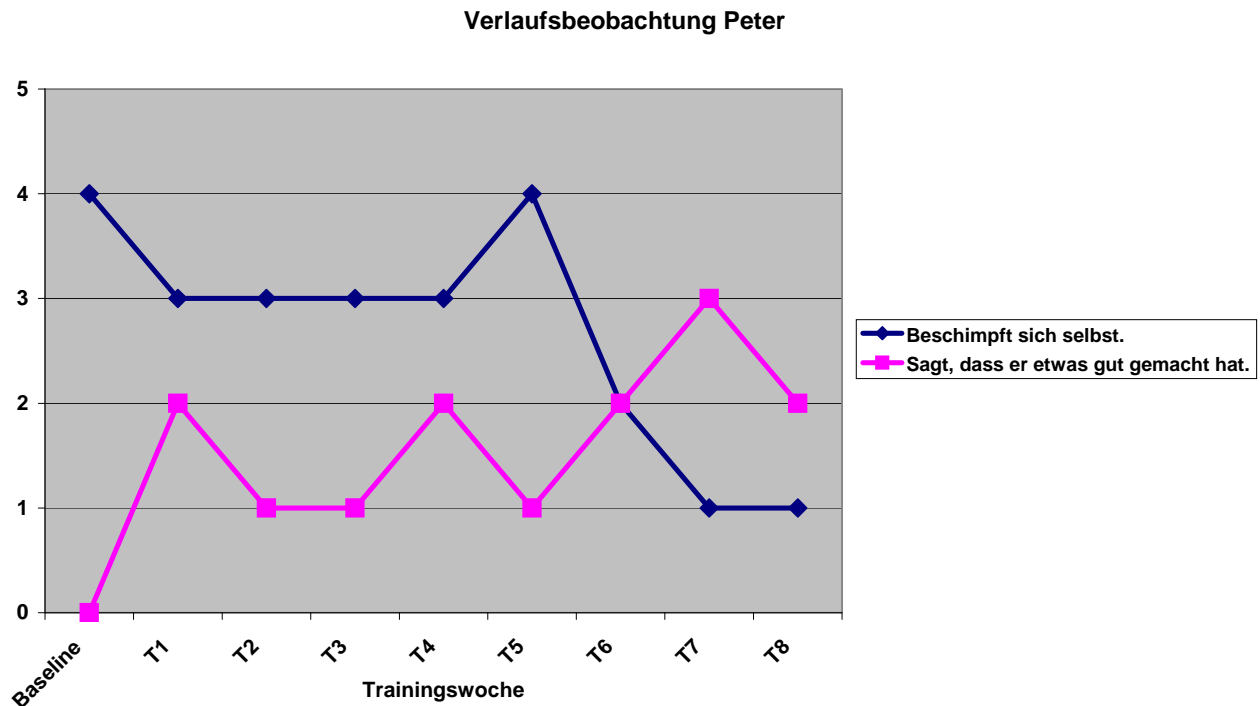


Abbildung 16: Verlaufsbeobachtung der Eltern von Peter während des Kurses

Dabei bedeutet der Wert 0, dass das Verhalten in der beobachteten Woche nicht auftrat, 1, dass es einmal, 2 = 2-3 mal, 3 = täglich, 4 = mehrmals täglich und 5 = ständig beobachtbar war.

Der Abbildung ist zu entnehmen, dass Peter im Verlauf des Kurses zunehmend sagen kann, wenn er etwas gut gemacht hat und dass auch die Selbstbeschimpfungen zum Kursende deutlich weniger werden.

Im Auswertungsgespräch nach Abschluss des Kurses wurde den Eltern rückgemeldet, wie sich Peter im Verlauf des Trainings entwickelt hat. Die Eltern wurden bestärkt, Peter weiter zu verstärken, wenn er sich für andere interessiert und auch, wenn er über andere oder sich selbst etwas Gutes erzählt. Zudem sollte weiter auf deutliches Sprechen geachtet werden. Eine Therapieempfehlung wurde nicht ausgesprochen.

4.10.3 Nico, 11 Jahre

Nico ist zum Zeitpunkt des Trainingsbeginns 11 Jahre und 2 Monate alt. Er besucht die 6. Klasse des Gymnasiums und wohnt in der Stadt. Seine Eltern haben einen Hochschulabschluss, Nico hat drei Geschwister. Es ist keine Diagnose bekannt. Die Mutter schildert in den Fragebogen und im Vorgespräch, dass Nico aufgrund seiner Hochbegabung Probleme mit anderen habe. Er habe große Schwierigkeiten, sich im geregelten Schulablauf einzufinden, störe den Unterricht durch laute Einwüfe und wolle immer das letzte Wort haben. In Konfliktsituationen reagiere er meist ohne vorher zu überlegen und häufig mit Gewalt (verbal und körperlich). Freunde habe er keine. Im DISYPS finden sich Hinweise auf eine hyperkinetische Störung (Schweregrad Gesamtskala: 1.5), wobei vor allem die Unterskala Impulsivität (Schweregrad: 2.75) und die Unterskala Aufmerksamkeitsstörung (Schweregrad: 2) auffällig sind. Auf Seite 2 des SDQ schätzt die Mutter die Schwierigkeiten als massiv und über ein Jahr andauernd ein. Sie gibt an, dass Nico massiv unter den Schwierigkeiten leide und dadurch im Unterricht schwer, zu Hause, mit Freunden und in der Freizeit deutlich beeinträchtigt sei. Nico selbst schätzt seine Schwierigkeiten als deutlich und ebenfalls über ein Jahr andauernd ein. Er leide deutlich unter den Schwierigkeiten und sei durch diese zu Hause, im Unterricht und in der Freizeit deutlich, mit Freunden jedoch kaum beeinträchtigt.

An bisherigen Interventionen nennt die Mutter Ergotherapie sowie in der zweiten Klasse 28 Stunden tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie. Einzelheiten sind dazu nicht zu erfahren.

Als Ziele für das Training gibt die Mutter an, dass Nico lernen solle, auf Gleichaltrige offen zuzugehen und Beziehungen gestalten zu können, Gelassenheit und Toleranz gegenüber Fehlern Anderer zu zeigen, ruhiger und kontrollierter im Umgang mit anderen (z.B. dem Bruder) zu sein und konzentrierter/ besser bei der Sache zu sein. Nico selbst wählt für sich in der zweiten Trainingsstunde die Ziele, für Schwächere einstehen können, Interesse an anderen zu zeigen, die Gefühle von Anderen zu erkennen und sich selbst beschäftigen zu können.

Im Training selbst erhielt Nico folgende persönlichen Regeln:

- Ich schließe Kompromisse.
- Ich höre den Anderen zu und lasse sie aussprechen.
- Ich lasse mich nicht ablenken und lenke andere auch nicht ab.
- Ich achte auf die Dinge, die ich gut mache.

- Ich äußere meine Wünsche und Bedürfnisse und bin hellhörig für die Wünsche und Bedürfnisse der Anderen (spreche sie darauf an).
- Ich lasse anderen Kindern den Vortritt, schließe Kompromisse und rede nicht dazwischen.
(von Nico selbst gewählt)

Während der Trainingsstunden verhielt sich Nico freundlich und aufgeschlossen. Er konnte seine Meinung vertreten und versuchte, um Andere zu werben sowie Interesse an anderen Kindern zu zeigen. Schwierigkeiten hatte er mit seiner Ablenkbarkeit und Impulsivität und mit der Umsetzung seines Wissens in konkretes Verhalten. Aus Sicht der TrainerInnen drängelte sich Nico im Verlauf des Kurses weniger in den Vordergrund, ging mehr Kompromisse ein, fand mehr Lösungen für schwierige Situationen und konnte sich schneller selbst beruhigen, wenn auf sein unangebrachtes Verhalten nicht eingegangen wurde.

Tabelle 54 veranschaulicht die Werte von Nico auf den abhängigen Variablen vor und nach dem Kurs aus Sicht der Eltern, der Lehrer und im Selbsturteil.

Tabelle 54: Nicos Werte auf den abhängigen Variablen zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten

Problemereich	Beurteiler	Messinstrument	t1	t2	t3	t4	t5
Problemverhalten	Eltern	ECBI-Problemhäufigkeit	170	125	120	-	108
		ECBI Problembelastung	16	18	15	-	10
		SDQ-Gesamt	26	18	18	-	16
	Lehrer	SDQ-Gesamt	21	17	28	14	13
	Selbsturteil	SDQ-Gesamt	13	10	8	-	9
Prosoziales Verhalten	Eltern	SDQ-Prosozial	8	6	7	-	6
	Lehrer	WMC	99	108	117	130	138
		ESKV	41.60	34	44.60	40	54
		SDQ-Prosozial	5	3	4	4	8
	Selbsturteil	SDQ-Prosozial	5	7	8	-	5

Dabei fällt auf, dass das Problemverhalten aus Sicht aller Beurteiler über den gesamten Erhebungsverlauf abnimmt. Am deutlichsten ist der Unterschied in der ECBI-Problemhäufigkeit von t1 nach t2. Hier verbessert sich der Wert vom klinisch auffälligen in den unauffälligen Bereich. Aus Sicht der Lehrer scheint das Problemverhalten acht Wochen nach Ende des Kurses nochmals zugenommen zu haben (t3), nimmt dann aber wieder weiter ab.

Der Verlauf des prosozialen Verhaltens ist weniger deutlich interpretierbar. Aus Sicht der Eltern scheint das prosoziale Verhalten eher abzunehmen, aus Sicht der Lehrer ist insgesamt eine Zunahme ableitbar. Nico selbst nimmt zunächst eine Zunahme wahr, ein Jahr nach Trainingsende kommt er dann wieder zur selben Einschätzung wie zu t1.

In der direkten Beurteilung des Trainings kommen die Eltern unmittelbar nach Kursende und acht Wochen später zu dem Urteil, die Probleme seien ein wenig besser und der Kurs sei ziemlich hilfreich, ein Jahr nach Kursende sind aus ihrer Sicht die Probleme viel besser und der Kurs wird immer noch als ziemlich hilfreich eingestuft.

Dieses Urteil deckt sich mit der Einschätzung des Lehrers unmittelbar nach Kursende (Probleme: ein wenig besser) und ein halbes Jahr später (Probleme: viel besser, Kurseinschätzung: ziemlich hilfreich). Der Fragebogen zum Zeitpunkt t3 liegt nicht vor, zum Zeitpunkt t5 war ein Lehrerwechsel erfolgt.

Nico selbst schätzt den Kurs unmittelbar nach Ende und acht Wochen später als ziemlich hilfreich ein, beurteilt seine Probleme jedoch im Unterschied zu Eltern und Lehrer als etwa gleich. Wie bei den Eltern fehlt das Urteil sechs Monate nach Trainingsende. Ein Jahr nach Ende des Kurses erlebt Nico seine Probleme immer noch als etwa gleich, schätzt nun aber den Kurs als kaum hilfreich ein.

Den Verlauf der mit der Mutter im Erstgespräch bestimmten zu verändernden Problem- und Zielverhaltensweisen geben die Abbildungen 17 und 18 wieder. Wie bei der anderen Verlaufsbeobachtung bedeutet auch hier der Wert 0, dass das Verhalten in der beobachteten Woche nicht auftrat, 1, dass es einmal, 2 = 2-3 mal, 3 = täglich, 4 = mehrmals täglich und 5 = ständig beobachtbar war.

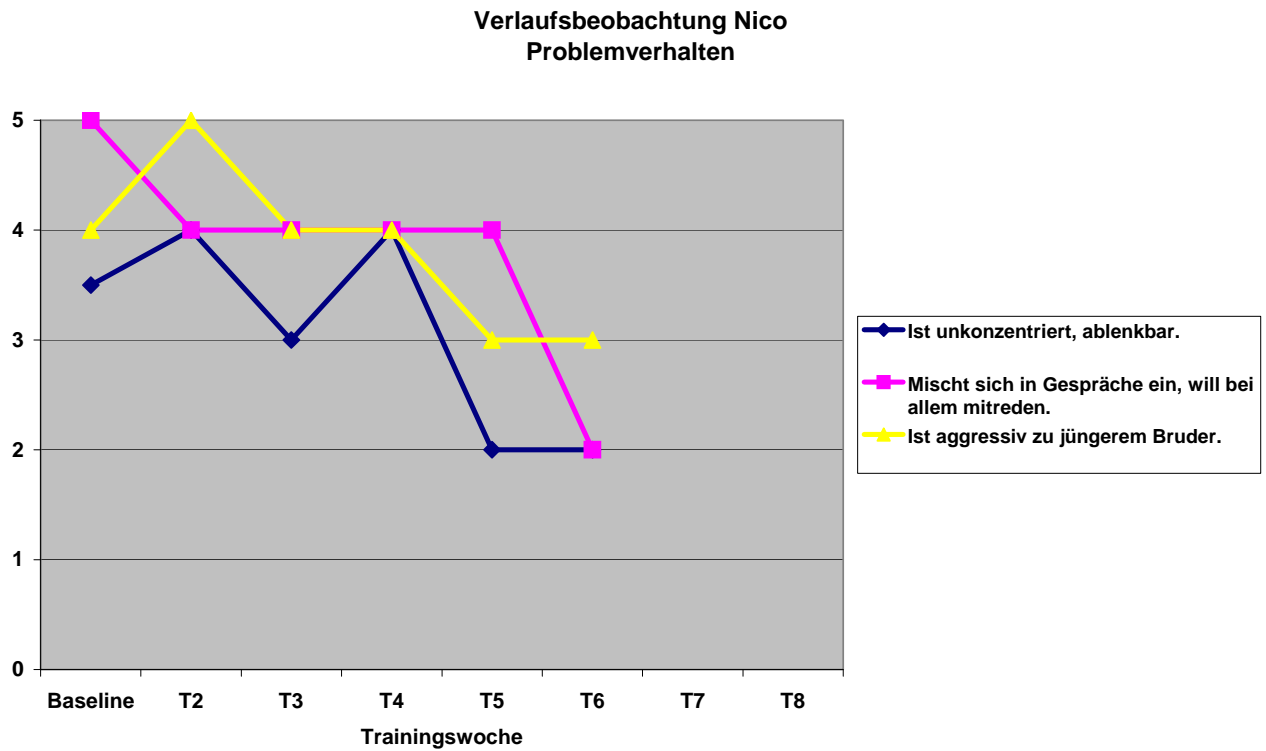


Abbildung 17: Verlaufsbeobachtung des zu verändernden Problemverhaltens von Nico während des Kurses

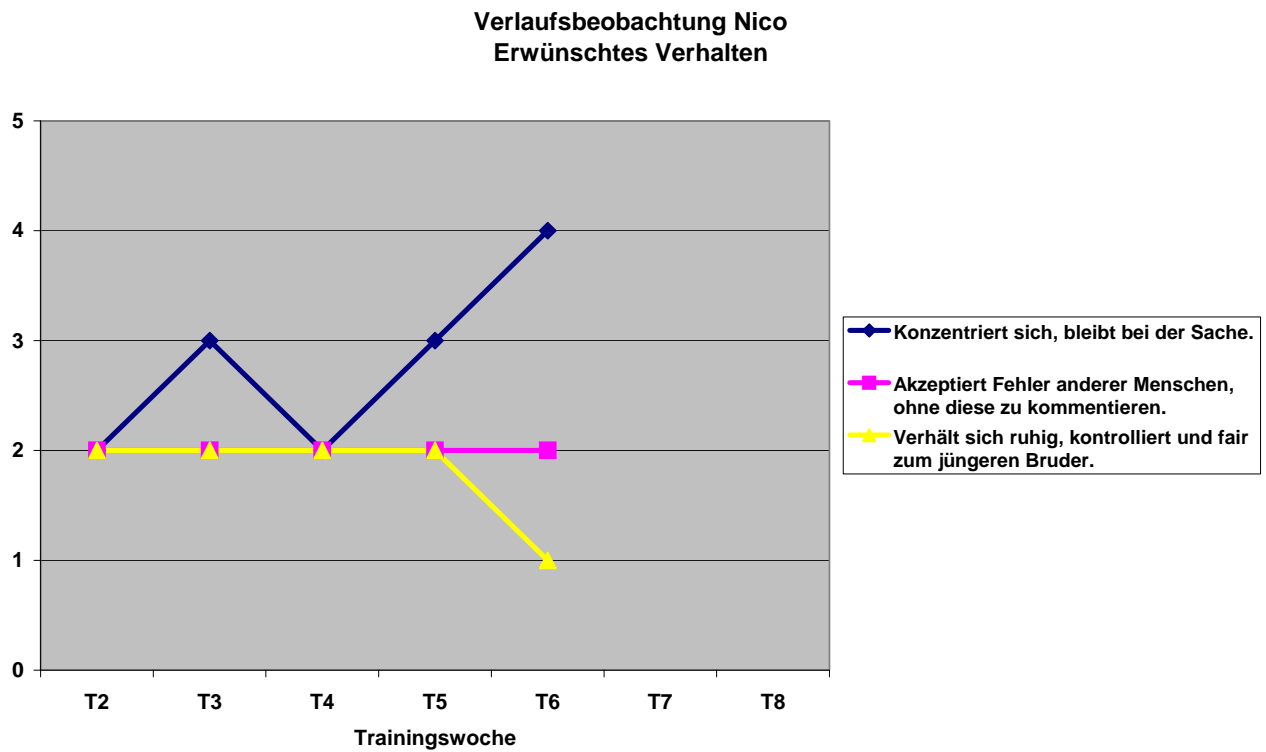


Abbildung 18: Verlaufsbeobachtung des aufzubauenen erwünschten Verhaltens von Nico während des Kurses

Während die ausgewählten Problemverhaltensweisen während des Kurses insgesamt abnehmen, lässt sich beim erwünschten Verhalten nur für den Bereich Konzentration die angestrebte positive Veränderung beobachten.

Im Auswertungsgespräch nach Abschluss des Kurses wurden den Eltern die Einschätzungen der TrainerInnen zum Verhalten von Nico während des Trainings rückgemeldet. Den Eltern wurde eine Verhaltenstherapie für Nico empfohlen, um noch mehr an seiner Frustrationstoleranz und seiner Impulsivität zu arbeiten. Es wurde auf die Wichtigkeit von Lob und Anerkennung – auch unabhängig von Leistung – sowie feste Regeln und Strukturen hingewiesen, da dies aus Sicht der TrainerInnen wichtige Wirkvariablen in Bezug auf die erreichten Verhaltensänderungen waren. Die Möglichkeit der Unterstützung durch ein Elterntraining wurde aufgezeigt.

4.10.4 Fazit zu den Verlaufsanalysen

Mit der Auswahl von drei Kindern aus verschiedenen Altersgruppen, die mit unterschiedlichen Problemschwerpunkten und auch unterschiedlicher Schwere der Problematik zum Training kamen, sollte aufgezeigt werden, wie das Training störungsübergreifend und doch einzelfallbezogen wirksam ist.

So zeigen die Verläufe, dass bereits bei einem Kind wie Martin, bei dem die Eingangswerte auf den abhängigen Variablen noch nicht so deutlich auffällig sind, aus Sicht aller Beurteiler im Globalurteil positive Veränderungen durch die Teilnahme am Training bewirkt werden können, die langfristig stabil bleiben. Dies ist ebenso bei einem Kind wie Peter mit einer kombinierten Störung möglich, der durch die Teilnahme am Training keine Einzeltherapie mehr benötigte, und es kann auch einem schwerer beeinträchtigten Kind wie Nico in einer überschaubaren Zeit positive Veränderungen ermöglichen, die zu einer notwendigen weiteren Therapie motivieren.

Während das Globalurteil bei allen drei Fallbeschreibungen recht eindeutig war, gestaltete sich die Interpretation der Kennwerte auf den abhängigen Variablen schwieriger. Mögliche Konsequenzen daraus sollen in der Diskussion noch erörtert werden.

5 Diskussion und Ausblick

Ziel der vorliegenden Arbeit war die Entwicklung und Evaluation des Tübinger Trainings sozialer Kompetenzen (TTsK) für 6- bis 12jährige Kinder. Um den Anforderungen an kontrollierte klinische Studien nach Scheithauer und F. Petermann (2003) gerecht zu werden, wurde für die Evaluation ein Kontrollgruppendesign gewählt, wobei die Kinder den beiden Gruppen randomisiert zugeteilt wurden. Die Intervention selbst wurde manualisiert durchgeführt, die Evaluationsdaten durch Eltern, Lehrer und Kinder multimodal erfasst.

Im Folgenden werden nun die wichtigsten Evaluationsergebnisse zusammenfassend diskutiert. Darüber hinaus findet eine kritische Auseinandersetzung mit den Faktoren statt, die die Aussagekraft der bisherigen Ergebnisse erklären und möglicherweise einschränken. Daraus werden Ansatzpunkte für die weitere Forschung in diesem Kontext abgeleitet.

5.1 Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse

Mit Hilfe des Tübinger Trainings sozialer Kompetenzen sollen bei Kindern, die Schwierigkeiten im Umgang mit anderen zeigen, unerwünschte Verhaltensweisen reduziert und erwünschte Verhaltensweisen erhöht werden.

5.1.1 Kurz- und langfristige Trainingseffekte

Dabei zeigen die Ergebnisse zur kurzfristigen Wirksamkeit des Trainings, dass nach der Teilnahme am Kurs das Problemverhalten geringer eingestuft wird (Elternurteil α -korrigiert, Selbsturteil unkorrigiert) und das prosoziale Verhalten höher bewertet wird (Lehrer- und Selbsturteil, beide unkorrigiert). Auch die Abnahme sozialer Unsicherheit (Selbsturteil, α -korrigiert) und die Abnahme negativer Stressverarbeitung (α -unkorrigiert) nach Ende des Kurses stützen die aufgestellte Hypothese: Die Kinder sehen sich eher in der Lage, eigene berechnete Ansprüche durchzusetzen, und setzen in belastenden Situationen weniger stressvermehrnde Strategien wie gedankliche Weiterbeschäftigung und Aggression ein. Dabei sind die Effektstärken der signifikanten Ergebnisse nach Cohen (1992) als mittelstark zu interpretieren und mit der generellen Wirksamkeit sozialer Kompetenztrainings, wie sie z.B. Beelmann et al. (1994) nennen, vergleichbar. In der Kontrollgruppe finden sich dagegen

keine statistisch signifikanten Veränderungen, was als indirekter Beleg für die Wirksamkeit der Intervention und gleichzeitiger Hinweis auf die Stabilität des Problemverhaltens gewertet werden kann.

Unmittelbar trainingsspezifische Effekte zeigen sich im Elternurteil zum prosozialem Verhalten und tendenziell im Selbsturteil zum Problemverhalten. Bei der deskriptiven Auswertung des Elternurteils ist bemerkenswert, dass das prosoziale Verhalten in der Kontrollgruppe ohne Intervention sogar in den grenzwertigen Bereich abfällt. Somit kann mit Hilfe des Tübinger Trainings sozialer Kompetenzen (TTsK) nicht nur prosoziales Verhalten aufgebaut werden, sondern es wird zusätzlich die mögliche weitere Abnahme prosozialer Kompetenzen gewissermaßen präventiv verhindert.

Darüber hinaus ist die Verbesserung des prosozialem Verhaltens in der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe auch deshalb ein bedeutsamer Indikator für die Wirksamkeit des Trainings, da nach Coie et al. (1990) gerade in der Befähigung zu prosozialem Verhalten ein wesentlicher Indikator für einen hohen Peer-Gruppen-Status zu sehen ist.

Hinsichtlich der kurzfristigen Effektivität des Trainings ist einzig das Lehrerurteil zum prosozialem Verhalten erwartungswidrig: Die Lehrer geben hier im SDQ an, dass sich das prosoziale Verhalten in der Experimentalgruppe reduziert, während es in der Kontrollgruppe zunimmt. Dieses Ergebnis könnte möglicherweise mit einem Sensibilisierungseffekt (Hinsch & Pfungsten, 2007) zu erklären sein: Die Lehrer der Experimentalgruppenkinder urteilen strenger, da sie mit einer Verhaltensänderung der am Training teilnehmenden Kinder rechnen und besonders auf deren Verhalten achten. Dem widersprechen aber die absoluten Werte der anderen beiden Maße zum prosozialem Verhalten aus Sicht der Lehrer, die sich sowohl in der Experimental- als auch in der Kontrollgruppe zumindest tendenziell hypothesenkonform – wenn auch nicht signifikant – verändern. Diese Maße beziehen deutlich umfangreichere Sachverhalten mit ein, als dies beim Subtest des prosozialem Verhaltens im SDQ der Fall ist; möglicherweise lassen sich Veränderungen in der Schule mit diesen differenzierteren Maßen zutreffender abbilden. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Lehrer das prosoziale Verhalten der Kontrollgruppenkinder im SDQ zum ersten Messzeitpunkt – deskriptiv betrachtet – sehr niedrig einschätzen; zudem liegen nur für sechs Kinder der Kontrollgruppe Lehrerurteile vor.

Hinsichtlich der langfristigen Wirksamkeit des Trainings weisen Eltern- und Lehrerurteil darauf hin, dass die Abnahme des Problemverhaltens über den gesamten Untersuchungsablauf

stabil bleibt. Die Stabilität in der Zunahme des prosozialen Verhaltens findet sich im Lehrerurteil des ESKV und der WMC wieder. Darüber hinaus stützt auch die dauerhafte Abnahme der negativen Stressverarbeitung im Selbsturteil die Annahme stabiler Effekte.

Obwohl bei der Interpretation der Interventionsdaten berücksichtigt werden muss, dass hinsichtlich der langfristigen Effekte kein Kontrollgruppendesign mehr gegeben ist und auch die Dropout-Rate im Verlauf der Follow-up-Erhebungen zunimmt, weisen die Befunde doch darauf hin, dass die Trainingseffekte auch mittel- und langfristig stabil bleiben. Dabei sind die gefundenen Effektstärken im kleinen bis mittleren Bereich viel versprechend. Sie legen nahe, in weiteren Studien ebenfalls mehrere Nacherhebungszeitpunkte zu integrieren und zur Absicherung interventionsspezifischer Effekte die Kontrollgruppe längerfristig einzubeziehen. Die positiven Ergebnisse zur langfristigen Wirksamkeit qualifizieren das entwickelte Training in besonderem Maße, da die im Theorieteil erläuterten Studien gerade den Mangel an Langzeiteffekten kritisieren und deren Bedeutung für die Aussagefähigkeit eines Trainings betonen (Beelmann et al. 1994; Quinn et al., 1999).

Wie sind Unterschiede in den kurz- und langfristigen Wirksamkeitsnachweisen nun zu interpretieren? Übereinstimmend finden sich sowohl kurz- als auch langfristig hypothesenkonforme Veränderungen im Problemverhalten, im prosozialen Verhalten und der negativen Stressverarbeitung, allerdings variieren diese Befunde zum Teil zwischen den Beurteilern. So zeigen sich die kurzfristigen Effekte vor allem im Eltern- und Selbsturteil, die langfristigen Effekte jedoch hauptsächlich im Eltern- und Lehrerurteil – ein Ergebnis, das auch mit der direkten Bewertung des Trainings durch die Beurteiler übereinstimmt (vgl. 4.9 „Direkte Bewertung des Trainings durch die Beurteiler“).

Es könnte nun sein, dass die Kinder vor allem kurzfristig eine Veränderung erleben, so lange die erworbenen Verhaltensweisen für sie selbst noch neu sind, während die Lehrer erst verzögert Verhaltensänderungen wahrnehmen. Dazu passen auch die Analysen von Hymel, Wagner und Butler (1990). Sie argumentieren, dass Interventionen zur sozialen Kompetenz vor allem deshalb nicht immer Erfolge zeigen, weil der Beitrag der Umwelt zu den sozialen Schwierigkeiten der Kinder vernachlässigt wird. Dies bedeutet, dass Kinder nach einer Intervention zwar Verhaltensänderungen zeigen, sich diese Veränderungen aber noch nicht in der Beurteilung durch andere vergleichsweise zeitnah abbildet. Hier wirkt sich wohl der bereits erworbene Status des Kindes auf die Wahrnehmung und Reaktionen der Umgebung auf das kindliche Verhalten in der Weise aus, dass es zumindest zunächst bei „geprimten“

Urteilen bleibt. Die Kinder müssen somit erst über längere Zeit Verhaltensänderungen zeigen, bis diese nicht mehr als „zufällig“, sondern von ihren Lehrern als „echte“ Verhaltensänderungen bewertet werden. Die Eltern hingegen, die über das Vorgespräch, die wöchentlichen Beobachtungsbögen und die Elternbriefe mehr im Training eingebunden sind als die Lehrer, scheinen dieser Beurteilungsverzerrung weniger zu unterliegen.

Borg-Laufs (2001) merkt zur Sicherung von Trainingserfolgen an, dass dies dann am ehesten zu erreichen ist, wenn auch die Umgebung bereit ist, sich zu ändern. Sonst besteht die Gefahr, dass zwar Kompetenzen erworben werden, die Performanz des erwünschten Verhaltens aber nicht gesteigert wird. Diese Bereitschaft, etwas Neues auszuprobieren, könnte bei den Eltern durch die indirekte Einbindung ins Training bereits gelungen sein. Es wäre zu überlegen, auch die Lehrer insoweit hier noch etwas stärker einzubinden.

Kritisch muss jedoch auch betrachtet werden, dass die im direkten Vergleich mit der Kontrollgruppe erzielten Ergebnisse nur im Hinblick auf das prosoziale Verhalten aus Sicht der Eltern und in der Tendenz bezüglich des Problemverhaltens aus Sicht der Kinder abgebildet werden konnten. Mit verantwortlich dafür könnte die insgesamt geringe Stichprobengröße und der Unterschied in der Stichprobengröße zwischen Experimental- und Kontrollgruppe sein. Darauf weisen auch die deutlicheren Effekte hin, die sich ergeben, wenn Hypothesen mit der Gesamtgruppe – d.h. einem größeren Stichprobenumfang – überprüft wurden. Da diese Ergebnisse theoretisch aber auch reine Zeiteffekte sein könnten, wird in der methodenkritischen Reflexion noch genauer analysiert, wie diese Interpretationsoption relativiert werden kann.

5.1.2 Alters- und Geschlechtseffekte

Insgesamt gesehen lassen sich keine alters- und geschlechtsspezifischen Wirkweisen des Trainings finden, das heißt, das entwickelte Training ist für 6- bis 12jährige Kinder geschlechtsunabhängig wirksam.

Da die Zellbesetzung in einigen Analysen jedoch sehr gering ausfiel, muss beachtet werden, dass die Beibehaltung dieser Hypothese vorläufig zu nennen ist. Kann sie jedoch auch mit einer größeren Stichprobe aufrecht erhalten werden, würde dies das entwickelte Training zusätzlich qualifizieren, da sich nach einer Meta-Analyse von Durlak, Fuhrman und

Lampman (1991) sozial-kognitive Trainings bisher mehr bei älteren, nicht so sehr jedoch bei sechs- bis achtjährigen Kindern wirksam zeigten.

Über dieses Ergebnis hinaus gibt es Hinweise darauf, dass die älteren Kinder ursprünglich belasteter sind und sich bei ihnen ein günstigerer Verlauf zeigt, als bei den jüngeren und nicht so belasteten Kindern. Dies könnte auch bedeuten, dass – unabhängig vom Alter – das Training bei stärker belasteten Kindern besser wirkt als bei weniger stark belasteten. Darauf gibt es zwar in den Einzelfallanalysen keine Hinweise, es könnte jedoch in weiteren Studien mit größerer Stichprobe ein interessanter zu untersuchender Teilaspekt sein. So könnte man – die Wirksamkeit des Trainings vorausgesetzt – argumentieren, dass sich stärker belastete Kinder auch mehr verändern können, da es noch mehr Dinge gibt, die sie lernen müssen. Es könnte aber auch sein, dass einem zu stark belasteten Kind der Zugang zum Training nicht mehr gelingt und sich deshalb keine erwünschten Verhaltensänderungen einstellen. Antworten auf diese Fragen würden sich dann unmittelbar darauf auswirken, welche Kinder in der Praxis in eine Trainingsgruppe sinnvollerweise aufgenommen werden können, welche parallel ergänzende Maßnahmen benötigen und welche Kinder absehbar nicht bzw. noch nicht vom Training profitieren.

Im Elternurteil wurde ein Interaktionseffekt gefunden, der besagt, dass in der Experimentalgruppe die älteren Kinder und in der Kontrollgruppe die jüngeren Kinder belasteter sind. Diese Überlagerung könnte dafür verantwortlich sein, dass die differenzielle Wirkung des Trainings bei höherer Belastung oder älteren Kindern nicht nachgewiesen werden konnte.

Goodman et al. (1998) berichten, dass zahlreiche klinisch-auffällige Kinder SDQ-Werte im Normal- oder Grenzbereich aufweisen. Die Autoren schlussfolgern, dass das Selbsturteil des SDQ somit eher Hinweise darauf gibt, wie bewusst sich die Kinder ihrer Schwierigkeiten sind und nicht so sehr die Schwere der Symptomatik abbildet.

Der Befund, dass sich im Selbsturteil die älteren Kinder als belasteter einstufen, könnte dann ein Hinweis darauf sein, dass diese sich ihrer Schwierigkeiten schon bewusster sind, als dies bei den jüngeren Kindern der Fall ist.

Hinsichtlich der Geschlechtseffekte zeigte sich, dass sich die Mädchen als belasteter einstufen, während die Jungen im Fremdurteil als auffälliger eingestuft werden. Dies könnte

mit der Art der Verhaltensauffälligkeiten von Jungen und Mädchen zusammenhängen. Döpfner et al. (1997) berichten in der Studie über Psychische Auffälligkeiten und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (PAK-KID-Studie), dass sich im Selbsturteil der Mädchen bezüglich internaler Auffälligkeiten höhere Werte finden als bei den Jungen, dass aber Jungen von den Eltern hinsichtlich Aufmerksamkeitsproblemen, aggressiven und dissozialen Verhaltens auffälliger eingestuft werden als Mädchen. Döpfner (2008) weist ergänzend darauf hin, dass bei internalisierenden Störungen Kinder und Jugendliche als die zuverlässigste Informationsquelle gelten, während es bei externalisierenden Störungen die Eltern sind.

Um zu überprüfen, ob dieser Effekt auch bei den Ergebnissen der vorliegenden Studie von Bedeutung ist, müssten in einer weiteren Untersuchung mit ausgewogenem Geschlechterverhältnis Itemanalysen durchgeführt werden. Hier wäre dann zu prüfen, ob die auffälligen Werte der Mädchen überwiegend durch Itemausprägungen im emotionalen Bereich zustande kommen und die auffälligen Werte der Eltern durch entsprechende Beurteilungen in Bezug auf Aufmerksamkeit und Aggression. In Richtung dieser Hypothese weisen auch die Befunde von Mellor und Stokes (2007). Sie berichten in ihren Ergebnissen, dass Eltern, Lehrer und Kinder im SDQ auf Itemebene unterschiedlich antworten.

Der Befund, dass die Mädchen von den Eltern und Lehrern generell als prosozialer wahrgenommen werden als die Jungen, deckt sich mit anderen Forschungsergebnissen. Dazu wurde im Theorieteil bereits darauf hingewiesen, dass die soziale Kompetenz der Mädchen deutlich positiver gesehen wird als die der Jungen (Gasteiger-Klicpera & Klicpera, 1999). Dies mag daran liegen, dass Mädchen insgesamt mehr auf Kontakte – und damit gut beobachtbare Interaktionen – orientiert sind (Crick & Dodge, 1994).

5.1.3 Beurteilereffekte

Die erwarteten Beurteilereffekte zeigen sich in der vorliegenden Untersuchung auf mehreren Ebenen. Zum einen in der direkten Bewertung des Trainings durch die Beurteiler, bei der die Kinder unmittelbar nach Trainingsende am meisten positive Effekte berichten, während dies bei Eltern und Lehrern erst später der Fall ist. Dies kann – wie bei der Diskussion zu den kurz- und langfristigen Trainingseffekten bereits dargelegt – an der unterschiedlich starken Einbindung der Beurteiler ins Training und der Existenz von Schemata liegen, die die Wahrnehmung des kindlichen Verhaltens beeinflussen. Ob sich Lehrer aus diesem Grund

überhaupt für die Beurteilung des Interventionserfolgs eignen, wurde – gerade in Bezug auf das entwickelte Training – von Werner (2007) diskutiert. Weshalb für die vorliegende Untersuchung dennoch ein multimodales Vorgehen gewählt wurde, wurde im Theorieteil der Arbeit (vgl. 2.2.4 Erhebungsmethoden und Datenquellen) dargelegt.

Trainingsunabhängig zeigte sich, dass Eltern und Lehrer das Problemverhalten stärker ausgeprägt wahrnehmen als die Kinder selbst, und dass sich Lehrer in Bezug auf das prosoziale Verhalten nochmals kritischer äußern als die Eltern.

Im Hinblick auf die Selbsteinschätzung der Kinder sei dazu auch an dieser Stelle auf die Ergebnisse von Goodman et al. (1998) verwiesen, die im Selbsturteil des SDQ eher ein Maß der Problemeinsicht sehen als ein Maß der Symptomschwere.

Gasteiger-Klicpera und Klicpera (1999) finden in ihrer Untersuchung nur eine mäßige Übereinstimmung zwischen Eltern und Lehrern bezüglich der sozialen Kompetenz ($r = .28$). Diese zeigt sich darin, dass – wie in der vorliegenden Untersuchung hinsichtlich des prosozialen Verhaltens – die Lehrer die soziale Kompetenz der Schüler deutlich kritischer beurteilen als die Eltern. Eine Erklärung für dieses Ergebnis könnte sein, dass Eltern und Lehrer zur Beurteilung von erwünschtem Verhalten unterschiedliche Referenzstichproben heranziehen, da die Lehrer von Kindern der untersuchten Altersgruppe beispielsweise mehr Interaktionen des Kindes mit Gleichaltrigen mitbekommen, als dies Eltern tun.

5.1.4 Einfluss von Moderatorvariablen

Mit den ausgewählten Gruppierungsvariablen kam in der vorliegenden Untersuchung lediglich eine Gruppierung zustande. In dieser deutete sich an, dass das Training bei Kindern mit der Verdachtsdiagnose „Hyperkinetische Störung“ möglicherweise deutlicher wirkt, als bei anderen Kindern. Da sich die beiden Gruppen jedoch bereits zum ersten Erhebungszeitpunkt hinsichtlich der Stärke des Problemverhaltens unterschieden, könnte sich der gefundene Effekt aber auch auf die Stärke der Einschränkung beziehen. Da sich bei den Untersuchungen zum Einfluss von Alter und Geschlecht ebenfalls solche Hinweise finden, sollte der Fokus weiterer Untersuchungen in diese Richtung zielen – zumal das Training ja auch störungsübergreifend entwickelt wurde.

5.2 Methodenkritische Reflexion

Doch welche Faktoren schränken die gefundenen Ergebnisse möglicherweise ein oder sind dafür verantwortlich, dass – wird von der Wirksamkeit des entwickelten Trainings ausgegangen – die gefundenen Effekte nicht stärker ausfallen?

Dazu soll im Folgenden einerseits auf die Größe und Art der Stichprobe sowie die Dropout-Rate eingegangen und andererseits die Wahl der Messinstrumente kritisch hinterfragt werden.

5.2.1 Stichprobenumfang, Untersuchungsgruppen und Dropout-Rate

Als Hauptkritikpunkt an der vorliegenden Untersuchung kann sicher die Stichprobengröße in Verbindung mit den unterschiedlichen Stichprobenumfängen von Experimental- und Kontrollgruppe sowie der zum Teil hohen Dropout-Rate zu den Nacherhebungszeitpunkten angeführt werden.

Im Zuge der Auswertung wurden zunächst Dropout-Analysen durchgeführt. Diese ergaben, dass sich zum zweiten Erhebungszeitpunkt im Selbsturteil mehr Kinder fanden, die sich eingangs geringer belastet wahrnahmen, und dass ein Jahr nach Trainingsende mehr Elternurteile von den eingangs stärker belasteten Kindern vorlagen. Außerdem bezog sich das Lehrerurteil ein Jahr nach Trainingsende mehr auf die jüngeren Kinder.

Im Hinblick auf die Hypothese 3 zur trainingsspezifischen Wirksamkeit könnte der Verlust der Selbsturteilsdaten bedeuten, dass die Interaktion Messzeitpunkt * Gruppe deshalb nicht signifikant wurde, weil mehr Daten der schwerer eingeschränkten Kinder fehlen. Diese Überlegung liegt nahe, da sich bei den Untersuchungen zu Alter und Geschlecht sowie möglichen Moderatorvariablen ebenfalls Hinweise finden, die darauf hindeuten, dass das entwickelte Training bei stärker eingeschränkten Kindern besser wirkt als bei weniger stark eingeschränkten. Zusätzlich beziehen sich die bei den Eltern gefundenen langfristig stabilen Trainingseffekte ebenfalls auf die stärker belasteten Kinder.

Bei den Lehrern finden sich diese Hinweise nicht. Die Veränderung ihrer Stichprobenzusammensetzung bezieht sich auf das Alter der Kinder. Ein Jahr nach Trainingsende sind auch aus Sicht der Lehrer die Effekte weitgehend stabil, allerdings mit der Einschränkung, dass sie sich mehr auf die jüngeren Kinder beziehen. Mit Verweis auf die gefundenen Alterseffekte könnte es sein, dass dieses Ergebnis noch stärker ausgefallen wäre, wenn mehr vollständige Datensätze von den Lehrern der älteren Kinder vorgelegen hätten.

Insgesamt lässt sich aus der Dropout-Analyse ableiten, dass die Höhe und Art der Dropout-Daten – neben dem Verlust an statistischer Power – auch dafür verantwortlich sein kann, dass einige Ergebnisse nicht stärker ausgefallen sind. Dies bedeutet, dass in weiteren Studien stärker darauf geachtet werden sollte, die Dropout-Rate zu senken. Dies könnte durch finanzielle Anreize wie die Erstattung eines Teils der Kursgebühren bei vollständiger Vorlage der Erhebungsinstrumente und organisatorische Maßnahmen (Terminvergabe für das Nachgespräch mit den Eltern erst nach Eingang der ersten Nacherhebungsdaten) umgesetzt werden. Zusätzlich sollte aber auch in der Berechnung des Stichprobenumfangs ein Puffer einbezogen werden, da eine komplette Reduktion von Datenausfällen im klinischen Bereich unrealistisch scheint.

Bei den statistischen Analysen wurden die Kinder, für die Daten fehlen, lediglich bei der entsprechenden Analyse jedoch nicht insgesamt ausgeschlossen. Zuvor war versucht worden, fehlende Daten nach dem Intent-to-treat-Modell zu ersetzen. Nach dieser konservativen Vorgehensweise zeigten sich jedoch keine signifikanten Ergebnisse mehr, so dass darauf verzichtet wurde. Dies schien auch deshalb vertretbar, da ja – in Übereinstimmung mit Beelmann et al. (1994) bzw. Quinn et al. (1999) – zum einen tatsächlich Effekte erwartet wurden, zum anderen jedoch damit gerechnet werden musste, dass diese eher klein bis mittelstark ausfallen würden. Somit war ein „Verschwinden“ der Effekte nach dem Intent-to-treat-Modell beinahe zu erwarten.

Doch wie können die gefundenen Ergebnisse gesichert und repliziert werden? Zum einen sollte in weiteren Untersuchungen auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Experimental- und Kontrollgruppe geachtet werden, zum anderen sollte jedoch hauptsächlich der Stichprobenumfang vergrößert werden.

Dazu wurden unter Rückgriff auf Cohen (1988) post-hoc die optimalen Stichprobenumfänge für abhängige Mittelwertsvergleiche (Überprüfung der Hypothesen 1 und 2) und für einfaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung und dem Faktor Gruppenzugehörigkeit (Überprüfung der Hypothese 3) ermittelt.

Für die abhängigen Mittelwertsvergleiche ist bei einseitiger Testung mit einem α -Niveau von 5 %, einer mittleren Effektstärke ($d = 0.50$) und einer Teststärke von $1 - \beta = 0.80$ eine Stichprobe von $n = 50$ erforderlich, für eine Effektstärke von $d = 0.40$ erhöht sich der

Stichprobenumfang auf $n = 78$. Bei zweiseitiger Testung und gleichen Parametern ist ein optimaler Stichprobenumfang von $n = 64$ bzw. $n = 99$ erforderlich.

Für einfaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung ist bei einem α -Niveau von 5 %, einer mittleren Effektstärke ($f = 0.25$) und einer Teststärke von $1 - \beta = 0.80$ eine Stichprobe von $n = 64$ erforderlich, für eine Effektstärke von $d = 0.20$ erhöht sich der Stichprobenumfang auf $n = 99$.

In die vorliegende Studie gingen die Daten von 49 Kindern ein. Auch ohne Berücksichtigung der Dropout-Daten liegt dieser Stichprobenumfang etwas unter der optimalen Größe, so dass die Möglichkeit besteht, durch eine Vergrößerung der Stichprobe und eine Verringerung der Dropout-Rate deutlichere Ergebnisse zu erzielen. Dies scheint auch deshalb viel versprechend, da sich die Mittelwerte zwischen den Messzeitpunkten bis auf eine Ausnahme in allen entscheidenden Variablen hypothesenkonform – aber eben (noch) nicht signifikant – veränderten.

Ein besonderes Charakteristikum der Stichprobe ergibt sich aus dem Trainingsansatz. Dieser ist störungsübergreifend, was für die praktische Relevanz der Intervention entscheidend ist. Für die Überprüfung der Wirksamkeit des Trainings könnte sich dieser Umstand jedoch nachteilig ausgewirkt haben, da er zu einer größeren Heterogenität der Stichprobe führte. Lübben und Pfingsten (1999) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass in Stichproben mit unsicheren und aggressiven Kindern die gefundenen Ergebnisse je nach Mischungsverhältnis eher für die unsicheren oder für die aggressiven oder für keine der beiden Teilgruppen gültig sein können. Im Extremfall können sich die Ergebnisse sogar gegenseitig aufheben. Auch aus diesem Grund wird an dieser Stelle für eine Vergrößerung der Stichprobe und spezifischere Erfassung der Untergruppen plädiert, um mögliche differenzielle Wirkweisen besser abbilden zu können. Da die internalisierende und die externalisierenden Skalen des SDQ weitestgehend unvermischt sind, und dieser Fragebogen bereits in der Untersuchung eingesetzt wird, könnte eine Auswertung der entsprechenden Unterskalen helfen, auf ökonomische Weise entsprechende Untergruppen zu bilden.

5.2.2 Messinstrumente

Zur Erfassung der Trainingseffekte wurden in der vorliegenden Untersuchung verschiedene Fragebogenverfahren eingesetzt, die – wie beispielsweise der SDQ – in klinischen Studien häufig zur Anwendung kommen, von den Beurteilern gut angenommen werden und deren Gütekriterien wissenschaftlichen Standards genügen.

Dennoch ist es möglich, dass durch die Beschränkung auf Fragebogen die Wirksamkeit des untersuchten Tübinger Trainings sozialer Kompetenzen (TTsK) unterschätzt wird. So problematisiert F. Petermann (2002), dass die bei Evaluationsstudien erzielten Effekte stark von der Erhebungsmethode abhängen, wobei die besten Effekte bei sozial-kognitiven Tests, mittlere Effekte bei Verhaltensbeobachtungen und schwache Effekte bei soziometrischen Tests sowie Lehrer-, Eltern- und Selbsteinschätzungen zu finden sind. Dieser Effekt zeigt sich auch in den Metaanalysen von Beelmann et al. (1994) und Quinn et al. (1999). Beelmann et al. (1994) berichten für sozial-kognitive Tests eine Effektstärke von $d = 0.83$, für Verhaltensbeobachtungen eine Effektstärke von $d = 0.49$, für Selbsturteile eine Effektstärke von $d = 0.11$ und für Fremdurteile eine Effektstärke von $d = 0.10$. Quinn et al. (1999) geben für Ratingskalen eine Effektstärke von $d = 0.15$ an.

Die in der vorliegenden Untersuchung gefundenen signifikanten Effekte in den Urteilen der Eltern, Lehrer und Kinder weisen zwar stärkere Effekte auf, als die Befunde aus den Metaanalysen nahe legen, dennoch sind möglicherweise weitere Erhebungsverfahren besser geeignet, um die Veränderungen durch die Intervention abzubilden. Dies deutet sich beispielsweise bereits dadurch an, dass bei der Überprüfung der Wissensvermittlung mit Hilfe des sog. „Kontrollquiz“, das einem sozial-kognitiven Test vergleichbar ist, der stärkste Effekt gefunden wurde.

Gresham (1985) fordert für Messinstrumente, die bei der Evaluation sozialer Kompetenztrainings zum Einsatz kommen, „soziale“ Validität. Dies bedeutet, dass Verhaltensänderungen zu einer bedeutsamen Veränderung im sozialen Leben des Kindes führen. Dabei unterscheidet Gresham (1985) drei Typen von Messinstrumenten: sog. Typ-I-Maße wie soziometrische Wahlen oder Ratings, sog. Typ-II-Maße wie naturalistische Beobachtungen und sog. Typ-III-Maße wie Rollenspiel-Tests, Problemlöseaufgaben, Papier-Bleistift-Tests oder Interviews. Typ-I-Maße gelten als härtestes Kriterium zur Beurteilung von

Trainingseffekten, da sie die Generalisierung der Trainingserfolge messen. Typ-II-Maße korrelieren mit Typ-I-Maßen, sind jedoch nicht selbst sozial valide. Typ-III-Maße kommen zwar am häufigsten zur Anwendung, weisen jedoch nur eine geringe soziale Validität auf.

Vor dem Hintergrund der Überlegungen von F. Petermann (2002) und Gresham (1985) und mit Berücksichtigung von Urteilsverzerrungen wie sie Hymel et al. (1990) für die Wahrnehmung von Veränderungen durch Fremdbeobachter nachweisen, scheint es sinnvoll, in weiteren Untersuchungen die Daten nicht nur multimodal, sondern auch multimethodal zu erfassen. Dazu bieten sich Verhaltensbeobachtungen an, die aus Gründen der Praktikabilität zunächst von den TrainerInnen und Eltern durchgeführt werden sollten.

Dazu können in einem nächsten Schritt die bereits im Training integrierten Verlaufsbeobachtungen personenübergreifend ausgewertet werden. Da es sich hierbei um trainingsrelevante Zielkriterien handelt, die im Vorgespräch mit den Eltern im Sinne des Selbstmanagementansatzes (Borg-Laufs & Hungerige, 2005; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996) festgelegt werden, scheinen diese ein geeigneteres Messinstrument als die bisher eingesetzten globalen Erhebungsmaße. In einer weiteren Untersuchung können dann auch Beobachtungsbögen für die TrainerInnen eingesetzt werden: Diese können ergänzende Hinweise geben, welche Verhaltensweisen sich beispielsweise in der Trainingsgruppe bereits geändert haben, wenn auch unter Umständen der Transfer in den Alltag noch nicht gelungen ist.

Auch wenn durch die Einbeziehung multimethodaler Erhebungsinstrumente eine Absicherung der Trainingseffekte wichtig erscheint, bleibt es in Übereinstimmung mit F. Petermann (2002) unabdingbar, zur Erfassung sozialer Kompetenzen geeignete standardisierte Erhebungsinstrumente für den deutschen Sprachraum zu entwickeln oder vorhandene internationale Instrumente zu übersetzen und zu normieren. Diese Instrumente sollten dann die im Theorieteil herausgearbeiteten Aspekte sozialer Kompetenzen abbilden, d.h. die kognitive, emotionale und behaviorale Ebene mit einbeziehen und Items aus allen fünf Merkmalskategorien nach Caldarella und Merrell (1997) beinhalten.

5.3 Abschließende Bewertung des Trainings und Ausblick

Ziel der vorliegenden Arbeit war die Entwicklung und Evaluation des Tübinger Trainings sozialer Kompetenzen (TTsK) für 6- bis 12jährige Kinder.

In einer ersten umfassenden Evaluation waren viel versprechende Befunde zu belegen. So konnte gezeigt werden, dass den Kindern die Trainingsinhalte gut vermittelt werden konnten (Kontrolle über „Stundenquiz“ und Wissenszuwachs im „Kontrollquiz“). Darüber hinaus erleben Eltern, Kinder und Lehrer in der direkten Bewertung das Training als problemvermindernd und hilfreich. Aus den statistischen Analysen ergeben sich Belege für die theoretisch begründeten und daraus abgeleiteten Hypothesen.

Die kritische Diskussion der Untersuchungsergebnisse führt in methodischer Hinsicht zu einer Forderung nach Vergrößerung der Untersuchungsstichprobe, in der Experimental- und Kontrollgruppe möglichst gleich umfangreich sein sollten.

Viel versprechend erscheint die Bildung und Untersuchung von Extremgruppen (stark und weniger stark belastete Kinder) sowie die vertiefte Analyse von alters-, geschlechts- und störungsspezifischen Untergruppen. Die Untersuchung des Einflusses der Gruppenzusammensetzung sowie der Kombination von Interventionen (Training sozialer Kompetenzen parallel zu Elterntraining oder Einzel-/ Familientherapie) im Rahmen einer Forschungskoooperation zwischen Hochschulambulanz und Beratungsstelle oder Kinder- und Jugendpsychiatrie kann weiteren Aufschluss zur differentiellen Wirkweise des Trainings bringen.

Zur Absicherung der bisherigen Ergebnisse sollten ergänzend zu den Fragebogen Beobachtungsverfahren implementiert werden.

Abschließend soll an dieser Stelle auch der Frage nachgegangen werden, ob am Trainingskonzept und bei der Vermittlung der Trainingsbausteine Veränderungen vorgenommen werden sollten, um ggf. die Trainingsziele zu optimieren.

Vorrangig sollten wohl die Lehrer stärker miteinbezogen werden. Sie verbringen einen Großteil der Zeit mit den Kindern, erhalten bisher aber keine gezielten Informationen, was die Kinder im Kurs lernen (sollen) und wie das erworbene/ erwünschte Verhalten im Schulalltag weiter gefördert und mit Übungen gefestigt werden kann. Dazu sollen – vergleichbar zu den Elternbriefen – Lehrerbriefe entwickelt werden, die diese Informationslücke schließen. Ebenso ist es denkbar, auch den Lehrern Beobachtungsbögen an die Hand zu geben, um Änderungen der Kinder verhaltensnäher erfassen zu können. Mit diesen Maßnahmen könnte

es zusätzlich möglich sein, die in der Diskussion mehrfach angeführten Beurteilungsverzerrungen zu begrenzen.

Nach Smith und Travis (2001) scheinen langfristig gesehen vor allem die Elemente aus sozialen Problemlöseansätzen zur Stabilität erzielter Effekte beizutragen. Es wäre zu überlegen die Trainingsstunden 6 und 7 („Ich habe viele Möglichkeiten“ und „Ich wähle die beste Möglichkeit“) weiter auszubauen, zu vertiefen und daraus abzuleitende Veränderungen spezifischer zu erfassen – genau so wie systematisch überprüft werden könnte, was sich auf den einzelnen Stufen des Informationsverarbeitungsmodells von Dodge (1986) bzw. Crick und Dodge (1994) verändert.

6 Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit war die Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines multimodalen Interventionsprogramms für 6- bis 12jährige Kinder, das – im Unterschied zu derzeit verfügbaren und verbreiteten Programmen – soziale Kompetenzen störungsübergreifend vermittelt. Mit diesem Interventionskonzept sollte unerwünschtes Sozialverhalten verringert und erwünschtes Sozialverhalten gezielt gefördert und damit weiter entwickelt werden.

Das Tübinger Training sozialer Kompetenzen (TTsK) greift dabei einzelne Merkmale des Prozessmodells zur sozialen Informationsverarbeitung von Dodge (1986) bzw. Crick und Dodge (1994) auf. Die Voraussetzungen für angepasstes Verhalten wie auch die Risiken für fehlangepasste Verhaltensmuster sind daraus ableitbar. Das Modell vermittelt Ansatzpunkte für differenzierte Interventionsschwerpunkte.

Im Tübinger Training sozialer Kompetenzen (TTsK) werden Fertigkeiten vermittelt und eingeübt, die für eine angemessene Wahrnehmung und Beurteilung sozialer Situationen von wesentlicher Bedeutung sind. Mit Rollenspielen haben die Kinder Gelegenheit, bei unterschiedlichen sozialen Anforderungen ihr Verhalten zu erproben, es ggf. zu verändern und es durch Gleichaltrige und TrainerInnen bewerten zu lassen.

Selbst- und Fremdverstärkung für angemessenes Verhalten sind ein wichtiges Kontingenzmuster in diesem Trainingskonzept. Mit individuellen Zielen und Regeln können die für das einzelne Kind wichtigen Schwerpunkte gesetzt werden.

Das Gruppentraining erstreckt sich über acht wöchentliche Trainingssitzungen mit einer Dauer von jeweils 120 Minuten. Hinzu kommen trainingsbegleitende Hausaufgaben für die Kinder und Informationsbriefe für die Eltern.

Die Hypothesen zur Wirksamkeit des TTsKs wurden im Rahmen eines randomisierten Kontrollgruppendesigns mit Messwiederholung überprüft. Die Kinder der Experimentalgruppe nahmen unmittelbar nach der ersten Datenerhebung (t1) am Training teil, die Kinder der Kontrollgruppe erhielten das Training nach der zweiten Datenerhebung (t2) im Anschluss an die Programmdurchführung in der Experimentalgruppe. Weitere Datenerhebungen fanden sechs bis acht Wochen (t3), sechs Monate (t4) und ein Jahr (t5) nach Trainingsende statt.

An der Studie nahmen 50 Kinder mit sozialen Schwierigkeiten teil. In die Auswertungsstichprobe konnten 49 Kinder einbezogen werden, wobei die Experimentalgruppe 34 und die Kontrollgruppe 15 Kinder umfassten.

Die begleitende Datenerhebung weist aus, dass die Trainingsinhalte den Kindern gut vermittelt werden können und Eltern, Kinder sowie Lehrer das Training in der direkten Bewertung als problemvermindernd und hilfreich erleben.

Die Ergebnisse zur kurzfristigen Wirksamkeit des Trainings zeigen darüber hinaus, dass das Problemverhalten im Eltern- und Selbsturteil nach der Teilnahme am Kurs als geringer ausgeprägt eingestuft und das prosoziale Verhalten im Lehrer- und Selbsturteil höher bewertet wird.

Unmittelbar lassen sich trainingspezifische Effekte allerdings nur im Elternurteil zum prosozialem Verhalten sowie tendenziell im Selbsturteil zum Problemverhalten nachweisen.

Hinsichtlich der langfristigen Wirksamkeit des Trainings weisen Eltern- und Lehrerurteil darauf hin, dass die Abnahme des Problemverhaltens über den gesamten Untersuchungsablauf stabil bleibt. Die Stabilität in der Zunahme des prosozialem Verhaltens findet sich im Lehrerurteil wieder. Darüber hinaus stützt auch die dauerhafte Abnahme der negativen Stressverarbeitung im Selbsturteil die Annahme stabiler Effekte.

Alters- und geschlechtsspezifische Wirkweisen des Trainings lassen sich in der untersuchten Stichprobe insgesamt keine finden. Dies bedeutet, dass das entwickelte Training zum jetzigen Zeitpunkt für 6- bis 12jährige Kinder als geschlechtsunabhängig wirksam gelten kann.

Die erwarteten Beurteilereffekte spiegeln sich auf mehreren Ebenen wieder.

In der direkten Bewertung des Trainings durch die Beurteiler berichten die Kinder unmittelbar nach Trainingsende am meisten positive Effekte, während die Eltern und Lehrer erst später stärkere Veränderungen wahrnehmen.

Trainingsunabhängig zeigt sich, dass Eltern und Lehrer das Problemverhalten als stärker ausgeprägt wahrnehmen als die Kinder selbst, und dass sich Lehrer in Bezug auf das prosoziale Verhalten nochmals kritischer äußern als die Eltern.

Hinsichtlich des möglichen Einflusses von Moderatorvariablen konnte in der vorliegenden Untersuchung lediglich die Gruppierung „Verdachtsdiagnose Hyperkinetische Störung ja/nein“ gebildet und untersucht werden. In dieser deutet sich an, dass das Training bei Kindern mit der Verdachtsdiagnose möglicherweise deutlicher wirkt als bei Kindern ohne diese. Da sich die beiden Gruppen jedoch bereits zum ersten Erhebungszeitpunkt hinsichtlich der Stärke

des Problemverhaltens unterscheiden, könnte sich der gefundene Effekt aber auch auf die Stärke der Einschränkung beziehen.

Aus den Ergebnissen der Studie wurden folgende Überlegungen für weitere Untersuchungen abgeleitet: Neben einer Vergrößerung der Untersuchungsstichprobe, in der Experimental- und Kontrollgruppe möglichst gleich groß sein sollten, scheint die Bildung und Untersuchung von Extremgruppen (stark und weniger stark belastete Kinder) sowie die vertiefte Analyse von alters-, geschlechts- und störungsspezifischen Untergruppen viel versprechend. Neben der Untersuchung des Einflusses der Gruppenzusammensetzung kann eine Studie zu unterschiedlichen Kombinationen von Interventionen weiteren Aufschluss zur differentiellen Wirkweise des Trainings geben.

Zur Absicherung der bisherigen Ergebnisse sollten ergänzend zu den Fragebogen Beobachtungsverfahren implementiert werden.

7 Literatur

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. & Howell, C. T. (1987). Child/ Adolescent Behavioral and Emotional Problems: Implications of Cross-informant Correlations for Situational Specificity. *Psychological Bulletin*, *101*, 213-232.
- Ahrens-Eipper, S. & Leplow, B. (2004). *Mutig werden mit Til Tiger: Ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder*. Göttingen: Hogrefe.
- Asendorpf, J. B. & van Aken, M. A. G. (1994). Traits and Relationship Status: Stranger versus Peer Group Inhibition and Test Intelligence versus Peer Group Competence as Early Predictors of Later Self-esteem. *Child Development*, *65*, 1786–1798.
- Asher, S. R. & Coie, J. D. (Eds.) (1990). *Peer Rejection in Childhood*. Cambridge, Mass.: University Press.
- Bastians, F. & Runde, B. (2002). Instrumente zur Messung sozialer Kompetenzen. *Zeitschrift für Psychologie*, *210*, 186–196.
- Beck, N., Cäsar, S. & Leonhardt, B. (2006). *Training sozialer Fertigkeiten mit Kindern im Alter von 8 bis 12 Jahren TSF (8-12)*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Becker, A., Woerner, W., Banaschewski, T. & Rothenberger, A. (2004). Validation of the Parent and Teacher SDQ in a Clinical Sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *13*, II/11-II/16.
- Becker, R. E. & Heimberg, R. G. (1988). Assessment of Social Skills. In A. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Behavioral Assessment: A Practical Handbook* (pp. 365–395). Oxford: Pergamon Press.
- Beelmann, A., Lösel, F., Stemmler, M. & Jaurisch, S. (2006). Beurteilung von sozialen Verhaltensproblemen und Erziehungsschwierigkeiten im Vorschulalter: Eine Untersuchung zur deutschen Adaptation des Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI). *Diagnostica*, *52*, 189–198.

- Beelmann, A., Pfingsten, U. & Lösel, F. (1994). Effects of Training Social Competence in Children: A Meta-Analysis of Recent Evaluation Studies. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 260–271.
- Bellack, A. & Hersen, M. (Eds.) (1988). *Behavioral Assessment: A Practical Handbook*. New York: Pergamon Press.
- Bierman, K. L. & Welsh, J. A. (2000). Assessing Social Dysfunction: The Contributions of Laboratory and Performance-Based Measures. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 526–539.
- Borg-Laufs, M. (Hrsg.) (2001). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 2: Interventionsmethoden*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Borg-Laufs, M. (2001). Trainings des Sozialverhaltens. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 2: Interventionsmethoden* (S. 505–527). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Borg-Laufs, M. & Hungerige, H. (2005). *Selbstmanagementtherapie mit Kindern: Ein Praxishandbuch*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Brühl, B., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). Der Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen (FBB-HKS) - Prävalenz hyperkinetischer Störungen im Elternurteil und psychometrische Kriterien. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 116–126.
- Buhrmester, D. (1996). Need Fulfillment, Interpersonal Competence, and the Developmental Contexts of Early Adolescent Friendship. In W. M. Bukowski, A. F. Newcomb & W. W. Hartup (Eds.), *The Company They Keep. Friendship in Childhood and Adolescence* (pp. 158–185). Cambridge, England: University Press.
- Bukowski, W. M., Newcomb, A. F. & Hartup, W. W. (Eds.) (1996). *The Company They Keep. Friendship in Childhood and Adolescence*. Cambridge, England: University Press.

- Caldarella, P. & Merrell, K. W. (1997). Common Dimensions of Social Skills of Children and Adolescents: A Taxonomy of Positive Behaviours. *School Psychology Review*, 26, 264–278.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155–159.
- Coie, J. D. (1990). Toward a Theory of Peer Rejection. In S. R. Asher & J. D. Coie (Eds.), *Peer Rejection in Childhood* (pp. 365–398). Cambridge, Mass.: University Press.
- Coie, J. D., Dodge, K. A. & Kupersmidt, J. B. (1990). Peer Group Behavior and Social Status. In S. R. Asher & J. D. Coie (Eds.), *Peer Rejection in Childhood* (pp. 17–59). Cambridge, Mass.: University Press.
- Crick, N. R. & Dodge, K. A. (1994). A Review and Reformulation of Social Information-Processing Mechanisms in Children's Social Adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74–101.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F)* (6. Aufl.). Bern: Huber.
- Dodge, K. A. (1980). Social Cognition and Children's Aggressive Behavior. *Child Development*, 51, 162–170.
- Dodge, K. A. (1986). A Social Information Processing Model of Social Competence in Children. In M. Perlmutter (Ed.), *Minnesota Symposia on Child Psychology. Vol. 18: Cognitive Perspectives on Children's Social and Behavioral Development* (pp. 77–125). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dodge, K. A. (1989). Problems in Social Relationships. In E. J. Mash & R. E. Barkley (Eds.), *Treatment of Childhood Disorders* (pp. 222–244). New York: Guilford.
- Dodge, K. A. & Feldman, E. (1990). Issues in Social Cognition and Sociometric Status. In S. R. Asher & J. D. Coie (Eds.), *Peer Rejection in Childhood* (pp. 119–155). Cambridge, Mass.: University Press.

- Dodge, K. A., McClaskey, C. L. & Feldman, E. (1985). Situational Approach to the Assessment of Social Competence in Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 344–353.
- Dodge, K. A., Murphy, R. R. & Buchsbaum, K. (1984). The Assessment of Intention-Cue Detection Skills in Children: Implications for Developmental Psychopathology. *Child Development, 55*, 163–173.
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., McClaskey, C. L. & Brown, M. M. (1986). Social Competence in Children. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 51*, Serial No. 213.
- Döpfner, M. (1989). Soziale Informationsverarbeitung – ein Beitrag zur Differenzierung sozialer Inkompetenzen. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie, 3*, 1–9.
- Döpfner, M. (2008). Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In F. Petermann (Ed.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (6. Aufl., S. 29–48). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M. & Görtz, A. (2003). Fremdbeurteilungsbogen und Selbstbeurteilungsbogen für Angststörungen (FBB-ANG, SBB-ANG). In J. Hoyer (Hrsg.), *Angstdiagnostik: Grundlagen und Testverfahren* (S. 538–539). Berlin: Springer.
- Döpfner, M. & Görtz, A. (2005). DISYPS-KJ: Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV. In B. Strauß & J. Schumacher (Hrsg.), *Diagnostik für Klinik und Praxis: Bd. 3. Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 121–124). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2003). *Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV: DISYPS-KJ* (Nachdruck der 2. Aufl.). Bern: Huber.

- Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Feger, J., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U., Poustka, F. & Lehmkuhl, G. (1997). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse einer bundesweit repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 25, 218–233.
- Döpfner, M., Schlüter, S. & Rey, E.-R. (1981). Evaluation eines sozialen Kompetenztrainings für selbstunsichere Kinder im Alter von neun bis zwölf Jahren – Ein Therapievergleich. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 9, 233–252.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2007). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Durlak, J. A., Fuhrman, T. & Lampman, C. (1991). Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy for Maladapting Children: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 204–214.
- Durlak, J. A. & Wells, A. M. (1997). Primary Prevention Mental Health Programs for Children and Adolescents: A Meta-Analytic Review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115–152.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K. & Reiser, M. (2002). The Role of Emotionality and Regulation in Children's Social Competence and Adjustment. In L. Pulkkinen & A. Caspi (Eds.), *Paths to Successful Development: Personality in the Life Course* (pp. 46–72). Cambridge, England: University Press.
- Ekert, R. & Löffel-Aleker, C. (1998). *Wie denken Kinder in sozialen Situationen? Entwicklung eines Instrumentes zur Erfassung sozialer Informationsverarbeitung bei Grundschulkindern*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Eberhard-Karls-Universität, Tübingen.
- Eyberg, S. & Pincus, D. (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory – Revised: Professional Manual*. Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.

- Eyberg, S. & Ross, A. (1978). Assessment of Child Behavior Problems: The Validation of a New Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 113–116.
- Fiedler, D. (2003). Soziale Kompetenz - Ein unvollständiger Begriff. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 35, 87–95.
- Ford, T., Goodman, R. & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1203–1211.
- Gasteiger-Klicpera, B. & Klicpera, C. (1999). Soziale Kompetenz bei Kindern mit sozialen Anpassungsschwierigkeiten. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27, 93–102.
- Goleman, D. (1996). *Emotionale Intelligenz*. München: Hanser.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581–586.
- Goodman, R., Meltzer, H. & Bailey V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Pilot Study on the Validity of the Self-Report Version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 125–130.
- Görtz, A., Döpfner, M., Nowak, A., Bonus, B. & Lehmkuhl, G. (2002). Ist das Selbsturteil Jugendlicher bei der Diagnostik von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen hilfreich? Eine Analyse mit dem Diagnostiksystem DISYPS. *Kindheit und Entwicklung*, 11, 82–89.
- Götz, T. (2003). Testinformationen: Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ) von Petra Hampel, Franz Petermann und Boris Dickow (2001). *Diagnostica*, 49, 136–145.
- Greenhouse, S. W. & Geisser, S. (1959). On Methods in the Analysis of Profile Data. *Psychometrika*, 24, 95-112.

- Gresham, F. M. (1985). Utility of Cognitive-Behavioral Procedures for Social Skills Training with Children: A Critical Review. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 411–423.
- Gresham, F. M. & Reschly, D. J. (1987). Dimensions of Social Competence: Method Factors in the Assessment of Adaptive Behavior, Social Skills, and Peer Acceptance. *Journal of School Psychology*, 25, 367–381.
- Hahlweg, K. (1998/ 1999). *Eybergs Inventar zu kindlichem Verhalten (EIKV)*. Deutsche Übersetzung des Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI). Braunschweig: Christoph-Dornier-Stiftung an der Technischen Universität.
- Halberstadt, A. G., Denham, S. A. & Dunsmore, J. C. (2001). Affective Social Competence. *Social Development*, 10, 79–119.
- Hampel, P., Dickow, B. & Petermann, F. (2002). Reliabilität und Validität des SVF-KJ. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23, 273–289.
- Hampel, P., Petermann, F. & Dickow, B. (2001). *Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche*. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Hartung, J. (2001). Aggressivität. In G. W. Lauth, U. B. Brack & F. Linderkamp (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 305–314). Weinheim: Beltz PVU.
- Hartup, W. W. (1992). Peer Relations in Early and Middle Childhood. In V. B. v. Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Perspectives in Developmental Psychology: Handbook of Social Development. A Lifespan Perspective* (pp. 257–281). New York: Plenum Press.
- Hasselt, V. B. v. & Hersen, M. (Eds.) (1992). *Perspectives in Developmental Psychology: Handbook of Social Development. A Lifespan Perspective*. New York: Plenum Press.
- Hinsch, R. & Pfungsten, U. (2007). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK: Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Hoyer, J. (Hrsg.) (2003). *Angstdiagnostik: Grundlagen und Testverfahren*. Berlin: Springer.

- Hymel, S., Wagner, E. & Butler, L. J. (1990). Reputational Bias: View from the Peer Group. In S. R. Asher & J. D. Coie (Eds.), *Peer Rejection in Childhood* (pp. 156–186). Cambridge, Mass.: University Press.
- Janke, W. & Erdmann G. (1997). *Streßverarbeitungsfragebogen* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Jerusalem, M. & Klein-Heßling, J. (2002). Soziale Kompetenz: Entwicklungstrends und Förderung in der Schule. *Zeitschrift für Psychologie*, 210, 164–174.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kanning, U. P. (2002a). Editorial. *Zeitschrift für Psychologie*, 210.
- Kanning, U. P. (2002b). Soziale Kompetenz - Definition, Strukturen und Prozesse. *Zeitschrift für Psychologie*, 210, 154–163.
- Kanning, U. P. (2002c). Soziale Kompetenzen von Polizeibeamten. *Polizei und Wissenschaft*, 3, 18–30.
- Kanning, U. P. (2003). *Diagnostik sozialer Kompetenzen* (Bd. 4). Göttingen: Hogrefe.
- Kashdan, T. B. & Herbert, J. D. (2001). Social Anxiety Disorder in Childhood and Adolescence: Current Status and Future Directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 37–61.
- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S., Kaschnitz, W., Rothenberger, A. & Goodman, R. (2000). Comparing the German Versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 271–276.
- Koglin, U. & Petermann, F. (2008). Kindergarten- und Grundschulalter: Entwicklungsrisiken und Entwicklungsabweichungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (6. Aufl., S. 81–98). Göttingen: Hogrefe.
- Kohn, M. (1977). *Social Competence, Symptoms and Underachievement in Childhood: A Longitudinal Perspective*. New York: Wiley.

- La Greca, A. M. & Lopez, N. (1998). Social Anxiety among Adolescents: Linkages with Peer Relations and Friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83–94.
- La Greca, A. M. & Stone, W. L. (1993). Social Anxiety Scale for Children-Revised: Factor Structure and Concurrent Validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 17–27.
- L'Abate, L. & Milan, M. A. (Eds.) (1985). *Wiley Series on Personality Processes: Handbook of Social Skills Training and Research*. New York: Wiley.
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Schaughency, E. A., Atkins, G., Russo, M. & Hartdagen, S. (1988). Dimensions and Types of Attention Deficit Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 330–335.
- Lauth, G. W., Brack, U. B. & Linderkamp, F. (Hrsg.) (2001). *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz PVU.
- Lauth, G. W. & Schlottke, P. F. (2002). *Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Lazarus, A. A. (1971). *Behavior Therapy and Beyond*. New York: McGraw Hill.
- Linderkamp, F. (2001). Soziale Kompetenzen. In G. W. Lauth, U. B. Brack & F. Linderkamp (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 475–483). Weinheim: Beltz PVU.
- Lösel, F. & Bliesener, T. (2003). *Aggression und Delinquenz unter Jugendlichen: Untersuchungen von kognitiven und sozialen Bedingungen*. Neuwied: Luchterhand.
- Lübben, K. & Pfingsten, U. (1999). Soziale Kompetenztrainings als Intervention für sozial unsichere Kinder. In J. Margraf & K. Rudolf (Hrsg.), *Soziale Kompetenz - soziale Phobie: Anwendungsfelder, Entwicklungslinien, Erfolgsaussichten* (2. Aufl., S. 145–169). Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
- Margraf, J. & Rudolf, K. (Hrsg.) (1999). *Soziale Kompetenz - soziale Phobie: Anwendungsfelder, Entwicklungslinien, Erfolgsaussichten* (2. Aufl.). Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.

- Mash, E. J. & Barkley, R. E. (Eds.) (1989). *Treatment of Childhood Disorders*. New York: Guilford.
- McConaughy, S. H. & Achenbach, T. (1994). Comorbidity of Empirically Based Syndromes in Matched General Population and Clinical Samples. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1141–1157.
- Mellor, D. (2004). Furthering the Use of the Strengths and Difficulties Questionnaire: Reliability with Younger Child Respondents. *Psychological Assessment*, 16, 396–401.
- Mellor, D. & Stokes, M. (2007). The Factor Structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 105–112.
- Müller, J. G. (1994). "... und raus bist du." *Soziale Kompetenzen türkischer und deutscher Kinder in der Hauptschule* (Bd. 474). Frankfurt: Peter Lang.
- Muris, P., Meesters, C., Eijkelenboom, A. & Vincken, M. (2004). The Self-Report Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire: Its Psychometric Properties in 8- to 13-Year-Old Non-Clinical Children. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 437–448.
- Nolting, H.-P. (1997). *Lernfall Aggression: Wie sie entsteht - wie sie zu vermindern ist. Ein Überblick mit Praxisschwerpunkt Alltag und Erziehung* (Vollständig überarbeitete Neuauflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.) (2008). *Entwicklungspsychologie* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Parker, J. G. & Asher, S. R. (1987). Peer Relations and Later Personal Adjustment: Are Low-Accepted Children At Risk? *Psychological Bulletin*, 102, 357–389.
- Perlmutter, M. (Ed.) (1986). *Minnesota Symposia on Child Psychology. Vol. 18: Cognitive Perspectives on Children's Social and Behavioral Development*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Petermann, F. (2002). Klinische Kinderpsychologie: Das Konzept der sozialen Kompetenz. *Zeitschrift für Psychologie*, 210, 175–185.

- Petermann, F. (Hrsg.) (2003). *Kinderverhaltenstherapie: Grundlagen, Anwendungen und manualisierte Trainingsprogramme* (2. Aufl.). Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
- Petermann, F. (Hrsg.) (2008). *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (6. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Bochmann, F. (1993). Metaanalyse von Kinderverhaltenstrainings: Eine erste Bilanz. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Band XXII*, 137–152.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2000). *Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen (EAS)* (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2005). *Training mit aggressiven Kindern* (11. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2006). Training mit sozial unsicheren Kindern: Einzeltraining, Kindergruppen, Elternberatung (9. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2008). Aggressiv-oppositionelles Verhalten. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (6. Aufl., S. 277–293). Göttingen: Hogrefe.
- Plück, J., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). Internalisierende Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse der PAK-KID-Studie. *Kindheit und Entwicklung, 9*, 133–142.
- Pulkkinen, L. (2006). The Jyväskylä Longitudinal Study of Personality and Social Development (JYLS). In L. Pulkkinen, J. Kaprio & R. J. Rose (Eds.), *Cambridge Studies on Child and Adolescent Health: Socioemotional Development and Health from Adolescence to Adulthood* (pp. 29–55). Cambridge, England: University Press.
- Pulkkinen, L. & Caspi, A. (Eds.) (2002). *Paths to Successful Development: Personality in the Life Course*. Cambridge, England: University Press.

- Pulkkinen, L., Kaprio, J. & Rose, R. J. (Eds.) (2006). *Cambridge Studies on Child and Adolescent Health: Socioemotional Development and Health from Adolescence to Adulthood*. Cambridge, England: University Press.
- Quinn, M. M., Kavale, K. A., Mathur, S. R., Rutherford, J. R. B. & Forness, S. R. (1999). A Meta-Analysis of Social Skill Interventions for Students with Emotional or Behavioral Disorders. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 7, 54–64.
- Reinling, U. & Wolters, D. (1994). *Hallo, wie geht es Dir? Gefühle ausdrücken lernen*. Verlag an der Ruhr.
- Rubin, K. H., Hymel, S. & Mills, R. S. L. (1989). Sociability and Social Withdrawal in Childhood: Stability and Outcomes. *Journal of Personality*, 57, 237–255.
- Rubin, K. H. & Mills, R. S. L. (1988). The Many Facets of Social Isolation in Childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 916–924.
- Rubin, K. H. & Rose-Krasnor, L. (1992). Interpersonal Problem Solving and Social Competence in Children. In V. B. v. Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Perspectives in Developmental Psychology: Handbook of Social Development. A Lifespan Perspective* (pp. 283–323). New York: Plenum Press.
- Saile, H. (2007). Psychometrische Befunde zur Lehrerversion des "Strengths and Difficulties Questionnaire" (SDQ-L). *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 39, 25–32.
- Saile, H. & Kison, K. (2002). Erfassung sozialer Unsicherheit bei Kindern: Situative Aspekte und Verarbeitungsebenen. *Diagnostica*, 48, 6–11.
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1989). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185–211.
- Salter, A. (1949). *Conditioned Reflex Therapy: The Direct Approach to the Reconstruction of Personality*. New York: Creative Age Press.
- Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)* (2. verb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

- Schaller, C. (2005). *Verlaufsbeurteilung eines Trainings Sozialer Kompetenzen bei Kindern und Evaluation des Transfers auf den Alltag*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Eberhard-Karls-Universität, Tübingen.
- Scheithauer, H. & Petermann, F. (2003). Wirksame und effektive psychotherapeutische Interventionen im Kindes- und Jugendalter. In F. Petermann (Hrsg.), *Kinderverhaltenstherapie: Grundlagen, Anwendungen und manualisierte Trainingsprogramme* (2. Aufl., S. 328–357). Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
- Schlundt, D. G. & McFall, R. M. (1985). New Directions in the Assessment of Social Competence and Social Skills. In L. L'Abate & M. A. Milan (Eds.), *Wiley Series on Personality Processes: Handbook of Social Skills Training and Research* (pp. 22–49). New York: Wiley.
- Smith, S. W. & Travis, P. C. (2001). Conducting Social Competence Research: Considering Conceptual Frameworks. *Behavioral Disorders*, 26, 360-369.
- Sondermann, M. (2004). *Zum Stand von Elternbildung und Elternberatung. Möglichkeiten der Prävention von und Intervention bei kindlichen Entwicklungsstörungen*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität zu Köln, Köln.
- Spröber, N. (2006). *ProACT + E: Entwicklung und Evaluation eines Mehrebenen-Programms zur Prävention von "Bullying" an weiterführenden Schulen und zur Förderung der positiven Entwicklung von Schülern*. Unveröffentlichte Dissertation, Eberhard-Karls-Universität, Tübingen.
- Strauß, B. & Schumacher, J. (Hrsg.) (2005). *Klinische Interviews und Ratingskalen* (Bd. 3). Göttingen: Hogrefe.
- Thorndike, E. L. (1920). Intelligence and its Uses. *Harper's Magazine*, 140, 227–235.
- Walker, H. M. & McConnell, S. R. (1995a). *The Walker-McConnell Scale of Social Competence and School Adjustment: Elementary Version*. San Diego: Singular Pub. Group (Technical Manual).

- Walker, H. M. & McConnell, S. R. (1995b). *The Walker-McConnell Scale of Social Competence and School Adjustment: Elementary Version*. San Diego: Singular Pub. Group (User's Manual).
- Warnke, A. (2001). Soziale Ängste, Schüchternheit und Selbstwertprobleme. In G. W. Lauth, U. B. Brack & F. Linderkamp (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S.192–201). Weinheim: Beltz PVU.
- Webster-Stratton, C. & Lindsay, D. W. (1999). Social Competence and Conduct Problems in Young Children: Issues in Assessment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 25–43.
- Wekenmann, S. B. et al. (in Vorbereitung). *Das Tübinger Training sozialer Kompetenzen für sechs- bis zwölfjährige Kinder (TTsK)*.
- Werner, A. (2007). *Evaluation eines Trainings sozialer Kompetenzen für Kinder aus Sicht der Lehrer*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Eberhard-Karls-Universität, Tübingen.
- Wittmann, G. W. (1991). *Soziale Kompetenz im Kindergarten: Eine Explorationsstudie mit türkischen und deutschen Kindern*. München: Profil.
- Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R. & Rothenberger, A. (2002). Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30, 105–112.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford: University Press.
- www.sdqinfo.com [25.1.2009].
- www.testzentrale.de [27.4.2009].
- www.uni-tuebingen.de/psychologie/abtkpps/soko-kinder/ [25.1.2009].
- Zimmer, D. (1976). *Ausbildung sozialer Kompetenz durch Training in Verhaltensgeschicklichkeit und Selbstregulation: Eine experimentelle Untersuchung zum Selbstsicherheitstraining*. Unveröffentlichte Dissertation, Westfälische Wilhelms-Universität, Münster.

Zöfel, P. (2003). *Statistik für Psychologen. Im Klartext*. München: Pearson Studium.

8 Anhang

8.1 Bausteine und Ziele der einzelnen Trainingsstunden

Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
Tübinger Training Sozialer Kompetenzen für 6-12-jährige Kinder TTsK

Bausteine und Ziele der einzelnen Trainingsstunden

Stunde und Motto	Inhaltlicher Schwerpunkt	Ziel der Sitzung
1. „Das sind wir - eine tolle Gruppe!“	Trainingsbeginn; Vorstellung der Gruppe und des Themas	Die Kinder sollen sich, das Training und die Gruppe kennen lernen; wichtig ist es, ein Wir-Gefühl herzustellen; gleichzeitig sollen die Kinder mit der Struktur und der Zielsetzung des Trainings vertraut werden.
2. „Schritt für Schritt zum Ziel!“	Ziele	Die Bedeutung von Zielen und Teilzielen wird erarbeitet. Jedes Kind soll für sich Ziele benennen/ finden (was will ich erreichen/ was habe ich schon erreicht?).
3. „Gefühle gehören zu mir!“	Gefühle bei sich selbst wahrnehmen, beobachten und ausdrücken lernen	Die Kinder entwickeln einen Wortschatz für Gefühle und üben ihn ein. Sie erkennen die Gefühle an der Mimik und an anderen nonverbalen Äußerungen.
4. „Alle haben Gefühle!“	Das Thema Gefühle wird vertieft. Die Wahrnehmung von Gefühlen bei der eigenen Person und bei Anderen wird geschult.	Die Kinder sollen im Umgang mit Gefühlswörtern sicher werden; eine gute Beobachtung der eigenen Person und Anderer ist die Grundlage dafür, Gefühle zu erkennen. Verschiedene Gefühle werden anhand von vorgegebenen Situationen aufgegriffen, besprochen und im Rollenspiel dargestellt.
5. „Augen und Ohren auf!“	Genau hinschauen und hinhören	Die Kinder sollen lernen und ausprobieren, dass ‚genau hinschauen‘ und ‚genau hinhören‘ wichtige Basisfertigkeiten sind, um mit anderen gut auskommen zu können und um in sozialen Situationen zu erkennen, was los ist.
6. „Aufeinander zugehen!“ und „Ich habe viele Möglichkeiten!“	Auf andere zugehen lernen. In schwierigen Situationen handlungsfähig sein.	Verschiedene soziale Situationen werden aufgegriffen, besprochen und im Rollenspiel eingeübt. Die Voraussetzungen für eine Kontaktaufnahme werden erarbeitet. Die Kinder erfahren, dass es in vielen Situationen mehrere Handlungsmöglichkeiten gibt. Im Rollenspiel ist es möglich, verschiedene Verhaltensalternativen im geschützten Rahmen einfach einmal auszuprobieren - oder auch die Position des Gegenübers einzunehmen. Im Gespräch sollen die Gefühle und Gedanken, die dabei auftraten, ausgetauscht werden.
7. „Ich wähle die beste Möglichkeit!“ und „Ich übe!“	In schwierigen Situationen die beste Handlungsalternative wählen.	Über die Besprechung der Konsequenzen verschiedener Handlungsalternativen sowie über Rollenspiele, in denen die Kinder unterschiedliche Rollen übernehmen, erfahren und lernen die Kinder, wie sie die beste Handlungsalternative identifizieren und umsetzen können. Die bisherigen Themen Situation wahrnehmen, Alternativen generieren und Handlungsweisen auswählen sollen integriert werden.
8. „Jetzt schaffe ich es alleine!“	Integration der Lerneinhalte und spontanes Reagieren in schwierigen Situationen.	Die Inhalte des Trainings werden reflektiert und die Kinder beurteilen selbst, was sie jetzt besser können. In überraschenden, nicht vorhersehbaren Situationen sollen sich die Kinder handlungsfähig zeigen.

© Wekenmann et al.

8.2 Unterlagen zur dritten Trainingsstunde des TTsK für die Gruppe der sechs- bis achtjährigen Kinder

Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
Tübinger Training sozialer Kompetenzen für 6-8jährige Kinder TTsK, Sitzung 3

3. Sitzung

Motto: „Gefühle gehören zu mir!“

Ablaufplan für den Trainer/ die Trainerin

Datum:
Inhaltlicher Schwerpunkt: Gefühle bei sich selbst wahrnehmen, beobachten und ausdrücken lernen.
Ziel der Sitzung: Die Kinder entwickeln einen Wortschatz für Gefühle und üben ihn ein. Sie erkennen die Gefühle an der Mimik und an anderen nonverbalen Äußerungen.

Struktur	Was?	Wie?	Material	Zeit	Wer?
Beginn im Stuhlkreis	Begrüßung, Blitzlicht, ggf. Spiel	- Begrüßung - Hoch und Tief der Woche - Spiel: z.B. Obstsalat - Regeln/ neue persönliche Regeln	Karten zum Hoch und Tief der Woche Regelposter Leitern mit indiv. Regel	15	
HA (Ziele)	Besprechung der HA am Tisch	Beobachtungsbogen (Eltern-HA) einsammeln! Jedes Kind soll alle Ziele nennen und dann mit Hilfe der TR aus einem Bereich vorlesen / erzählen; die anderen sind aufgefordert nachzuhaken / Fragen zu stellen		10	
Token	1. Tokenrunde	2 Klammern für vollständige HA, 1 Klammer für teilweise HA	Klammern und Leitern	5	
Thema	Einführung ins Thema	Mit Blick auf den Menschen vom letzten Mal (Zu uns gehören Gedanken, Gefühle und Verhalten) heute geht's um Gefühle; neue Fußstapfen „Meine Gefühle“ ausfüllen/ bekleben.	Umriss der Kinder an der Wand Fußstapfenplakat	5	
	Gefühl, Bewegung und Körperhaltung	Kinder gehen durch den Raum, in dem sie sich vorstellen sie hätten in Deutsch eine gute Note geschrieben ... sie würden von ihrer besten Freundin/ ihrem besten Freund mit einer Einladung ins Kino überrascht ... ihr Haustier sei krank ... sie würden von ihrem Trainer vor allen gelobt ... sie müssten gleich vor der ganzen	Spiegel	5	

© Wekenmann et al.

Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
Tübinger Training sozialer Kompetenzen für 6-8jährige Kinder TTsK, Sitzung 3

		Klasse einen Vortrag/ ein Referat halten Dabei sollen die Kinder auch immer wieder in den Spiegel schauen und überprüfen, wie sie bei dem ausgelösten Gefühl da stehen, aussehen ...			
	Brainstorming zu Gefühlen	Was für Gefühle kennt Ihr? Wann/ bei was habt ihr das Gefühl gehabt? TR schreiben Gefühle in den Umriss	Stift Umriss der Kinder	5	
Token	2. Tokenrunde	1 Klammer für allg. Regel, 1 Klammer für persönliche Regel	Klammern, Leitern	5	
	Gefühls-scharade Als Spiel zum Thema („Spielzeit“)	Die Kinder spielen abwechselnd immer zu zweit verschiedene Gefühle vor und die anderen müssen's erraten. TR beginnt zus. mit einem Kind. Fragen (werden sukzessiv erarbeitet): - Woran habt ihr ein Gefühl erkannt? (Körperhaltung, Gesicht ...unterschiedliche Körperwahrnehmungen benennen und „nachfühlen“ lassen; Spiegel nutzen) - Wo spürt man das Gefühl? (Bauch, Schweiß ...) - Weshalb könnte sich jemand so fühlen? - Habt Ihr Euch schon einmal so gefühlt? In welcher Situation? alle Kinder spielen gemeinsam das Gefühl nach den Fragen erneut und achten auf das, was in den Fragen erarbeitet wurde.	Gefühls-bildchen mit Grund-emotionen (aus dem Spiel „Wie geht es Dir?“) Spiegel	25	
HA	Gefühls-detektiv	Arbeitsblatt Elternbrief und Eltern-HA austeilen.	HA-Blatt, Elternbrief, Eltern-HA	10	
Verankerung der Inhalte	Quiz 3	Es wird das Arbeitsblatt mit Fragen zum heutigen Thema ausgeteilt und wieder eingesammelt. Ggf. besprechen.	AB, Stifte	10	
Token	3. Tokenrunde	1 Klammer für allg. Regel, 1 Klammer für persönliche Regel	Klammern, Leitern	5	
Schluss	Spielminuten	Nach Wunsch der Kinder (Wackelturm, Uno ... anbieten).	Wackelturm, Uno ...	10	

Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
Tübinger Training sozialer Kompetenzen für 6-8-jährige Kinder TTsK, Sitzung 3

	Schatzkiste	Wer 8 Klammern hat, darf in die Schatzkiste greifen.	Schatzkiste	5	
	Schlussrunde	„Das hat mir heute gut gefallen .../ nicht so gut gefallen ...!“		5	

Notizen vorher:

- persönliche Ziele (Sitzung 2) der Kinder im Auge behalten und fördern, wo möglich (z.B. individuelle Regel darauf abstimmen oder bei Rollenspielen auf dazu passende Handlungsalternativen hinarbeiten)

Materialliste:

- Videokamera und Videokassetten
- Regelposter
- Zielposter mit den Fußstapfen
- Klammerleitern für die Kinder + Schnur, Wäscheklammern und Reißnägel zum Befestigen an der Wand
- Individuelle Regeln
- Karten zum Hoch und Tief der Woche
- Ggf. Symbole und vorgedrucktes Motto für die Fußstapfe auf der Trainingsmappe
- Bilder der 1. Stunde auf Packpapier an der Wand
- Menschenumriss der Kinder an der Wand
- Klammern
- Eddings, Bleistifte, Kugelschreiber, Tesakrepp
- Klebstoff, Schere
- Gefühlsgesichter mit Grundemotionen (laminiert)
- Spiegel
- Gefühlsbildchen mit Grundemotionen aus dem Spiel „Wie geht es Dir?“ (liegt im Kämmerle)
- HA-Blätter für die Kinder
- Elternbriefe
- Beobachtungsbogen für die Eltern/ Eltern-HA, ergänzt um persönliche Regel
- Quiz 3
- Wackelturm, Uno etc.
- Schatzkiste

Bemerkungen / Bewertungen hinterher:

© Wekenmann et al.

Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
Tübinger Training sozialer Kompetenzen für 6-8jährige Kinder TTsK, Sitzung 3

Gefühle gehören zu mir

Hausaufgabe

Das bin ich! Ich habe meine eigenen Gefühle! Manchmal bin ich froh, fühle mich erleichtert oder richtig paradiesisch. Ein anderes Mal bin ich traurig und fühle mich vielleicht enttäuscht oder ärgerlich. Damit ich weiß, wie es mir mit anderen Menschen geht, ist es wichtig, dass ich genau merke, wie ich mich in verschiedenen Situationen fühle. In der kommenden Woche bin ich mein eigener Gefühlsdetektiv! Wenn ich ein Gefühl an mir beobachtet habe, dann notiere ich das in meinem Gefühlstagebuch!

Ich kann mich zum Beispiel traurig, fröhlich, wütend, stolz, ärgerlich oder ängstlich fühlen.

Wochentag	Gefühl	Woran habe ich gemerkt, dass ich mich so fühle?
z.B. Montag	Wut	Kribbeln im Bauch, laute Stimme, Fäuste geballt

© Wekenmann et al.

Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
Tübinger Training sozialer Kompetenzen für 6-8jährige Kinder TTsK, Sitzung 3

Wochentag	Gefühl	Woran habe ich gemerkt, dass ich mich so fühle?

© Wekenmann et al.

Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
Tübinger Training sozialer Kompetenzen für 6-8jährige Kinder TTsK, Sitzung 3

Elternbrief zur Hausaufgabe: Gefühle gehören zu mir!

Liebe Eltern!

In der 3. Stunde des Trainings Sozialer Kompetenzen ging es um die Gefühle der Kinder. Im Umgang mit anderen Menschen ist es wichtig, auf die eigenen Gefühle zu achten. Es ging darum, Gefühle bei sich selbst wahrzunehmen, sie zu beobachten und sie auszudrücken. Die Kinder konnten spielerisch erfahren und an ihren Mitspielern beobachten, wie und wo sie die Gefühle spüren können (z.B. Wut im Bauch) oder auch wie sich ein Gefühl auf die Körperhaltung auswirkt.

Zur aktuellen Hausaufgabe:

Die Kinder haben in der nächsten Woche die Aufgabe, ihre eigenen Gefühle wie ein Detektiv zu beobachten. Sie sollen möglichst jeden Tag Gefühle, die sie an sich feststellen, erkennen und aufschreiben. Die Kinder sollen auch dazuschreiben, wie bzw. woran sie ein bestimmtes Gefühl erkannt haben (z.B. sich freuen: an den hochgezogenen Mundwinkeln; niedergeschlagen sein: am hängenden Kopf, Blick auf den Boden; usw.) Das ist eine ganz schön schwierige Aufgabe, die auch uns Erwachsenen bisweilen nicht leicht fällt!

Sie können Ihr Kind unterstützen, in dem Sie mit ihm über seine Gefühle reden. Wenn es z.B. mit verschränkten Armen am Mittagstisch sitzt, mit geballten Fäusten heimkommt oder die Stirn zu tiefen Kummerfalten zusammenzieht, können Sie es darauf aufmerksam machen und fragen, wie es sich fühlt. Sie können ihm auch einen Spiegel geben, damit es selbst sieht, wie sich das zeigt, wenn es sich so fühlt.

Danke für Ihre Mitarbeit!

© Wekenmann et al.

8.3 Fragebogenpakete für Eltern, Kinder und Lehrer

8.3.1 Fragebogen für Eltern

DISYPS-KJ: FBB-HKS

Beziehbar über <http://www.testzentrale.de/>.

DISYPS-KJ: FBB-SSV

Beziehbar über <http://www.testzentrale.de/>.

DISYPS-KJ: FBB-ANG

Beziehbar über <http://www.testzentrale.de/>.

ECBI

Psychologisches Institut
 Leiter: Prof. Dr. Martin Hautzinger
 Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
 Leiter: Prof. Dr. Peter F. Schlotzke



Name des Kindes Datum:

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von Mutter Vater

Die nachfolgende Liste beschreibt Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern beobachtbar sind. Bitte geben Sie für jede Eigenschaft/ Verhaltensweise an, wie häufig Sie diese bei Ihrem Kind zur Zeit beobachten. Denken Sie auch bitte daran, für jede Eigenschaft/ Verhaltensweise anzugeben, ob sie derzeit für Sie ein Problem darstellt.

Wie häufig tritt die Verhaltensweise auf?

Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern beobachtbar sind:	Wie häufig tritt die Verhaltensweise auf?							Stellt dies für Sie ein Problem dar?	
	Nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig			JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
1. Trödelt beim Anziehen	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
2. Trödelt bei den Mahlzeiten.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
3. Zeigt „schlechte Tischmanieren“.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
4. Verweigert das Essen.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
5. Weigert sich Aufgaben im Haushalt zu erledigen, wenn er/sie darum gebeten wird.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
6. Trödelt beim Fertigmachen zum Schlafengehen.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
7. Weigert sich rechtzeitig ins Bett zu gehen.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
8. Hält sich nicht an Absprachen und Familienregeln.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
9. Gehorcht erst bei Strafandrohung.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
10. Verhält sich trotzig, wenn er/sie etwas tun soll.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
11. Streitet mit den Eltern über Regeln.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
12. Wird wütend, wenn es nicht nach seinem/ihrer Willen geht.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
13. Hat Wutanfälle.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
14. Widerspricht Erwachsenen.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
15. Quengelt oder jammert.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
16. Weint leicht.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
17. Schreit viel.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
18. Schlägt die Eltern.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
19. Zerstört Spielzeug und andere Dinge.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>

Eybergs Inventar zum Verhalten bei Kindern

ECBI / 2

Wie häufig tritt die
Verhaltensweise auf?

Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern beobachtbar sind:	Wie häufig tritt die Verhaltensweise auf?							Stellt dies für Sie ein Problem dar?	
	Nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig			JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
20. Geht sorglos mit Spielzeug und anderen Dingen um.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
21. Stiehlt.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
22. Lügt.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
23. Verhält sich anderen Kindern gegenüber hinterhältig oder provoziert.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
24. Zankt häufig mit Gleichaltrigen.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
25. Zankt häufig mit Geschwistern.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
26. Ist häufig in körperliche Auseinandersetzungen mit Gleichaltrigen verwickelt.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
27. Ist häufig in körperliche Auseinandersetzungen mit Geschwistern verwickelt.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
28. Fordert ständig Beachtung.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
29. Unterbricht und stört andere.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
30. Erscheint unaufmerksam und leicht ablenkbar.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
31. Kann sich nicht lange konzentrieren.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
32. Bringt angefangene Dinge/Aufgaben nicht zu Ende.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
33. Hat Schwierigkeiten, sich selbst zu beschäftigen.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
34. Hat Schwierigkeiten sich auf eine Sache zu konzentrieren.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
35. Erscheint überaktiv oder ruhelos.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>
36. Nässt ein (nachts, tagsüber, beides)...	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>

Falls Sie weitere Verhaltensweisen Ihres Kindes nennen oder auch Beispiele anfügen möchten.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

SDQ-Eltern (Standard)

Beziehbar über <http://www.sdqinfo.com/>.

SDQ-Eltern (Follow-up)

Beziehbar über <http://www.sdqinfo.com/>.

Fragebogen zur Entwicklung bei Schulkindern

Psychotherapeutische Hochschulambulanz des
Psychologischen Instituts der Universität Tübingen
72074 Tübingen; Gartenstr.29
Tel 07071/ 2978357

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



Fragebogen zur Entwicklung bei Schulkindern

Kind:

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Alter:	
Schulart:		Klasse:	

Mutter/ Lebenspartnerin:

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Alter:	
Schulabschluss:		Beruf:	
Berufstätig als:			

Vater/Lebenspartner:

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Alter:	
Schulabschluss:		Beruf:	
Berufstätig als:			

Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet, seit <input type="checkbox"/> getrennt lebend, seit <input type="checkbox"/> geschieden, seit.....	<input type="checkbox"/> nicht verheiratet, leben gemeinsam, seit <input type="checkbox"/> verwitwet, seit <input type="checkbox"/> allein erziehend, seit..... <input type="checkbox"/> andere Familienkonstellation, welche, seit wann
	getrennt lebende Elternpaare	<input type="checkbox"/> es besteht kein Kontakt mit dem getrenntlebenden Elternteil

Anschrift: Strasse – Nr.:

PLZ/ Wohnort:

Telefon, Fax, E-Mail:

Fragebogen zur Entwicklung Ihres Kindes - 6 bis 18 Jahre

2

Fragebogen wurde ausgefüllt von: Vater ☺ Mutter ☺ Eltern ☺ Eltern und Kind ☺

Geschwister	1	2	3	4	5
Vorname					
Geburtsdatum					
Alter					
Schulart					
Klasse					
Leibliches Kind					
Adoptivkind					
Pflegekind					

In Ihrem Wohnort leben bis zu circa

- 5.000 Einwohner
 20.000 Einwohner

- 100.000 Einwohner
 mehr als 100.000 Einwohner

1. Wie sind Sie zu uns gekommen?

2. Bitte beschreiben Sie hier möglichst genau, was Sie veranlasst, bei uns Unterstützung zu suchen!

Nachfolgend finden Sie verschiedene Fragen zum Entwicklungsverlauf Ihres Kindes ganz allgemein, wie auch zu bestimmten Verhaltensweisen und Eigenschaften, die bei Kindern beobachtbar sind. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst genau und gegebenenfalls anhand von Beispielen ausführlich. Diese Informationen stellen für die Planung von Beratungsgesprächen und Behandlungsstrategien, die zu Ihrem Kind und Ihrer Familie passen, eine wichtige Grundlage dar.

Allgemeine Entwicklung des Kindes

3. Gab es irgendwelche Besonderheiten während der Schwangerschaft und Geburt?

4. Ab wann konnte Ihr Kind:

- | | | |
|------------------|------------|---------|
| ➤ alleine sitzen | Alter: mit | Monaten |
| ➤ alleine stehen | Alter: mit | Monaten |
| ➤ frei laufen | Alter: mit | Monaten |

5. Ab wann konnte Ihr Kind:

- | | | |
|-------------------------------|------------|---------|
| ➤ das erste Wort sprechen | Alter: mit | Monaten |
| ➤ einen Zwei-Wort-Satz bilden | Alter: mit | Monaten |
| ➤ einen Mehrwortsatz bilden | Alter: mit | Monaten |

6. Ab welchem Alter benötigte Ihr Kind keine Windel mehr:

- | | | |
|------------|------------|---------|
| ➤ tagsüber | Alter: mit | Monaten |
| ➤ nachts | Alter: mit | Monaten |

Gab es „Rückfälle“?.....

7. Hatte Ihr Kind Unfälle? Wenn ja, geben Sie bitte Alter und Verletzungsart an.

8. Welche Krankheiten hatte Ihre Tochter/ Ihr Sohn bisher?

9. Leidet Ihr Kind unter einer Allergie / einer chronischen Erkrankung? Wenn ja, welche? Wann sind diese zum ersten Mal aufgefallen?

10. Hat Ihr Kind körperliche Auffälligkeiten oder Behinderungen? Wenn ja, welche? Wann sind diese zum ersten Mal aufgefallen?

11. Bitte nennen Sie einige charakteristische Verhaltensweisen und Eigenschaften, die Ihr Kind im Baby - und Kleinkindalter zeigte, wie z. B. fröhlich, trotzig, ängstlich, neugierig, aggressiv, aufmerksam usw.

12. Bitte kreuzen Sie an, welche der unten angeführten Eigenschaften und Verhaltensweisen Ihr Kind im Baby - und Kleinkindalter zutreffend beschreiben:

... bewegte sich eher wenig, war körperlich nicht sehr aktiv.	<input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③	...bewegte sich, war körperlich sehr aktiv.
... bevorzugte ruhige Aktivitäten wie Malen, Bilderbuch anschauen.	<input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③	... bevorzugte meist herum zu toben und draußen zu spielen.
... schlief meist schnell ein.	<input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③	... brauchte zum Einschlafen meist lange.
... schlief meistens durch.	<input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③	... schlief nur selten durch.
... hatte meist zur selben Zeit Hunger und Stuhlgang.	<input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③	... hatte zu unterschiedlichen Zeiten Hunger und Stuhlgang.
Die erste Reaktion meines Kindes auf neue, unvertraute Menschen/ Situationen war meist ablehnend.	<input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③	Die erste Reaktion meines Kindes auf neue, unvertraute Menschen/ Situationen war meist freudig.
In neuen, ungewohnten Situationen fand sich mein Kind meist langsam zurecht, fühlte sich dann auch längere Zeit unwohl.	<input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ fand sich schnell zurecht, fühlte sich dann auch wohl.
Bei kleineren Verletzungen zeigte mein Kind starke Reaktionen, z.B. lautes Weinen....	<input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③	... zeigte erst eine Reaktion, wenn es darauf angesprochen wurde.
War mein Kind wütend, hat es geklagt, dabei jedoch nie laut geschrien.	<input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③	... schrie es laut und lange.
Mein Kind war meist fröhlich, lachte viel und zeigte oft Freude und gute Laune.	<input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③	...erschien oft ärgerlich und verstimmt und unzufrieden, dabei auch traurig.
Wenn mein Kind etwas wollte; z.B. zu essen, konnte es mit nichts abgelenkt werden.	<input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③	... ließ es sich schnell mit etwas anderem (bspw. Spiel) ablenken.
Wenn meinem Kind beim Spielen etwas nicht gleich gelungen ist, hat es sofort aufgegeben.	<input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③	... blieb es so lange dabei, bis es das erreicht hatte, was es wollte.

13. Bitte geben Sie an, wie Sie mit den Verhaltensweisen und Eigenschaften Ihres Kindes im Säuglings- und Kleinkindalter (bis 3 Jahre) zurechtgekommen sind:

Mit dem Verhalten meines Kindes kam ich während dieser Zeit...

immer gut zurecht meistens gut zurecht selten gut zurecht nicht zurecht

14. Besuchte Ihr Kind einen Kindergarten?

JA, mit Jahren und Monaten

NEIN, weil

15. Wie gern ging Ihr Kind in den Kindergarten? Bitte kreuzen Sie an

sehr gerne

gerne

mittel

nicht so gern

ungern

16. Wie kam Ihr Kind im Kindergarten mit anderen Kindern zurecht?**17. Wie kam Ihr Kind im Kindergarten mit den ErzieherInnen zurecht?****18. Gab es im Kindergarten Auffälligkeiten, Schwierigkeiten oder besonderen Ereignisse?
Wenn ja, welche?****19. Bitte nennen Sie einige charakteristische Verhaltensweisen und Eigenschaften, die Ihr Kind im Kindergarten- und Grundschulalter zeigte, wie z. B. konnte Grenzen gut akzeptieren, konzentrationsfähig, unruhig, fröhlich, trotzig, ängstlich, aggressiv, usw.****20. Bitte geben Sie an, wie Sie mit den Verhaltensweisen und Eigenschaften Ihres Kindes im Kindergarten- und Grundschulalter (bis 3- 10 Jahre) zurechtgekommen sind:**

Mit dem Verhalten meines Kindes kam ich während dieser Zeit...

immer gut zurecht meistens gut zurecht selten gut zurecht nicht zurecht

21. In welchem Alter wurde Ihr Kind eingeschult?

mit Jahren und Monaten

**22. Während bisheriger Schulzeit hat mein Kind folgende Schultypen besucht
(Grund-, Haupt- Realschule, Gymnasium usw.)****23. Gab oder gibt es irgendwelche Schwierigkeiten in der Schule? Wenn ja, welche?**➤ *bezüglich der Schulleistung?*➤ *bezüglich der Lehrer?*➤ *bezüglich der Mitschüler?*➤ *andere Schwierigkeiten?***24. Bitte geben Sie die Noten des letzten Zeugnisses an:**

Deutsch:	Mathematik:	Heimat- u. Sachkunde:
Englisch:	Physik:	Bildende Kunst:
Französisch:	Chemie:	Musik:
Latein:	Biologie	Sport:
Geschichte:	ITG:	Werken
Sozialkunde/Politik:	Religion/Ethik:	Text.Werken:
Andere Fächer:		

25. Welche Fächer mag Ihr Kind gern? Weshalb?

26. Welche Fächer mag Ihr Kind nicht? Weshalb?

27. Welche Interessen, Hobbies hat Ihre Tochter/ Ihr Sohn?

28. Was tut Ihre Tochter/ Ihr Sohn in der Freizeit am liebsten?

29. Hat Ihr Sohn/ Ihre Tochter Freunde?

<input type="radio"/> einen festen Freund, eine feste Freundin	<input type="radio"/> mehrere Spielkameraden
<input type="radio"/> beides	<input type="radio"/> hat keine Freunde

30. Diese Freunde sind eher ...

jünger - gleichaltrig - älter

31. Was tut Ihr Kind mit diesen Freunden am liebsten?

32. Wenn Sie Ihr Kind beim Zusammensein mit Gleichaltrigen/ Freunden beobachten, wie schätzen Sie es ein? Bitte kreuzen Sie an:

bestimmend	selbstbehauptend	kooperativ	angepasst	sich unterordnend
beliebt	anerkannt	respektiert	geduldet	zurückgewiesen
aufgeregt	nervös	freudig	gelassen	zurückgezogen
spricht dauernd	spricht viel	unterhält sich	spricht wenig	spricht kaum
abwartend	zurückhaltend	ausgeglichen	ungeduldig	sehr impulsiv
aggressiv	schnell ärgerlich	tolerant	sanft	unterlegen

33. Mein Kind greift von sich aus andere Kinder verbal/ körperlich an. Bitte kreuzen Sie an:

<input type="checkbox"/> sehr häufig	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> fast nie
--------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

34. Bitte nennen Sie einige charakteristische Verhaltensweisen und Eigenschaften, die Ihr Kind im Kontakt mit anderen Kindern/ Jugendlichen zeigt, wie z. B. weint viel, großzügig, kann beim Spiel gut/ nur schlecht verlieren usw.

35. Bitte beschreiben Sie die Beziehungen Ihres Kindes zu seinen Geschwistern:

36. Was kann Ihr Kind Ihrer Einschätzung nach besser als Gleichaltrige?

37. Was kann Ihr Kind noch nicht so gut?

38. Bitte nennen Sie einige charakteristische Verhaltensweisen und Eigenschaften, die Ihre Tochter/ Ihr Sohn zur Zeit zeigt, wie z. B. fröhlich, lernt gerne, aufsässig, traurig, oft deprimiert, kann Grenzen gut akzeptieren, konzentrationsfähig, ängstlich, aggressiv, usw.

39. Bitte geben Sie an, wie Sie mit den Verhaltensweisen und Eigenschaften Ihres Kindes zur Zeit zurechtgekommen:

Mit dem Verhalten meiner Tochter/ meines Sohnes komme ich zur Zeit....

immer gut zurecht meistens gut zurecht selten gut zurecht nicht zurecht

40. Gibt es Probleme, die bisher im Fragebogen noch nicht angesprochen wurden?
Wenn ja, welche?

41. Was wurde bisher unternommen, um die genannten Schwierigkeiten zu überwinden?

42. **War Ihr Sohn/ Ihre Tochter schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?
Wenn ja, weshalb, wann und wie lange?**

43. **Wurde ein anderes Familienmitglied schon einmal psychotherapeutisch behandelt?
Wenn ja, wer, weshalb, wie oft, wann und wie lange?**

44. **Falls Sie möchten, können Sie hier anführen, mit welchen Erwartungen Sie zu uns
kommen:**

Ort, Datum

**Falls Sie möchten, können Sie gerne die Rückseite oder weitere Blätter benutzen, um weitere
Informationen, Anmerkungen aufzuschreiben.**

Vielen Dank!

Verlaufsbeobachtung/ „Elternhausaufgabe“

Datum: _____

Verhalten Ihrer Tochter/ Ihres Sohnes.....

Beurteilen Sie bitte für die vergangene Woche:

1. Wie häufig ein von Ihnen beschriebenes schwieriges Verhalten aufgetreten ist
2. Wie belastend oder beeinträchtigend Sie dieses Verhalten empfunden haben

	Wie häufig trat das schwierige Verhalten letzte Woche auf <small>nie / einmal / 2-3 mal / täglich / mehrm. tägl. / ständig</small>	Wie belastend war das Verhalten für Sie <small>Kein Problem</small>	Wie belastend war das Verhalten für Sie <small>könnte nicht schlimmer sein</small>
Schwieriges Verhalten Ihres Kindes	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Wie schwierig/ problematisch empfanden Sie das Verhalten Ihres Kindes insgesamt?	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bearbeitet von: Mutter O; Vater O ; Eltern gemeinsam O			

Psychotherapeutische Hochschulambulanz • Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche •
 Verhalten der vergangenen Woche

Training sozialer Kompetenzen für Kinder

Datum:

Verhalten Ihrer Tochter/ Ihres Sohnes.....

Beurteilen Sie bitte für die vergangene Woche:

1. Wie häufig ein von Ihnen erwünschtes Verhalten aufgetreten ist

Erwünschtes Verhalten Ihres Kindes	Wie häufig trat das erwünschte Verhalten letzte Woche auf <small>nie / einmal / 2-3 mal / täglich / mehrm. tägl / ständig</small>
	0 1 2 3 4 5
	0 1 2 3 4 5
	0 1 2 3 4 5
	0 1 2 3 4 5
Wie oft empfanden Sie das Verhalten Ihres Kindes insgesamt als zufriedenstellend?	0 1 2 3 4 5

Bearbeitet von: Mutter ; Vater ; Eltern gemeinsam

Psychotherapeutische Hochschulambulanz • Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche •
Verhalten der veranagerten Woche

8.3.2 Fragebogen für Lehrer

WMC

Skala zur Erfassung sozialer Kompetenz in der Schule

I. Demographische Informationen zum Schüler /zur Schülerin

Name des Schülers / der Schülerin _____ Datum _____

Code _____ ^{Monate} Wie lange kennen Sie das Kind schon? _____

Geschlecht männl. weibl. _____

Schule _____

Alter: _____ Lehrer/in _____

Nationalität: _____ Klassenstufe _____

II. Instruktionen zur Skala

Bitte lesen Sie jede der untenstehenden Aufgaben sorgfältig durch und schätzen Sie das Verhalten des Schülers/ der Schülerin in Bezug auf die jeweilige Aufgabe ein. Sollten Sie die in der Aufgabe beschriebene besondere Fähigkeit oder Verhaltenskompetenz bei dem Schüler /der Schülerin nicht beobachtet haben, so wäre Ihre Antwort eine 1 entsprechend der Skaleneinschätzung "nie". Wenn der Schüler/ die Schülerin die angegebene Fähigkeit oder Verhaltenskompetenz sehr häufig zeigt, wäre Ihre Antwort eine 5 entsprechend der Skaleneinschätzung "häufig". Liegt die Häufigkeit, mit der das erfragte Verhalten gezeigt wird, zwischen diesen beiden Extremen, wäre Ihre Antwort eine 2,3 oder 4, entsprechend Ihrer bestmöglichen Schätzung der Auftretenshäufigkeit.

Die Skala besteht aus zwei Teilen, A und B. Im Teil A der Skala geht es um die Einschätzung einer konkreten Verhaltensweise. In Teil B geht es um die Zuordnung zu einer bestimmten Verhaltenstendenz; bitte versuchen Sie dazu, sich das Kind in verschiedenen Situationen vorzustellen. Wählen Sie Ihre Antwort entsprechend der bestmöglichen Schätzung der Häufigkeit, mit der die erfragte Verhaltenstendenz gezeigt wird.

KREUZEN SIE AUF DER SKALA VON 1 - 5 IHRE ANTWORT FÜR JEDE FRAGE AN. (Die Tabelle ganz rechts bitte freilassen).

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!

BEISPIELAUFGABEN

1. Andere Kinder wählen das Kind häufig in eine Sportmannschaft .

2. Kind nimmt aktiv an Gruppenarbeit teil.

SKALIERUNG

nie häufig ^{Hier bitte freilassen!}

1	2	3	4	5	[] [] [] [] []
1	2	3	4	5	

Teil A / WMC: BITTE BEANTWORTEN SIE JEDE AUFGABE.

AUFGABE	SKALIERUNG					Hier bitte frei lassen!				
	nie				häufig					
1. Wird von anderen Kindern in ihre Aktivitäten einbezogen	1	2	3	4	5					
2. Wechselt Aktivitäten mit den Gleichaltrigen, um eine fortlaufende wechselseitige Beziehung zu ermöglichen.	1	2	3	4	5					
3. Nützt freie Zeit im Unterricht angemessen (z. Bsp. wenn Stillarbeit frühzeitig beendet ist).	1	2	3	4	5					
4. Lacht mit Gleichaltrigen.	1	2	3	4	5					
5. Zeigt Sympathie für andere.	1	2	3	4	5					
6. Schließt leicht Freundschaft mit anderen Kindern.	1	2	3	4	5					
7. Hat gute Arbeitsgewohnheiten (z.B. ist organisiert, nützt effizient seine Arbeitszeit...).	1	2	3	4	5					
8. Stellt Fragen, die Informationen über jemanden oder etwas erbitten.	1	2	3	4	5					
9. Geht Kompromisse mit Gleichaltrigen ein, wenn die Situation es erfordert.	1	2	3	4	5					
10. Reagiert auf Hänselfn und Provokationen souverän z.Bsp mit Ignorieren oder Themenwechsel	1	2	3	4	5					
11. Verbringt die Pause und die freie Zeit in wechselseitiger Aktion mit Gleichaltrigen.	1	2	3	4	5					
12. Akzeptiert konstruktive Kritik von anderen, ohne ärgerlich zu werden.	1	2	3	4	5					
13. Spielt oder spricht mit Gleichaltrigen über längere Zeiträume.	1	2	3	4	5					
14. Gibt Gleichaltrigen, die ihn/sie darum bitten, freiwillig Hilfestellung.	1	2	3	4	5					
15. Übernimmt Führungsrolle bei Aktivitäten mit Gleichaltrigen.	1	2	3	4	5					
16. Ist sensibel für die Bedürfnisse anderer.	1	2	3	4	5					
17. Beginnt Gespräche mit Gleichaltrigen in zwanglosen Situationen.	1	2	3	4	5					

AUFGABE	SKALIERUNG					Hier bitte frei lassen!		
	nie			häufig				
18. Drückt Ärger aus, ohne in Situationen gewalttätig oder destruktiv zu werden.	1	2	3	4	5			
19. Hört den Instruktionen und den Aufgabenanweisungen des Lehrers/ der Lehrerin aufmerksam zu.	1	2	3	4	5			
20. Beantwortet eine Frage oder versucht, diese zu beantworten, wenn der Lehrer/die Lehrerin ihn/sie aufruft.	1	2	3	4	5			
21. Zeigt Fähigkeiten, selbständig zu lernen (zB kann angemessen mit minimaler Unterstützung des Lehrers/der Lehrerin arbeiten)	1	2	3	4	5			
22. Geht angemessen mit der Aggression anderer um (versucht, einen Kampf zu vermeiden, geht weg, sucht Hilfe, verteidigt sich)	1	2	3	4	5			
23. Geht auf Verhaltensregeln und -vorschriften ein (z. B. Lob, Rüge, Auszeit)	1	2	3	4	5			
24. Kooperiert mit Gleichaltrigen bei Gruppenaktivitäten oder -situationen.	1	2	3	4	5			
25. Hat wechselseitige Beziehungen zu mehreren unterschiedlichen Gleichaltrigen.	1	2	3	4	5			
26. Setzt körperlichen Kontakt gegenüber Gleichaltrigen situationsadäquat ein (z.B. schiebt Kind, das ihm auf den Fuß treten will, nur zur Seite).	1	2	3	4	5			
27. Reagiert umgehend auf Bitten.	1	2	3	4	5			
28. Hört zu, während andere sprechen. (z. B. im Stuhlkreis oder bei gemeinsam verbrachter Zeit)	1	2	3	4	5			
29. Kontrolliert seine Wut.	1	2	3	4	5			
30. Macht anderen Komplimente in Bezug auf persönliche Eigenschaften (z.B. Erscheinung, besondere Fähigkeiten..)	1	2	3	4	5			
31. Kann es akzeptieren, seinen Willen nicht durchzusetzen.	1	2	3	4	5			
32. Nimmt soziale Aspekte wahr. (z.B. "liest" soziale Situationen richtig/ kann sich in andere hineinversetzen)	1	2	3	4	5			
33. Erledigt angewiesene Aufgaben.	1	2	3	4	5			
34. Es gelingt dem Kind sich an Spielen und Aktivitäten in der Pause zu beteiligen.	1	2	3	4	5			
35. Hält die Unterhaltung mit Gleichaltrigen am laufen.	1	2	3	4	5			

AUFGABE	SKALIERUNG					Hier bitte frei lassen!
	nie			häufig		
36. Findet andere Spielmöglichkeiten, wenn seine/ihre Bitte, sich anderen anschließen zu dürfen, abgelehnt wird.	1	2	3	4	5	
37. Ist sich der Gefühle anderer bewußt.	1	2	3	4	5	
38. Hält Augenkontakt, wenn er/sie spricht oder angesprochen wird.	1	2	3	4	5	
39. Gewinnt die Aufmerksamkeit von Gleichaltrigen auf angemessene Art und Weise.	1	2	3	4	5	
40. Akzeptiert Vorschläge und Hilfe von Gleichaltrigen.	1	2	3	4	5	
41. Lädt Gleichaltrige zu gemeinsamem Spiel oder Aktivitäten ein	1	2	3	4	5	
42. Erledigt Stillarbeit wie angewiesen.	1	2	3	4	5	
43. Liefert Aufgaben in seinen/ihren Fähigkeiten entsprechender Qualität.	1	2	3	4	5	

ESKV

Teil B / ESKV: BITTE BEANTWORTEN SIE JEDE AUFGABE.

AUFGABE	SKALIERUNG					Hier bitte frei lassen!
	nie			häufig		
1. Kommt Wünschen oder Forderungen nach Hilfe oder Unterstützung nach, beantwortet Fragen.	1	2	3	4	5	
2. Geht auf unangemessenes Verhalten nicht ein, behält sein Ziel bei, ignoriert Provokationen (zB Beschimpfungen).	1	2	3	4	5	
3. Setzt Tricks ein, stellt anderen eine Falle, reagiert mit Zeitverzug, lenkt ab (zB spielt auf Schwächen anderer an).	1	2	3	4	5	
4. Unternimmt etwas mit anderen (z.B. spielt mit ihnen), hilft anderen und unterstützt sie, geht auf Wünsche von anderen ein.	1	2	3	4	5	
5. Reagiert verbal aggressiv: Schimpft, „motzt“ andere an oder verflucht andere.	1	2	3	4	5	
6. Teilt seine Gefühle und Bedürfnisse mit, erklärt sich anderen.	1	2	3	4	5	
7. Gibt Verantwortung ab, holt andere (z.B. Erwachsene) zur Hilfe, wird selber nicht aktiv; „petzt“.	1	2	3	4	5	
8. Lehnt Wünsche/Forderungen angemessen ab (mit u. ohne Erklärung), kann „Nein“ sagen, (kann sich situationsangemessen behaupten)	1	2	3	4	5	
9. Reagiert nonverbal aggressiv: haut, schlägt, tritt andere oder kneift sie.	1	2	3	4	5	
10. Behält Ziel unbedingt bei: setzt sich über Wünsche /Forderungen hinweg, nicht kompromiß-/hilfsbereit, sagt immer „Nein“.	1	2	3	4	5	
11. Handelt Kompromisse mit anderen aus, macht Vorschläge, bringt neue Ideen und Lösungsmöglichkeiten ein.	1	2	3	4	5	
12. Droht mit Worten negative Konsequenzen an, (droht z.B. an, zu „petzen“ oder handgreiflich zu werden).	1	2	3	4	5	
13. Bezieht keine eigene Stellung, läßt alles geschehen, überläßt Gegenüber die Handlung, verhält sich neutral, stimmt allem zu.	1	2	3	4	5	
14. Übernimmt Verantwortung, wird selbst aktiv, wenn die Situation es anbietet oder erfordert.	1	2	3	4	5	
15. Setzt Provokationen ein: Fordert zur Reaktion heraus, erschreckt andere, rächt sich (z.B. „zahlt mit gleicher Münze heim“).	1	2	3	4	5	
16. Gibt sein Ziel auf: Macht etwas anderes, läuft weg, wehrt sich nicht, meidet oder umgeht Situation/Gegenüber, gibt einfach nach.	1	2	3	4	5	
17. Formuliert Wünsche, Forderungen, Bedürfnisse oder Fragen von sich aus.	1	2	3	4	5	

SDQ-Lehrer (Standard)

Beziehbar über <http://www.sdqinfo.com/>.

SDQ-Lehrer (Follow-up)

Beziehbar über <http://www.sdqinfo.com/>.

8.3.3 Fragebogen für Kinder

FESUK

Nähere Informationen bei Dr. Helmut Saile, saile@uni-trier.de.

SVF-KJ

Beziehbar über <http://www.testzentrale.de/>.

SDQ-Selbst (Standard)

Beziehbar über <http://www.sdqinfo.com/>.

SDQ-Selbst (Follow-up)

Beziehbar über <http://www.sdqinfo.com/>.

8.4 Quiz und Auswertungshinweise

Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
Training Sozialer Kompetenzen für 6-12-jährige Kinder

Motto: „Das sind wir – eine tolle Gruppe!“
QUIZ 1

Das, was wir heute miteinander gemacht haben, führt dazu, dass wir uns als Gruppe zusammengehörig fühlen. Denkt einmal darüber nach, was wir alles getan haben, um zu einer tollen Gruppe zu werden. Kreuzt dann die richtigen Lösungen an.

- Wir haben gemeinsam:
- den Namen der anderen Kinder gelernt
 - Gruppenregeln aufgestellt und eingehalten
 - uns vorgestellt, unsere Hobbies erzählt
 - gespielt
 - gebastelt
 - schreiben und lesen gelernt
 - Spass miteinander gehabt
 - interessiert zugehört
 - Klammerchen gesammelt
 - Schuhe geputzt
 - andere etwas gefragt

Dein Name: _____

Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
Training Sozialer Kompetenzen für 6-12jährige Kinder

Motto: „Schritt für Schritt zum Ziel!“

QUIZ 2

Wisst Ihr noch, was wir heute im Training miteinander lernen wollten?
Was kann man sich sagen oder fragen, wenn man sein Ziel erreichen will?
Sucht aus den Vorschlägen die Fragen und Sätze heraus, die sinnvoll sind, um ein
Ziel zu erreichen.

	Richtig	Falsch
• Wie kann ich das Ziel erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Soll ich warten und nichts tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Welches ist der erste Schritt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich sage nicht „Halt! Stoppl“, sondern gehe sofort los ohne Nachzudenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Was will ich erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Ziele hast Du für Dich herausgefunden?

Dein Name: _____

© Wekenmann et al.

Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
Training Sozialer Kompetenzen für 6-12jährige Kinder

Motto: „Gefühle gehören zu mir!“

QUIZ 3

Heute haben wir viel über Gefühle erfahren. Vieles wußtest Du schon, anderes hast Du heute dazu gelernt. Nun bist Du ein richtiger Experte! Mal sehen, was Du jetzt alles weißt über Gefühle!

- | | | |
|--|----------------------------------|--------|
| 1. Gefühle gehören zu mir? | Richtig | Falsch |
| 2. Jeder Mensch hat Gefühle? | Richtig | Falsch |
| 3. Wenn es mir gut geht, fühle ich mich..... | wohl | |
| | traurig | |
| | zufrieden | |
| | ängstlich | |
| 4. Wenn ich glücklich bin, | lächle ich | |
| | lasse ich den Kopf hängen | |
| | stehe ich aufrecht | |
| | balle ich die Hände zu Fäusten | |
| 5. Wenn ich mich ärgere, | ziehe ich die Stirn in Falten | |
| | beiße ich die Zähne aufeinander | |
| | schimpfe ich vor mich hin | |
| | lächle ich | |
| 6. Welche Gefühle fallen Dir ein? | Kennst Du diese Gefühle von Dir? | |
| | ja | nein |
| | ja | nein |
| | ja | nein |
| | ja | nein |

Dein Name: _____

© Wekenmann et al.

Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
Training Sozialer Kompetenzen für 6-12jährige Kinder

Motto: „Alle haben Gefühle!“

QUIZ 4

Alle Menschen haben Gefühle! Diese Gefühle kann man oft recht gut am Gesicht und an der Körperhaltung erkennen. Schreibe in die Sprechblase, welches Gefühl das eine Kind auf den gezeigten Kärtchen beim anderen jeweils sieht!

1.

2.

3.

4.

5.

Dein Name: _____

© Wekenmann et al.

Die Kärtchen für dieses Quiz finden sich bei Reinling und Wolters (1994).

Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
Training Sozialer Kompetenzen für 6-12jährige Kinder

Motto: „Augen und Ohren auf!“
QUIZ 5

Was solltest Du heute lernen?

👁️

👂

Warum ist das so wichtig?

Mache bitte hinter die Antworten, die Du richtig findest, ein großes Ausrufezeichen und streiche die anderen Möglichkeiten durch.

- Damit ich viel reden kann....
- Damit mir nicht langweilig wird....
- Damit ich die Gefühle der anderen Kinder erkennen kann
- Damit ich das, was ich gesehen und gehört habe, auch besser behalten kann
- Damit ich meine Augen trainiere....
- Damit ich genau höre, welche Ideen und Vorschläge oder auch Probleme andere Kinder haben....
- Damit ich sehe, ob es einem Kind gut oder schlecht geht....
- Damit ich nicht zum Ohrenarzt muß....
-

Dein Name: _____

© Wekenmann et al.

Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
Training Sozialer Kompetenzen für 6-12-jährige Kinder

Motto: „Aufeinander zugehen / Ich habe viele Möglichkeiten!“

QUIZ 6

Um guten Kontakt mit anderen Menschen zu bekommen und um gut auf neue Kinder zugehen zu können, gibt es ein paar Tipps!
Was meinst Du, ist der Tipp super oder eher nicht so gut?

TIPP	SUPER	NICHT SO GUT
Ich schaue das andere Kind an, wenn ich mit ihm spreche.		
Ich spreche das andere Kind mit Namen an.		
Ich stelle dem anderen Kind ein Bein, dass es stolpert.		
Ich stelle Fragen und bin interessiert, z.B. an den Hobbies des Kindes.		
Ich tue gar nichts und hoffe, dass das andere Kind mich anspricht.		
Ich stehe aufrecht und lächele das Kind an.		
Ich sage dem Kind, wenn ich etwas gut finde, was es gesagt oder getan hat.		
Ich frage das Kind, ob es mitspielen will.		

Dein Name: _____

© Wekenmann et al.

Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
Training Sozialer Kompetenzen für 6-12jährige Kinder

Motto: Ich wähle die beste Möglichkeit und übe!"
QUIZ 7

In den meisten Situation, in denen wir mit anderen Menschen/
Kindern zu tun haben, gibt es verschiedene Möglichkeiten, was wir
tun können. Woran erkennt man, was die beste Möglichkeit ist? Oder
wie findet man das heraus? Wir geben Dir nach jedem Satz ein paar
Worte zur Auswahl. Füge in den Lückentext die passenden Worte
ein:

- Es geht mir und den anderen !
gut
schlecht
komisch

- Man schaut sich die Vorteile und die an !
Situationen
Nachteile
Ziele

- Man kann versuchen, sich in die des anderen
Kindes hineinzudenken. Wie es ihm wohl dabei geht?
Familie
Schule
Situation

- Erst, dann handeln!
spucken
nachdenken
streiten

Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
Training Sozialer Kompetenzen für 6-12-jährige Kinder

Wenn man weiß, dass eine schwierige Situation auf einen
zukommt, kann man vorher schon mal

.....

darüber nachdenken und mit jemand darüber reden
tief durchatmen und daheim bleiben
sein Butterbrot essen und Kraft für die Schlägerei sammeln

- Besser ist es, Streit mit zu lösen, als
mit Schlägen!

sich verstecken
Worten
Zahlen

Manchmal kann es sein, sich Hilfe und
Unterstützung von anderen zu holen.

lecker
hilfreich
warm

Das ist mein persönlicher Tipp oder Trick, um die beste
Möglichkeit herauszufinden!

.....

.....

Dein Name: _____

Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
Training Sozialer Kompetenzen für 6-12jährige Kinder

KONTROLLQUIZ (VOR TRAININGSBEGINN)

Name:

Datum:

1. Stell Dir vor, Du kommst neu in eine Gruppe: was hilft Dir, die anderen Kinder kennen zu lernen und gut mit ihnen auszukommen?
2. Was muss Du tun, wenn Du ein Ziel erreichen möchtest?
3. Kennst Du Ziele im Umgang mit anderen?
4. Welche Gefühle kennst Du?
5. Woran siehst Du, wie sich jemand fühlt?
6. Warum ist es wichtig, genau hinzuhören und hinzuschauen, wenn man mit anderen zusammen ist und gut mit ihnen auskommen will?

Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
Training Sozialer Kompetenzen für 6-12jährige Kinder

7. Wenn Du ein anderes Kind ansprechen willst, auf was musst Du achten, was sind hilfreiche Tipps? (z.B. fremdes Kind im Urlaub)

8. Was kannst Du alles tun? Es gibt viele Möglichkeiten!
 - Stell Dir vor, Du gehst nach den Hausaufgaben raus auf die Straße, und die Nachbarskinder haben schon angefangen zu spielen. Sie spielen ein Spiel, das Du nicht kennst. Was kannst Du alles tun?

 - Stell Dir vor, Du beobachtest, wie ein Mitschüler in der Pause Dein funkelnelneues Lineal aus Deiner Tasche zieht und damit wegläuft. Was kannst Du alles tun?

9. Wie kannst Du herausfinden, was die beste Möglichkeit ist?

10. Noten im „Gut miteinander auskommen“: (von 1-6, max. 0,5er Schritte)
 - a. Was würdest Du Dir selbst für eine Note geben?
 - b. Was würde Dir Deine Mutter für eine Note geben?
 - c. Was würde Dir Deine Lehrerin für eine Note geben?
 - d. Was würden Dir Deine Klassenkameraden geben?

Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
Training Sozialer Kompetenzen für 6-12jährige Kinder

KONTROLLQUIZ (Sitzung 8)

Name:

Datum:

1. Stell Dir vor, Du kommst neu in eine Gruppe: was hilft Dir, die anderen Kinder kennen zu lernen und gut mit ihnen auszukommen?
2. Was muss Du tun, wenn Du ein Ziel erreichen möchtest?
3. Kennst Du Ziele im Umgang mit anderen?
4. Welche Gefühle kennst Du?
5. Woran siehst Du, wie sich jemand fühlt?
6. Warum ist es wichtig, genau hinzuhören und hinzuschauen, wenn man mit anderen zusammen ist und gut mit ihnen auskommen will?

Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
Training Sozialer Kompetenzen für 6-12jährige Kinder

7. Wenn Du ein anderes Kind ansprechen willst, auf was musst Du achten, was sind hilfreiche Tipps? (z.B. fremdes Kind im Urlaub)

8. Was kannst Du alles tun? Es gibt viele Möglichkeiten!
 - Stell Dir vor, Du gehst nach den Hausaufgaben raus auf die Straße, und die Nachbarskinder haben schon angefangen zu spielen. Sie spielen ein Spiel, das Du nicht kennst. Was kannst Du alles tun?

 - Stell Dir vor, Du beobachtest, wie ein Mitschüler in der Pause Dein funkelnelneues Lineal aus Deiner Tasche zieht und damit wegläuft. Was kannst Du alles tun?

9. Wie kannst Du herausfinden, was die beste Möglichkeit ist?

10. Noten im „Gut miteinander auskommen“: (von 1-6, max. 0,5er Schritte)
 - a. Was würdest Du Dir selbst für eine Note geben?
 - b. Was würde Dir Deine Mutter für eine Note geben?
 - c. Was würde Dir Deine Lehrerin für eine Note geben?
 - d. Was würden Dir Deine Klassenkameraden geben?

Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
Training Sozialer Kompetenzen für 6-12jährige Kinder

ZUM TRAINING:

11. Was hat Dir am besten gefallen?

12. Was hat Dir am wenigsten gefallen/ Was fandest Du doof?

13. Deine Ziele waren:

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.

Hast Du Deine Ziele erreicht?

- | | | | | |
|----|------|-----------|---------|----|
| a. | nein | eher nein | eher ja | ja |
| b. | nein | eher nein | eher ja | ja |
| c. | nein | eher nein | eher ja | ja |
| d. | nein | eher nein | eher ja | ja |
| e. | nein | eher nein | eher ja | ja |

Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
Training Sozialer Kompetenzen für 6-12jährige Kinder

Auswertung der Sokoquizze 1-7

Generell erreichbare Punkte:

Name/ Nummer	Quizteile	max. mögl. Punkte für Quizteile	Quizteile	max. mögl. Punkte für Quizteile	Punkte gesamt
Tolle Gruppe/ 1	1-11	9	-----	-----	9
Schritt für Schritt /2	1-5	5 (3 richtig/ 2 falsch)	Eigene Ziele	2	7
Meine Gefühle/ 3	1-5	9 (nur richtige)	6	4	13
Alle haben Gefühle/ 4	1-5	5	-----	-----	5
Augen und Ohren/ 5	Frage 1	2	Frage 2	8 (4 gekreuzt/ 4 gestrichen)	10
Aufeinander zugehen/ 6	1-8	8 (6 super/ 2 nicht so gut)	-----	-----	8
Beste Möglichkeit/ 7	1-7	7 (nur richtige)	8	1	8

Da die Quizze vom Inhalt her alle ähnlich zu gewichten sind, müssen diese Rohwerte noch umgerechnet werden. Der Mittelwert beträgt 8,57. Um zwischen den Quizzen vergleichen zu können, muss jeder Rohwert noch mit einem entsprechenden Faktor multipliziert werden.

Name/ Nummer	Punkte gesamt	Faktor
Tolle Gruppe/ 1	9	0,952
Schritt für Schritt /2	7	1,22
Meine Gefühle/ 3	13	0,659
Alle haben Gefühle/ 4	5	1,713
Augen und Ohren/ 5	10	0,857
Aufeinander zugehen/ 6	8	1,071
Beste Möglichkeit/ 7	8	1,071

Psychotherapeutische Hochschulambulanz, Arbeitsbereich Kinder und Jugendliche
Training Sozialer Kompetenzen für 6-12jährige Kinder

Auswertung der Kontrollquizze

Quizteile	Max. mögliche Punktzahl	Umrechnungsfaktor
Frage1	5	1
Frage 2	4	1,25
Frage 3	6	0,84
Frage 4	8	0,625
Frage 5	5	1
Frage 6	4	1,25
Frage 7	6	0,84
Frage 8a	4	1,25
Frage 8b	4	1,25
Frage 9	4	1,25
Punkte gesamt	50	

Um die Rohwerte der Quizteile vergleichbar zu machen sind sie mit dem jeweiligen Faktor (am Mittelwert = 5 berechnet) zu multiplizieren.

8.5 Dropout-Analysen zu den Daten der drei Post-Messungen t3 bis t5

Tabelle 55: Darstellung von Mittelwertsunterschieden zum Messzeitpunkt t3 zwischen Kindern der Gesamtgruppe, die in der Stichprobe verbleiben (V), und Kindern der Gesamtgruppe, für die zu diesem Messzeitpunkt keine Daten vorliegen (DO), anhand der abhängigen Variablen in der Prä-Messung (t1)

Variablen	Beurteiler	Gruppe	M (SD)	t	df	p
Problemverhalten						
ECBI Problemhäufigkeit Prä	Eltern	V ₃ (N = 19)	128.68 (28.200)	1.271	43	.211
		DO ₃ (N = 26)	117.62 (29.319)			
ECBI Problembelastung Prä		V ₃ (N = 19)	12.74 (5.665)	-0.553	43	.583
		DO ₃ (N = 26)	13.85 (7.276)			
SDQ Gesamt Prä		V ₃ (N = 19)	19.47 (5.430)	0.900	44	.373
		DO ₃ (N = 27)	17.83 (6.506)			
SDQ Gesamt Prä	Lehrer	V ₃ (N = 12)	17.92 (4.852)	-0.580	32	.566
		DO ₃ (N = 22)	19.14 (6.319)			
SDQ Gesamt Prä	Kinder	V ₃ (N = 16)	13.50 (5.254)	0.280	39	.781
		DO ₃ (N = 25)	13.04 (5.062)			
Prosoziales Verhalten						
SDQ Prosozial Prä	Eltern	V ₃ (N = 19)	6.63 (2.114)	0.004	44	.997
		DO ₃ (N = 27)	6.63 (1.548)			
ESKV Gesamt Prä	Lehrer	V ₃ (N = 13)	39.40 (8.024)	1.284	32	.208
		DO ₃ (N = 21)	35.87 (7.627)			
WMC Gesamt Prä		V ₃ (N = 12)	114.00 (14.206)	0.272	31.599	.787
		DO ₃ (N = 22)	112.22 (23.692)			
SDQ Prosozial Prä		V ₃ (N = 13)	4.69 (1.974)	1.100	32	.279
		DO ₃ (N = 21)	3.71 (2.795)			
SDQ Prosozial Prä	Kinder	V ₃ (N = 16)	6.31 (2.089)	-0.816	39	.420
		DO ₃ (N = 25)	6.88 (2.223)			
Soziale Unsicherheit						
FESUK Situation A Prä	Kinder	V ₃ (N = 10)	1.61 (0.480)	0.140	23	.890
		DO ₃ (N = 15)	1.59 (0.465)			
FESUK Situation B Prä		V ₃ (N = 10)	1.51 (0.453)	-1.352	22	.190
		DO ₃ (N = 14)	1.73 (0.351)			
FESUK Situation C Prä		V ₃ (N = 10)	1.66 (0.379)	-1.068	21	.298
		DO ₃ (N = 13)	1.89 (0.583)			
Stressverarbeitung						
SVF-EMO Prä	Kinder	V ₃ (N = 9)	49.44 (16.60)	0.149	30	.882
		DO ₃ (N = 23)	48.61 (13.245)			
SVF-PRB Prä		V ₃ (N = 9)	42.22 (12.696)	-1.781	30	.085
		DO ₃ (N = 23)	50.39 (11.268)			
SVF-NCO Prä		V ₃ (N = 9)	44.44 (10.199)	-1.788	30	.084
		DO ₃ (N = 23)	52.17 (11.268)			
<p><i>Anmerkung:</i> V = Kinder mit vollständigen Daten bezogen auf die analysierte abhängige Variable; DO = Dropout-Kinder auf dieser Variablen; die tiefer gestellte Ziffer gibt den Erhebungszeitpunkt an: 3 = t3 = 6-8 Wochen nach Trainingsende; N = Personenanzahl; p = Signifikanz; * = p < .05, ** = p < .01; N unterscheidet sich zwischen den abhängigen Variablen, da Personen Fragebogen aufgrund fehlender Voraussetzungen (z.B. Alter) z.T. auch zum ersten Messzeitpunkt t1 nicht ausgefüllt haben</p>						

Tabelle 56: Darstellung von Mittelwertsunterschieden zum Messzeitpunkt t4 zwischen Kindern der Gesamtgruppe, die in der Stichprobe verbleiben (V), und Kindern der Gesamtgruppe, für die zu diesem Messzeitpunkt keine Daten vorliegen (DO), anhand der abhängigen Variablen in der Prä-Messung (t1)

Variablen	Beurteiler	Gruppe	M (SD)	t	df	p
Problemverhalten						
ECBI Problemhäufigkeit Prä	Eltern	V ₄ (N = 14)	132.36 (26.880)	1.589	43	.119
		DO ₄ (N = 31)	117.74 (29.267)			
ECBI Problembelastung Prä		V ₄ (N = 14)	13.43 (6.198)	0.034	43	.973
		DO ₄ (N = 31)	13.35 (6.868)			
SDQ Gesamt Prä		V ₄ (N = 15)	20.00 (5.438)	1.161	44	.252
		DO ₄ (N = 31)	17.79 (6.319)			
SDQ Gesamt Prä	Lehrer	V ₄ (N = 9)	16.44 (5.457)	-1.384	32	.176
		DO ₄ (N = 25)	19.52 (5.803)			
SDQ Gesamt Prä	Kinder	V ₄ (N = 12)	11.75 (5.276)	-1.199	39	.238
		DO ₄ (N = 29)	13.83 (4.957)			
Prosoziales Verhalten						
SDQ Prosozial Prä	Eltern	V ₄ (N = 15)	6.33 (2.160)	-0.784	44	.437
		DO ₄ (N = 31)	6.77 (1.586)			
ESKV Gesamt Prä	Lehrer	V ₄ (N = 10)	40.90 (7.336)	1.823	32	.078
		DO ₄ (N = 24)	35.69 (7.689)			
WMC Gesamt Prä		V ₄ (N = 10)	119.10 (18.864)	1.146	32	.260
		DO ₄ (N = 24)	110.25 (21.137)			
SDQ Prosozial Prä		V ₄ (N = 10)	4.90 (2.079)	1.218	32	.232
		DO ₄ (N = 24)	3.75 (2.658)			
SDQ Prosozial Prä	Kinder	V ₄ (N = 12)	6.92 (2.065)	0.487	39	.629
		DO ₄ (N = 29)	6.55 (2.229)			
Soziale Unsicherheit						
FESUK Situation A Prä	Kinder	V ₄ (N = 6)	1.79 (0.452)	1.202	23	.241
		DO ₄ (N = 19)	1.53 (0.459)			
FESUK Situation B Prä		V ₄ (N = 7)	1.61 (0.501)	-0.238	22	.814
		DO ₄ (N = 17)	1.65 (0.372)			
FESUK Situation C Prä		V ₄ (N = 7)	1.79 (0.368)	0.010	21	.992
		DO ₄ (N = 16)	1.79 (0.569)			
Stressverarbeitung						
SVF-EMO Prä	Kinder	V ₄ (N = 7)	47.14 (13.993)	-0.359	30	.722
		DO ₄ (N = 25)	49.32 (14.244)			
SVF-PRB Prä		V ₄ (N = 7)	42.71 (11.383)	-1.352	30	.186
		DO ₄ (N = 25)	49.60 (12.038)			
SVF-NCO Prä		V ₄ (N = 7)	47.43 (13.452)	-0.671	30	.508
		DO ₄ (N = 25)	50.72 (10.930)			
<p><i>Anmerkung:</i> V = Kinder mit vollständigen Daten bezogen auf die analysierte abhängige Variable; DO = Dropout-Kinder auf dieser Variablen; die tiefer gestellte Ziffer gibt den Erhebungszeitpunkt an: 4 = t4 = 6 Monate nach Trainingsende; N = Personenanzahl; p = Signifikanz; * = p < .05, ** = p < .01; N unterscheidet sich zwischen den abhängigen Variablen, da Personen Fragebogen aufgrund fehlender Voraussetzungen (z.B. Alter) z.T. auch zum ersten Messzeitpunkt t1 nicht ausgefüllt haben</p>						

Tabelle 57: Darstellung von Mittelwertsunterschieden zum Messzeitpunkt t5 zwischen Kindern der Gesamtgruppe, die in der Stichprobe verbleiben (V), und Kindern der Gesamtgruppe, für die zu diesem Messzeitpunkt keine Daten vorliegen (DO), anhand der abhängigen Variablen in der Prä-Messung t1

Variablen	Beurteiler	Gruppe	M (SD)	t	df	p
Problemverhalten						
ECBI Problemhäufigkeit Prä	Eltern	V ₅ (N = 12)	139.17 (27.296)	2.484	43	.017*
		DO ₅ (N = 33)	116.15 (27.552)			
ECBI Problembelastung Prä		V ₅ (N = 12)	13.75 (6.269)	.226	43	.822
		DO ₅ (N = 33)	13.24 (6.801)			
SDQ Gesamt Prä		V ₅ (N = 13)	20.23 (5.570)	1.211	44	.232
		DO ₅ (N = 33)	17.83 (6.213)			
SDQ Gesamt Prä	Lehrer	V ₅ (N = 6)	16.83 (5.037)	-8.69	32	.392
		DO ₅ (N = 28)	19.11 (5.953)			
SDQ Gesamt Prä	Kinder	V ₅ (N = 13)	12.08 (5.090)	-9.81	39	.332
		DO ₅ (N = 28)	13.75 (5.074)			
Prosoziales Verhalten						
SDQ Prosozial Prä	Eltern	V ₅ (N = 13)	6.23 (2.166)	-9.54	44	.345
		DO ₅ (N = 33)	6.79 (1.616)			
ESKV Gesamt Prä	Lehrer	V ₅ (N = 6)	42.50 (7.479)	1.882	32	.069
		DO ₅ (N = 28)	36.09 (7.585)			
WMC Gesamt Prä		V ₅ (N = 6)	117.16 (15.992)	.559	32	.580
		DO ₅ (N = 28)	111.92 (21.617)			
SDQ Prosozial Prä		V ₅ (N = 6)	4.33 (1.033)	.444	22.282	.661
		DO ₅ (N = 28)	4.04 (2.755)			
SDQ Prosozial Prä	Kinder	V ₅ (N = 13)	6.54 (2.025)	-2.39	39	.812
		DO ₅ (N = 28)	6.71 (2.258)			
Soziale Unsicherheit						
FESUK Situation A Prä	Kinder	V ₅ (N = 8)	1.49 (0.391)	-7.51	23	.460
		DO ₅ (N = 17)	1.64 (0.495)			
FESUK Situation B Prä		V ₅ (N = 7)	1.40 (0.360)	-2.012	22	.057
		DO ₅ (N = 17)	1.74 (0.385)			
FESUK Situation C Prä		V ₅ (N = 7)	1.57 (0.188)	-1.938	20.219	.067
		DO ₅ (N = 16)	1.88 (0.576)			
Stressverarbeitung						
SVF-EMO Prä	Kinder	V ₅ (N = 7)	56.57 (17.203)	1.703	30	.099
		DO ₅ (N = 25)	46.68 (12.516)			
SVF-PRB Prä		V ₅ (N = 7)	48.57 (11.178)	.117	30	.908
		DO ₅ (N = 25)	47.96 (12.522)			
SVF-NCO Prä		V ₅ (N = 7)	45.71 (7.111)	-1.133	30	.266
		DO ₅ (N = 25)	51.20 (12.152)			
<i>Anmerkung:</i> V = Kinder mit vollständigen Daten bezogen auf die analysierte abhängige Variable; DO = Dropout-Kinder auf dieser Variablen; die tiefer gestellte Ziffer gibt den Erhebungszeitpunkt an: 5 = t5 = 1 Jahr nach Trainingsende; N = Personenanzahl; p = Signifikanz; * = p < .05, ** = p < .01; N unterscheidet sich zwischen den abhängigen Variablen, da Personen Fragebogen aufgrund fehlender Voraussetzungen (z.B. Alter) z.T. auch zum ersten Messzeitpunkt nicht ausgefüllt haben						

8.6 Überprüfung der Auswertungsvariablen auf Normalverteilung

Tabelle 58: Kolmogorov-Smirnov-Tests zur Überprüfung der abhängigen Variablen auf Normalverteilung zum Zeitpunkt t1 (Gesamtgruppe)

Variable	N	M (SD)	Most extreme differences			Kolmogorov-Smirnov Z	P
			Absolut	Positiv	Negativ		
Problemverhalten							
ECBI Problemhäufigkeit	45	122.29 (29.057)	.107	.068	-.107	.716	.685
ECBI Problembelastung	45	13.38 (6.596)	.152	.152	-.070	1.019	.250
SDQ Eltern Gesamt	46	18.51 (6.076)	.097	.066	-.097	.660	.777
SDQ Lehrer Gesamt	34	18.71 (5.797)	.092	.092	-.065	.534	.938
SDQ Selbst Gesamt	41	13.22 (5.077)	.078	.078	-.076	.502	.962
Prosoziales Verhalten							
SDQ Eltern Prosozial	46	6.63 (1.781)	.146	.146	-.127	.991	.280
ESKV Gesamt	34	37.22 (7.854)	.083	.083	-.070	.483	.974
WMC Gesamt	34	112.85 (20.620)	.100	.100	-.099	.581	.888
SDQ Lehrer Prosozial	34	4.09 (2.527)	.111	.108	-.111	.650	.792
SDQ Selbst Prosozial	41	6.66 (2.163)	.124	.972	-.124	.792	.557
Soziale Unsicherheit							
FESUK Situation A	25	1.60 (0.461)	.203	.203	-.112	1.016	.253
FESUK Situation B	24	1.64 (0.403)	.135	.135	-.094	.662	.773
FESUK Situation C	23	1.79 (0.508)	.206	.206	-.104	.986	.286
Stressverarbeitung							
SVF-KJ EMO	32	48.84 (13.993)	.108	.108	-.063	.612	.848
SVF-KJ PRB	32	48.09 (12.068)	.126	.126	-.088	.715	.687
SVF-KJ NCO	32	50.00 (11.376)	.115	.115	-.084	.649	.793

Tabelle 59: Kolmogorov-Smirnov-Tests zur Überprüfung der abhängigen Variablen auf Normalverteilung zum Zeitpunkt t2 (Gesamtgruppe)

Variable	N	M (SD)	Most extreme differences			Kolmogorov-Smirnov Z	P
			Absolut	Positiv	Negativ		
Problemverhalten							
ECBI Problemhäufigkeit	29	119.14 (27.349)	.121	.121	-.110	.652	.789
ECBI Problembelastung	29	12.21 (8.042)	.121	.121	-.102	.650	.792
SDQ Eltern Gesamt	30	17.70 (5.510)	.093	.070	-.093	.511	.957
SDQ Lehrer Gesamt	21	16.48 (6.455)	.182	.182	-.110	.834	.490
SDQ Selbst Gesamt	29	11.66 (6.883)	.170	.170	-.106	.914	.374
Prosoziales Verhalten							
SDQ Eltern Prosozial	30	6.20 (2.041)	.206	.206	-.161	1.127	.158
ESKV Gesamt	21	39.771 (7.239)	.098	.092	-.098	.450	.987
WMC Gesamt	21	117.67 (18.312)	.108	.108	-.102	.493	.968
SDQ Lehrer Prosozial	21	3.81 (2.400)	.166	.119	-.166	.792	.607
SDQ Selbst Prosozial	29	7.31 (1.755)	.170	.117	-.170	.916	.371
Soziale Unsicherheit							
FESUK Situation A	15	1.30 (0.366)	.263	.263	-.201	1.019	.250
FESUK Situation B	14	1.53 (0.519)	.258	.258	-.196	.967	.307
FESUK Situation C	16	1.56 (0.566)	.199	.186	-.199	.797	.549
Stressverarbeitung							
SVF-KJ EMO	20	46.00 (12.346)	.154	.154	-.062	.689	.730
SVF-KJ PRB	20	49.95 (14.884)	.124	.122	-.124	.555	.918
SVF-KJ NCO	20	43.30 (9.712)	.144	.144	-.093	.642	.804

8.7 (M)ANOVAs zum Einfluss von Alter und Geschlecht auf kurz- und langfristige Effekte

Tabelle 60: Mittelwerte und Standardabweichungen signifikanter Stichprobenuntergruppen (Alter; Geschlecht) beim Vergleich von Experimental- und Kontrollgruppe von t1 nach t2 hinsichtlich des Problemverhaltens

Beurteiler	Instrument (Effekt)	Gruppe	M (SD)	N	
Eltern	ECBI-Problemhäufigkeit (Zeit * Alter)	6-8 J.	t1	109.13 (30.305)	15
			t2	125.33 (34.785)	9
		9-12 J.	t1	128.87 (26.521)	30
			t2	116.35 (23.800)	20
	ECBI-Problembelastung (Zeit * Alter)	6-8 J.	t1	11.60 (6.874)	15
			t2	13.44 (9.523)	9
		9-12 J.	t1	14.27 (6.384)	30
			t2	11.65 (7.485)	20
	SDQ-Gesamt (Zeit * Alter)	6-8 J.	t1	17.57 (7.552)	15
			t2	17.33 (6.576)	9
		9-12 J.	t1	19.07 (5.362)	30
			t2	18.00 (5.252)	20
	ECBI-Problembelastung (Zeit * Geschlecht * Alter)	6-8 J., m.	t1	13.17 (5.828)	12
			t2	11.75 (8.615)	8
		6-8 J., w.	t1	5.33 (8.386)	3
			t2	27.00 (-)	1
		9-12 J., m.	t1	14.73 (6.341)	26
			t2	12.05 (7.465)	19
		9-12 J., w.	t1	11.25 (6.702)	4
			t2	4.00 (-)	1
SDQ-Gesamt (Zeit * Geschlecht * Alter)	6-8 J., m.	t1	19.29 (5.319)	12	
		t2	16.25 (6.112)	8	
	6-8 J., w.	t1	10.67 (12.423)	3	
		t2	26.00 (-)	19	
	9-12 J., m.	t1	19.81 (4.964)	26	
		t2	18.42 (5.037)	1	
	9-12 J., w.	t1	14.25 (6.076)	4	
		t2	10.00 (-)	1	
ECBI-Problemhäufigkeit (Gruppe * Alter)	EG, 6-8 J.		110.42 (32.698)	19	
			133.40 (25.880)	5	
	EG, 9-12 J.		127.44 (27.752)	34	
			116.25 (20.430)	16	
Kinder	SDQ-Gesamt (Geschlecht)	m.	12.17 (5.633)	64	
		w.	16.83 (7.494)	6	
	SDQ-Gesamt (Alter)	6-8 J.	12.14 (7.07)	21	
		9-12 J.	12.75 (5.387)	49	
	SDQ-Gesamt (Gruppe * Alter)	EG, 6-8 J.	9.86 (6.696)	15	
		KG, 6-8 J.	17.83 (4.490)	6	
		EG, 9-12 J.	12.53 (5.488)	32	
		KG, 9-12 J.	13.17 (5.329)	17	
	SDQ-Gesamt (Geschlecht * Alter)	6-8 J., m.	11.25 (6.919)	20	
		9-12 J., m.	12.59 (5.516)	44	
		6-8 J., w.	30.00 (-)	1	
		9-12 J., w.	14.20 (4.266)	5	

Tabelle 61: Mittelwerte und Standardabweichungen signifikanter Stichprobenuntergruppen (Alter; Geschlecht) bei der Analyse der Gesamtgruppe über die fünf Messzeitpunkte hinweg hinsichtlich des Problemverhaltens

Beurteiler	Instrument (Effekt)	Gruppe	M (SD)	N
Eltern	ECBI-Problemhäufigkeit (Geschlecht * Alter)	6-8 J., m.	108.55 (35.865)	33
		9-12 J., m.	119.27 (29.884)	73
		6-8 J., w.	112.33 (48.620)	6
		9-12 J., w.	96.38 (19.625)	8
	ECBI-Problembelastung (Geschlecht * Alter)	6-8 J., m.	11.18 (7.122)	33
		9-12 J., m.	12.77 (7.109)	73
		6-8 J., w.	14.33 (11.483)	6
		9-12 J., w.	6.63 (6.696)	8
	SDQ-Gesamt (Geschlecht * Alter)	6-8 J., m.	15.95 (5.756)	33
		9-12 J., m.	17.71 (5.566)	73
		6-8 J., w.	16.50 (10.368)	6
		9-12 J., w.	11.75 (5.064)	8
	ECBI-Problembelastung (Zeit * Geschlecht * Alter)	6-8 J., m. t1	13.17 (5.828)	12
		6-8 J., m. t2	10.86 (6.793)	7
		6-8 J., m. t3	9.83 (8.976)	6
		6-8 J., m. t4	8.25 (9.535)	4
		6-8 J., m. t5	10.75 (8.221)	4
		6-8 J., w. t1	5.33 (8.386)	3
		6-8 J., w. t2	27.00 (-)	1
		6-8 J., w. t3	19.00 (-)	1
		6-8 J., w. t4	24.00 (-)	1
		6-8 J., w. t5	0 (-)	1
		9-12 J., m. t1	14.73 (6.341)	26
		9-12 J., m. t2	11.79 (6.997)	19
		9-12 J., m. t3	10.00 (6.994)	12
		9-12 J., m. t4	12.75 (8.828)	8
		9-12 J., m. t5	12.88 (8.097)	8
9-12 J., w. t1		11.25 (6.702)	4	
9-12 J., w. t2	4.00 (-)	1		
9-12 J., w. t3	2.00 (-)	1		
9-12 J., w. t4	2.00 (-)	1		
9-12 J., w. t5	0 (-)	1		
ECBI-Problembelastung (Alter)	6-8 J.	11.67 (7.835)	39	
	9-12 J.	12.16 (7.267)	81	
Lehrer	SDQ-Gesamt (Geschlecht * Alter)	6-8 J., m.	14.74 (6.273)	39
		9-12 J., m.	18.89 (6.948)	35
		6-8 J., w.	25.00 (-)	1
		9-12 J., w.	12.57 (4.392)	7
Kinder	SDQ-Gesamt (Geschlecht)	m.	11.15 (5.543)	101
		w.	14.18 (6.509)	11
	SDQ-Gesamt (Geschlecht * Alter)	6-8 J., m.	9.35 (5.174)	31
		9-12 J., m.	11.94 (5.551)	70
		6-8 J., w.	19.67 (8.963)	3
	9-12 J., w.	12.13 (4.454)	8	

Tabelle 62: Mittelwerte und Standardabweichungen signifikanter Stichprobenuntergruppen (Alter; Geschlecht) bei der Analyse der Gesamtgruppe über die fünf Messzeitpunkte hinweg hinsichtlich des prosozialen Verhaltens

Beurteiler	Instrument (Effekt)	Gruppe	M (SD)	N
Eltern	SDQ-Prosozial (Geschlecht)	m.	6.50 (1.741)	109
		w.	8.00 (1.240)	14
Lehrer	SDQ-Prosozial (Alter)	6-8 J.	3.83 (2.183)	40
		9-12 J.	5.02 (2.623)	43
	ESKV Gesamt (Geschlecht * Alter)	6-8 J., m.	42.23 (8.891)	39
		9-12 J., m.	36.66 (8.430)	36
		6-8 J., w.	27.00 (-)	1
		9-12 J., w.	48.14 (4.054)	7