

Universitätsklinikum Ulm  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie  
Prof. Dr. Jörg Fegert (Ärztlicher Direktor)

# **Entwicklung und Evaluation eines psychosozialen Kompetenztrainings für lernbehinderte Jugendliche in der beruflichen Rehabilitation**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie  
an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Vorgelegt von:

Dipl.-Psych. Judith Anne Nestler  
geboren am 02.05.1978 in Lahr

Vorgelegt im Jahr 2007

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Klaus-Michael Debatin

Erster Berichterstatter: Prof. Dr. Dipl.-Psych. Lutz Goldbeck

Zweiter Berichterstatter: Prof. Dr. Harald Traue

Tag der Promotion: 21.12.2007

# Inhaltsverzeichnis

1	Abkürzungsverzeichnis .....	5
2	Einleitung .....	6
3	Theorieteil .....	8
3.1	Lernbehinderung - eine Begriffsdefinition.....	8
3.2	Schul- und Berufslaufbahn lernbehinderter Jugendlicher.....	12
3.3	Lernbehinderung und psychische Störungen.....	14
3.4	Soziale Kompetenz - eine Begriffsdefinition.....	16
3.5	Lernbehinderung und soziale Kompetenz.....	20
3.6	Trainingsprogramme sozialer Kompetenz.....	22
3.7	Ergebnisse bisheriger Evaluationsstudien sozialer Kompetenztrainings	25
3.8	Zusammenfassung.....	28
3.9	Zielsetzung dieser Arbeit.....	31
3.10	Ableitung der Fragestellung und Hypothesen für diese Arbeit .....	31
4	Empirischer Teil: Methodenteil .....	35
4.1	Studiendesign .....	35
4.2	Beschreibung der verwendeten diagnostischen Instrumente.....	39
4.2.1	Erfassung der Verhaltensebene sozialer Kompetenz (Behavioraler Bereich) .....	40
4.2.2	Erfassung des emotional-motivationalen Bereichs sozialer Kompetenz .....	44
4.2.3	Erfassung des perzeptiv-kognitiven Bereichs sozialer Kompetenz .	46
4.2.4	Eingangsdagnostik und Trainingsevaluation .....	47
4.3	Datenaufbereitung und Statistische Auswertung .....	48
4.4	Rekrutierung der Stichprobe .....	49
4.5	Beschreibung der teilnehmenden Einrichtungen.....	50
4.6	Beschreibung der Intervention: psychosoziales Kompetenztraining („SOKO“).....	51
5	Ergebnisteil .....	57
5.1	Beschreibung der Stichprobe .....	57
5.1.1	Studienteilnahme/Drop-outs (CONSORT-Schema) .....	57
5.1.2	Soziodemographische Daten und deskriptive Ergebnisse .....	58
5.1.3	Überprüfung der Randomisierung.....	59
5.2	Evaluationsergebnisse .....	61
5.2.1	Zentrale Hypothesenprüfung: Veränderungen der beobachtbaren Handlungskompetenz.....	63
5.2.2	Hypothese (a): Veränderungen auf Fertigkeitenebene .....	64
5.2.3	Hypothese (b): Veränderungen auf Verhaltensebene.....	65
5.2.4	Hypothese (c): Veränderungen auf kognitiver Ebene .....	66
5.2.5	Hypothese (d): Veränderungen auf emotionaler Ebene.....	67
5.2.6	Hypothese (e): Subgruppenunterschiede .....	69
5.2.7	Hypothese (f): Zeitliche Stabilität der Veränderungen (Langzeiteffekte).....	70
5.2.8	Zufriedenheit der Jugendlichen mit dem Programm .....	80
6	Diskussion.....	82
6.1	Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse.....	82
6.2	Methodische Einschränkungen der Studie .....	89
6.3	Schlussfolgerungen.....	90
7	Zusammenfassung.....	92
8	Literaturverzeichnis .....	94

9	Danksagung .....	102
10	Anhang .....	104
10.1	Beobachtungskategoriensystem .....	104
10.2	Rollenspielsituationen .....	105
10.3	Teilnehmerinformation und Einverständniserklärungen für die Jugendlichen und Eltern .....	110
10.4	Wissensfragebogen .....	120
10.5	Lebenslauf .....	123

# 1 Abkürzungsverzeichnis

AKI:	Beobachtungskategoriensystem AKI aggressives, kompetentes und initiativloses Verhalten
APA:	American Psychiatric Association
CBCL:	Child Behavior Checklist
DSM-IV:	Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4 <sup>th</sup> edn
Follow-up:	Follow-up-Messzeitpunkt (6 Monate nach der Interventionsmaßnahme, t3)
G:	Gruppe
GSK:	Gruppentraining sozialer Kompetenzen
Hamet:	hamet2, handlungsorientierte Module zur Erfassung beruflicher Kompetenz, Teilmodul 3 „Soziale Kompetenz“
I:	Interventionsgruppe
ICD-10:	International Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF:	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO
IQ:	Intelligenzquotient
K:	Kontrollgruppe
LD:	Learning Disabilities
MW:	Mittelwert
N:	Personenanzahl
P:	Signifikanzniveau
Post:	post-Messzeitpunkt (direkt nach der Interventionsmaßnahme, t2)
Prä:	prä-Messzeitpunkt (vor der Interventionsmaßnahme, t1)
SD:	Standardabweichung
TISS:	Teenage Inventory of Social Skills
WHO:	Weltgesundheitsorganisation
YSR:	Youth Self Report

## 2 Einleitung

Lernbehinderte Jugendliche weisen oft emotionale Probleme und Verhaltensauffälligkeiten auf, die mit Defiziten in ihrer sozialen Kompetenz verbunden sind. Sie zeigen somit nicht nur Schwierigkeiten bei der Bewältigung intellektueller Leistungsanforderungen im Schul- und Berufsalltag, sondern auch bei der Bewältigung von sozialen Interaktionssituationen. Für die Integration in die moderne und flexible Arbeitswelt sind jedoch vor allem berufsübergreifende Fähigkeiten und Kenntnisse wie soziale Kompetenz und emotionale Stabilität wichtig. Ein Mangel an diesen Fähigkeiten kann schulische und berufliche Eingliederungsschwierigkeiten, Stigmatisierungen im sozialen Umfeld und Konflikte in der Peergruppe zur Folge haben, die zu einem negativen Selbstbild und dem Abbau von Erfolgs- und Leistungsmotivation führen können. Oft entsteht ein Teufelskreis, der damit endet, dass die Jugendlichen ihre Ausbildung abbrechen oder aufgrund ihrer mangelnden Teamfähigkeit keine Weiterbeschäftigung erhalten. Schlagen berufliche Rehabilitationsmaßnahmen fehl, bleibt für viele nur noch die Dauerarbeitslosigkeit als Zukunftsperspektive. Benachteiligte Jugendliche sind daher auf die umfassende Förderung sowohl ihrer kognitiven als auch sozialen Kompetenzen angewiesen.

Demgegenüber steht die gesellschaftliche Entwicklung, Ausgaben für stationäre berufliche Rehabilitationsmaßnahmen zu kürzen und neue Konzepte mit stärkerer Dezentralisierung zu schaffen. Umso wichtiger gestaltet es sich im Zuge dieses Prozesses für die betroffenen Jugendlichen effiziente Fördermaßnahmen zu konzipieren und deren Qualität zu sichern. Evidenzbasierte Trainingsprogramme zur Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen lernbehinderter Jugendlicher existieren bislang in Deutschland nicht.

In der vorgelegten Studie wurde ein psychosoziales Kompetenztraining entwickelt und evaluiert, welches speziell auf die Anforderungen und Bedürfnisse lernbehinderter und gleichzeitig psychosozial auffälliger Jugendlicher und junger Erwachsener in der beruflichen Rehabilitation zugeschnitten ist.

Die Arbeit gliedert sich wie folgt:

Auf diese einleitenden Bemerkungen zum Hintergrund der Forschungsarbeit folgt die Darstellung des theoretischen Überblicks in Kapitel 3. In diesem werden

theoretische Begrifflichkeiten, die der Arbeit zugrunde liegen, erläutert, wie die Definition von Lernbehinderung (Kapitel 3.1) und sozialer Kompetenz (Kapitel 3.4). Zudem wird die Schul- und Berufslaufbahn lernbehinderter Jugendlicher kurz dargestellt (Kapitel 3.2). Zusammenhänge zwischen Lernbehinderung und dem Auftreten psychischer Störungen (Kapitel 3.3) und von Defiziten in der sozialen Kompetenz (Kapitel 3.5) werden näher beleuchtet. Abschließend wird über vorhandene Trainingsprogramme zur sozialen Kompetenz (Kapitel 3.6) und über die Ergebnisse bisheriger Evaluationsstudien solcher Programme (Kapitel 3.7) informiert. Die theoretischen Inhalte werden abschließend in Kapitel 3.8 integrativ dargestellt und daraus wird die Begründung der empirischen Arbeit abgeleitet. In Kapitel 3.9 werden die Zielsetzung der Studie beschrieben und Fragestellung und Hypothesen der vorgenommenen Evaluationsstudie abgeleitet (Kapitel 3.10).

In Kapitel 4, dem Methodenteil, wird das Studiendesign näher beschrieben (Kapitel 4.1). Zudem werden die verwendeten diagnostischen Instrumentarien sozialer Kompetenz nach Erfassungsebenen geordnet erläutert (Kapitel 4.2). Es wird über die statistischen Auswertungsmodalitäten (Kapitel 4.3), die Stichprobenselektion (Kapitel 4.4) und die an der Studie teilnehmenden Einrichtungen (Kapitel 4.5) informiert. Abschließend wird in Kapitel 4.6 das konzipierte Trainingsprogramm näher beschrieben.

Es folgt die Präsentation der Ergebnisse in Kapitel 5: Zunächst wird die Stichprobe bezüglich Drop-outs, deskriptiver Ergebnisse und Randomisierung näher charakterisiert, anschließend werden die Evaluationsergebnisse geordnet nach Hypothesen dargestellt.

In der Diskussion (Kapitel 6) werden die wichtigsten Ergebnisse entlang der Hypothesen zusammengefasst und interpretiert (Kapitel 6.1), es folgt die kritische Auseinandersetzung mit methodischen Einschränkungen der Studie (Kapitel 6.2) und die zu ziehenden Schlussfolgerungen aus der Studie (Kapitel 6.3). Die Arbeit endet mit einer zusammenfassenden Darstellung (Kapitel 7).<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Anmerkung:* Aus Gründen der Vereinfachung und besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit bei Bezugnahme auf beide Geschlechter stellvertretend die maskuline Form verwendet. Mit diesen Formulierungen wird jedoch ausdrücklich auf beide Geschlechter Bezug genommen und gebeten, dies in der Vorstellung nachzutragen.

### 3 Theorieteil

#### 3.1 Lernbehinderung - eine Begriffsdefinition

*„The large majority of students in special education are found in the designation “mild disabilities” and includes students with learning disabilities (LD), emotional and behavioural disorders, and mild mental retardation. A longstanding problem has been the clear differentiation among these groups. (...) Although each possesses a primary defining characteristic, the potential for overlap with respect to these characteristics is high.”* (Kavale & Forness 1998, S.2)

Der Begriff „Lernbehinderung“ wird seit Jahren in der deutsch- und englischsprachigen Literatur kritisiert, teils aufgrund seiner Ungenauigkeit, teils auch aufgrund des in ihm enthaltenen defizitorientierten Blickwinkels (Eberwein 1997). Er wurde in den 60er Jahren in die Fach- und Amtssprache des bundesdeutschen Sonderschulwesens eingeführt, existiert jedoch nicht in den gängigen Klassifikationssystemen psychischer Störungen (Grünke 2004). Ähnliche Begriffe wie „learning disability, mental retardation, intellectual disability/impairment“ werden ebenso in der Literatur verwendet (Gillberg & Soderstrom 2003), sind jedoch von dem deutschen Begriff der „Lernbehinderung“ abzugrenzen.

Da die nachfolgende Studie im deutschen Schul- und Berufswesen durchgeführt wurde und der Begriff „Lernbehinderung“ in der schulpädagogischen Praxis üblich ist, soll er trotz seiner Schwächen in dieser Arbeit verwendet und in Anlehnung an Grünke 2004 definiert werden:

Als Hauptmerkmale einer Lernbehinderung gelten in der Literatur anhaltendes Schulversagen und eine unterdurchschnittliche Intelligenz: *„Eine Lernbehinderung liegt dann vor, wenn schwerwiegende, anhaltende und umfängliche Defizite bei der Bewältigung von intellektuellen Leistungsanforderungen festgestellt werden“* (Grünke 2004, S.65). Ferner bleiben die Betroffenen hinter den Anforderungen des jeweiligen Bildungssystems zurück und diese Rückstände erfüllen verschiedene Kriterien: Sie betreffen zwei bis drei Schuljahre, persistieren, betreffen mehrer Unterrichtsfächer und sind nicht als Folge eines unzureichenden Lernangebotes, noch von Sinnesschädigungen, sondern in Zusammenhang mit



Defiziten der allgemeinen kognitiven Leistungsfähigkeit zu sehen (Intelligenzquotient zwischen 55 und 85). Lernbehinderte Schüler lernen somit wesentlich langsamer und weniger, vergessen auch Gelerntes schneller. Besondere Schwierigkeiten zeigen sich beim abstrakten Lernen und Übertragen gelernter Inhalte auf neue Situationen. Als Begleitmerkmale werden von Grünke (2004) zudem eine schlechtere Sprachleistung, eine weniger gegliederte Wahrnehmungs- und Vorstellungsfähigkeit und erhöhte Ablenkbarkeit geschildert. Hinzu kommen Differenzierungsschwierigkeiten im emotionalen Erleben, oft im Zuge dessen auch ein Mangel an sozialer Kompetenz und die Neigung zu extremen Verhaltensäußerungen (Grünke 2004).

Zur Abgrenzung aber auch Vervollständigung werden im Folgenden sich teils überschneidende ähnliche Begriffe aus der einschlägigen Literatur kurz dargestellt:

Gillberg und Soderstrom (2003, S.811) definieren Lernbehinderung im angloamerikanischen Raum wie folgt: „Learning disability and mental retardation are administrative labels applied to individuals who consistently test below a certain IQ (usually 70) and show functional impairment as a consequence of low IQ.“ Hierbei wird von ihnen entsprechend dem DSM-IV der American Psychiatric Association (APA) (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> edn. 1994) zwischen „profund learning disability“ (IQ < 20 bis 25), „severe learning disability“ (IQ > 20 bis 40), „moderate learning disability“ (IQ 35 bis 55) und „mild learning disability“ (IQ zwischen 55 und 70) unterschieden. Der Bereich eines Intelligenzquotienten zwischen 70 und 84 wird als „borderline IQ level“ bezeichnet, einhergehend mit einem erhöhten Risiko, akademische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln. Der englischsprachige Begriff „learning disability“ ist somit abzugrenzen von dem deutschsprachigen Begriff der Lernbehinderung, der die Bereiche „mild learning disability“ (IQ zwischen 55 und 70) und „borderline IQ level“ (IQ 70 bis 84) definitorisch vereint. Er ist jedoch ebenso anzugrenzen von den Begriffen „learning disabilities“, „specific learning disability“ oder „learning disorders“, die im deutschen Gebrauch eher den umschriebenen Entwicklungsstörungen z.B. der Sprache, des Lesens, Schreibens (Lese- und Rechtschreibstörung) oder des Rechnens (Dyskalkulie) entsprechen. Hierbei existieren Schwächen in einzelnen Teilleistungsbereichen

(„Lernstörungen“), die jedoch mit dem allgemeinen im Durchschnittsbereich liegenden kognitiven Leistungsniveau divergieren.

Die oben beschriebene Einteilung ähnelt der dritten Achse des multiaxialen Klassifikationsschemas International Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Remschmidt et al. 2001), welches das unterschiedliche Intelligenzniveau entsprechend der Wechsler-Skalen (IQ: Mittelwert = 100, Standardabweichung = 15) kodiert. Dabei wird nach ICD-10 zwischen „niedriger Intelligenz“ (IQ 70-84) und „Intelligenzminderung“ unterschieden. Die Intelligenzminderung lässt sich je nach Schwere in eine „leichte Intelligenzminderung“ (IQ 50-69), „mittelgradige“ (IQ: 35-49) und „schwerste Intelligenzminderung“ (IQ unter 30) einteilen. Somit überschneidet sich auch hier die Definition der Lernbehinderung sowohl mit der der „niedrigen Intelligenz“ als auch der „leichten Intelligenzminderung“.

Die beschriebene Begriffsvielfalt und definatorischen Überschneidungen erklären zum einen die entstehende Verwirrung über die Bedeutung des Begriffes „Lernbehinderung“. Hinzu kommt die Tatsache, dass der Begriff der Lernbehinderung in Deutschland hauptsächlich schullaufbahnorientiert definiert und verwendet wird, also somit die Kinder und Jugendlichen umfassen sollte, die entsprechend die Förderschule/Sonderschule oder später berufliche Rehabilitationsmaßnahmen besuchen. Hier zeigt sich allerdings eine große Heterogenität der Population. Moosbauer (1980) beschreibt z.B. die Existenz verschiedener Subgruppen in Lernbehindertenschulen, deren gemeinsames Merkmal zwar das „Schulversagen“ ist, die jedoch durch unterschiedliches Lern- und Leistungsverhalten charakterisiert werden können: So werden einmal Kinder und Jugendliche mit deutlichen Intelligenzrückständen genannt, die somit der Definition von Lernbehinderten am ehesten entsprechen, dann allerdings auch Kinder und Jugendliche mit einzelnen Lernstörungen/-schwächen und Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten und Milieuschäden ohne Intelligenzminderung, wobei die Übergänge als fließend charakterisiert werden.

Ebenso wie sich Schwierigkeiten bei der Definition ergeben, herrscht auch Uneinigkeit bezüglich der Prävalenz von Lernbehinderung in der Gesellschaft. Nach Moosbauer (1980) weisen Statistiken aus dem schulischen Bereich die

Lernbehinderten als zahlenmäßig größte Personensubgruppe von allen Behindertengruppen aus. Grünke (2004) gibt an, dass 2,5% aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland eine Schule für Lernbehinderte bzw. Förderschule besuchen, 15,7% aller Personen erfüllen das Kriterium einer reduzierten Intelligenz. Das Verhältnis zwischen Mädchen und Jungen liegt bei 2:3, deutlich überrepräsentiert sind nach Grünke Schüler ausländischer Staatsangehörigkeit und Menschen aus niedrigem sozioökonomischem Status.

Die Ursachen für eine Lernbehinderung werden in der Literatur als multifaktoriell und zudem im Sinne eines Diathese-Stress-Modells gesehen (Osman 2000). Gillberg & Soderstrom (2003) beschreiben Gen-Umwelt-Interaktionen als ursächlich: Zwar ist noch kein spezifischer Zusammenhang zwischen Intelligenz und genetischer Ausstattung gefunden, die Erblichkeitsrate von Intelligenz ist jedoch hoch. Der stärkere Anteil an männlichen Lernbehinderten spricht z.B. für Mutationen von Genen, die mit dem X-Chromosom verbunden sind. Hinzu kommt, dass verschiedene spezifische chromosomale Aberrationen und dadurch entstehende Syndrome (Prader-Willi, Down-Syndrome, Fragiles-X-Syndrom etc.) häufige Ursachen für eine Lernbehinderung sein können. Zusätzliche Risikofaktoren sind prä-, peri- und postnatale Umweltfaktoren wie ein niedriges Geburtsgewicht, Auffälligkeiten in der Neonatalperiode, Erkrankungen in der Kindheit (Meningitis etc.), Hirnverletzungen, Neurotoxinen usw.. Eine eindeutige und einheitliche hirnorganische Ursache lässt sich jedoch bisher nicht bestimmen. Grünke 2004 nennt zudem ungünstige Sozialisationsfaktoren als Mitursache: Eine entsprechende genetische Vorbelastung kann z.B. durch ein ungünstiges familiäres Milieu wie ein anregungsarmes Elternhaus verstärkt werden. Dies erklärt auch zu Teilen den höheren Anteil an Kindern mit ungünstigeren sozioökonomischen Bedingungen und Migrationshintergrund. Letztendlich verstärkend und im Sinne eines Teufelskreises wirken auch motivationale Faktoren und ein Mangel an Aufbau geeigneter Lernstrategien. Hinzu kommen Misserfolgserlebnisse während der Schullaufbahn, die zu weiteren Motivationsproblemen und niedriger Selbstwirksamkeitserwartung führen.

### 3.2 Schul- und Berufslaufbahn lernbehinderter Jugendlicher

1867 wurde von H. E. Stötzner die erste „Hilfsschule“ für Kinder mit Lerndefiziten gegründet, die später in „Schule für Lernbehinderte“ bzw. „Förderschule“ umbenannt wurde (Opp 1992). Kinder und Jugendliche, die eine Förderschule besuchen, können im Zuge ihrer Schullaufbahn den Förderschulabschluss, bei entsprechender Leistung auch teils den Hauptschulabschluss erwerben. Für lernbehinderte Schüler mit erworbenem Hauptschulabschluss besteht dann die Möglichkeit, sich auf Lehrstellen zu bewerben und so nach Absolvierung der Förderschule im Berufsalltag Fuß zu fassen. Die Schüler, die keinen Abschluss erhalten oder auch mit bestehendem Hauptschulabschluss keine Lehrstelle finden (geschätzte 50% nach Opp 1992), besuchen oft „Berufsvorbereitende Jahre“ oder „Förderlehrgänge“, die der ein- oder zweijährigen Berufsorientierung und –findung und oft auch dem Nachholen eines Schulabschlusses dienen sollen. Im Anschluss erfolgt im Idealfall wiederum der Übergang auf den Lehrstellenmarkt.

Viele dieser Jugendlichen schaffen es allerdings nicht, sich auf dem Arbeitsmarkt zu integrieren. Erschwerend kommt hinzu, dass immer weniger Ausbildungsplätze für gering qualifizierte Bewerber auf dem freien Markt existieren: Demgegenüber steht als Schereneffekt die rasche Zunahme der Anforderungen der modernen Arbeitswelt nicht nur an kognitiven sondern vor allem auch an psychosozialen Fähigkeiten: Einfache Tätigkeiten werden zusehends mehr mechanisiert z.B. durch computergestützte Fertigungssysteme, die Anforderungen an Schlüsselqualifikationen wie Teamfähigkeit/soziale Kompetenzen, Flexibilität, Kommunikationsfähigkeit steigen (Schopf 1998).

Es wurden daher „Berufsbildungswerke“ (ca. über 50 in ganz Deutschland) geschaffen, die Jugendlichen, die aufgrund ihrer Lernbehinderung (oder anderen psychischen oder körperlichen Behinderungen) im Berufsleben Integrationsprobleme aufweisen, eine geschützte, pädagogisch und psychologisch begleitete Berufsausbildung ermöglichen. In den Berufsbildungswerken werden verschiedene Ausbildungsgänge u. a. im industriellen, handwerklichen oder hauswirtschaftlichen Bereich angeboten. Berufsbildungswerke bieten ein ganzheitliches Konzept von Ausbildungsstätte, Schule, Internat, Freizeitangebot und fachlicher Betreuung an. Spezielle Integrationsberatungen und -dienste helfen den Rehabilitanden beim Übergang ins Erwerbsleben und bieten die benötigten zusätzlichen psychosozialen Maßnahmen. Statistiken der

Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (BAG BBW) (<http://www.bagbbw.de/>) sind zu entnehmen, dass ca. 90 % der Ausbildungsteilnehmer den Berufsabschluss schaffen und über die Hälfte nach einem Jahr in ihrem Beruf eine Anstellung gefunden haben.

Seit einigen Jahren werden die klassischen Berufsbildungswerke aufgrund ihrer teuren Finanzierung jedoch zunehmend in Frage gestellt (Simon 2003, S. 35). Es wurde daher nach neuen Rehabilitationskonzepten ohne Internatsunterbringung und mit stärkerer Dezentralisierung gesucht. Dies führte zur Entstehung von sogenannten „Regionalen Ausbildungszentren“ mit Verbindung von Wohnort, Schule und Ausbildungsplatz. Jugendliche und junge Erwachsene in diesen regionalen Einrichtungen können durch die fehlende Internatsunterbringung vermutlich nicht in gleichem Maße von pädagogischen Maßnahmen und sozialen Lernumwelten, wie sie in einem BBW angeboten werden, profitieren. Die Regionalen Ausbildungszentren sind daher besonders darauf angewiesen, zusätzliche Gruppenangebote und Schulungen zur Steigerung der psychosozialen Kompetenz der Jugendlichen zu entwickeln.

Die berufliche Rehabilitationsförderung erfolgt auf Grundlage des Sozialgesetzes, Neuntes Buch, „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ (SGB IX) in Verbindung mit dem Dritten Buch „Arbeitsförderung“ (SGB III). Das Sozialgesetzbuch III definiert den Kreis der Behinderten als „seelisch, geistig oder körperlich beeinträchtigte Personen, deren Aussichten, beruflich eingegliedert zu werden oder zu bleiben, wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind und die deshalb Hilfen zur beruflichen Eingliederung benötigen.“ Kritisiert wird hierbei z.B. vom Bundesverband zur Förderung von Menschen mit Lernbehinderung ([www.lernen-foerdern.de](http://www.lernen-foerdern.de)), dass diese Definition nicht genau genug ist für den Kreis der Lernbehinderten und letztendlich die Entscheidung über Anspruch auf eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme dem Berufsberater der Agentur für Arbeit überlassen wird. Eine differenziertere Betrachtungsweise des Behinderungsbegriffs liefert die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (ICF) (DIMDI 2005). Der Begriff „Behinderung“ wird dort als Oberbegriff für Schädigungen (Funktionsstörungen, Strukturschäden) und Beeinträchtigungen der Aktivität und der Partizipation (Teilhabe) gesehen. Er soll die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem)

und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personenbezogenen Faktoren) bezeichnen. Somit kann eine „mentale Schädigung“ wie die Lernbehinderung nach ICF immer als mehrdimensionales Phänomen gesehen werden, das aus der Interaktion zwischen dem Betroffenen und seiner materiellen und sozialen Umwelt resultiert. Faktoren der Umwelt (materielle Umwelt, Verfügbarkeit von Hilfen, Einstellungen anderer Menschen gegenüber der betroffenen Person, Dienste, Systeme usw.) können dabei sowohl fördernd wie auch hindernd und dadurch als Barrieren fungieren.

### **3.3 Lernbehinderung und psychische Störungen**

Emotionale Probleme und Verhaltensauffälligkeiten treten häufiger bei lernbehinderten als bei durchschnittlich begabten Individuen auf (Deb et al. 2001). So benennt Sturmey (2002) für diese Population ein gesteigertes Risiko zur Entwicklung psychischer Erkrankungen. Epidemiologische Studien beschreiben unterschiedlich hohe Raten psychischer Erkrankungen bei Lernbehinderten: Angegebene Prävalenzraten reichen von 10 bis 58% (Prosser 1999). Grünke (2004) schätzt wie viele andere Autoren (vgl. Übersicht in Moss 2000) die Prävalenz als doppelt so hoch wie bei durchschnittlich Begabten ein.

Zur näheren Charakterisierung der psychischen Auffälligkeiten, die in der Lernbehindertenpopulation gehäuft auftreten und daher auch in zu konzipierenden Förderprogrammen berücksichtigt werden müssen, werden im Folgenden die wichtigsten Studienergebnisse kurz dargestellt:

Deb et al. (2001, a) untersuchten eine Zufallsstichprobe von 101 Jugendlichen und Erwachsenen (Alter zwischen 16 und 64 Jahren) mit intellektuellen Einbußen mit standardisierten psychiatrischen Interviews und fanden bei bestimmten Erkrankungen (Schizophrenie, bestimmte Angststörungen) höhere Prävalenzraten als in der Referenzpopulation. Deutlich erhöhtes Auftreten (60,4%) wurde von derselben Forschungsgruppe (Deb et al. 2001, b) vor allem auch bezogen auf Verhaltensstörungen wie u. a. Aggressionen, selbstverletzendes Verhalten und Hyperaktivität gefunden. Die Stärke auftretender Verhaltensauffälligkeiten korrelierte dabei u. a. mit dem weiblichen Geschlecht und der Stärke der intellektuellen Minderbegabung.

Nach Osman (2000) sind bei Kindern und Jugendlichen mit Lernstörungen am häufigsten Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität zu finden, Schätzungen der Konkordanz liegen bei 20 bis 80%. Überzufällig häufig scheinen auch affektive Erkrankungen wie Ängste oder Depressionen vorzuliegen. Andere Autoren (Kenneth & Forness 1998) schätzen, dass nahezu die Hälfte lernbehinderter Schüler zudem disruptive oder antisoziale Verhaltensstörungen zeigt.

Eine selbst durchgeführte Studie mit lernbehinderten Jugendlichen und jungen Erwachsenen eines Ausbildungslehresjahres in Ulm ergab, dass nahezu die Hälfte der Jugendlichen im Vergleich zur Referenzpopulation überdurchschnittlich viele Verhaltensauffälligkeiten in der standardisierten Fremdeinschätzung (Child Behavior Checklist, Achenbach 1991a) aufwiesen. Sozialer Rückzug, Aufmerksamkeitsprobleme, ängstlich/depressives Verhalten und soziale Probleme wurden am häufigsten benannt (Nestler & Goldbeck 2007). Ähnliche Befunde spiegeln sich in einer Studie von Grietens & Ghesquière (2002) wieder, die ca. 300 Kinder von Förderschulen mittels TRF (Teacher Report Form, Achenbach 1991b) und CBCL (Child Behavior Checklist, Achenbach 1991a) untersuchten. Die Ergebnisse bezüglich verschiedener Verhaltensauffälligkeiten waren wesentlich höher als in der Vergleichsgruppe durchschnittlich begabter Kinder: Die Elterneinschätzungen der Verhaltensprobleme waren bis zu dreimal höher, die der Lehrer bis zu eineinhalb mal höher als in der Vergleichsgruppe.

Auch hier bleiben Ursache-Wirkungszusammenhänge unklar. Prosser (1999, S.234) nennt als mögliche Ursache erhöhter psychischer Auffälligkeiten in der Population der Lernbehinderten psychologische, biologische und soziale Risikofaktoren wie „genetic conditions, neurological damage, inappropriate living environments, abuse, poor social skills, negative or low levels of social support“. Die Diagnosestellung gestaltet sich schwierig, da die Verhaltensprobleme Ausdruck akademischer Überforderung sowie erfahrener Frustrationen sein könnten, umgekehrt jedoch die Verhaltensprobleme ebenfalls zur schulischen Überforderung geführt haben könnten (Osman 2000). Hinzu kommt, dass psychiatrische Erkrankungen in der Gruppe der Lernbehinderten zudem als unterdiagnostiziert gelten (Cooper 2001, Moss et al. 2000). Adäquate Untersuchungsmethoden fehlen, psychische Auffälligkeiten werden oft unbehandelt lediglich unter das Konzept der intellektuellen Beeinträchtigung

subsumiert (Alexander & Singh 1999) und der Zugang zum psychiatrischen System ist Menschen mit Lernbehinderung erschwert (Prosser 1999). Beispielhaft hierzu soll die Studie von Sayal und Bernard (1998) genannt werden, die Fallvignetten an verschiedene Kliniken mit der Beschreibung einer depressiven Patientin mit psychotischen Symptomen sendeten. Die Hälfte der Klinikmitarbeiter erhielt die Zusatzinformation, dass eine mentale Retardierung vorliegt, die andere nicht. Diagnose und Therapieempfehlungen (nach standardisierter Auswahlmöglichkeit) wurden dann zwischen beiden Gruppen verglichen: Zwar wurde die emotionale Störung auch bei der Lernbehindertengruppe richtig kodiert, allerdings wurde der Patientengruppe mit mentaler Retardierung weniger Therapie angeboten als der Gruppe mit durchschnittlicher Begabung.

Aus den geschilderten Ergebnissen lässt sich der Schluss ziehen, dass aufgrund der dargestellten hohen Konkordanz von psychischen Auffälligkeiten und intellektueller Minderbegabung sowohl die Förderschulen wie auch die beruflichen Rehabilitationseinrichtungen einen großen Anteil so genannter „Children with complex disorders“ (McFadyen 1999) beschulen/ausbilden und sie sich daher in ihren Förderangeboten auf die Bedürfnisse und Erfordernisse dieses speziellen Klientels einrichten müssen.

### **3.4 Soziale Kompetenz - eine Begriffsdefinition**

*„Unter sozialer Kompetenz verstehen wir die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen“ (Hinsch und Pflingsten 2002, S.5).*

Verschiedene Forschungsfelder der Psychologie beschäftigen sich mit dem Begriff „Soziale Kompetenz“ und definieren ihn unterschiedlich, eine einheitliche Definition existiert nicht: Während man z.B. in der Entwicklungspsychologie unter sozialer Kompetenz in erster Linie die Anpassung des Individuums an seine Umwelt (Gesellschaft, Normen) versteht, sieht man im Bereich der klinischen Psychologie „Durchsetzungsfähigkeit“ in sozialen Situationen als ein entscheidendes Merkmal sozialer Kompetenz an (Kanning 2003).

Zur genaueren Definition gilt es zunächst, zwischen *Kompetenz* und *kompetentem Verhalten* zu unterscheiden: „Sozial kompetentes Verhalten“ kann als „Verhalten



einer Person, das in spezifischen Situationen dazu beiträgt, die eigenen Ziele zu verwirklichen, wobei gleichzeitig soziale Akzeptanz des Verhaltens gewahrt wird“ definiert werden, während „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“ charakterisiert wird (Kanning 2003, S.15). Somit kann soziale Kompetenz als ein Potential verstanden werden, welches wiederum verschiedene Bestandteile, nämlich sowohl Wissen wie auch Fähigkeiten und Fertigkeiten des Individuums umfasst, die sich auf Verhaltensebene zeigen können, jedoch nicht immer zeigen müssen. Soziale Kompetenz ist so als Oberbegriff für ein multidimensionales Konstrukt zu verstehen.

In der Literatur finden sich oft Gegenstandskataloge zur Beschreibung der Dimensionen sozial kompetenten Verhaltens, die meist auf Plausibilitätsannahmen gründen, wie z.B. bei Hinsch & Pfungsten (2002, S. 4-5), die unter sozial kompetentem Verhalten u. a. folgende Verhaltensweisen zusammenfassen: „Nein sagen, Versuchungen zurückweisen, auf Kritik reagieren, Änderungen bei störendem Verhalten verlangen, Widerspruch äußern, Unterbrechung bei Gesprächen unterbinden, sich entschuldigen, Schwächen eingestehen, unerwünschte Kontakte beenden, Komplimente akzeptieren, auf Kontaktangeboten reagieren, Gespräche beginnen, aufrechterhalten, beenden, um Gefallen bitten, Gefühle offen zeigen“. Kanning (2003) hat den Versuch einer Inhaltsanalyse gängiger Definitionen sozialer Kompetenz unternommen, diese nach Redundanzen zusammengefasst, auf drei Dimensionen reduziert und somit folgendes integratives Modell sozialer Kompetenz erstellt (S.21):

**Tabelle 1: Integratives Modell sozialer Kompetenz nach Kanning (2003)**

<b>Perzeptiv-kognitiver Bereich</b>		<b>Motivational-emotionaler Bereich</b>
- Selbstaufmerksamkeit	- Kontrollüberzeugung	- emotionale Stabilität
- Personenwahrnehmung	- Entscheidungsfreudigkeit	- Prosozialität
- Perspektivenübernahme	- Wissen	- Wertepluralismus
<b>Behavioraler Bereich</b>		
- Extraversion	- Kommunikationsstil	
- Durchsetzungsfähigkeit	- Konfliktverhalten	
- Handlungsflexibilität	- Selbststeuerung	

Soziale Kompetenz ist somit ein komplexes Konstrukt, welches wiederum verschiedene andere Konstrukte auf kognitiv-perzeptiver, motivational-emotionaler und Verhaltensebene integriert. Soziale Kompetenz umfasst so auch Teilbereiche verwandter Begriffe, wie „soziale Intelligenz“ (kognitive Problemlösefähigkeiten), „emotionale Intelligenz“ (Emotionserkennung, -differenzierung, -ausdruck), „soziale Fertigkeiten“ (spezifische erlernte soziale Kompetenzen) und „interpersonale Kompetenz“ (Teilmenge sozialer Kompetenzen, die in Beziehungsinteraktionen eingesetzt werden) (Kanning 2003), ist allerdings nicht mit ihnen gleichzusetzen. Hinsch und Pfingsten (2002) ergänzen zudem, dass soziale Kompetenz nicht als Persönlichkeitseigenschaft betrachtet werden kann. Das Eigenschaftskonstrukt würde implizieren, dass soziale Kompetenz situationsunabhängig und wenig veränderbar wäre. Faktorenanalytisch ließe sich bisher jedoch kein einzelner, genereller Faktor für eine solche Eigenschaft finden und sozial kompetentes Verhalten zeige sich in Rollenspielen sehr wohl als situationsspezifisch.

Die beschriebenen drei Dimensionen sozialer Kompetenz können nach Kanning (2002) auf Handlungsebene in das „Modell der elaborierten Genese sozial kompetenten Verhaltens“ integriert werden (S.160):

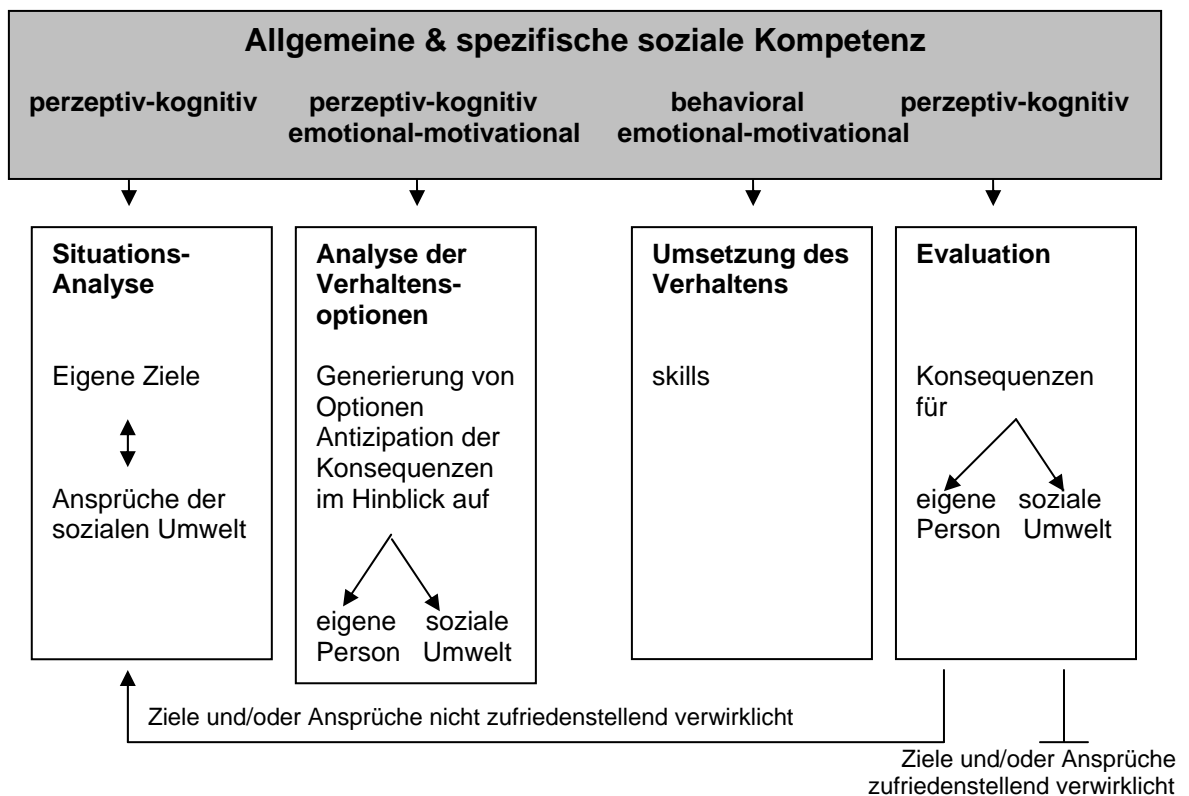


Abbildung 1: Modell der elaborierten Genese sozial kompetenten Verhaltens (Kanning 2002)

Wird die Handlung automatisiert, da die Person schon mehrfach in gleicher Weise erfolgreich in einer bestimmten Situation gehandelt hat, fallen nach Kanning (2002) die Analyse der Verhaltensoptionen und die Evaluation weg.

Anhand dieses Modells wird ersichtlich, dass sowohl die Erfassung sozialer Kompetenz als auch die Förderung sozialer Kompetenz immer an mehreren Ebenen ansetzen sollte, wenn man dem multidimensionalen Konzept gerecht werden möchte.

Defizite in der sozialen Kompetenz können ebenso chronologisch entlang des Modells von Kanning multikausal erklärt werden (nach Hinsch & Pfingsten 2002): Eine Person kann mit einer bestimmten Situation überfordert sein und sozial inkompetentes Verhalten zeigen, da ihr die notwendigen Erfahrungen und Grundkompetenzen fehlen. Oder die betreffende Person weist eine ungünstige perzeptiv-kognitive Verarbeitung auf: Sie könnte zu systematischen Wahrnehmungsverzerrungen neigen, indem sie Absichten und/oder Verhalten anderer missinterpretiert, z.B. als feindselig oder aggressiv. Es können zudem Fehler bei der Antizipation möglicher Konsequenzen eigenen Handelns und dessen Erfolgseinschätzung entstehen, so antizipieren sozial unsichere oder aggressive Menschen z.B. oft negative Umweltreaktionen. Zudem kann es zu einer ungünstigen emotional-motivationalen Verarbeitung kommen: Emotionale Erregung in bestimmten sozialen Situationen wird überinterpretiert, phobophobe Reaktionen entstehen. Schließlich kann es auch Defizite auf behavioraler Ebene geben: Bestimmte Situationen werden entweder gänzlich vermieden, es fehlen tatsächlich die Fertigkeiten (skills), einer bestimmten Situation adäquat zu begegnen, oder die Person ist in Unkenntnis entsprechender sozialer Verhaltensregeln. Letztendlich können ungünstige Konsequenzen sozialen Verhaltens Einfluss auf zukünftiges Verhalten nehmen, wenn eine Person kein oder nur negatives Feedback erhält. Aber auch dann, wenn sich Personen z.B. mit aggressivem Verhalten scheinbar erfolgreich durchzusetzen lernen. Auch hier spielt die Erfolgs-/Misserfolgsattribution auf kognitiv-motivationaler Ebene eine wichtige Rolle. Im Umkehrschluss kann die Ätiologie sozial inkompetenten Verhaltens u. a. durch fehlende Übung, fehlende oder falsche Modelle (Eltern, Peers), Verlernen, erfolgreiches Durchsetzen durch aggressives oder unsicheres Verhalten in der bisherigen Lerngeschichte erklärt werden (Hinsch & Pfingsten 2002).

### 3.5 Lernbehinderung und soziale Kompetenz

„ (...) *Social skill deficits may exacerbate achievement problems and increase the probability of referral. Problems with social competence may be seen in kindergarten before formal LD identification and during school years and may persist into adulthood. The negative influence of social skill deficits is reflected in heightened risk among adolescents and adults for school dropout, psychiatric dysfunction, juvenile delinquency, and criminal behaviour. When social skill deficits interact with LD, there is the potential for unfavourable consequences*”. (Kavale & Forness 1996, S.226)

Eine von Kavale & Forness (1996) vorgenommene Metaanalyse über 152 Studien zeigt auf, dass 75% aller Schüler mit Lernstörungen manifeste soziale Kompetenzdefizite aufweisen: Nach Angaben der Lehrer interagierten diese Schüler weniger mit anderen Klassenkameraden, konnten sich schlechter an ihre Interaktionspartner (mangelndes Taktgefühl) anpassen, zeigten oft persönliche Probleme (Hyperaktivität, Impulsivität, Rückzugsverhalten, Ängste, Aggressionen), welche die Interaktion negativ beeinflussten. In der Erhebung zeigte sich, dass die Mehrzahl betroffener Schüler von ihren Klassenkameraden entweder gänzlich abgelehnt oder nur teilweise akzeptiert wurde. Sie galten als weniger beliebt, kooperativ und kompetent (verbal und nonverbal) in ihrer Kommunikation. Auch in der Selbsteinschätzung bejahten sieben von zehn lernbehinderten Schülern Defizite in der sozialen Kompetenz bei sich selbst.

Kinder mit Lernbehinderung scheinen größere Schwierigkeiten in der komplexen Emotionserkennung und sozialen Informationsverarbeitung aufzuweisen als Kinder ohne Lernschwierigkeiten: So erfassten lernbehinderte Kinder in einer Studie von Bauminger et al. (2005) soziale Hinweisreize schlechter und fanden weniger Alternativen zur sozialen Problemlösung als durchschnittlich begabte Kontrollgruppenkinder. Bauminger nennt verschiedene mögliche Erklärungsansätze hierfür: Vermehrte Wahrnehmungsdefizite lernbehinderter Kinder, Unterschiede zwischen Hintergrundwissen und tatsächlicher Performanz (mangelnde Selbstkontrolle, erhöhte Impulsivität), Schwierigkeiten in der Emotionserkennung oder mangelnde Übung durch geringe soziale Akzeptanz der Kinder in ihren Peers. So zeigen Frederickson et al. (2004) auf, dass Schüler mit

Lernstörungen weniger sozial eingebunden sind als ihre Klassenkameraden. Auch die Beziehungsqualität dieser reduzierten Freundschaften scheint sich von der der durchschnittlich begabten Kinder zu unterscheiden, indem die Beziehungen weniger stabil sind und es zu mehr Konfliktpotential zwischen den Kinder kommt (Wiener et al. 2002).

Kavale & Forness (1996) fassen die verschiedenen Ursachenbeschreibungen zu drei Hypothesen sozialer Kompetenzdefizite lernbehinderter Kinder und Jugendlicher zusammen:

- Es könnte bei dieser Population ein „skills deficit“ vorliegen, was bedeuten würde, dass benötigte kognitive und soziale Fertigkeiten bisher überhaupt nicht gelernt wurden (1).
- Es könnte ein Performanzproblem bestehen, also die Ausführung der sozialen Handlung fehlerhaft sein (2).
- Es könnte ein „Selbst-Kontrolldefizit“ bestehen, so dass von diesen Kindern und Jugendlichen öfters aversive Verhaltensweisen gezeigt werden, die mit der Aneignung und Performanz adäquaten Sozialverhaltens interferieren (3).

Aktuell bleibt auch die durch Gresham (1992) nachhaltig beeinflusste Diskussion über die Art des Zusammenhanges zwischen Lernbehinderung und Defiziten in der sozialen Kompetenz: Sind Dysfunktionen des Zentralen Nervensystems (die auch zur Lernbehinderung führen) ursächlich für die Probleme in der sozialen Kompetenz? So zeigen Menschen mit Schädigungen des Frontallappens öfters Defizite in ihrer sozialen Kompetenz, es werden auch Dysfunktionen der rechten Hemisphäre bei einigen Kindern mit Lernstörungen erörtert, die Befundlage eines neuronalen Korrelates jedoch zusammenfassend als uneindeutig beschrieben (Gresham, 1993). Denkbar wäre nach Gresham (1992) auch, dass Probleme in der sozialen Kompetenz eine Folge akademischer Defizite sind (und des daraus entstehenden verminderten Selbstkonzeptes, sozialen Rückzuges (San Miguel et al. 1996), oder im Umkehrschluss bestehende Schwächen in der sozialen Kompetenz erst zu akademischen Leistungsschwierigkeiten führen.

Nach Gresham (1992) und San Miguel (1996) bleibt zudem zu überdenken, ob die Defizite in der sozialen Kompetenz bei lernbehinderten Kindern und Jugendlichen nicht durch andere begleitende psychische Erkrankungen (einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, Depression, Angststörungen etc.) entstehen, die ebenso

vermehrt auftreten. Ein integratives (u. U. multimodales) Ätiologiemodell wurde in der aktuelleren Literatur vergeblich gesucht.

Wie den bisherigen Ausführungen zusammenfassend zu entnehmen ist, stellt die Gruppe der Lernbehinderten eine heterogene Population dar; und das Konzept der sozialen Kompetenz gestaltet sich ebenso komplex. Haager & Vaughn (1995, S.214) resümieren daher: *„The population of students with LD is known to be heterogeneous with respect to many variables; (...) It is only logical to assume that the population of students with LD is likely to be heterogeneous with respect to social competence variables as well.“*

Welcher Ätiologieansatz sozialer Kompetenzprobleme auch immer verfolgt wird, einleuchtend scheint, dass solche Defizite die Betroffenen in ihrer Weiterentwicklung zusätzlich behindern:

*„It is not at all surprisingly (...) that research has shown the mentally retarded to be deficient in interpersonal skills. Of more practical relevance, however, is the finding that social competence is one of the most important factors influencing the community adjustment of retarded individuals. The degree of social competence also tends to enhance and maintain others` perception that the individual is mentally retarded. Finally, because social interactions involve the exchange of ideas, the rate of intellectual development can be retarded further when social opportunities decrease“* (Wallander & Hubert 1987, S.206).

Eine logische Konsequenz ist die Forderung nicht nur nach besonderer akademischer Unterstützung lernbehinderter Kinder und Jugendlicher, sondern auch nach zusätzlicher, abgestimmter Hilfe bei der Verbesserung sozialer Kompetenz (Frederickson et al 2004, San Miguel 1996, Osman 1987).

### **3.6 Trainingsprogramme sozialer Kompetenz**

Wie bereits dargestellt, wird die Definition und die Modellvorstellung sozialer Kompetenz immer umfassender (Beelmann et al. 1994), und so haben auch die Trainingsprogramme sozialer Kompetenz an Komplexität über die Jahre gewonnen (Hinsch 2002):

In den 60er Jahren entstanden erste Selbstsicherheitstrainings („assertive trainings“). Damals spielte Joseph Wolpe eine große Rolle, der aggressive Selbstbehauptungsreaktionen zur Gegenkonditionierung sozialer Ängste mit

seinen Klienten trainierte. Die Zielvariablen dieser Trainings wie Durchsetzungsfähigkeit, Selbstbehauptung und Selbstsicherheit blieben jedoch ein situationsunabhängiges komplexes Konstrukt, dessen Abgrenzung von aggressivem Verhalten schwierig war.

Im Gegensatz dazu betrachteten die nachfolgenden lerntheoretischen Ansätze („social skill-training“) sozial inkompetentes Verhalten als Defizit spezifischer Verhaltensweisen, unabhängig von der Ätiologie dieser Defizite. Sozial kompetentes Verhalten konnte ihrer Ansicht nach beobachtet und gelernt werden. Ergänzt wurde dieser Ansatz im Zuge der kognitiven Wende z.B. durch Lazarus, der die multimodale Therapie, also die Behandlung psychischer Störungen (wie z.B. der sozialen Phobien) nicht nur auf Verhaltensebene, sondern auf mehreren Ebenen (Emotion, Kognition) vertrat. Die Erfassung fehlerhafter Überzeugungen (wie durch Beck und Ellis bekannt) und ihre kognitive Umstrukturierung wurden so in soziale Kompetenztrainings integriert, ebenso wie in neuerer Zeit Selbstkontrolltrainings und soziale Problemlösetrainings entwickelt wurden, in denen es darum geht, allgemeine Strategien und Handlungsprinzipien in sozialen Situationen zu erarbeiten und sein Verhalten kognitiv zu steuern.

Nach Beelmann et al. (1994) lassen sich Trainingsprogramme somit danach unterscheiden, nach welcher theoretischen Grundlage soziale Kompetenz definiert wird und dementsprechend, welche Inhalte im Training vermittelt und gelernt werden: Die Autoren unterscheiden zwischen „social skill trainings“ im Zuge derer - meist über Modelllernen und Verstärkung- motorische Verhaltensweisen in sozialen Situationen vermitteln werden. Sie benennen „social problem-solving trainings“, innerhalb derer das Generieren alternativer Lösungen/Verhaltensstrategien und deren Konsequenzen für soziale Situationen gefördert wird. Auch „social perspective trainings“ sollen soziale Kompetenz von Kindern und Jugendlichen fördern, indem darauf abgezielt wird, diese in Wahrnehmung und Evaluation der Interaktion aus Sicht ihres Gegenübers zu unterstützen. Letztendlich existieren „self-control trainings“, bei denen es darum geht, sein Verhalten vor dem Handeln zu evaluieren und in adäquater Handlungsentscheidung aber auch Inhibition inadäquater Verhaltensweisen zu bestärken. Auch Petermann (2002, S.180) benennt die vier Trainingsansätze

ähnlich: „Verhaltensorientierte Trainings, Selbstkontrolltrainings, soziale Perspektivenübernahmetrainings, soziale Problemlösetrainings“.

Aktuelle Trainingsprogramme sozialer Kompetenz werden meist als „multimodal“ bezeichnet und integrieren die beschriebenen einzelnen Konzepte der Vergangenheit (Petermann 2002).

Im Folgenden soll zunächst ein tabellarischer Überblick über bislang publizierte psychotherapeutische Trainingsmanuale zur Förderung sozialer Kompetenz für Kinder und Jugendliche gegeben werden.

**Tabelle 2: Gruppentrainingsprogramme zur Förderung sozialer Kompetenz**

<b>Gruppentrainingsprogramme zur Förderung sozialer Kompetenz für Kinder und Jugendliche</b>
Behandlung der sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen (Unnewehr & Joormann 2002)
FIT FOR LIFE, Training sozialer Kompetenz für Jugendliche (Jugert et al. 2001)
Gesundheit und Optimismus GO Trainingsprogramm für Jugendliche (Junge et al. 2002)
Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK (Hinsch & Pfingsten 2002)
Mutig werden mit Till Tiger (Ahrens-Eipper & Leplow 2004)
Soziales Kompetenztraining (Alsleben & Hand 2006)
Sozialtraining in der Schule (Petermann et al. 1999)
Training für aggressive Kinder (Petermann & Petermann 2004)
Training mit Jugendlichen, Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten (Petermann & Petermann 2003)
Training mit sozial unsicheren Kindern (Petermann & Petermann 2000)
Trainingsprogramm zur Prävention von Depressionen bei Jugendlichen (Pössel et al. 2004)
Umgang mit Ärger (Schwenkmezger et al. 1999)

Es sollen zwei der aufgelisteten Programme exemplarisch näher erläutert werden, da sich die folgende empirische Arbeit an diese Programme angelehnt hat:

Als bekanntestes, wohl best evaluiertes, multimodales Kompetenztraining kann das „Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK“ von Hinsch & Pfingsten (2002) bezeichnet werden. Das GSK besteht aus acht Trainingseinheiten, in denen hauptsächlich über videographierte Rollenspiele sozial kompetentes Verhalten in verschiedenen Situationen (Recht durchsetzen, in Beziehungen zurechtkommen und um Sympathie werben) trainiert wird. Das GSK ist für Jugendliche modifizierbar, jedoch ursprünglich für Erwachsene konzipiert. Es existieren zudem von Brattig (1997) für die berufliche Rehabilitation online (<http://www.gsk-training.de>) abrufbare Teil-Modifikationen des „GSK“. Das GSK wurde bisher mehrfach an sozial unsicheren Erwachsenen, Studenten und Jugendlichen mit positiven Effekten evaluiert (Hinsch & Pfingsten 2002, Brattig 1997, Pfingsten 1987, Gagel 1982, Affeldt 1981).



Ein neueres, speziell für Jugendliche konzipiertes Programm stellt das „Training mit Jugendlichen, Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten“ von Petermann & Petermann (2003) dar. Es beinhaltet nicht nur ein Training sozialer Kompetenzen, sondern auch Motivationsförderung.

Das „Training mit Jugendlichen, Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten“ wird von seinen Autoren zumindest als eingeschränkt anwendbar für den Kreis lernbehinderter Jugendlicher beschrieben („Wobei hier die spezifischen Lernvoraussetzungen der Teilnehmer beachtet werden müssen“, Petermann & Petermann 2003, S.8). Im Unterschied zum GSK umfasst das „Training mit Jugendlichen, Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten“ von Petermann & Petermann (2003) neben Gruppensitzungen allerdings auch Einzelsitzungen und kann daher als recht zeitintensiv beurteilt werden. Bisher wurden die Effekte des Trainings nur in Einzelfallstudien überprüft.

Im Zuge einer ausführlichen Literaturrecherche (Psyndex) und Recherche bei einschlägigen Fachbuchverlagen (Hogrefe, Beltz) nach deutschsprachigen Trainingsprogrammen zur Förderung sozialer Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen wurden keine Trainingsprogramme gefunden, die speziell für lernbehinderte Kinder und Jugendliche entwickelt worden sind. Kapitel 3.5 und Kapitel 3.3 sind zu entnehmen, dass lernbehinderte Jugendliche nicht nur besonders unter Defiziten in ihrer sozialen Kompetenz leiden, sondern auch, dass sich diese Population in vielerlei Hinsicht von durchschnittlich begabten Jugendlichen unterscheidet (vgl. auch Kapitel 3.1). Unter anderem sind hier noch einmal das wesentlich langsamere Lernen und schnellere Vergessen von neuen Inhalten, die Schwierigkeiten beim abstrakten Lernen und die oft eingeschränkte verbale Kompetenzen aufzuzählen. Ein an durchschnittlich begabte Jugendliche adressiertes Trainingsprogramm ist daher nicht direkt mit lernbehinderten Jugendlichen anwendbar und würde diese Jugendlichen überfordern. Es besteht somit ein Bedarf an speziell für diese Jugendlichen geeigneten Programmen.

### **3.7 Ergebnisse bisheriger Evaluationsstudien sozialer Kompetenztrainings**

Zur Konzeption eines Trainingsprogramms gehört ebenso die Evaluation von dessen Wirksamkeit. Nach Roos & Petermann (2005) mangelt es allgemein an gut

evaluierten Metaanalysen von sozialen Kompetenztrainings. Auf vorhandene Studien zu den deutschen Trainingsprogrammen für durchschnittlich begabte Jugendliche wurde bereits im vorigen Kapitel verwiesen. Da im deutschsprachigen Raum keine Trainingsprogramme sozialer Kompetenz für Lernbehinderte existieren, sind somit auch keine randomisierten, kontrollierten Studien zur Evaluation der Wirksamkeit solcher spezifischer Programm in der Literatur zu finden. Im Folgenden werden daher abschließend die Ergebnisse international existierender Metaanalysen komprimiert erörtert.

Kavale & Mostert (2004) nahmen eine Meta-Analyse über 53 Studien vor und erfassten so die Effekte sozialer Fertigkeitentrainings („Social skills trainings“) für Schüler mit Lernstörungen. Es wurden 2133 Individuen in die Analyse mit einbezogen, 73% waren männlich, das Durchschnittsalter lag bei 11,5 Jahren. Insgesamt zeigte sich eine geringe mittlere Effektstärke (ES) der Trainings von 0.211 (Spannweite: ES= -0,674 bis 1.190). Bezogen auf die erreichten Effektstärken zeigten sich keine Unterschiede betreffend das Alter der Individuen oder die Dauer des Trainings. Bezüglich der Selbsteinschätzung der Studienteilnehmer sahen 60% der Schüler positive Effekte des Trainings, die konkreten Verbesserungen wurden jedoch als gering eingeschätzt. Die größten Effekte zeigten sich im Bereich „Sozialer Status“; so antworteten die Kinder und Jugendlichen vermehrt, einen besseren sozialen Stand durch das Training erreicht zu haben. Peer-Bewertungen von teilnehmenden Schülern zeigten die relativ höchsten (allerdings ebenfalls als gering einzustufenden) Effekte im Bereich der Steigerung kommunikativer Kompetenzen. Befragte Lehrer stellten geringe positive Effekte auf Anpassungsfähigkeit und Verhaltensprobleme der Schüler fest.

Als Erklärungsansätze für die insgesamt als gering einzustufenden Effekte führen die Autoren Konzeptionsfehler der Programme, die Dauer der Programme (u. U. werden längerfristige Programme benötigt), fehlende Reliabilität und Validität der Auswahl an Messinstrumenten zur sozialen Kompetenz an und die Tatsache, dass das Training auf reiner Fertigkeitenebene („Skilltraining“) dem Konzept sozialer Kompetenz nicht gerecht wird.

In einem Review von McIntosh et al. (1991) über 24 Studien an insgesamt 572 Kindern und Jugendlichen zwischen 5 und 19 Jahren mit Lernstörungen wurden Charakteristika und Komponenten effektiver Interventionen erörtert:

- In vierzehn von zweiundzwanzig Studien wurde über positive Effekte der Interventionen berichtet, allerdings wurde nur in wenigen Studien eine höhere soziale Akzeptanz der Kinder und Jugendlichen in ihren Peers festgestellt.
- Die Autoren fanden eher Interventionseffekte bei längeren Trainingsprogrammen (4 bis 25 Wochen) im Vergleich zu kürzeren Programmen (1 bis 14 Wochen).
- Studien, die ein Screening der Trainingsteilnehmer nach Defiziten in der sozialen Kompetenz zum Einschluss vornahmen, zeigten bessere Wirksamkeiten als Studien, die die Teilnehmer unabhängig vorhandener Defizite aufnahmen. Dies entspricht auch Metaanalysen an durchschnittlich begabten Kindern (Roos & Petermann 2005), die belegen, dass Präventionsprogramme geringere Effektstärken als Therapieprogramme zeigen.
- Kleinere Gruppengrößen erhielten bessere Effekte als größere.
- Viele Studien beinhalteten Trainingsprogramme, die kognitive Verhaltensmodifikation, Modelllernen und Rollenspiele in strukturierten Settings mit Feedback einsetzten, ebenso auch Übungen sozialer Fertigkeiten und von Problemlösefertigkeiten trainierten. Dies entspricht auch Metaanalysen an durchschnittlich begabten Kindern (Roos & Petermann 2005), die belegen, dass sich kognitive Trainings (Effektstärke von  $ES = 0.71$ ) als effektiver erwiesen haben als reine Fertigkeitentrainings (Effektstärke von  $ES = 0.21$ ), dies auch bezüglich etwaiger Langzeiteffekte.
- Sieben von 22 Studien beinhalteten Follow-up-Messungen, um Langzeiteffekte der Trainings (1 bis 6 Monate) zu messen. Fünf dieser Studien fanden positive Langzeiteffekte.
- Generalisierungseffekte der Trainings in Alltagssituationen wurde zwar in zehn von vierzehn Studien, die sich damit befassten, bestätigt. Aber meist wurde das Verhalten in künstlichen Settings gemessen.

Zusammenfassend kann man entsprechend der angloamerikanischen Studienlage von wohl eher geringen bis maximal moderaten Effekten sozialer Kompetenztrainings bei Lernbehinderten ausgehen. Es ist zudem anzunehmen, dass sich Effekte am ehesten in längerfristigen Programmen zeigen, die Skill-Training mit kognitivem Problemlösetraining im Sinne eines multimodalen

Ansatzes verbinden (LeCroy & Rose 1986). Als kritisch bleibt jedoch die mangelnde Generalisierung erzielter Effekte bisheriger Programme anzusehen. Autoren wie Petermann (2002) fordern für die Zukunft mehr follow-up Messungen und die Orientierung der Trainingskonzeptionen und -evaluationen an bestehenden komplexen Modellen sozialer Kompetenz.

### **3.8 Zusammenfassung**

Zum Abschluss des theoretischen Überblicks dieser Arbeit sollen die Inhalte der einzelnen Kapitel integrativ dargestellt werden und die Begründung der folgenden empirischen Arbeit abgeleitet werden:

In *Kapitel 3.1* wurde dargestellt, dass der *Begriff der Lernbehinderung* definitorische Schwächen aufweist, den gängigen Klassifikationssystemen psychischer Störungen nicht entspricht und viele ähnliche Begriffe sowohl im angloamerikanischen als auch im deutschen Bereich existieren, die eine Abgrenzung zusätzlich erschweren. Hinzu kommt, dass die Population der Lernbehinderten, die entsprechende Bildungseinrichtungen besuchen, als heterogen anzusehen ist; sich Individuen mit intellektuellen Defiziten mit wiederum anderen, die mehr unter Verhaltensauffälligkeiten leiden oder reinen Schulversagern mischen, aber auch überschneiden. Grundsätzlich wird davon ausgegangen werden, dass Menschen, die unter einer Lernbehinderung leiden, Intelligenzdefizite aufweisen und oft begleitende emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten und Schwierigkeiten in der sozialen Kompetenz zeigen. Menschen mit Lernbehinderung stellen zudem die zahlenmäßig größte Population aller Behindertengruppen dar. Zur Ätiologie kann zusammenfassend ein multifaktorielles Modell angenommen werden.

In *Kapitel 3.2* wurde die *Schul- und Berufslaufbahn* lernbehinderter Jugendlicher dargestellt, wobei ersichtlich wird, dass kein einheitlicher Werdegang für diese Schüler existiert, sondern sich immer wieder variable Schnittstellen ergeben (Übergang von der Förderschule in den Lehrberuf oder ins Berufsvorbereitende Jahr, Übergang vom Berufsvorbereitenden Jahr in eine Lehrstelle oder Berufsbildungseinrichtung usw.). Es wurde verdeutlicht, dass viele Jugendliche auf berufliche Rehabilitation und somit auf umfassende Förderung beruflicher, aber auch sozialer Kompetenzen angewiesen sind, um den Übergang in den Beruf und die Selbständigkeit zu schaffen. Hier kommt die finanzielle Entwicklung im

beruflichen Rehabilitationsbereich erschwerend hinzu, die ambulante und regionale Konzepte ohne Internatsunterbringung zuungunsten umfassenderer Rehabilitationsangebote favorisiert. Dies bedeutet für die betroffenen Jugendlichen jedoch auch, dass ihnen Teile des umfassenden Förderkonzeptes versagt bleiben. Das betrifft vor allem den pädagogischen Bereich und die Förderung sozialer Kompetenzen, die im Zuge des Gemeinschaftslebens im Internat früher leichter vermittelt werden konnten.

Dass lernbehinderte Jugendliche intensiver Förderung und Betreuung bedürfen, ergibt sich aus *Kapitel 3.3*, aus dem hervor geht, dass vorliegende Forschungsergebnisse für einen erhöhten Zusammenhang von Lernbehinderung und *psychischen Auffälligkeiten* sprechen und aus *Kapitel 3.5*, in dem Ergebnisse über gehäufte *Defizite in der sozialen Kompetenz* der betroffenen Jugendlichen erörtert werden. Es kann somit bei diesen Jugendlichen von vorliegenden „psychosozialen Defiziten“ gesprochen werden, die nicht nur die Jugendlichen in ihrer Autonomieentwicklung und Persönlichkeitsentwicklung behindern, sondern auch ein erhebliches Integrationshindernis auf dem Arbeitsmarkt für diese darstellen.

*Soziale Kompetenz*, welches ein komplexes multidimensionales Konstrukt darstellt (*Kapitel 3.4*), kann durch den Einsatz von systematischer Verhaltensmodifikation in kognitiv-behavioralen Interventionsprogrammen gefördert werden. In *Kapitel 3.6* werden vorhandene *Trainingsprogramme* vorgestellt, wobei ersichtlich wird, dass für die Subpopulation lernbehinderter Jugendlicher mit ihren speziellen Anforderungen im deutschsprachigen Raum kein eigens konzipiertes Training existiert. *Evaluationsstudien* bisheriger Programme (*Kapitel 3.8*) weisen auf eher geringe Effekte sozialer Kompetenztrainings hin, jedoch auf höhere Effekte in Risikopopulationen, zu denen die der Lernbehinderten gezählt werden kann.

Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass nicht nur die kognitiven Kompetenzen bei lernbehinderten Jugendlichen und jungen Erwachsenen von Einschränkungen betroffen sein können, sondern auch ihre sozialen und emotionalen Fähigkeiten, somit ihre `psychosoziale Kompetenz`. Emotionale Probleme und Verhaltensauffälligkeiten können sich verstärken und verfestigen, wenn keine Gelegenheit zur Verhaltensänderung durch Umlernen besteht.

Wesentlich für den Erfolg der beruflichen Eingliederung in der modernen flexiblen Arbeitswelt von lernbehinderten Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind ihre berufs- und arbeitsübergreifenden Fähigkeiten und Kenntnisse, zu denen ihre soziale Kompetenz und emotionale Stabilität zählen.

Nicht nur die Berufseingliederungsschwierigkeiten, sondern auch kostenreiche Ausbildungsabbrüche aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten, Motivationsproblemen oder unzureichender Teamfähigkeit in den Ausbildungsbetrieben könnten durch ein Ausbildungssystem, welches psychosoziale Kompetenzen präventiv fördert, verringert werden.

Somit ergibt sich die Forderung nach einer standardisierten Erhebung der psychosozialen Auffälligkeiten dieser Jugendlichen und darauf aufbauend nach der bedarfsgerechten Konzeption und Evaluation eines entsprechenden psychosozialen Kompetenzprogramms, was in der folgenden empirischen Arbeit geleistet werden soll.

### **3.9 Zielsetzung dieser Arbeit**

Das Ziel der durchgeführten Studie bestand darin, ein Trainingsprogramm zur Förderung psychosozialer Kompetenz für regionale berufliche Rehabilitationszentren zu entwickeln und zu evaluieren. Das Programm wurde auf die Anforderungen und Bedürfnisse lernbehinderter und gleichzeitig psychosozial auffälliger Jugendlicher und junger Erwachsener in der beruflichen Rehabilitation zugeschnitten, orientierte sich jedoch an bereits bestehenden Programmen. Ein besonderes Augenmerk wurde darauf gelegt, dass die Inhalte die Teilnehmer nicht überfordern, ihnen gleichsam vertiefter und ausführlicher nahegelegt werden mussten als durchschnittlich begabten Jugendlichen. Trotz Einfachheit sollte das Programm den Ansprüchen der Jugendlichen genügen, zudem lerntheoretische wie auch kognitive Elemente zur Verhaltensmodifikation integrieren. Das Programm wurde für die Einrichtungen so kosten- und zeiteffizient wie möglich gehalten, damit es später von Psychologen oder Pädagogen der jeweiligen Einrichtungen in vertretbarem Aufwand durchführbar ist. Es wurde in manualisierter und somit standardisierter Form erstellt. Die manualisierte Form konnte man sich aus Gründen der späteren Praktikabilität auch autodidaktisch aneignen.

Das Programm sollte dann an den entsprechenden Einrichtungen durchgeführt werden und mit Kontrollgruppendesign anhand vorformulierter Kriterien auf seine Wirksamkeit hin evaluiert werden. Standardisierte Messinstrumente erfassten prä- und ein halbes Jahr nach Vollendung des Trainings die soziale Kompetenz, sozial-ängstliches, depressives und aggressives Verhalten im Selbst- und Fremdurteil. Verhaltensänderungen im Sinne von sozial kompetentem Verhalten in Schule und Ausbildung in der Selbst- und Fremdbeurteilung sollten hierbei zudem möglichst verhaltensnah beleuchtet werden. Weitere Zielgrößen waren die Zufriedenheit der Jugendlichen und Durchführenden mit dem Programm und seine Praktikabilität.

### **3.10 Ableitung der Fragestellung und Hypothesen für diese Arbeit**

Die psychosoziale Kompetenz der Jugendlichen, die das Training erhielten (Interventionsgruppe), und der Jugendlichen, die kein Training erhielten

(Kontrollgruppe), wurde multimethodal und -modal auf verschiedenen Ebenen (perzeptiv-kognitiver, motivational-emotionaler und behavioraler Bereich) erfasst und verglichen (s. Methodenteil). Unter den sich dadurch ergebenden zahlreichen Outcomevariablen wurde die Verbesserung der sozialen Handlungskompetenz als primäre Ergebnisvariable für den Erfolg der Intervention festgelegt.

Folgende Fragestellung ergibt sich somit:

**Zentrale Fragestellung:**

Wird durch das Training psychosozialer Kompetenzen die soziale Handlungskompetenz der Jugendlichen verändert?

**Weitere Fragestellungen:**

- (a) Zeigt sich durch das Training psychosozialer Kompetenzen auf Fertigkeitenebene eine Veränderung?
- (b) Zeigt sich durch das Training psychosozialer Kompetenzen auf Verhaltensebene eine Veränderung?
- (c) Zeigt sich durch das Training psychosozialer Kompetenzen auf kognitiver Ebene eine Veränderung?
- (d) Zeigt sich durch das Training psychosozialer Kompetenzen auf emotionaler Ebene eine Veränderung?
- (e) Sind die durch das Training erzielten Veränderungen für alle Jugendlichen vergleichbar, also unabhängig von ihrem kognitiven Leistungsniveau oder ihren Verhaltensproblemen (internal versus external)?
- (f) Sind die Veränderungen nach dem Trainingsende stabil?
- (g) Sind die Jugendlichen mit dem Trainingsprogramm zufrieden?

Daraus ergeben sich folgende Hypothesen:

**Zentrale Hypothesen:**

H<sub>0</sub>: Die Jugendlichen der Interventionsgruppe unterscheiden sich am Trainingsende nicht oder negativ in ihrer sozialen Handlungskompetenz von den Jugendlichen der Kontrollgruppe.

H<sub>1</sub>: Die Jugendlichen der Interventionsgruppe zeigen am Trainingsende eine höhere soziale Handlungskompetenz als die Jugendlichen der Kontrollgruppe.



**Weitere Hypothesen:**

Zu (a)

Ho: Die Jugendlichen der Interventionsgruppe unterscheiden sich nicht oder negativ in ihren Kompetenzen auf Fertigkeitenebene von den Jugendlichen der Kontrollgruppe.

H<sub>1</sub>: Die Jugendlichen der Interventionsgruppe zeigen eine höhere soziale Kompetenz auf Fertigkeitenebene als die Jugendlichen der Kontrollgruppe.

Zu (b)

Ho: Die Jugendlichen der Interventionsgruppe unterscheiden sich nicht oder negativ in ihren Kompetenzen auf Verhaltensebene von den Jugendlichen der Kontrollgruppe.

H<sub>1</sub>: Die Jugendlichen der Interventionsgruppe zeigen eine höhere soziale Kompetenz auf Verhaltensebene als die Jugendlichen der Kontrollgruppe.

Zu (c)

Ho: Die Jugendlichen der Interventionsgruppe unterscheiden sich nicht oder negativ in ihren Kompetenzen auf kognitiver Ebene von den Jugendlichen der Kontrollgruppe.

H<sub>1</sub>: Die Jugendlichen der Interventionsgruppe zeigen eine höhere soziale Kompetenz auf kognitiver Ebene als die Jugendlichen der Kontrollgruppe.

Zu (d)

Ho: Die Jugendlichen der Interventionsgruppe unterscheiden sich nicht oder negativ in ihrer emotionalen Befindlichkeit (soziale Ängstlichkeit, aggressives Verhalten, depressive Verhaltensprobleme) von den Jugendlichen der Kontrollgruppe.

H<sub>1</sub>: Die Jugendlichen der Interventionsgruppe zeigen eine verbesserte emotionale Befindlichkeit im Vergleich zu den Jugendlichen der Kontrollgruppe.

Zu (e)

Ho: Die durch das Training erzielten Veränderungen sind nicht für alle Jugendlichen vergleichbar, in Subgruppenanalysen zeigen sich wesentliche Unterschiede abhängig vom kognitiven Leistungsniveau oder dem Schwerpunkt der Verhaltensprobleme (external versus internal).

H<sub>1</sub>: Die durch das Training erzielten Veränderungen sind für alle Jugendlichen vergleichbar, in Subgruppenanalysen zeigen sich keine wesentlichen

Unterschiede abhängig vom kognitiven Leistungsniveau oder dem Schwerpunkt der Verhaltensprobleme.

Zu (f)

H<sub>0</sub>: Die Jugendlichen der Interventionsgruppe unterscheiden sich nicht oder negativ ein halbes Jahr nach Abschluss der Intervention bezüglich oben genannter Kompetenzen von den Jugendlichen der Kontrollgruppe.

H<sub>1</sub>: Die Jugendlichen der Interventionsgruppe zeigen höhere oben genannte Kompetenz ein halbes Jahr nach Abschluss der Intervention als die Jugendlichen der Kontrollgruppe.

Zu (g)

Als explorative Fragestellung soll die Zufriedenheit der Jugendlichen mit dem Programm ermittelt werden.

## 4 Empirischer Teil: Methodenteil

### 4.1 Studiendesign

Bei der Konzeption der Studie wurde darauf geachtet, die Evaluationskriterien aus der Psychotherapieforschung umzusetzen (vgl. Hibbs 2001) und das Studiendesign möglichst dem experimentellen Forschungsdesign (randomised controlled trial) anzugleichen:

- Die Studienteilnehmer wurden der Intervention randomisiert zugeteilt, um die Repräsentativität der Stichprobe zu erhöhen.
- Es wurde ein Kontrollgruppendesign verwirklicht.
- Die Gruppen erhielten während der Evaluationsphase kein anderes Training.
- Das Treatment wurde mehrfach an Gruppen in zwei verschiedenen Einrichtungen von unterschiedlichen Trainern durchgeführt.
- Es erfolgte zudem nicht nur die prä-post Messung der Effekte, sondern auch eine Messwiederholung nach sechs Monaten zur Erfassung langfristiger Effekte.
- Die Intervention wurde manualisiert durchgeführt (s. u.).

Diese Faktoren sollten sowohl die interne Validität (Eindeutigkeit/Zuverlässigkeit) als auch die externe Validität (Generalisierbarkeit) der Studienergebnisse stärken.

Aufgrund der nach der Literatur eher gering zu erwartenden Effekte solcher Interventionen und der multivariaten Erfassung sozialer Kompetenz wurde die im Zuge der ökonomischen Gegebenheiten größtmögliche Stichprobe gewählt (s. u.). Entsprechend den Forderungen in der Literatur (Bastians & Runde 2002, Petermann 2002, Kanning 2003) erfolgte die Erfassung sozialer Kompetenz in dieser Studie multimodal und multimethodal.

Die durchgeführte Interventionsstudie gliederte sich in vier Phasen:

In einer ersten Phase wurde das Programm an zwei beruflichen Rehabilitationseinrichtungen (Regionales Ausbildungszentrum (RAZ) Ulm und RAZ Ravensburg) exemplarisch durchgeführt und evaluiert (Pilotphase). Das Programm wurde den Jugendlichen eines Ausbildungslehresjahres als zusätzliche,

freiwillige Gruppe angeboten, die sich in der Routine-Eingangsdagnostik als psychosozial auffällig erwiesen hatten. Nach erfolgter Einwilligung der Jugendlichen und Sorgeberechtigten wurden die Jugendlichen randomisiert der Interventionsgruppe oder Kontrollgruppe mit konventioneller sozialpädagogischer Betreuung zugewiesen. Standardisierte Messinstrumente sollten dabei Veränderungen im Bereich sozialer Kompetenz und psychischer Auffälligkeiten im Selbst- und Fremdurteil bei den Jugendlichen erfassen.

Als weitere Zielgrößen für die Evaluation sollten die Zufriedenheit der Jugendlichen und Durchführenden mit dem Programm und seine Praktikabilität fungieren.

In einer zweiten Phase wurden die Ergebnisse des ersten Durchlaufes evaluiert.

In einer dritten Phase wurde das Programm erneut an den zwei beruflichen Rehabilitationseinrichtungen mit psychosozial auffälligen Jugendlichen eines anderen Lehrjahres mit Kontrollgruppendesign auf seine Wirksamkeit hin evaluiert. Psychosozial auffällige Jugendliche, die sich zur Teilnahme bereit erklärten, wurden ebenfalls randomisiert der Interventionsgruppe oder der Kontrollgruppe zugewiesen.

In einer vierten Phase wurde sechs Monate später durch eine Wiederholungsmessung der ersten beiden Interventions- und Kontrollgruppen die zeitliche Stabilität etwaiger Effekte kontrolliert.

Das Vorgehen in den einzelnen Phasen soll im Folgenden näher ausgeführt werden. Die eingesetzten diagnostischen Instrumente der jeweiligen Phasen werden erwähnt und im nächsten Abschnitt näher beschrieben.

### Zu Phase 1

Für die erste Durchführung und Evaluation des Programms wurden anhand der Routineeingangsdagnostik in den beiden beruflichen Rehabilitationseinrichtungen für das Training geeignete Jugendliche ausgewählt. Dabei wurden die Jugendlichen eingeschlossen, die in der Routinediagnostik entweder in der CBCL (Child Behavior Checklist, CBCL 4-18, Achenbach 1991) oder dem YSR (Youth

Self Report, YSR 11-18, Achenbach 1991) überdurchschnittlich viele emotionale und Verhaltensprobleme aufwiesen. Das bedeutete, dass diese Jugendlichen in mindestens einer der drei Globalskalen des YSR und/oder der CBCL einen Gesamt-T-Wert  $\geq 60$  (MW=50, SD=10) aufweisen sollten. Jugendliche mit einem Intelligenzquotienten (MW=100, SD=15) unter 65 wurden aus der Studie ausgeschlossen. Hierfür wurde in einer Einrichtung das Prüfsystem für Schul- und Bildungsberatung für 6. bis 13. Klassen (PSB-R 6-13; Horn et al. 2004) und in der anderen Einrichtung die computerisierte Form des Grundintelligenztests 2 (CFT-20, Weiss 1998) verwendet. Zudem waren die schriftliche Einverständniserklärung und Schweigepflichtentbindung der Jugendlichen, wenn nicht volljährig, auch der Sorgeberechtigten, Bedingung für die Studienteilnahme. Ausschlusskriterium war eine manifeste behandlungsbedürftige psychische Erkrankung.

Insgesamt wurden in jeder Einrichtung zwanzig informierte Teilnehmer, die die Kriterien erfüllten, zufällig ausgewählt. Diese erhielten eine vertiefte ca. zweistündige Eingangsdiagnostik. Die Eingangsdiagnostik umfasste ein psychopathologisches Interview (entsprechend der CASCAP-D, Döpfner et al. 1999), welches dem Ausschluss einer manifesten psychischen Erkrankung diene, die Erfassung demographischer Variablen (Geschlecht, Alter, Schullaufbahn, Nationalität, etc.) und von Kontrollvariablen (bereits in der Vergangenheit absolvierte Kompetenzprogramme, Teilnahme an ähnlichen Programmen, Gruppentherapien derzeit etc.) in einem strukturierten Interview und die multimodale Erfassung sozialer Kompetenz über verschiedene Verfahren (s. u.).

Die Teilnehmer wurden anschließend randomisiert der Interventions- (n=10) und Kontrollgruppe (n=10) zugeteilt. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe absolvierten dann über einen Zeitraum von ca. vier Monaten das psychosoziale Kompetenztraining. Die Kontrollgruppe erhielt dieselbe Förderung und Behandlung wie gewöhnlich (die psychosoziale Betreuung durch die Bildungsbegleiter und Beratung durch den medizinisch-psychologischen Dienst der jeweiligen Einrichtung, falls gewünscht). Im Erhebungszeitraum nahmen die Jugendlichen sowohl der Interventions- als auch der Kontrollgruppe an keinen anderen Gruppenangeboten teil. Im Zuge des Trainings sollte von den Trainern auf einer sechsstufigen Rating-Skala regelmäßig die Mitarbeit/Motivation der einzelnen Teilnehmer nach den Stunden eingeschätzt werden. Zudem wurde in

die Trainingssitzung ein selbstkonzipierter Wissensfragebogen in der ersten und letzten Stunde eingebaut, welches den Wissenszuwachs der Teilnehmer über die Zeit messen sollte.

Ein individuell definiertes Ziel jedes Teilnehmers wurde zudem in jeder Sitzung von den Teilnehmern und abschließend von den Bildungsbegleitern oder Lehrern anhand der fünfstufigen Skala zur Verlaufs- bzw. Ergebniskontrolle eingeschätzt.

Die Trainer wurden nach Abschluss des ersten Durchlaufes bezüglich der Praktikabilität, Zufriedenheit mit der Maßnahme und Verbesserungsvorschlägen befragt (Aufwand, Durchführbarkeit einzelner Sitzungen, Abweichungen vom Manual etc.).

#### Zu Phase 2

Anschließend erfolgten (identisch zur Prä-Messung mit Ausnahme des psychopathologischen Interviews) die Post-Messung sozialer Kompetenz von Interventions- und Kontrollgruppe und die Evaluation der Zufriedenheit und Praktikabilität.

Es wurde eine qualitative erste Sichtung der Ergebnisse vorgenommen. Das Programm erwies sich hierbei als praktikabel/durchführbar und musste nicht überarbeitet werden.

#### Zu Phase 3

Es erfolgte analog zu Phase 1 eine weitere randomisierte und kontrollierte Durchführung des Programms an beiden Einrichtungen.

#### Zu Phase 4

Sechs Monate nach dem Trainingsprogramm wurden die ersten Trainings- und Kontrollgruppen beider Einrichtungen erneut auf ihre psychosoziale Kompetenz mit den identischen Verfahren untersucht, um die Stabilität der am Trainingsende gemessenen Veränderungen zu überprüfen.

Die folgende Tabelle gibt einen zusammenfassenden Überblick über den Studienplan:

Tabelle 3: Studienplan

	Vorgehen/Ziele	Instrumente	N =80
<b>Phase 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stichprobenselektion anhand der Routinediagnostik</li> <li>- randomisierte Zuweisung zu Trainings (TG)- und Kontrollgruppe (KG)</li> <li>- Erhebung demographischer Variablen, Prä-Messung psychosozialer Kompetenz</li>   <li>- Intervention: Trainingsprogramm (9 Trainingseinheiten) für TG</li>   <li>- Post- Messung psychosozialer Kompetenz beider Gruppen, Teilnehmermotivation, der Praktikabilität und Zufriedenheit mit dem Programm von TG</li> </ul>	Prä/Post: <ul style="list-style-type: none"> <li>- PSB/CFT (Prä)</li> <li>- CASCAP (Prä)</li> <li>- Soziodem. Fragebogen (Prä)</li> <li>- CBCL</li> <li>- YSR</li> <li>- TISS</li> <li>- U-Fragebogen</li> <li>- Rollenspiel</li> <li>- Zielerreichungsskala</li> <li>- Beobachtungskategoriensystem AKI</li> </ul> Manualisiertes Trainingsprogramm für TG <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wissensfragebogen</li> <li>-Zufriedenheitsmessung</li> </ul>	$n=$ 10 (TG) + 10 (KG) x 2 (Einrichtungen) = 40
<b>Phase 2</b>	- erste Auswertung		
<b>Phase 3</b>	s. o.	s. o.	$n=$ 10 (TG) + 10 (KG) x 2 (Einrichtungen) = 40
<b>Phase 4</b>	- Post-Messung der Langzeiteffekte des Programms durch erneute Diagnostik der psychosozialen Kompetenz von TG und KG nach sechs Monaten	s. o.	$n=40$

## 4.2 Beschreibung der verwendeten diagnostischen Instrumente

Wie bereits in Kapitel 3.4 erörtert, ist der Begriff „Soziale Kompetenz“ als ein komplexes Konstrukt zu verstehen, welches verschiedene Dimensionen umfasst. Eine diesem Konzept gerecht werdende Diagnostik sozialer Kompetenz als

Grundlage für eine Evaluationsmessung setzt daher eine multimethodale und – modale Vorgehensweisen voraus (Petermann 2002).

Bei der Zusammenstellung oben genannter Verfahren wurde viel Wert auf die verhaltensnahe Messung sozialer Kompetenz (z.B. Rollenspiel, AKI, hamet2) gelegt und die Erfassung der Übertragbarkeit der Trainingsinhalte in den Alltag (AKI, Zielereichungsskala).

Entsprechend dem in Kapitel 3.4 beschriebenen Mehrebenenmodell sozialer Kompetenz von Kanning (2003) sollen die verschiedenen Methoden und sich daraus ableitende Verfahren, die in dieser Arbeit verwendet werden, zugeordnet und kurz dargestellt werden. Es soll dabei auch ersichtlich werden, welche Fragestellung aus Kapitel 3.10 mit dem jeweiligen Verfahren operationalisiert wird.

#### **4.2.1 Erfassung der Verhaltensebene sozialer Kompetenz (Behavioraler Bereich)**

Verhaltensbeobachtungen können indirekt auf die soziale Kompetenz einer Person schließen lassen, allerdings nur, wenn man Verhalten in verschiedenen Situationen beobachtet (Kanning 2003). Sie können auch der konkreten Überprüfung im Training gelernter Fertigkeiten (Skills) dienen. Während Selbstbeobachtung eher im klinischen Setting und im Zuge des Lernprozesses z.B. bei Rollenspielen eingesetzt wird, findet Fremdbeobachtung meist im künstlichen Setting (z.B. Rollenspiel) statt. Die externe Validität eines solchen Verfahrens kann durch Alltagsnähe vergrößert werden und dadurch, dass die Variablen, die das Verhalten im Alltag hauptsächlich bestimmen, in der Untersuchungssituation ähnlich ausgeprägt sind (Kanning 2003). *„Verhaltensmessungen sind Fragebogenverfahren in vielfacher Hinsicht überlegen, teilen aber auch deren Defizite und werfen zusätzliche Probleme auf. Positiv zu beachten ist neben der zumindest teilweisen Überwindung der Performanz- und Lügenproblematik auch die Situationsspezifität dieser Verfahren und der ausreichend hohe Realismus.“* (Bastians & Runde 2002, S. 191).

##### Videographierte Rollenspiele in standardisierten Anforderungssituationen unter Verwendung eines Beobachtungskategoriensystem

Da keine standardisierten diagnostischen Verfahren zur Erfassung des konkreten Verhaltens in sozialen Situationen vorlagen, wurde zur systematischen



Verhaltensbeobachtung ein quasi-experimenteller Test zur Erfassung sozial kompetenten Verhaltens in konkreten Situationen in Form dreier Rollenspiele entwickelt:

Die drei videographierten Rollenspielsituationen orientierten sich an den zu lernenden Trainingsinhalten und waren angelehnt an die im GSK von Hinsch und Pfingsten (2002) postulierten drei Situationstypen, in denen sozial kompetentes Handeln vorkommt (sein Recht durchsetzen, in Beziehungen zurecht kommen und um Sympathie werben). Die Rollenspiele waren soweit möglich maximal standardisiert, indem die Jugendlichen alle die identische Instruktion erhielten, sowie Argumentationsstil und Reaktionen der unbekanntenen Rollenspielpartner (Mitarbeiter des diagnostischen Teams) wiederum genau vorgegeben wurden (vgl. Anhang).

Die Bewertung der Rollenspielsituationen erfolgte zum einen auf *Fertigkeitenebene* (Gestik, Mimik usw.), zum anderen wurde auf inhaltlicher Ebene die *Problemlösekompetenz* der Jugendlichen in den jeweiligen Situationen erhoben. Hierfür wurde ein standardisiertes Kategoriensystem zur Verhaltensbeschreibung und -bewertung entworfen. Dieses beinhaltete Kategorien mit jeweils vierstufigen Skalen zur Bewertung des Kompetenzgrades der Antworten. Zudem war ein Beobachtungskategoriensystem mit Ankerbeispielen integriert, welches fünfstufige Skalen zur Erfassung der eingesetzten Fertigkeiten (Lautstärke der Stimme, Deutlichkeit der Aussprache, Körperhaltung, Gestik) und des Globaleindrucks des allgemeinen Durchsetzungsstils (Sicherheit des Auftretens) beinhaltete. Zur Sicherung der Interraterreliabilität erfolgte ein zweitägiges Beobachtertraining in der Anwendung des Auswertungssystems. Die videographierten Verhaltenssequenzen wurden dann von den trainierten Beobachtern eingeschätzt, wobei die Beobachter für die Gruppenzugehörigkeit verblindet waren.

Angaben zu den internen Konsistenzen (Cronbachs  $\alpha$ ) der einzelnen Skalen und zur Beobachterreliabilität werden in Tabelle 4 wiedergegeben. Als Maß für die Beobachterreliabilität wurde die unjustierte Intraklassenkorrelation ( $ICC_{unjus}$ ) für zwanzig Beobachtungen (bezüglich des Blickkontaktes für vierzehn Beobachtungen), die von mehreren Ratern für dieselben Personen durchgeführt wurden, berechnet und mittels einer einfaktoriellen Varianzanalyse auf Signifikanz geprüft. Die Intraklassenkorrelation gibt als Reliabilitätsmaß den Anteil der Varianz

der wahren Werte der Personen an, der durch die Raterurteile aufgeklärt werden kann.

**Tabelle 4: Interne Konsistenzen (Cronbachs  $\alpha$ ) und varianzanalytisch geprüfte Intraklassenkorrelationen für die Items des Beobachtungskategoriensystems**

( $ICC_{unjus}$ = Unjustierte Intraklassenkorrelation;  $F$ = F-Wert;  $df$ = Freiheitsgrade;  $p$ = Signifikanz)

Skala	Cronbachs $\alpha$	$ICC_{unjus}$	$F$	$df=(n-1)$	$p$
Inhaltliche Bewertung Rollenspiel 1	0,82	0,66	5,68	19	<0,001
Inhaltliche Bewertung Rollenspiel 2	0,92	0,83	12,25	19	<0,001
Inhaltliche Bewertung Rollenspiel 3	0,65	0,50	2,85	19	0,014
Blickkontakt (sec)	0,99	0,98	123,84	14	<0,001
Lautstärke der Stimme	0,82	0,53	5,47	19	<0,001
Deutlichkeit des Aussprache	0,78	0,64	4,51	19	0,001
Offene Körperhaltung	0,83	0,68	5,75	19	<0,001
Gestik	0,65	0,48	2,86	19	0,01
Sicherheit des Auftretens	0,93	0,82	13,62	19	<0,001

Für die spätere Auswertung wurden die drei inhaltlichen Rollenspielbewertungen zu einem *Gesamtsummenscore* zusammengefasst, ebenso *sämtliche Fertigkeiten* (Blickkontakt, Lautstärke, Deutlichkeit, Körperhaltung, Gestik, Sicherheit). Die Dauer des Blickkontaktes wurde hierfür durch die Dauer des Gesamtrollenspieles dividiert. Die entstandenen Werte wurden dann ebenfalls einer fünfstufigen Beurteilungsskala zugeordnet, die anhand der gegebenen Verteilung erstellt wurde (Median, +/- 1-2 Standardabweichungen).

Die inhaltlichen Kategorien sollten Veränderungen in der sozialen Handlungskompetenz der Jugendlichen (vgl. zentrale Fragestellung) messen, während die reine Fertigkeitenebene (vgl. Fragestellung (a)) durch das Beobachtungskategoriensystem repräsentiert wurde. Somit wurde als zentrales Outcomekriterium der Studie die Problemlösekompetenz der Jugendlichen auf Verhaltensebene festgelegt, einmal, um sich der Kritik bisheriger Evaluationsstudien bezüglich mangelnder Generalisierbarkeit der Trainingseffekte zu stellen, und zum anderen, um dem Erfolgskriterium einer zu erreichenden Verhaltensmodifikation gerecht zu werden.

### Beobachtungskategoriensystem AKI

Zusätzlich wurde als situationsunspezifisches, standardisiertes Fremdbeobachtungssystem das „Beobachtungskategoriensystem AKI (aggressives, kompetentes und initiativloses Verhalten)“ aus dem Trainingsprogramm „Training mit Jugendlichen, Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten“ von Petermann & Petermann (2003) verwendet. Dieses erfasst *aggressives*, *kompetentes* und *initiativloses Verhalten* über zwölf formulierte Kategorien auf jeweils fünfstufigen Skalen. Psychometrische Gütekriterien werden von den Autoren nicht angegeben, die drei Faktoren (aggressives, kompetentes, initiativloses Verhalten) konnten von den Autoren faktorenanalytisch repliziert werden und als änderungssensitiv beurteilt werden. Eine Homogenitätsanalyse anhand der Daten des ersten Messzeitpunktes ergab zufrieden stellende interne Konsistenzen der Skalen (Cronbach`s  $\alpha$  zwischen .73 und .87).

Um möglichst viele Fremdbeurteilungsdaten in verschiedenen Situationen zu erhalten, wurde das AKI vom pädagogischen Personal der jeweiligen Rehabilitationseinrichtungen (Bildungsbegleiter, Lehrer, Ausbilder) für jeden Jugendlichen zwei Mal prä-post nach einer jeweils zweistündigen Beobachtungsphase ausgefüllt.

### Zielerreichungsskala

Die Beurteilung der Verbesserung des eigenen Problemverhaltens im Bereich sozialer Kompetenz wurde sowohl im Selbst- wie auch im Fremdurteil zusätzlich über eine Zielerreichungsskala erhoben. Die fünfstufige Zielerreichungsskala wurde in Anlehnung an „The List of Individual Symptoms for Therapy Evaluation (LISTE)“ von Mattejat (2001) konzipiert. Die Jugendlichen definierten vor Beginn des Trainings ein individuelles möglichst verhaltensnahes Ziel, welches auf fünf Stufen bezüglich des Zielerreichungsgrades von den Jugendlichen und ihren Bildungsbegleitern prospektiv quantifiziert wurde. Der Grad der Zielerreichung wurde dann nach Abschluss des Trainings und sechs Monate später erneut eingeschätzt.

Die Zielerreichungsskala sollte gemeinsam mit dem AKI als Maß der Änderung auf Verhaltensebene dienen (vgl. Fragestellung b).

### 4.2.2 Erfassung des emotional-motivationalen Bereichs sozialer Kompetenz

Durch Verhaltensbeschreibungen in Form von Fragebögen können entweder im Selbst- oder Fremdurteil prosoziales Verhalten, aber auch soziale Ängste oder aggressives Verhalten in bestimmten Situationen standardisiert meist retrospektiv erfragt werden. Vorteile liegen in der Ökonomie und Standardisierung der Verfahren, Nachteile in systematischen Beurteilungsverzerrungen oder z.B. Tendenzen zur sozial erwünschten Antwort (Kanning 2003).

#### Unsicherheitsfragebogen

Mit dem Unsicherheitsfragebogen (U-Fragebogen) von Ullrich & Ullrich (1976) wird soziale Angst und Unsicherheit auf sechs Skalen (*Fehlschlagangst*, *Kontaktangst*, *Fordern können*, *Nicht-nein-Sagen-können*, *Schuldgefühle*, *Anständigkeit*) quantifiziert. Der U-Fragebogen wurde an N=1323 Probanden validiert (583 psychiatrische Patienten mit psychosozialen Störungen, 116 sozial-ängstliche Studenten, 89 sozialphobische Patienten, Referenzgruppe 584 Nichtpatienten). Die innere Konsistenz beträgt nach Angabe der Autoren je nach Skala  $r=0.91-0.95$ , die Retestreliaibilität je nach Skala  $r=0.85-0.71$ . Rohwerte können mit Mittelwerten und Standardabweichungen der unterschiedlichen Referenzgruppen (psychiatrische Patienten, Nicht-Patienten) verglichen werden. Eine an der Untersuchungsgruppe durchgeführte Konsistenzanalyse der Daten des ersten Messzeitpunktes ergab bezogen auf die Stichprobe lernbehinderter Jugendlicher unterschiedliche Ergebnisse je nach Subskala: Während sich die ersten beiden Skalen als ausreichend konsistent erwiesen (*Fehlschlagangst*: Cronbach's  $\alpha=.850$ , *Kontaktangst* Cronbach's  $\alpha=.826$ ), waren dies die übrigen Skalen mit Werten zwischen .311 und .436 nicht. Daher wurden in der Auswertung nur die ersten beiden Skalen, die soziale Ängstlichkeit erfassen, berücksichtigt.

Veränderungen im emotionalen Bereich (soziale Ängstlichkeit) der Jugendlichen (vgl. Fragestellung (d)) sollten so repräsentiert werden.

#### Teenage Inventory of Social Skills (TISS-D)

Auch der Teenage Inventory of Social Skills (TISS-D) von Inderbitzen & Foster (1992) (deutsche Übersetzung von Pössel et al. 2004), ein Fragebogen, der

soziale Kompetenz in Bezug auf die Peergruppe messen soll, kann unter die verhaltensbeschreibenden Verfahren subsumiert werden. Er beinhaltet 28 geschlechtsspezifische Items, die zwei Skalen („positives Verhalten, negatives Verhalten“) zugeordnet werden, um soziales Verhalten der Jugendlichen untereinander erfassen zu können. Die interne Konsistenz der Skalen „positives Verhalten“ und „negatives Verhalten“ liegen bei  $\alpha = .86$  bzw.  $.85$ , die Retest-Reliabilität beträgt  $r = .89$  (Pössel et al. 2004). Die Konsistenzanalyse anhand der Daten des ersten Messzeitpunktes ergab bezogen auf die Stichprobe lernbehinderter Jugendlicher ebenso zufrieden stellende Ergebnisse (Cronbach's  $\alpha$  für *positives Verhalten*  $.85$  und *negatives Verhalten*  $.74$ ).

Veränderungen im emotionalen Bereich (Prosozialität) der Jugendlichen (vgl. Fragestellung (d)) sollten so repräsentiert werden.

#### Youth Self Report 11-18 (YSR 11-18)

Der Youth Self Report 11-18 (YSR 11-18, Achenbach 1991) erfasst auf neun Syndromskalen neben anderen psychischen Auffälligkeiten auch Verhaltensprobleme von Kindern und Jugendlichen im sozialen Bereich (*sozialer Rückzug, soziale Probleme, aggressives, dissoziales Verhalten, ängstlich/depressiv*). Aus den Angaben im YSR werden ein Gesamtwert und ein Globalwert für internalisierende und externalisierende Verhaltensprobleme berechnet. Die Gesamtwerte der Global-, wie auch neun Syndromskalen lassen sich in Standard-T-Werte ( $MW=50$ ,  $SD=10$ ) umrechnen. T-Werte über 63 in den Globalskalen sind nach durchgeführten Diskriminanzanalysen der Autoren hierbei als klinisch auffällige Werte, T-Werte zwischen 60 und 63 als grenzwertig auffällige Werte zu interpretieren. In den Syndromskalen weisen T-Werte über 70 auf klinische Auffälligkeit hin, während T-Werte zwischen 67 und 70 als grenzwertig gelten (Döpfner et al. 1998). Die Syndromskalen der deutschen Übersetzung sind ausreichend bezüglich ihrer internen Konsistenz und daher reliabel ( $r_{tt} \geq .70$ ), nur die Skala „schizoid/zwanghaft“ wird als nicht ausreichend valide beurteilt (Döpfner et al. 1995). Die interne Konsistenz der Globalskalen liegt bei ( $r_{tt} \geq .80$ ) nach Döpfner (1995).

### Child Behavior Checklist 4-18 (CBCL 4-18)

Die Child Behavior Checklist 4-18 (CBCL 4-18, Achenbach 1991), ein Parallelinstrument zum Youth Self Report, wurde von den jeweils zuständigen Pädagogen (Bildungsbegleitern) bearbeitet. Die psychometrischen Eigenschaften sind mit denen des YSR vergleichbar: Mit Ausnahme der Syndromskala *schizoid/zwanghaft* sind alle Problem-Skalen hinreichend reliabel ( $r_{tt} \geq .70$ ) (Döpfner et al. 1998).

Veränderungen im emotionalen Bereich (aggressives, depressives, ängstliches Verhalten, soziale Probleme, sozialer Rückzug) der Jugendlichen (vgl. Fragestellung (d)) sollten so im Fremd- (CBCL) und Selbsturteil (YSR) repräsentiert werden, da internalisierende Probleme (sozialer Rückzug, soziale Probleme, ängstlich depressiv) valider im Selbsturteil zu erfassen sind, während externalisierende Verhaltensprobleme (dissoziales, aggressives Verhalten) nicht zuletzt auch aus Gründen der sozialen Erwünschtheit valider im Fremdurteil sind (vgl. Döpfner 1995).

### **4.2.3 Erfassung des perzeptiv-kognitiven Bereichs sozialer Kompetenz**

#### Teilmodul 3 „Soziale Kompetenz“ des hamet2

Während computergestützte Verfahren nach Bastians & Runde (2002) anfänglich zur Präsentation und Einschätzung verschiedener Emotionsbilder oder Videosequenzen eingesetzt wurden, werden mittlerweile auch soziale Situationen computerisiert dargeboten. In diesen Situationen integrieren Schauspieler den Probanden in ihre Interaktion und dieser muss ihnen antworten. Die Antworten können dann nach einem standardisierten Auswertungsschema beurteilt werden. Als computerisiertes Verfahren wurde das Teilmodul 3 „Soziale Kompetenz“ des hamet2 (handlungsorientierte Module zur Erfassung beruflicher Kompetenz, Dietrich et al. 2000) in dieser Studie verwendet.

Der hamet2 ist ein computerisiertes Verfahren zur Erfassung beruflicher Kompetenzen in beruflichen Rehabilitationseinrichtungen. Jugendlichen werden acht standardisierte soziale Konfliktsituationen dargeboten, wobei diese antworten sollen, wie sie in der jeweiligen Situation reagieren würden. Die Antworten werden notiert und anschließend entsprechend einem festgelegten Antwortschema

hinsichtlich ihrer sozialen Lösungskompetenz auf einer fünfstufigen Skala beurteilt. Jeweils vier Konfliktsituationen lassen sich thematisch zusammenfassen und ergeben zwei Dimensionen, den „Umgang mit Kunden“ (Kundenempathie und Umgang mit Kundenkritik) und die „Kritisierbarkeit“ (Umgang mit Kritik durch Vorgesetzte oder Kollegen). Psychometrische Gütekriterien für das Modul 3 sind von den Autoren nicht angegeben worden. Die Konsistenzanalyse anhand der Daten des ersten Messzeitpunktes ergab bezogen auf die Stichprobe lernbehinderter Jugendlicher weniger zufrieden stellende Ergebnisse (Cronbach`s  $\alpha$  für *Umgang mit Kunden* .507, *Kritisierbarkeit* .216, *Gesamtwert* .576). Es wurde daher nur der Gesamtwert in der Auswertung berücksichtigt, wobei die begrenzte Reliabilität dieser Skalen bei der Interpretation berücksichtigt werden sollte.

#### Wissensfragebogen

Ergänzend erhielten die Jugendlichen der Interventionsgruppen in der ersten und letzten Trainingssitzung einen selbstkonzipierten Fragebogen zur Erhebung des Wissens um soziale Kompetenz, der dann nach Punkten bewertet wurde (s. Anhang). Der Fragebogen bestand aus Fragen, die von den Trainern jeweils entsprechend ihrer Vollständigkeit mit 0 oder 0,5 oder 1 Punkt bewertet werden konnten. Aus neun Fragen, die sich prä-post überschneiden, wurde dann ein Summenscore als *Gesamtwert* gebildet. Die Konsistenzanalyse ergab bezogen auf die Stichprobe lernbehinderter Jugendlicher zufrieden stellende Ergebnisse (*Gesamtwert*: Mittelwert = 3,34; Standardabweichung = 1,97, Spannweite = 7, Schiefe = 0,061, Cronbach`s  $\alpha$  = .75). Die Itemschwierigkeiten (P) lagen zwischen P=12 und P=50, die durchschnittliche Schwierigkeit über alle zehn Items hinweg betrug P=38.

Veränderungen im kognitiv-perzeptiven Bereich sozialer Kompetenz (vgl. Fragestellung (c)) sollten so zum einen durch die Ergebnisse des hamet und zum anderen durch den Wissensfragebogen repräsentiert werden.

#### **4.2.4 Eingangsdiagnostik und Trainingsevaluation**

Neben der CBCL und des YSR, die ebenfalls als Screeninginstrumente (s. o.) eingesetzt wurden, wurde in der Eingangsdiagnostik zur Bestimmung des Intelligenzquotienten (IQ) das Prüfsystem für Schul- und Bildungsberatung für 6.

bis 13. Klassen (PSB-R 6-13; Horn et al. 2004) oder alternativ der Grundintelligenztest Skala 2 (CFT 20, Weiss 1998) mit den Jugendlichen durchgeführt. Dabei wurde ein IQ-Wert (MW=100, SD=15) unter 65 als Ausschlusskriterium verwendet.

Zur Evaluation des Trainings wurde von den Jugendlichen der Interventionsgruppe nach jeder Stunde ein selbstkonzipierter Kurzevaluationsfragebogen beantwortet. Sie sollten auf einer sechsstufigen Skala einschätzen, ob das Training ihnen gefallen hat und ob sie den dargebotenen Stoff verstanden haben. Diese Fragebögen sollen zur Beantwortung der Fragestellung (g) dienen.

### **4.3 Datenaufbereitung und Statistische Auswertung**

Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe der Software-Programmpakete von SPSS für Windows Version 12.0 und MS-Excel.

Fehlende Rohwerte wurden durch Durchschnittswerte der übrigen Items der jeweiligen Skala ersetzt. Bei mehr als einem Drittel fehlender Items pro Skala wurde die Skala nicht in die Auswertung miteinbezogen. Die Rohdaten wurden auf ihre Plausibilität (Eingabefehler) hin geprüft. Zur Nachvollziehbarkeit der drop-outs wurde ein CONSORT-Flussdiagramm (Consolidated Standards of Reporting Trials) erstellt.

Zur Stichprobenbeschreibung (z.B. *Alter, Geschlecht*) wurde deskriptive Statistik verwendet, wie relative Häufigkeiten und Prozentangaben. Variablen auf Nominalskalenniveau wurden mit nicht-parametrischen Verfahren ( $\chi^2$ -Tests) ausgewertet. Die Bestimmung der internen Konsistenzen einzelner Verfahren erfolgte mittels der Berechnung von Cronbach's  $\alpha$ . Bezüglich der Beobachtungsdaten wurden unjustierte Intraklassenkorrelationen zur Reliabilitätsbestimmung ermittelt und auf Signifikanz geprüft.

Die Überprüfung der Randomisierung erfolgte in Abhängigkeit des Skalenniveaus mithilfe von  $\chi^2$ -Tests und  $t$ -Tests. Dabei wurde das Signifikanzniveau nach Bonferroni korrigiert.

Zur Hypothesenprüfung der Wirksamkeit des Trainings wurden Veränderungen von den jeweiligen Prätests zu den Post- bzw. Follow-up-Tests von Interventions- und Kontrollgruppe auf Rohwertbasis untersucht. Dies erfolgte mittels zweifaktorieller Varianzanalysen (Faktor *Gruppe*, Faktor *Zeit*) mit Messwiederholung. Veränderungen über die Messzeitpunkte wurden zusätzlich



über  $t$ -Tests für abhängige Stichproben überprüft. Zentrale Mittelwertsdifferenzen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe wurden hinsichtlich ihrer (um die Vortestunterschiede) korrigierten Effektstärke ( $ES_{korrt}$ ) überprüft. Die Ergebnisse des Wissensfragebogens wurden mit einem  $t$ -Test für abhängige Stichproben ausgewertet.

#### **4.4 Rekrutierung der Stichprobe**

Die Studie wurde am regionalen Ausbildungszentrum Ulm (RAZ Ulm) und am regionalen Ausbildungszentrum des Berufsbildungswerk Ravensburg (RAZ Ravensburg) durchgeführt. Die Rekrutierung der Jugendlichen erfolgte im RAZ Ulm aus dem ersten Lehrjahr und im RAZ Ravensburg aus dem ersten und zweiten Lehrjahr über alle Berufsgruppen hinweg (cluster sample). Ansonsten war das Vorgehen in beiden Einrichtungen bei beiden Durchläufen analog (s. Graphik): Aus Praktikabilitätsgründen (hohe Abwesenheitszeiten der Jugendlichen) mussten die Jugendlichen ausgeschlossen werden, die als so genannte „Kooperative“ galten, also Jugendliche, die lediglich die Schule der Zentren besuchten und ihre Ausbildung gänzlich extern ableisteten (geschätzt 1/3 jedes Jahrgangs).

Aus den Ergebnissen der Screeninguntersuchung der Jugendlichen an beiden Einrichtungen wurden alle psychosozial auffälligen Jugendlichen nach o. g. Kriterien untersucht. Die Jugendlichen wurden dann in Kleingruppe über die Studie und das Vorgehen bei Teilnahme aufgeklärt. Diejenigen, die an der Studie teilnehmen wollten und von denen eine schriftliche Einverständniserklärung vorlag (bei Jugendlichen unter achtzehn Jahren ebenfalls der Sorgeberechtigten), wurden schließlich nach den Kriterien der Ethikkommission Ulm in die Studie eingeschlossen. Aus dieser Teilmenge erfolgte zunächst eine Zufallsziehung von zwanzig Jugendlichen und dann aus dieser Gesamtheit eine Zufallszuteilung von je zehn Jugendlichen zur Interventions- und Kontrollgruppe. Die Randomisierung erfolgte, indem Namenszettel aus einem Hut gezogen wurden. Die Studie wurde zwischen Januar 2006 und April 2007 durchgeführt.

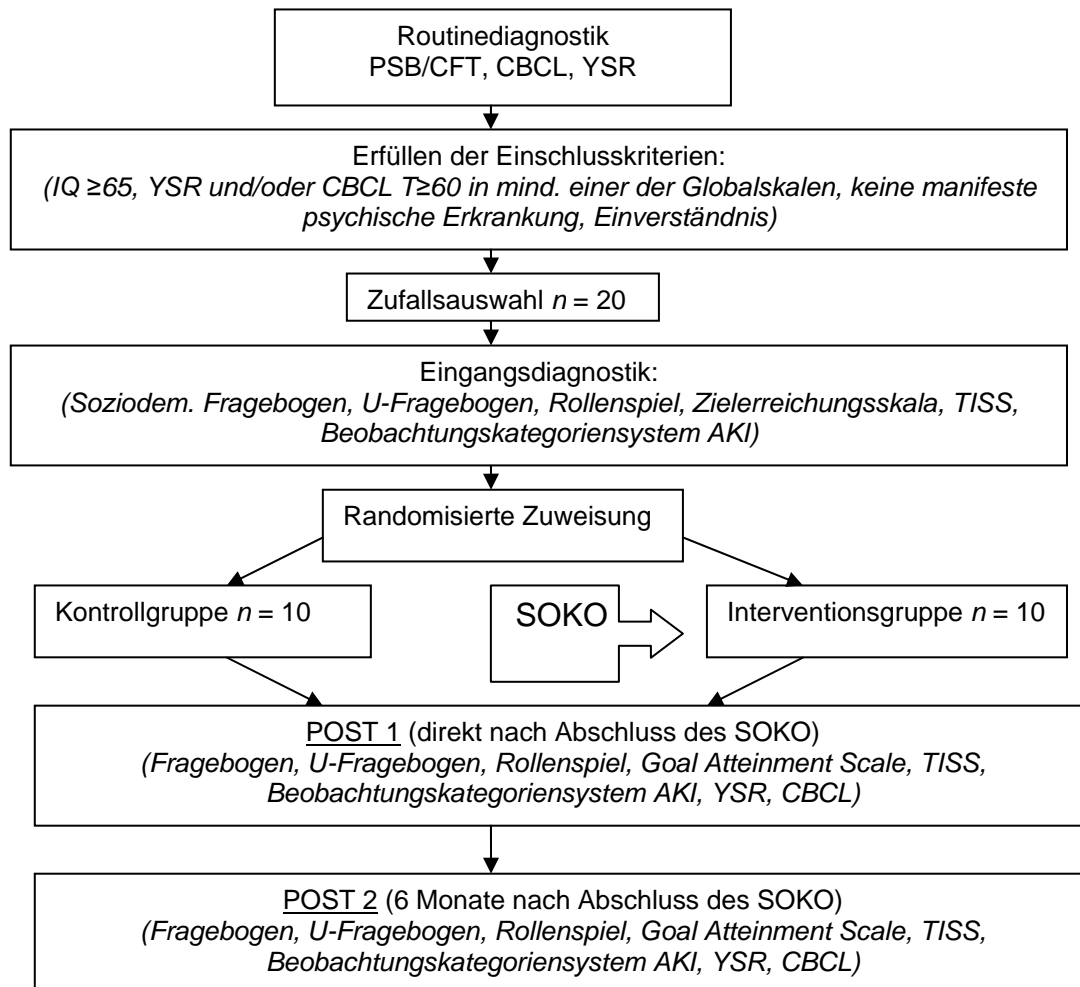


Abbildung 2: Studienablauf

## 4.5 Beschreibung der teilnehmenden Einrichtungen

Das regionale Ausbildungszentrum Ulm (RAZ Ulm) und das regionale Ausbildungszentrum des Berufsbildungswerk Ravensburg (RAZ Ravensburg) sind Einrichtungen der Stiftung Liebenau. Die Ausbildung findet sowohl in den Zentren (Schule, Werkstätte) als auch in den Ausbildungsbetrieben statt. Die Auszubildenden wohnen zuhause. Das RAZ Ulm wurde 1998 gegründet und verfügt über mehr als zehn Berufsgänge (Bäcker, Beikoch, Fachkraft im Gastgewerbe, Verkäufer, Autofachwerker, Lagerist usw.). Ein Ausbildungsjahrgang besteht meist aus ca. 40 bis 50 Jugendlichen, die ihre Ausbildung innerhalb zwei bis dreieinhalb Jahren absolvieren. Das RAZ

Ravensburg ist dem Berufsbildungswerk Ravensburg angegliedert und bildet in ca. 40 Berufen aus.

Beide Einrichtungen verfügen über ein multidisziplinäres Team aus Lehrern, Ausbildern, Psychologen und Bildungsbegleitern (meist Pädagogen). Für die Jugendlichen sind vor allem die Bildungsbegleiter Ansprechpartner für verschiedenste Anliegen (Planung des Ausbildungsverlaufes, individuelle Probleme/Schwierigkeiten beim Absolvieren der Ausbildung, Zielvereinbarungen etc.). Die Bildungsbegleiter gelten als case-manager, die die Jugendlichen durch die Ausbildung begleiten und (Informations-) Schnittstelle zwischen Schule und Ausbildungsbetrieben sind. Der medizinisch-psychologische Dienst führt zu Beginn der Ausbildung mit allen Jugendlichen ein Screening des kognitiven Leistungsniveaus und psychischer Verhaltensprobleme durch. Er ist zudem für die Teamberatung, Gruppenangebote und psychologische Individualberatung einzelner Jugendlicher zuständig.

#### **4.6 Beschreibung der Intervention: psychosoziales Kompetenztraining („SOKO“)**

Bei der Konzeption des psychosozialen Kompetenzprogramms („SOKO“) wurde darauf geachtet, den Bedürfnissen und Erfordernissen lernbehinderter Jugendlicher zwischen ca. 16 und 22 Jahren in der beruflichen Rehabilitation zu entsprechen. Dies beinhaltete einerseits, dass die gewählten Inhalte den Themen entsprachen, die diese Jugendliche beschäftigen. Die Inhalte wurden andererseits möglichst einfach vermittelt, zudem basierend auf Beispielen, Wiederholungen und umfangreichem Material, auf welches die Jugendlichen zurückgreifen konnten und welches sie nach Hause mitnehmen konnten.

Das Programm wurde in Anlehnung an die bereits vorhandenen Trainingsmanuale (vor allem „Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK“ von Hinsch & Pfingsten 2002, „Training mit Jugendlichen, Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten“ von Petermann & Petermann 2003, „GO Gesundheit und Optimismus Trainingsprogramm für Jugendliche“ von Junge et al. 2002) konzipiert (vgl. Kap. 3.6), die Materialien wurden allerdings komplett neu konzipiert und auf die Zielgruppe zugeschnitten. Das Programm wurde maximal standardisiert konzipiert, sämtliche Materialien lagen computerisiert vor, Trainingseinheiten, die

Instruktionen der Teilnehmer durch die Trainer und die theoretischen Modelle wurden im Manual genau vorgegeben.

Das Trainingsprogramm wurde multimodal konzipiert, beinhaltete also sowohl kognitive Bausteine wie auch Elemente auf Gefühls- und Verhaltensebene. Es wurde bewusst nicht auf kognitive Elemente zugunsten eines rein lerntheoretischen Programms verzichtet. Der theoretische Hintergrund wurde für wichtig erachtet, da er den Jugendlichen Hilfestellung (Verhaltensstrategien, kognitive Problemlösestrategien etc.) geben sollte und ein Bewusstsein für eigenes Verhalten und eigene Emotionen schaffen sollte.

Zunächst sollen die Ziele und verwendeten Methoden des Programms auf den verschiedenen Ebenen näher beleuchtet werden, abschließend wird ein komprimierter Überblick über Strukturierung und Stundenaufbau des Programms gegeben:

### Verhaltensebene

Um die Generalisierbarkeit des Trainings und den Transfer in den Alltag zu fördern, wurde möglichst verhaltensnah mit den Jugendlichen trainiert: Die Jugendlichen lernten am Beispiel, wie sie besser in verschiedenen sozialen Situationen zurechtkommen. Die sozialen Situationen, die als Rollenspiele behandelt wurden, wurden in die thematischen Bereiche analog zum „Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK“ von Hinsch & Pfingsten (2002) untergliedert, die soziale Kompetenz ausmachen: Ein Bereich umfasste Situationen, die um das Thema Gespräche aufrecht erhalten/um Sympathie werben handelten, ein anderer beschäftigte sich mit Situationen, in denen man sein Recht gegenüber Fremden, aber auch in Beziehungen (dies beinhaltete ebenso Kompromisse einzugehen und auch „Nein“-Sagen zu lernen) durchsetzen musste. Auf Alltagsnähe wurde geachtet, indem die Jugendlichen in den Rollenspielen eigene Situationen mit einbringen konnten und indem die Situationen auf den Kontext der Jugendlichen abgestimmt wurden (Situationen aus dem Ausbildungsbereich, Umgang mit Eltern, Lebenspartner, Freunden).

In Rollenspielen wurde die Technik des Modelllernens eingesetzt: Die Trainer spielten einige Situationen exemplarisch vor, zudem konnten mehrere Jugendliche eine Situation spielen und voneinander lernen. Zuvor wurden in der Gruppe

wichtige Fertigkeiten (Gesprächsregeln, Blickkontakt, Körperhaltung, Stimme usw.) und Verhaltensstrategien (Schritte zur Konfliktlösung etc.) gemeinsam erarbeitet. Zudem wurde von den Trainern im Sinne des operanten Lernens hauptsächlich auf positive Verstärkung adäquaten Verhaltens geachtet, negatives oder inadäquates Verhalten wurde weniger kritisiert als extinguiert durch Ignorieren/Aufmerksamkeit auf positives Verhalten. Für die Rückmeldung durch die Gruppe wurde auf ein positives Grundklima geachtet und klare Feedbackregeln vereinbart. Die Jugendlichen wurden bei den Rollenspielen durch den Einsatz klar umgrenzter und zunächst einfach zu spielender Situationen nicht überfordert, es erfolgte eine schrittweise Annäherung an die Rollenspielsituation durch spielerische Vorübungen. Es wurde darauf geachtet, dass alle Jugendlichen einer Gruppe Rollenspiele durchführten, bei eher ängstlichen Jugendlichen wurde ausreichend Zeit und Anleitung gegeben. Zu den im Rollenspiel gelernten Fertigkeiten und Lösungsstrategien wurden Verhaltensübungen konzipiert, die als Hausaufgabe im Alltag von den Jugendlichen umgesetzt werden konnten.

Es wurden außerdem individuelle Verhaltensziele für jeden Jugendlichen zu Beginn des Trainings erarbeitet. Diese wurden entsprechend einer Zielerreichungsskala wöchentlich von dem Jugendlichen selbst, seinem Ausbilder/Betreuer, aber auch von der Gruppe nach ihrem Fortschritt bewertet und Verhaltensstrategien zur Verbesserung gemeinsam diskutiert. Die Gruppe sollte dabei auch als Coach fungieren und die Teilnehmer von gegenseitiger Rückmeldung und Ermutigung profitieren, die unter Umständen besser angenommen wird als die der Trainer. Ein Belohnungssystem (Kinogutschein) für das Erreichen der Verhaltensziele sollte dabei die Compliance erhöhen und zusätzliche Anreize schaffen.

### Kognitive Ebene

Die Gruppensitzungen beinhalteten nicht nur praktische Anleitungen und Rollenspiele zum Üben im geschützten Rahmen, sondern auch theoretische Anteile: Hier ging es vor allem darum, ein Bewusstsein für die Thematik zu entwickeln (Warum bin ich hier, was sind meine Ziele?) und den Jugendlichen die verschiedenen Durchsetzungsstile (sicher, unsicher, aggressiv) zu vermitteln, mit dem Ziel, sich einem selbstsicheren Durchsetzungsstil anzunähern. Mit Hilfe der theoretischen Einheiten, die meist auch eine Gruppendiskussion bezüglich eigener

Erfahrungen mit den Themen beinhalteten, sollte ein individuelles Problembewusstsein und eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit geschaffen werden. Am Beispiel erarbeiteten die Jugendlichen Merkmale der verschiedenen Durchsetzungsstile wie auch ihrer Vor- und Nachteile. Die Jugendlichen sollten so vom Modell der anderen profitieren können und es wurde davon ausgegangen, dass sich unter Umständen gerade die unterschiedlichen Durchsetzungsstile (aggressiv versus unsicher) der Teilnehmer ergänzen konnten. Das Training sollte sowohl zu einer stärkeren Selbstbehauptung in verschiedenen Situationen führen, als auch dazu, gleichzeitig „cool zu bleiben“ durch selbst entwickelte Kontrollstrategien gegen Provokation, Gruppenregeln und Feedbackregeln. Bereits in der Gruppe erfolgte so soziales Lernen.

Die erarbeiteten Gruppenregeln, Gesprächsregeln und Strategien zur Konfliktlösung und zum Umgang mit Provokationen wurden dann später in den Rollenspielen ausprobiert. Somit beinhaltete das Training sowohl ein Fertigkeitentraining als auch kognitive Problemlöseansätze in sozialen Situationen. Bei den theoretischen Einheiten wurde darauf geachtet, die Jugendlichen nicht zu überfordern: Die Einheiten wurden zeitlich komprimiert, um der relativ kurzen Aufmerksamkeitsspanne der Jugendlichen gerecht zu werden. Die Inhalte wurden zudem sprachlich einfach und immer am Beispiel vermittelt. Auf Pausen und spielerische Zwischeneinheiten zur Motivationsförderung wurde Wert gelegt. Von den Trainern wurde Zeit eingeplant zur individuellen Hilfestellung, wenn einzelne Jugendliche besondere Schwierigkeiten äußerten (z.B. im Lesen der Beispiele, Bearbeiten schriftlicher Einheiten usw.). Erarbeitete theoretische Inhalte wurden in den nachfolgenden Stunden wiederholt und schriftlich als Arbeitsblätter und Plakate von den Jugendlichen festgehalten. Zur Vertiefung wurden spielerische Einheiten wie z.B. ein Wissensquiz eingebaut.

#### Elemente zur Gefühlsebene

Bereits im Rahmen der Konfliktlösung und der Einheiten zum Umgang mit Provokation wurden auftretende Emotionen der Teilnehmer thematisiert und in der Gruppe die Perspektivenübernahme gefördert. Ein besonderer Fokus wurde hierbei auf die Anwendung von Ich-Botschaften und dem Ausdruck eigener Gefühle in den gespielten Situationen gelegt.

Das Training beinhaltete zusätzlich Einheiten zum Thema Gefühle. Fokussiert wurden der Umgang mit Angst und depressiver Stimmung. Zunächst wurde am Beispiel einer selbst erstellten alltagsnahen Videoaufnahme zum Thema Angst die Unterscheidung zwischen Kognitionen, Emotionen und Verhalten erarbeitet und auf andere Beispiele übertragen. Es wurden den Jugendlichen die Zusammenhänge der drei Ebenen aufgezeigt. Durch den Austausch eigener Erfahrungen mit dem Thema „Angst“ und „schlechte Stimmung“ wurden Problembewusstsein und eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit geschaffen. Hier bestand das Ziel darin, dass die Jugendlichen erkannten, dass sie ihr Denken (positive Selbstverbalisation) und Verhalten (Konfrontation etc.) beeinflussen können und dadurch besser mit ihren Gefühlen umgehen können.

### Grobaufbau

Die Strukturierung und der Stundenaufbau des gesamten Trainingsprogramms sollen nun im Überblick dargestellt werden:

Das Training bestand aus einer Einführungsveranstaltung (ca. 4 Stunden) und zusätzlich acht immer 2-stündigen Trainingssitzungen, die Abschlusssitzung beinhaltete 3 Stunden.

Es wurde auf einen gleichförmigen Aufbau der Stunden geachtet: Während in der ersten Sitzung die individuellen Ziele jedes Teilnehmers definiert wurden, wurden die Ziele dann in den darauf folgenden Sitzungen zu Beginn jeder Stunde immer einzeln hinsichtlich des Fortschrittes, etwaiger Probleme durchgesprochen. Zudem erfolgten in jeder Stunde ein Aufwärmspiel zum Thema oder Rollenspiele und meist ein theoretischer Teil. Regelmäßige Pausen wurden eingelegt.

**Tabelle 5: Grobaufbau SOKO**

	<b>Kernthemen</b>
<b>Einführung (4h)</b>	Themeneinführung, Kennlernen, Problembewusstsein, individuelle Zieldefinition
<b>Training 1 (2h)</b>	Durchsetzungsstile kennen lernen, Verhalten beobachten lernen
<b>Training 2 (2h)</b>	Ärgerkontrolle, Umgang mit Provokation
<b>Training 3 (2h)</b>	Gesprächsfertigkeiten und Verhaltensstrategien kennen lernen: Um Sympathie werben/Gespräche aufrechterhalten
<b>Training 4 2(h)</b>	Um Sympathie werben/Gespräche aufrechterhalten üben im Rollenspiel mit Alltagsübertragung

<b>Training 5 (2h)</b>	Verhaltensstrategien kennen lernen: Sich „Selbtsicher Durchsetzen“, „Nein Sagen“
<b>Training 6 (2h)</b>	„Sein Recht einfordern“/sich selbstsicher durchsetzen üben im Rollenspiel mit Alltagsübertragung
<b>Training 7 (2h)</b>	Selbstverbalisation Gedanken, Gefühle, Verhalten: Umgang mit Angst und Depression
<b>Training 8 (3h)</b>	Fortsetzung der Gefühlseinheit, weiteren Alltagstransfer sichern, Evaluation



## 5 Ergebnisteil

### 5.1 Beschreibung der Stichprobe

#### 5.1.1 Studienteilnahme/Drop-outs (CONSORT-Schema)

In Abbildung 3 wird ein Überblick über die erfolgte Selektion und Drop-outs aller Studienteilnehmer im Verlauf gegeben.

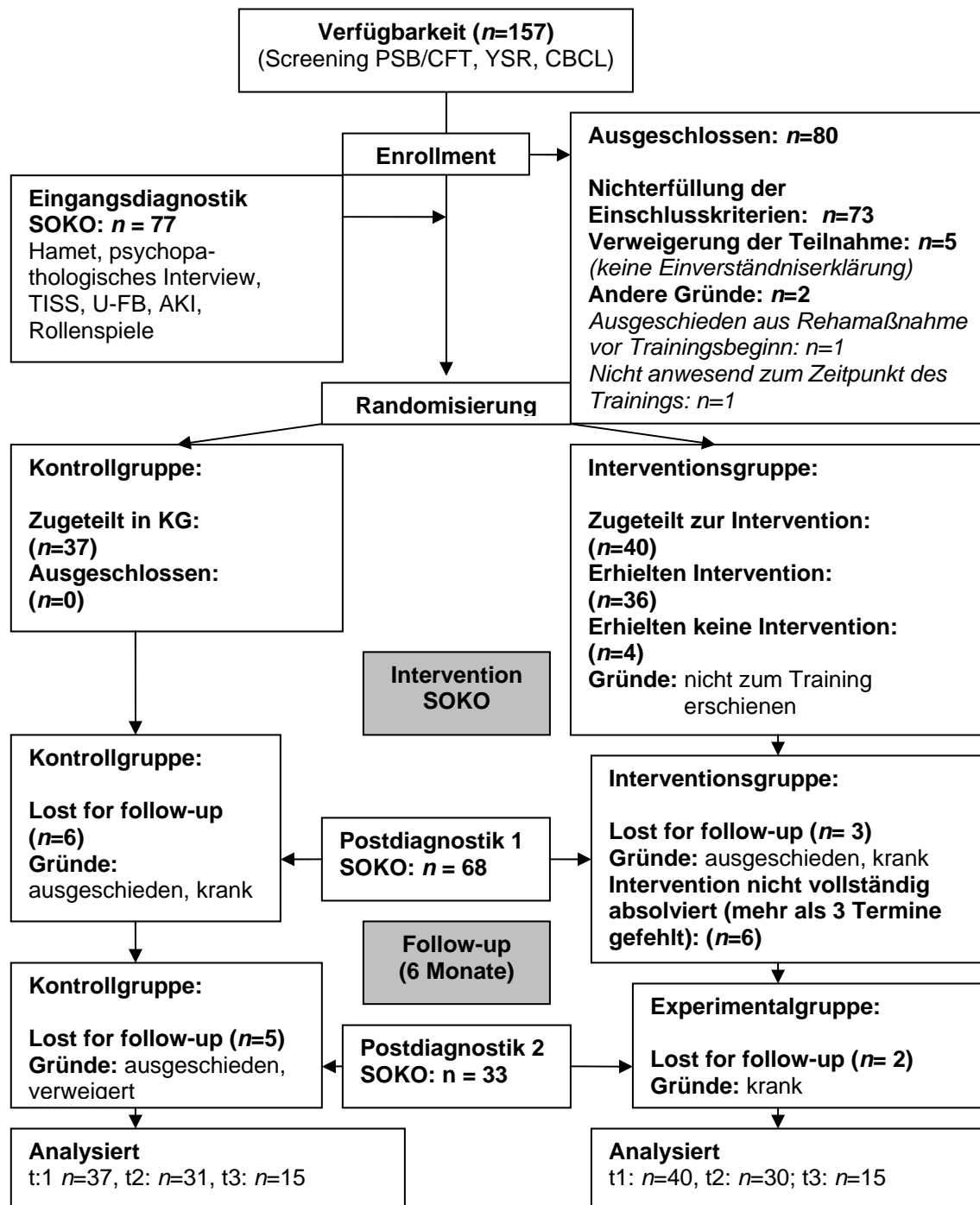


Abbildung 3: CONSORT (Moher 2000)

### 5.1.2 Soziodemographische Daten und deskriptive Ergebnisse

In Tabelle 6 werden die wichtigsten soziodemographischen Daten der Teilnehmer wiedergegeben.

**Tabelle 6: Soziodemographische Daten aller Studienteilnehmer (n=77)**

		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
<b>Geschlecht</b>	Männlich	50	64,9	64,9
	Weiblich	27	35,1	100,0
<b>Einrichtung</b>	Ulm	39	50,6	50,6
	Ravensburg	38	49,4	100,0
<b>Nationalität</b>	Deutsch	56	72,7	72,7
	Andere	21	27,3	100,0
<b>Schulabschluss</b>	Hauptschule	33	42,9	42,9
	Förderschule	43	55,8	98,7
	Kein Abschluss	1	1,3	100,0
<b>Ausbildungsjahr</b>	Erstes Jahr	67	87,0	87,0
	Zweites Jahr	10	13,0	100,0
		<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Standard- abweichung</b>
<b>Intelligenz</b>	Mittelwert:100; Standard- abweichung:15	65,5	104,0	8,8
<b>Alter</b>	In Jahren	15	22	1,3

Zusätzlich wurden die Ausbildungsgänge erfragt. Hierbei ergab sich, dass die meisten Jugendlichen in der Ausbildung zum Verkaufshelfer waren (18%), gefolgt von Jugendlichen in der Ausbildung zum Beikoch (14%), Bäcker (13%), Schreiner (10%) und Autofachwerker (9,1%). Jeweils 7% der Jugendlichen absolvierten die Ausbildung zur Fachkraft im Gastgewerbe, zur Fachkraft in der Hotelgastronomie oder zum Metalller. Übrige Berufe wie Fachlagerist, Hochbaumaurer, Polsterer oder Holzfachwerker waren nur in sehr geringer Anzahl vertreten.

Zur weiteren Beschreibung der Stichprobe zum ersten Messzeitpunkt werden in Tabelle 7 Mittelwerte und Standardabweichungen der angewendeten Testverfahren dargestellt. Soweit Referenzwerte von den jeweiligen Autoren existieren, sind diese ebenfalls zur Orientierung angegeben.

**Tabelle 7: Deskriptive Ergebnisse der angewendeten Verfahren, sowie, falls vorhanden, Angaben zu den von den jeweiligen Autoren angegebenen Referenzwerten**

(*n*= Stichprobengröße, *Min*= kleinster Wert, *Max*= größter Wert, *MW* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung)

Verfahren/Skala	<i>n</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>	Referenz <i>MW</i>	Referenz <i>SD</i>
YSR Gesamt-Rohwert	76	12	142	41,8	22,9		
YSR Gesamt-T-Wert	76	44	92	58,6	9,0	50	10
YSR internalisierend Rohwert	76	0	44	13,2	8,4		
YSR internalisierend T-Wert	76	34	91	59,0	9,2	50	10
YSR externalisierend Rohwert	76	1	49	11,8	8,0		
YSR externalisierend T-Wert	76	37	92	53,9	9,0	50	10
CBCL Gesamt-Rohwert	74	0	81	23,4	20,9		
CBCL Gesamt-T-Wert	74	31	77	53,2	13,2	50	10
CBCL internalisierend Rohwert	74	0	42	8,5	9,4		
CBCL internalisierend T-Wert	74	36	89	55,0	13,8	50	10
CBCL externalisierend Rohwert	74	0	31	6,2	8,0		
CBCL externalisierend T-Wert	74	36	76	49,1	11,9	50	10
AKI Skala aggressives Verhalten	70	0	10	3,3	2,9		
AKI Skala kompetentes Verhalten	70	2	17	9,7	3,3		
AKI Skala initiativloses Verhalten	70	1	10	4,5	2,2		
TISS positives Verhalten	77	26	80	53,7	13,5		
TISS negatives Verhalten	77	15	56	29,3	9,1		
U-Fragebogen: Fehlschlag- und Kritikangst	77	3	54	27,2	13,4	28	13
U-Fragebogen: Kontaktangst	77	3	61	26,4	12,9	25	12
Gesamtwert Hamet	75	-2	14	7,4	3,1		
Rollenspiel Gesamtwert inhaltlich	77	0	6	3,53	1,64		
Rollenspiel Fertigkeiten	77	2	18	9,71	3,54		

### 5.1.3 Überprüfung der Randomisierung

Um den Erfolg der Randomisierung zu überprüfen, wurden bezogen auf die soziodemographischen Daten etwaige Gruppenunterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe in Abhängigkeit des Skalenniveaus über  $\chi^2$ - und *t*-Tests ermittelt.

Bezüglich der soziodemographischen Daten ergaben sich, wie Tabelle 8a und 8b veranschaulichen, keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe, somit können die Gruppen als vergleichbar angesehen werden.

**Tabelle 8a: Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich soziodemographischer Daten ( $\chi^2$ -Tests)**

( $n$ = Personenanzahl, I = Interventionsgruppe, K= Kontrollgruppe,  $\chi^2$ =Chi-Quadrat nach Pearson,  $p$ = Signifikanz)

Variablen	Gruppe	I (n)	K (n)	$\chi^2$	p
Geschlecht	Männlich	22	28	3,61	0,06
	Weiblich	18	9		
Einrichtung	Ulm	20	19	0,01	0,91
	Ravensburg	20	18		
Nationalität	Deutsch	28	28	0,31	0,58
	andere	12	9		
Schulabschluss	Hauptschule	16	17	1,12	0,57
	Förderschule	23	20		
	keinen	1	0		

**Tabelle 8b: Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich soziodemographischer Daten ( $t$ -Tests für unabhängige Stichproben)**

(I = Interventionsgruppe, K= Kontrollgruppe,  $MW$  = Mittelwert,  $t$ =  $t$ -Wert nach Student,  $p$ = Signifikanz,  $df$ =  $n-2$  Freiheitsgrade)

Variablen	Gruppe	$MW$	$t$	$df$	p
Intelligenz	I	81,5	-1,14	75	0,26
	K	79,2			
Alter	I	17,83	-0,33	75	0,74
	K	17,73			

Mittels  $t$ - Tests wurde ebenfalls untersucht, ob bereits vor der Intervention Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich der sozialen Kompetenzen oder vorhandener Verhaltensprobleme der Jugendlichen bestehen. Wie Tabelle 9 zu entnehmen ist, zeigen sich keine Gruppenunterschiede bezogen auf die Hauptvariablen, so dass auch hier die Vergleichbarkeit der Gruppen anzunehmen ist.

**Tabelle 9: Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich der Hauptvariablen (t-Tests für unabhängige Stichproben auf Rohwertbasis)**

(I = Interventionsgruppe, K= Kontrollgruppe, *MW* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung *t*= t-Wert nach Student, *p*= Signifikanz, *df*= n-2 Freiheitsgrade)

Variablen	Gruppe	<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
YSR-Gesamtwert	I	41,95	19,98	-0,62	74	0,95
	K	41,62	25,87			
YSR- Gesamtwert	I	14,05	7,57	-0,88	74	0,39
internalisierende Auffälligkeiten	K	12,38	9,13			
YSR- Gesamtwert	I	11,15	7,31	0,71	74	0,48
externalisierende Auffälligkeiten	K	12,46	8,78			
CBCL-Gesamtwert	I	25,85	22,40	-1,11	72	0,27
	K	20,44	18,84			
CBCL- Gesamtwert	I	9,55	10,33	-1,00	72	0,32
internalisierende Auffälligkeiten	K	7,35	8,18			
CBCL- Gesamtwert	I	7,38	8,46	-1,34	72	0,18
externalisierende Auffälligkeiten	K	4,88	7,31			
AKI-Gesamtwert Skala	I	3,11	2,94	0,71	68	0,48
aggressives Verhalten	K	3,60	2,81			
AKI-Gesamtwert Skala	I	9,85	3,56	-0,35	68	0,73
kompetentes Verhalten	K	9,57	2,86			
AKI-Gesamtwert Skala	I	4,57	1,99	-0,30	68	0,77
initiativloses Verhalten	K	4,41	2,40			
TISS- Skala positives Verhalten	I	55,30	13,89	-1,12	75	0,27
	K	51,86	12,89			
TISS-Skala negatives Verhalten	I	28,43	8,99	0,90	75	0,37
	K	30,30	9,33			
U-Fragebogen „Fehlschlag- und Kritikangst“	I	29,03	13,88	-1,27	75	0,21
	K	28,19	12,66			
U-Fragebogen „Kontaktangst“	I	28,10	13,39	-1,18	75	0,24
	K	24,65	12,18			
Hamet Gesamtwert	I	7,36	3,14	0,16	73	0,87
	K	7,47	3,03			
Rollenspiel Gesamtwert	I	3,58	1,51	-0,24	75	0,38
inhaltlich	K	3,49	1,79			
Rollenspiel Fertigkeiten	I	9,83	2,99	-0,28	65,76	0,78
	K	9,59	4,08			

## 5.2 Evaluationsergebnisse

Im Folgenden werden die in Kapitel 3.10 aufgestellten Hypothesen statistisch überprüft und beantwortet. Die gesamten Ergebnisse werden in Tabelle 10 als Übersicht dargestellt und anschließend schrittweise erläutert.

**Tabelle 10: Ergebnisse der Varianzanalysen mit Messwiederholung zur Prüfung der Veränderungen aller Jugendlichen in den einzelnen Verfahren prä-post in Abhängigkeit der Gruppenzugehörigkeit (Interventions- versus Kontrollgruppe) und Angabe der Effektstärken**

(G = Gruppe, I = Interventionsgruppe, K= Kontrollgruppe, MW = Mittelwert, SD= Standardabweichung, F= F-Wert, df= Freiheitsgrade (Stufenzahl-1), p= Signifikanz,  $\alpha=0,05$  entspricht  $p\leq 0,001$  (Bonferroni-Korrektur),  $\alpha=0,01$  entspricht  $p\leq 0,000$  (Bonferroni-Korrektur),  $ES_{korr}$  = korrigierte Effektstärke)

Verfahren / Variablen (Rohwerte)	G	MW prä	SD	MW post	SD	Zeit ( $p=2$ Stufen)			Zeit x Gruppe ( $q=2$ Stufen)			ES <sub>korr</sub>
						F	df	p	F	df	p	
<b>Veränderungen der beobachteten Handlungskompetenz</b>												
Rollen-spiele inhaltliche Bewertung	I	3,41	1,45	3,93	1,16	1,44	1	0,235	1,09	1	0,300	<b>0,34</b>
	K	3,61	2,01	3,64	1,42							
<b>Veränderung auf Fertigkeitenebene</b>												
Fertigkeiten	I	9,31	3,26	11,90	0,80	22,46	1	<b>&lt;0,001</b>	0,00	1	0,989	0,01
	K	9,54	4,31	12,11	0,81							
<b>Veränderungen auf Verhaltensebene</b>												
Zielerreichung Selbsturt.	I	0	0,00	2,59	0,73	420,62	1	<b>&lt;0,001</b>	15,91	1	<b>&lt;0,001</b>	<b>2,09</b>
	K	0	0,00	1,13	0,67							
Zielerreichung Fremdurtl.	I	0	0,00	2,52	1,15	296,09	1	<b>&lt;0,001</b>	87,86	1	<b>&lt;0,001</b>	<b>2,43</b>
	K	0	0,00	0,74	0,77							
AKI aggr. Verh.	I	2,37	2,30	2,39	2,07	1,03	1	0,316	1,17	1	0,284	0,22
	K	3,88	2,85	3,24	2,57							
AKI komp. Verh.	I	9,66	3,67	11,88	3,57	16,67	1	<b>&lt;0,001</b>	1,29	1	0,262	<b>0,30</b>
	K	9,73	2,92	10,99	2,68							
AKI initiativl. Verh.	I	4,51	2,21	3,69	1,64	9,15	1	<b>0,004</b>	0,004	1	0,950	0,01
	K	4,04	2,24	3,18	2,77							
<b>Veränderungen auf kognitiver Ebene</b>												
Hamet Gesamtw.	I	7,90	3,01	11,38	2,38	22,09	1	<b>&lt;0,001</b>	17,55	1	<b>&lt;0,001</b>	<b>1,27</b>
	K	7,50	3,01	7,70	2,83							
<b>Veränderungen auf emotionaler Ebene</b>												
U-FB Kritikangst	I	29,6	14,14	24,40	15,83	9,65	1	<b>0,003</b>	0,76	1	0,387	0,21
	K	23,4	11,63	20,48	12,99							
U-FB Kontaktangst	I	28,7	13,92	22,23	16,02	17,83	1	<b>&lt;0,001</b>	2,75	1	0,103	<b>0,30</b>
	K	23,1	12,21	20,32	14,46							
TISS- pos. Verhalten	I	55,4	14,32	53,66	14,05	0,017	1	0,896	0,99	1	0,324	0,22
	K	52,2	12,58	53,54	13,60							
TISS- neg. Verhalten	I	26,9	8,13	28,70	9,92	0,026	1	0,872	2,91	1	0,093	<b>0,35</b>
	K	30,6	10,05	29,13	9,54							
YSR- Gesamtwert	I	40,6	19,18	37,52	21,43	4,25	1	<b>0,044</b>	0,85	1	0,360	0,28
	K	38,9	26,61	30,77	16,95							
YSR- intern. Auffälligkeiten	I	13,91	7,51	11,93	8,36	6,55	1	<b>0,013</b>	0,29	1	0,592	0,20
	K	1,2	8,92	8,17	5,71							
YSR- extern. Auffälligkeiten	I	10,91	7,69	10,97	7,40	1,67	1	0,201	1,78	1	0,189	<b>0,33</b>
	K	2,2	9,48	9,77	5,88							

Verfahren / Variablen (Rohwerte)	G	MW prä	SD	MW post	SD	Zeit ( $p=2$ Stufen)			Zeit x Gruppe ( $q=2$ Stufen)			ES korr
						F	d f	p	F	d f	p	
YSR sozialer Rückzug	I K	3,59 3,20	2,32 2,44	3,17 2,87	2,61 2,33	1,97	1	0,17	0,02	1	0,88	0,04
YSR ängstlich/depressiv	I K	6,66 5,87	4,59 5,92	6,07 3,60	5,45 3,24	4,68	1	<b>0,035</b>	1,63	1	0,208	<b>0,40</b>
YSR soziale Probleme	I K	3,31 2,33	2,00 2,16	2,83 2,50	2,67 2,37	0,21	1	0,647	0,90	1	0,348	<b>0,34</b>
YSR Aggressives Verhalten	I K	7,62 8,33	5,50 6,41	7,52 6,60	5,60 4,24	2,39	1	0,128	1,88	1	0,176	<b>0,30</b>
CBCL-Gesamtwert	I K	36,62 7,4	24,15 17,42	35,67 31,00	21,45 24,51	0,24	1	0,625	0,66	1	0,423	0,24
CBCL-internal. Auffälligkeiten	I K	15,79 ,50	11,76 7,92	13,61 10,40	7,84 8,14	0,29	1	0,598	1,75	1	0,195	0,23
CBCL-external. Auffälligkeiten	I K	8,06 7,10	9,11 8,68	10,00 9,40	9,95 8,35	2,97	1	0,094	0,02	1	0,886	0,04
CBCL sozialer Rückzug	I K	5,67 4,35	4,11 3,98	4,67 4,45	3,38 3,43	1,28	1	0,265	1,91	1	0,175	0,26
CBCL ängstlich/depressiv	I K	8,44 5,05	6,03 4,84	6,50 5,15	4,20 4,63	1,61	1	0,213	1,97	1	0,169	<b>0,32</b>
CBCL soziale Probleme	I K	3,17 3,05	2,36 3,20	2,89 2,50	2,27 2,46	1,25	1	0,270	0,13	1	0,715	0,12
CBCL Aggressives Verhalten	I K	5,83 5,50	6,82 7,11	7,56 7,00	7,56 6,28	2,95	1	0,095	0,01	1	0,906	0,03

### 5.2.1 Zentrale Hypothesenprüfung: Veränderungen der beobachtbaren Handlungskompetenz

Die Veränderungen in der beobachtbaren sozialen Handlungskompetenz als zentrale Ergebnisvariable wurden über die inhaltliche Bewertung der standardisierten Rollenspielsituationen operationalisiert. Aus den drei Rollenspielbewertungen wurde ein Summenwert pro Proband gebildet, anhand dessen dann Interventions- und Kontrollgruppe prä-post verglichen wurden.

Die Ergebnisse der durchgeführten Varianzanalyse mit Messwiederholung (Tabelle 10) zeigen weder einen signifikanten Haupteffekt des Faktors Zeit ( $F=1,44$ ;  $p=0,23$ ), noch einen Interaktionseffekt Zeit \* Gruppe ( $F=1,09$ ;  $p=0,30$ ).

Die Jugendlichen der Interventionsgruppe unterscheiden sich am Trainingsende somit nicht wie erwartet von den Jugendlichen der Kontrollgruppe in ihrer beobachteten sozialen Handlungskompetenz im Rollenspiel.

Es ergeben sich in der Effektsstärkenberechnung Hinweise auf mäßige positive Effekte der Intervention bezogen auf die soziale Handlungskompetenz (Effektstärke:  $ES_{kor}$ =0,34).

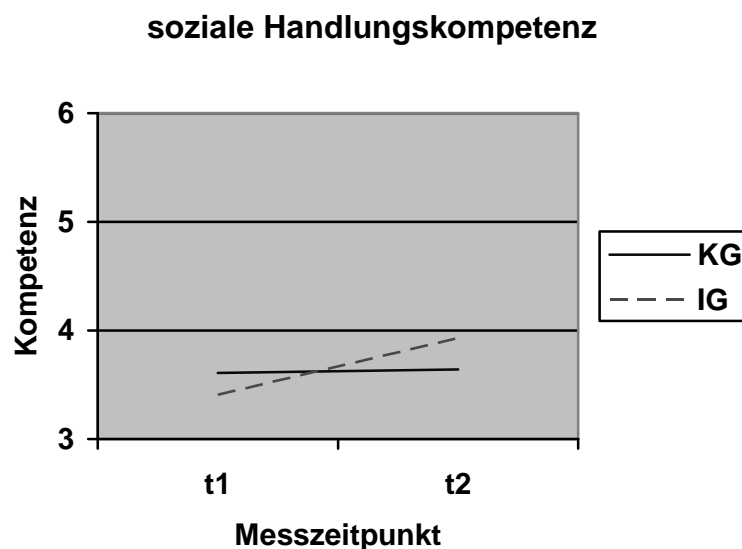


Abbildung 4: Mittelwerte soziale Handlungskompetenz

### 5.2.2 Hypothese (a): Veränderungen auf Fertigkeitenebene

Zur Erfassung der Veränderungen auf Fertigkeitenebene wurden die Skalen *Lautstärke der Stimme*, *Deutlichkeit der Aussprache*, *Körperhaltung*, *Gestik*, *Sicherheit des Auftretens* und die *Dauer des Blickkontaktes* zu einem Summenwert pro Proband zusammengefasst (vgl. Kapitel 4.2.1), anhand dessen dann Interventions- und Kontrollgruppe prä-post verglichen wurden. Die Ergebnisse (Tabelle 10) zeigen einen signifikanten Haupteffekt des Faktors Zeit ( $F=22,46$ ,  $p<0,001$ ), jedoch keinen Interaktionseffekt Zeit \* Gruppe ( $F= 0,00$ ;  $p=0,99$ ). Beide Gruppen verbessern sich somit signifikant gegenüber dem ersten Messzeitpunkt in ihren beobachteten Fertigkeiten im Rollenspiel, zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zeigen sich keine unterschiedlichen



Veränderungen. Es ergeben sich somit auch keine Hinweise auf Effekte der Intervention bezogen auf die Fertigkeitenebene ( $ES_{korrt}=0,01$ ).

### 5.2.3 Hypothese (b): Veränderungen auf Verhaltensebene

Als Maß der Veränderungsmessung auf Verhaltensebene wurden die fünfstufige Zielerreichungsskala und das Beobachtungskategoriensystem AKI für aggressives, initiativloses und kompetentes Verhalten eingesetzt.

Deutliche und bedeutsame Veränderungen ergeben sich auf den *Zielerreichungsskalen*: Sowohl in der Fremdbewertung durch die Bildungsbegleiter als auch in der Selbsteinschätzung der Ziele durch die Jugendlichen werden hochsignifikante Haupt- und Interaktionseffekte ermittelt. Somit steigern sich zwar sowohl Interventions- als auch Kontrollgruppe bezüglich ihrer selbst- ( $F=420,61$ ;  $p<0,001$ ) und fremdeingeschätzten ( $F=296,09$ ;  $p<0,001$ ) Zielerreichung. Die Veränderungen der Interventionsgruppe bezüglich ihrer selbst- ( $F=64,70$ ;  $p=0,00$ ) und fremdeingeschätzten ( $F=87,85$ ;  $p<0,001$ ) Zielerreichung (vgl. Abbildung 5) unterscheiden sich deutlich in erwarteter Richtung. Es zeigen sich in der Effektstärkenberechnung starke positive Effekte der Intervention bezogen auf die selbsteingeschätzte (Effektstärke:  $ES_{korrt}=2,09$ ) und fremdeingeschätzte (Effektstärke:  $ES_{korrt}=2,43$ ) Zielerreichung.

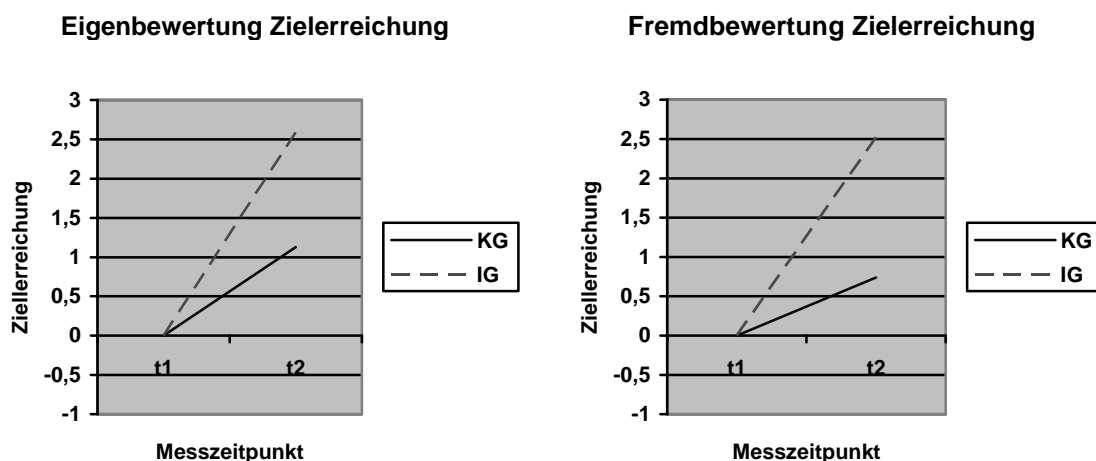
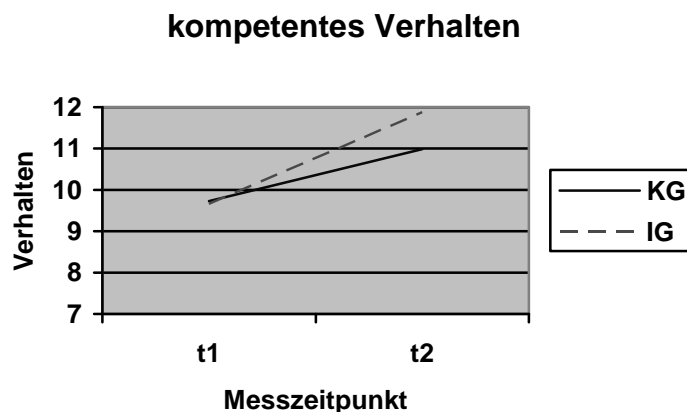


Abbildung 5: Mittelwerte Zielerreichungsskalen

Die varianzanalytische Auswertung der AKI-Daten (*Beobachtungskategoriensystem für aggressives, kompetentes und initiativloses Verhalten*) ergibt für die Skala *aggressives Verhalten* weder einen signifikanten

Haupteffekt des Faktors Zeit ( $F=1,39$ ;  $p=0,24$ ), noch einen Interaktionseffekt Zeit \* Gruppe ( $F=2,86$ ;  $p=0,10$ ). Für die Skalen *kompetentes Verhalten* ( $F=16,67$ ;  $p<0,001$ ) und *initiativloses Verhalten* ( $F=9,15$ ;  $p=0,004$ ) ergeben sich signifikante Zeiteffekte, was bedeutet, dass sich alle Jugendliche (sowohl Interventions- als auch Kontrollgruppe) prä-post in diesen Verhaltensbeobachtungen gebessert haben. Signifikante Interaktionseffekte zeigen sich auch hierbei nicht. In der Effektstärkenberechnung ergeben sich Hinweise auf mäßige positive Effekte der Intervention bezogen auf die Skala *kompetentes Verhalten* ( $ES_{kor} = 0,30$ ).



**Abbildung 6: Mittelwerte Beobachtungskategoriensystem AKI für aggressives, kompetentes und initiativloses Verhalten, Skala *kompetentes Verhalten***

### 5.2.4 Hypothese (c): Veränderungen auf kognitiver Ebene

Die Veränderungen auf perzeptiv-kognitiver Ebene wurden über das *Teilmodul 3 soziale Kompetenz des hamet2* und einen von der Interventionsgruppe prä-post beantworteten *Wissensfragebogen* operationalisiert.

Aus den acht standardisierten sozialen Konfliktsituationen des *hamet2* wurde ein Summenwert pro Proband gebildet, anhand dessen dann Interventions- und Kontrollgruppe prä-post verglichen wurden. Die Ergebnisse der Varianzanalyse zeigen hochsignifikante Haupt- und Interaktionseffekte: Sowohl Interventions- als auch Kontrollgruppe steigern sich in ihrer beruflichen sozialen Handlungskompetenz ( $F=22,09$ ;  $p<0,001$ ). Deutlich mehr steigert sich die Interventionsgruppe, wie anhand des Interaktionseffektes ersichtlich wird ( $F=17,55$ ;  $p<0,001$ ) (vgl. Abbildung 7). Es zeigen sich hier in der

Effektsstärkenberechnung starke positive Effekte der Intervention (Effektstärke:  $ES_{kor} = 1,27$ ).

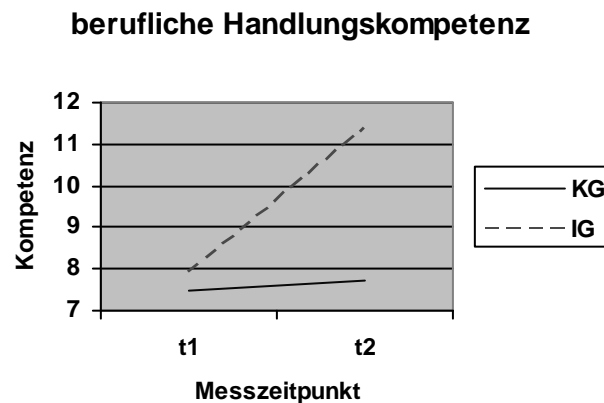


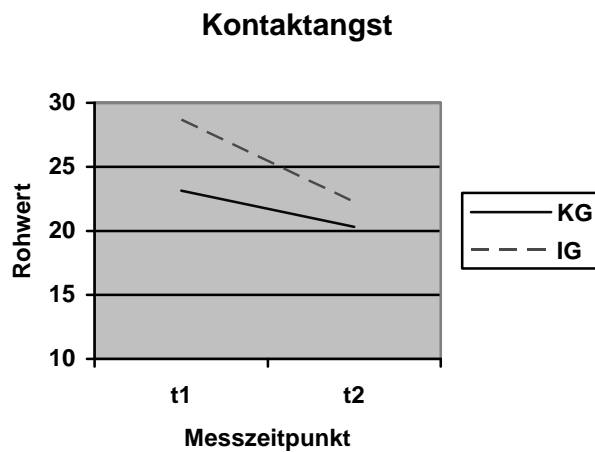
Abbildung 7: hamet2 Gesamtwert

Aus den Itembewertungen des *Wissensfragebogens* wurde für jeden Jugendlichen in der Interventionsgruppe ein Summenwert pro Messzeitpunkt gebildet. Die Summenwerte zu beiden Messzeitpunkten (prä, post) wurden über einen *t*-Test für abhängige Stichproben miteinander verglichen. Der Wissensstand der Jugendlichen zu Beginn des Trainings und in der letzten Trainingssitzung unterscheidet sich hoch signifikant in erwarteter Richtung ( $t = -5,08$ ;  $p < 0,001$ ). Es ist somit ein deutlicher Wissenszuwachs über soziale Kompetenz nach dem Training zu verzeichnen.

### 5.2.5 Hypothese (d): Veränderungen auf emotionaler Ebene

Mit dem *Unsicherheitsfragebogen (U-Fragebogen)* wurden Veränderungen in der sozialen Ängstlichkeit erhoben. Dabei wurden im Hinblick auf die Mindeststandards für die Skalenkonsistenz (vgl. Kapitel 4.2.2) nur die ersten beiden Skalen *Fehlschlagangst* und *Kontaktangst* näher betrachtet.

In beiden Skalen ergibt sich ein signifikanter Zeiteffekt (*Fehlschlagangst*:  $F = 9,65$ ;  $p = 0,003$ ; *Kontaktangst*:  $F = 17,83$ ,  $p < 0,001$ ), was bedeutet, dass sowohl in der Interventions- als auch der Kontrollgruppe die soziale Ängstlichkeit zum zweiten Messzeitpunkt abgenommen hat. Ein signifikanter Interaktionseffekt ist bei beiden Skalen nicht gegeben. In der Skala *Kontaktangst* ( $ES_{kor} = 0,30$ ) ergeben sich aus der Effektsstärkenberechnung Hinweise auf einen mäßigen Effekt der Intervention (Abb. 8).



**Abbildung 8: Mittelwerte U-Fragebogen Skala *Kontaktangst***

Veränderungen im Bereich Prosozialität in der Peergruppe wurden mithilfe der deutschen Übersetzung des *Teenage Inventory of Social Skills (TISS-D)* gemessen. Weder in der Skala *positives Verhalten* noch in der Skala *negatives Verhalten* zeigen sich Veränderungen über die Zeit (*positives Verhalten*:  $F=0,017$ ,  $p=0,90$ ; *negatives Verhalten*:  $F=0,026$ ;  $p=0,87$ ) oder Unterschiede zwischen den Gruppen (*positives Verhalten*:  $F=0,99$ ,  $p=0,32$ ; *negatives Verhalten*:  $F=2,92$ ;  $p=0,93$ ). Das selbstberichtete Verhalten der Jugendlichen gegenüber anderen Gleichaltrigen hat sich also nicht verändert.

Zusätzlich wurden weitere Veränderungen im emotionalen Bereich (aggressives, depressives, ängstliches Verhalten, soziale Probleme, sozialer Rückzug) der Jugendlichen sowohl im Selbst- (Youth Self Report, YSR) als auch im Fremdurteil (Child Behavior Checklist, CBCL) erfragt. Über die detaillierten Ergebnisse wird in Tabelle 10 Auskunft gegeben. Zusammenfassend ergeben sich für die Veränderungsmessungen mit dem YSR bezüglich des Gesamtwertes ( $F=4,25$ ,  $p=0,04$ ), der internalisierenden Globalskala ( $F=6,55$ ,  $p=0,01$ ) und der Skala ängstlich/depressiv ( $F=4,689$ ,  $p=0,04$ ) positive Zeiteffekte, die allerdings nach der Bonferroni-Korrektur des Signifikanzniveaus für multiple Tests nicht mehr das Signifikanzniveau erreichen. Signifikante Interaktionseffekte sind nicht vorhanden. In der Skala *soziale Probleme* zeigt sich bei der Effektstärkenberechnung ein mäßiger positiver Effekt ( $ES_{korrt}=0,34$ ) der Intervention, während sich in den Skalen *externalisierende Auffälligkeiten* ( $ES_{korrt}=0,33$ ), *ängstlich/depressives* ( $ES_{korrt}=0,40$ ) und *aggressives Verhalten* ( $ES_{korrt}=0,30$ ) mäßig negative Effekte zeigen.

In der CBCL ergaben sich in der varianzanalytischen Auswertung weder signifikante Zeit- noch Interaktionseffekte. In der Effektsstärkenberechnung zeigten sich jedoch Hinweise auf mäßige Effekte der Intervention in dem Bereich *ängstlich/depressiven Verhaltens* ( $ES_{\text{kor}}=0,32$ ).

### 5.2.6 Hypothese (e): Subgruppenunterschiede

Um zu prüfen, ob die durch das Training erzielten Veränderungen für alle Jugendlichen vergleichbar waren, wurden Subgruppenanalysen über die Daten des ersten (Prä) und zweiten Messzeitpunktes (Post) durchgeführt. Da sich in den durchgeführten Berechnungen kaum Unterschiede zu den Berechnungen der Gesamtgruppe (Tabelle 10) zeigten, werden im Folgenden die Ergebnisse nur cursorisch beschrieben:

Zum einen wurden zwei Gruppen nach Stärke des kognitiven Leistungsniveaus gebildet und varianzanalytisch verglichen. Dafür wurde der Median des IQ aller Jugendlichen berechnet (Median IQ=80) und die Jugendlichen entsprechend ihrem Intelligenzquotienten in zwei Gruppen eingeteilt. Die Jugendlichengruppe mit eher hohem kognitiven Leistungsniveau ( $IQ \geq 80$ ) bestand aus  $n=28$  Jugendlichen, davon  $n=14$  aus der Interventionsgruppe und  $n=14$  aus der Kontrollgruppe. Die Gruppe mit eher niedrigem kognitiven Leistungsniveau ( $IQ < 80$ ) bestand aus  $n=35$  Jugendlichen, davon  $n=15$  aus der Interventionsgruppe (IG) und  $n=20$  aus der Kontrollgruppe (KG). Die durchgeführten Varianzanalysen zeigten für beide Gruppen ähnliche Zeit- und Interaktionseffekte, die den Effekten der Gesamtanalyse entsprachen. Es zeigten sich somit keine wesentlichen Unterschiede bezüglich der Wirksamkeit der Intervention in Abhängigkeit vom kognitiven Leistungsniveau der Jugendlichen.

Zudem wurden zwei Gruppen nach dem jeweiligen Schwerpunkt der Verhaltensprobleme der Jugendlichen gebildet. Dafür wurde zwischen Jugendlichen mit eher externalisierenden Verhaltensproblemen (CBCL Skala *externalisierender Verhaltensprobleme* T-Wert  $\geq 60$ , YSR Skala *internalisierender Verhaltensprobleme* T < 60) und Jugendlichen mit eher internalisierenden Verhaltensproblemen (YSR Skala *internalisierende Verhaltensprobleme* T-Wert  $\geq 60$ , CBCL *externalisierender Verhaltensprobleme* T < 60) diskriminiert. Allerdings stellte sich hierbei heraus, dass die meisten Jugendlichen eher internalisierende

oder sowohl internalisierende als auch externalisierende Auffälligkeiten aufwiesen. Nur sehr wenige Jugendliche ( $n=6$ ) erfüllten die Kriterien für eine rein externalisierende Verhaltensproblematik. Aufgrund der geringen Fallzahlen konnten die vergleichenden varianzanalytischen Berechnungen daher nicht erfolgen. Die Gruppe Jugendlicher mit eher internalisierenden Verhaltensproblemen ( $n=27$ , IG=12, KG=15) zeigte ähnliche Zeit- und Interventionseffekte wie die Gesamtgruppe.

### **5.2.7 Hypothese (f): Zeitliche Stabilität der Veränderungen (Langzeiteffekte)**

Zur Prüfung der zeitlichen Stabilität der erzielten Effekte nach Ende der Intervention wurden die Daten der ersten zwei Gruppen beider Einrichtungen, die zu allen drei Messzeitpunkten (vor der Intervention, direkt nach der Intervention, sechs Monate später) vorlagen, varianzanalytisch ausgewertet. Relevante Effekte wurden mittels  $t$ -Tests für abgängige Stichproben genauer analysiert. Zudem erfolgte eine Effektsstärkenberechnung zwischen  $t_1$  und  $t_3$ .

Die Teilstichprobe bestand aus  $n=35$  Jugendlichen, wobei 20 Jugendliche aus der Kontrollgruppe und 15 Jugendliche aus der Interventionsgruppe stammten.

Die Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung über drei Messzeitpunkte werden in Tabelle 11 wiedergegeben. Wie Tabelle 11 zu entnehmen ist, sind die Langzeiteffekte der Intervention gemessen an der Teilstichprobe ähnlich wie die Ergebnisse der prä-post-Analyse (Tabelle 10).

Die Ergebnisse werden im Folgenden näher erläutert.

**Tabelle 11: Ergebnisse der Varianzanalysen mit Messwiederholung zur Prüfung der Veränderungen aller Jugendlichen in den einzelnen Verfahren über die Zeit und in Abhängigkeit der Gruppenzugehörigkeit (Interventions- versus Kontrollgruppe) und Angabe der Effektstärken**

Verfahren/ Variablen (Rohwerte)	G	MW Prä (t1)	SD Prä (t1)	MW Post (t2)	SD Post (t2)	MW follow- up (t3)	SD follow- up (t3)	Zeit (p= 3 Stufen)			Zeit x Gruppe (q=3 Stufen)			ES korr (t1,t3)
								F	df	p	F	df	p	
Veränderungen der Handlungskompetenz														
Rollenspiele inhaltliche Bewertung	I	3,36	1,50	4,27	1,01	4,09	1,58	0,83	2	n. s.	0,69	2	n. s.	<b>0,54</b>
	K	3,07	2,09	3,29	1,64	2,79	2,05							
Veränderung auf Fertigkeitenebene														
Fertigkeiten	I	8,64	2,94	12,00	3,58	13,18	3,37	8,04	2	<b>0,001</b>	1,73	2	n. s.	<b>0,99</b>
	K	9,31	4,63	11,69	5,04	10,77	2,55							
Veränderungen auf Verhaltensebene														
Zielerreichung Selbsturteil	I	0,00	0,00	2,62	0,65	2,54	0,78	147,90	2	<b>p&lt;0,001</b>	17,95	2	<b>p&lt;0,001</b>	<b>1,66</b>
	K	0,00	0,00	1,21	0,58	1,29	0,73							
Zielerreichung Fremdurteil	I	0,00	0,00	2,47	0,64	1,60	1,12	48,37	1,62*	<b>p&lt;0,001</b>	13,18	1,62*	<b>p&lt;0,001</b>	<b>1,18</b>
	K	0,00	0,00	0,80	0,68	0,40	0,91							
AKI aggr. Verhalten	I	2,84	1,97	3,03	2,41	3,65	2,45	0,88	2	n. s.	1,89	2	n. s.	<b>0,51</b>
	K	4,00	3,32	3,04	3,13	3,40	2,81							
AKI komp. Verhalten	I	8,20	3,51	10,35	3,31	10,17	3,48	4,34	2	<b>0,019</b>	7,79	2	<b>0,001</b>	<b>1,31</b>
	K	9,64	3,11	10,10	2,01	7,27	3,17							
AKI initiativl. Verhalten	I	4,14	2,38	3,39	1,72	4,55	2,13	0,53	2	n. s.	1,26	2	n. s.	<b>0,41</b>
	K	4,57	1,93	4,43	2,72	4,09	2,25							
Veränderungen auf kognitiver Ebene														
Hamet Gesamtwert	I	7,73	4,17	10,09	2,77	11,91	2,34	10,60	2	<b>p&lt;0,001</b>	2,69	2	0,078	<b>0,95</b>
	K	6,47	2,92	6,73	2,76	7,93	3,45							
Veränderungen auf emotionaler Ebene														
U-FB Fehlschlag- und Kritikangst	I	34,21	12,81	26,71	15,11	29,36	15,42	3,89	2	<b>0,026</b>	1,36	2	n. s.	<b>0,35</b>
	K	24,27	8,89	22,47	9,20	22,20	9,52							
U-FB Kontaktangst	I	32,79	13,00	24,86	14,45	25,43	14,21	5,42	2	<b>0,007</b>	2,05	2	n. s.	<b>0,48</b>
	K	25,07	10,51	23,47	12,27	22,93	13,56							
TISS- Skala pos. Verhalten	I	56,25	10,01	49,92	16,07	54,25	15,04	2,29	2	n. s.	1,20	2	n. s.	<b>0,59</b>
	K	52,00	10,73	51,33	13,57	56,83	14,36							
TISS- Skala neg. Verhalten	I	27,21	6,71	29,43	10,25	31,36	11,76	1,54	2	n. s.	0,17	2	n. s.	<b>0,33</b>
	K	32,73	9,52	32,53	9,93	35,60	13,19							

Verfahren/ Variablen (Rohwerte)	G	MW Prä (t1)	SD Prä (t1)	MW Post (t2)	SD Post (t2)	MW follow- up (t3)	SD follow- up (t3)	Zeit (p= 3 Stufen)			Zeit x Gruppe (q=3 Stufen)			ES korr (t1,t3)
								F	df	p	F	df	p	
YSR-Gesamtwert	I K	37,15 39,47	17,99 31,21	37,46 30,67	22,43 16,03	30,77 29,60	18,94 21,86	1,62	1,64*	n. s.	0,52	1,64*	n. s.	0,15
YSR- Gesamtwert internal. Auffälligkeiten	I K	14,15 11,60	8,06 10,87	12,85 8,07	9,57 5,87	10,15 7,67	8,40 7,63	3,00	2	0,058	0,32	2	n. s.	0,03
YSR- Gesamtwert external. Auffälligkeiten	I K	8,38 12,40	6,25 10,91	8,92 9,73	5,91 5,35	7,15 9,73	4,85 7,43	0,86	1,54*	n. s.	0,59	1,54*	n. s.	0,04
YSR sozialer Rückzug	I K	3,92 3,13	2,36 2,88	3,69 2,60	2,84 2,44	3,15 2,80	1,86 2,91	0,79	2	n. s.	0,34	2	n. s.	0,16
YSR ängstlich/ depressiv	I K	5,69 5,87	4,59 7,10	6,46 3,73	6,23 3,88	4,69 3,47	6,30 3,58	1,40	2	n. s.	1,01	2	n. s.	0,27
YSR soziale Probleme	I K	3,23 2,33	2,28 2,35	3,08 2,72	2,53 2,49	3,00 2,07	2,31 1,71	0,33	2	n. s.	0,25	2	n. s.	0,08
YSR Aggressives Verhalten	I K	5,77 8,40	4,13 7,22	6,15 6,60	4,67 3,99	5,54 6,60	4,31 5,29	0,60	2	n. s.	0,70	2	n. s.	0,22
CBCL-Gesamtwert	I K	40,63 29,25	27,61 13,47	38,38 26,88	19,96 18,74	47,37 32,25	28,38 32,14	0,99	1,43*	n. s.	0,08	1,43*	n. s.	0,03
CBCL- Gesamtwert internal. Auffälligkeiten	I K	18,13 11,37	13,05 7,40	14,88 9,25	7,81 5,52	19,75 11,00	12,93 10,34	1,81	2	n. s.	0,37	2	n. s.	0,11
CBCL- Gesamtwert extern. Auffälligkeiten	I K	8,75 6,75	10,00 9,10	10,75 7,25	10,17 8,63	11,88 8,63	10,16 10,08	0,71	1,11*	n. s.	0,07	1,11*	n. s.	0,11
CBCL sozialer Rückzug	I K	7,00 5,50	4,41 3,78	5,75 5,00	3,81 3,07	8,13 4,00	4,12 4,63	0,49	1,44*	n. s.	1,79	1,44*	n. s.	<b>0,58</b>
CBCL ängstlich/ depressiv	I K	8,00 6,38	5,24 5,21	6,50 4,25	4,50 3,11	8,00 5,25	5,53 4,80	2,34	2	n. s.	0,22	2	n. s.	0,22
CBCL soziale Probleme	I K	3,50 3,25	2,27 3,92	3,50 2,50	2,73 2,51	3,63 2,88	2,39 2,90	0,174	1,19*	n. s.	0,174	1,19*	n. s.	0,20
CBCL Aggressives Verhalten	I K	6,75 5,50	7,09 7,89	8,38 5,13	8,21 6,15	8,88 6,00	7,55 7,43	0,359	1,10*	n. s.	0,235	1,10*	n. s.	0,21

(G = Gruppe, I = Interventionsgruppe, K= Kontrollgruppe, t= Messzeitpunkt, MW = Mittelwert, SD= Standardabweichung, F= F-Wert, df= Freiheitsgrade (Stufenzahl-1, \* Greenhouse-Geisser-Korrektur) p= Signifikanz,  $\alpha=0,05$  entspricht  $p\leq 0,001$  (Bonferroni-Korrektur),  $\alpha=0,01$  entspricht  $p\leq 0,000$  (Bonferroni-Korrektur),  $ES_{korr}$  = korrigierte Effektstärke t1 versus t3)



### Veränderungen der beobachtbaren Handlungskompetenz über die Zeit

Bezüglich der zentralen Ergebnisvariablen, der *inhaltlichen Bewertung der Rollenspiele*, zeigte sich auch bei drei Messzeitpunkten weder ein signifikanter Zeit- noch Interaktionseffekt (Zeit x Gruppe) in der Varianzanalyse. Allerdings ergaben sich in der Effektstärkenberechnung zwischen t1 und t3 wiederum Hinweise auf mittlere positive Effekte der Intervention ( $ES_{kor} = 0,54$ ).

Zur genaueren Analyse der Veränderungen über die drei Messzeitpunkte in Interventions- und Kontrollgruppe wurden t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt (Tabelle 12). Die an den Mittelwerten erkennbaren Verbesserungen der Interventionsgruppe zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt ( $t = 1,73$ ,  $p = 0,106$ ) und zwischen erstem und dritten Messzeitpunkt ( $t = -2,03$ ,  $p = 0,070$ ) erreichten nicht das Signifikanzniveau, ein statistischer Trend in erwarteter Richtung war jedoch gegeben. In der Kontrollgruppe zeigten sich zwischen den Messzeitpunkten wie erwartet keine wesentlichen Veränderungen.

**Tabelle 12: Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich der *inhaltlichen Bewertung der Rollenspiele* über drei Messzeitpunkte (t-Tests für abhängige Stichproben)**

(I = Interventionsgruppe, K= Kontrollgruppe, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, t= t-Wert nach Student, p= Signifikanz, df= n-1 Freiheitsgrade)

Gruppe	Zeitpunkt	MW	SD	t	df	p
I	prä	3,20	1,42	1,73	14	0,106
	post	3,87	1,13			
	post	4,27	1,01	0,36	10	0,724
	follow-up	4,09	1,58			
I	prä	3,36	1,50	-2,03	10	<b>0,070</b>
	follow-up	4,09	1,58			
K	prä	3,00	2,04	0,24	14	0,815
	post	3,13	1,69			
	post	3,29	1,64	0,96	13	0,355
	follow-up	2,79	2,05			
	prä	3,00	2,04	0,24	14	0,815
	follow-up	2,80	1,97			

### Veränderungen auf Fertigkeitenebene über die Zeit

Die Verbesserung beider Gruppen in ihren sozialen *Fertigkeiten* blieb varianzanalytisch auch über drei Messzeitpunkte stabil signifikant ( $F = 8,04$ ,  $p = 0,001$ ), zusätzlich ergab sich hier im Gegensatz zum zweiten Messzeitpunkt in der Effektstärkenberechnung ein starker positiver Effekt in der Interventionsgruppe ( $ES_{kor} = 0,99$ ).

Die an den Mittelwertsvergleichen (Tabelle 13) erkennbare Verbesserungen der Interventionsgruppe zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt ( $t=-4,71$ ,  $p<0,000$ ) und zwischen erstem und dritten Messzeitpunkt ( $t=-6,02$ ,  $p<0,000$ ) waren signifikant in erwarteter Richtung. In der Kontrollgruppe zeigten sich zwischen den Messzeitpunkten Trends in Richtung Verbesserung der Fertigkeiten, die jedoch das Signifikanzniveau nicht erreichten.

**Tabelle 13: Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich der *Fertigkeiten* über drei Messzeitpunkte (*t*-Tests für abhängige Stichproben)**

(I = Interventionsgruppe, K= Kontrollgruppe, *MW* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *t*= *t*-Wert nach Student, *p*= Signifikanz, *df*= *n*-1 Freiheitsgrade)

Gruppe	Zeitpunkt	<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	
I	prä	8,87	2,95	-4,71	14	<0,000	
	post	12,27	3,47				
	post	12,00	3,58	-1,10	10	0,298	
	follow-up	13,18	3,37				
I	prä	8,64	2,94	-6,02	10	<0,000	
	follow-up	13,18	3,37				
K	prä	9,00	4,59	-1,76	13	0,102	
	post	11,42	4,94				
	post	11,69	5,04	0,69	12	0,503	
	follow-up	10,77	2,56				
	K	prä	9,00	4,50	-1,50	14	0,155
		follow-up	10,60	3,18			

#### Veränderungen auf Verhaltensebene über die Zeit

Auch über drei Messzeitpunkte betrachtet, blieben gemäß der durchgeführten Varianzanalysen signifikante Zeit- und Interaktionseffekte bezüglich der *Zielerreichung* im Selbst- ( $F=17,95$ ,  $p<0,001$ ,  $ES_{korrt}=1,66$ ) und Fremdurteil ( $F=13,18$ ,  $p<0,001$ ,  $ES_{korrt}=1,18$ ) bestehen. Wie an den Mittelwertsvergleichen (Tabelle 14) erkennbar ist, zeigten sich sowohl in der Interventionsgruppe als auch in der Kontrollgruppe signifikante Verbesserungen bezüglich der selbsteingeschätzten Zielerreichung. Bezüglich der fremdeingeschätzten Zielerreichung ergaben sich in der Interventionsgruppe zwischen erstem und zweiten Messzeitpunkt und zwischen erstem und letztem Messzeitpunkt signifikante Verbesserungen, während die Kontrollgruppe sich lediglich zwischen erstem und zweiten Messzeitpunkt verbesserte, nach einem halben Jahr jedoch keine signifikanten Unterschiede zum ersten Messzeitpunkt mehr feststellbar waren.

**Tabelle 14: Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich der Zielerreichung im Selbst- und Fremdurteil über drei Messzeitpunkte (t-Tests für abhängige Stichproben)**

(G= Gruppe, I = Interventionsgruppe, K= Kontrollgruppe, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, t= t-Wert nach Student, p= Signifikanz, df= n-1 Freiheitsgrade)

	G	Zeitpunkt	MW	SD	t	df	p
Zielerreichung Selbsturteil	I	prä	0,00	0,00	15,92	14	<0,000
		post	2,60	0,63			
		post	2,62	0,65	0,37	12	0,721
		follow-up	2,54	0,78			
		prä	0,00	0,00	-11,8	12	<0,000
		follow-up	2,54	0,78			
	K	prä	0,00	0,00	6,86	14	<0,000
		post	1,13	0,64			
		post	1,21	0,58	-0,56	13	0,583
		follow-up	1,29	0,73			
prä		0,00	0,00	-7,13	14	<0,000	
follow-up		1,33	0,72				
Zielerreichung Fremdurteil	I	prä	0,00	0,00	14,93	14	<0,000
		post	2,47	0,64			
		post	2,47	0,64	3,17	14	0,007
		follow-up	1,60	1,12			
		prä	0,00	0,00	-5,53	14	<0,000
		follow-up	1,60	1,12			
	K	prä	0,00	0,00	4,58	14	<0,000
		post	0,80	0,68			
		post	0,80	0,68	1,57	14	0,138
		follow-up	0,40	0,91			
prä		0,00	0,00	-1,96	15	0,069	
follow-up		0,44	0,89				

Während sich auf Verhaltensebene gemessen mit dem AKI (*Beobachtungskategoriensystem für aggressives, kompetentes und initiativloses Verhalten*) varianzanalytisch keine Veränderungen in den Skalen *aggressives* und *initiativloses* Verhalten zeigten, ergab sich in der Skala *kompetentes Verhalten* ein signifikanter Interaktionseffekt Zeit x Gruppe ( $F=7,79$ ,  $p=0,001$ ,  $ES_{korrr}=1,31$ ). Die Steigerung des kompetenten Verhaltens der Interventionsgruppe in den Beobachtungen war verglichen mit der Messung am Ende der Intervention noch deutlicher geworden. Allerdings ergaben sich hier auch mäßig negative Effekte der Intervention bezogen auf den Bereich *initiativloses* ( $ES_{korrr}=0,41$ ) und *aggressives* ( $ES_{korrr}=0,51$ ) Verhalten.

Eine nähere Betrachtung der Mittelwertsdifferenzen (Tabelle 15) zeigt, dass sich die Kontrollgruppe signifikant verschlechterte bezüglich ihres *kompetenten Verhaltens* zwischen zweitem und drittem ( $t= 3,05$ ,  $p=0,01$ ) und erstem und letztem ( $t= 3,16$ ,  $p=0,008$ ) Messzeitpunkt.

**Tabelle 15: Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich der AKI-Skalen (Beobachtungskategoriensystem für aggressives, kompetentes und initiativloses Verhalten) über drei Messzeitpunkte (t-Tests für abhängige Stichproben)**

(G= Gruppe, I = Interventionsgruppe, K= Kontrollgruppe, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, t = t - Wert nach Student, p= Signifikanz, df= n-1 Freiheitsgrade)

	G	Zeitpunkt	MW	SD	t	df	p	
AKI <i>aggressives V.</i>	I	prä	3,01	1,98	0,38	12	0,714	
		post	2,80	2,45				
		post	3,03	2,41	-1,28	11		
		follow-up	3,65	2,45				
	K	prä	2,46	2,06	-1,42	13	0,179	
		follow-up	3,13	2,61				
		prä	4,00	3,19	1,40	13		0,186
		post	3,04	3,00				
post	3,04	3,13	-0,60	12				
follow-up	3,40	2,81						
K	prä	4,00	3,32	1,49	12	0,162		
	follow-up	3,40	2,81					
	I	prä	8,26	3,37	-3,13		12	0,009
		post	10,82	3,60				
post		10,35	3,31	0,22	11			
follow-up		10,17	3,48					
K	prä	8,97	4,05	-1,67	13	0,119		
	follow-up	10,22	3,26					
	prä	9,74	3,01	-0,72	13		0,484	
	post	10,27	2,03					
post	10,10	2,01	3,05	12				
follow-up	7,27	3,17						
K	prä	9,64	3,11	3,16	12	0,008		
	follow-up	7,27	3,17					
	I	prä	4,08	2,24	0,45		12	0,659
		post	3,79	1,86				
post		3,39	1,71	-2,30	10			
follow-up	4,55	2,13						
K	prä	3,93	2,25	-0,52	12	0,611		
	follow-up	4,31	2,07					
	prä	4,01	2,20	0,72	13		0,487	
post	3,67	2,93						
post	4,43	2,72	0,47	9	0,648			
follow-up	4,08	2,25						
prä	4,57	1,93	0,62	9		0,549		
follow-up	4,09	2,25						

Die Interventionsgruppe verbesserte sich signifikant zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt ( $t = -3,13$ ,  $p = 0,009$ ) und zeigte keine signifikante Veränderung zum dritten Messzeitpunkt. Bezüglich des *aggressiven* und *initiativlosen* Verhaltens kamen die negativen Effekte in der Interventionsgruppe dadurch zustande, dass

sich signifikante Verschlechterungen diesbezüglich zwischen dem zweiten und dritten Messzeitpunkt, allerdings nicht zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt ergaben. Diese Verschlechterungen hoben sich zudem im Vergleich erster und dritter Messzeitpunkt wieder auf und wurden nicht signifikant.

#### Veränderungen auf kognitiver Ebene über die Zeit

Auf kognitiver Ebene bestand weiterhin ein signifikanter Zeiteffekt ( $F=10,60$ ,  $p<0,001$ ) im *hamet2*, was bedeutet, dass beide Gruppen sich über die Zeit in ihrer sozialen Handlungskompetenz verbesserten. Der Interaktionseffekt Zeit x Gruppe verfehlte zum dritten Messzeitpunkt knapp das Signifikanzniveau, ein starker positiver Effekt der Intervention blieb bei der Effektstärkenberechnung jedoch bestehen ( $ES_{korrt}=0,95$ ). Die in Tabelle 16 dargestellten Mittelwertsdifferenzen zeigen dementsprechend nur in der Interventionsgruppe zu allen drei Messzeitpunkten signifikante Verbesserungen.

**Tabelle 16: Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich der *hamet2* (handlungsorientierte Module zur Erfassung sozialer Kompetenz, Teilmodul 3 soziale Kompetenz) Gesamtskala über drei Messzeitpunkte (t-Tests für abhängige Stichproben)**

(I = Interventionsgruppe, K= Kontrollgruppe, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, t= t-Wert nach Student, p= Signifikanz, df= n-1 Freiheitsgrade)

Gruppe	Zeitpunkt	MW	SD	t	df	p
I	prä	8,00	3,72	-2,68	13	<b>0,019</b>
	post	10,29	2,49			
	post	9,67	3,03	-2,51	11	<b>0,029</b>
	follow-up	11,75	2,30			
K	prä	7,73	4,17	-3,82	10	<b>0,003</b>
	follow-up	11,91	2,34			
	prä	6,38	2,85	-0,62	15	0,544
	post	6,75	2,67			
post	6,73	2,76	-1,79	14	0,095	
follow-up	7,93	3,45				
K	prä	6,47	2,92	-1,65	14	0,121
	follow-up	7,93	3,45			

#### Veränderungen auf emotionaler Eben über die Zeit

Die Veränderungen auf emotionaler Ebene ergaben für die Skala *Kontaktangst* des U-Fragebogens in der Betrachtung über drei Messzeitpunkte wiederum einen Zeiteffekt ( $F=5,42$ ,  $p=0,007$ ) und in der Effektstärkenberechnung (Vergleich t1 versus t3) Hinweise auf positive Effekte der Intervention ( $ES_{korrt}=0,48$ ). Zusätzlich zeigte sich hier ein mäßiger Effekt der Intervention für die Skala *Fehlschlag und Kritikangst* ( $ES_{korrt}=0,35$ ).

**Tabelle 17: Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich der *U- Fragebogen-skalen Kontaktangst* und *Fehlschlagangst* über drei Messzeitpunkte (*t*-Tests für abhängige Stichproben)**

(G= Gruppe, I = Interventionsgruppe, K= Kontrollgruppe, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung,  $t = t$  - Wert nach Student,  $p$ = Signifikanz,  $df$ = n-1 Freiheitsgrade)

	G	Zeitpunkt	MW	SD	t	df	p		
U-FB Kontakt- angst	I	prä	31,73	13,17	5,11	14	<b>&lt;0,000</b>		
		post	23,67	14,66					
		post	24,86	14,44	-0,21	13		0,784	
		follow-up	25,43	14,21					
	K	prä	32,79	13,00	2,66	13	<b>0,020</b>		
		follow-up	25,43	14,21					
		prä	26,63	11,92	0,86	15		0,402	
		post	24,63	12,73					
K	post	23,43	12,27	0,23	14	0,821			
	follow-up	22,93	13,56						
	prä	25,07	10,51	0,80	14		0,437		
	follow-up	22,93	13,56						
U-FB Fehl- schlag- angst	I	prä	32,13	14,75	3,22	14		<b>0,006</b>	
		post	25,07	15,90					
		post	26,71	15,11	-1,32	13	0,208		
		follow-up	29,36	15,42					
	K	prä	34,21	12,81	1,82	13		0,092	
		follow-up	29,36	15,42					
		K	prä	25,94	10,66	0,97	15		0,349
			post	23,88	10,53				
post	22,47		9,20	0,10	14	0,920			
follow-up	22,20		9,52						
K	prä	24,27	8,59	0,76	14		0,437		
	follow-up	22,20	9,52						

Die in Tabelle 17 dargestellten Mittelwertsdifferenzen bestätigen dies, indem sich nur in der Interventionsgruppe signifikante Verbesserungen in beiden Skalen zeigten, wobei sich nur die Veränderung in der Skala *Kontaktangst* als stabil über die drei Messzeitpunkt erwies.

Veränderungen im Bereich Prosozialität in der Peergruppe (*TISS-D*) ergaben sich weder in der Skala *positives Verhalten* noch in der Skala *negatives Verhalten* über die Zeit, Interaktionseffekte zeigten sich ebenfalls nicht. Stabil blieb bei der Effektstärkenberechnung der mäßig negative Effekt der Intervention in der Skala *negatives Verhalten* ( $ES_{kor} = 0,33$ ), zusätzlich ergaben sich Hinweise auf mittlere negative Effekte der Intervention in der Skala *positives Verhalten* ( $ES_{kor} = 0,55$ ). Im Mittelwertsvergleich (Tabelle 18) zeigten sich jedoch weder in der Interventions- noch in der Kontrollgruppe signifikante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten.

**Tabelle 18: Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich der TISS (Teengage Inventory of Social Skills)-Skalen über drei Messzeitpunkte (t-Tests für abhängige Stichproben)**

(G= Gruppe, I = Interventionsgruppe, K= Kontrollgruppe, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, t= t - Wert nach Student, p= Signifikanz, df= n-1 Freiheitsgrade)

	G	Zeitpunkt	MW	SD	t	df	p
<b>TISS positives Verhalten</b>	I	prä	58,00	10,27	1,59	13	0,136
		post	51,86	16,02			
		post	49,92	16,07	-1,47	11	0,170
		follow-up	54,25	15,04			
	K	prä	54,62	11,25	0,59	12	0,569
		follow-up	52,46	15,78			
		prä	49,87	10,66	0,09	14	0,927
		post	49,67	12,80			
post	51,33	13,57	-1,87	11	0,089		
	follow-up	56,83				14,36	
prä	51,38	10,51	0,93	14	0,927		
	follow-up	55,69				14,35	
<b>TISS negatives Verhalten</b>	I	prä	26,80	6,66	-1,15	14	0,271
		post	29,47	9,88			
		post	29,34	10,25	-0,81	13	0,431
		follow-up	31,36	11,76			
	K	prä	27,21	6,71	-1,35	13	0,201
		follow-up	31,63	11,76			
		prä	32,00	9,65	0,13	15	0,902
		post	31,75	10,09			
post	32,53	9,93	-0,91	14	0,376		
	follow-up	35,60				13,19	
prä	32,73	9,52	-0,79	14	0,444		
follow-up	35,60	13,19					

Im YSR und in der CBCL zeigten sich weder signifikante Zeit- noch Interaktionseffekte. Bezüglich der Effektsstärkenberechnung waren im Gegensatz zum prä-post-Vergleich (t1 versus t2) gemessene positive und negative Effekte zwischen t1 und t3 der Intervention im YSR nicht mehr vorhanden ( $ES_{korr} \leq 0,20$ ). Eine Ausnahme stellte die Skala ängstlich-depressives Verhalten dar ( $ES_{korr} = 0,27$ ).

Im CBCL ergab sich in der Skala *sozialer Rückzug* im Gegensatz zum prä-post-Vergleich ein mittlerer negativer Effekt der Intervention ( $ES_{korr} = 0,58$ ).

In Tabelle 19 werden daher abschließend nur die Mittelwertsdifferenzen für die Skalen *ängstlich-depressiv* des YSR und die Skala *sozialer Rückzug* der CBCL aufgeführt. Es ergaben sich für beide Gruppen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten.

**Tabelle 19: Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich der YSR (Youth Self Report)-Skala *ängstlich-depressiv* und der CBCL (Child Behavior Checklist)-Skala *sozialer Rückzug* über drei Messzeitpunkte (t-Tests für abhängige Stichproben)**

(G= Gruppe, I = Interventionsgruppe, K= Kontrollgruppe, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, t= t - Wert nach Student, p= Signifikanz, df= n-1 Freiheitsgrade)

	G	Zeitpunkt	MW	SD	t	df	p
<b>YSR ängstlich/depressiv</b>	I	prä	5,73	4,82	-0,67	14	0,512
		post	6,53	6,20			
		post	6,46	6,23	1,15	12	0,274
		follow-up	4,69	6,30			
	K	prä	5,69	4,59	0,90	12	0,385
		follow-up	4,69	6,30			
		prä	6,00	6,88	1,32	15	0,207
		post	3,81	3,76			
post	3,73	3,88	0,53	14	0,604		
	follow-up	3,47				3,58	
prä	5,87	7,10	1,32	14	0,210		
	follow-up	3,47				3,58	
<b>CBCL sozialer Rückzug</b>	I	prä	7,00	4,41	1,28	7	0,242
		post	5,75	3,81			
		post	5,75	3,81	-2,01	7	0,084
		follow-up	8,13	4,12			
	K	prä	7,00	4,41	-1,01	7	0,344
		follow-up	8,13	4,12			
		prä	5,50	3,78	0,661	7	0,529
		post	5,00	3,07			
post	5,00	3,07	0,661	7	0,529		
	follow-up	4,00				4,63	
prä	5,50	3,78	0,74	7	0,481		
follow-up	4,00	4,63					

### 5.2.8 Zufriedenheit der Jugendlichen mit dem Programm

Die Jugendlichen der Interventionsgruppen bewerteten anonym nach jeder Trainingssitzung auf einer sechsstufigen Skala (1 = gar nicht, 6 = sehr gut), wie ihnen die Stunde gefallen hatte und inwieweit sie das Dargebotene verstanden hatten. Zudem wurde in der Abschlusssitzung von den Jugendlichen das Training noch einmal zusammenfassend diesbezüglich bewertet.

Die Gesamtbewertung des Trainings ergab bezüglich des Gefallens an dem Training einen Mittelwert von 5,25 und bezüglich des Verstehens der Trainingsinhalte einen Mittelwert von 4,88. Die Bewertungen der Jugendlichen, wie ihnen die einzelnen Trainingssitzungen gefallen hatten, reichten von 3,60 bis 4,87 und bezogen auf das Verständnis von 4,56 bis 5,20. Entsprechend des Selbsturteils der Jugendlichen kann davon ausgegangen werden, dass den



meisten Jugendlichen das Training gefallen hatte und sie die Mehrzahl der Inhalte auch verstanden hatten.

## 6 Diskussion

### 6.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Die vorliegende Evaluationsstudie überprüfte den Erfolg eines für lernbehinderte Jugendliche und junge Erwachsene in der beruflichen Rehabilitation konzipierten Trainingsprogramms zur Förderung psychosozialer Kompetenzen (SOKO) im Vergleich zu unspezifischen Interventionsmaßnahmen (konventionelle sozialpädagogische Betreuung). Die Effekte des Programms wurden aus mehreren Perspektiven (Jugendliche, Ausbilder, Bildungsbegleiter, Lehrer) und multimethodal auf kognitiver, emotionaler und Verhaltensebene zu drei Messzeitpunkten im Kontrollgruppendesign erfasst.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse zusammengefasst, interpretiert und anhand der Literatur diskutiert werden.

#### Wie sind die Stichprobenselektion und die deskriptiven Ergebnisse zu bewerten?

Die Randomisierung der Jugendlichen konnte als gelungen bewertet werden, da sich keine Unterschiede zwischen den Jugendlichen in der Interventionsgruppe und den Jugendlichen in der Kontrollgruppe zeigten.

Nahezu die Hälfte aller gescreenten Jugendlichen der Einrichtungen wiesen gemessen mit dem Youth Self Report und der Child Behavior Checklist überdurchschnittlich viele Verhaltensprobleme auf und konnten daher in die Studie mit aufgenommen werden. Die Erhebung der psychosozialen Kompetenz dieser untersuchten Jugendlichen vor Beginn der Intervention zeigte in einigen Instrumentarien im Vergleich zu den Referenzwerten durchschnittlich begabter Jugendlicher und junger Erwachsener erhöhte Werte auf. Dies betraf vor allem die Selbsteinschätzung mit dem YSR (erhöhter Gesamtwert, erhöhte internalisierende Verhaltensprobleme). Bei genauerer Ansicht der Spannweite der Ergebnisse aller Verfahren entdeckte man zudem oft Extremwerte. Dies entspricht den Studienergebnissen, die ein gehäuftes Auftreten von emotionalen und Verhaltensproblemen bei lernbehinderten Individuen gefunden haben, die in Zusammenhang mit sozialen Kompetenzdefiziten stehen (Deb. et al. 2001, Sturmey 2002).

Ebenso konform zur Literatur (Grünke 2004) erwies sich in den deskriptiven Analysen die Geschlechterverteilung in der Untersuchungsstichprobe mit

wesentlich mehr Jungen als Mädchen und einem relativ hohen Anteil an ausländischen Jugendlichen. Interessante Ergebnisse lieferten die Ergebnisse der kognitiven Leistungsdiagnostik. Hier zeigte sich, dass nicht alle Jugendliche das IQ-Kriterium einer Lernbehinderung (IQ zwischen 55 und 85) erfüllten. Einige Jugendliche verfügten über eine durchschnittliche intellektuelle Begabung. Dieser Befund unterstützt die Aussage von Moosbauer (1980), der eine starke Heterogenität der Lernbehindertenpopulation in solchen Einrichtungen beschreibt, unter die nicht nur Personen mit Intelligenzrückständen fallen.

Wie ist die zentrale Hypothese, dass sich die beobachtbare soziale Handlungskompetenz der Jugendlichen durch die Intervention verändert, zu beantworten?

Die beobachtbare Handlungskompetenz als zentrale Ergebnisvariable wurde über die inhaltliche Bewertung dreier standardisierter Rollenspielsituationen operationalisiert. Ziel war es, so möglichst verhaltensnah Veränderungen in der sozialen Kompetenz festzustellen. Die Ergebnisse der Varianzanalyse wiesen zunächst auf keine signifikanten Interaktionseffekte zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe hin, was inhaltlich bedeutet, dass sich keine unterschiedlichen Veränderungen zwischen den Gruppen abzeichneten. Aufgrund der relativ geringen Fallzahlen ist jedoch zu vermuten, dass die begrenzte Teststärke dieser Studie für das Verfehlen des Signifikanzniveaus verantwortlich sein könnte. Es wurde daher zusätzlich die Effektstärke der Intervention berechnet, die sich als mäßig positiv erwies. Unterstützt wird dieses Ergebnis durch die nähere Betrachtung der Langzeiteffekte der Intervention auf die soziale Handlungskompetenz. Hier zeigten sich in der Interventionsgruppe höhere Effektstärken und nunmehr signifikante Mittelwertsdifferenzen zwischen erstem Messzeitpunkt und der follow-up-Erhebung, die sich in der Kontrollgruppe nicht ergaben.

Zusammenfassend lässt sich daraus schließen, dass eine geringe bis mäßige Verbesserung in der sozialen Handlungskompetenz durch das Training im Rollenspiel anzunehmen ist: Jugendliche, die die Trainingsgruppe besuchen, verhalten sich somit etwas kompetenter in sozialen Anforderungssituationen als Jugendliche, die kein Training erhalten.

Wie ist die Hypothese, dass sich die sozialen Fertigkeiten der Jugendlichen durch die Intervention verändern, zu beantworten?

Für die Bewertung der Fertigkeiten der Probanden wurde ein Summenwert beobachteter Einzelfertigkeiten im Rollenspiel wie Lautstärke der Stimme, Deutlichkeit der Aussprache, Körperhaltung, Gestik usw. gebildet und zwischen Interventions- und Kontrollgruppe verglichen. Hierbei ergaben sich in beiden Gruppen signifikante Zeiteffekte, die unter Umständen auf einen Übungseffekt rückführbar sein könnten, jedoch keine Interaktionseffekte von Gruppe und Zeit in erwarteter Richtung. Auch die Effektsstärkenberechnung zeigte im prä-post-Vergleich keine Veränderung. Interessant ist allerdings, dass sich in der Prüfung der Langzeiteffekte nunmehr starke Effektstärken in erwarteter Richtung zeigten und sich in der Interventionsgruppe zwischen erstem Messzeitpunkt und follow-up-Erhebung signifikante Mittelwertsdifferenzen ergaben. In einer Metaanalyse über die Wirksamkeit sozialer Kompetenztrainings von Beelmann et al. (1994) wird diskutiert, ob gelernte Fertigkeiten zunächst über eine gewissen Zeit nach dem Training im Alltag generalisieren müssen, bis eine Verbesserung messbar ist, da einige Studien kaum kurzzeitige Effekte, jedoch in ihren follow-up-Messungen durchaus Langzeiteffekte ihrer Trainings ermittelt haben. Das könnte damit zusammenhängen, dass sich lernbehinderte Jugendliche dadurch auszeichnen, dass sie langsamer lernen und mehr Schwierigkeiten dabei aufweisen, Gelerntes unmittelbar in den Alltag umzusetzen (Grünke 2004).

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse dafür, dass zwar keine kurzfristigen Verbesserungen, jedoch langfristig Verbesserungen auf Fertigkeitenebene durch das Training beobachtbar sind: Jugendliche, die die Trainingsgruppe besuchen, verbessern sich somit erst einige Zeit nach dem Trainingsende bezüglich ihrer im Alltag eingesetzten Verhaltensskills (Gestik, Mimik, Blickkontakt, Körperhaltung).

Wie ist die Hypothese, dass sich Veränderungen auf Verhaltensebene der Jugendlichen durch die Intervention ergeben, zu beantworten?

Als Maß der Veränderungsmessung auf Verhaltensebene wurden die fünfstufige Zielerreichungsskala und das Beobachtungssystem AKI für aggressives, initiativloses und kompetentes Verhalten eingesetzt.

Deutliche und bedeutsame Veränderungen ergaben sich im Bereich der Selbst- und Fremdeinschätzung der Zielerreichung über alle drei Messzeitpunkte. Dies

deutet darauf hin, dass die Jugendlichen der Interventionsgruppe von der individuellen Zielformulierung und dem fortlaufenden Coaching diesbezüglich während des Trainings eindeutig profitiert haben: Sowohl in der Fremdbeurteilung wie auch in der Selbstbeurteilung zeigten sich auch ein halbes Jahr nach dem Training noch stabile Verhaltensmodifikationen im Alltag. Durch das Training kann somit zu einer Verringerung individueller Verhaltensprobleme bzw. zum Aufbau bestimmten erwünschten Verhaltens im Alltag beigetragen werden.

Differenzierter sind die Effekte des Trainings auf das allgemein von Bildungsbegleitern, Lehrern und Ausbildern beobachtete Verhalten im Alltag (aggressives, initiativloses, kompetentes Verhalten) einzuschätzen. Hier zeigten sich in der Varianzanalyse zunächst keine signifikanten Veränderungen für die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Ein mäßig ausgeprägter Effekt der Intervention ergab sich jedoch immerhin für die Skala *kompetentes Verhalten*, was dafür spricht, dass der Besuch der Trainingsgruppe zu einer Steigerung kompetenten Verhaltens in verschiedenen Situationen im Alltag führt. Die Betrachtung der Langzeiteffekte ergab diesbezüglich einen bedeutsamen signifikanten Interaktionseffekt zwischen den Gruppen in erwarteter Richtung, der die Ergebnisse der Effektsstärkenberechnung noch einmal bestätigte. Allerdings traten hier auch mäßig negative Effekte der Intervention bezüglich *initiativlosem* und *aggressivem* Verhalten auf. Die nähere Betrachtung der Mittelwertsdifferenzen zeigte jedoch, dass diese negativen Effekte nicht direkt nach der Gruppenintervention, sondern zwischen zweitem und drittem Messzeitpunkt entstanden waren, und sich im Vergleich zwischen erstem Messzeitpunkt und follow-up Messzeitpunkt wieder aufhoben. Dies könnte dahingehen interpretiert werden, dass sich während des Besuches der Gruppe eine leichte Verbesserung in den Bereichen initiativlosen und aggressiven Verhaltens bei den Jugendlichen ergab, die sich nach dem Training jedoch wieder Richtung Ausgangszustand zurückentwickelte.

Zusammenfassend ist also anzunehmen, dass das Training auf Verhaltensebene zu einer Verbesserung individuell gesetzter spezifischer Verhaltensziele führt und allgemein kompetente Verhaltensweisen der Jugendlichen im Alltag verstärkt, allerdings keine Effekte auf initiativlose und aggressive Verhaltensweisen im Alltag aufweist.

Wie ist die Hypothese, dass sich Veränderungen auf kognitiver Ebene der Jugendlichen durch die Intervention ergeben, zu beantworten?

Kompetenzmerkmale auf der kognitiven Ebene wurden durch das Teilmodul 3 soziale Kompetenz des standardisierten Computerverfahrens hamet2 und einen Wissensfragebogen operationalisiert. Hier zeigten sich ausgeprägte Effekte der Intervention: Die Interventionsgruppe wies im Vergleich zur Kontrollgruppe eine wesentlich deutlichere Steigerung der sozialen Handlungskompetenz im hamet auf und zeigte einen deutlichen Wissenszuwachs über soziale Kompetenz nach Absolvieren des Trainings. Somit ist davon auszugehen, dass sich das Wissen um Handlungsstrategien in komplexen sozialen und beruflichen Anforderungssituationen durch das Training deutlich steigert, ebenso das Wissen um sozial kompetentes Verhalten im Allgemeinen. Dies ist insofern bemerkenswert, als dass sich zwar auch in anderen Studien Trainingseffekte auf kognitiver Ebene (Perspektivenübernahme, Problemlösekompetenzen) teils ausgeprägter als auf Verhaltensebene zeigen (vgl. Beelmann et al. 1994), diese Trainings jedoch mit durchschnittlich begabten Kindern und Jugendlichen durchgeführt wurden. Obwohl also die Jugendlichen in dieser Studie aufgrund ihrer Lernbehinderung verschiedenste Schwierigkeiten im Lernen, Behalten und allgemeinen Verständnis zeigten, schienen sie in der Lage gewesen zu sein, viel dazu zu lernen und das Erlernete in ihre allgemeine Handlungs- und Problemlösestrategien zu übertragen. Dies spricht nicht nur für den multimodalen Ansatz des Trainings mit bewusstem Einbezug auch theoretischer Einheiten, sondern ebenso dafür, dass die eingesetzten kognitiven Trainingselemente für die Jugendlichen adäquat konzipiert sind, so dass diese auch wirklich profitieren konnten.

Wie ist die Hypothese, dass sich Veränderungen auf emotionaler Ebene der Jugendlichen durch die Intervention ergeben, zu beantworten?

Ein Ziel des Trainings war es, auch auf emotionaler Ebene Veränderungen bei den Jugendlichen zu erreichen. Dies wurde einerseits durch die Erfassung sozialer Ängstlichkeit über den U-Fragebogen, andererseits über die Erhebung von prosozialem Verhalten gegenüber anderen Jugendlichen (TISS-Fragebogen), aber auch über die Selbst- und Fremdbeurteilung von Verhaltensproblemen (YSR, CBCL) erfasst.

Bezüglich der Messung sozialer Ängstlichkeit im U-Fragebogen ergaben sich in der Varianzanalyse zwar nur signifikante Zeiteffekte und keine signifikanten Interaktionseffekte in erwarteter Richtung, eine mäßig positiv ausgeprägte Effektstärke zeigte sich jedoch für die Interventionsgruppe in der Skala *Kontaktangst*. Dieser Effekt blieb über drei Messzeitpunkte bestehen und wurde durch signifikante Mittelwertsdifferenzen bestätigt. Man kann somit davon ausgehen, dass das Absolvieren des Trainingsprogramms zu einer Verringerung der selbst eingeschätzten Schüchternheit führt. In der Skala *Fehlschlag- und Kritikangst* zeigte sich nur über alle drei Messzeitpunkte hinweg ebenfalls ein Trend in erwarteter Richtung mit mäßiger Ausprägung.

Keine signifikanten Effekte ergaben sich im TISS-Fragebogen zur Prosozialität, was bedeutet, dass sich das selbst berichtete Verhalten der Jugendlichen aus der Interventionsgruppe gegenüber Gleichaltrigen nicht wesentlich veränderte. Teils sogar leicht negative Effektstärken im Sinne einer Steigerung negativen Verhaltens und einer Verringerung positiven Verhaltens über die Zeit erreichten in den Mittelwertvergleichen nicht das Signifikanzniveau, könnten jedoch darauf hinweisen, dass Jugendliche nach Besuch der Interventionsgruppe dazu tendieren, sich mehr gegenüber anderen Jugendlichen abgrenzen.

Wenig Hinweise auf Veränderungen wurden über die Messung von Verhaltensproblemen mit der CBCL und dem YSR erhalten. Hier ergaben sich abhängig vom jeweiligen Messzeitpunkt schwankend in einigen Skalen mäßig positive, aber auch negative Effektstärken, signifikante Interaktionseffekte traten nicht auf. Konsistente Veränderungen positiver oder negativer Art konnten letztendlich nicht gefunden werden. Dies könnte man einerseits so interpretieren, dass sich in den Bereichen, die diese Verfahren messen, keine Veränderungen ergeben oder aber, dass beide Verfahren als Screeningverfahren zu wenig spezifisch sind, um kleine bis mäßige Effekte einer auf soziale Kompetenzsteigerung abzielenden Intervention messbar zu machen.

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass das Training auf emotionaler Ebene zu einer spezifischen Reduktion der sozialen Ängstlichkeit führt, sich das selbst eingeschätzte prosoziale Verhalten gegenüber Gleichaltrigen und das allgemeine emotionale Problemverhalten der Jugendlichen jedoch insgesamt nicht wesentlich ändert.

### Wie sind die Effekte des SOKO-Trainings in den Kontext anderer Trainingsevaluationen einzuordnen?

Da im deutschsprachigen Raum keine Trainingsprogramme sozialer Kompetenz für Lernbehinderte existieren, sind bislang auch keine randomisierten, kontrollierten Studien zur Wirksamkeit solcher spezifischer Programme publiziert worden. Zur Einordnung der Studienergebnisse sollen daher zunächst die Resultate der Metaanalyse über 2133 lernbehinderte Schüler von Kavale & Mostert (2004) im internationalen Vergleich herangezogen werden. Diese ermittelten insgesamt geringe Effektstärken ( $ES=0,21$ , Spannweite:  $-0,67$  bis  $1,19$ ) sozialer Fertigkeitentrainings sowie ebenfalls geringe Effekte in den einzelnen Erhebungsbereichen (sozialer Status, Selbstkonzept, Problemlösekompetenz, Interaktion usw.) und Beurteilungsperspektiven (Jugendliche selbst, Freunde, Lehrer) mit mittlere Effektstärken zwischen  $0,08$  und  $0,38$ .

Vergleicht man die Angaben mit den ermittelten Effektstärken in dieser Studie, so erhält man vergleichbare, teilweise auch höhere Effekte des durchgeführten SOKO-Trainings: Als überdurchschnittlich ausgeprägt sind in jedem Fall die Effekte des hier durchgeführten Trainings auf kognitiver Ebene ( $ES=1,27$ ) und die Ergebnisse für die individuelle Verhaltensmodifikation (Zielerreichung) ( $ES=2,09/2,43$ ) zu bewerten.

Allerdings muss bei dem Vergleich mit anderen Studien berücksichtigt werden, dass das SOKO hier als indizierte Intervention an lernbehinderten Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten/Defiziten in der sozialen Kompetenz evaluiert wurde, was primär zu stärkeren Interventions-Effekten führen kann als bei nicht selektiv indizierten Interventionen für lernbehinderte Jugendliche ohne Verhaltensauffälligkeiten (McIntosh et al. 1991). Hinzu kommt, dass Kavale und Mostert (2004) in ihrer Metaanalyse nur Fertigkeitentrainings evaluiert haben und keine (in der Literatur als allgemein wirksamer geltende) neueren multimodalen Trainingsprogramme wie das SOKO (vgl. Petermann 2002). Vergleicht man die Effekte des Trainings mit Effekten von multimodalen Programmen an durchschnittlich begabten Kindern und Jugendlichen, schneidet das SOKO ähnlich ab: Beelmann et al. (1994) ermittelten in ihrer Metaanalyse moderate Effektstärken und – anders als in der vorliegenden Studie – nahezu keine Langzeiteffekte. Somit können die Effekte des SOKO im Vergleich zu anderen



Programmen zusammenfassend als durchaus zufrieden stellend interpretiert werden.

## **6.2 Methodische Einschränkungen der Studie**

Bei der durchgeführten Studie wurde wie bereits beschrieben, darauf geachtet, die Evaluationskriterien der Psychotherapieforschung umzusetzen (Hibbs 2001) und das Studiendesign möglichst dem experimentellen Forschungsdesign (randomised controlled trial) anzugleichen. Allerdings ergaben sich trotz der angestrebten methodischen Rigorosität des Studienplans Einschränkungen, die im Folgenden diskutiert werden sollen:

Die Studie wurde an zwei zusammengehörigen Einrichtungen durchgeführt (cluster sample). Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass sich die rekrutierten Jugendlichen dieser Einrichtungen systematisch von der Grundgesamtheit der Jugendlichen in einem breiten Querschnitt anderer Einrichtungen unterscheiden. Somit ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse zurückhaltend zu beurteilen. Weitere multizentrische Studien sind zur Replikation der vorliegenden Befunde erforderlich.

Wie dem CONSORT-Flussdiagramm zu entnehmen ist, konnten nicht alle Jugendlichen über die drei Messzeitpunkte in den beiden Gruppen in die Studie einbezogen werden. Drop-outs ergaben sich jedoch sowohl in den Interventions- wie auch Kontrollgruppen durch Maßnahmenabbrüche, Verweigerung oder Erkrankung, so dass davon auszugehen ist, dass hier weniger systematische und zwischen den Gruppen verzerrende Effekte entstanden sind. Bezüglich der follow-up Messung können jedoch aufgrund der eingeschränkten Fallzahl und der Drop-outs Validitätseinbußen der Ergebnisse vermutet werden.

Kritisch zu diskutieren im Sinne der Intent-to-treat-Maßgabe ist sicherlich, dass nur die Jugendlichen in die Auswertungen miteinbezogen wurden, die auch das Programm tatsächlich in ausreichender Stundenzahl absolvierten.

Insgesamt bleibt zu erörtern, inwieweit die Größe der Gesamtstichprobe ausreichend zur Feststellung statistisch signifikanter Effekte ist, oder ob nicht aufgrund der geringen Fallzahl von einer limitierten statistischen Power auszugehen ist. Aufgrund fehlender publizierter Vorstudien war jedoch eine initiale Powerabschätzung kaum möglich. Somit wurde bei der Ergebnisdarstellung ein besonderes Augenmerk auf die zusätzlich berechneten Effektstärken gelegt.

Bezogen auf den gewählten multimodalen und multimethodalen Evaluationsansatz ist zwar den Forderungen aus der Literatur nach Mehrebenenerfassung sozialer Kompetenzen genüge getan, dies führte jedoch auch zu sehr differenzierten unterschiedlichen Effekten, die eine Globalbeurteilung des Programmerfolges erschweren und unter Umständen zu einer Nivellierung der erhaltenen Effekte geführt haben. Hinzu kommt, dass die verwendeten Verfahren (mit Ausnahme des hamet2) nicht explizit für lernbehinderte Jugendliche konzipiert wurden. Daher wurden nur Verfahren/Skalen mit ausreichender Konsistenz in der Untersuchungsgruppe verwendet.

Da keine standardisierten diagnostischen Verfahren zur Erfassung des konkreten Verhaltens in sozialen Situationen vorlagen, wurde selbst ein quasi-experimenteller Test (Rollenspiele) konzipiert. Hierbei wurde zwar auf ausreichende interne Konsistenzen und Beobachterreliabilitäten geachtet, allerdings zeigten sich bei der Durchführung dieses diagnostischen Verfahrens Hinweise darauf, dass die Bewertungsskalen zuwenig differenzierten und somit die Änderungssensitivität des Verfahrens als eingeschränkt beurteilt werden kann. Dies könnte unter Umständen zu einer Unterschätzung erhaltener Effekte auf beobachteter Verhaltensebene geführt haben.

### **6.3 Schlussfolgerungen**

Die Ergebnisse der durchgeführten Evaluationsstudie spiegeln wider, dass die Effekte des SOKO-Trainings im Vergleich zu anderen Programmen als durchaus zufrieden stellend interpretiert werden können. Das Training wurde von den Jugendlichen gut angenommen und als zufrieden stellend und verständlich beurteilt. Unabhängig vom Stand des kognitiven Leistungsniveaus zeigen sich durch das Training deutliche und stabile Verbesserungen in vielen Bereichen der psychosozialen Kompetenz der Jugendlichen. Besonders auf kognitiver Ebene im Sinne einer verbesserten sozialen Handlungskompetenz und Problemlösekompetenz ist dies ersichtlich, aber auch auf Verhaltensebene durch eine klare Verbesserung individuell gesetzter spezifischer Verhaltensziele und allgemein kompetenterer Verhaltensweisen der Jugendlichen im Alltag. Auf emotionaler Ebene ist zudem davon auszugehen, dass die Trainingsteilnahme zu einer Reduktion sozialer Ängstlichkeit führt. Weniger eindeutige Ergebnisse zeigen sich für die Bereiche sozialer Fertigkeiten, prosozialen Verhaltens (bezogen auf

die Peergroup), sowie allgemeiner emotionaler und Verhaltensprobleme. Somit sind eher spezifische als Breitbandeffekte zu verzeichnen.

Differentiellen Effekten des Trainingsprogramms auf Jugendliche je nach Ausprägung ihrer Verhaltensauffälligkeiten (externalisierend versus internalisierend) konnte aufgrund der Stichprobenselektion von Jugendlichen mit eher internalisierenden oder sowohl internalisierenden als auch externalisierenden Verhaltensproblemen in dieser Studie nicht weiter nachgegangen werden. Eine interessante Fragestellung für Folgestudien wäre somit ein Extremgruppenvergleich mit rein externalisierend auffälligen Jugendlichen. Zudem sollte in weiterführenden Studien überprüft werden, wie stabil die erhaltenen Effekte des Trainingsprogramms sind. Die Anwendbarkeit des Programms in stationären Jugendhilfeeinrichtungen oder Förderschulen könnte zusätzlich Ziel sein.

Da das Trainingsprogramm in standardisierter, manualisierter Form vorliegt und im Vergleich zu einigen anderen Trainingsprogrammen den Vorteil hat, vom Zeitaufwand begrenzt und machbar zu sein, kann es künftig zur Förderung der psychosozialen Kompetenz in den Einrichtungen als evidenzbasierte, ökonomische und praktikable Intervention eingesetzt werden. Die Verankerung des Trainingsprogramms im Ausbildungsalltag hat sich am Beispiel des individuellen zielorientierten Trainings als besonders wirksam erwiesen. Zur weiteren Generalisierung von Trainingseffekten und um die zeitliche Stabilität der Effekte zu garantieren, sollten die individuellen Verhaltensziele im Hilfeplanprozess weitergeführt und in den Ausbildungsalltag integriert werden

## 7 Zusammenfassung

Nicht nur die kognitiven, sondern auch die sozialen und emotionalen Fähigkeiten können bei lernbehinderten Jugendlichen und jungen Erwachsenen von Einschränkungen betroffen sein. Wesentlich für eine erfolgreiche berufliche Eingliederung dieser Jugendlichen sind jedoch auch arbeitsübergreifende Fähigkeiten und Kenntnisse, zu denen soziale Kompetenz und emotionale Stabilität gehören.

Umso wichtiger gestaltet es sich im Zuge aktueller Strukturänderungen in der beruflichen Rehabilitation, für die betroffenen Jugendlichen effiziente, Fördermaßnahmen zu konzipieren und deren Qualität zu sichern. Evidenzbasierte Trainingsprogramme zur Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen lernbehinderter Jugendlicher existieren bislang in Deutschland nicht.

Das Ziel der durchgeführten Studie bestand darin, ein Trainingsprogramm zur Förderung psychosozialer Kompetenz für regionale berufliche Rehabilitationszentren zu entwickeln und zu evaluieren. Dieses Programm wurde speziell auf die Anforderungen und Bedürfnisse lernbehinderter und gleichzeitig psychosozial auffälliger Jugendlicher zugeschnitten. Es lag in standardisierter Form vor und wurde multimodal konzipiert, beinhaltete somit sowohl kognitive Bausteine wie auch Elemente auf Gefühls- und Verhaltensebene.

Über neun Trainingssitzungen wurden verschiedene Methoden (Modelllernen, Rollenspiele, Alltagsübungen, Coaching durch die Gruppe, theoretische Vermittlung von Handlungsstrategien, Emotionseinheiten mit Selbstverbalisation etc.) zur Steigerung der psychosozialen Kompetenz eingesetzt. Dabei wurde besonders viel Wert darauf gelegt, den Transfer des Trainings durch individualisierte Verhaltenszielsetzungen in den Alltag zu fördern.

Das Training wurde an zwei regionalen beruflichen Rehabilitationseinrichtungen in Ulm und Ravensburg jeweils zwei Mal durchgeführt und prä-post evaluiert. Zudem wurden von den ersten Gruppen der beiden Einrichtungen follow-up Messungen sechs Monate nach der Intervention erhoben, um Langzeiteffekte zu prüfen.

Das Studien-Design war insgesamt dem experimentellen Forschungsdesign klinischer Studien (randomised controlled trial) angeglichen, und die Wirksamkeit der Intervention wurde multimethodal und -modal auf verschiedenen Ebenen

(beobachtbare Handlungskompetenz, Fertigkeitenebene, Verhaltensebene, kognitive Ebene, emotionale Ebene) erfasst. Zur Diagnostik wurden verschiedene standardisierte Fragebogen im Selbst- und Fremdurteil, computerisierte Verfahren, standardisierte Verhaltensbeobachtungen im Alltag und Verhaltenstests in Rollenspielsituationen eingesetzt.

Von 157 Jugendlichen erfüllten 77 Jugendliche die Einschlusskriterien und nahmen an der Studie teil. Sie wurden zufällig der Interventionsgruppe, die das Training absolvierte, oder der Kontrollgruppe, die konventionelle sozialpädagogische Betreuung erhielt, zugewiesen.

Die Ergebnisse zeigten, dass die Effekte des Trainings als durchaus zufriedenstellend interpretiert werden konnten. Das Training wurde von den Jugendlichen gut angenommen und als zufriedenstellend und verständlich beurteilt. Unabhängig vom Stand des kognitiven Leistungsniveaus zeigten sich durch das Training deutliche und stabile Verbesserungen in vielen Bereichen der psychosozialen Kompetenz der Jugendlichen. Besonders auf kognitiver Ebene im Sinne einer verbesserten sozialen Handlungskompetenz und Problemlösekompetenz war dies ersichtlich, aber auch auf Verhaltensebene durch eine klare Verbesserung individuell gesetzter spezifischer Verhaltensziele und allgemein kompetenterer Verhaltensweisen der Jugendlichen im Alltag. Auf emotionaler Ebene war zudem davon auszugehen, dass die Trainingsteilnahme zu einer Reduktion sozialer Ängstlichkeit führte. Weniger eindeutige Ergebnisse zeigten sich für die Bereiche sozialer Fertigkeiten, prosozialen Verhaltens (bezogen auf die Peergroup), allgemeiner emotionaler und Verhaltensprobleme.

Das Trainingsprogramm kann somit künftig zur Förderung der psychosozialen Kompetenz lernbehinderter Jugendlicher und junger Erwachsener als evidenzbasierte, ökonomische und praktikable Intervention eingesetzt werden.

In weiterführenden Studien sollte überprüft werden, wie stabil die erhaltenen Effekte des Trainingsprogramms sind. Die Anwendbarkeit des Programms in stationären Jugendhilfeeinrichtungen oder Förderschulen könnte zusätzlich ein Ziel sein.

## 8 Literaturverzeichnis

Achenbach, T.M. (1991). *Manual of the Child Behaviour Checklist/4-18*. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.

Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Affeldt, M. (1981). *Ein Gruppentraining mit Jugendlichen zur Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz*. Hamburg: unveröffentlichte Diplomarbeit.

Ahrens-Eipper, S. & Lepow, B. (2004). *Mutig werden mit Til Tiger. Ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder*. Göttingen: Hogrefe.

Alexander, R. & Singh, I. (1999). Learning Disability and the Mental Health Act. *British Journal of Developmental Disabilities*, 45,119-122.

Alsleben, H. & Hand, I. (2006). *Soziales Kompetenztraining. Gruppentherapie bei sozialen Ängsten und Defiziten*. München: Elsevier.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington DC: APA.

Bastians, F. & Runde, B. (2002). Instrumente zur Messung sozialer Kompetenzen. *Zeitschrift für Psychologie*, 210 (4),186-196.

Bauminger, N., Schorr & Edelsztein, H. (2005). Social Information Processing and Emotional Understanding in children with LD. *Journal of Learning Disabilities*, 38(1), 45-61.

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(3), 260-271.

Bratting, V. (1997). Gruppentraining zum Erwerb kompetenten Sozialverhaltens im Rahmen beruflicher Rehabilitation - Ein Erfahrungsbericht -. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 29(3), 407-418.

Cooper, S.-A. & Bailey, N. M. (2001). Psychiatric disorders amongst adults with learning disabilities: Prevalence and relationship to ability level. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 18(2), 45-53.

Deb, S. T. & Bright, M. C. (2001a). Mental disorder in adults with intellectual disability. I: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 495-505.

Deb, S. T. & Bright, M. C. (2001b). Mental disorder in adults with intellectual disability. 2: The rate of behaviour disorders among community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 506-514.

Dietrich, M., Goll, M., Tress, J., Schweiger, F. & Hartmann, F. (2001). *hamet 2 Handlungsorientierte Module zur Erfassung und Förderung beruflicher Kompetenzen*. Waiblingen: BWB Waiblingen.

DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2005). *ICF, Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO*.

Döpfner, M., Berner, W., Flechtner, H., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H.-C. (1999). *CASCAP-D Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Hogrefe.

Döpfner, M. & Melchers, P. (1998). *Elterfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, deutsche Bearbeitung der Child Behaviour Checklist (CBCL/4-18), Einführung und Handauswertung. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behaviour Checklist*, Köln.

Döpfner, M., Berner W., Lehmkuhl, G. (1995). Reliabilität und Validität des Youth Self-Report und der Child Behavior Checklist bei einer klinischen Stichprobe. *Diagnostica*, 41 (3), 221-244.

Eberwein, A. (1997). Lernbehinderung- Faktum oder Konstrukt? *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 48 (1),14-22.

Frederickson, N. L. & Furnham, A. F. (2004). Peer assessed behavioural characteristics and sociometric rejection: Differences between pupils who have moderate learning difficulties and their mainstream peers. *British Journal of Educational Psychology*, 74, 391-410.

Gagel, D. E. (1982). *Evaluation eines Gruppentrainings zur Sozialen Kompetenz bei Jugendlichen (GSK-JU) im Alter zwischen 16 und 20 Jahren*. Bamberg: unveröffentlichte Diplomarbeit.

Gillberg, C. & Soderstrom, H. (2003). Learning disability. *Lancet*, 362 (9386), 811-821.

Gresham, F. M. (1993). Social Skills and Learning Disabilities as a Type III error: rejoinder to Conte and Andrews. *Journal of Learning Disabilities*, 26 (3), 154-158.

Gresham, F. M. (1992). Social Skills and Learning Disabilities: Causal, Concomitant, or Correlational? *School Psychology Review*, 21 (3), 348-360.

Grietens, H. & Ghesquière, P. (2002). Verhaltensauffälligkeiten 6-12jähriger Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Lernen. In Wittrock, M., Schroeder, U., Rolus-Borgward & S., Tänzer, U. (Hrsg.). *Lernbeeinträchtigung und Verhaltensstörung*. (S.149-160), Stuttgart: Kohlhammer.



Grünke, M. (2004). Lernbehinderung. In Lauth, G. W., Grünke, M. & Brunstein J. C. *Interventionen bei Lernstörungen* (S. 65-77). Göttingen: Hogrefe.

Haager, D. & Vaughn, S. (1995). Parent, Teacher, Peer, and Self-Reports of the Social Competence of Students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 28(4), 205-215.

Hibbs, E. D. (2001). Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10 (1), 4-11.

McIntosh, R., Vaughn, S. & Zaragoza, N. (1991). A Review of Social Interventions for Students with Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 24(8), 451-458.

Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2002) *Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK*. Weinheim: Beltz.

Horn, W., Lukesch, H., Mayrhofer, S., Kormann, A. (2004). *PSB-R 6-13, Prüfbildungssystem für Schul- und Bildungsberatung für 6. bis 13. Klassen, Revidierte Fassung*. Göttingen: Hogrefe.

Inderbitzen, H. M. & Foster, S. L. (1992). The Teenage Inventory of Social Skills: Development, reliability and validity. *Psychological Assessment*, 4, 451-459.

Joormann, J. & Unnewehr, S. (2002). *Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm*. Göttingen: Hogrefe.

Jugert, G., Rehder, A., Notz, P. & Petermann, F. (2001). *Fit For Life - Module und Arbeitsblätter zum Training sozialer Kompetenzen für Jugendliche*. Weinheim: Juventa.

Junge, J., Neumer, S., Manz, R. & Margraf, J. (2002). *Gesundheit und Optimismus GO- Trainingsprogramm für Jugendliche*. Weinheim: Beltz.

Kanning, U. P. (2003). *Diagnostik sozialer Kompetenzen*. Göttingen: Hogrefe.

Kanning, U. P. (2002). Soziale Kompetenz - Definition, Strukturen und Prozesse. *Zeitschrift für Psychologie*, 210(4), 154-163.

Kavale, K. A. & Mostert, M.P. (2004). Social Skills Interventions for Individuals with Learning Disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 27 (1), 31-43.

Kavale, K.A. & Forness, S.R. (1998). Covariance in learning disability and behaviour disorder: An examination of classification and placement issues. *Advances in learning and behavioural disabilities*, 12, 1-42.

Kavale, K. A. & Forness, S. R. (1996). Social Deficits and Learning Disabilities: A Meta-Analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 29 (3), 226-337.

LeCroy, C. W. & Rose S. D. (1986). Evaluation of preventive interventions for enhancing social competence in adolescents. *Social work research & abstracts*, 22(2), 8-16.

Mattejat, F., Remschmidt, H. (2001). The List of Individual Symptoms for Therapy Evaluation (LISTE) - An efficient method for individualized outcome assessment. In Remschmidt, H., Mattejat, F. (Hrsg.). *Treatment evaluation in child and adolescent psychiatry*, Darmstadt: Steinkopff.

McFadyen, A. (1999). Doubly disadvantaged: Providing a psychotherapeutic and educational service to children with complex disorders and their families. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 4(1), 91-105.

Moosbauer, W. (1980). Learning disability: problems of definition and subject description. *Rehabilitation*, 19 (2), 61-72.

Moher, D. (2000). CONSORT-statement. Verfügbar unter: <http://www.consort-statement.org/>

Moss, S. E., Kiernan, E., Turner, C., Hatton, S., Alborz, C., (2000). Psychiatric symptoms in adults with learning disability and challenging behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 177, 452-456.

Nestler, J., Goldbeck, L. High prevalence of behavioural and emotional symptoms in adolescents and young adults with learning disability: A study in a special vocational school sample. Publikation in Vorbereitung.

Opp, G. A. (1992). German perspective on learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 25(6), 351-360.

Osman, B. B. (2000). Learning disabilities and the risk of psychiatric disorders in children and adolescents. In L. L. Greenhill (Hsg.). *Learning disabilities: Implications for psychiatric treatment. Review of psychiatry series*, Vol. 19. American Psychiatric Publishing.

Osman, B. B. (1987). Promoting social acceptance of children with learning disabilities: An educational responsibility. *Journal of Reading, Writing & Learning Disabilities International*, 3(2), 111 - 118.

Petermann, U. & Petermann, F. (2005). *Training mit aggressiven Kindern*. Weinheim: Beltz.

Petermann, F. & Petermann, U. (2003). *Training mit Jugendlichen - Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten*. Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F. (2002). Das Konzept der sozialen Kompetenz. *Zeitschrift für Psychologie*, 210(4),175-185.

Petermann, U. & Petermann, F. (2000). *Training mit sozial unsicheren Kindern*. Weinheim: Beltz.

- Petermann, F., Jugert, G., Tänzer, U., Rehder & A., Verbeek, D. (1999). *Sozialtraining in der Schule. Materialien für die psychosoziale Praxis. Materialien für die klinische Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Pfingsten, U. (1987). Langzeiteffekte des Gruppentrainings Sozialer Kompetenzen (GSK). *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 35 (3), 211-218.
- Pössel, P., Horn, A.B., Seemann, S. & Hautzinger M. (2004). *Trainingsprogramm zur Prävention von Depressionen bei Jugendlichen. LARS&LISA: Lust an realistischer Sicht und Leichtigkeit im sozialen Alltag*. Göttingen: Hogrefe.
- Pössel, P. & Häußler, B. (2004). Übersetzungs- und Validierungsansätze der deutschen Version des „Teenage Inventory of Social Skills“. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 32(1), 37-43.
- Prosser, H. (1999). An invisible morbidity? *Psychologist*, 12(5), 234-237.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H. & Poustka F. (2001). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 der WHO*. Bern: Huber.
- Roos, S. Petermann, U. (2005). Zur Wirksamkeit des "Trainings mit Jugendlichen" im schulischen Kontext. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53(3),262-282.
- San Miguel, Forness, S. R., Steven, R., Kavale, K. A. (1996). Social skills deficits in learning disabilities: The psychiatric comorbidity hypothesis. *Learning Disability Quarterly* ,19(4),252-261.
- Sayal, K. & Bernard, S. (1998). Trainees`assessment and management of mental illness in adults with mild learning disabilities. *Psychiatric Bulletin*, 22, 571-572.

Schopf, P. /Information der Bundesanstalt für Arbeit (1998). *Lernschwäche, Lernbeeinträchtigung, Lernbehinderung – Aspekte zur Klärung*.

Schwenkmezger, P., Steffgen, G. & Dusi, D. (1999). *Umgang mit Ärger*. Göttingen: Hogrefe.

Simon, B. (2003). Neues Reha-Konzept ist aufgegangen. *Auf Kurs*, 2, 33-35.

Sturmey, P. (2002). Mental retardation and concurrent psychiatric disorder: Assessment and treatment. *Current Opinion in Psychiatry*, 15(5), 489-495.

Ullrich R. & Muynck R. (2001). *ATP Testmappe; Der Unsicherheitsfragebogen Testmanual U*, Stuttgart: Pfeiffer.

Wallander, J. L. & Hubert, N. C. (1987). Peer social dysfunction in children with developmental disabilities: empirical basis and a conceptual model. *Clinical Psychology Review*, 7, 205-221.

Weiß, R. H. (1998). *CFT 20. Grundintelligenztest Skala 2 (CFT 20) mit Wortschatztest (WS) und Zahlenfolgentest (ZF)*. Göttingen: Hogrefe.

Wiener, J. & Schneider, B. (2002). A Multisource Exploration of the Friendship patterns of Children With and Without Learning Disabilities. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (2), 127-141.

## 9 Danksagung

Mein ganz besonderer Dank gilt:

Allen Jugendlichen, die an der Studie teilgenommen haben für ihre Mitarbeit, ihren Eifer und ihre Geduld.

Der Stiftung Liebenau für die Unterstützung dieser Studie.

Frau Gabriele Schneider, sozialtherapeutische Mitarbeiterin des Berufsbildungswerkes Ravensburg, die mich weit über ihre Arbeitszeit hinaus enorm beim Gelingen des Gesamtprojekts fachlich und emotional unterstützte und deren Optimismus und Elan mich immer wieder beeindruckten.

Herrn PD Dr. Lutz Goldbeck für die engagierte Betreuung dieser Arbeit, von dessen Fachwissen und Arbeitsstruktur ich maximal profitieren konnte, und der mir immer ein strenger aber guter Doktorvater war.

Herrn Prof. Dr. Jörg Fegert für die Möglichkeit diese Studie durchzuführen.

Frau Birgit Simon, Leiterin des regionalen Ausbildungszentrums Ulm, Herrn Dr. med. Stefan Thelemann, Leiter des Fachdienstes Diagnostik und Entwicklung des Berufsbildungswerkes Ravensburg und Herrn Herbert Lüdtko, Geschäftsführer des Berufsbildungswerkes Ravensburg, für ihre gute Unterstützung bei der Projektdurchführung.

Den Mitarbeitern des Regionalen Ausbildungszentrums Ulm und des Berufsbildungswerkes Ravensburg, durch deren tatkräftige Unterstützung diese Studie erst ermöglicht wurde (alle Berufsbildungsbegleiter, Lehrer und Ausbilder).

Herrn Gabriel Zell und Frau Dipl.-Psych. Susanne Hellwig-Brida für die schnelle und emsige Dateneingabe.

Den Kolleginnen, die sich als Rollenspielpartnerinnen zur Verfügung gestellt haben, für ihre Geduld und ihren Eifer, insbesondere Nadine Haschler und Julia Pohl.

Meinen Kolleginnen Dipl.-Psych. Tanja Besier, Dipl.-Psych. Miriam Merget-Kullmann und Dipl.-Psych. Dagmar Petermann für ihren unermüdlichen Einsatz beim Beobachterrating.

Frau Diplom-Dokumentarin Christa Lohrmann für die rasante Unterstützung und das große Verständnis bei jeglichen PC-Problemen.

Frau Dipl.-Päd. Tina Kuzniacki für die Vortests.

Meinen Korrekturleserinnen Renate Nestler, Gabriele Schneider und Tanja Besier.

Allen Kollegen und Freunden, die mir in dieser Zeit beigestanden haben, mich bei meiner Arbeit unterstützt und zur rechten Zeit auch abgelenkt haben, vor allem Christina Eichhorn, Laura Weninger, Martina Gutmann, Hanife Örum, Tanja Besier Paul Plener, Miriam Merget-Kullmann, Katrin Albert, Yonca Izat, Anne Kolb, Ulrike Lüken, Eva Häfner und Julia Kern.

Zu guter Letzt danke ich den wichtigsten Menschen in meinem Leben:

Meinem Lebensgefährten Daniel Mühlebach für sein Verständnis und seine emotionale und ganz praktische Unterstützung in dieser Zeit. Ich entschuldige mich für die viele Abwesendheit (physisch und mental) in den letzten Monaten.

Meinen Eltern, die mich wie immer unterstützt und bei Rückschlägen wieder aufgebaut haben.

## 10 Anhang

### 10.1 Beobachtungskategoriensystem

#### Beobachtungskategoriensystem Rollenspiele

Blickkontakt Dauer

..... Sekunden insgesamt

Lautstärke der Stimme

0	0	0	0	0
sehr leise	eher leise	eher laut	laut	sehr laut

Deutlichkeit der Aussprache

0	0	0	0	0
sehr * undeutlich	eher undeutlich	eher deutlich	deutlich	sehr deutlich

(\*z.B. zittrige Stimme, nuscheln/murmeln, Stakkatosprechen, Stottern, undeutliches Sprechen, massiver Dialekt...)

Offene Körperhaltung (OK)

0	0	0	0	0
keine vorhanden*	wenig vorhanden	etwas vorhanden	deutlich vorhanden	sehr deutlich vorhanden

(\* z.B. Verschränken der Arme, Hände in den Hosentaschen, Abwenden vom Gesprächspartner...)

Gestik

0	0	0	0	0
keine Gestik*	wenig	etwas	deutlich	sehr deutlich

(\* Gestik wird nicht unterstützend verwendet, Arme/Hände hängen herunter oder sind in den Hosentaschen...)

**Globale Beurteilung des allgemeinen Durchsetzungsstils:**

Sicherheit des Auftretens

0	0	0	0	0
unsicher *	eher unsicher	eher sicher	sicher	sehr sicher <sup>x</sup>

(\*unsicher: kein Blickkontakt, keine Gestik/Mimik, undeutliche, leise Stimme)

(\*sicher: Blickkontakt, offene Körperhaltung, angemessene Lautstärke und Artikulation der Stimme, Einsatz unterstützender Gestik)



## 10.2 Rollenspielsituationen

### Rollenspielsituation 1: Um Sympathie werben

#### Anweisung Proband:

Du bist neu im RAZ in deiner Ausbildung und kennst niemand. Heute ist dein erster Tag. Abends fährst du mit dem Bus nach Hause. Gegenüber im Bus sitzt ein Mädchen aus deinem Ausbildungskurs. Du möchtest mit ihr ins Gespräch kommen und sie näher kennen lernen. Spreche sie an und versuche ein Gespräch mit ihr aufrecht zu erhalten.

#### Anweisung Rollenspieler:

Situation: Sie spielen einen Ausbildungsteilnehmer im RAZ. Ihr Rollenspielpartner ist neu in ihrem Ausbildungsgang, sie kennen ihn nicht. Sie treffen sich nach dessen erstem Tag im Bus, zufällig sitzen Sie sich gegenüber. Ihr Rollenspielpartner soll Sie nun ansprechen und ein 5-minütiges Gespräch mit Ihnen aufrechterhalten.

Dabei gilt für Sie folgendes:

- Sprechen Sie nicht an, lassen Sie sich ansprechen
- Reagieren Sie freundlich (aber nicht überfreundlich) auf ihr Gegenüber, wenn Sie angesprochen werden (lächeln, Blickkontakt etc.)
- Antworten Sie auf die Ihnen gestellten Fragen. Sollten dies Fragen sein, die mit Ja/Nein zu beantworten sind, antworten Sie auch nur mit ja/nein und versuchen Sie nicht selbst Ihren Partner zum Gespräch zu verleiten.
- Sollten Ihnen offene Fragen gestellt werden, dann können Sie frei antworten und auch länger
- Versuchen Sie nicht die Initiative im Gespräch zu ergreifen, sondern überlassen Sie dies ihrem Rollenspielpartner. Wenn dieser Ihnen Fragen stellt dürfen Sie jedoch anschließend eine passende Gegenfrage formulieren.
- Sollten Sie die letzte Frage gestellt haben, Ihr Partner geantwortet haben, dann ist immer Ihr Partner dran eine neue Frage zu stellen, nicht Sie. Hier kann es passieren, dass Gesprächspausen entstehen.

**Rollenspielzeit: 5 Minuten**

#### Soziale Problemlösefähigkeit Rollenspielsituation 1: Um Sympathie werben

	Kriterien	Beispiele	Punkte
<b>Völlige Übereinstimmung</b>	Ein 3-minütiges Gespräch kann ohne größere Gesprächspausen geführt werden, wobei der Proband Initiative ergreift, viel selbst fragt und Interesse am Gegenüber zeigt und auf den anderen eingehen kann	Alle Kriterien sind erfüllt: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ansprechen des Partners</li> <li>○ offene Fragen stellen</li> <li>○ Zeigt Interesse: auf Partner eingehen, wenn dieser etwas sagt (Gesprächsteile aufgreifen)</li> <li>○ Kann das Gespräch 5 Minuten aufrecht erhalten ohne Gesprächspausen</li> <li>○ Wirkt freundlich</li> <li>○ Angemessenes Verhalten</li> </ul>	2
<b>Teilweise Übereinstimmung</b>	Ein 3-minütiges Gespräch kann nur teilweise ohne größere Gesprächspausen geführt werden, wobei der Proband nur teilweise Initiative ergreift, selbst fragt und Interesse am Gegenüber zeigt und nur teilweise auf den anderen eingehen kann	Nur ein Teil der Kriterien sind erfüllt, nicht alle: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ansprechen des Partners</li> <li>○ offene Fragen stellen</li> <li>○ Zeigt Interesse: auf Partner eingehen, wenn dieser etwas sagt (Gesprächsteile aufgreifen)</li> <li>○ Kann das Gespräch 5 Minuten aufrecht erhalten ohne Gesprächspausen</li> <li>○ Wirkt freundlich</li> <li>○ Angemessenes Verhalten</li> </ul>	1

<b>Keine Übereinstimmung</b>	Ein 3-minütiges Gespräch kann nicht ohne größere Gesprächspausen geführt werden, wobei der Proband nicht die Initiative ergreift oder kaum selbst fragt und kein Interesse am Gegenüber zeigt und nicht auf den anderen eingehen kann	Die wichtigsten Kriterien sind nicht erfüllt, d. h. z.B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ansprechen des Partners gelingt nicht</li> <li>○ Kann das Gespräch 5 Minuten nicht aufrecht erhalten</li> <li>○ Lange Gesprächspausen</li> <li>○ Wirkt massiv schüchtern und gehemmt</li> <li>○ Antwortet nicht/Geht nicht auf Fragen des Partners ein</li> <li>○ Verhalten entspricht nicht der Aufgabenstellung</li> </ul>	0
<b>Negatives Verhalten</b>	Ein 3-minütiges Gespräch kommt nicht zustande bzw. ein Gespräch kommt zwar zustande, aber der Proband verhält sich nicht adäquat, d.h. distanzlos, aggressiv etc.	Möglichkeiten: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wirkt unfreundlich, desinteressiert, distanzlos im Gespräch</li> <li>○ Verhält sich nicht situationsangemessen</li> </ul>	-1

### Rollenspielsituation 2: Sein Recht durchsetzen

#### Anweisung Proband:

Du hast für deine Mutter zum Geburtstag einen schönen und sehr teuren Kerzenständer gekauft. Zuhause angekommen merkst Du, dass der Kerzenständer mehrere Kratzer hat. Du gehst zurück ins Geschäft und möchtest dein Geld zurück. Du bist enttäuscht von dem Laden und möchtest nichts neues mehr dort kaufen.

#### Anweisung Rollenspieler:

Situation: Sie spielen eine Verkäuferin in einem Innendesignmöbelladen. Ihr Rollenspielpartner hat in Ihrem Geschäft einen teuren Kerzenständer gekauft, der jedoch Kratzer hat. Er soll Sie nun ansprechen und Sie dazu bewegen, den Kerzenständer ersetzt zu bekommen (was sein gutes Recht wäre). Allerdings wäre es Ihnen lieber, den Kerzenständer umzutauschen.

Dabei gilt für Sie folgendes:

- Sprechen Sie nicht an, lassen Sie sich ansprechen
- Reagieren Sie freundlich (aber nicht überfreundlich) auf ihr Gegenüber, wenn Sie angesprochen werden (lächeln, Blickkontakt etc.)
- Antworten Sie auf die Ihnen gestellten Fragen.
- Versuchen Sie nicht die Initiative im Gespräch zu ergreifen, sondern überlassen Sie es ihrem Rollenspielpartner sein Anliegen vorzutragen.
- Reagieren Sie, zunächst so, dass Sie versuchen den Probanden dazu zu bewegen, den Kerzenständer umzutauschen statt das Geld zurück zu erhalten, indem Sie nacheinander drei der folgenden Argumente verwenden („das kann ja mal passieren....., das ist ja so ein schöner Kerzenständer, der wird Ihrer Mutter gefallen....., wenn ich Ihnen das Geld zurückgeben muss, dann ist das so kompliziert mit der Abrechnung....., sie wollten doch den Kerzenständer, wieso auf einmal nicht mehr..“), sollte der Partner nach den drei Argumentationen Ihrerseits nicht akzeptiert haben, lenken Sie ein und zahlen das Geld zurück
- Bleiben Sie über das gesamte Gespräch hinweg freundlich, aber bestimmt

**Rollenspielzeit: 5 Minuten**

**Soziale Problemlösefähigkeit Rollenspielsituation 2: Sein Recht durchsetzen**

	<b>Kriterien</b>	<b>Beispiele</b>	<b>Punkte</b>
<b>Völlige Übereinstimmung</b>	Der Proband äußert angemessen seinen Unmut über den zerkratzten Kerzenständer, er bleibt freundlich aber bestimmt, lässt sich von den Argumenten der Verkäuferin nicht einwickeln, entschuldigt sich nicht und erhält so am Ende sein Geld wieder	Alle Kriterien sind erfüllt: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ansprechen des Verkäufers</li> <li>○ Klare Formulierung des eigenen Anliegens</li> <li>○ Angemessener Ausdruck des eigenen Unmutes</li> <li>○ Auf die Argumentation des Gegenübers zwar eingehen, sich jedoch nicht umstimmen lassen ( u. U. „Gegenargumentieren“)</li> <li>○ Bei seinem Standpunkt bleiben und das Geld zurück erhalten</li> <li>○ Dabei freundlich aber bestimmt sein</li> </ul>	2
<b>Teilweise Übereinstimmung</b>	Der Proband äußert teilweise angemessen seinen Unmut über den zerkratzten Kerzenständer, er bleibt freundlich und einigermaßen bestimmt, er lässt sich nicht sofort von den Argumenten der Verkäuferin einwickeln, entschuldigt sich nicht und erhält so am Ende sein Geld wieder oder tauscht den Gegenstand um, jedoch erst nach dem zweiten Argument des Verkäufers	Einige der Kriterien sind erfüllt: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ansprechen des Verkäufers</li> <li>○ Klare Formulierung des eigenen Anliegens</li> <li>○ Angemessener Ausdruck des eigenen Unmutes</li> <li>○ Auf die Argumentation des Gegenübers zwar eingehen, sich jedoch nicht oder nicht sofort umstimmen lassen ( u. U. „Gegenargumentieren“)</li> <li>○ Bei seinem Standpunkt bleiben und das Geld zurück erhalten</li> <li>○ Dabei freundlich aber bestimmt sein</li> </ul>	1
<b>Keine Übereinstimmung</b>	Der Proband beschwert sich nicht wirklich oder er tauscht sofort den Gegenstand um	Die wichtigsten Kriterien sind nicht erfüllt, d. h. z.B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ansprechen des Verkäufers gelingt nicht</li> <li>○ Klare Formulierung des eigenen Anliegens gelingt nicht</li> <li>○ Angemessener Ausdruck des eigenen Unmutes findet nicht statt</li> <li>○ Auf die Argumentation des Gegenübers wird nicht eingegangen bzw. sofort eingeschwenkt</li> <li>○ Bleibt nicht bei seinem Standpunkt und erhält das Geld nicht zurück</li> <li>○ Verhalten entspricht nicht der Aufgabenstellung</li> </ul>	0
<b>Negatives Verhalten</b>	Möglichkeiten: Der Proband verhält sich nicht angemessen, neigt zur Aggressivität/Eskalation	Möglichkeiten: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wirkt unfreundlich, distanzlos im Gespräch</li> <li>○ Verhält sich nicht situationsangemessen</li> <li>○ Wird aggressiv/unverschämt</li> </ul>	-1

### **Rollenspielsituation 3: In Beziehungen zurecht kommen und Umgehen mit Kritik**

#### **Anweisung Proband:**

Du wohnst noch bei deinen Eltern zuhause. Du hast heute wie mit deinen Eltern vereinbart Küchendienst und bist dran mit Geschirrspülmaschine ausräumen. Allerdings hast du es vergessen und bist mit deinen Freunden im Kino gewesen. Nun kommst du gerade heim und deine Mutter ist ärgerlich, weil der Geschirrspüler nicht ausgeräumt war und sie es hat alleine machen müssen. In letzter Zeit hast du öfters den Küchendienst vergessen.

#### **Anweisung Rollenspieler:**

Situation: Sie spielen die Mutter des Probanden. Ihr Rollenspielpartner wohnt noch zuhause und mit den Eltern wurde ein abwechselnder Küchendienst (Geschirrspüler ausräumen) vereinbart. Heute ist er dran, allerdings hat er dies mal wieder (das kam in letzter Zeit öfters vor) vergessen. Sie sind ärgerlich und unmutig darüber, dass Sie nun seine Arbeit erledigen mussten und üben Kritik.

Dabei gilt für Sie folgendes:

- Sie beginnen den Rollenspielpartner anzusprechen und ihn mit der Situation (Geschirrspüler aufräumen vergessen, kam schon öfters vor) zu konfrontieren und sagen, dass Sie das ärgert, dass Sie haben einspringen müssen
- Reagieren Sie nicht abwertend oder unverschämt auf ihr Gegenüber, zeigen Sie jedoch deutlich Ihren Unmut und dass Sie ärgerlich sind
- Lassen Sie Ihrem Rollenspielpartner Zeit auf Ihre berechnete Kritik zu antworten
- Sollte ihr Rollenspielpartner seine Schuldigkeit nicht einsehen wollen/leugnen, dürfen Sie weiter argumentieren und Ihren Unmut äußern
- Machen Sie keinen Lösungsvorschlag für die Situation (nächstes Mal..., oder wir vereinbaren..., vielleicht könntest du...), sollte Ihr Rollenspielpartner jedoch einen angemessenen Vorschlag zur Lösung des Problems machen, können Sie darauf eingehen

**Rollenspielzeit: 5 Minuten**

#### **Soziale Problemlösefähigkeit Rollenspielsituation 3: In Beziehungen zurecht kommen und Umgehen mit Kritik**

	<b>Kriterien</b>	<b>Beispiele</b>	<b>Punkte</b>
<b>Völlige Übereinstimmung</b>	Der Proband nimmt die Kritik an und macht einen konkreten Vorschlag zur Verbesserung/Entschädigung	Alle Kriterien sind erfüllt: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eigenen Fehler zugeben</li> <li>○ Sich entschuldigen</li> <li>○ Verbesserungsvorschlag machen/Entschädigung anbieten</li> <li>○ Ruhig bleiben</li> <li>○ Ärger der Eltern nachvollziehen</li> </ul>	2
<b>Teilweise Übereinstimmung</b>	Der Proband nimmt die Kritik an, macht jedoch keinen Vorschlag zur Verbesserung oder Entschädigung  Oder  Er signalisiert nur Verbesserungsbereitschaft („bemühen“)	Einige der Kriterien sind erfüllt: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eigenen Fehler zugeben</li> <li>○ Sich entschuldigen</li> <li>○ Verbesserungsvorschlag machen/Entschädigung anbieten</li> <li>○ Ruhig bleiben</li> <li>○ Ärger der Eltern nachvollziehen</li> </ul>	1

<b>Keine Übereinstimmung</b>	Der Proband sieht seine Schuld nicht ein, liefert nur Gegenargumente	Die wichtigsten Kriterien sind nicht erfüllt, d. h. z.B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eigenen Fehler werden nicht zugegeben</li> <li>○ Man entschuldigt sich nicht</li> <li>○ Verbesserungsvorschlag machen/Entschädigung wird nicht angeboten</li> <li>○ Antwort entspricht nicht der Aufgabenstellung</li> </ul>	0
<b>Negatives Verhalten</b>	Der Proband verhält sich nicht angemessen, neigt zur Aggressivität/Eskalation	Möglichkeiten: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verhält sich nicht situationsangemessen</li> <li>○ Wird aggressiv/unverschämt</li> <li>○ Streitet alles ab</li> <li>○ Reagiert mit Gegenbeschuldigungen</li> </ul>	-1

## 10.3 Teilnehmerinformation und Einverständniserklärungen für die Jugendlichen und Eltern

Universität Ulm  
Klinik f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie/Psychotherapie  
Steinhövelstr. 5 - 89075 Ulm

---

**Klinik für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie**  
**Ärztlicher Direktor:**  
**Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert**

### Teilnehmerinformation

#### **Titel der Studie: „Entwicklung und Evaluation eines psychosozialen Trainingsprogramms für Jugendliche in der beruflichen Rehabilitation“**

Liebe Reha-Teilnehmer,

Sie haben die Möglichkeit an der oben genannten Studie des RAZ und der Kinder- und Jugendpsychiatrie teilzunehmen. Ziel der Studie ist es, ein Training sozialer Kompetenzen für Jugendliche in der beruflichen Rehabilitation zu entwickeln und auf seine Erfolge zu testen. Dieses Training soll den Jugendlichen in Zukunft helfen, besser in ihrer Ausbildung zurecht zu kommen, Konflikte leichter bewältigen zu können und sich in Teamfertigkeiten zu üben. Dies kann nicht nur der leichteren Bewältigung der Ausbildung dienen, sondern könnte den Jugendlichen auch später im Berufsleben helfen, denn Teamfähigkeit ist eine der zentralen Schlüsselqualifikationen bei ihrer späteren Arbeit.

Um die Wirksamkeit des Trainings optimal zu testen, werden die Jugendlichen, die an der Studie teilnehmen möchten, per Zufallsprinzip der Trainingsgruppe oder der Kontrollgruppe zugeteilt.

Die Teilnehmer der Trainingsgruppe erhalten die Möglichkeit zur Teilnahme an der Trainingsgruppe (9 Termine à 2 Stunden über ca. 4 Monate verteilt). Für die zusätzlich investierte Zeit erhalten die Teilnehmer einen Freizeitausgleich.

Die Teilnehmer, die der Kontrollgruppe zugeteilt sind, erhalten kein Training, sondern die üblichen Angebote und Betreuung im RAZ.

Bei beiden Gruppen werden vor und nach dem Training mithilfe verschiedener Methoden (Fragebögen, videographierte Rollenspiele) vorhandene Verhaltensweisen und Schwierigkeiten im psychosozialen Bereich erhoben (Dauer jeweils ca. 2 Stunden).

Die Untersuchungen und das Kompetenztraining finden im RAZ statt.

#### **Freiwilligkeit**

An diesem Forschungsprojekt nehmen Sie freiwillig teil. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Dieser eventuelle Widerruf hat keine Auswirkungen auf Ihre weitere Betreuung/Ausbildung im RAZ.

#### **ERREICHBARKEIT DES PROJEKTKOORDINATION:**

Sollten während des Verlaufes des Forschungsprojektes Fragen auftauchen, so können Sie folgende(n) Ansprechpartner erreichen:

Dipl.- Psych. J. Nestler, Telefon: 0731-500-41161/-33524

Ansonsten gilt folgende Nummer: 0731-500-33555

**VERSICHERUNG:**

Während der Teilnahme an dem Forschungsprojekt genießen Sie Versicherungsschutz. Es gelten die allgemeinen Haftungsbedingungen.

Einen Schaden, der Ihrer Meinung nach auf das Forschungsprojekt zurückzuführen ist, melden Sie bitte unverzüglich der Projektkoordination.

**SCHWEIGEPFLICHT/DATENSCHUTZ:**

Alle Personen, welche Sie im Rahmen dieses Forschungsprojekts betreuen, unterliegen der Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet.

Die studienbezogenen Untersuchungsergebnisse werden in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet.

Soweit es zur Kontrolle der korrekten Datenerhebung erforderlich ist, dürfen autorisierte Personen (z.B.: des RAZ, der Universität) Einsicht in die Unterlagen der Untersuchungen nehmen.

Sofern zur Einsichtnahme autorisierte Personen nicht der oben genannten Schweigepflicht unterliegen, stellen personenbezogene Daten, von denen sie bei der Kontrolle Kenntnis erlangen, Betriebsgeheimnisse dar, die geheim zu halten sind.

Die im Zuge der Diagnostik und des Trainings erhobenen Videoaufnahmen werden ausgewertet und nach Abschluss des Projektes (2008) gelöscht.

Prof. Dr. Jörg Feger PD Dr. Dipl.-Psych. Lutz Goldbeck Dipl.-Psych. Judith Nestler

Universität Ulm  
Klinik f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie/Psychotherapie  
Steinhövelstr. 5 - 89075 Ulm

---

**Klinik für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie  
Ärztlicher Direktor:  
Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert**

### **Einwilligungserklärung**

**Titel der Studie: „Entwicklung und Evaluation eines psychosozialen Trainingsprogramms für Jugendliche in der beruflichen Rehabilitation“**

Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziel des oben genannten Forschungsprojektes sowie die Befugnis zur Einsichtnahme in die erhobenen Daten hat mir..... ausreichend erklärt.

Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen und habe hierauf Antwort erhalten.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme am Projekt zu entscheiden.

Eine Kopie der Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ich willige in die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ein.

.....  
(Name des Teilnehmers)

.....  
Ort, Datum

.....  
(Unterschrift des Teilnehmers)



**Information und Einwilligungserklärung zum Datenschutz**

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Sie erhoben. Die Speicherung, Auswertung und Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/Krankheitsdaten auf Fragebögen und insbesondere auch die Videoaufnahme von mir auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden. Dabei wurde mir mitgeteilt, dass die Videoaufnahme von mir zum Ende der Studie (2008) aufgehoben und dann vernichtet werden.
2. Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person (z.B.: des RAZ, der Universität) in meine erhobenen personenbezogenen Daten Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde(n) ich den Arzt/Psychologen von der ärztlichen Schweigepflicht.

.....

(Name des Teilnehmers)

.....  
Ort, Datum

.....  
(Unterschrift des Teilnehmers)

### Schweigepflichtentbindung

#### **Titel der Studie: „Modifikation und Evaluation eines psychosozialen Kompetenzprogramms für Jugendliche in der beruflichen Rehabilitation“**

Im Rahmen der o. g. Studie entbinde ich den medizinisch-psychologischen Dienst/die Abteilung Assessment und Training des RAZ von der Schweigepflicht bezüglich meiner Ergebnisse der Routinediagnostik, also den Fragebögen **CBCL**, **YSR** und der Leistungsdiagnostik mit dem **PSB** gegenüber den Mitarbeitern o. g. Studie. Ich bin einverstanden, wenn diese Daten im Rahmen des o. g. Forschungsprojektes in anonymisierter Form verwendet werden.

Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen und habe hierauf Antwort erhalten.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme am Projekt zu entscheiden.

Eine Kopie der Schweigepflichtentbindung habe ich erhalten.

Ich willige in die Schweigepflichtentbindung im Rahmen dieses Forschungsprojekts ein.

.....  
(Name des Teilnehmers)

.....  
(Unterschrift des Teilnehmers)

.....  
Ort, Datum

**Klinik für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie  
Ärztlicher Direktor:  
Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert**

Universität Ulm  
Klinik f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie/Psychotherapie  
Steinhövelstr. 5 - 89075 Ulm

---

### Elterninformation

#### **Titel der Studie: „Entwicklung und Evaluation eines psychosozialen Trainingsprogramms für Jugendliche in der beruflichen Rehabilitation“**

Liebe Eltern,

Ihr Sohn/Ihre Tochter hat die Möglichkeit an der oben genannten Kooperationsstudie des RAZ und der Kinder- und Jugendpsychiatrie teilzunehmen. Ziel der Studie ist es, ein Training sozialer Kompetenzen für Jugendliche in der beruflichen Rehabilitation zu entwickeln und auf seine Erfolge zu testen. Dieses Training soll den Jugendlichen in Zukunft helfen, besser in ihrer Ausbildung zurecht zu kommen, Konflikte leichter bewältigen zu können und sich in Teamfertigkeiten zu üben. Dies kann nicht nur der leichteren Bewältigung der Ausbildung dienen, sondern könnte den Jugendlichen auch später im Berufsleben helfen, denn Teamfähigkeit ist eine der zentralen Schlüsselqualifikationen bei ihrer späteren Arbeit.

Um die Wirksamkeit des Trainings optimal zu testen, werden die Jugendlichen, die an der Studie teilnehmen möchten, per Zufallsprinzip der Trainingsgruppe oder der Kontrollgruppe zugeteilt.

Die Jugendlichen der Trainingsgruppe erhalten die Möglichkeit zur Teilnahme an der Trainingsgruppe (9 Termine à 2 Stunden über ca. 4 Monate verteilt). Für die zusätzlich investierte Zeit erhalten die Jugendlichen einen Freizeitausgleich.

Die Jugendlichen, die der Kontrollgruppe zugeteilt sind, erhalten kein Training, sondern die üblichen Angebote und Betreuung im RAZ.

Bei beiden Gruppen werden vor und nach dem Training mithilfe verschiedener Methoden (Fragebögen, videographierte Rollenspiele) vorhandene Verhaltensweisen und Schwierigkeiten im psychosozialen Bereich erhoben (Dauer jeweils ca. 2 Stunden).

Die Untersuchungen und das Kompetenztraining finden im RAZ statt.

#### **Freiwilligkeit**

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist freiwillig. Ihr Einverständnis kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Dieser eventuelle Widerruf hat keine Auswirkungen auf die weitere Betreuung/Ausbildung Ihres Kindes im RAZ.

#### **ERREICHBARKEIT DER PROJEKTKOORDINATION:**

Sollten während des Verlaufes des Forschungsprojektes Fragen auftauchen, so können Sie folgende(n) Ansprechpartner erreichen:

Dipl.- Psych. J. Nestler, Telefon: 0731-500-41161/-33524

Ansonsten gilt folgende Nummer: 0731-500-33555

#### **VERSICHERUNG:**

Während der Teilnahme an diesem Forschungsprojekt besteht Versicherungsschutz. Es gelten die allgemeinen Haftungsbedingungen. Einen Schaden, der Ihrer Meinung nach auf das Forschungsprojekt zurückzuführen ist, melden Sie bitte unverzüglich der Projektkoordination.

**SCHWEIGEPFLICHT/DATENSCHUTZ:**

Alle Personen, welche Ihr Kind im Rahmen dieses Forschungsprojekts betreuen, unterliegen der Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet.

Die studienbezogenen Untersuchungsergebnisse werden in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet.

Soweit es zur Kontrolle der korrekten Datenerhebung erforderlich ist, dürfen autorisierte Personen (z.B.: des RAZ, der Universität) Einsicht in die Unterlagen der Untersuchungen nehmen.

Sofern zur Einsichtnahme autorisierte Personen nicht der oben genannten Schweigepflicht unterliegen, stellen personenbezogene Daten, von denen sie bei der Kontrolle Kenntnis erlangen, Betriebsgeheimnisse dar, die geheim zu halten sind.

Die im Zuge der Diagnostik und des Trainings erhobenen Videoaufnahmen werden ausgewertet und nach Abschluss des Projektes (2008) gelöscht.

Prof. Dr. Jörg Fegert PD Dr. Dipl.-Psych. Lutz Goldbeck Dipl.-Psych. Judith Nestler

**Klinik für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie  
Ärztlicher Direktor:  
Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert**

Universität Ulm  
Klinik f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie/Psychotherapie  
Steinhövelstr. 5 - 89075 Ulm

---

**Einwilligungserklärung für Eltern**

**Titel der Studie: „Entwicklung und Evaluation eines psychosozialen Trainingsprogramms für Jugendliche in der beruflichen Rehabilitation“**

Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziel des oben genannten Forschungsprojektes sowie die Befugnis zur Einsichtnahme in die erhobenen Daten hat mir/uns ..... ausreichend erklärt.

Ich/Wir hatte(n) Gelegenheit Fragen zu stellen und habe(n) hierauf Antwort erhalten.

Ich/Wir hatte(n) ausreichend Zeit, mich/uns für oder gegen die Teilnahme meines/unseres Kindes am Projekt zu entscheiden.

Eine Kopie der Elterninformation und Einwilligungserklärung habe(n) ich/wir erhalten.

Ich/Wir willigen in die Teilnahme unseres Kindes an diesem Forschungsprojekt ein.

.....  
(Name des Kindes)

.....  
(Unterschrift des Vaters)

.....  
Ort, Datum

.....  
(Unterschrift der Mutter)

**Information und Einwilligungserklärung zum Datenschutz**

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Ihr Kind erhoben. Die Speicherung, Auswertung und Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

3. Ich/Wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/Krankheitsdaten und insbesondere auch die Videoaufnahme meines/unseres Kindes auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden. Dabei wurde mir mitgeteilt, dass die Videoaufnahme von meinem Kind bis zum Ende der Studie (2008) aufgehoben und dann vernichtet werden.
4. Außerdem erkläre(n) ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person (z.B.: des RAZ, der Universität) in die erhobenen personenbezogenen Daten meines/unseres Kindes Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde(n) ich/wir den Arzt/Psychologen von der ärztlichen Schweigepflicht.

.....

(Unterschrift des Vaters)

.....  
Ort, Datum

.....  
(Unterschrift der Mutter)

### Schweigepflichtentbindung

#### **Titel der Studie: „Entwicklung und Evaluation eines psychosozialen Kompetenzprogramms für Jugendliche in der beruflichen Rehabilitation“**

Im Rahmen der o. g. Studie entbinde ich den medizinisch-psychologischen Dienst/die Abteilung Assessment und Training des RAZ von der Schweigepflicht bezüglich der Ergebnisse der Routinediagnostik, also den Fragebögen **CBCL**, **YSR** und der Leistungsdiagnostik mit dem **PSB** gegenüber den Mitarbeitern o. g. Studie, damit die Daten in anonymisierter Form verwendet werden können.

Ich/Wir hatte(n) Gelegenheit Fragen zu stellen und habe(n) hierauf Antwort erhalten.

Ich/Wir hatte(n) ausreichend Zeit, mich/uns für oder gegen die Teilnahme meines/unseres Kindes am Projekt zu entscheiden.

Eine Kopie der Schweigepflichtentbindung habe(n) ich/wir erhalten.

Ich/Wir willigen in die Schweigepflichtentbindung im Rahmen dieses Forschungsprojekts ein.

.....  
 (Name des Kindes)

.....  
 (Unterschrift des Vaters)

.....  
 Ort, Datum

.....  
 (Unterschrift der Mutter)

## 10.4 Wissensfragebogen

### Quiz zur Sozialen Kompetenz

1. Was bedeutet es, sich „sozial kompetent“ zu verhalten/ was ist soziale Kompetenz, fallen dir Beispiele dazu ein! Versuche zu erklären!

.....

.....

.....

.....

2. Sich in einem Streit zu behaupten ist gar nicht so einfach. Inwiefern kann man sich da ungunst verhalten, was passiert dann?

.....

.....

.....

3. Wenn ich schnell wütend und angegriffen in einer Auseinandersetzung reagiere, dann hat das folgende Nachteile:

.....

.....

4. Wenn ich sehr schüchtern bin und mich nicht traue, zu sagen, was ich möchte, dann könnte das folgende Nachteile haben:

.....

.....

5. Fallen dir allgemeine Regeln, die man beachten sollte, wenn man miteinander einen Streit löst/sich bespricht, ein?

.....

.....

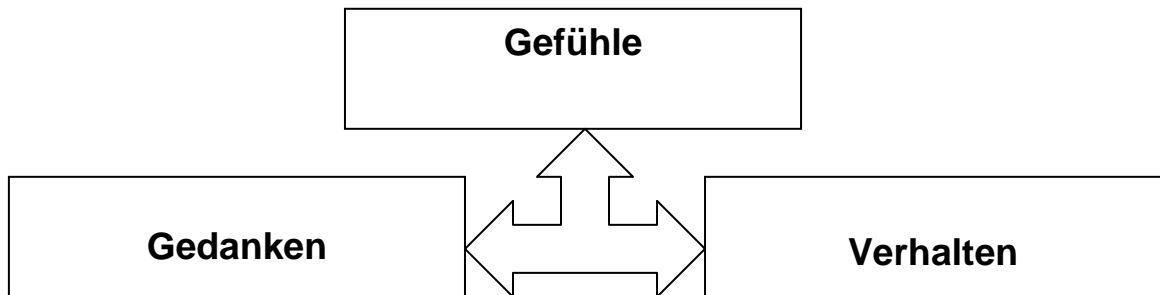


.....  
.....

6. Wie würdest du vorgehen im Gespräch, um einen Streit sinnvoll zu lösen?

.....  
.....  
.....  
.....

7. Schau dir folgende Zeichnung genau an:



8. Versuch zu erklären, was die Zeichnung bedeuten könnte!

.....  
.....  
.....  
.....

9. Was würdest du einem Mitschüler raten, der große Angst davor hat, ein Referat zu halten? Was sind deine Tipps, was soll er machen?

.....  
.....  
.....  
.....

10. Was würdest du einer Mitschülerin raten, die ständig mies drauf ist, schlechte Laune hat und kaum mehr etwas unternimmt?

.....  
.....  
.....  
.....

11. Was erwartest du dir von der Sozialen Kompetenzgruppe/ was möchtest du lernen/wobei soll dir geholfen werden?

.....  
.....  
.....  
.....

12. Was sind deine Befürchtungen bezüglich der Gruppe, was magst du auf keinen Fall/gibt es etwas wovor du Angst hast?

.....  
.....  
.....

Wenn dir einige Dinge schwer gefallen sind beim Antworten, oder du neugierig geworden bist, was es dazu für Einfälle und Ideen gibt, dann bist du richtig in unserer Gruppe!

Willkommen im SOKO (Sozialen Kompetenztraining) !!!

## 10.5 Lebenslauf

### Persönliche Angaben

Name: Dipl.- Psych. Judith Nestler  
 Wohnhaft: Friedenstrasse 22, 89073 Ulm  
 Geburtsort: Lahr  
 Geburtstag: 2.5.1978  
 Familienstand: ledig

---

### Berufserfahrung

- 06/03-12/03                      Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Psychologie, Abteilung Klinische und Entwicklungspsychologie, Freie Mitarbeit als geprüfte wissenschaftliche Hilfskraft im Forschungsprojekt „Arbeitssituation pädagogischer Mitarbeiter/innen in der Jugendhilfe“
- Planung, Organisation der Studie, statistische Datenauswertung, Publikationserstellung
- 08/03- 08/04                      Anstellung an der Universitätsklinik Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie; Psychologin im Praktikum
- Diagnostik, Fallführung, Psychotherapie
- 09/03-08/04                      Universitätsklinik Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie; Freie Mitarbeit als geprüfte wissenschaftliche Hilfskraft im Forschungsprojekt „Psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen“
- Dateneingabe, Organisation, Kongressbegleitung
- Seit 08/04                              Anstellung an der Universitätsklinik Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
- klinische Tätigkeit (50%): Diagnostik, Fallführung, Psychotherapie, Praktikantenanleitung in der Institutsambulanz
  - Forschungstätigkeit (50%): Entwicklung und Evaluation eines psychosozialen Kompetenzprogramms für lernbehinderte Jugendliche in der beruflichen Rehabilitation
  - Promotionsstudentin der Humanbiologie
- Seit 07/07                              - Klinische Tätigkeit (100%) Diagnostik, Fallführung, Psychotherapie, Praktikantenanleitung in der Institutsambulanz (50%) und auf der Kinderstation (50%)

## Ausbildung

Seit 04/03 Mitglied des Stuttgarter Zentrums für Verhaltenstherapie (SZVT) für die Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

---

## Veröffentlichungen

- 2003  
Castello, A. & Nestler J.: Testdiagnostik an Erziehungsberatungsstellen: Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung in der Bundesrepublik. Informationen für Erziehungsberatungsstellen 1/03, 2003, S. 31-35.
- Castello, A. & Nestler J.: Testdiagnostik an Erziehungsberatungsstellen: Praxis psychologischer Testdiagnostik an Erziehungsberatungsstellen. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 35. Jg. (3), 2003, 555-566.
- 2007  
Nestler, J., Goldbeck, L.: High prevalence of behavioural and emotional symptoms in adolescents and young adults with learning disability: A study in a special vocational school sample. Publikation in Vorbereitung.
- 

## Praktika

- 08/00-10/00  
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik in Freiburg, Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Mitarbeit in Ambulanz und Tagesklinik mit Schwerpunkt Diagnostik
- 11/01-02/02  
Auslandspraktikum an der Chuenchom Technology-Thai-German-School, Saraburi, Thailand
- Projektarbeit im Bereich Lehre und pädagogische Psychologie
- 02/02-03/02  
Abteilung Luft- und Raumfahrtpsychologie des Deutschen Zentrums für Luft- und Raumfahrt, Hamburg
- Hospitation bei Eignungsuntersuchungen, Datenanalyse und Auswertung
- 

## Schulbildung

- 1984-1988  
Grundschule in Lahr
- 1988-1997  
Scheffलगymnasium Lahr; Abschluss: Allgemeine Hochschulreife (1,8)

**Studium**

Grundstudium

10/97-10/99

Grundstudium der Psychologie an der Universität Freiburg

- Vordiplom (1,6)

Hauptstudium

10/99-04/03

Abschluss des Psychologiestudiums an der Universität Freiburg  
(1,2)

Schwerpunkte:

- Arbeits- und Organisationspsychologie (1,0)
- Neuropsychologische Diagnostik und Rehabilitation (Klinische) (1,0)

**Weitere Kenntnisse**

Englisch

gut

Französisch

gut

EDV-Kenntnisse

Microsoft Word, Microsoft Excel, Microsoft Outlook, Microsoft Power Point, Internet Explorer, SPSS, SAS, Psyndex, Psyclit, Medline

Diagnostik-Kenntnisse

sämtliche gängige Testverfahren im Kinder- und Jugendbereich

Führerschein Kl. III

Ulm, den 23.07.2007