Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln
Direktor: Universitätsprofessor Dr. med G. Lehmkuhl

Entwicklung und Evaluation eines Therapieprogramms zur Behandlung Jugendlicher mit Leistungs- und Gleichaltrigenproblemen (SELBST-Gruppe): Effekte bezogen auf Gleichaltrigenprobleme

Inaugural Dissertation zur Erlangung der Würde
eines doctor rerum medicinalium
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Ruth Maiwald geb. Aretz
aus Mönchengladbach

Promoviert am 19. Januar 2011

Dekan: Universitätsprofessor Dr. J. Klosterkötter

1. Berichterstatter: Universitätsprofessor Dr. sc. hum. M. Döpfner
2. Berichterstatter: Professor Dr. rer. nat. Dr. rer. medic. R. Pukrop

Erklärung:

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Quellen sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich Unterstützungsleistungen von Herrn Univ.-Prof. Dr. sc. hum. M. Döpfner erhalten.

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und ist auch nicht veröffentlicht.

Köln, den 03.04.2010

Die Erarbeitung des Konzeptes dieser Dissertation erfolgte unter Anleitung von Herrn Univ.-Prof. Dr. sc. hum. M. Döpfner, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln.
Die dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten wurden von mir in Zusammenarbeit mit einem Kollegen, Herrn Dipl.-Psych. Daniel Feldkötter, erhoben. Die im Rahmen dieser Arbeit untersuchten Variablen wurden von mir selbst erhoben und ausgewertet. Die Probanden der Studie wurden von mir und Herrn Dipl.-Psych. D. Feldkötter in der Spezialambulanz für Jugendliche der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln, der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie an der Universität zu Köln, der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Kliniken der Stadt Köln sowie einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis in Köln-Ehrenfeld behandelt.

Danksagung

An erster Stelle möchte ich Herrn Univ.-Prof. Dr. sc. hum. M. Döpfner meinen Dank aussprechen, dass er es mir ermöglichte, im Rahmen seiner Arbeitsgruppe SELBST zu promovieren. Er hat mir während dieser Zeit bei Fragen immer hilfreich zur Seite gestanden.
Stellvertretend für die Mitglieder der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie sei dem Stiftungsvorstand, Herrn Prof. Dr. W. Fiegenbaum, für Anregungen und die finanzielle Förderung dieser Studie gedankt. Ein besonderes Dankeschön gilt auch der Leiterin des Instituts Köln, Frau Dr. Dipl. Psych. A. Görtz-Dorten, die für die Belange ihrer Stipendiaten immer ein offenes Ohr hat.
Bei Herrn Professor Dr. med. G. Lehmkuhl, Herrn Prof. Dr. med. C. Wewetzer und Herrn G. Langner möchte ich mich bedanken, dass ich die Untersuchung in ihren Kliniken bzw. seiner Praxis durchführen konnte.
Den Mitarbeitern der Arbeitsgruppe SELBST möchte ich für die Kooperation und die wertvollen Anregungen während der Studie danken. Insbesondere gilt mein Dank Herrn Dipl.-Psych. D. Feldkötter für die gute Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung von der Planung der Studie bis zur Fertigstellung der Dissertationsschrift.
Des Weiteren danke ich Herrn Prof. Dr. H. Hoijtink von der Universität Utrecht für die Beratung hinsichtlich statistischer Fragen.
Bei Frau Dipl.-Psych. J. Troost und meinem Vater möchte ich mich für die Geduld beim Korrekturlesen und die wertvollen Tipps bedanken.
Ein Dankeschön auch an T. Lindenschmidt für die Hilfe bei der Formatierung dieser Arbeit.
Ein ganz großer und besonderer Dank gilt meinen Eltern, ohne deren vielfältige Unterstützung mir das Erstellen dieser Arbeit nicht möglich gewesen wäre. Nicht zuletzt auch ein herzliches Dankeschön an meinen Mann Tobias Maiwald, der in dieser Zeit immer für mich da war.

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS VII

EINLEITUNG 1

1 THEORIE 4

1.1 Das Jugendalter 4

1.1.1 Wandel der psychologischen Betrachtungsweise der Jugend 4
1.1.2 Das Konzept der Entwicklungsaufgaben 7

1.2 Peerbeziehungen 9

1.2.1 Begriffsklärungen – Einführung in das Kapitel 9
1.2.2 Die Entwicklung von Peer-Beziehungen 9
1.2.3 Funktionen von Peers im Jugendalter 12
1.2.4 Chancen und Risiken von Peerbeziehungen: Empirische Befunde 14
1.2.4.1 Peerbeziehungen, seelische Gesundheit und Entwicklungschancen 15
1.2.4.2 Zusammenhänge zwischen Peerbeziehungen & expansivem Problemverhalten 16
1.2.4.3 Peerbeziehungen und internalisierendes Problemverhalten 18

1.3 Diagnostische Einordnung von Gleichaltrigenproblemen 19

1.3.1 Introversive Störungen 21
1.3.1.1 Soziale Phobie 21
1.3.1.2 Depressive Störungen 22
1.3.2 Expansive Störungen 24
1.3.2.1 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) 24
1.3.2.2 Störung des Sozialverhaltens 25

1.4 Ätiologie und Aufrechterhaltung von Gleichaltrigenproblemen 27

1.4.1 Konstitutionelle Faktoren 29
1.4.2 Sozialisationsbedingungen 31
1.4.3 Sozial-kognitive Informationsverarbeitung 35
1.4.4 Model of children's social interactions 40

1.5 Ansätze zur Behandlung Jugendlicher mit Gleichaltrigenproblemen 45

1.5.1 Behandlungsansätze und Therapieprogramme für Kinder und Jugendliche mit sozialen Ängsten 46
1.5.1.1 Die kognitiv-behaviorale Gruppentherapie für sozial ängstliche Jugendliche 47
1.5.1.2 Das „Social Effectiveness-Trainig“ für sozialphobische Kinder (SET-C) 48
1.5.2 Behandlungsansätze und Therapieprogramme für Kinder und Jugendliche mit Depressionen 49
1.5.2.1 „Coping with Depression Course for Adolescents” bzw. „Stimmungsprobleme bewältigen“ 49
1.5.2.2 Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen 51
1.5.3 Behandlungsansätze und Therapieprogramme für Kinder und Jugendliche mit Störung des Sozialverhaltens 52
1.5.3.1 Ärgerkontrolltraining 52
1.5.3.2 Problemlösetraining 53
1.5.4 Behandlungsansätze und Programme im Rahmen der Prävention 54
1.5.4.1 Training mit Jugendlichen zur Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten 54
1.5.4.2 „Fit for Life“ –Training sozialer Kompetenz für Jugendliche 55
1.5.4.3 Gesundheit und Optimismus GO, Trainingsprogramm für Jugendliche 56

1.6 Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung von Therapieprogrammen 58

2 DAS THERAPIEPROGRAMM SELBST-GRUPPE 60

2.1 Konzeptuelle Grundlagen 60

2.1.1 Der Selbstmanagement-Ansatz 60
2.1.2 Übertragung des Selbstmanagement-Modells auf die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen 65
2.1.3 Das SELBST-Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen 68

2.2 Entwicklung eines Gruppentherapieprogramms für Jugendliche mit Leistungs- und Gleichaltrigenproblemen 73

2.2.1 Indikation 73
2.2.2 Vor- und Nachteile des gruppentherapeutischen Settings 75
2.2.3 Behandlungsformat 77
2.2.4 Behandlungsmodule 79
2.2.4.1 Informationsverarbeitung 80
2.2.4.2 Grundannahmen 81

2.2.4.3 Affektregulation 82
2.2.4.4 Fertigkeiten 83
2.2.5 Inhalte und Aufbau der Gruppensitzungen 83

3 METHODIK 88

3.1 Forschungsziele 88

3.2 Stichprobe 89

3.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien 89
3.2.2 Beschreibung der Stichprobe 90

3.3 Evaluationsinstrumente 93

3.3.1 Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18) 93
3.3.2 Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18) 94
3.3.3 Depressionsinventar für Kinder- und Jugendliche (DIKJ) 94
3.3.4 Fremd- und Selbstbeurteilungsbogen Depressive Störungen (FBB/SBB-DES) 95
3.3.5 Fremd- und Selbstbeurteilungsbogen Angst (FBB/SBB-ANG) 96
3.3.6 Fremd- und Selbstbeurteilungsbogen Störung des Sozialverhaltens (FBB/SBB-SSV) 96
3.3.7 Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) 96
3.3.8 The Adolescent Interpersonal Competence Questionnaire (AICQ) und die deutschsprachige Version (AICQ-Ü) 97
3.3.9 Individuelle Problemliste (IPL) 98
3.3.10 Deine Meinung (DEME) 99
3.3.11 Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung (FZB-J, FZB-El) 99

3.4 Ablauf der Studie 102

3.5 Untersuchungsdesign 103

3.6 Statistische Auswertung 105

3.7 Hypothesen 108

3.7.1 Abnahme internalisierenden Problemverhaltens 108
3.7.2 Abnahme externalisierenden Problemverhaltens 109
3.7.3 Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und der sozialen Kompetenzen 110
3.7.4 Verbesserung der Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen 111

3.7.5 Zufriedenheit mit der Behandlung 111

4 ERGEBNISSE 112

4.1 Reduktion internalisierenden Problemverhaltens 113

4.1.1 Reduktion internalisierenden Problemverhaltens im YSR/11-18 und in der CBCL/4-18 113

4.1.2 Reduktion depressiver Symptomatik im DIKJ und SBB/FBB-DES 119

4.1.3 Reduktion der generalisierten und sozialen Ängstlichkeit im SBB/ FBB-ANG 126

4.2 Reduktion externalisierenden Problemverhaltens 135

4.2.1 Reduktion externalisierenden Problemverhaltens im YSR/11-18 und in der CBCL/4-18 136

4.2.2 Reduktion oppositionell-dissozialen Verhaltens im SBB/FBB-SSV 140

4.3 Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und der sozialen Kompetenzen 146

4.3.1 Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung im SWE 147

4.3.2 Zunahme sozialer Kompetenzen im AICQ-Ü 149

4.4 Verbesserung der individuellen Gleichaltrigenprobleme 151

4.5 Akzeptanz des Gruppenprogramms und Zufriedenheit mit der Behandlung 155

4.5.1 Deine Meinung (DEME) 156

4.5.2 Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung 159

5 DISKUSSION 169

5.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse 169

5.1.1 Lässt sich durch die Teilnahme an der Intervention internalisierendes Problemverhalten verringern? 169

5.1.2 Lässt sich durch die Teilnahme an der Intervention externalisierendes Problemverhalten verringern? 171

5.1.3 Lassen sich durch die Teilnahme an der Intervention Selbstwirksamkeitserwartungen und soziale Kompetenzen steigern? 173

5.1.4 Lassen sich durch die Teilnahme an der Intervention die individuellen Gleichaltrigenprobleme verringern? 173

5.1.5 Wie ist die Akzeptanz und Zufriendenheit mit dem entwickelten Therapieprogramm einzuschätzen? 174

5.1.6 Zusammenfassende Bewertung 175

5.2 Schwächen und Stärken der Studie 176

5.3 Schlussfolgerungen für weitere Studien und die Behandlung Jugendlicher mit Gleichaltrigenproblemen 180

6 ZUSAMMENFASSUNG 182

7 LITERATURVERZEICHNIS 183

8 ANHANG 217

9 LEBENSLAUF 379

Einleitung

Die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen erfordert in Abgrenzung zur Behandlung von Kindern und Erwachsenen spezifische Kompetenzen. Nicht selten sind Therapeuten mit dem Problem konfrontiert, dass Jugendliche nicht aus eigener Motivation heraus vorstellig werden, sondern von Eltern, Lehrern oder anderen Instanzen zur Therapie geschickt werden, was sich negativ auf die „compliance“ auswirkt und die Wahrscheinlichkeit von Therapieabbrüchen erhöht - trotz offensichtlich hoher Belastung der Jugendlichen und ihres Umfeldes. In der Jugendlichenpsychotherapie gestaltet sich häufig auch die diagnostische Einordnung der geschilderten Beschwerden in die gängigen Klassifikationssysteme als schwierig, da nicht selten ein Konglomerat unspezifischer Symptome geschildert wird (Rademacher, Walter & Döpfner, 2002). Basierend auf langjährigen klinischen Erfahrungen der Schwerpunktambulanz für Jugendliche in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Klinikum der Universität zu Köln, wurde in einer Arbeitsgruppe (Walter, Rademacher, Schürmann & Döpfner) entschieden, die störungsspezifische Sichtweise zugunsten einer pragmatischen Einteilung in vier typische adoleszentenspezifische Problembereiche, nämlich Selbstwert-, Leistungs-, Familien- und Gleichaltrigenprobleme, aufzugeben. Zur Behandlung wurden diesbezüglich kognitiv-behaviorale Interventionen entwickelt, die den Besonderheiten des Jugendalters Rechnung tragen. Der aus dem Erwachsenenbereich stammende Selbstmanagementansatz von Kanfer (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006) wurde als konzeptuelle Grundlage für die Entwicklung eines störungsübergreifenden, an den Ressourcen und Kompetenzen des Jugendlichen ansetzenden Therapieprogramms als besonders geeignet erachtet, da er die Autonomiebestrebungen des Jugendlichen unterstützt und zum Aufbau von Therapiemotivation beiträgt. Mittlerweile wurden zwei Bände des Therapieprogramms für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen – kurz SELBST genannt – veröffentlicht, im ersten werden die Grundlagen der Selbstmanagementtherapie bei Jugendlichen beschrieben (Walter, Rademacher, Schürmann & Döpfner, 2007), im zweiten werden die Leistungsprobleme im Jugendalter fokussiert (Walter & Döpfner, 2009). Zwei weitere Bände für die anderen genannten Problembereiche sind in Planung.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, auf der Grundlage des SELBST-Therapieprogramms ein Gruppenmanual für Jugendliche mit Leistungs- und Gleichaltrigenproblemen zu entwickeln und dieses in einer ersten Studie auf Akzeptanz, Durchführbarkeit und Wirksamkeit hin zu überprüfen. Die Entwicklung der Interventionen und die Datenerhebung erfolgten in Zusammenarbeit mit einem Kollegen, der im Rahmen

einer separaten Dissertation (Feldkötter, in Vorbereitung) den Bereich der Leistungsprobleme behandelt, während sich die vorliegende Arbeit dem Bereich der Gleichaltrigenprobleme widmet.

Im Theorieteil dieser Arbeit werden zunächst die Besonderheiten des Jugendalters und wichtige Funktionen von Gleichaltrigenbeziehungen in diesem Lebensabschnitt aufgezeigt, die nicht durch Eltern oder andere Sozialisationsinstanzen ersetzt werden können. Psychische Störungsbilder, die mit Gleichaltrigenproblemen assoziiert sind, werden skizziert, außerdem werden relevante ätiologische und aufrechterhaltende Faktoren von Gleichaltrigenproblemen herausgearbeitet. Die Ausführungen verdeutlichen, dass Schwierigkeiten im Kontakt mit Gleichaltrigen – die sich im Sinne einer dimensionalen Sichtweise von ausgeprägtem sozialen Rückzugsverhalten bis hin zu einer deutlich aggressiven Beziehungsgestaltung manifestieren können – die weitere Entwicklung deutlich gefährden, was die Notwendigkeit von effektiven Behandlungsansätzen in diesem Bereich unterstreicht. Die Relevanz des Themas wird zusätzlich dadurch erhöht, dass es trotz der offensichtlichen Bedeutsamkeit bisher kaum evaluierte Therapieprogramme gibt, die speziell auf die Behandlung von Gleichaltrigenproblemen ausgerichtet sind. Bisher wird der Bereich überwiegend im Rahmen von Präventionsprogrammen oder als ein Baustein in störungsspezifischen Manualen abgedeckt.

Vorhandene Interventionsansätze und Programme werden vorgestellt und – soweit vorhanden – die Ergebnisse von Wirksamkeitsuntersuchungen aufgezeigt. Daraus werden Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung von Therapieprogrammen in diesem Bereich abgeleitet. Das im Rahmen dieser Arbeit entwickelte Therapieprogramm SELBST-Gruppe zur Behandlung Jugendlicher mit Leistungs- und Gleichaltrigenproblemen wird im zweiten Teil der Arbeit dargestellt, wobei zunächst die konzeptuellen Grundlagen beschrieben werden, bevor die Interventionen für den Gleichaltrigenbereich genauer erörtert werden. Im Methodenteil werden als erstes die im Rahmen der durchgeführten empirischen Studie zu beantwortenden Fragstellungen skizziert. Es folgt eine Beschreibung der Stichprobe, der eingesetzten Evaluationsinstrumente, des organisatorischen Rahmens und Ablaufs, des Untersuchungsdesigns, der Auswertungsprozeduren sowie der zu untersuchenden Hypothesen. Die Ergebnisse bezogen auf den Gleichaltrigenbereich werden im vierten Teil dargestellt. Abschließend folgt im fünften Teil eine zusammenfassende Interpretation und Diskussion der Befunde. Schwächen und Stärken der vorliegenden Arbeit werden diskutiert und Schlussfolgerungen sowohl für die Optimierung des konzipierten Therapieprogramms als auch für weitere Forschungsarbeiten in diesem Bereich gezogen.

Abschließend noch eine Anmerkung zum Sprachgebrauch in der vorliegenden Arbeit. Ich verwende aus Gründern der Sprachökonomie bei allgemeinen Personenbezeichnungen nicht weibliche *und* männliche Formen, sondern schreibe – den Regeln der deutschen Sprache folgend – im allgemeinen Fall die männliche Form. Die weibliche Form ist immer mitgemeint.

1 Theorie

1.1 Das Jugendalter

Die Begriffe Jugend und Adoleszenz (lat. adolescere: heranwachsen) werden typischerweise synonym verwendet. In der heutigen Vorstellung wird die Jugendzeit als eigenständiger Lebensabschnitt ohne eindeutig festgelegten Anfangs- und Endpunkt betrachtet. Die Pubertät wird meistens als Beginn dieser Lebensphase definiert, die Frage, wann das Jugendalter zu Ende ist, wird hingegen sehr uneinheitlich beantwortet (Grob & Jaschinski, 2003). Zum einen werden Altersgrenzen wie das 18. oder das 21. Lebensjahr definiert, zum anderen werden Kriterien wie Berufseintritt, Heirat, Studienende herangezogen (Michels & Borg-Laufs, 2003). Einigkeit herrscht jedoch darin, dass Jugendliche mit vielfältigen biologischen, psychischen und sozialen Veränderungen konfrontiert werden. Beständiger Wechsel wird mitunter als das kennzeichnendste Merkmal der Jugendzeit beschrieben (Schmidtchen, 2003). Um die Gruppe der Jugendlichen zu differenzieren, sind in der Literatur Untergliederungen in Abhängigkeit vom Alter zu finden, z.B. in frühe Adoleszenz (10-14 Jahre), mittlere Adoleszenz (15-18 Jahre) und späte Adoleszenz (19-21) (Oerter & Dreher, 1998; Silbereisen & Schmitt-Rodermund, 1998). Michels und Borg-Laufs (2003) weisen darauf hin, dass die Jugend nicht nur als eine zeitliche Phase betrachtet werden sollte und je nach Fragestellung auch Einteilungen nach weiteren Kriterien sinnvoll sind. Die Ausführungen des nächsten Abschnitts verdeutlichen, dass Definitionen und psychologische Vorstellungen vom Jugendalter auch einem epochalen und kulturellen Wandel unterliegen.

1.1.1 Wandel der psychologischen Betrachtungsweise der Jugend

Bis ins 18. Jahrhundert gibt es kaum Ausführungen über die Entwicklung im Jugendalter. Es galt lediglich als eine Phase der Selbstprüfung, des Unfertigseins und der Vorbereitung auf das eigentliche Lebensalter, die Erwachsenenzeit. Es dominierte die Vorstellung, dass alle Entwicklungsschritte vor dem Erwachsensein defizitär seien. Dabei spielten psychische Bedürfnisse, individuelles Verhalten und Handeln noch keine Rolle. Sobald die Kinder körperlich dazu in der Lage waren, wurde erwartet, dass sie zusammen mit den Erwachsenen arbeiten und Verantwortung übernehmen. Mitte des 18. Jahrhunderts wuchs das generelle Interesse am Studium der menschlichen Natur. Die Darwinsche Theorie hatte einen erwähnenswerten Einfluss auf die Definition des Jugendalters. Es galt

nicht mehr als bloße Übergangsphase zwischen Kindheit und Erwachsenenalter, sondern als Vorstufe zum „Homo sapiens“, dem Erwachsenenalter der Menschheit (Oerter & Dreher, 1998).

Die Vorstellung vom Jugendalter als qualitativ eigenständige Entwicklungsphase geht auf die zunehmende Industrialisierung im 19. Jahrhundert zurück. Motiviert durch den Wunsch, junge Leute von einem umkämpften Arbeitsmarkt fernzuhalten, wurde die Jugend zu einer Zeitspanne, die von Erwerbsarbeit zur Ausbildung und Vorbereitung auf spätere Anforderungen freigesetzt ist. Diese veränderte Sichtweise führte dazu, dass insbesondere in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts vielfältige institutionelle Schul- und Ausbildungsangebote geschaffen wurden. Erste wissenschaftliche Beschäftigungen mit jugendspezifischen Themen sind im Zusammenhang mit der aufkommenden Jugendbewegung ab 1890 zu sehen. Jugendliche protestierten gegen eine zunehmende Technisierung und Durchrationalisierung des Alltags, was insbesondere die Psychologie und Soziologie anregte, sich mit diesem Phänomen auseinanderzusetzen (Michels & Borg-Laufs, 2003).

In der Entwicklungspsychologie und der Alltagssicht der westlichen Gesellschaft wurde die Jugend, insbesondere bis in die 70er-Jahre des 20. Jahrhunderts, als besonders schwierige und konfliktreiche Zeit betrachtet. Es dominierte das Bild von einer überwiegend krisenhaften Entwicklungsphase. G. St. Halls Adoleszenztheorie (1904) sowie psychoanalytische Entwicklungskonzepte beeinflussten die Vorstellungen jener Zeit. Extreme Stimmungsschwankungen, große innere Zerrissenheit und unberechenbares, problematisches Verhalten wurden als unvermeidbare Folge der sprunghaften körperlichen Entwicklung sowie der veränderten Umwelterwartungen angesehen. Die Annahme eines zwangsläufig dramatisch verlaufenden Entwicklungsprozesses spiegelt sich in dem Begriff der „Katastrophentheorien“ wieder, der für solche Richtungen eingeführt wurde (Michels & Borg-Laufs, 2003). Einen starken Einfluss hatte in den 70er-Jahren auch das psychosoziale Entwicklungsmodell von Erikson (1968). Als spezifisches Kernproblem der Adoleszenz beschrieb er die psychosoziale Krise „Identität versus Identitäts- oder Rollendiffusion“. Nach dieser Theorie ist die Identitätsfindung davon abhängig, ob es dem Jugendlichen gelingt, den zum Teil widersprüchlichen Erwartungen gerecht zu werden, die an ihn als Träger verschiedener sozialer Rollen gestellt werden. Aus der Kindheit übernommene Identifikationen müssen dabei zu einer vollständigen Identität integriert werden, um mit den neuen Bedürfnissen, Fertigkeiten und Zielen besser zurecht zu kommen. Bei nicht gelungener Integration entsteht ein innerer Zwiespalt, die Persönlichkeit scheint zersplittert zu sein (Identitätsdiffusion).

Der Einfluss umfassender Theorien der Adoleszenz (z.B. Freud, Erikson, Piaget) ging in den 80er-Jahren zunehmend zurück, stattdessen wurde das Jugendalter zum Gegenstand empirischer Untersuchungen. Unterschiedliche Disziplinen, wie Biologie, Medizin, Soziologie oder Psychologie, zeigen sich seitdem interessiert am Thema Jugendzeit und bereichern gegenwärtige Vorstellungen (Michels & Borg-Laufs, 2003).
Aktuelle Betrachtungsweisen der Lebensphase Jugend sollten die moderne wissenschaftliche Erkenntnis berücksichtigen, dass das Postulat einer regelhaft dramatisch und krisenhaft verlaufenden Jugendzeit – häufig durch das Bild von der Jugend als Sturm-und-Drang-Zeit dargestellt – widerlegt ist (Grob, 1997; Michels & Borg-Laufs, 2003; Oerter & Dreher, 1998; Steinberg, 1996). Auch wenn Jugendliche mit vielfältigen biologischen, psychischen und sozialen Veränderungen konfrontiert werden, die sonst selten so kumuliert im Leben eines Menschen auftreten, wird angenommen, dass sie diesen Veränderungen nicht hilflos ausgeliefert sind. Die Ergebnisse der psychologischen Jugendforschung sprechen vielmehr dafür, dass Jugendliche aktiv an der Bearbeitung auftretender Veränderungen beteiligt sind und viele die an sie gestellten Aufgaben mit Erfolg bewältigen (Michels & Borg-Laufs, 2003). Die Vorstellung der Jugend als Sturm-und-Drang-Zeit birgt die Gefahr, eventuell auftretende Symptomatik im Jugendalter als normale entwicklungsbedingte Krise zu interpretieren und somit zu bagatellisieren. In gegenwärtigen Konzeptualisierungen des Jugendalters ist außerdem die Ausweitung des Zeitabschnitts des Jugendalters in Folge der verstärkten Individualisierung der Lebensgestaltung und der zunehmend längeren schulischen und beruflichen Ausbildungszeiten zu beachten. Hoepner-Stamos und Hurrelmann (1999, S.213) sprechen in diesem Zusammenhang von „einer Verschulung des Jugendalters". In der heutigen Zeit sind die Jugendlichen zumindest finanziell oft lange von den Eltern abhängig. Eine Ausweitung des Jugendalters erscheint notwendig, um der Komplexität der Funktionen, Rollen und Lebensbezüge der heutigen Gesellschaft gerecht zu werden. Hurrelmann (1997) benennt die Bereiche Leistung, Familie, Peers, Konsum, Freizeit und Politik, in denen neue Erwartungen an die Jugendlichen herangetragen werden und in denen sie neue Rollen übernehmen müssen. Es ist nicht zu leugnen, dass die heutige Generation Jugendlicher mit schwierigen Zeiten konfrontiert ist (Michels & Borg-Laufs, 2003). Die Gestaltung der Zukunft kann durch Arbeitslosigkeit und daraus resultierende Armut erschwert werden. Nicht alle Jugendlichen können von dem steigenden Bildungsniveau gleichermaßen profitieren (Grob & Jaschinski, 2003). Aufgrund des mitunter sehr rasanten gesellschaftlichen Wandels verändern sich Werte und Traditionen, so dass Jugendliche häufig nur sehr vage Vorgaben hinsichtlich ihrer weiteren Lebensführung und die Wahl zwischen einer Reihe alternativer Lebensentwürfe haben

(Michels & Borg-Laufs, 2003). Die gesellschaftlichen Veränderungen bieten den Jugendlichen somit einerseits mehr Chancen, andererseits sind sie aber auch mit mehr Risiken verbunden, an den Anforderungen zu scheitern (Keupp, 2000).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Vorstellungen und wissenschaftlichen Konstruktionen der Jugend bzw. Adoleszenz sich im Laufe der Zeit gewandelt haben und auch in Abhängigkeit vom theoretischen oder fachlichen Hintergrund variieren. Eine Auflistung von Michels & Borg-Laufs (2003, S.14) verdeutlicht, wie facettenreich die verschiedenen Bedeutungsaspekte von Jugend sein können:

- eine Phase im Lebenslauf
- eine Phase der Reifung
- eine Zeitspanne, in der sich eine Vielzahl unterschiedlicher Entwicklungsaufgaben stellt
- ein Problem für die Gesellschaft
- eine Aufgabe der Erziehung
- Nischen oder Arenen mit Gratifikationen sowie Möglichkeiten für die Entwicklung, welche seitens der Gesellschaft bereitgestellt werden
- eine juristische Kategorie
- eine neuere historische Erscheinung.

1.1.2 Das Konzept der Entwicklungsaufgaben

In diesem Abschnitt wird auf die spezifisch psychologische Betrachtungsweise des ursprünglich in den USA entstandenen Konzepts der Entwicklungsaufgaben (Havighurst, 1948) – entsprechend dem Punkt 3 der Auflistung von Michels & Borg-Laufs, 2003 (vgl. 1.1.1) – eingegangen, da die moderne Entwicklungspsychologie der Adoleszenz darauf beruht.

Das Konzept der Entwicklungsaufgaben definiert kulturell und gesellschaftlich vorgegebene Erwartungen und Anforderungen, die in oder zumindest ungefähr zu einem bestimmten Lebensabschnitt entstehen. Im Jugendalter fallen darunter der Erwerb neuer und reiferer Beziehungen zu Gleichaltrigen beiderlei Geschlechts, das Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung und die effektive Nutzung des eigenen Körpers, der Erwerb der männlichen bzw. weiblichen Geschlechtsrolle, die Gewinnung emotionaler Unabhängigkeit von den Eltern und anderen Erwachsenen, die Vorbereitung auf die berufliche Karriere, die Ehe und das Familienleben, der Aufbau eines Wertesystems bzw. ethischen Bewusstseins als Richtschnur für eigenes Verhalten sowie die Gewinnung eines sozial verantwortlichen Verhaltens. Die Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben

in den verschiedenen Lebensbereichen wird mit psychischem Wohlbefinden und gesellschaftlicher Akzeptanz in Verbindung gebracht und als Voraussetzung für den Übergang in die nächste Phase angesehen. Die Nicht-Bewältigung dieser Anforderungen hingegen begünstigt die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen. Die Zuordnung von Entwicklungsaufgaben zu bestimmten Lebensabschnitten basiert auf der Annahme sogenannter sensitiver Perioden, die für bestimmte Lernprozesse besonders geeignet sind. Das Konzept der Entwicklungsaufgaben gibt zentrale Übergänge im Leben des Menschen vor und weist auch noch heute weitgehende Gültigkeit auf. Dreher und Dreher (1985) haben die subjektive Bedeutsamkeit der von Havighurst postulierten Entwicklungsaufgaben von 210 weiblichen und 230 männlichen Jugendlichen auf einer vierstufigen Ratingskala bewerten lassen. Dabei zeigte sich, dass die wichtigsten Aufgaben in den Augen der Jugendlichen die Vorbereitung auf die berufliche Laufbahn, die Entwicklung einer eigenen Identität und der Aufbau reifer Beziehungen zu Gleichaltrigen sind. Diese Items wurden von über 90% der befragten Jugendlichen als „wichtig“ oder „sehr wichtig“ eingestuft. Zwischen 80% und 90% schätzten die Entwicklung einer eigenen Weltanschauung, die Entwicklung einer Zukunftsperspektive und das Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung als sehr wichtig oder wichtig ein. Eine geringere Zustimmung, jedoch noch immer über 50%, fanden die Aufgaben „Aufnahme einer intimen Partnerbeziehung“ und das Erreichen emotionaler Unabhängigkeit von Erwachsenen. In industriellen und postmodernen Gesellschaften ist zu berücksichtigen, dass die Jugendlichen innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums mit besonders vielfältigen Entwicklungsaufgaben konfrontiert werden. Ob diese bewältigt werden, hängt zum einen von den Fähigkeiten, Anstrengungen und Ressourcen des Jugendlichen ab, zum anderen aber auch von der Art und Weise, wie Gesellschaften diese Aufgaben stellen, wie hoch die Anforderungen sind und welche Hilfen der Jugendliche erfährt (Michels & Borg-Laufs, 2003). Es ist anzumerken, dass die Inhalte der Entwicklungsaufgaben nicht allein von der Gesellschaft oder Biologie vorgegeben, sondern von den persönlichen Zielen des Einzelnen mitgestaltet werden. Oerter (1995) spricht in diesem Zusammenhang vom Individuum als aktivem Lerner.

Es erscheint positiv, dass das Konzept der Entwicklungsaufgaben im Gegensatz zu psychoanalytischen Vorstellungen oder Phasentheorien der Entwicklung seinen Fokus auf die Bewältigung von Anforderungen legt. Es wird nicht angenommen, dass die Jugendzeit generell krisenhaft verläuft. Ob Jugendliche psychische Störungen entwickeln oder Kompetenzen erwerben, hängt vielmehr davon ab, wie sie die an sie gestellten Entwicklungsaufgaben lösen (Michels & Borg-Laufs, 2003). Auch wenn einige der von Havighurst formulierten Entwicklungsaufgaben aus heutiger Sicht veraltet erscheinen,

handelt es sich doch um ein Konzept, das in etwas überarbeiteter Form (z.B. Dreher & Dreher, 1985) auch heute noch Gültigkeit aufweist. Hervorzuheben ist, dass Havighurst bereits die Bedeutsamkeit von Peerbeziehungen für das Wohlbefinden und die persönliche Entwicklung erkannte.

1.2 Peerbeziehungen

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit den Peerbeziehungen. Nach einer Einführung in das Thema wird die Bedeutsamkeit der Peers im Laufe der Entwicklung, insbesondere im Jugendalter, herausgearbeitet. Die Funktionen der Gleichaltrigenbeziehungen im Jugendalter, aber auch die damit verbundenen Chancen und Risiken werden thematisiert.

1.2.1 Begriffsklärungen – Einführung in das Kapitel

Der Begriff „Peer“ bedeutet Gleichaltrige/r oder Gleichgesinnte/r. Die Encyclopedia Britannica (2007) formuliert: „Peer (noun) – a person of the same age, status, or ability as another specified person“. Unter peer group wird entsprechend eine Gruppe von Gleichaltrigen, Gleichartigen oder Gleichgesinnten verstanden: „peer group – a group of people of approximately the same age, status and interests“. In entwicklungspsychologischen Bezügen wird ebenfalls betont, dass Peers sich häufig hinsichtlich wichtiger Merkmale, wie Alter, Rang, Status, Interessen und Stand der Persönlichkeitsentwicklung, ähneln. Peers werden in der Entwicklung als wichtiger extrafamiliärer Einflussfaktor im Sozialisationsprozess angesehen, wobei die Bedeutsamkeit der Peerbeziehungen im Jugendalter als besonders hoch anzusehen ist. Bei Erwachsenen wird im Allgemeinen nicht mehr von Peerbeziehungen gesprochen, weil das Altersspektrum der Freunde und Bekannten weitaus größer ist als bei Kindern und Jugendlichen.

1.2.2 Die Entwicklung von Peer-Beziehungen

In diesem Abschnitt wird die Entwicklung von Peerbeziehungen skizziert. Peers spielen quasi während des gesamten Lebens eine herausragende Rolle. Sie übernehmen Funktionen, die nicht komplett durch Eltern oder andere Sozialisationsinstanzen ersetzt werden können (Berndt & Ladd, 1989; Ladd, 2003). Da Menschen sich im Verlauf ihres Lebens ändern und weiter entwickeln, verändern sich auch die Ansprüche, die an Peers im Allgemeinen sowie an Freunde im Besonderen gestellt werden. Das bedeutet jedoch

nicht, dass Peerbeziehungen an Bedeutung verlieren, sondern das Gegenteil ist der Fall, sie gewinnen im Lauf der Entwicklung vom Kleinkind zum Jugendlichen an Wichtigkeit.
In den ersten Lebensmonaten eines Säuglings sind in der Regel keine bedeutsamen Gleichaltrigen-Interaktionen beobachtbar. Der Säugling zeigt noch kein Bedürfnis nach Sozialkontakten mit anderen Menschen, ausgenommen seinen primären Bezugspersonen. In der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres taucht interaktives, jedoch nicht reziprokes Verhalten auf. Auffallend ist, dass bereits Babys eine hohe Variabilität in der Ausprägung ihres interaktiven Verhaltens zeigen (Parker, Rubin, Price & de Rosier, 1996). Gegen Ende des 2. Lebensjahres verbringen Kinder im Durchschnitt mehr Zeit im sozialen als im solitären Spiel (Ross, Lollis & Elliott, 1982). Im Laufe der Entwicklung im Kleinkind- und Vorschulalter wird das Sozialverhalten typischerweise immer mehr an den Partner angepasst, die Peer-Interaktionen werden zunehmend reziproker, sozial orientierter sowie koordinierter und zeichnen sich immer öfter durch gemeinsame Tätigkeiten aus, die länger dauern (Müller & Silverman, 1989). Bereits Kleinkinder unterscheiden ihnen vertraute Gleichaltrige von Fremden und teilen Spielkameraden in Freund und Nicht-Freund ein. Der Begriff Freund steht dabei für Kinder, mit denen sie gerne spielen und die sie mögen (Howes, 1983). Peerbeziehungen in dieser Altersgruppe weisen eine geringe Stabilität auf. Dies hängt damit zusammen, dass bei Kleinkindern die Vorstellung von Freundschaft eng mit gemeinsamen Aktivitäten verbunden ist. So lange das gemeinsame Spiel Spaß macht und die eigenen Bedürfnisse befriedigt werden, hat die Freundschaft Bestand (Selman, 1984). Rubin (1981) spricht in diesem Zusammenhang von momentanen physischen Spielkameraden, die nach körperlichen Attributen und Aktivitäten ausgewählt werden, wohingegen psychologische, wie z.B. Charakterzüge, vernachlässigt würden. Für den Erwerb sozialer Fertigkeiten wird der Kontakt zu Gleichaltrigen, zum Beispiel durch den Besuch eines Kindergartens, als bedeutsam angesehen (Howes, 1983).
In der mittleren Kindheit, ca. 6.-12. Lebensjahr, gewinnen die Zugehörigkeit zu einer Peergruppe und die Entwicklung von Freundschaften an Bedeutung. Die Anzahl verfügbarer Peers und deren Variabilität hinsichtlich verschiedener Merkmale (z.B. Persönlichkeit, Schichtzugehörigkeit) nehmen durch den Schuleintritt und den Zugang zu diversen Freizeitangeboten allmählich zu. Kinder entwickeln spezifischere Einstellungen gegenüber ihren Interaktionspartnern und wählen Freunde aufgrund gemeinsamer Interessen und Aktivitäten (Howes, 1988). In Gruppen ist fast ausschließlich ein Zusammenschluss gleichgeschlechtlicher Peers zu beobachten (Hartup, 1984). Insgesamt ist in dieser Zeitspanne eine Abnahme aggressiven Verhaltens zu verzeichnen, was im Zusammenhang mit der Zunahme an Kommunikationsfähigkeiten gesehen

werden kann. Wird aggressives Verhalten beobachtet, so ist dieses im Vergleich zur Vorschulzeit typischerweise nicht mehr primär instrumentell (z.B. um ein Spielzeug zu erhalten), sondern Ausdruck der Ablehnung (Parker & Slaby, 1983). Das Spielverhalten wird im Allgemeinen kooperativer und beinhaltet zunehmend organisierte Aktivitäten (z.B. Sportspiele, Brettspiele). Außerdem kennzeichnen Differenzierungen hinsichtlich Rollenverteilung und Status sowie die Entwicklung von Teamarbeit und die Übernahme von Führungsaspekten die Peerinteraktionen dieser Phase (Parker et al., 1996).

Im Verlauf der Entwicklung vom Kind zum Jugendlichen kann eine weitere Ausweitung des sozialen Netzwerkes beobachtet werden. Jugendliche verbringen immer mehr Zeit mit ihren Peers. Eine Studie von Csikszentmihalyi & Larson (1984) ergab, dass Jugendliche in einer Woche 29% der Zeit, die sie wach waren, laut einer Selbstbeobachtung mit Peers verbrachten, bedeutend mehr als mit Eltern und Geschwistern. In der Shell-Studie (2002) wurden Jugendliche im Alter von 12 bis 25 Jahren bezüglich ihrer Freizeitgestaltung befragt. Das Ergebnis spricht ebenfalls für eine hohe Orientierung an der Peergruppe: Das Treffen mit Gleichaltrigen wurde am häufigsten genannt, und zwar von 67% der weiblichen und 57% der männlichen Jugendlichen. Dabei ist zu differenzieren, ob eine Integration in Freundschaften, Cliquen, Crowds oder jugendlichen Subkulturen vorliegt. Freundschaften werden definiert als oftmals gleichgeschlechtliche und enge Verbindung zwischen zwei Jugendlichen, die auf gemeinsamen Aktivitäten, Interessen, Einstellungen, Zielen und gegenseitiger Zuneigung basieren (Cotterell, 1996). Cliquen bestehen aus meistens vier bis sechs bekannten Jugendlichen, die regelmäßig gemeinsamen Aktivitäten nachgehen. Beziehungen innerhalb der Clique müssen nicht die Nähe von Freundschaften aufweisen, dennoch mögen und schätzen sich die Mitglieder meist wechselseitig (Grob & Jaschinski, 2003). Während in der mittleren Kindheit und frühen Adoleszenz noch gleichgeschlechtliche Cliquen dominieren, kommt es mit ca. 14 Jahren zu einer Vermischung. In den meisten Cliquen existieren ein oder mehrere Personen, sogenannte „forerunner“, die den Kontakt zu Cliquen des anderen Geschlechts herstellen, was die Entwicklung von ersten Liebesbeziehungen begünstigt. Unter „crowds“ werden große Gruppe von Jugendlichen (> 10) verstanden, die aufgrund von Stereotypien zusammengefasst werden (z.B. Popper, Gruftie) und die durch bestimmte einheitliche Merkmale, wie beispielsweise Kleidung oder politische Einstellung, gekennzeichnet sind (Grob & Jaschinski, 2003). Oft kann ein hoher Gruppendruck, der zur Konformität beiträgt, beobachtet werden (Heaven, 2001). Ein von der vorherrschenden Kultur abweichendes Muster von Werten, Normen und Verhaltensweisen einer größeren Gruppe von Jugendlichen wird als jugendliche Subkultur bezeichnet (Grob & Jaschinski, 2003).

Im Jugendalter gilt allgemein, dass die Rolle des gemeinsamen Spiels als Basis der Peerbeziehungen abnimmt, während die sozio-emotionale Bedeutung der Peers zunimmt. Freundschaften verlieren typischerweise an Instrumentalität (Freundschaft als Befriedigung von Nutzen) und gewinnen an Intimität, Nähe, Geborgenheit und Verlässlichkeit (Salisch & Seiffge-Krenke, 1996; Furman & Buhrmester, 1985; Buhrmester, 1992). Dem Aspekt der Selbstoffenbarung, das heißt, den anderen an seinem Leben teilhaben zu lassen und ihm private Informationen anzuvertrauen, kommt eine bedeutende Rolle zu (Berndt & Savin-Williams, 1993). Im frühen Jugendalter scheint dies besonders für Mädchen zuzutreffen, im Verlauf des Jugendalters nähern sich die Vorstellungen der Jungen jedoch denen der Mädchen an (Azmitia, Kamprath & Linnet, 1998). Mit dem Begriff Freundschaft assoziieren Jugendliche vor allem Vertrauen, die wechselseitige Bereitschaft, eine Freundschaft aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln, Intimität und gemeinsame Aktivitäten. Während im Kindesalter die Kontakte zu Gleichaltrigen noch stärker von den Eltern begleitet werden und Kriterien der räumlichen und sozialen Nähe entscheidend bei der Wahl von Freunden sind, berücksichtigen Jugendliche verstärkt psychologische Merkmale der vermuteten Ähnlichkeit mit der eigenen Person. Freundschaften im Jugendalter weisen im Vergleich zu denen des Kindesalters eine höhere Stabilität auf. Dies könnte durch die wachsende Fähigkeit Jugendlicher erklärt werden, Meinungsverschiedenheiten in symmetrischen Aushandlungsprozessen auszutragen. Hervorzuheben ist, dass der Aufbau und die Aufrechterhaltung von Freundschaften in jedem Fall eine eigene Leistung der Jugendlichen erfordert, wie zum Beispiel Kontaktpflege oder konstruktive Auseinandersetzung bei Konflikten (Laursen, Hartrup & Koplas, 1996).
Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Interaktionen mit Peers im Entwicklungsverlauf vom Säugling bis zum Jugendlichen häufiger, anhaltender, komplexer, intimer und kohäsiver werden.

1.2.3 Funktionen von Peers im Jugendalter

Das Jugendalter wird oftmals als eine Zeit der Ablösung vom Elternhaus beschrieben. Allerdings ist die elterliche Unterstützung in diesem Lebensabschnitt weiterhin sehr wichtig, auch wenn ihre Bedeutung abnimmt. Während vor der Pubertät den Eltern die größte Bedeutung zugeschrieben wird, werden in der Jugend die gleichgeschlechtlichen Freunde und in der späten Adoleszenz der Partner als besonders wichtig erachtet (Furman & Buhrmester, 1985; Furman & Buhrmester, 1992). Familie und Peers sollten jedoch nicht als sich ausschließende, sondern als sich ergänzende Quellen sozialer und

emotionaler Unterstützung angesehen werden, denen unterschiedliche Kompetenzbereiche zugewiesen werden (Barber & Olsen, 1997). Unterschiedliche Funktionen resultieren bereits aus der Tatsache, dass es sich bei Eltern-Kind-Beziehungen um biologisch bestimmte, rechtlich verankerte und hierarchisch organisierte Beziehungen handelt. Auch wenn die Machtunterschiede zwischen Eltern und Kind im Jugendalter geringer werden, ist das Verhältnis selbst im jungen Erwachsenenalter noch unausgeglichen. Im Unterschied dazu herrscht in den auf Freiwilligkeit basierenden Peerbeziehungen des Jugendalters typischerweise relative Gleichberechtigung – Ausnahmen bilden „Gangs“ oder organisierte Jugendgruppen, die zum Teil ein deutliches Machtgefälle aufweisen (z.B. Kolip, 1993; Naudauscher, 1978). Im Folgenden sollen wichtige Funktionen, die den Peerbeziehungen im Jugendalter zukommen, dargestellt werden. Dabei wird die Einteilung in drei Bereiche nach Hofer (2002) als sinnvoll erachtet.

1. Psychosoziales Wohlbefinden: Es wird angenommen, dass die Integration in eine Peergruppe den Jugendlichen vor Gefühlen der Einsamkeit und des Verlassen-Seins schützt. Positive Gleichaltrigenbeziehungen bieten dem Jugendlichen in dieser Zeit emotionale Geborgenheit und Verständnis sowie Anerkennung. Eine gute soziale Integration geht außerdem mit einem Statusgewinn außerhalb der Gruppe einher. Dies sind Aspekte, die sich positiv auf das Selbstwertgefühl und die Lebenszufriedenheit auswirken. Die Gruppe der Peers wird als emotionaler Schutzraum bei der Ablösung vom Elternhaus bezeichnet.

2. Unterstützung: Jugendliche suchen bei Gleichaltrigen Unterstützung bei der Bewältigung von Belastungen und Problemen, bei der Ablösung vom Elternhaus oder beim Eingehen neuer intimer Beziehungen. Gleichaltrige bieten Hilfe in Form von Zuspruch, Ratschlägen, gemeinsamen Problemlöseversuchen, mitunter auch in finanzieller und materieller Hinsicht. In Konfliktsituationen können die Normen der Bezugsgruppe dem Jugendlichen eine Richtschnur für eigenes Verhalten bieten und dadurch den Prozess der Persönlichkeitsfindung unterstützen. Dies erscheint in der heutigen Zeit aufgrund der mitunter rasanten gesellschaftlichen Veränderungen besonders wichtig. Beispielsweise wird von den heutigen Jugendlichen aufgrund eines hart umkämpften Arbeitsmarktes große räumliche Mobilität und Flexibilität gefordert. Da die Elterngeneration unter unterschiedlichen Sozialisationsbedingungen, die durch mehr Stabilität gekennzeichnet waren, aufgewachsen ist, kann sie ihren Kindern mitunter nur wenige Strategien zur Bewältigung der an sie gestellten Anforderungen vermitteln, so dass Gleichaltrige als Ansprechpartner und Modelle besser geeignet erscheinen (Grob & Jaschinski, 2003). Dies wird auch durch das Ergebnis der Shell-Studie (2006) gestützt. In den Zeiten wirtschaftlicher Unsicherheit erleben Jugendliche ihre Peers als die

bedeutsamsten Gesprächspartner hinsichtlich Fragen des alltäglichen Lebens. Die Gespräche mit den Peers vermitteln Einblicke in die Lebensstile anderer. Die Jugendlichen haben die Möglichkeit, sich mit Gleichaltrigen zu vergleichen und durch Selbstreflexion herauszufinden, was sie beispielsweise können, was sie werden wollen oder wie sie sein möchten. Der Peergruppe kommt somit im Rahmen der Individuation und Identitätsbildung eine hohe Bedeutung zu. Der Familie wird laut dem Ergebnis der Shell-Studie dabei weiterhin eine wichtige Funktion in der Gewährung von Sicherheit, Rückhalt und emotionaler Unterstützung beigemessen, was die unterschiedlichen Kompetenzbereiche von Familie und Peers unterstreicht.

3. Entwicklungsförderung: Peerbeziehungen bieten die Möglichkeit, soziale Verhaltensweisen und Kompetenzen, wie zum Beispiel Prinzipien der Gegenseitigkeit, der Perspektivenübernahme, des Aushandelns, des Gebens und Nehmens und des Teilens von Meinungen, zu erproben und auszubilden. Noack (1990) beschreibt die Welt der Peers als Gesellschaft im Kleinen, die den Jugendlichen ein Übungsfeld bietet, auf dem ohne fatale Konsequenzen gelernt werden kann, Rollen auszuhandeln, entgegengesetzte Interessen zu balancieren oder einfach Beziehungen außerhalb der angeborenen zu Eltern und Geschwistern herzustellen und aufrechtzuerhalten. Durch Peerbeziehungen werden dementsprechend vielfältige soziale Fertigkeiten erworben, die während der gesamten Lebensspanne das soziale Funktionsniveau mitbestimmen (Rubin, Bukowski & Parker, 1998).

1.2.4 Chancen und Risiken von Peerbeziehungen: Empirische Befunde

Wie unter 1.2.3 beschrieben, werden den Peerbeziehungen in der heutigen Zeit vielfältige positive Funktionen zugeschrieben, die die der Familie teilweise ergänzen und teilweise ablösen. Die Schlussfolgerung, dass Peerbeziehungen sich generell positiv auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auswirken, wäre jedoch zu vereinfacht. Vielmehr sind verschiedene Aspekte der Quantität und Qualität von Peerbeziehungen mit bestimmten Entwicklungschancen und –risiken verbunden. Variablen von Peerbeziehungen – wie allgemeine Anerkennung oder Zurückweisung, die Größe des sozialen Netzes, das Vorhandensein oder das Fehlen eines „besten Freundes“, die Integration in angesehene Cliquen oder der Anschluss an deviante Peers – beeinflussen vielfältige Entwicklungsaspekte (z.B. Parker & Asher, 1987; Sanderson & Siegel, 1995). Im Folgenden wird anhand von empirischen Befunden verdeutlicht, dass diese Aspekte im Kindes- und insbesondere im Jugendalter eine zentrale Bedeutung für die seelische

Gesundheit und Kompetenzentwicklung, aber auch bei der Entwicklung und Stabilisierung von Problemverhalten und psychischen Auffälligkeiten haben.

1.2.4.1 Peerbeziehungen, seelische Gesundheit und Entwicklungschancen

Anerkennung durch die Gleichaltrigengruppe und eine gute soziale Integration werden im Jugendalter als bedeutsamer Faktor bei der Entwicklung von Selbstwirksamkeitserleben angesehen (Berndt & Ladd, 1989). Beliebte Kinder schätzen sich als sozial kompetenter im Vergleich zu ihren weniger beliebten Gleichaltrigen ein (Harter, 1982; Kurdek & Krile, 1982; Ladd & Price, 1986). Sich selbst als kompetent im Kontakt mit den Peers zu erleben, wird insbesondere ab dem frühen Jugendalter als zentral für die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls angesehen (Parker et al., 1996). Dem Aspekt der sozialen Verstärkung durch Gleichaltrige wird bei der Entwicklung des Selbstwertgefühls ebenfalls eine bedeutsame Rolle zugewiesen (z.B. Buhrmester, 1990; Grob & Jaschinski, 2003). Es konnte gezeigt werden, dass Jugendliche, die über stabile Freundschaften verfügen und in angesehene Gruppen integriert sind, Stress besser bewältigen können (z.B. Hansell, 1981) und niedrigere Aggressivitäts-, Angst- und Depressionswerte aufweisen (z.B. La Greca & Harrison, 2005; Laible, Carlo & Raffaeli, 2000). Positive Peerbeziehungen werden im Zusammenhang mit solchen Studien als wichtiger Schutzfaktor gegen psychische Störungen diskutiert. Mehrere Untersuchungen unterstützen auch die Hypothese, dass eine gute Integration in den Gleichaltrigenverbund negative Auswirkungen eines dysfunktionalen familiären Umfeldes ausgleichen kann (z.B. Criss, Pettit, Bates, Dodge & Lapp, 2002; Vitaro, Tremblay & Bukowski, 2001). In einer Studie von Schwarz, Gorman, Duong und Nakamoto (2008), die den Zusammenhang zwischen Leistungs- und Beziehungsproblemen mit Gleichaltrigen als Prädiktoren depressiver Symptome untersuchte, zeigte sich, dass Kompetenzen in einem der beiden Bereiche die Risiken, die mit Schwierigkeiten in dem anderen Bereich assoziiert sind, nämlich Depressivität, mäßigen können. Das heißt, schlechte Schulleistungen haben sich als Prädiktor einer depressiven Symptomatik erwiesen, dieser Effekt zeigte sich jedoch nicht bei Kindern, die über stabile Freundschaften verfügten. Dies unterstreicht die vermutete Bedeutung von Peerbeziehungen als wichtigem Schutzfaktor gegen psychische Störungen. Erwähnenswert erscheint auch der Befund, dass bereits das Vorhandensein einer einzigen stabilen und qualitativ hochwertigen Freundschaft die negativen Folgen einer insgesamt geringen Peerakzeptanz abmildert. Dies wurde insbesondere für die Entwicklung sozialer Ängste belegt (z.B. Hoza, Bukowski & Beery, 2000; La Greca & Harrison, 2005; Parker & Asher, 1993; Sanderson & Siegal, 1995). Es

ist zu berücksichtigen, dass die Wahrscheinlichkeit, einen Freund zu haben, bei beliebten Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu ihren weniger beliebten Peers deutlich höher ist. Sozial anerkannte Kinder haben ein größeres soziales Netz, sie verfügen außerdem eher über die notwendigen sozialen Fertigkeiten, die zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung stabiler und qualitativ hochwertiger Beziehungen notwendig sind (Hartup, 1996; Nangle, Erdley, Newman, Mason & Carpenter, 2003; Parker & Asher, 1993). Die bisherigen Forschungsergebnisse unterstützen die Annahme, dass sowohl die Quantität, also die allgemeine Anerkennung durch die Peers bzw. die soziale Stellung, als auch die Qualität von Peerbeziehungen – das heißt, inwieweit die gegebenen Beziehungen spezifischen Bedürfnissen entsprechen (z.B. Möglichkeit von Selbstoffenbarung und Austausch) – wichtige Faktoren sind, die die Anpassungsfähigkeit und seelische Gesundheit beeinflussen (Hoza, Bukowski & Beery, 2000; Oldenburg & Kerns, 1997; Nangle et al., 2003; Parker & Asher, 1993), wobei die Effekte vermutlich kumulativ sind (Nangle et al., 2003).

1.2.4.2 Zusammenhänge zwischen Peerbeziehungen & expansivem Problemverhalten

Die Macht der Peers im Jugendalter birgt nicht nur Entwicklungschancen, sondern in der starken Ausrichtung von Jugendlichen auf ihre Peers liegen auch Risiken. Jugendliche befinden sich mitunter in einem Spannungsfeld zwischen Gleichsein und Anderssein. Die Suche nach Anerkennung durch Gleichaltrige ist von hoher subjektiver Valenz, dementsprechend ist auch die Angst vor Zurückweisung durch Gleichaltrige hoch. Im Alter von 12 und 13 Jahren ist die Konformität in Wertvorstellungen und Verhaltensweisen am höchsten (Zimbardo & Gerrig, 2004). Das starke Bedürfnis, gemocht zu werden, kann sich somit für den Fall, dass sich ein Jugendlicher einer Gruppe anschließt, die zum Übertreten von Regeln und Gesetzen neigt, auch negativ auswirken und zur Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens beitragen. So konnte zum Beispiel empirisch gezeigt werden, dass Gruppendruck den Alkohol- und Drogenkonsum sowie weitere Normverstöße begünstigen kann (Crosnoe, 2002; Dishion, Andrews & Crosby, 1995). Andere Forscher, die den Einfluss von Freundschaften auf externalisierendes Problemverhalten, wie zum Beispiel Störverhalten im Unterricht, untersucht haben, kommen zu ähnlichen Ergebnissen (z.B. Berndt & Keefe, 1995; Hoza, Molina, Bukowski & Sippola, 1995). Erwähnenswert sind auch Arbeiten zu Schülergewalt, die ebenfalls auf den negativen Einfluss von Peerbeziehungen auf die Entwicklung einzelner Jugendlicher hinweisen (z.B. Holtappels, Heitmeyer, Melzer & Tillmann, 1997; Hurrelmann, 1993; Tillmann, Holler-Nowitzki, Holtappels, Meier & Popp, 1999). Bei der Interpretation der

Befunde ist zu berücksichtigen, dass sich die meisten Jugendlichen nicht zufällig einer Gruppe anschließen, sondern nur dann, wenn bereits eine gewisse Affinität zu deren Normen und Werten besteht. Freunde werden vorrangig aufgrund von Ähnlichkeit hinsichtlich Leistung, Motivation und anderer Eigenschaften ausgesucht, so dass besonders Jugendliche, die seit der Kindheit durch aggressives und impulsives Verhalten auffallen, gefährdet erscheinen (Grob & Jaschinski, 2003). Wenn aggressive Kinder auf Ablehnung durch die Peergruppe stoßen, neigen sie dazu, sich mit anderen aggressiven und ebenfalls abgelehnten Kindern zusammenzuschließen (z.B. Cairns & Cairns, 1991; Cairns, Cairns, Neckerman, Gest & Gariépy, 1988; Patterson, Capaldi & Bank, 1991; Vuchinich, Bank & Patterson, 1992). Auch Kinder mit ADHS weisen aufgrund ihrer Symptomatik ein erhöhtes Risiko auf, im Gleichaltrigenverbund abgelehnt zu werden (Carlson, Lahey, Frame, Walker & Hynd, 1987; Frederik & Olmi, 1994; Pope, Bierman & Mumma, 1989; Whalen & Henker, 1985; Whalen & Henker, 1992). Eine Untersuchung des Peer-Status an einer klinischen Stichprobe von 7- bis 9-jährigen Kindern mit ADHS im Rahmen der „Multimodal Treatment Study of Children with ADHD“ (MTA Cooperative Group, 1999) ergab beispielsweise, dass 52% der Kinder mit ADHS in die Kategorie der abgelehnten fiel und weniger als 1% den Status als beliebt hatten. Wurden die Kinder, die keiner Kategorie zugeordnet werden konnten, ausgeschlossen, so wurden sogar 80% der Kinder mit ADHS als abgelehnt eingestuft. Dieser Befund ist kongruent mit dem Ergebnis einer vorhergehenden Studie, in der 82% der Kinder mit einer ADHS-Diagnose eine Standardabweichung über dem Mittelwert eines Maßes für Peerablehnung und 60% sogar mindestens zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert lagen (Pelham & Bender, 1982). In einer Studie von Barkley (1981) wiesen laut dem Elternurteil 81% der Kinder mit ADHS problematische Peerbeziehungen auf, in der Kontrollgruppe hingegen waren es lediglich 7%. Die Beeinträchtigungen in den Gleichaltrigenkontakten scheinen dabei unabhängig vom Geschlecht aufzutreten, bereits im Alter von sieben Jahren ausgebildet zu sein und nicht auf komorbide Störungen, wie Störung des Sozialverhaltens oder Angststörungen, zurückzuführen zu sein (Hoza et al., 2005). In einer aktuellen Studie (Mrug et al., 2009) zeigte sich, dass die Variable „Ablehnung durch Gleichaltrige“ am besten zwischen Kindern mit ADHS und ihren Klassenkameraden differenzierte. Außerdem mochten die Kinder, bei denen ein ADHS diagnostiziert war, ihre Peers mehr, als sie von diesen gemocht wurden. Beachtenswert ist auch, dass die Peerprobleme von ADHS-Kindern nahezu unmittelbar in neuen sozialen Gruppen auftreten (Erhardt & Hinshaw, 1994; Pelham & Bender, 1982), das heißt, Kinder und Jugendliche mit ADHS nehmen ihre Peerprobleme mit, wohin sie auch gehen. Die bisherigen Forschungsergebnisse ermöglichen es nicht, die Faktoren, die die Beziehungsprobleme

mit Gleichaltrigen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS bedingen, vollständig aufzuklären. Liegt komorbid eine Lernbehinderung vor, so scheinen dadurch die Peerbeziehungen zusätzlich beeinträchtigt zu werden. Kinder mit ADHS und Lernbehinderung zeigten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe die stärksten Auffälligkeiten im Sozialverhalten und die niedrigste Akzeptanz bei den Gleichaltrigen (Flicek, 1992).

1.2.4.3 Peerbeziehungen und internalisierendes Problemverhalten

Probleme im Gleichaltrigenbereich, die sich beispielsweise in Ablehnung, Mobbing, fehlenden oder sehr konfliktreichen Freundschaften äußern, gehen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung internalisierenden Problemverhaltens einher. In Studien konnte gezeigt werden, dass Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen zur Vorhersage allgemeiner psychosozialer Probleme, wie Einsamkeit, soziale Unzufriedenheit, Leistungsprobleme und Substanzgebrauch, geeignet sind (Ollendick, Weist, Borden & Green, 1992; O'Neill, Welsh, Parke, Wang, & Strand, 1997). Es konnten starke Zusammenhänge zwischen Problemen im Kontakt mit Gleichaltrigen und der Entwicklung von Depressivität gefunden werden (z.B. Boivin, Hymel & Bukowski, 1995; Boivin, Poulin & Vitaro, 1994; Cole & Carpentieri, 1990; Hecht, Inderbitzen & Bukowski, 1998; Jacobsen, Lahey & Strauss, 1983; La Greca & Harrison, 2005; Lansford et al., 2007; Panak & Garber, 1992; Peterson et al., 1993; Puig-Antich et al., 1985; Vernberg, 1990). Nach Nangle et al. (2003) scheint dieser Zusammenhang über die Variable Einsamkeit vermittelt zu sein. Positive Peerbeziehungen sind mit vielfältigen angenehmen Erfahrungen und Bestätigungen verknüpft, die auch für das Selbstwertgefühl bedeutsam sind. Im Falle problematischer Peerbeziehungen fallen diese positiven Bedingungen weg, was die Entwicklung einer depressiven Störung begünstigt (Parker et al., 1996). Diese Interpretation impliziert, dass die Schwierigkeiten im Gleichaltrigenbereich der depressiven Symptomatik vorangehen. Diese Hypothese ist im Einklang mit dem Ergebnis einer aktuellen Längsschnittsstudie (Lansford et al., 2007), in der gezeigt werden konnte, dass die Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen den depressiven Symptomen vorangehen und nicht die depressiven Symptome die Gleichaltrigenprobleme bewirken. Eine Studie von Faust, Baum und Forehand (1985) zeigt, dass umgekehrt jedoch auch das Vorliegen einer depressiven Störung Probleme mit Peers bedingen kann, möglicherweise weil die Peers die depressive Verstimmung wahrnehmen, sie sich diesbezüglich abfällig äußern und sie den depressiven Jugendlichen nicht als attraktiven Freund erleben.

Die aktuelle Studienlage bestätigt außerdem, dass es einen Zusammenhang zwischen Beziehungsproblemen mit Gleichaltrigen und Ängsten gibt (z.B. Hymel & Franke, 1985;

Inderbitzen, Walters & Bukowski, 1997; La Greca, Dandes, Wick, Shaw & Stone, 1988; La Greca & Lopez, 1998; La Greca & Harrison, 2005; Vernberg, Abwender, Ewell & Beery, 1992). Abgelehnte Kinder berichten demnach im Vergleich zu ihren sozial gut integrierten Peers signifikant häufiger von Ängsten in sozialen Situationen und weisen ein negativeres Selbstkonzept im sozialen Bereich auf. So zeigte sich beispielsweise, dass abgelehnte Jugendliche häufig schüchtern und empfindlich sind (Hatzichristou & Hopf, 1996) und in Fragebögen zur Messung sozialer Angst erhöhte Werte aufweisen (z.B. Vernberg, 1990; Vernberg, 1992). Ein negativer Zusammenhang zwischen sozialer Angst und Akzeptanz wurde auch in einer Studie von La Greca und Lopez (1998) an 250 amerikanischen Jugendlichen im Alter von 15 bis 18 Jahren gefunden, wobei die sozial ängstlichen Mädchen angaben, weniger Freunde zu haben, und die sozial ängstlichen Jungen sich als weniger unterstützt und kompetent im Umgang mit Gleichaltrigen erlebten. Außerdem wurden Kinder mit sozialen Ängsten in einer aktuellen Studie von ihren Peers als weniger sympathisch eingeschätzt (Verduin & Kendall, 2008).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Zusammenhang zwischen Peerbeziehungen und seelischer Gesundheit bzw. Psychopathologie in den letzten Jahren intensiver erforscht wurde. Die Frage, wie diese Phänomene genau zusammenhängen, lässt sich aufgrund der Komplexität des Forschungsgegenstandes und fehlender kosten- und zeitintensiver prospektiver Studien an nicht klinischen Stichproben nicht eindeutig kausal beantworten. Einerseits scheinen Gleichaltrigenprobleme das Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen zu erhöhen, während positive Interaktionen mit Freunden sowie ein hoher sozialer Status im Jugendalter einen Schutzfaktor darstellen. Andererseits gibt es auch Hinweise, dass die den psychischen Störungen zugrunde liegenden Symptome (z.B. Impulsivität) die sozialen Schwierigkeiten bedingen.

1.3 Diagnostische Einordnung von Gleichaltrigenproblemen

Probleme mit Gleichaltrigen sind häufig Anlass einer kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. -psychotherapeutischen Vorstellung. Achenbach und Edelbrock (1981) berichten, dass in Abhängigkeit vom Alter 30 bis 75% der Vorstellungen in Praxen, die auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen spezialisiert sind, aufgrund von Problemen im Kontakt mit Gleichaltrigen erfolgen. Aktuelle Zahlen aus dem deutschsprachigen Raum liegen nicht vor, es ist jedoch davon auszugehen, dass Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen ebenfalls sehr häufig Grund einer kinder- und jugendpsychiatrischen Vorstellung sind. Dass es sich bei Peerproblemen um ein nicht zu vernachlässigendes

Thema handelt, zeigt sich auch in dem Ergebnis einer bundesweit repräsentativen Studie des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KIGSS) des Robert-Koch-Instituts zu wichtigen Facetten der gesundheitlichen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter. Im Erhebungszeitraum Mai 2003 bis Mai 2006 gaben 8,1% der Jungen und 8,9% der Mädchen an, unter Schwierigkeiten mit ihren Peers zu leiden (http://www.kiggs.de, zuletzt abgerufen am 12.8.2009).

Erstaunlich erscheint, dass trotz der offensichtlichen Bedeutung von gestörten Gleichaltrigenbeziehungen diese in der Tradition der Psychiatrie wenig formale Beachtung gefunden haben (Bierman, 1987). Dies spiegelt sich zum Beispiel in der Tatsache wieder, dass sich Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen in den aktuellen Klassifikationssystemen DSM-IV-TR (APA, 2000) und ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1999) nicht direkt verschlüsseln lassen. Allerdings zeigt sich im Rahmen verschiedener im Kindes- und Jugendalter auftretender psychischer Störungen eine hohe Komorbidität mit bedeutsamen Gleichaltrigenproblemen. Wie bereits in den vorangehenden Abschnitten (vgl. 1.2.4.2 und 1.2.4.3) deutlich wurde, sind Störungen in den Peerbeziehungen mit klinisch relevanter Psychopathologie assoziiert. Sie können als introversive und expansive Störungen klassifiziert werden. Im Jugendalter ist zu berücksichtigen, dass häufig eine Mischung von Problemen aus unterschiedlichen Störungsbereichen zu beobachten ist und neben ausgeprägten Störungsbildern auch noch klinisch relevante Symptome auftreten, die isoliert genommen, nicht unbedingt das Vollbild einer psychischen Störung nach den aktuellen Klassifikationssystemen erfüllen (Döpfner & Walter, 2002; Walter, Rademacher, Schürmann & Döpfner, 2007). Da im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung eine Verschlüsselung nach ICD-10 jedoch unbedingt erforderlich ist, soll im Folgenden (1.3.1 und 1.3.2) eine Zusammenfassung der Störungsbilder gegeben werden, die bei einer Vorstellung aufgrund von Beziehungsproblemen mit Gleichaltrigen diagnostisch häufig in Frage kommen und die auch im Rahmen der Stichprobe der hiesigen empirischen Studie relevant sind. Auf eine Darstellung der Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen wird verzichtet, da das im Rahmen der vorliegenden Arbeit entwickelte Therapieprogramm für die Behandlung dieser mit chronischen und schweren Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion einhergehenden Störungen nicht geeignet erscheint. Bei der Beschreibung der Störungsbilder wird im Wesentlichen das europäische Klassifikationssystem ICD-10 zugrunde gelegt. Im Falle wesentlicher Unterschiede zum amerikanischen Klassifikationssystem DSM-IV werden die Differenzen kurz beschrieben.

1.3.1 Introversive Störungen

Die soziale Phobie und die Depression sind introversive Störungen, die typischerweise mit Gleichaltrigenproblemen assoziiert werden, so dass sie im Folgenden näher beschrieben werden.

1.3.1.1 Soziale Phobie

Die klinisch relevante Diagnose der sozialen Angst ist die soziale Phobie. Der Begriff der sozialen Phobie wurde bereits 1903 vom französischen Psychiater Janet beschrieben. Die soziale Phobie in ihrer modernen Form wurde 1966 von den englischen Psychiatern und Verhaltenstherapeuten Marks und Gelder erstmals definiert und später weiter ausgearbeitet. 1980 wurde die Störung in das offizielle amerikanische Diagnoseschema aufgenommen und schließlich 1990 im ICD-10 unter F40.1 als Soziale Phobie bzw. unter F93.2 als Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters verschlüsselt. Letztere Diagnose setzt voraus, dass der Störungsbeginn vor dem 6. Lebensjahr liegt und dass die soziale Angst auf Fremde beschränkt ist. Untersuchungen an deutschen und amerikanischen Jugendlichen weisen auf eine Lebenszeitprävalenz der sozialen Phobie von 5% - 15% hin (Heimberg et al., 2000; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley & Andrews, 1993), und zwar mit einem Geschlechterverhältnis von ca. 2:1 zugunsten des männlichen Geschlechts und einem Störungsbeginn, der typischerweise ins frühe Jugendalter fällt (Schneier et al., 1992). Die Entstehung einer Sozialphobie im Jugendalter wird beispielsweise im Zusammenhang mit Schwierigkeiten in der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben gesehen (Kashdan & Herbert, 2001). Darüber hinaus werden die nahezu permanent stattfindenen sozialen Evaluationen, wie die kritische Prüfung der Kleidung, des Musikgeschmacks oder des Auftretens durch Gleichaltrige und Erwachsene, und die in diesem Lebensabschnitt erhöhte selbstfokussierte Aufmerksamkeit zur Erklärung herangezogen (Albano & Barlow, 1996).

Die Betrachtung der Diagnosekriterien legt bereits einen Zusammenhang zwischen Sozialer Phobie und Gleichaltrigenproblemen nahe. Schüchternheit ist noch nicht pathologisch und ein gewisses Ausmaß an sozialen Ängsten kann insbesondere im Jugendalter als normale vorübergehende Erfahrung gelten. Die Krankheitswertigkeit hängt von der Stärke und Häufigkeit der Ängste sowie dem Ausmaß der dadurch erlebten Beeinträchtigung ab. Typisch für die Diagnose der sozialen Phobie ist die angstvolle Vermeidung von an sich gewünschten Sozialkontakten. Jugendtypische Situationen, wie zum Beispiel Zusammenkünfte mit anderen, Partys, Rendezvous oder Cliquen, werden häufig gemieden, was zu einer starken sozialen Isolation führen kann. Das

Vermeidungsverhalten basiert dabei auf einer dauerhaften, unangemessenen Furcht vor der prüfenden Beobachtung und Bewertung durch andere Menschen. Die Gedanken von Jugendlichen mit Sozialer Phobie kreisen häufig um eigene Unzulänglichkeiten (z.B. „Ich habe keine Freunde, ich bin nicht selbstsicher genug."). Sie neigen zu einer übermäßigen Beschäftigung mit der eigenen Person und der Wirkung auf andere. Das Erleben bestimmter sozialer Situationen löst fast unvermeidlich eine sofortige Angstreaktion aus, die mit körperlichen Reaktionen, wie Verkrampfung, Zittern, Schwitzen, Erröten, Herzrasen, Übelkeit etc., einhergehen und sich bis hin zu Panikattacken aufschaukeln können. In der Selbstwahrnehmung können die vegetativen Symptome als das primäre Problem verkannt werden (z.B. Erröten) (Remmschmidt, Schmidt & Poustka, 2006). Situationen, in denen Kontakt mit Gleichaltrigen erforderlich ist, fallen in der Regel schwerer als Interaktionen mit jüngeren oder älteren Personen (Beidel & Randall, 1994; Beidel, Turner & Morris, 2000). Dieser Befund erklärt, dass besonders die Peerbeziehungen – insbesondere die Entwicklung von Freundschafts- und Intimbeziehungen – durch die Erkrankung beeinträchtigt sind (Ambühl, Meier & Wullitzki, 2001; Beidel & Turner, 1998; Morschitzky, 2004). Bei Kindern und Jugendlichen können sich soziale Ängste häufig auch in Form von Prüfungsangst äußern. Die Furcht vor kritischer Bewertung bewirkt in diesem Fall eine Leistungshemmung bei Tätigkeiten, die – alleine verrichtet – angstfrei ausgeführt werden können. Typisch ist eine angstbedingte Blockade beim Sprechen vor der Klasse und der Autoritätsperson des Lehrers, die zur Vermeidung der Teilnahme am Unterricht führen kann (Morschitzky, 2004). Da innerhalb der gängigen Klassifikationssysteme keine gesonderte Kategorie für Prüfungsängste vorliegt, schlagen Suhr und Döpfner (2000) vor, sie im DSM-IV unter der Kategorie der sozialen Phobie und im ICD-10 vorzugsweise unter der phobischen Störung des Kindesalters zu verschlüsseln.

1.3.1.2 Depressive Störungen

Bei den introversiven Störungen werden neben der sozialen Phobie die depressiven Störungen (ICD-10: F32) mit Peerproblemen assoziiert, auch wenn die Diagnosekriterien selber keinen direkten Zusammenhang implizieren. Depressive Symptome können bereits im Kindesalter diagnostiziert werden, die Punktprävalenzrate liegt in dieser Altersgruppe bei ca. 1 bis 3% (Fleming & Offord). In der Adoleszenz ist ein Anstieg der Prävalenz auf das Doppelte zu verzeichnen (Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1998). Während das Geschlechterverhältnis bis zum Eintritt in die Pubertät ungefähr ausgewogen ist, beträgt das Verhältnis von Frauen zu Männern ab der Adoleszenz ca. 2:1 (Angold, Costello &

Worthman, 1998; Cohen et al., 1993). Angaben zur Lebenszeitprävalenz im Jugend- und jungen Erwachsenenalter variieren zwischen 9% bis 25% (Essau, Karpinski, Petermann & Conradt, 1998; Lewinsohn et al., 1993; Wittchen, Nelson & Lachner, 1998). Beginnt die depressive Symptomatik bereits im Kindes- oder Jugendalter, so ist das Risiko eines chronischen Verlaufs um das 2 bis 4-fache erhöht (z.B. Kovacs, 1996).

Als Kernsymptome depressiver Episoden nach ICD-10 gelten in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter die mindestens zwei Wochen anhaltende niedergedrückte Stimmung, die mitunter auch als traurig, verzweifelt, resigniert, mutlos oder gereizt umschrieben werden kann, Freudlosigkeit und Interessensverlust sowie eine Verminderung des Antriebs mit eingeschränkter Aktivität. In Abgrenzung zu vor allem im Rahmen der Pubertät auftretenden Stimmungsschwankungen weist die Intensität, Dauerhaftigkeit und fehlende emotionale Reagibilität auf eine klinische Relevanz der Symptomatik hin (Schulte-Körne & Allgaier, 2008). Weitere häufige Symptome sind eine Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens sowie der Konzentration und Denkfähigkeit. Typischerweise geht die depressive Störung im Jugendalter mit ähnlichen kognitiven Verzerrungen wie im Erwachsenenalter einher. Die Gedankeninhalte betreffen nach Beck, Rush, Shaw und Emery (1980) das Selbst, die Welt und die Zukunft. Jugendliche schätzen beispielsweise die eigenen sozialen und intellektuellen Kompetenzen häufig als niedrig ein („Ich kann das nicht und werde das nie können.“) und neigen dazu, sich selber als fehlerhaft, unzulänglich, wertlos und nicht begehrenswert zu bewerten. Erfahrungen werden in der Regel negativ interpretiert, subjektiv werden überwiegend Enttäuschungen und Niederlagen empfunden und auch die Zukunftserwartung ist negativ geprägt. Eine Veränderung der gegenwärtig empfundenen Situation wird ebenso wenig als möglich angenommen wie eine eigene Beteiligung an dieser. Viele depressive Jugendliche zeigen ungeeignetes Problemlöseverhalten, mitunter provozieren sie negative Gefühle nahezu, zum Beispiel indem sie sich sofort gekränkt zurückziehen. Suizidgedanken und suizidales Verhalten sind abzuklären, ebenso risikohaftes Bewältigungsverhalten wie Substanzabusus (Michels, 2003). Die depressive Störung kann von multiplen somatischen Beschwerden begleitet werden wie Schlafstörungen, Appetitverlust (oder –steigerung) mit entsprechenden Gewichtsveränderungen, Libidoverlust und vegetativen Beschwerden (Kopf- und Bauchschmerzen sowie Verdauungsstörungen). Abhängig von der Anzahl und Schwere der Symptome ist die Erkrankung als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen (Remmschmidt, Schmidt & Poustka, 2006). Typischerweise weisen depressive Jugendliche eine geringere Anzahl von Kontakten zu Gleichaltrigen auf. Defizitäre soziale Fertigkeiten und dysfunktionales zwischenmenschliches Verhalten werden in den Klassifikationssystemen nicht als Symptome der Störung definiert, jedoch

oft als ätiologisch relevante Faktoren angesehen. In mehreren Studien ließ sich die Hypothese einer bedeutsamen negativen Beziehung zwischen Depression und sozialer Kompetenz bestätigen (Bell-Dolan, Reaven & Peterson, 1993; Blechman, McEnroe, Carella & Audette, 1986; Levendovsky, Okun & Parker, 1995; Mazur, Wolchil, & Sandler, 1992), was eine Erklärung für den Zusammenhang mit Gleichaltrigenproblemen bietet. Die vorhandenen Beziehungen sind oft gespannt, werden eigeninitiativ nicht gesucht oder Gleichaltrige meiden von vornherein den Kontakt zu anderen, was nicht selten zur Isolation führt (Michels, 2003).

1.3.2 Expansive Störungen

Im Folgenden werden die expansiven Störungen, in deren Rahmen häufig auch Gleichaltrigenprobleme eine Rolle spielen, beschrieben, nämlich die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und die Störung des Sozialverhaltens.

1.3.2.1 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, abgekürzt ADHS, ist eine bereits im Kindesalter beginnende Störung, die primär durch Beeinträchtigungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Aktivität und Impulsivität gekennzeichnet ist und im ICD-10 unter F90.0 verschlüsselt wird. Eine Diagnosestellung erfordert das situationsübergreifende Auftreten der Symptome über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten sowie einen Beginn vor dem siebten Lebensjahr. In dem amerikanischen Klassifikationssystem DSM-IV erfolgt eine Subtypendifferenzierung in einen primär unaufmerksamen Typ, einen primär hyperaktiv-impulsiven Typ und einen kombinierten Typ, wobei der letztgenannte im Wesentlichen der Klassifikation des ICD-10 entspricht. Eine Möglichkeit, den primär unaufmerksamen Subtyp auch im ICD-10 zu verschlüsseln, bietet die Kategorie F98.8 „sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“. Die Diagnose ADHS geht oft mit einer Störung des Sozialverhaltens einher. Dieser häufigen Komorbidität wird unter der Diagnose einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F90.1) Rechnung getragen. Bei ADHS handelt es sich um eine häufige Störung des Kindes- und Jugendalters, von der ca. 3 bis 7% der Schulkinder betroffen sind (APA, 2000), wobei Jungen deutlich häufiger betroffen sind mit einem Geschlechterverhältnis von circa 4-9:1 (Cantwell, 1996).
Problematische Peer-Beziehungen werden im Rahmen der diagnostischen Kriterien nicht als primäres Symptom definiert. Allerdings lassen die wesentlichen Diagnosekriterien bereits problematische Peerinteraktionen vermuten. Aufmerksamkeitsprobleme, die sich

beispielsweise in Unaufmerksamkeit gegenüber Details, Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten, oder einer erhöhten Ablenkbarkeit durch externe Stimuli äußern, erschweren möglicherweise den Erwerb sozialer Fertigkeiten durch Modelllernen. Es ist zu vermuten, dass es diesen Kindern schwerer fällt, ihre Aufmerksamkeit auf soziale Hinweisreize zu richten, die in sozialen Interaktionen bedeutsam sind (Landau & Milich, 1988). Die Tatsache, dass Spiele oder Aufgaben häufig vorzeitig abgebrochen werden, legt ebenfalls Probleme im Kontakt mit Gleichaltrigen nahe. Hyperaktives Verhalten, das heißt exzessive Ruhelosigkeit in Situationen, die relative Ruhe verlangen, und Impulsivität (z.B. die Unfähigkeit zu warten, bis man an der Reihe ist, häufiges Unterbrechen und exzessives Reden) begünstigen unkontrolliertes und herrisches Verhalten. Kinder und Jugendliche mit ADHS weisen häufig Defizite in ihren sozialen Fertigkeiten auf und werden von ihren Peers oft als laut, aufdringlich, störend oder lästig beschrieben (Landau & Moore, 1991, vgl. 1.2.4.2).

1.3.2.2 Störung des Sozialverhaltens

Aggressiv-dissoziales Verhalten umfasst oppositionelles, aggressives und delinquentes Verhalten und wird im ICD-10 unter der Störung des Sozialverhaltens (F91) verschlüsselt. Es werden je nach Symptomatik, Umgebung, betroffenen sozialen Bereichen und einhergehenden zusätzlichen Störungen sechs Typen der Störung des Sozialverhaltens unterschieden. Allen gemein ist ein sich wiederholendes Verhaltensmuster, das die Verletzung grundlegender Rechte anderer sowie altersrelevanter Regeln und Normen umfasst. Die Diagnose einer auf den familiären Rahmen beschränkten Störung des Sozialverhaltens (F91.0) wird vergeben, wenn aggressiv dissoziales Verhalten völlig auf den häuslichen Rahmen oder die Interaktion mit Familienmitgliedern beschränkt ist und das Ausmaß oppositionellen und trotzigen Verhaltens übersteigt. Aggressives Verhalten, das über oppositionelles und trotziges Verhalten hinausgeht und mit einer andauernden Beeinträchtigung der Beziehungen des Kindes zu anderen Personen einhergeht (insbesondere zur Gruppe der Gleichaltrigen), wird als Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen klassifiziert (F91.1). Ist hingegen trotz der aggressiven Verhaltensweisen eine gute soziale Einbindung in die Altersgruppe gegeben, so entspricht dies der Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (F91.2). Die Kategorie Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (F91.3) beschreibt ungehorsames und trotziges Verhalten, das in der Regel vor dem 9. Lebensjahr beginnt. Schwerere delinquente und aggressive Verhaltensweisen treten nicht auf. Werden die allgemeinen Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens

erfüllt, ist eine Zuordnung zu einer Subgruppe jedoch nicht möglich, so kann diese unter der Kategorie „Andere bzw. nicht näher bezeichnete Störung des Sozialverhaltens“ (F91.9) verschlüsselt werden. Die Prävalenz aggressiven Verhaltens in der Allgemeinbevölkerung variiert in epidemiologischen Studien sehr. In der Bremer Jugendstudie lag die Prävalenzrate der Störung des Sozialverhaltens für Jugendliche im Alter zwischen 12 bis 18 Jahren bei 4,7% und die Prävalenz der Störung mit oppositionellem Trotzverhalten bei 2,5% (Petermann et al, 1999). Die Tatsache, dass die Störung des Sozialverhaltens gehäuft mit internalisierendem Problemverhalten wie Depression einhergehen kann, wird in der Diagnose „Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen“ (F92) berücksichtigt. Um die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens zu stellen, wird eine mindestens 6 Monate andauernde Symptomatik gefordert. Aggressiv dissoziales Verhalten kann auch im Rahmen einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens, einer emotionalen Störung mit Geschwisterrivalität oder einer dissozialen Persönlichkeitsstörung auftreten, so dass es sich hierbei um wichtige Differenzialdiagnosen handelt.

Wie aus der Beschreibung des Störungsbildes abzuleiten ist, sind beeinträchtigte Beziehungen zu Familienmitgliedern, Lehrern und auch Gleichaltrigen die Regel. Kinder und Jugendliche mit einer Störung des Sozialverhaltens sind zwar mit Ausnahme der „Störung des Sozialverhaltens mit fehlenden sozialen Bindungen“ überwiegend prinzipiell in der Lage, Beziehungen aufzubauen, geraten jedoch aufgrund ihres aggressiven Verhaltens häufig in Konflikte mit anderen Kindern und Jugendlichen. Sie sind im Gleichaltrigenverbund sehr unbeliebt und stoßen auf Ablehnung (Cole & Carpentieri, 1990). Im Unterschied zu Kindern- und Jugendlichen, die ein reines ADHS aufweisen und primär aufgrund ihrer hyperaktiv-impulsiven Art als störend erlebt werden, neigen Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens dazu, aggressives Verhalten einzusetzen, um Gleichaltrige einzuschüchtern und die Rechte anderer zu verletzen (z.B. Stehlen, Lügen oder Zerstören von fremden Sachen). Die Ergebnisse einer Studie von Frankel und Feinberg (2002) lassen vermuten, dass die Diagnosen ADHS und Störung des Sozialverhaltens mit unabhängigen, im Falle der Komorbidität der beiden Störungen additiven Beeinträchtigungen in den sozialen Gleichaltrigenbeziehungen einhergehen. Aggressiv-dissoziale Kinder und Jugendliche schließen sich meist anderen aggressiven Peers an, wobei sie sich in dieser Gruppe oft prosozial verhalten, anderen jedoch aggressiv oder dissozial begegnen (Petermann, Döpfner & Schmidt, 2001). Wird aggressives Verhalten im Jugendalter beobachtet, so ist zu differenzieren, ob es sich um ein vorübergehendes oder um ein relativ stabiles, seit der Kindheit bestehendes Verhaltensmuster handelt. Im Jugendalter kommt es gehäuft zum Übertreten gesetzlicher

und gesellschaftlicher Normen. Die Prognose hinsichtlich der weiteren Entwicklung scheint wesentlich vom Alter bei Störungsbeginn abzuhängen. Bei der Mehrheit der Jugendlichen, die aggressive Verhaltensweisen aufweisen, handelt es sich um ein vorübergehendes, das heißt auf wenige Jahre begrenztes Problem (Moffitt, 1993). In diesem Fall ist das Ausmaß des aggressiven Verhaltens geringer und die Beeinträchtigungen der Peer-Beziehungen sind im Vergleich zu Jugendlichen mit frühem Störungsbeginn, das heißt vor dem 10. Lebensjahr, weniger stark ausgeprägt. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Störung des Sozialverhaltens über die gesamte Jugendzeit persistiert und sich eine antisoziale Persönlichkeitsstörung entwickelt, ist bei Beginn der Symptomatik in der Kindheit erhöht (Hinshaw, Lahey & Hart, 1993). Aggressives Verhalten mit frühem Störungsbeginn geht außerdem gehäuft mit weiteren psychischen Auffälligkeiten einher. Der Bedeutsamkeit des Alters bei Beginn der Symptomatik wird im DSM-IV-TR (APA, 2000) durch eine Subgruppeneinteilung in Abhängigkeit vom Alter beim Störungsbeginn Rechung getragen.

1.4 Ätiologie und Aufrechterhaltung von Gleichaltrigenproblemen

Wie aus dem vorangehenden Kapitel (vgl. 1.3) ersichtlich, können Beziehungsstörungen mit Gleichaltrigen im Zusammenhang mit internalisierendem und mit externalisierendem Problemverhalten entstehen. Die Tatsache, dass verschiedene Pfade zu demselben Ergebnis führen können, ist auch im Rahmen der Erklärungsmodelle zu berücksichtigen. Während die einen Kinder beispielsweise auf Ablehnung durch die Peers stoßen, weil sie sich aggressiv verhalten, werden andere abgelehnt, weil sie sich von Gleichaltrigen zurückziehen.

Verschiedene Autoren haben versucht, den Zusammenhang zwischen Peerproblemen und späteren Verhaltensstörungen zu erklären. Die Modelle variieren dabei in ihrer Komplexität. Die einfachsten Modelle zur Erklärung von Gleichaltrigenproblemen gehen von einem linearen Zusammenhang mit Verhaltensstörungen aus. Beispielhaft sind als zwei Varianten das „incidental model“ und das „causal model“ zu nennen (Parker & Asher, 1987).

Im „incidental model“ wird ein zugrundeliegender pathogenetischer Prozess (z.B. biologische Disposition) postuliert, welcher das abweichende Verhalten gegenüber den Gleichaltrigen bedingt und zur Entwicklung einer Verhaltensstörung führt. Die Peerprobleme werden in dieser Vorstellung als Epiphänomen ohne eigenständigen Beitrag in der Ätiologie der späteren Störung angesehen (Parker & Asher, 1987). Im

„causal model“ werden im Gegensatz dazu die Schwierigkeiten mit den Gleichaltrigen selber als zentral gewertet. Unangemessenes Verhalten gegenüber den Peers führt nach dieser Modellvorstellung zu Gleichaltrigenproblemen in Form von Ablehnung. Die anhaltende Zurückweisung durch Peers bedingt eine abweichende Sozialisierung, die eine Ausreifung sozialer und kognitiver Fertigkeiten erschwert. Eine wichtige Quelle sozialer Unterstützung, nämlich die durch Gleichaltrige, fällt weg, was zu einem vermehrten Erleben von Stress führt (Parker & Asher, 1987).

Studien unterstützen die Annahme, dass Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen einen eigenen signifikanten negativen Einfluss auf die Entwicklung von internalisierendem und externalisierendem Problemverhalten haben, der über den Einfluss von Merkmalen der Kinder, wie Verhaltensstil, hinausgeht (Parker et al., 1996; Coie et al., 1992; de Rosier et al., 1994, vgl. auch 1.2.4). Insbesondere das zweite Modell (causal model) hat dazu beigetragen, die Forschung zum Zusammenhang von gestörten Peerbeziehungen und Psychopathologie anzuregen. Dennoch erscheinen solche einfachen linearen Modelle unzureichend und der Komplexität der Ätiologie nicht gerecht zu werden. Parker und Asher (1987) folgern:

The extreme incidental model seemingly denies the very real possibility that the experience of peer rejection, especially prolonged peer rejection leads a child to view the world and him or herself negatively... Ongoing rejection by peers must negatively affect many aspects of the child's social, academic, affective and moral development... Alternatively, an extreme causal view ignores the fact that antedate poor interpersonal relationships continue to play a role in subsequent outcomes. (p.379)

Ätiologiemodelle sollten die Erkenntnis der Entwicklungspsychopathologie beachten, dass multiple Mechanismen und Prozesse bei der Entwicklung eines bestimmten fehlangepassten Verhaltens involviert sind. Mittlerweile besteht fachlicher Konsens darüber, dass die biologische Ausstattung und die Lebenserfahrungen eines Individuums im Entwicklungsverlauf kontinuierlich miteinander interagieren und es zu biosozialen Interaktionen kommt, welche die behaviorale Entwicklung maßgeblich beeinflussen (Atkinson, Atkinson, Smith, Bem & Nolen-Hoeksen, 2001). Dementsprechend sind auch in der Genese von Gleichaltrigenproblemen Interaktionen zwischen prädisponierenden konstitutionellen und psychosozialen Faktoren zu berücksichtigen. Dies würde beispielsweise implizieren, dass Eigenschaften des Kindes Reaktionen der Peers, wie z.B. Ablehnung, bedingen und die Zurückweisung wiederum die Eigenschaften des Kindes beeinflusst. Transaktionale Modelle gehen zusätzlich von Rückkopplungsprozessen aus. Sie erkennen, dass das Kind und die Peergruppe ein interagierendes System darstellen und Entwicklung ein dynamischer Prozess ist. Demnach unterliegen die Merkmale des Kindes und der Umwelt kontinuierlichen

Veränderungen aufgrund einer wechselseitigen Beeinflussung über die Zeit. Das Kind wird als aktiv bemüht angesehen, Veränderungen in der Umwelt zu bewirken, und die veränderten Umweltbedingungen wirken sich wiederum auf das Kind und dessen Eigenschaften aus. Angeborene Merkmale werden dementsprechend nicht als statisch betrachtet. Die psychopathologische Entwicklung ist weder ein Produkt des Kindes noch der Umwelt, sondern das Ergebnis einer Kind-Umwelt-Transaktion, welche fehlgesteuerte Muster über die Zeit hinweg verstärken und aufrechterhalten.

In den folgenden Abschnitten werden verschiedenen Bedingungen, die im Zusammenhang mit der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Gleichaltrigenproblemen diskutiert werden, einzeln vorgestellt – wohl wissend, dass ein singulärer Faktor als Erklärungsmodell nicht ausreichend ist. Zu den risikoerhöhenden Faktoren von Gleichaltrigenproblemen gehören Korrelate aus dem biologischen, psychologischen und sozialen Entwicklungsbereich, die auch im Zusammenhang mit der Entwicklung und Aufrechterhaltung von internalisierendem und externalisierendem Problemverhalten stehen. Abschließend wird ein mehrere Komponenten integrierendes, dynamisch-transaktionales Modell zur Entstehung von Gleichaltrigenproblemen dargestellt, das einige der zuvor genannten Aspekte vereint und empirisch fundiert erscheint.

1.4.1 Konstitutionelle Faktoren

Kinder zeigen von Geburt an eine ausgeprägte Affinität zu bestimmten Stimmungslagen und Verhaltensstilen. Diese Neigungen werden als genetisch determinierte Temperamentseigenschaften gekennzeichnet (Kagan, 2001), die als relativ stabil im Entwicklungsverlauf angesehen werden (Thomas & Chess, 1996). Es ist zu vermuten, dass solche konstitutionellen Verhaltenseigenschaften die Persönlichkeit eines Kindes und die Entwicklung seiner sozialen Fertigkeiten mitbedingen (Harris, 1998; Scarr & Mc Cartney, 1983; Scarr, 1992). Da die Einflüsse von Genen und Umweltfaktoren konfundiert sind, ist es möglich, dass die Effekte, die der Sozialisierung zugeschrieben werden (siehe 1.4.2), überschätzt werden. Eine Kontroverse wurde dadurch ausgelöst, dass einige Vertreter der Verhaltensgenetik die Bedeutung der Familie und anderer Sozialisationsbedingungen hinsichtlich der Entwicklung sozialer Fertigkeiten anzweifelten (Harris, 2000; Vandell, 2000).

Trotz wiederkehrender Forderungen nach Studien zum Zusammenhang zwischen konstitutionellen Merkmalen, wie Temperament und Qualität von Peerbeziehungen, finden solche Aspekte in der Forschung kaum Beachtung. Dies ist umso bedauernswerter, als die Implikationen für die späteren Peerbeziehungen des Kindes in Abhängigkeit von

unterschiedlichen Temperamentskonstellationen offensichtlich erscheinen. Thomas und Chess (1977) prägten den Begriff des „schwierigen Temperaments“. Verhaltenskorrelate umfassen den häufigen und intensiven Ausdruck negativer Affekte sowie eine starke Irritierbarkeit und langsame Anpassung an Veränderungen. Darüber hinaus werden das Aktivitätsniveau und das Ausmaß an Verhaltenshemmung (behavioral inhibition) als wichtige Temperamentsdimensionen im Bezug auf Gleichaltrigenbeziehungen angesehen. Das aktive Baby oder Kleinkind reagiert schnell aufgeregt und motorisch gewandt. Kleinkinder, die furchtsam, wachsam und ängstlich reagieren, wenn sie mit neuen sozialen Reizen konfrontiert sind, werden als verhaltensgehemmt bezeichnet, diejenigen, die offen auf neue soziale Situationen reagieren, werden als gesellig beschrieben (Kagan, 2001).

Ein schwieriges, sehr aktives oder auch verhaltensgehemmtes Temperament ist prädisponierend für die Entwicklung von problematischen sozialen Verhaltensweisen, die für Kinder mit Beziehungsproblemen mit Gleichaltrigen charakteristisch sind. Beispielsweise steht ein schwieriges und aktives Temperament im Kleinkindalter im Zusammenhang mit Entwicklungs- und Kontrollproblemen (z.B. aggressives und hyperkinetisches Verhalten) (Bates, Bayles, Bennet, Ridge & Brown, 1991; Bates, Maslin & Frankel, 1985). Unkontrolliertes, impulsives und aggressives Verhalten wiederum ist ein typischer Prädiktor für Ablehnung durch die Peers (Bates et al., 1991, vgl. auch 1.2.4.2).

Ein gehemmtes Temperament in der frühen Kindheit geht mit einer stark erhöhten sympathischen Erregung einher und ist geeignet, soziales Rückzugsverhalten in der frühen und mittleren Kindheit vorherzusagen (Kagan, 2001). Genau wie aggressives Verhalten korreliert sozialer Rückzug in der mittleren Kindheit hoch mit der Zurückweisung durch Gleichaltrige (z.B. La Greca & Lopez 1998, vgl. auch 1.2.4.3). In einer Studie von Stocker und Dunn (1990) wurde an einer Stichprobe von 124 Kindern im Alter von 5 bis 10 Jahren der Zusammenhang zwischen Geselligkeit, Emotionalität (Eltern- und Lehrerurteil) und Variablen zur Messung der Peeranpassung (Eltern-, Lehrer- und Kinderurteil) erfasst. Das Ergebnis bestätigt, dass Kinder, die als geselliger eingestuft wurden, auch beliebter waren und über einen größeren Freundeskreis verfügten. Kinder, die als hoch emotional galten, waren weniger erfolgreich in ihren Beziehungen zu Gleichaltrigen, verglichen mit den Kindern, die auf der Variable Emotionalität niedrig eingestuft wurden.

Darüber hinaus wird in der Literatur eine konstitutionelle kognitive Übersensitivität oder Hypervigilanz hinsichtlich einer möglichen Ablehnung durch Gleichaltrige diskutiert. Downey et al. (1998) sprechen in diesem Zusammenhang von einer angeborenen Sensitivität gegenüber Zurückweisung durch Gleichaltrige, die inadäquates Verhalten in

sozialen Interaktionen und somit auch Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen begünstige. Sie definieren diese als “disposition to defensively (i.e. anxiously or angrily) expect, readily perceive, and overreact to social rejection” (Downey et al., 1998, p. 1074). Sie konnten zeigen, dass Kinder, die als hoch sensitiv eingestuft wurden, im Laufe der Zeit mit höherer Wahrscheinlichkeit soziale und akademische Schwierigkeiten entwickelten.

Während der Zusammenhang zwischen konstitutionellen Faktoren, wie Temperamentsmerkmalen, und Maßen der Peerakzeptanz nur selten direkt untersucht wurde, weisen eine Vielzahl von Studien darauf hin, dass die Störungsbilder, die mit Gleichaltrigenproblemen assoziiert sind (vgl. 1.3), eine hohe genetische Bedingtheit aufweisen. So belegen zahlreiche Studien, dass die Symptome der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und der Störung des Sozialverhaltens in hohem Maße genetisch determiniert sind (z.B. Eaves et al., 1997; Gijone & Stevenson, 1997; Hudziak, 2000; Sprich, Biederman, Crawford, Mundy & Faraone, 2000; Tannock, 1998). Der aktuelle Forschungsstand unterstützt ebenso die Annahme einer genetischen Vulnerabilität für die Entwicklung sozialer Ängste (z.B. Deckert & Domschke, 2003; Kendler, Karkowski & Prescott, 1999) und depressiver Störungen (z.B. Farmer et al., 2000; Schulte-Körne & Allgaier, 2008).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es eine Verbindung zwischen ungünstigen Temperamentsmerkmalen und der Beliebtheit im Gleichaltrigenverbund zu geben scheint. Vermutlich wirken sich jedoch auch familiäre Faktoren sowie sonstige Sozialisationseinflüsse als Mediatoren in diesem Prozess aus, auf welche im folgenden Abschnitt (1.4.2) eingegangen werden soll. Gesicherte Aussagen, wie viel Varianz durch genetische Faktoren respektive familiäre Faktoren aufgeklärt werden kann, sind aktuell nicht möglich.

1.4.2 Sozialisationsbedingungen

Die Tatsache, dass es sich bei der Familie um den Ort der primären Sozialisation handelt, legt die Annahme nahe, dass familiäre Faktoren wie Bindungsstil, Erziehungspraktiken oder elterliche Psychopathologie in der Genese von Beziehungsproblemen mit Gleichaltrigen ebenfalls eine Rolle spielen.

Die Eltern-Kind-Interaktion und insbesondere die frühe Bindung zwischen der primären Bezugsperson und dem Kind werden als wichtig für die Entwicklung sozialen Verhaltens und somit auch für die Qualität nachfolgender Gleichaltrigenbeziehungen angesehen. Eine Prämisse der Bindungstheorie (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Bowlby,

1969; Sroufe, 1983) wird von Sroufe und Fleeson (1986) folgendermaßen zusammengefasst:

“The young child seeks and explores new relationships within the framework of expectations for self and others that emerges from the primary relationship” (p.52).

Elicker, Englund und Sroufe (1992) leiten aus der Bindungstheorie drei Einflüsse ab, die als wichtig für die Entwicklung positiver Gleichaltrigenbeziehungen angesehen werden:

1. Eine sichere Bindung fördert positive soziale Erwartungen, demnach soll ein sicher gebundenes Kind Gleichaltrigenbeziehungen als lohnenswert einschätzen.
2. Die Erfahrungen mit einer responsiven und empathischen Bezugsperson werden als das Fundament des kindlichen Verständnisses für Reziprozität angesehen. In späteren symmetrischeren Beziehungen, wie den Peerbeziehungen, ist das sicher gebundene Kind in der Lage, empathisch zu reagieren.
3. Das Kind, welches responsive Pflege und Unterstützung seiner Autonomiebestrebungen erlebt hat, entwickelt ein Gespür von Selbstwert und Selbstwirksamkeit, was Neugierverhalten, Enthusiasmus und positive Affekte fördert - Merkmale, die von anderen Kindern als attraktiv erlebt werden.

Studien unterstützen die Annahme, dass sicher gebundene Kinder im Vergleich zu unsicher gebundenen mit höherer Wahrscheinlichkeit sozial kompetentes Verhalten im Umgang mit Gleichaltrigen zeigen, und zwar sowohl im Kleinkindalter (Pastor, 1981), im Vorschulalter (Booth, Rose-Krasnor & Rubin, 1991; Erickson, Sroufe & Egeland, 1985; Liebermann, 1977; Waters, Wippman & Sroufe, 1979) wie auch in der Grundschulzeit (Booth, Rose-Krasnor, Mc Kinnon & Rubin, 1994; Elicker et al., 1992; Grossman & Grossman, 1991). Darüber hinaus weisen Studienergebnisse darauf hin, dass sicher gebundene Kinder im Vergleich zu unsicher gebundenen beliebter in der Peergruppe sind (Cohn, 1990; Ellicker et al., 1992; La Freniere & Sroufe, 1985; Grossman & Grossman, 1991). Außerdem wurde ein Zusammenhang zwischen frühen Bindungserfahrungen und der Qualität späterer Freundschaften gefunden. Sicher gebundene Kinder zeigten im Alter von 5 Jahren mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit negative und asynchrone Freundschaften (Youngblade & Belsky, 1992). Umgekehrt zeigte sich ein Zusammenhang zwischen unsicheren und desorganisierten Bindungsmustern mit negativ gefärbten Gleichaltrigenbeziehungen und oppositionell-aggressivem Verhalten (Shaw & Winslow, 1997; Thompson, 1998; van Ijzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999).

Studien, die den Einfluss des elterlichen Erziehungsstils auf die soziale Orientierung, Kompetenz sowie den Erfolg im Gleichaltrigenbereich untersuchten, weisen auf Unterschiede im Erziehungsverhalten der Eltern sozial anerkannter im Vergleich zu den Eltern zurückgewiesener Kinder hin (siehe z.B. Überblicksarbeit von Cohn, Patterson &

Christopoulos, 1991). Insgesamt legen die Studienergebnisse zum elterlichen Erziehungsstil nahe, dass Eltern von sozial erfolgreichen Kindern im Vergleich zu Eltern von zurückgewiesenen Kindern – überwiegend wurden Mütter untersucht – positivere Erziehungsstrategien einsetzen (z.B. Lob, Ausdrücken eigener Gefühle, elterliche Beteiligung, Wärme, sachliches Argumentieren) und auf die Vermittlung sozialer Fertigkeiten Wert legen. Seltener werden negative Erziehungsstrategien wie übermäßige Strenge, Zwang, Vernachlässigung oder inkonsequentes Verhalten beschrieben (Parker et al., 1996; Ladd, Profilet & Hart, 1992; Lollis, Ross & Tate, 1992; Pettit & Mize, 1993). Es lässt sich oft beobachten, dass Erziehende unbeabsichtigt aggressives Verhalten verstärken und sozial kompetente Verhaltensweisen löschen, indem sie beispielsweise angemessen vorgetragene Wünsche ihrer Kinder „überhören“ und auf zunehmend aggressive Verhaltensweisen aus Hilflosigkeit mit Bedürfnisbefriedigung reagieren. Es lassen sich vielfältige Situationen skizzieren, in denen aggressives Verhalten erfolgreich eingesetzt wird. Ungünstige Verstärkerbedingungen spielen auch bei der Entwicklung sozial unsicheren Verhaltens eine Rolle. Barrett et al. (1996) zeigten beispielsweise, dass Eltern die ohnehin erhöhte Tendenz sozial unsicherer Kinder, sich in sozialen Situationen vermeidend-unsicher zu verhalten, verstärkten, indem sie diese fokussierten oder mit prompten Hilfestellungen reagierten, während sie kompetente eigene Lösungsansätze eher ignorierten. In einer Studie von Dishion (1990), die mit Verhaltensbeobachtungen im häuslichen Rahmen arbeitete, zeigte sich, dass die Eltern soziometrisch abgelehnter Jungen im Vergleich zu den Eltern von sozial gut integrierten Söhnen signifikant häufiger dsyfunktionale Erziehungsstrategien anwandten, wie beispielsweise übermäßig nachsichtiges, inkonsistentes oder eskalierendes Verhalten. Soziale Rahmenbedingungen, wie Armut, niedriger sozialökonomischer Status, wenig Unterstützung in der Nachbarschaft, Kriminalität in der Wohngegend und kritische Lebensereignisse, korrelierten ebenfalls mit Gleichaltrigenproblemen. Weitere Analysen ergaben jedoch, dass dieser Zusammenhang indirekt, das heißt primär über den elterlichen Erziehungsstil vermittelt ist. Allgemein wird angennommen, dass durch Armut ausgelöste Stress mit der Fähigkeit der Eltern, auf die Bedürfnisse ihrer Kinder empathisch einzugehen, interferiert (z.B. Booth et al., 1991; Dodge, Pettit, & Bates, 1994). Die Assoziation zwischen Erziehungsverhalten und Ablehnung durch die Peers scheint wiederum vermittelt über antisoziales Verhalten und Leistungsprobleme. Demnach gehen niedrige elterliche Erziehungskompetenzen mit höheren Ausprägungen antisozialen Verhaltens sowie Schulschwierigkeiten einher. Antisoziales Verhalten und Leistungsprobleme werden wiederum in Verbindung mit Ablehnung im Gleichaltrigenverbund gesehen.

Zu erwähnen ist weiterhin, dass psychische Variablen auf Seiten der Eltern die soziale und emotionale Entwicklung eines Kindes mit beeinflussen (z.B. Cummings, Davies & Campbell, 2000). Der Terminus psychische Variablen subsumiert Aspekte wie psychopathologische Auffälligkeiten der Eltern (z.B. Neigung zu Depression, Alkohol- und/oder Substanzmittelmissbrauch), eheliche Disharmonie und Stressbelastung durch kritische Lebensereignisse, wie z.B. Arbeitslosigkeit. Besonders gut belegt ist die Wirkung einer depressiven Erkrankung eines Elternteils (insbesondere der Mutter) auf die kindliche Entwicklung. Das daraus resultierende eingeschränkte Interaktionsverhalten, das durch fehlendes Engagement, einen Mangel an Responsivität, Wärme, Spontaneität und emotionaler Unterstützung charakterisiert wird, erschwert auf Seiten des Kindes die Entwicklung sozial kompetenten Verhaltens und begünstigt die Entwicklung von internalisierenden und externalisierenden Verhaltensproblemen, die sich auch in gestörten Gleichaltrigenbeziehungen manifestieren können (z.B. Connell & Goodman, 2002; Downey & Coyne, 1990; Larsson, Knutsson-Medin, Sundelin & Trost von Werder, 2000). Konflikte und Feindseligkeiten auf der Elternebene können sich aufgrund der Modellfunktion von Eltern nicht nur über das Erziehungsverhalten vermittelt (z.B. Jouring, Barling & O'Leary, 1989), sondern auch direkt auf das Kind auswirken (Emery, 1992). Beobachtetes aggressives Verhalten von Vorbildern wie den Eltern kann auf die Interaktion mit anderen Menschen generalisiert werden, wodurch die Entwicklung externalisierender Verhaltensstörungen begünstigt und die Gleichaltrigenkontakte negativ beeinflusst werden (Bandura, 1976a, 1979b; Stocker & Youngblade, 1999). Beobachtet ein Kind in der Ehe seiner Eltern beispielsweise überwiegend aggressive Problemlösungsstrategien, so ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass es bei Konflikten im Gleichaltrigenverbund auf ähnliche aggressive Strategien zurückgreift.

Bei der Interpretation der Studienergebnisse zum Einfluss des Erziehungsverhaltens und des Bindungsstils auf die Qualität von Peerbeziehungen ist zu berücksichtigen, dass die Größe des Zusammenhangs in den meisten Studien mäßig ist und Korrelationsstudien keine gesicherten kausalen Schlussfolgerungen ermöglichen. Dennoch unterstützen die Befunde in der Zusammenschau die Annahme, dass Kinder, die eine übermäßig strenge oder vernachlässigende Erziehung erfahren, die unsicher gebunden und ökonomischen Stressoren ausgesetzt sind, ein erhöhtes Risiko haben, maladaptive soziale und emotionale Verhaltensstile zu entwickeln und Ablehnung durch Peers zu erfahren. Zu berücksichtigen ist dabei, dass das angeborene Temperament des Kindes die Eltern-Kind-Beziehung und soziale Verhaltensmuster, die die Qualität der Peerbeziehungen vorhersagen, mitbeeinflusst (Lytton, 1990; Rowe, 2002).

1.4.3 Sozial-kognitive Informationsverarbeitung

Zur Entwicklung positiver und stabiler Peerbeziehungen sind altersangemessene soziale Fertigkeiten und Problemlösefähigkeiten unabdingbar (Cowan, Pederson, Babigian, Izzo & Trost, 1973; Parker & Asher, 1987). Eine effektive soziale Informationsverarbeitung wird als ein Element sozialer Kompetenz angesehen (Döpfner, 1989). Defizite in diesem Verarbeitungsprozess werden im Zusammenhang mit sozial unangepasstem Verhalten beobachtet, welches die Entwicklung von Beziehungsproblemen mit Gleichaltrigen begünstigt. Unter dem Begriff der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung ist der gesamte kognitive Verarbeitungsprozess zu verstehen, der zwischen der Wahrnehmung einer sozialen Situation und dem daraus resultierendem Handeln einer Person liegt.

Döpfner (1989) entwickelte ein Modell sozialer Informationsverarbeitung basierend auf dem „Social Problem Solving Model“ von D’ Zurilla und Goldfried (1971), dem Modell interpersoneller kognitiver Problemlösung von Shure und Spivack (1978) und der Theorie der Kompetenzerwartung von Bandura (1979a; 1979b). Er beschreibt den Prozess in acht Schritten, die nacheinander durchlaufen werden:

1. Selektive Wahrnehmung aller relevanten sozialen Hinweisreize
2. Interpretation dieser Hinweisreize
3. Entwicklung von Handlungsalternativen
4. Antizipation möglicher Konsequenzen für die eigene Person und die Interaktionspartner
5. Bewertung der Handlungsalternativen aufgrund der Ergebniserwartung und eigener Kompetenzüberzeugungen
6. Entscheidung für eine Handlungsalternative
7. Festlegung von Handlungsplänen und Ausführung der Handlung
8. Reflexion der Konsequenzen der Handlung

Einen weniger sequenziellen Charakter als vielmehr die Vorstellung eines zyklischen Ablaufs der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung vertreten Crick und Dodge (1994) (siehe Abbildung 1-1). Bei diesem Modell handelt es sich um eine Erweiterung des ursprünglich von Dodge (1986) entwickelten linearen Ansatzes mit dem Ziel, einen Zusammenhang zwischen Informationsverarbeitungsprozessen und sozialer Anpassung herzustellen.

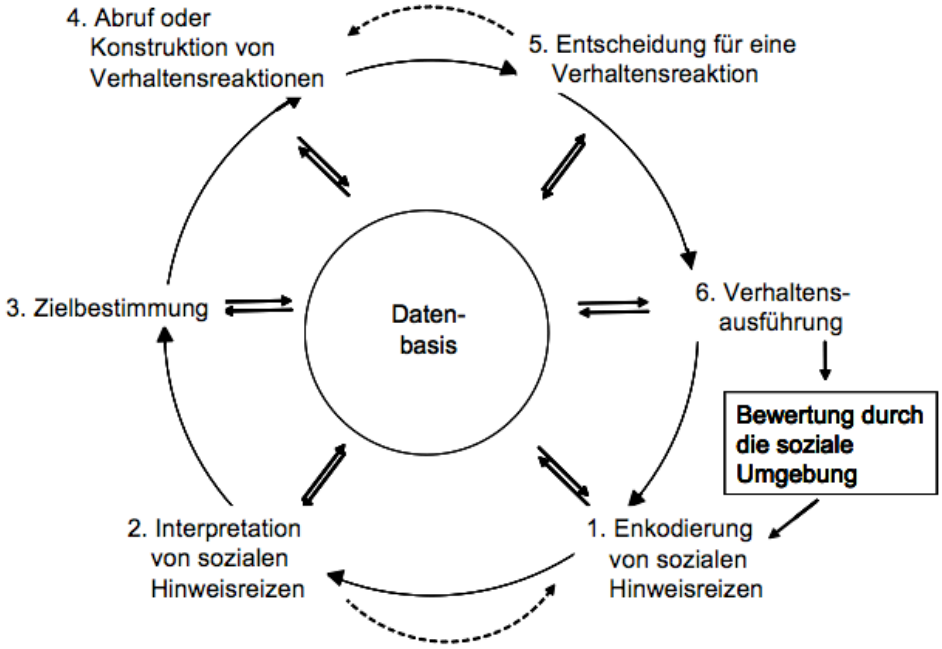


Abbildung 1-1: Modell sozialer Informationsverarbeitung (Crick & Dodge, 1994)

Das Modell geht davon aus, dass die Wahrnehmung und Interpretation aktueller sozialer Situationen über eine Datenbank erfolgt, die Erinnerungen an vergangene Erfahrungen, erworbene Regeln, soziale Schemata und soziales Wissen umfasst. Es kommt demnach zu einem ständigen Austausch zwischen einer vorhandenen Wissensbasis und der Verarbeitung der sozialen Informationen der jeweiligen Situation. Erfahrungen mit sozialen Situationen werden nach diesem Modell im Langzeitgedächtnis gespeichert und somit zum sozialen Wissen. Jede aktuelle soziale Situation wird demnach von dieser Datenbank beeinflusst und beeinflusst diese wiederum. Die sechs Schritte der Informationsverarbeitung nach Dodge (1994) entsprechen weitgehend den Stufen der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung von Döpfner (1989) und werden genauer erläutert:

1. Enkodierung: Der erste Schritt besteht in der Definition des Problems. Das setzt voraus, dass das Kind aufmerksam ist und die relevanten Reize in der Umwelt wahrnimmt, das heißt enkodiert.

2. Interpretation der enkodierten Signale: Im zweiten Schritt werden die sozialen Schlüsselreize interpretiert. Dazu gleicht das Kind die im Kodierungsprozess gewonnen Informationen mit seinen bisherigen Erfahrungen ab und versucht, die Intentionen des Interaktionspartners zu deuten. Das erfordert die Fähigkeit, die Perspektiven anderer zu übernehmen und den wahrgenommenen Reizen Ursachen zuzuordnen. Ob das

Wegnehmen eines Spielzeugs beispielsweise als Scherz oder als Ärgern aufgefasst wird, ist von besonderer Bedeutung bei der Selektion des Ziels bzw. der Reaktion auf das soziale Vorkommnis.

3. Zielbestimmung: Im Anschluss an die Interpretation der Hinweisreize erfolgt die Bestimmung eines Handlungsziels oder eines erwünschten Ausgangs dieser Situation mit dem Ziel, die mit der Situation einhergehende emotionale Erregung zu regulieren. So könnte es dem Akteur beispielsweise wichtig sein, Ärger auf jeden Fall zu vermeiden, eine friedliche Einigung zu erzielen, einen neuen Freund zu gewinnen oder das ersehnte Spielzeug zu erhalten.

4. Suche nach Verhaltensreaktionen: Der vierte Schritt beinhaltet die Suche nach Reaktionsmöglichkeiten auf das Verhalten des Partners. Es werden Reaktionen generiert, die entweder auf bisherigen Erfahrungen basieren und als sogenannte Handlungsskripte vorhanden sind und aus dem Gedächtnis abgerufen, angepasst oder neu entwickelt werden.

5. Reaktionsentscheidung: Die generierten Reaktionen werden anhand von Kriterien wie Akzeptanz wichtiger Bezugspersonen, Einklang mit den eigenen Interessen, Selbstwirksamkeits- bzw. Kompetenzerwartung und Ergebniserwartung bewertet. Unter Selbstwirksamkeitserwartung wird in Anlehnung an Bandura (1986; 1989; 1994) die Erwartung einer Person verstanden, aufgrund eigener Kompetenzen gewünschte Handlungen erfolgreich ausführen zu können. Die Annahmen einer Person, inwieweit bestimmte Handlungen zu bestimmten Zielen oder Ergebnissen führen, werden als Ergebniserwartungen bezeichnet. Die Motivation, eine Handlung durchzuführen oder nicht, wird durch die Selbstwirksamkeits- und Ergebniserwartungen kognitiv beeinflusst. Das Kind entscheidet sich für die Reaktion, die nach der Bewertung das positivste Ergebnis verspricht.

6. Verhaltensausführung: Nachdem die Entscheidung für eine Reaktion getroffen wurde, wird diese in Verhalten umgesetzt. Dies führt wiederum zu Bewertungen des Verhaltens und einer Reaktion auf Seiten der Umwelt und setzt den Prozess erneut in Gang. Antizipierter Erfolg oder Misserfolg einer bestimmten Handlung sowie die Reaktionen anderer auf die Handlung werden im Gedächtnis gespeichert und sind somit im Fundus des sozialen Wissens integriert.

Validierungsstudien (Crick & Dodge, 1996; Dodge, Pettit, Mc Claskey & Brown, 1986; Dodge & Price, 1994) konnten zeigen, dass auf allen Stufen des Informationsverarbeitungsprozesses die Ausprägung sozial kompetenten Verhaltens von Kindern vorhergesagt werden kann. Im Einklang mit den Modellannahmen unterstützen Forschungsbefunde die Annahme, dass Kinder mit Gleichaltrigenproblemen

charakteristische Defizite oder qualitative Unterschiede im Denken auf mehreren Stufen der Informationsverarbeitung aufweisen. Insbesondere bei aggressiven Kindern ließen sich in Studien Defizite in der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung nachweisen, die eine Stabilisierung des problematischen Verhaltens bedingen (z.B. Burks, Laird, Dodge, Pettit & Bates, 1999; Lochman & Dodge, 1998). Es gibt Hinweise, dass die Informationsverarbeitungsprozesse sozial zurückgezogener Kinder denen aggressiver Kinder ähneln (z.B. Harrist, Zaia, Bates, Dodge & Pettit, 1997).

Bereits die Enkodierung sozialer Schlüsselreize kann auf fehlenden oder falschen Informationen basieren. Es konnte gezeigt werden, dass Kinder mit Gleichaltrigenproblemen Schwierigkeiten haben, ihre Aufmerksamkeit auf relevante soziale Hinweisreize zu richten. Kinder mit einem hohen sozialen Status verfügen im Vergleich zu Kindern mit einem niedrigen sozialen Status über bessere Fertigkeiten, Schlüsselreize wahrzunehmen, um die Absichten Gleichaltriger zu differenzieren (Dodge, Murphy & Buchsbaum, 1984). Ferner konnte gezeigt werden, dass sozial schlecht angepasste Kinder dazu neigen, ihre Wahrnehmung selektiv auf vermeintlich provozierende oder Ärger auslösende Reize zu lenken (z.B. Gouze, 1987).

Bei der Interpretation der sozialen Schlüsselreize können ebenfalls Fehler unterlaufen. Beim Vergleich abgelehnter und beliebter Kinder und Jugendlicher, die mit negativen Umständen konfrontiert wurden, unterstellten die abgelehnten – vor allem aggressive Kinder, jedoch auch sozial zurückgezogene, anderen mit höherer Wahrscheinlichkeit eine böswillige Absicht, vor allem wenn die sozialen Hinweisreize doppeldeutig waren (z.B. Dodge, 1980, 1986; Guerra & Slaby, 1989; Harrist et al., 1997; Rubin, Bream & Rose-Krasnor, 1991). Wird dem Reaktionspartner eine feindselige Absicht unterstellt, so kann davon ausgegangen werden, dass die nachfolgende Zielbestimmung des Verhaltens entsprechend auf ungünstige Verteidigungsreaktionen gerichtet ist. In einer Metaanalyse von Orobio de Castro, Veerman, Koops, Bosch & Monshouwer (2002) konnte der postulierte Zusammenhang zwischen aggressivem Verhalten und feindseligen Attributionsmustern auf der Basis von 41 Studien bestätigt werden. Eine Studie von Rose & Asher (1999) weist ebenfalls darauf hin, dass Ziele die Reaktionen von Kindern in Konfliktsituationen mit Gleichaltrigen beeinflussen. Kinder der 4. und 5. Klasse, die an prosozialen Zielen wie der Aufrechterhaltung von Peerbeziehungen interessiert waren, bevorzugten Verhandlungsstrategien wie Kompromissbildung und Anpassung, diejenigen, die Vergeltung anstrebten, hingegen selbstbezogene und feindselige Interaktionsstrategien. Letztere hatten weniger Freunde bzw. im Falle bestehender Freundschaften waren diese durch vielfältige Konflikte charakterisiert. Kinder, die auf Provokationen durch Peers mit sozialem Rückzugsverhalten reagieren, scheinen

hingegen typischerweise Vermeidungsziele zu verfolgen, wie z.B. einer Konfrontation aus dem Weg zu gehen (Erdley & Asher, 1996).

Bei der Suche nach Verhaltensreaktionen ist zu berücksichtigen, dass sozial schlecht angepasste Kinder häufig aufgrund immer wiederkehrender Reaktionskreisläufe nur eingeschränkt soziale Erfahrungen sammeln können, was den Aufbau von Handlungskompetenzen verhindert und dazu führt, dass sie nur über eine begrenzte Auswahl an Verhaltensweisen verfügen. Beim Vergleich akzeptierter und abgelehnter Kinder zeigen sich Unterschiede in ihren Problemlösefertigkeiten. Beliebte Kinder entwickeln kompetentere und effektivere Lösungen für zwischenmenschliche Dilemmata, zurückgewiesene Kinder hingegen generieren signifikant weniger Lösungen, die zudem durch sozial inkompetente oder aggressive Verhaltensweisen gekennzeichnet sind (z.B. Asarnow & Callan, 1985; Ladd & Oden, 1979; Rubin & Daniels-Beirness, 1983).

Kinder und Jugendliche mit Gleichaltrigenproblemen entscheiden sich in konfliktreichen sozialen Situationen häufig, aggressiv zu reagieren, und bewerten das eigene Verhalten subjektiv als angemessen. Aggressives Verhalten – insbesondere instrumentelle aggressive Akte – und die daraus resultierenden Konsequenzen werden als effektiv zur Erreichung der eigenen sozialen Ziele angesehen. Sozial angepasste Verhaltensweisen hingegen werden mit einem schlechteren Ausgang der Situation assoziiert (Crick & Dodge, 1994, 1996; Crick & Ladd, 1990; Guerra & Slaby, 1989; Perry, Perry & Rasmussen, 1986). Beliebte Kinder waren in der Lage, ihr eigenes Verhalten angemessener zu bewerten (Perry et al., 1986).

Die Ausführung aggressiven Verhaltens ruft wiederum Reaktionen und Bewertungen durch die Umwelt hervor, wodurch sich neue soziale Situationen ergeben und der skizzierte Kreislauf erneut durchlaufen wird, was eine Verschlimmerung der Gleichaltrigenprobleme und des abweichenden Verhaltens bedingt (Dodge et al., 2003). Ein Durchbrechen des Teufelskreises wird zusätzlich dadurch erschwert, dass Kinder und Jugendliche mit Gleichaltrigenproblemen ihr soziales Verhalten ungünstig attribuieren. Sie neigen dazu, soziale Erfolge als instabil und external, ihr soziales Versagen hingegen als stabil und internal verursacht zu bewerten (Goetz & Dweck, 1980; Hymel & Franke, 1985; Rubin & Krasnor, 1986; Sobel & Earn, 1985). Der Befund, dass soziale Ergebnisse als unkontrollierbar erlebt werden, legt nahe, dass Kinder und Jugendliche mit Gleichaltrigenproblemen kaum versuchen werden, ihre soziale Situation zu verändern. Im Unterschied dazu attribuieren sozial akzeptierte Kinder und Jugendliche soziale Erfolge internal und erwarten dementsprechend, dass ihr Erfolg auch zukünftig anhalten wird (Sobel & Earn, 1985).

Das Modell von Crick & Dodge (1994) erweckt den Eindruck, dass jeder einzelne Schritt bewusst durchdacht wird und seriell abläuft. Die Autoren weisen jedoch ausdrücklich darauf hin, dass viele kognitive Verarbeitungsprozesse parallel ablaufen und weder bewusst noch reflektiert sein müssen. So ist zum Beispiel aggressives Verhalten nicht immer als intendierter Akt oder als das Resultat eines Mangels an Verhaltensalternativen zu bewerten, sondern kann auch auf einer impulsiven Verarbeitung sozialer Informationen basieren. Im Einklang mit dieser Annahme zeigten Guerra & Slaby (1989), dass Jugendliche, die als aggressiv eingestuft wurden, weniger Informationen zur Interpretation der sozialen Reize einholten und diese schneller als aggressiv bewerteten. Es wird angenommen, dass impulsiv-aggressive Kinder und Jugendliche insbesondere in sozial uneindeutigen Situationen eher Schemata von Bedrohungssituationen aktivieren. In einem solchen Fall wird der Informationsverarbeitungsprozess erheblich verkürzt und vereinfacht, was impulsive Reaktionen begünstigt. Es kommt zu einer sogenannten Automatisierung aggressiver Reaktionsmuster. Hätte sich die Person länger mit der Situation auseinandergesetzt, hätten ihr auch mehr Reaktionsmöglichkeiten zur Verfügung gestanden. Liegt eine schnelle, automatische und irrationale Reaktion vor, so wird vermutet, dass diese im Sinne der klassischen Konditionierung erlernt wurde und die oben beschriebenen Informationsverarbeitungsprozesse nicht vollständig durchlaufen werden. Dies gilt insbesondere für Themen, die mit einer hohen Emotionalität belegt sind. Hierbei kann es zu einer Aktion ohne Nachdenken und einer sozialen Fehlanpassung kommen (Crick & Dodge, 1994).

Bei den sozial-kognitiven Informationsverarbeitungsmodellen ist außerdem der Einfluss entwicklungspsychologischer Veränderungen zu berücksichtigen. So laufen Informationsverarbeitungsprozesse bei jüngeren Kindern ohne voll ausgebildete kognitive Kontrolle noch in rudimentärer Weise ab. Erst mit zunehmendem Alter verbessert sich die Informationsverarbeitungsfähigkeit und komplexere Problemlösungen werden möglich (Beelmann & Lösel, 2005; Döpfner, 1989).

1.4.4 Model of children's social interactions

Im folgenden Abschnitt soll ein transaktionales Modell zur Entstehung von Beziehungsproblemen mit Gleichaltrigen veranschaulicht werden. Parker et al. (1996) integrieren theoretische Modellvorstellungen und Studienergebnisse verschiedener Forscher (z.B. Coie, 1990; Crick & Dodge, 1994; Dodge, 1986; Howes, 1988; Price & Dodge, 1989) in ihrem "reciprocal influence model", auch "model of children's social interactions" genannt. Neben sozial-kognitiven Prozessen (vgl. 1.4.3) werden

verhaltensbezogene Merkmale berücksichtigt. Das Besondere an diesem Modell ist dabei, dass es nicht nur das Kind, welches die sozialen Schwierigkeiten hat, sondern auch die Reaktionen der Peers berücksichtigt, mit denen das Kind interagiert. Die vier Komponenten des Modells (siehe Abbildung 1-2) werden im Folgenden näher beschrieben.

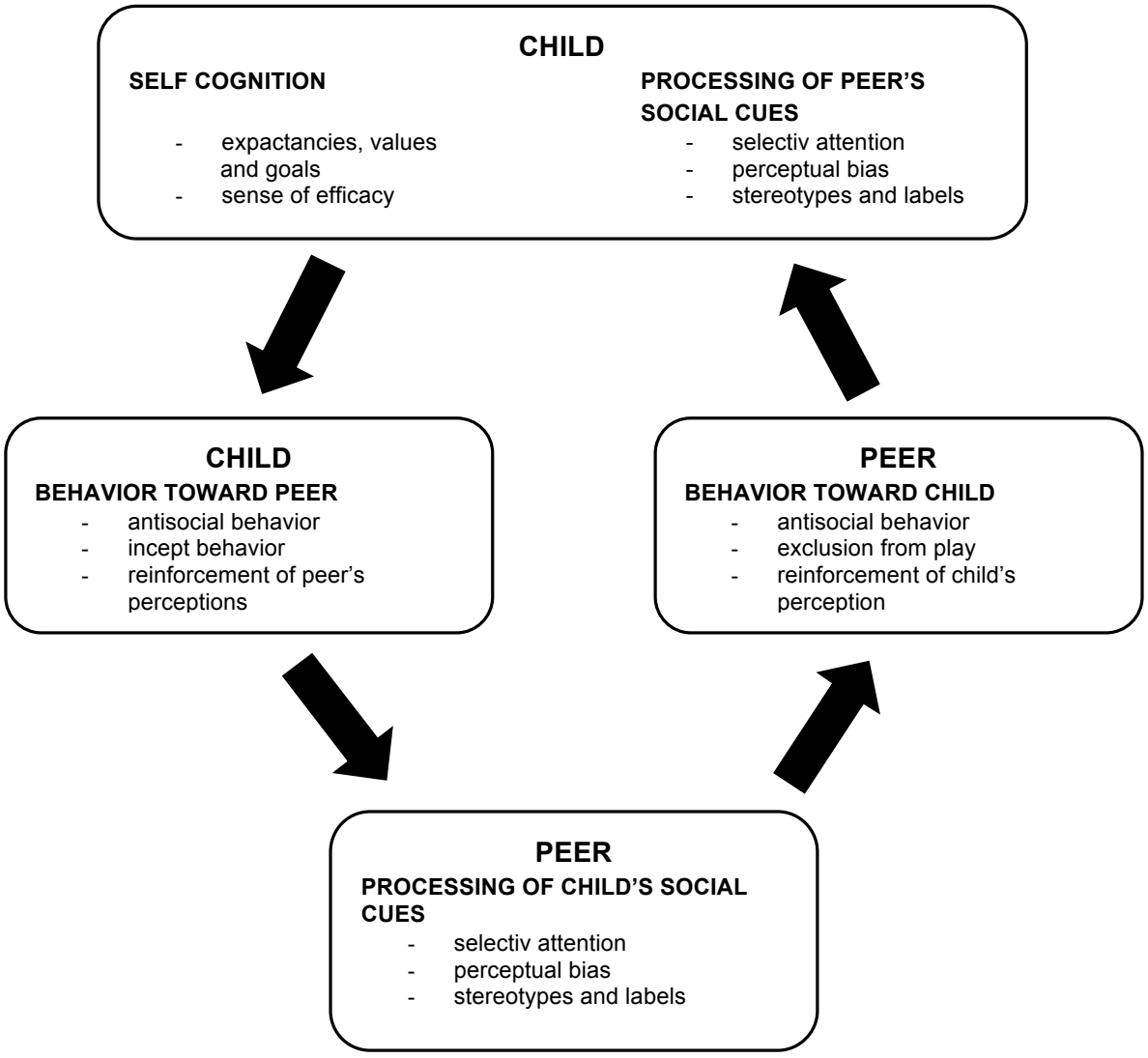


Abbildung 1-2: Model of children's social interactions. In Peer Relationships, Child Development and Adjustment, S. 132

Die erste Komponente der Interaktion umfasst die Kognitionen des Kindes in der sozialen Situation. Es wird postuliert, dass Wissensstrukturen aktiviert werden, die Repräsentationen der eigenen Person ("self cognitions") sowie allgemeine soziale Schemata umfassen. Handelt es sich um einen bekannten Interaktionspartner, greift das Kind auch auf spezifische Erinnerungen mit diesem Peer zurück. Diese mentalen Repräsentationen lenken die Erwartungen und Ziele des Kindes in der jeweiligen

Situation. In den Erwartungen und Zielen spiegeln sich auch die Annahmen des Kindes hinsichtlich seiner sozialen Kompetenzen und seiner Selbstwirksamkeit wider. Es wird angenommen, dass die während der sozialen Interaktion aktivierten Wissensstrukturen und Erwartungen die Verarbeitung der verfügbaren sozialen Hinweisreize beeinflussen, wodurch Fehler bzw. Verzerrungen in der Informationsverarbeitung erklärt werden können (Dodge, 1993).

Die sozial-kognitive Informationsverarbeitung beeinflusst nach diesem Modell das Verhalten des Kindes dem Peer gegenüber (siehe Komponente 2, Abbildung 1-2). Verfügt ein Kind über positive soziale Schemata und Repräsentationen der eigenen Person und werden die sozialen Informationen angemessen verarbeitet, so zeigt es Verhaltensweisen, die sich förderlich auf die Entwicklung positiver und unterstützender Peerbeziehungen auswirken – z.B. Kontaktaufnahme durch Mimik, Gestik, Gespräche, Anbieten von Hilfe. Andererseits gilt, dass die Aktivierung negativer sozialer Schemata und Selbstrepräsentationen, die mit Verzerrungen und Defiziten in der Informationsverarbeitung einhergehen, Verhaltensweisen begünstigen, die mit sozialen Problemen assoziiert werden – z.B. aggressives Verhalten oder sozialer Rückzug.

Das Verhalten des Kindes wirkt sich nach diesem Modell wiederum darauf aus, wie das Kind durch die Peers wahrgenommen wird. Diese kognitiven Prozesse werden in der Komponente 3 abgebildet (siehe Abbildung 1-2). Kinder werden zwar mitunter auch aufgrund nicht verhaltensbezogener Merkmale, wie z.B. körperliche Stigmata, abgelehnt, dem Verhalten wird jedoch eine besonders bedeutsame Rolle hinsichtlich der Akzeptanz im Gleichaltrigenverbund zugewiesen. Das Modell geht von der Annahme aus, dass die sozialen Interaktionspartner, das heißt das Kind und sein Peer, vom ersten Zusammentreffen an Repräsentationen und Wahrnehmungen voneinander bilden und diese zumindest größtenteils auf ihrem in der Interaktion gezeigten Verhalten basieren. Die einmal gebildeten Eindrücke vom Interaktionspartner werden als relativ stabil angesehen, da die sozialen Informationsverarbeitungsprozesse auf die Aufrechterhaltung bestehender Wahrnehmungen von Personen gerichtet sind (Coie, 1990). In Abhängigkeit von den Eindrücken vom Partner wird die Aufmerksamkeit selektiv auf bestimmte Verhaltensweisen gelenkt. Es wird davon ausgegangen, dass auch Attributionsprozesse auf die Aufrechterhaltung bereits gebildeter Schemata abzielen und überwiegend unbewusst ablaufen. Nur für den Fall, dass die Diskrepanzen zwischen dem tatsächlich gezeigten Verhalten des Interaktionspartners und den bestehenden inneren Repräsentationen zu groß sind, werden laut dem Modell bewusste Verarbeitungsprozesse angeregt, die möglicherweise zu einer Veränderung bestehender Schemata führen (Dodge, 1986). Dies verdeutlicht, dass die überwiegend automatisierte sozial-kognitive

Informationsverarbeitung einer Reihe von Verzerrungen unterliegt. Rempelt ein Kind beispielsweise aus Versehen einen Peer an und handelt es sich dabei in der Wahrnehmung des Peers um ein aggressives Kind, so wird das Verhalten mit hoher Wahrscheinlichkeit in einer Weise verarbeitet, die konsistent mit seiner Wahrnehmung ist, das heißt dem Kind wird eine feindliche Absicht unterstellt.

Die vierte und somit letzte Komponente des Modells umfasst die Verhaltensreaktionen des Peers gegenüber dem Kind (siehe Abbildung 1-2). Es wird postuliert, dass der einmal gebildete Ruf eines Kindes beeinflusst, wie sich der Peer ihm gegenüber verhält. Das Ansehen des Kindes geht auch mit bestimmten Erwartungen bezüglich seines Verhaltens einher (z.B. freundlich, unfreundlich, feindselig oder nicht feindselig). Aus dem Erwachsenenbereich ist bekannt, dass solche Erwartungen beim Gegenüber die prophezeite Reaktion hervorrufen können. Das heißt, auch ein Kind, das ein negatives Ansehen hat, wird möglicherweise verleitet, sich entsprechend der Wahrnehmungen in der Peergruppe zu verhalten, also z.B. aggressiv. Dies verstärkt wiederum den negativen Ruf des Kindes, so dass der Teufelskreis “Kognitionen des Kindes → Verhalten des Kindes → Kognitionen der Peers → Verhalten der Peers” aufrechterhalten bzw. weiter verstärkt wird.

Im vorangehenden Abschnitt (1.4.3) wurden bereits Studien aufgeführt, die auf die Bedeutsamkeit von Fehlern in der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen mit Beziehungsproblemen mit Gleichaltrigen hinweisen. Im Folgenden werden weitere Befunde zusammengefasst, die wesentliche Modellannahmen bestätigen.

Die Bedeutsamkeit der von Parker et al. postulierten 1. Komponente – den sogenannten “self cognitions”- wird durch Studienergebnisse gestützt, die zeigen, dass sich die selbstbezogenen Repräsentationen sozial anerkannter und zurückgewiesener Kinder voneinander unterscheiden. Beliebte Kinder schätzen sich im Vergleich zu weniger Beliebten als sozial kompetenter ein, wobei der Zusammenhang zwischen Akzeptanz und Selbsteinschätzung mit dem Alter zunimmt (Harter, 1982; Kurdek & Krile, 1982; Ladd & Price, 1986). Ablehnung durch die Peers wird hingegen mit negativen selbstbezogenen Gedanken und Gefühlen assoziiert. Kinder mit einem niedrigen sozialen Status weisen ein weniger positives Selbstkonzept im sozialen Bereich auf (Hymel, 1983), wobei dieser Zusammenhang insbesondere für sozial zurückgezogene Kinder bestätigt werden konnte, wohingegen die Befundlage bei extrem aggressiven Kindern uneindeutig ist (Hymel, Bowker & Woody, 1993; Rubin, 1985; Rubin, Chen & Hymel, 1993). Auf die Annahme, dass eine fehlerhafte Verarbeitung sozialer Informationen die Entwicklung eines angemessenen Sozialverhaltens behindert, wurde im Abschnitt 1.4.3 ausführlicher eingegangen.

Die weitere Annahme des Modells, dass das Verhalten des Kindes im Zusammenhang mit seiner Position bei Gleichaltrigen zu sehen ist, wird empirisch ebenfalls gestützt. In einer Vielzahl von Studien zeigten sich Unterschiede im Verhalten in Abhängigkeit vom sozialen Status (z.B. Coie, Dodge & Kupersmidt, 1990; Newcomb, Bukowski & Pattee, 1993; Rubin & Coplan, 1992). Da es sich häufig um Querschnittstudien an bestehenden Peergruppen handelt, könnten die Unterschiede auf der Verhaltensebene auch als das Ergebnis der Peerprobleme interpretiert werden. Ohne Zweifel wird das Verhalten des Kindes auch durch die Ablehnung Gleichaltriger beeinflusst. Dennoch gibt es Hinweise darauf, dass das Verhalten des Kindes die Wahrnehmung der Peergruppe primär beeinflusst. Langzeitstudien und Untersuchungen, die künstliche Spielgruppen nutzen, zeigen, dass die Einschätzung von Verhaltensweisen, die vor oder in der ersten Phase der Bekanntschaft gemacht wurden, den nachfolgenden sozialen Status vorhersagen können (z.B. Coie & Kupersmidt, 1983; Dodge, 1983; Hymel, Rubin, Rowden & Le Mare, 1990; Putallaz, 1983; Rubin, 1993). Die Vermutung, dass das Verhalten einen zentralen Einfluss auf die Akzeptanz im Gleichaltrigenverbund hat, kann indirekt auch aus Interventionsstudien abgeleitet werden. Es gibt Hinweise darauf, dass Jugendliche nach einer Behandlung zum Aufbau sozialer Fertigkeiten eine höhere Akzeptanz in der Peergruppe aufweisen (Asher, Parker & Walker, 1996). Es ist anzunehmen, dass sich externalisierendes und internalisierendes Problemverhalten negativ auf die Akzeptanz im Gleichaltrigenverbund auswirkt. Studien bestätigen, dass sowohl aggressives und störendes Verhalten in der Klasse mit Ablehnung durch Gleichaltrige korreliert (Cantrell & Prinz, 1985; Carlson, Lahey & Neeper, 1984; Coie, Dodge & Coppotelli, 1982; Coie & Kupersmidt, 1983; Dodge, 1983; Dodge, Coie & Brakke, 1982; Rubin et al. 1993) und ebenso auch soziales Rückzugsverhalten (French, 1988, 1990; Rubin, Mare & Lollis, 1990; Rubin et al., 1993; Rubin & Coplan, 2004). Umgekehrt weisen Beobachtungsstudien darauf hin, dass Kinder, die die Normen der Gleichaltrigengruppe respektieren und häufig positive soziale Verhaltensweisen zeigen – wie z.B. Gespräche beginnen, Blickkontakt aufnehmen, Gegenüber anlachen, teilen, helfen – bessere soziometrische Positionen erzielen als Kinder, bei denen solche Verhaltensweisen nur selten beobachtbar sind (Coie, Dodge & Kupersmidt, 1990; Newcomb et al., 1993). Hinsichtlich der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Freundschaften erscheinen darüber hinaus kommunikative Fähigkeiten, kooperative Handlungen und Konfliktlösefertigkeiten zentral (Parker et al., 1996). Soziale Fertigkeiten und die Abwesenheit aggressiven oder extrem zurückgezogenen Verhaltens erscheinen somit als wesentliche Prädiktoren der Peerakzeptanz.

Das Modell geht davon aus, dass die Wahrnehmung des Gegenübers zwar auf dem Verhalten des Gegenübers basiert, jedoch auch aufgrund bestehender Vorurteile anfällig für Verzerrungen ist. Im Einklang damit zeigte sich, dass Kindern, die als aggressiv galten, in uneindeutigen sozialen Situationen fünfmal häufiger eine feindselige Absicht im Vergleich zu Kindern zugeschrieben wurde, die als niedrig aggressiv eingestuft wurden (Dodge, 1980).

Die Studie von Dodge (1980) unterstützt auch die Annahme, dass die Wahrnehmung eines Kindes bzw. dessen Ansehen beeinflusst, wie sich die Peers ihm gegenüber verhalten. So wurde aggressives Verhalten eher vergolten, falls dieses durch einen Klassenkameraden, der den Ruf eines aggressiven Kindes hatte, ausgeübt wurde, als wenn die gleiche Handlung durch ein Kind verübt wurde, das als niedrig aggressiv eingestuft wurde. Ähnlich kann die Studie von Feldman und Ruble (1986) interpretiert werden. Sie zeigte, dass Großzügigkeit gegenüber einem Kind davon abhing, ob dieses als „großzügig“ oder „geizig“ angesehen wurde, insbesondere falls zukünftige Interaktionen mit diesem Kind erwartet wurden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Modell die Qualität der Peerbeziehungen als ein Ergebnis dynamischer Beziehungen zwischen kognitiven und Verhaltensprozessen des Kindes und seiner sozialen Partner betrachtet. Um die Ursprünge von Peerproblemen nachvollziehen zu können, ist es notwendig, die Wechselseitigkeit des sozialen Austausches sowie die an den relevanten Interaktionen beteiligten kognitiven Prozesse und Verhaltenskomponenten zu verstehen. Die wesentlichen Modellannahmen ließen sich empirisch untermauern, so dass sich das Modell zur Ableitung von therapeutischen Interventionen anbietet.

1.5 Ansätze zur Behandlung Jugendlicher mit Gleichaltrigenproblemen

Im vorigen Kapitel wurde auf ätiologisch bedeutsame Faktoren in der Genese von Beziehungsproblemen mit Gleichaltrigen eingegangen. Aus den ätiologischen Annahmen lassen sich verschiedene Ansätze zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Beziehungsproblemen mit Gleichaltrigen ableiten. Interventionen können darauf abzielen, ungünstige Sozialisationseinflüsse zu verändern, die im Zusammenhang mit den Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen als relevant erachtet werden, wie z.B. Beziehungsstrukturen in Familien oder ungünstige schulische Bedingungen. Zu erwähnen sind hierbei Präventions- und Interventionsprogramme zur Verminderung von Gewalt und Aggressionen an Schulen sowie Elternberatungen zur Veränderung dysfunktionaler

Erziehungspraktiken und Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung. Die Maßnahmen können jedoch auch individuumszentriert sein, das heißt, das Kind bzw. der Jugendliche, der unter Problemen mit Gleichaltrigen leidet, steht im Fokus der Behandlung. In diesem Zusammenhang sind insbesondere Problemlösetrainings, soziale Fertigkeiten- oder Kompetenztrainings und Ärgerkontrolltrainings zu erwähnen. Störungsspezifische Therapieprogramme zur Behandlung sozialer Angst beinhalten neben spezifischen Strategien zur Angstbewältigung, wie Expositionen und kognitive Umstrukturierung, häufig auch Bausteine zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten. Auch im Rahmen von depressionsspezifischen Therapiemanualen finden sich häufig Module eines sozialen Fertigkeitentrainings. Bei der Behandlung der Störung des Sozialverhaltens werden neben elternzentrierten Ansätzen soziale Kompetenz- und insbesondere Ärgerkontrolltrainings eingesetzt.

Im Folgenden sollen individuumszentrierte kognitiv-behaviorale Interventions-ansätze und Programme, die zur Behandlung von Beziehungsproblemen mit Gleichaltrigen geeignet erscheinen, vorgestellt werden und – soweit vorhanden – soll auf die Ergebnisse von Wirksamkeitsuntersuchungen eingegangen werden. Auf eine vertiefte Darstellung von primär eltern- oder schulbezogenen Interventionen sowie Therapieprogrammen für Kleinkinder wird im Weiteren verzichtet, da dies den Rahmen der Arbeit sprengen würde. Der Schwerpunkt liegt auf einer zusammenfassenden Darstellung ausgewählter Interventionsansätze des mittleren Kindes- und Jugendalters.

1.5.1 Behandlungsansätze und Therapieprogramme für Kinder und Jugendliche mit sozialen Ängsten

Die Literatur zur Behandlung sozialer Ängste bei Kindern und Jugendlichen besteht nahezu ausschließlich aus Variationen kognitiv-behavioraler Interventionsmethoden. Die Therapieprogramme beinhalten in der Regel die Module Psychoedukation, Expositionen, kognitive Interventionen und Module zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten und Kompetenzen. Wie aus einer Übersichtsarbeit von Silverman, Pina und Viswesvaran (2008) hervorgeht, in welcher die Behandlungsprogramme bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter hinsichtlich ihrer Evidenzbasierung bewertet werden, erfüllt aktuell keine Intervention die strengen Kriterien der Kategorie „gut nachgewiesene empirische Wirksamkeit“ nach Chambless et al. (1998) und Chambless und Hollon (1998). Aus den Behandlungsprogrammen des Kindes- und Jugendalters sollen im Folgenden zwei vorgestellt werden, die zur Anwendung im Jugendalter geeignet sind und im Gruppensetting durchgeführt werden.

1.5.1.1 Die kognitiv-behaviorale Gruppentherapie für sozial ängstliche Jugendliche

Das kognitiv behaviorale Gruppenprogramm (CBGT-A) von Albano, Marten und Holt (1991) wurde für die Behandlung sozialer Phobien bei Jugendlichen im Alter von 13 bis 17 Jahren konzipiert. Es handelt sich um eine Modifikation des ursprünglich für den Erwachsenenbereich entwickelten Therapieprogramms von Heimberg, Dodge und Hope (1990). Insgesamt umfasst die Behandlung zwei Phasen mit jeweils acht Sitzungen à 90 Minuten. Phase 1 besteht aus den Modulen Psychoedukation, kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken sowie Vermittlung und Einübung von Problemlösestrategien. In Phase 2 steht die Durchführung von Expositionsübungen im Vordergrund, basierend auf einer individuellen Angst- und Vermeidungshierarchie. Ein gelegentlicher Einbezug der Eltern, z.B. in die Psychoedukation und zur unterstützenden Begleitung der Expositionen, ist im Rahmen der Behandlung vorgesehen. Im deutschen Sprachraum existiert eine Adaptation des Programms von Joormann und Unnewehr (2002a), welches dem englischsprachigem Manual weitgehend entspricht, jedoch bereits für jüngere Kinder – ab acht Jahren – konzipiert wurde.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit des kognitiv behavioralen Gruppenprogramms von Albano und Mitarbeitern (Albano et al., 1996) existieren bisher lediglich zwei Pilotstudien. Albano und Mitarbeiter (1995) zeigten, dass fünf Jugendliche sowohl 3 Monate als auch 12 Monate nach Beendigung der Therapie keine klinisch relevanten sozialen Ängste mehr aufwiesen. Bei Therapieende war bei den teilnehmenden Jugendlichen sowohl eine Reduktion in ihren subjektiven Angstratings als auch in dem Ausmaß ihrer negativen Kognitionen nachweisbar. In einer weiteren Pilotstudie (Hayward et al., 2000) wurden 35 Mädchen mit sozialer Phobie untersucht, die per Zufall entweder einer Behandlungs- oder einer Kontrollgruppe zugewiesen wurden. Im Vergleich zur Kontrollgruppe erfüllten in der Therapiegruppe signifikant weniger Mädchen nach Abschluss der 16-wöchtigen Behandlung noch die DSM-IV-Kriterien einer sozialen Phobie. Allerdings ließ sich dieser Effekt in einem 1-Jahres-Follow-Up nicht mehr nachweisen. Auch die für den deutschen Sprachraum adaptierte Version wurde von Joormann und Unnewehr (2002b) an einer Stichprobe von 18 Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 15 Jahren auf Wirksamkeit überprüft. Dazu wurden die Teilnehmer zufällig einer Therapie- oder Wartekontrollgruppe zugeteilt. Außerdem wurden zum ersten Messzeitpunkt Daten von einer gesunden Gruppe von fünf Jungen und fünf Mädchen erhoben. Die Therapiegruppe zeigte, im Vergleich zur Wartekontrollgruppe, in störungsspezifischen Fragebögen eine signifikante Abnahme ihrer Werte von der Prä- zur Postmessung. In der Postmessung erzielten die Teilnehmer der Therapiegruppe Ergebnisse, die mit denen der gesunden

Kinder beim Prämesszeitpunkt vergleichbar sind. In einer 1-Jahres-Follow-Up-Erhebung erwies sich dieser Effekt als stabil. Auch in Angstratings während Verhaltenstests zeigte sich eine signifikante Diskrepanz zwischen Therapie- und Wartekontrollgruppe nach Behandlungsende. Zusammenfassend liefern die Ergebnisse der Pilotstudien Hinweise auf eine gewisse Wirksamkeit der Therapieprogramme, allerdings sind die methodischen Mängel der beschriebenen Studien, wie geringer Stichprobenumfang, die Frage der Vergleichbarkeit von Therapie- und Wartekontrollgruppe sowie in einem Fall sogar das Fehlen einer Kontrollgruppe, zu berücksichtigen, so dass weitere kontrollierte Studien mit verbesserter Methodik erforderlich sind, um das Therapieprogramm von Albano et al. (1991) differenzierter bewerten zu können.

1.5.1.2 Das „Social Effectiveness-Trainig“ für sozialphobische Kinder (SET-C)

Beidel, Turner und Morris (2004) entwickelten ein Verhaltenstherapieprogramm zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit sozialer Phobie, basierend auf dem bereits im Erwachsenenbereich bewährten „Social Effectiveness Training“ (Turner, Beidel & Cooley-Quille, 1997). Die Behandlung umfasst Psychoedukation, ein soziales Fertigkeitentraining, systematisch initiierte Freizeitaktivitäten mit nicht ängstlichen Kindern und In-vivo-Expositionsübungen. Über einen Zeitraum von zwölf Wochen finden wöchentlich je eine Gruppen- und eine Einzelsitzung statt. Das Einüben der sozialen Fertigkeiten erfolgt in Kleingruppen von vier bis sechs Teilnehmern. Situationen, wie sich in einer Gruppe vorstellen, ein Gespräch beginnen und aufrechterhalten oder sich gegenüber anderen durchzusetzen, werden systematisch geübt. Die wöchentlich stattfindenden Freizeitaktivitäten im nicht-therapeutischen Setting (z.B. Kegeln gehen, Drachen steigen lassen, Inliner fahren, gemeinsame Mahlzeiten einnehmen) sollen den Kindern die Möglichkeit geben, ihre neu erworbenen sozialen Kompetenzen im Alltag zu erproben. Die Einzelsitzungen dienen dazu, die individuell abgestimmten Expositionsübungen durchzuführen.

Das SET-C-Programm von Beidel et al. (2000) wird nach den Kriterien der evidenzbasierten psychosozialen Behandlung (Chambless et al., 1998; Chambless & Hollons, 1998) als wahrscheinlich wirksame Behandlung eingestuft. In einer Studie von Beidel et al. (2000) wurden Kinder im Alter von acht bis zwölf Jahren mit der primären Diagnose einer sozialen Phobie randomisiert der Trainingsgruppe (n = 30) oder einer unspezifischen Behandlungs-Kontrollgruppe zugeordnet (n = 20). In der Postmessung erfüllten 67% der Kinder, die am SET-C Training teilgenommen hatten, nicht mehr die Diagnose einer sozialen Phobie – im Vergleich zu 5% in der Kontrollbedingung. Dies

entspricht einem signifikanten Unterschied. Effekte des Programms ließen sich auch anhand verschiedener Fragebögen, klinischer Beurteilungen und Verhaltensbeobachtungen nachweisen. Demnach zeigten Kinder, die am SET-C-Programm teilgenommen hatten, am Ende der Behandlung weniger Angst in sozialen Situationen, eine stärkere Beteiligung an Interaktionen sowie bessere soziale Fertigkeiten im Vergleich zu den Kindern der unspezifischen Behandlungs-Kontrollgruppe Für die Follow-Up-Zeitpunkte liegen nur Daten der SET-C-Gruppe vor, da die Behandlung den Kindern der Kontrollbedingung nicht länger vorenthalten werden sollte. Die Daten sprechen für eine Stabilität der Effekte, in einigen Bereichen machten die Kinder sogar weitere Fortschritte. Zum jetzigen Zeitpunkt liegt das Ergebnis einer weiteren Follow- Up-Erhebung – 3 Jahre nach Beendigung der SET-C-Behandlung – vor (Beidel, Turner, Young & Paulson, 2005), mit Daten von 27 der 30 Studienteilnehmer am SET-C und zwei Teilnehmern einer Pilotversion des SET-C für Jugendliche. Die Daten der Fragebögen, Verhaltensbeobachtungen und klinischen Einschätzungen sprechen für die Stabilität der Effekte. Die Anzahl der Kinder, die die Diagnose einer sozialen Phobie nicht mehr erfüllten, stieg beispielsweise auf 72% an. In einem Jahres-Follow-Up (Beidel, Turner & Young, 2006) erfüllten sogar 80,8% nicht mehr die Diagnose einer sozialen Phobie, was für eine lange Stabilität des Behandlungserfolgs spricht.

1.5.2 Behandlungsansätze und Therapieprogramme für Kinder und Jugendliche mit Depressionen

Die überwiegende Mehrheit der Studien zur Behandlung depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter sind kognitiv verhaltenstherapeutisch orientiert. Die Behandlungsprogramme umfassen häufig folgende Elemente: Selbstbeobachtung der emotionalen Befindlichkeit, die Vermittlung von Strategien zur Affektregulation, den Aufbau angenehmer und aktivierender Tätigkeiten, kognitive Umstrukturierung und ein Training von sozialen-, kommunikativen- und Problemlösefertigkeiten. Wie beispielsweise aus einer Übersichtsarbeit von David-Ferdon und Kaslow (2008) hervorgeht, hat sich die kognitive Verhaltenstherapie in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen empirisch bewährt. Im Folgenden wird exemplarisch ein Gruppen- und ein Einzelprogramm zur Behandlung depressiver Jugendlicher vorgestellt.

1.5.2.1 „Coping with Depression Course for Adolescents" bzw. „Stimmungsprobleme bewältigen"

Das kognitiv verhaltenstherapeutische Behandlungsprogramm – „Coping with Depression Course for Adolescents (CWD-A)" – von Clarke, Lewinsohn und Hops (1990) ist ein

Gruppenangebot für Jugendliche und junge Erwachsene, das zum Ziel hat, depressive Störungen zu lindern, und auch zur indizierten Vorbeugung und Rückfallprophylaxe depressiver Störungen eingesetzt werden kann. Es basiert auf dem Manual „Coping With Depression Course for Adults“ (Lewinsohn, Antonuccio, Steinmetz & Teri, 1984). Das Programm umfasst in seiner ursprünglichen englischsprachigen Fassung 16 Sitzungen à 2 Stunden und ist für vier bis acht Teilnehmer konzipiert. Es integriert verschiedene kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansatzpunkte und Interventionen, die bei der Behandlung der Depression im Erwachsenenalter als etabliert gelten und die für die spezielle Zielgruppe modifiziert wurden. Darunter fallen Bausteine zur kognitiven Umstrukturierung, die Planung angenehmer Aktivitäten, die Vermittlung sozialer und kommunikativer Fertigkeiten, ein Problemlösetraining sowie Entspannungsübungen. Die Vermittlung erfolgt über psychoedukative Aufklärung, Rollenspiele, strukturierte Selbstbeobachtungen und Verhaltensübungen. Über regelmäßige Hausaufgaben sollen die Kursinhalte vertieft und in den Alltag der Jugendlichen übertragen werden (z.B. tägliches Stimmungsprotokoll, Üben von Kontaktaufnahme, Selbstbeobachtung negativer Gedanken, Planen von Aktivitäten).

Das CWD-A Programm wurde in mehreren kontrollierten Studien in den USA und in den Niederlanden hinsichtlich seiner Wirksamkeit untersucht (Clarke et al., 1995; Clarke et al., 2001; Clarke et al., 2002; Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hops & Seeley, 1999; Kaufman, Rohde, Seeley, Clarke & Stice, 2005; Lewinsohn, Clarke, Hops & Andrews, 1990; Lewinsohn et al., 1996; Rohde, Clarke, Mace, Jorgensen & Seeley, 2004). In einigen Studien wurde zusätzlich zur Gruppentherapie der Jugendlichen eine Elterngruppe angeboten, in der die Eltern eine Übersicht über das Behandlungsangebot ihrer Kinder erhielten sowie Informationen über die im CWD-A vermittelten Fertigkeiten und das dahinter stehende Therapierational. Die Befunde sprechen alle – mit Ausnahme einer Studie (Clarke et al., 2002) – für die Wirksamkeit des Behandlungsangebots, und zwar unabhängig davon, ob zusätzlich eine Elterngruppe angeboten wurde. Nach den Kriterien evidenzbasierter psychosozialer Behandlung (Chambless et al., 1998; Chambless & Hollon, 1998) wird das Therapieprogramm für depressive Jugendliche als „wahrscheinlich wirksame Behandlungsmethode“ eingestuft. Aufgrund der Tatsache, dass die Studien nicht von unabhängigen Forschungsgruppen durchgeführt wurden, wird das Kriterium einer „gut nachgewiesenen Wirksamkeit“ nicht erreicht.

Ihle und Herrle (2003) entwickelten in Anlehnung an das CWD-A eine modifizierte deutschsprachige Version des Therapieprogramms, welche unter dem Namen „Stimmungsprobleme bewältigen“ herausgegeben wurde. Die deutsche Bearbeitung hat eine komprimierte Dauer von zehn zweistündigen Sitzungen, die in fünf Wochen

absolviert werden können. Die Wirksamkeit der deutschsprachigen Version ist in einer Pilotstudie mit drei ambulanten und einer teilstationären Gruppe mit insgesamt 24 Kursteilnehmern untersucht worden. Die meisten dieser Jugendlichen und jungen Erwachsenen erfüllten bei Behandlungsbeginn die DSM-Kriterien für eine aktuelle oder zurückliegende depressive Störung oder zeigten eine subklinische Symptomatik. 56% der Teilnehmer mit einer depressiven Episode zeigten nach Beendigung der Behandlung eine Remission. Weiterhin wurde in der Gesamtstichprobe ein signifikanter Rückgang depressiver Symptome und ungünstiger kognitiver Muster sowie eine optimistischere Lebensorientierung, mehr angenehme Aktivitäten und eine größere wahrgenommene Beliebtheit unter Gleichaltrigen erzielt. Bei der Interpretation ist die geringe Stichprobengröße und das Fehlen einer Kontrollgruppe zu berücksichtigen. Weitere kontrollierte Wirksamkeitsbelege mit längeren Katamneseuntersuchungen wären wünschenswert.

1.5.2.2 Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen

Für die kognitiv verhaltenstherapeutische Behandlung depressiver Kinder und Jugendlicher im Einzelsetting wurde im deutschsprachigen Raum bislang ein Manual von Harrington (2001) veröffentlicht. Die Behandlungsschwerpunkte umfassen das Erkennen und Benennen unterschiedlicher Emotionen, Selbstverstärkung erwünschten Verhaltens, die Modifikation dysfunktionaler automatischer Gedanken sowie die Vermittlung sozialer Kompetenz und Problemlösefertigkeiten. Ein Einbezug der Eltern in die Behandlung ist vorgesehen. Das Manual wurde von Vostanis und Mitarbeitern (1996a, 1996b) in einem Kontrollgruppendesign an 56 Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 17 Jahren evaluiert. In der Kontrollgruppe wurden halbstrukturierte Interviews durchgeführt, in denen psychopathologische Auffälligkeiten und soziale Aktivitäten seit dem letzten Termin exploriert wurden, aktive Interventionen wurden vermieden. Es zeigten sich in beiden Gruppen signifikante Verbesserungen hinsichtlich der Ausprägung von Depressions- und Angstsymptomen, im Selbstwertgefühl und der Fähigkeit zur angemessenen Alltagsbewältigung, und zwar sowohl unmittelbar nach Behandlungsende als auch nach einem Katamnesezeitraum von 9 Monaten. Eine bedeutsame Überlegenheit der Therapiegruppe gegenüber der Kontrollgruppe ließ sich jedoch bisher nicht nachweisen. Die Ausprägung des Selbstwertgefühls bei Behandlungsbeginn erwies sich als stärkster Prädiktor des Behandlungsergebnisses, und zwar bezüglich des Vorhandenseins psychiatrischer Auffälligkeiten im Allgemeinen als auch der Ausprägung der depressiven

Symptomatik. Um die Wirksamkeit des Programms genauer bewerten zu können, wären weitere kontrollierte Studien notwendig.

1.5.3 Behandlungsansätze und Therapieprogramme für Kinder und Jugendliche mit Störung des Sozialverhaltens

Zur Reduktion expansiver Verhaltensprobleme jüngerer Kinder haben sich vor allem Programme, die eine Beratung der Eltern fokussieren, empirisch bewährt (siehe z.B. Übersichtsarbeit von Eyberg, Nelson & Boggs, 2008). Da im Rahmen der vorliegenden Arbeit kind- bzw. jugendlichenzentrierte Behandlungsprogramme von Interesse sind, wird auf die Darstellung von rein elternzentrierten Interventionen verzichtet. Im Folgenden werden zwei kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlungsansätze vorgestellt, die sich in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens empirisch bewährt haben (Eyberg et al., 2008). Dabei handelt es sich bei einem der beiden um ein Gruppenprogramm, während das andere im Einzelsetting durchgeführt wird.

1.5.3.1 Ärgerkontrolltraining

Ärgerkontrolltrainings zielen darauf ab, die Emotionskontrolle zur Verminderung aggressiven Verhaltens zu verbessern. In diesem Rahmen ist insbesondere das Anger Control Training von Lochman, Barry und Pardini (2003) zu nennen. Es handelt sich um ein kognitiv verhaltenstherapeutisches Gruppentraining für Kinder im Grundschulalter, die aggressive Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Durch das regelmäßige Einüben von Strategien, die auf dem sozialen Informationsverarbeitungsmodell (Crick & Dodge, 1994; Dodge, 1986) basieren, sollen sie zu einer besseren Ärgerkontrolle befähigt werden. Zu Beginn werden dazu mit allen teilnehmenden Kindern spezifische Ziele vereinbart, die durch die Teilnahme an dem Gruppenprogramm erreicht werden sollen. In wöchentlichen Gruppensitzungen von ca. 40- bis 50-minütiger Dauer werden mit ca. sechs teilnehmenden Kindern Fallbeispiele problematischer Situationen mit Gleichaltrigen diskutiert. Dabei sollen die Kinder hinsichtlich der Wahrnehmung sozialer Hinweisreize und möglicher Motive der Beteiligten geschult werden. Die Kinder werden angeleitet, Problemlösestrategien einzusetzen, um mit ärgerauslösenden sozialen Situationen besser umzugehen. Sie üben angemessene soziale Reaktionen und selbstsicheres Auftreten in verschiedenen Problemsituationen ein. Es werden ärgerauslösende Situationen hergestellt, in denen die teilnehmenden Kinder die zuvor vermittelten Ärgerkontrollstrategien ausprobieren und einüben sollen. Dabei werden sie für

angemessene Reaktionen durch den Therapeuten und die Gruppe positiv verstärkt. Ein weiterer Bestandteil des Programms ist es, die Wahrnehmung der Kinder für ihre Gefühle allgemein zu schulen.
In zwei methodisch als gut zu bewertenden Studien (Lochman, Coie, Underwood & Terry, 1993; Robinson, Smith & Miller, 2002) hat sich das Programm zur Reduzierung aggressiven Verhaltens, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Behandlung, als überlegen erwiesen. Die Behandlungsdauer variierte zwischen 26 und 30 Sitzungen in der einen Studie (Lochman, Coie, Underwood & Terry, 1993) und 15 Sitzungen in der zweiten (Robinson, Smith & Miller, 2002). Da bislang keine Studie untersucht hat, ob das Programm auch gegenüber einer alternativen Behandlung überlegen ist, wird es nach den Kriterien der evidenzbasierten psychosozialen Behandlung (Chambless et al., 1998; Chambless & Hollon, 1998) als wahrscheinlich wirksame Intervention eingestuft.

1.5.3.2 Problemlösetraining

Beim Problemlösetraining von Kazdin & Weisz (2003) handelt es sich um ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm, das für aggressive Kinder im Alter von 7 bis 13 Jahren entwickelt worden ist. Die Behandlung umfasst in der Regel 20 bis 25 Sitzungen à 40 bis 50 Minuten und findet im Einzelsetting mit gelegentlichem Einbezug der Eltern statt. Den Kindern werden Problemlösestrategien vermittelt. Die Fertigkeiten umfassen die Identifikation des Problems, die Entwicklung von Lösungen, das Abwägen von Vor- und Nachteilen der jeweiligen Lösungsalternativen, das Treffen einer Entscheidung und die Evaluation des Ergebnisses. Die Strategien werden zunächst spielerisch anhand fiktiver Situationen erprobt. Zunehmend werden die Teilnehmer ermutigt, sie in komplexeren zwischenmenschlichen Situationen anzuwenden und sie auch auf Alltagsprobleme zu übertragen. Um den Erwerb der Problemlösefertigkeiten zu unterstützen, werden verschiedene Methoden, wie das Nutzen von Modellen, Rollenspiele, korrektive Rückmeldungen, soziale Verstärkung und Verstärkerentzug, eingesetzt. In zwei Studien (Kazdin, Esveldt-Dawson, French & Unis, 1987b; Kazdin, Bass, Siegel & Thomas, 1989) hat sich das Problemlösetraining von Kazdin (2003) gegenüber einer anderen Therapie (relationship therapy) sowie gegenüber einer Kontrollgruppe, die regelmäßige Kontakte, jedoch ohne therapeutische Interventionen umfasste, als überlegen erwiesen. Das Programm erfüllt nach den Kriterien der evidenzbasierten Behandlung (Chambless et al., 1998; Chambless & Hollon, 1998) die Kategorie wahrscheinlich wirksam.

1.5.4 Behandlungsansätze und Programme im Rahmen der Prävention

Ganz allgemein fallen unter den Begriff Prävention (vom lateinischen *praevenire* „zuvorkommen, verhüten") vorbeugende Maßnahmen, die darauf abzielen, ein unerwünschtes Ereignis oder eine unerwünschte Entwicklung zu vermeiden. Präventionsprogramme können danach unterschieden werden, ob sie sich an die Gesamtbevölkerung richten (universelle Prävention) oder für spezielle Zielgruppen – ohne Symptome (selektive Prävention) oder mit ersten Symptomen (indizierte Prävention) – konzipiert wurden. Im Unterschied zu therapeutischen Behandlungsprogrammen sind sie nicht darauf ausgelegt, bereits vorhandene psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten individuell zu therapieren. Im Folgenden sollen drei Präventionsprogramme für Jugendliche vorgestellt werden, die darauf abzielen, verschiedene Kompetenzen (insbesondere soziale Fertigkeiten sowie schulisch-berufliche Schlüsselqualifikationen) zu fördern und der Entwicklung von emotionalen und Verhaltensstörungen vorzubeugen.

1.5.4.1 Training mit Jugendlichen zur Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten

Das Training mit Jugendlichen zur Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten (Petermann & Petermann, 2000) wurde zur Prävention bei schulbezogenen Auffälligkeiten des Arbeits- und Sozialverhaltens oder als ein Therapiebaustein im Rahmen klinischer Behandlungsmaßnahmen von Jugendlichen im Alter zwischen 13 und 20 Jahren entwickelt. Als Ziele formulieren die Autoren Verbesserungen in den Bereichen Selbst- und Fremdwahrnehmung, Selbstkontrolle und Ausdauer, Umgang mit dem eigenen Körper und Gefühlen, Selbstsicherheit, Einfühlungsvermögen sowie Umgang mit Lob, Kritik und Misserfolg. Das Training besteht aus mindestens 5 Einzelsitzungen à 50 Minuten und 11 Gruppensitzungen à 100 Minuten, wobei eine Teilnehmerzahl von vier bis fünf Jugendlichen empfohlen wird. Während im Einzelsetting vor allem Vorstellungen über die private und berufliche Zukunft thematisiert werden sollen, liegt der Schwerpunkt der Gruppenbehandlung auf dem Einüben günstiger Interaktionsstrategien – beispielsweise in Vorstellungsgesprächen – mittels geleiteter Rollenspiele. Weitere Themen sind unter anderem Selbstsicherheit im Umgang mit Gleichaltrigen, Akzeptieren von Außenseitern, Anerkennung aussprechen und loben, Umgehen mit Kritik im Beruf oder mit Misserfolgen im Allgemeinen. Das Programm wurde bisher keiner systematischen Evaluation unterzogen. Petermann und Petermann (2000) berichten von 4 Fällen, bei denen sich in einzelfallanalytischen Auswertungen von Verhaltensbeobachtungen erste Hinweise auf die Wirksamkeit des Trainings hinsichtlich Arbeits- und Sozialverhalten fanden. Zur

Bewertung des Programms wären kontrollierte Therapiestudien wünschenswert, da momentan keine verlässlichen Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit und des Geltungsbereiches des Programms gemacht werden können.

1.5.4.2 „Fit for Life“ –Training sozialer Kompetenz für Jugendliche

Das „Fit for Life" - Training sozialer Kompetenz für Jugendliche (Jugert, Rehder, Notz & Petermann, 2001) wurde für die Altersgruppe der 13- bis 21-jährigen entwickelt und ist für die Anwendung in einer Gruppe von sechs bis zehn Jugendlichen konzipiert. Das Training verfolgt das Ziel, durch Entwicklung und Förderung sozialer Fertigkeiten und kognitiver Fähigkeiten sowohl die soziale Kompetenz als auch die Arbeitsfähigkeit sozial benachteiligter Jugendlicher effektiv zu verbessern. Dadurch soll der Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen vorgebeugt und die Chance der Jugendlichen verbessert werden, sich in die Gesellschaft zu integrieren. Empfohlen werden wöchentliche Sitzungen von 90-minütiger Dauer. Das Programm besteht insgesamt aus 13 Modulen, die auf dem Modell sozial-kognitiver Informationsverarbeitung (Crick & Dodge, 1994) und der sozial-kognitiven Lerntheorie (Bandura, 1986) basieren. In den Modulen werden Themen wie selbstsicheres Auftreten, Kommunikation, Umgang mit Konflikten, Freizeitgestaltung, Lebensplanung, Beruf und Zukunft, Einfühlungsvermögen sowie der Umgang mit Lob und Kritik bearbeitet. Als wesentliche Trainingsmethoden werden Rollenspiele, Verhaltensübungen, Verhaltensregeln, Trainingsrituale und Entspannungsübungen eingesetzt. Bisher wurde das Programm lediglich im Rahmen unveröffentlichter Diplomarbeiten an Bremer Hauptschulen und eines EU-Projektes in Einrichtungen der Berufsvorbereitung auf Wirksamkeit überprüft. Auf die Ergebnisse des EU-Projektes wird in dem Buch Soziale Kompetenz (Jugert, Rehder, Notz & Petermann, 2007) verwiesen, wobei gleichzeitig auf eine unzureichende Datenqualität aufgrund von missing data sowie widersprüchlicher Antworten der Jugendlichen hingewiesen wird. Zusammenfassend lassen die Auswertungen der Daten der Hauptphase – an einer Stichprobe von 118 Jugendlichen einer Trainingsgruppe und 96 einer Kontrollgruppe – keinen gesicherten Hinweis auf die Wirksamkeit des Programms zu. In der Selbstbeschreibung aggressiven Verhaltens konnten die erwarteten Effekte nicht nachgewiesen werden. Hinsichtlich der vom Jugendlichen eingestuften Ausprägung unsicheren Verhaltens zeigte sich, wie erwartet, nur in der Trainingsgruppe eine signifikante Abnahme von der Prä- zur Postmessung. Werden zur Evaluation die durchschnittlichen Einschätzungen der Trainerinnen im Vergleich zwischen Prä- und Posttest herangezogen, so zeigen sich die gewünschten Effekte. Dabei ist anzumerken,

dass die Trainer zur Beurteilung der Therapieeffekte aufgrund einer nicht zu erwartenden Unvoreingenommenheit als wenig geeignet erscheinen.

1.5.4.3 Gesundheit und Optimismus GO, Trainingsprogramm für Jugendliche

Bei Gesundheit und Optimismus GO (Junge, Neumer, Manz & Margraf, 2002) handelt es sich um ein Gruppenprogramm für Jugendliche zwischen etwa 14 und 18 Jahren mit dem Ziel, einer Erstmanifestation von Angst- und depressiven Störungen vorzubeugen. Es basiert auf einem Behandlungsansatz von Gilham et al. (1995), der sich in der Prävention depressiver Symptome bei 10- bis 15-jährigen Schulkindern mit spezifischen Risikofaktoren empirisch bewährt hat (Gilham, Reivich et al., 2006; Gilham, Reivich, Jaycox & Seligman, 1995; Jaycox , Reivich, Gilham & Seligman, 1994; Roberts, Kane, Thomson, Bishop & Hart, 2003; Yu & Seligman, 2002) und nach den Kriterien der evidenzbasierten Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen als „wahrscheinlich wirkungsvoll“ eingestuft wurde (David-Ferdin & Kaslow, 2008). Für die Anwendung im deutschen Sprachraum wurden wesentliche Elemente modifiziert, insbesondere wurden Bausteine zur Prävention von Angststörungen ergänzt. Ausgehend von einem kognitiv-behavioralen Störungsverständnis soll den Jugendlichen in einer Gruppe von maximal 12 Teilnehmern Wissen zur Stressentstehung, zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von Ängsten und Depressionen sowie zu Bewältigungstechniken vermittelt werden. Dazu werden störungsspezifische Komponenten zu Risikofaktoren für die Entwicklung von Ängsten und Depressionen mit allgemein gesundheitsfördernden Elementen kombiniert. Dysfunktionale Kognitionen, Attributionsstile und Verhaltensweisen, insbesondere auch Vermeidungsverhalten, sollen von den Jugendlichen durch das Training erkannt und abgebaut werden. Außerdem werden Entspannungstechniken vorgestellt sowie systematische Problemlöseansätze und soziale Kompetenzen thematisiert. Das Programm umfasst insgesamt acht wöchentliche Sitzungen à ca. 90 Minuten, bei Bedarf werden zusätzliche Sitzungen zur Vertiefung der Übungsanteile empfohlen. Die Inhalte werden via interaktiver Wissensvermittlung, Verhaltensexperimenten, Selbsterfahrungsübungen, Rollenspielen, schriftlichen Arbeitsmaterialien, Hausaufgaben und vertiefenden Wissensmaterialien zum Selbststudium vermittelt. Das Programm wurde an einer unselektierten Stichprobe von 612 Gymnasiasten der Klassenstufen 9 und 10 in einer quasi-experimentellen Feldstudie auf Wirksamkeit überprüft, mit Messzeitpunkten vor und nach der Intervention sowie im Abstand von weiteren sechs bzw. 15 Monaten (vgl. Junge, Manz, Neumer & Margraf, 2001; Manz, Junge, Neumer & Margraf, 2001; Manz, Junge & Margaf, 2001). 309 Schüler

(15 Klassen) wurden der Versuchsbedingung zugeordnet, 303 Jugendliche der Kontrollbedingung. Zusammenfassend weisen die Ergebnisse auf eine langfristig stabile psychoedukative Wirkung des Programms durch Wissenszuwachs über psychologische Aspekte von Stress, Angst und Depressivität hin. In einem Multiple-Choice-Test verbesserten sich nach Beendigung des Trainings nur die Teilnehmer der behandelten Gruppe. Außerdem zeigten sich bei den Programmteilnehmern im Vergleich zu den Kontrollklassen eine signifikante Abnahme unangemessener Kognitionen sowie ein Anstieg sozial kompetenten Verhaltens, jeweils erfasst über verschiedene Fragebögen. Anzumerken ist, dass es sich hierbei meist um kleine Effekte handelt, die selten bis zum 15-Monats-Follow-Up stabil waren. Der Nachweis eines systematischen Trainingseffektes auf ängstliche und depressive Symptome ist bisher nicht gelungen. Sowohl in der Trainings- als auch in der Kontrollgruppe zeigte sich in Fragebögen ein signifikanter Rückgang der Angst- und Depressionswerte.

Eine Zusammenfassung der beschriebenen Behandlungsansätze und der aktuellen Studienlage gibt Tabelle 1-1.

Tabelle 1-1: Übersicht über verschiedene Ansätze zur Behandlung Jugendlicher mit Gleichaltrigenproblemen

Programm	Autoren	Inhalte	Studienlage
Therapieprogramme bei sozialen Ängsten			
kognitiv-behaviorale Gruppentherapie für sozial ängstliche Jugendliche (CBGT-A)	Albano, Marten & Holt, 1991; dt. Bearbeitung Joormann & Unnewehr, 2002	Psychoedukation kognitive Umstrukturierung Problemlösestrategien Expositionen in vivo	Pilotstudien, Hinweise auf Wirksamkeit, jedoch methodische Mängel
Das „Social Effectiveness-Training für sozialphobische Kinder (SET-C)	Beidel, Turner & Morris, 2000	Psychoedukation soziales Fertigkeitentraining initiierte Freizeitaktivitäten Expositionen	mehrere kontrollierte Studien positive Befundlage
Therapieprogramme bei depressiven Störungen			
Coping with Depression Course for Adolescents (CWD-A)	Clarke, Lewinsohn & Hops, 1990; deutsche Bearbeitung von Ihle & Herrle, 2003	kognitive Umstrukturierung Planung angenehmer Aktivitäten soziales Fertigkeiten- & Problemlösetraining Entspannung	mehrere kontrollierte Studien, positive Befundlage
Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen	Harrington, 2001	Emotionserkennung Selbstverstärkung kognitive Umstrukturierung soziales Fertigkeiten- & Problemlösetraining	eine kontrollierte Studie, Überlegenheit der Therapiegruppe nicht nachgewiesen

Programm	Autoren	Inhalte	Studienlage
Therapieansätze bei Störung des Sozialverhaltens			
Anger Control Training	Lochman, Barry & Pardini, 2003	Einüben von Strategien zur Ärgerkontrolle	zwei kontrollierte Studien positive Befundlage
Problemlösetraining	Kazdin & Weisz, 2003	Vermittlung von Problemlösestrategien	zwei kontrollierte Studien positive Befundlage
Ansätze im Rahmen der Prävention			
Training mit Jugendlichen zur Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten	Petermann & Petermann, 2000	Einüben günstiger Interaktionsstrategien hinsichtlich Beruf und Privatleben	nur Einzelfallanalysen kein gesicherter Wirksamkeitsnachweis
„Fit for Life“ – Training soziale Kompetenz für Jugendliche	Jugert, Rehder, Notz & Petermann, 2001	Soziales Fertigkeitentraining	zwei Pilostudien, jedoch methodische Mängel kein gesicherter Wirksamkeitsnachweis
Gesundheit und Optimismus GO, Trainingsprogramm für Jugendliche	Junge, Neumer, Manz & Margraf, 2002	Psychoedukation Stress und psychische Störungen kognitive Umstrukturierung Entspannung soziales Fertigkeiten & Problemlösetraining	eine quasi-experimentelle Feldstudie kein systematischer Trainingseffekt nachgewiesen

1.6 Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung von Therapieprogrammen

Die Tatsache, dass die Quantität und Qualität von Gleichaltrigenbeziehungen mit Entwicklungschancen und –risiken assoziiert ist (siehe 1.2.4), weist bereits auf die hohe Bedeutung von Programmen zur Behandlung von Gleichaltrigenproblemen hin. Im vorigen Kapitel (1.5) wurde auf Behandlungsansätze eingegangen. Dabei fällt auf, dass aktuell keine Therapieprogramme vorliegen, die speziell zur Behandlung von Gleichaltrigenproblemen entwickelt worden sind, sondern lediglich störungsspezifische Therapieprogramme Module beinhalten, die zur Behandlung geeignet erscheinen. In der klinischen Praxis ist jedoch der Tatsache Rechnung zu tragen, dass insbesondere im Jugendalter eine eindeutige diagnostische Klassifikation von Beziehungsproblemen mit Gleichaltrigen schwierig ist und die Jugendlichen häufig ein Konglomerat von Symptomen verschiedener Störungsbilder aufweisen. Der Wert störungsspezifischer Verfahren soll keinesfalls in Frage gestellt werden, für die Behandlung Jugendlicher mit Gleichaltrigenproblemen erscheint jedoch in Ergänzung ein störungsübergreifender Ansatz sinnvoll, der die konkreten Probleme des Jugendlichen fokussiert.

Die beschriebenen Präventionsprogramme (siehe 1.5.4) wurden entwickelt, um soziale Kompetenzen zu fördern und der Entwicklung psychischer Störungen vorzubeugen. Sie ermöglichen jedoch keine individualisierte Behandlung bei klinisch relevanten Problemen im Gleichaltrigenbereich. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die Befundlage zur Wirksamkeit bisher nicht ausreichend ist. Ein weiteres Problem der beschriebenen Therapie- und Präventionsprogramme besteht darin, dass sie nur begrenzt die Generalisierung von erlerntem Sozialverhalten auf den realen Alltag fokussieren. Gerade dies stellt jedoch ein wichtiges Ziel in der therapeutischen Behandlung Jugendlicher dar.
Die Entwicklung von Interventionsprogrammen, die spezifisch auf die Behandlung von Gleichaltrigenproblemen abzielen, dabei die Besonderheiten des Jugendalters berücksichtigen (vgl. 1.1) und außerdem von Behandlungsbeginn an den Transfer in den Alltag fokussieren, ist aus diesen Gründen zu befürworten. Dabei bietet sich eine Behandlung im Gruppensetting an, da dies den Teilnehmern ermöglicht, in einem geschützten therapeutischen Umfeld Kontakte zu Gleichaltrigen zu knüpfen und die dazu notwendigen Kompetenzen in einem alltagsnäheren Setting zu erlernen. Wichtig wäre es, die Interventionen so zu konzipieren, dass auch im Gruppensetting eine individualisierte Behandlung erfolgt, zum Beispiel indem der Gruppenbehandlung einige Einzelsitzungen zur Festlegung individueller Problem- und Zielbereiche vorangehen. Bei der Entwicklung eines Therapieprogramms zur Behandlung Jugendlicher mit Gleichaltrigenproblemen bietet sich ein modularer Aufbau mit verschiedenen Bausteinen an, welche aus den Erkenntnissen zur Ätiologie (vgl. 1.4) abgeleitet sein sollten. Die Ergebnisse von Untersuchungen zu sozial-kognitiven und Verhaltenskorrelaten von Peerablehnung geben Aufschluss darüber, welche sozialen Kompetenzen notwendig sind, um erfolgreich mit Gleichaltrigen zu interagieren. Darüber hinaus weisen die Studienergebnisse auf die spezifischen Defizite in der Informationsverarbeitung von Kindern und Jugendlichen hin, die Schwierigkeiten im Kontakt mit Gleichaltrigen haben. Aus solchen Befunden lassen sich konkrete Inhalte für ein Erfolg versprechendes kognitiv-behaviorales Therapieprogramm für Jugendliche mit Gleichaltrigenproblemen ableiten. Ein aus verschiedenen Modulen bestehendes Programm bietet darüber hinaus den Vorteil, dass es an die Bedürfnisse der zu behandelnden Zielgruppe angepasst werden kann, zum Beispiel indem bestimmte Schwerpunkte gelegt werden. Die Therapiematerialien sollten außerdem so gestaltet sein, dass sie flexibel auf die individuellen Situationen der teilnehmenden Jugendlichen zugeschnitten werden können.

2 Das Therapieprogramm SELBST-Gruppe

Im folgenden Kapitel soll das im Rahmen der Dissertation entwickelte Therapieprogramm zur Behandlung Jugendlicher mit Leistungs- und Gleichaltrigenproblemen beschrieben werden, wobei der Fokus auf der Beschreibung der Behandlungsmodule des Gleichaltrigenbereichs liegt. Die Interventionen des Leistungsbereichs, die im Gruppensetting zur Anwendung kamen, werden lediglich im Rahmen einer Übersicht dargestellt, für eine genauere Beschreibung wird auf die unveröffentlichte Dissertation von Feldkötter (in Vorbereitung) verwiesen.

2.1 Konzeptuelle Grundlagen

Bevor die konkreten Inhalte des Behandlungsmanuals näher beschrieben werden, soll auf die konzeptuellen Grundlagen eingegangen werden.

2.1.1 Der Selbstmanagement-Ansatz

Als konzeptuelle Grundlage eines Programms für Jugendliche scheint der Selbstmanagement-Ansatz (Kanfer et al., 2006) geeignet, da er adoleszentenspezifischen Bedürfnissen, wie z.B. dem Streben nach Autonomie, gerecht wird und auch eine Möglichkeit bietet, dem häufig bei Jugendlichen zu beobachtendem Motivationsproblem zu begegnen. Der Begriff Selbstmanagement ist im englischen und zunehmend auch im deutschen Sprachraum zu einem feststehenden psychologischen Fachbegriff geworden, unter dem Therapienansätze zusammengefasst werden, die darauf abzielen, den Klienten zu einer besseren Selbststeuerung anzuleiten und ihn möglichst aktiv zu einer eigenständigen Problembewältigung zu befähigen. Die Wurzeln des Selbstmanagement-Ansatzes finden sich bereits in den 60er-Jahren. In diesem Zusammenhang ist insbesondere die Arbeit von Frederik H. Kanfer (1925-2002) hervorzuheben. Er versuchte in den USA, die in den 60-er Jahren noch stark vorherrschende lerntheoretische Ansicht, Verhalten vornehmlich in Abhängigkeit externaler, situativer Bedingungen zu erklären, durch eine umfassende Systemperspektive zu ersetzen. Ein von ihm entwickeltes 7-phasiges Prozessmodell für die systematische Umsetzung von Veränderungen in die Praxis erlangte als „Selbstmanagementtherapie“ (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006) im deutschen Sprachraum große Bekanntheit. Der therapeutische Ansatz basiert auf bestimmten impliziten und expliziten Grundannahmen, von denen hier einige skizziert werden.

Es wird postuliert, dass der Mensch nach Selbstbestimmung, Eigenverantwortung, Selbstregulation und Selbstständigkeit strebt. Selbstregulation wird dabei als prinzipiell lernbare und nicht angeborene Fähigkeit angesehen. Dem Menschen wird bei der Gestaltung des eigenen Lebens eine aktive Rolle zugewiesen. Die Therapie soll ihn befähigen, sein Leben aktiv in die Hand zu nehmen. Dabei wird davon ausgegangen, dass Menschen individuelle Ziele und Lebensvorstellungen entwickeln, die dynamischen Veränderungen unterliegen. In der Praxis bedeutet dies, einen Pluralismus der Meinungen zu tolerieren und die Entscheidungsfreiheit und Eigenverantwortung des Patienten zu maximieren. Der Therapeut sollte das „Prinzip der minimalen Intervention" berücksichtigen, welches besagt, dass dem Patienten mit den jeweils geringstmöglichen Mitteln geholfen werden soll. In der Therapie erfolgt eine gemeinsame Suche und Definition von Problemen und Zielen. Selbstmanagement wird als dynamisches Problemlösen in einem komplexen Kontext angesehen. Der therapeutische Prozess ist dabei im Verlauf flexibel an die reale Lebenssituation anzupassen. Hervorzuheben ist, dass sich der Selbstmanagement-Ansatz durch eine enge Verbindung zwischen Theorie und Praxis auszeichnet. Kanfer et al. (2006) legen besonderen Wert auf eine wissenschaftliche Fundierung. Aus theoretischen Konzepten oder Forschungsbereichen werden heuristische Regeln für die Praxis abgeleitet. Das Konzept der Selbstwirksamkeit, auch „self efficacy" (vgl. Kompetenz-/Selbstwirksamkeitserwartungen; Bandura, 1989; 1992) findet sich beispielsweise in der folgenden Regel: „Arbeite in Form kleiner, erfolgreicher Schritte darauf hin, dass Klienten sich wieder selbst von ihren Bewältigungskompetenzen überzeugen!" (Kanfer et al., 2006, S. 84). Der Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung wird als eine notwendige, nicht aber schon hinreichende Bedingung für Therapieerfolg angesehen. Es wird angenommen, dass sich erst durch die Anwendung spezifischer Interventionen auf der Basis der therapeutischen Beziehung die Wahrscheinlichkeit eines positiven Therapieausgangs erhöht. Wichtige Merkmale der therapeutischen Beziehung sind Zielgerichtetheit bzw. Zweckbestimmtheit und zeitliche Begrenzung. Der Therapeut wird als professioneller Helfer oder auch Änderungsassistent mit Katalysator-Funktion angesehen, der Klient als Hilfesuchender. Ein weiteres Hauptaugenmerk richten Kanfer et al. (2006) auf die Herstellung von Therapie- und speziell Änderungsmotivation. Die Motivationsstrategien setzen an dem drei Facetten umfassenden Konzept der Änderung an: dem unerwünschten Ausgangs- oder Problemzustand (P), dem erwünschten Zielzustand (Z) und den potenziellen Mitteln/Wegen von "P" nach "Z". Eine Zusammenfassung über spezielle Motivationsstrategien gibt Abbildung 2-1.

Ansatzpunkt	Grobstrategie
Unerwünschter Ausgangszustand (P)	a) Diskrepanz P/Z verdeutlichen
	b) Bedürfniszustand/Ungleichgewicht vergrößern
	c) Attraktivität von P vermindern, Reframing
Potenzielle Mittel/Wege von P nach Z	a) Beseitigung von Motivationshindernissen (z.B. Angst vor Veränderung, Verhaltensträgheit, gelernte Inkompetenz, sekundäre Gewinne aus dem Problemverhalten, Fähigkeitsdefizite, fehlende/ unzureichende Informationen, Widerstand gegen den Therapeuten)
	b) Handlungstendenzen erhöhen
Erwünschter Zielzustand (Z)	a) Ziele suchen, klären, finden (“neue Träume träumen”)
	b) Veränderungs-Anreize schaffen
	c) Erstrebenswerte, attraktive Alternativen aufbauen

Abbildung 2-1: Drei Gruppen spezieller Motivationsstrategien. In Kanfer et al., 2006, S. 173

Basierend auf den theoretischen Grundannahmen sowie praktischen Erfahrungen formulierten Kanfer et al. (2006) sechs Regeln für das allgemeine therapeutische Vorgehen:

(1) Verhaltensorientiert denken (“think behavior”): Problemsituationen sowie potentielle Lösungen sollen so konkret wie möglich in Verhaltensbegriffen beschrieben werden. Der Fokus ist auf das *eigene* konkrete (änderbare!) Verhalten gerichtet, nicht auf das (unkontrollierbare) Verhalten anderer Personen.

(2) Lösungsorientiert denken (“think solution”): Kleinste Initiativen, die einen zumindest minimalen Beitrag zur Lösung der Problemsituation leisten können, werden vom Therapeuten verstärkt.

(3) Positiv denken (“think positive”): Die Aufmerksamkeit soll kontinuierlich auf positive Resultate, ungenutzte Ressourcen sowie Strategien zur Zielannäherung/-erreichung gerichtet werden.

(4) In kleinen Schritten denken (“think small steps”): Große Ziele sollen in kleine, überschaubare und bewältigbare Teilziele zerlegt werden, um die Erfolgschancen zu vergrößern.

(5) Flexibel denken (“think flexible”): Therapeutische Ziele und Wege sind an unvorhergesehene Ereignisse anzupassen. Die Erkenntnis, dass prinzipiell verschiedene Wege zu einem Ziel führen können, soll gefördert werden.

(6) Zukunftsorientiert denken (“think future”): Ein konstruktives, ziel- und zukunftsorientiertes Vorgehen wird als wichtig erachtet. Das Verständnis für relevante vergangene Faktoren soll mit aktuellen bzw. zukünftigen Handlungen in Beziehung gesetzt werden.

Der konkrete Ablauf der Selbstmanagementtherapie wird anhand eines 7-Phasen-Modells beschrieben. Die Schwerpunkte der einzelnen Phasen werden im Folgenden beschrieben.

Phase 1: Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen: In dieser Phase liegt der Schwerpunkt auf dem Aufbau einer kooperativen Therapeut-Klient-Beziehung. Es ist wichtig, dass der Klient Vertrauen zum Therapeuten fasst und ihn als professionellen Helfer zur Selbsthilfe akzeptiert. Es werden erste problembezogene Informationen gesammelt. Eingangsbeschwerden und Erwartungen an die Therapie sowie Überlegungen zu therapeutischen Ansatzpunkten stehen dabei im Vordergrund. Außerdem werden organisatorische Fragen besprochen und das therapeutische Setting geklärt.

Phase 2: Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Problembereichen: In dieser Phase steht die Klärung und Förderung von Therapiemotivation durch den Einsatz spezieller Motivierungsstrategien (siehe Abbildung 2-1) im Vordergrund. Die Verringerung von Mutlosigkeit und Resignation und die Auseinandersetzung mit positiven Aspekten einer Änderung spielt dabei eine bedeutsame Rolle. Es ist wichtig, dass der Klient erkennt, dass eigene Anstrengungen Veränderungen möglich machen. Mit ersten Ansätzen einer Ziel- und Wertklärung (Lebensziele, allgemeine Wertvorstellungen) soll eine „Zugmotivation” (im Gegensatz zu der durch Leidensdruck entstehenden „Druckmotivation”) geschaffen werden. Darauf aufbauend werden vorläufige Änderungsbereiche festgelegt.

Phase 3: Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell: In der dritten Phase erfolgt eine weitere Konkretisierung der bisher vorläufigen Problemdefinitionen. Basierend auf verschiedenen Analyseschritten, wie der situativen und kontextuellen Verhaltensanalyse, wird ein geeignetes, dem Einzelfall angepasstes funktionales Bedingungsmodell entwickelt, welches die aufrechterhaltenden Bedingungen des Problemverhaltens erklärt und aus dem therapeutische Ansatzpunkte abgeleitet werden können.

Phase 4: Vereinbaren therapeutischer Ziele: Nachdem in Phase 1 bis 3 die Basisvoraussetzungen für Therapie geschaffen wurden und eine funktionale Analyse des Ist-Zustandes erfolgt ist, geht es in Phase 4 primär um die Konkretisierung der

Therapieziele. Eine gemeinsame Zielanalyse dient auch dazu, die Prioritäten hinsichtlich weiterer Schritte festzulegen.

Phase 5: Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden: Basierend auf den Informationen der Phasen 1 bis 4 sollen spezielle evidenzbasierte Maßnahmen geplant und ausgewählt werden, so dass eine auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Therapie durchgeführt werden kann. Bei dieser Phase handelt es sich sozusagen um die Kernphase der Therapie.

Phase 6: Evaluation therapeutischer Fortschritte: Während des gesamten therapeutischen Prozesses soll überprüft werden, ob die eingeleiteten Interventionen zu den gewünschten Ergebnissen führen. Neben einer kontinuierlichen therapiebegleitenden Diagnostik wird eine Prä-Post-Evaluation gefordert. Weicht der Verlauf von den Erwartungen ab, so ist eine Störfall-Analyse und in der Regel eine Rückkehr auf eine frühere Stufe des 7-Phasen-Modells erforderlich.

Phase 7: Erfolgsoptimierung und Abschluss: Am Ende der Therapie stehen Stabilisierung, Transfer von Veränderungen in den Alltag sowie die Rückfallprophylaxe im Vordergrund. Gegebenenfalls ist eine Arbeit an noch bestehenden therapeutischen Ansatzpunkten oder neuen therapeutischen Zielen und somit das erneute Durchlaufen des Phasenmodells notwendig. Der Klient sollte am Ende der Behandlung Problemlöse- und Selbstmanagementkompetenzen erworben haben, die es ihm ermöglichen, künftig auftretende Probleme eigenständig zu bearbeiten. Die therapeutischen Kontakte sind schrittweise auszublenden. Es empfiehlt sich, ein Abschlussfeedback sowie eine Follow-Up-Erhebung einzuholen.

Es ist wichtig zu beachten, dass es sich bei dem dargestellten Modell einerseits um ein aufeinander aufbauendes, andererseits aber auch um ein rekursives Modell handelt. Das bedeutet, dass im Idealfall die Phasen von oben nach unten durchlaufen werden. Das adäquate Durchlaufen einer Phase ist Voraussetzung für den Übergang in die folgende Phase. Bei Stagnationen im diagnostisch-therapeutischen Prozess ist zu überprüfen, ob die Ziele der vorangehenden Phasen immer noch als verwirklicht gelten können. Beispiele für Fragen, die der Therapeut dann zu überprüfen hat, lauten: „Ist die therapeutische Beziehung noch angemessen?“; „Zeigt sich der Klient weiterhin änderungsmotiviert?“ oder „Wurden in der Bedingungsanalyse die richtigen Schlüsse gezogen?“ Entsprechend den Ergebnissen ist die Rückkehr zu einem Schwerpunkt einer früheren Phase notwendig, bevor die Durchführung konkreter Interventionen wieder erfolgsversprechend ist.

Zusammenfassend kann die Selbstmanagementtherapie als „ein transtheoretisches, schulenübergreifendes, problem- und zielorientiertes, methodenoffenes Konzept“ (Kanfer

et al., 2000, S. 17) beschrieben werden. Wesentliche Kernpunkte des Ansatzes finden sich in Kanfers 11 Gesetzen der Therapie wieder (siehe Abbildung 2-2).

Kanfers 11 Gesetze der Therapie
1. Verlange niemals von Klienten, gegen ihre eigenen Interessen zu handeln!
2. Arbeite zukunftsorientiert, suche nach konkreten Lösungen und richte die Aufmerksamkeit auf die Stärke von Klienten!
3. Spiele nicht den „lieben Gott“, indem Du Verantwortung für das Leben von Klienten übernimmst!
4. Säge nicht den Ast ab, auf dem die Klienten sitzen, bevor Du ihnen geholfen hast, eine Leiter zu bauen!
5. Klienten haben immer recht!
6. Bevor Du ein problematisches Verhalten nicht plastisch vor Augen hast, weißt Du nicht, worum es eigentlich geht!
7. Du kannst nur mit Klienten arbeiten, die anwesend sind!
8. Peile kleine, machbare Fortschritte von Woche zu Woche an und hüte Dich vor utopischen Fernzielen!
9. Bedenke, dass die Informationsverarbeitungskapazität von Menschen begrenzt ist!
10. Wenn Du in der Therapiestunde härter arbeitest als Deine Klienten, machst Du etwas falsch!
11. Spare nicht mit Anerkennung für die Fortschritte von Klienten!

Abbildung 2-2: Kanfers 11 Gesetze der Therapie; aus Kanfer et al. (2006), S. 479-481.

2.1.2 Übertragung des Selbstmanagement-Modells auf die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Der Selbstmanagement-Ansatz stammt aus dem Erwachsenenbereich. Kanfer und Mitarbeiter (2006) formulieren einige Basisfertigkeiten, die notwendig sind, damit ein Klient von einem solchen Behandlungsangebot profitieren kann: Die Klienten müssen fähig sein, angemessen und effektiv zu kommunizieren, beziehungsfähig sein, prinzipiell lösbare Probleme vorbringen, sich ändern wollen und an die Möglichkeit der Selbstbestimmung von Verhalten glauben. Borg-Laufs (1996) setzte sich mit der Frage auseinander, ob und ab wann Kinder diese Fähigkeiten besitzen. Kinder im Grundschulalter können seiner Ansicht nach in hinreichendem Maße zuhören, verstehen und sich mitteilen. Die Fähigkeit zum Aufbau sozialer Beziehungen wird primär von der Fähigkeit des Therapeuten, sich auf das Entwicklungsalter des Kindes einzustellen, abhängig gesehen. Auch die Lösbarkeit der Probleme wird als altersunabhängig erachtet. In jedem Alter wird für eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung vorausgesetzt,

dass der Klient seine Probleme zumindest mit beeinflussen kann. Der Zusammenhang zwischen eigener Anstrengung und dem Erfolg oder Misserfolg des Handelns wird ab einem Alter von etwa fünfeinhalb Jahren sicher begriffen. Demnach muss die Durchführung einer Kindertherapie immer entwicklungsangepasst erfolgen, ist aber prinzipiell mit Kindern ab dem Grundschulalter gut durchführbar (Borg-Laufs, 1996; Borg-Laufs & Trautner, 1999).

In der Behandlung von Kindern- und Jugendlichen sind einige Besonderheiten zu berücksichtigen. Im Unterschied zur Erwachsenentherapie ist häufig die Integration verschiedener Systeme, insbesondere der Familie, aber auch der Schule oder Kindertageseinrichtung indiziert. Somit muss der unter 2.1.1 beschriebene Prozess gegebenenfalls mit verschiedenen Personen durchlaufen werden. Dies erfordert vom Therapeuten die Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven. Die Ziele, Bedürfnisse und Erwartungen aller Beteiligten sind vom Therapeuten zu beachten, wodurch der therapeutische Prozess deutlich komplexer wird.

Die psychotherapeutische Behandlung Jugendlicher stellt oftmals eine besondere Herausforderung dar, da die Jugendlichen häufig nicht aus eigener Motivation eine Therapie aufsuchen, sondern von Eltern, Lehrern oder anderen Instanzen geschickt werden. Die Art des Beziehungsverhältnisses zum Therapeuten erscheint in diesem Fall besonders wichtig. Jugendliche zeigen sich in der Regel sehr kritisch gegenüber bevormundenden oder kritisierenden Erwachsenen. Vielmehr findet sich der Wunsch nach symmetrischen Beziehungen (Youniss & Smollar, 1985). Auch wenn es sich bei der therapeutischen Beziehung nicht um eine Beziehung unter Gleichen handelt, ist in der Beziehungsgestaltung darauf zu achten, dem Streben des jugendlichen Patienten nach Autonomie und Selbstregulation gerecht zu werden. Der Selbstmanagementansatz scheint besonders geeignet zur Herstellung eines personenzentrierten, autonomie- und motivationsfördernden Beziehungsverhältnisses. Die Chance, dass sich ein Jugendlicher auf ein therapeutisches Angebot einlässt, steigt, wenn er die Erfahrung macht, dass nicht nur seine Schwächen fokussiert werden und er die Inhalte und Ziele der Behandlung mitbestimmen kann. Im Rahmen einer Selbstmanagementtherapie wird außerdem viel Wert auf Transparenz gelegt, z.B. hinsichtlich Rollenverteilung und Settingbedingungen, was ebenfalls einen motivationsfördernden Aspekt darstellt. Zur Bewältigung der typischen Entwicklungsaufgaben des Jugendalters wird das Erleben von Selbstwirksamkeit (vgl. Bandura, 1982; 1989; 1992) als zentral erachtet. Eine therapeutische Behandlung in Anlehnung an den Selbstmanagementansatz bietet dem Jugendlichen vielfältige Möglichkeiten, die Wirksamkeit seines eigenen Handelns zu erleben. Dies fördert nicht nur die intrinsische Motivation (Mackowiak, 1999), sondern

kann als wichtige Voraussetzung für kompetentes, zielorientiertes Handeln betrachtet werden, welches wiederum die allgemeinen Problemlösefertigkeiten stärkt und somit die Bewältigung immer schwierigerer Probleme ermöglicht. Langfristig werden dadurch Selbstvertrauen und Selbstsicherheit gefördert und damit die Voraussetzungen verbessert, dass die Jugendlichen die an sie gestellten vielfältigen Anforderungen bewältigen (Petermann & Petermann, 2000).

Der Selbstmanagement-Ansatz wird aktuell als geeignetes heuristisches Modell für die Behandlung einer Vielzahl unterschiedlicher psychischer Störungen und Probleme im Kindes- und Jugendalter betrachtet. Im Bereich der Behandlung chronischer Erkrankungen finden sich eine Vielzahl von Veröffentlichungen und Evaluationsstudien. Selbstmanagementverfahren werden dabei primär eingesetzt, um die „compliance“ und Fertigkeiten der Patienten im Umgang mit folgenden Erkrankung zu verbessern: asthmatischen Erkrankungen (Clark, Gong & Kaciroti, 2001; Perez, Feldman & Caballero, 1999; Warschburger, Petermann, Fromme & Wojtalla 2000; Niggemann, 1998; Mesters & Meertens, 1995; Könning, Schon, Gebert, Schmidt & Szczepanski, 1996; Szczepanski, Brockmann, Könnig, Schmidt & Wegner, 1994; Petermann & Beys, 1996; Könning, 1994; Strunk, 1991; Petermann & Noeker, 1991), Diabetes mellitus (Berger, Mühlhäuser & Jürgens, 1983; Petermann & Essau, 1995; Reinecker, 1995; Roth et al., 1991), Neurodermitis bzw. atopische Dermatitis (Michels, 2001), chronische Erkrankungen des Lungentraktes (Lammers & Deenen, 1992), Adipositas (Warschburger et al., 1999), Schmerzsyndrome des Kindesalters (Petermann, Wiedenbusch & Kroll, 1994; Petermann, Kusch & Bode, 1992; Lehn, 1992), chronische Kopfschmerzen des Jugendalters (Kerbeck & Luka-Krausgrill, 1999) sowie die Behandlung von Autonomieproblemen bei Jugendlichen mit zerebralen Anfallsleiden (Kassebock, 1992). Im Rahmen psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters wurden Selbstmanagementstrategien als begleitende Maßnahmen bei folgenden Störungsbildern eingesetzt: Zwangsgedanken (Baer, 2003), Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (z.B. Hinshaw & Melnick, 1992; Shapiro, DuPaul & Bradley-Klug, 1998; Döpfner et al., 1997; Frölich, Döpfner, Berner & Lehmukuhl, 2002), depressive Störungen (Gaynor, Thomas & Lawrence, 1999; Altherr, 1993), Stottern, (Brack, 1986; Fiedler & Standop, 1986; Mielke et al., 1993), elektiver Mutismus (Brack, 1986), Störungen der sozialen und emotionalen Entwicklung (Ronen, 2000), aggressive Verhaltensauffälligkeiten (Ninness, Ellis, Miller, Baker & Rutherford, 1995; Larson, 1992), soziale Ängstlichkeit (Petermann & Petermann, 1994) und autistische Störungen (Mancina, Tnakerskey, Kamps, Kravits & Parrett, 2000). Selbstmanagementstrategien werden außerdem angewandt bei Lernschwierigkeiten des Kindesalters (Emmer et al., 2000; Hofmann, Matthes & Emmer, 1997), zur

Stressbewältigung bei Jugendlichen mit Schulproblemen bzw. Teilleistungsstörungen (McCraty, Atkinson, Tomasino, Goelitz & Mayrovitz, 1999), zur Verbesserung der Mitarbeit im Unterricht bei lernbehinderten sowie teilleistungsgestörten Jugendlichen (Snyder & Bambara, 1997; Cavalier, Ferretti & Hodges, 1997), zur Verminderung von Störverhalten im Unterricht (Gregory, Kehle & Mcloughlin, 1997). Aufgrund der aufgeführten Besonderheiten des Selbstmanagementansatzes und der nachgewiesenen Wirksamkeit in der Behandlung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher scheint er auch als konzeptionelle Basis eines störungsübergreifenden Therapieprogramms für Jugendliche geeignet.

2.1.3 Das SELBST-Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen

Das SELBST - Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen ist ein multimodales, kognitiv verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept, das von einer Arbeitsgruppe der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität zu Köln entwickelt wurde (Walter, Rademacher, Schürmann & Döpfner, 2007) und auf dem Selbstmanagementansatz basiert. In Anlehnung an dieses Konzept umfasst das Therapieprogramm sieben Behandlungsphasen, die bereits im Kapitel 2.1.1 ausführlich beschrieben wurden und die sich in zwei große Behandlungssegmente unterteilen lassen, nämlich Problem- und Zielanalyse (Phasen 1 bis 4) sowie Intervention und Verlaufskontrolle (Phasen 5 bis 7). Abbildung 2-3 gibt eine Zusammenfassung der Inhalte und Ziele der verschiedenen Phasen. Für die Phasen 1 bis 4 werden in Abhängigkeit von der Problematik 5 bis 20 Behandlungsstunden veranschlagt. Phase 5 umfasst kognitiv-behaviorale Interventionen für adoleszententypische Problembereiche. Die Dauer dieser Phase zeigt eine hohe Variabilität, bei einer durchschnittlichen Anzahl von 10 bis 35 Therapiesitzungen (Walter et al., 2007).

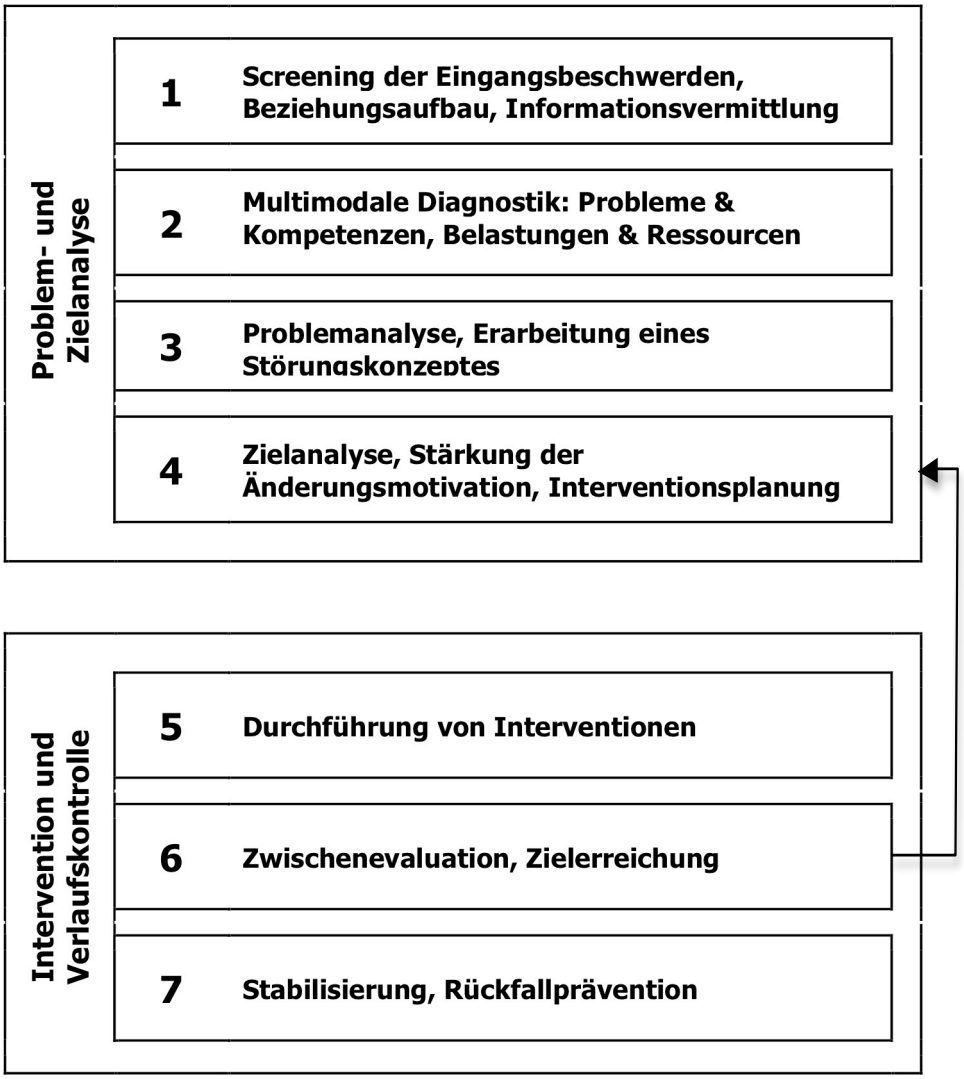


Abbildung 2-3: Die 7 Phasen des Behandlungsprogramms SELBST (aus Walter et al., 2007, S.13)

Ziel der Arbeitsgruppe der Kölner Kinder- und Jugendpsychiatrie war es, ein Therapieprogramm zu entwickeln, das den Besonderheiten des Jugendalters gerecht wird (Döpfner & Walter, 2002). Die Arbeit mit dem Jugendlichen selber steht in dem entwickelten Behandlungskonzept im Vordergrund, die relevanten Bezugspersonen (z.B. Eltern, Lehrer, Geschwister, Betreuer) können und – falls erforderlich – sollten sogar in die Behandlung mit einbezogen werden. Aufgrund der klinischen Beobachtung, dass Jugendliche häufig ein Konglomerat von Symptomen aus unterschiedlichen Störungsbereichen zeigen, die mitunter nur unzureichend durch das europäische Klassifikationssystem ICD-10 (Dilling et al., 1999) abgebildet werden können, wurde in dem Therapieprogramm SELBST ein störungsübergreifender und problemorientierter Ansatz realisiert. Das bedeutet, dass man sich nicht an den gängigen Störungskategorien

der Klassifikationsschemata orientiert, sondern typische Problembereiche der Adoleszenz fokussiert werden. Ausgehend von einer dimensionalen problemorientierten Sichtweise psychischer Auffälligkeiten werden Selbstwert-, Leistungs-, Familien- und Gleichaltrigenprobleme differenziert.

Selbstwertprobleme gehen oft mit Störungen der Aktivität und des Affektes einher und äußern sich beispielsweise in Fehleinschätzungen bezüglich der eigenen Person (Fähigkeiten, Position in Familie und Gleichaltrigenbezügen, Attraktivität), der Umwelt (Auf-/Abwertung von Bezugspersonen) sowie der Zukunft (Einflussnahmemöglichkeiten, Verlauf der eigenen Entwicklung). Meistens kommt es zu negativ verzerrten Kognitionen. Seltener kann sich die Problematik auch in einer Überschätzung eigener Fähigkeiten und Ressourcen äußern. Die Probleme in der Regulation von Aktivität und Affekt reichen von depressiv-dysphorischer Gestimmtheit mit Antriebsmangel bis hin zu euphorischen Zustandsbildern mit übersteigertem Antrieb, Impulsivität und/oder Affektlabilität (Walter et al., 2007).

Schwierigkeiten im Leistungsbereich, die nicht primär auf Begabungsdefizite zurückzuführen sind, können sich in kognitiven Dysfunktionen (z.B. geringe Leistungsmotivation, Anstrengungsvermeidung, Leistungsängste und Misserfolgsorientierung) äußern. Darüber hinaus können sich Auffälligkeiten im Bereich der Lernorganisation und der Mitarbeit im Unterricht (von Apathie bis Störverhalten) zeigen. Es ist darauf zu achten, ob Wissenslücken den Leistungsproblemen zugrunde liegen oder diese verstärken (vgl. Walter & Döpfner, 2007a,b; Walter & Döpfner, 2009).

Probleme im Bereich der Familienbeziehungen können sich in über das normale Maß hinausgehenden Auseinandersetzungen mit den Eltern und/oder Geschwistern äußern, wobei diese nicht zielführend sind, sondern häufig eine Chronifizierung der Konflikte und mitunter auch Beziehungsabbrüche zur Folge haben. Familienprobleme können sich aber auch in einem mangelnden Austausch über Probleme etc. äußern. Häufig sind inadäquate Problemlöseprozesse sowie Kommunikationsdefizite zu beobachten (Walter et al., 2007).

Gleichaltrigenprobleme können sich im Sinne einer dimensionalen Sicht manifestieren, von ausgeprägtem sozialen Rückzug und sozialer Unsicherheit im Kontakt mit Gleichaltrigen bis hin zu einer deutlich aggressiven Beziehungsgestaltung mit oftmals chronifizierten Konflikten und Beziehungsabbrüchen. Häufig sind defizitäre soziale Kompetenzen bei der Kontaktaufnahme, dem Beziehungsaufbau, der Selbstbehauptung oder der Konfliktlösung zu beobachten. Solche Kompetenzdefizite werden als Grund für mangelnde Anerkennung bzw. Ablehnung im Gleichaltrigenverbund angesehen (Walter et al., 2007). Die Trennung in die skizzierten Problembereiche ist künstlich, typischerweise

zeigen sich Auffälligkeiten in mehreren Bereichen sowie wechselseitige Beeinflussungen, dies wird in der Abbildung 2-4 verdeutlicht.

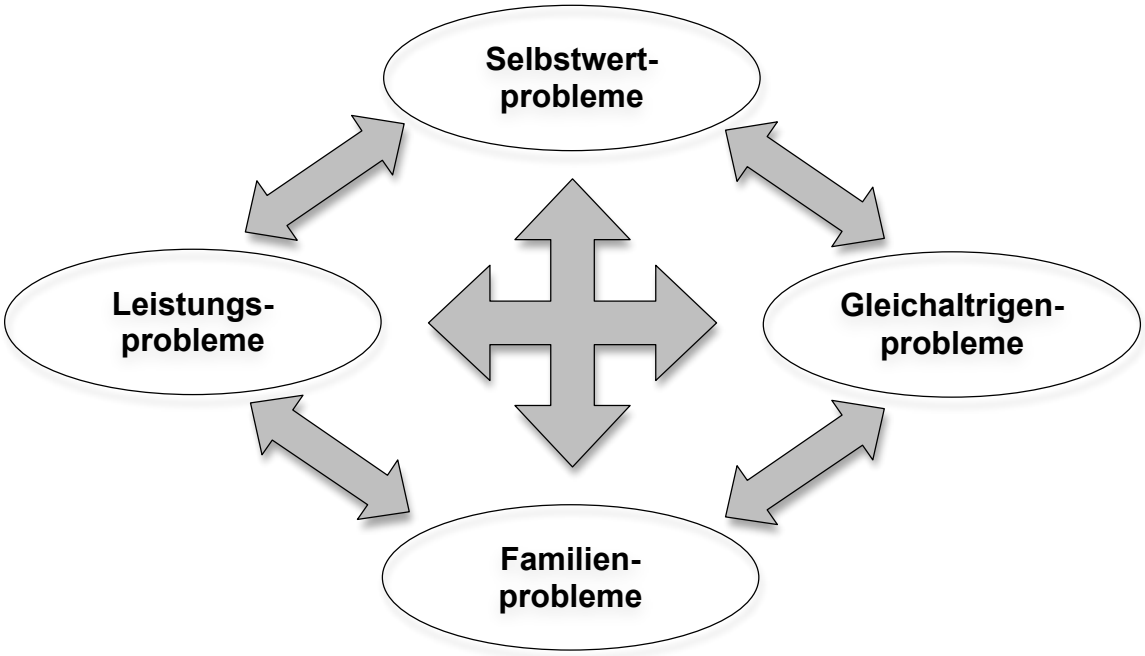


Abbildung 2-4: Häufige Problembereiche von Jugendlichen (aus Walter et al, 2007, S.14)

Zur Strukturierung des therapeutischen Vorgehens erfolgt die Darstellung der kognitiv verhaltenstherapeutischen Interventionen in separaten Bänden, die jeweils einen Problembereich fokussieren. Der Band SELBST-Leistungsprobleme (Walter & Döpfner, 2009) ist bereits erschienen, ebenso ein Grundlagenband (Walter et al., 2007), in dem das problemübergreifende therapeutische Vorgehen mit dem Jugendlichen und seinen wichtigen Bezugspersonen dargestellt wird. Die weiteren Bände (Selbstwert, Gleichaltrigenprobleme, Familienprobleme) befinden sich in Vorbereitung. Der Aufbau des gesamten Therapieprogramms ist modular. In Abhängigkeit von der Symptomatik und den Ressourcen des zu behandelnden Jugendlichen können einzelne Behandlungsbausteine ausgewählt, kombiniert und durchgeführt werden. Abbildung 2-5 gibt einen Überblick über die Interventionen in den verschiedenen Problembereichen.

Selbstwertprobleme

- Aufbau/Stabilisierung positiver Aktivitäten
- Genusssensibilisierung
- Korrektur dysfunktionaler kognitiver Prozesse und Inhalte
- Problemlösetraining
- Affekt-/Impulskontrolltraining

Leistungsprobleme

- Einleitung einer adäquaten schulischen Platzierung
- Einleitung von Fördermaßnahmen bei Teilleistungsschwächen
- Korrektur verzerrter Kognitionen/Förderung der Leistungsmotivation
- Vermittlung von planerischen Fertigkeiten/Lernstrategien
- Verbesserung der Mitarbeit im Unterricht/Abbau von Störverhalten
- Interventionen zum Aufholen verpasster Lerninhalte

Gleichaltrigenprobleme

- Strukturelle Interventionen auf Familien-/Schul-/Gleichaltrigenebene
- Korrektur verzerrter Informationsverarbeitungsprozessse und kognitiver Problemlösestrategien
- Korrektur dysfunktionaler Grundannahmen
- Affekt-/Impulskontrolltraining
- Soziales Fertigkeitentraining
- Kontingenzmanagement

Familienprobleme

- Veränderungen im Familiensystem
- Stärkung positiver Beziehungselemente
- Korrektur dysfunktionaler Grundannahmen
- Familien-Problemlösetraining
- Kommunikationstraining

Abbildung 2-5: Phase 5 – Interventionsbereiche von SELBST (aus Walter et al., 2007, S.13)

Mit dem Jugendlichen und seinen wichtigen Bezugspersonen sollen für die individuellen Problembereiche konkrete Möglichkeiten zur Problembewältigung erarbeitet werden. Dies charakterisiert den lösungsorientierten Ansatz des Behandlungsprogramms. Der Therapeut fungiert dabei als „coach“, Änderungsassistent, Berater oder Anwalt des Jugendlichen, der ihn bei der Umsetzung der erarbeiteten Lösungsansätze unterstützt. Er ist weder Lehrer noch Kontrolleur noch Erziehungsgehilfe der Eltern. Neben den Problemen werden auch die Stärken des Jugendlichen und seiner Umgebung fokussiert und in die Lösung mit eingebunden, so dass das Therapieprogramm auch als ressourcenorientiert charakterisiert werden kann (Walter et al., 2007).

2.2 Entwicklung eines Gruppentherapieprogramms für Jugendliche mit Leistungs- und Gleichaltrigenproblemen

Auf der Grundlage des Therapieprogramms SELBST wurde ein kognitiv-behaviorales Gruppenmanual für Jugendliche mit Leistungs- und Gleichaltrigenproblemen entwickelt (SELBST-Gruppe). Ausgehend von der Annahme, dass eine Behandlung im Gruppensetting verschiedene Vorteile bietet (siehe 2.2.2) und in der klinischen Praxis häufig Jugendliche vorstellig werden, die Schwierigkeiten im Leistungs- und Gleichaltrigenbereich aufweisen, erschien die Entwicklung eines solchen Therapieprogramms als eine sinnvolle Ergänzung zu den für das Einzelsetting entwickelten Interventionen (vgl. 2.1.3). Die Tatsache, dass erste Wirksamkeitsuntersuchungen zu den im Rahmen des SELBST-Therapieprogramms entwickelten Behandlungsmodulen bei Leistungs- und Beziehungsstörungen mit Gleichaltrigen Hinweise auf deren Wirksamkeit geben (vgl. Walter, 2004; Walter & Döpfner, 2006; 2007a,2007b; Schmitt, unveröffentlichte Dissertation, in Vorbereitung) und es in diesem Bereich bisher kaum spezifisch ausgearbeitete Therapieprogramme gibt (vgl. 1.5), spricht zudem für die Entwicklung eines solchen Programms.

2.2.1 Indikation

Das Therapieprogramm SELBST und das auf diesem basierende Gruppentherapieprogramm zur Behandlung Jugendlicher mit Leistungs- und Gleichaltrigenproblemen dient nicht der Behandlung eines spezifischen Störungsbildes, sondern fokussiert typische adoleszentenspezifische Problembereiche, welche im Rahmen verschiedener Störungsbilder auftreten können. SELBST-Gruppe richtet sich an Jugendliche im Alter von etwa 12 bis 18 Jahren, die bedeutsame Schwierigkeiten im Leistungs- und/oder Gleichaltrigenbereich aufweisen. Die Schwierigkeiten, die zu Vorstellung geführt haben, dürfen dabei nicht allein durch Begabungsdefizite erklärbar sein, sondern psychische Faktoren sollten in der Entwicklung eine herausragende Rolle spielen. Die Beziehungsstörungen mit Gleichaltrigen, für die das Gruppenprogramm indiziert ist, können sich im Sinne einer dimensionalen Sicht manifestieren, von ausgeprägtem sozialen Rückzug mit wenigen Kontakten zu Gleichaltrigen bis hin zu deutlich aggressiver Beziehungsgestaltung mit häufigen Streitigkeiten und Beziehungsabbrüchen, das heißt, sie können sich sowohl in internalisierendem als auch in externalisisierendem Problemverhalten äußern (vgl. 1.3). Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung der Beziehungsprobleme liegen ihnen häufig verzerrte Informationsverarbeitungsprozesse, dysfunktionale gleichaltrigenbezogene Grund-

annahmen, unangemessene Affekte und ein Mangel an sozialen Fertigkeiten zugrunde (vgl. 1.4). Die Bereiche Selbstwert und Familienprobleme werden im Rahmen des Gruppenprogramms nicht direkt durch speziell darauf konzipierte Interventionen angegangen. Da von einer wechselseitigen Beeinflussung der Problembereiche ausgegangen werden kann, ist es jedoch wahrscheinlich, dass eine Verbesserung von Leistungs- und Beziehungsproblemen sich auch positiv auf das Selbstwertgefühl der Jugendlichen auswirkt oder sich Familienbeziehungen verbessern, falls z.B. Konflikte im familiären Rahmen primär um die Leistungs- oder Gleichaltrigenprobleme kreisen.

Das Programm ist primär nicht indiziert, falls die Probleme im Leistungs- oder Gleichaltrigenbereich im Rahmen der folgenden psychischen Störungsbilder oder Auffälligkeiten auftreten: Psychosen, Anorexia und Bulimia nervosa, schwere Angst- und Zwangsstörungen, schwerer Substanzabusus, schwere Störung des Sozialverhaltens mit weit fortgeschrittener Delinquenzentwicklung und Hinweise auf die Entwicklung einer ausgeprägten Persönlichkeitsstörung, wie z.B. emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus. In diesem Fall erscheinen zunächst andere Therapieformen indiziert, die sich in der Behandlung des entsprechenden Störungsbildes bereits empirisch bewährt haben.

Das Therapieprogramm SELBST-Gruppe wurde für die Behandlung im ambulanten Rahmen entwickelt. Es wäre jedoch auch vorstellbar, es als ein Behandlungsmodul einer tagesklinischen oder vollstationären Behandlung zu erproben. Damit eine Behandlung im ambulanten Rahmen Aussicht auf Erfolg haben kann, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung ist auszuschließen, da diese zunächst die Einweisung in eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik erfordern. Sind die Leistungs- und Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen auf nicht veränderbare oder unmittelbar gefährdende psychosoziale Bedingungen zurückzuführen, so ist ein Wechsel des beeinträchtigenden Umfeldes (z.B. Schule/Familie/Peergruppe) indiziert. Damit der Jugendliche von der Behandlung profitieren kann, ist es außerdem wichtig, dass er über die notwendigen Kompetenzen und Ressourcen verfügt, um die in der Regel wöchentlich stattfindenden Therapietermine wahrnehmen zu können. Neben zeitlichen und organisatorischen Ressourcen muss in der Phase 1 der Behandlung eine tragfähige Beziehung zum Jugendlichen sowie eine gewisse Therapiemotivation herstellbar sein. Die Teilnahme an der Behandlung sollte auf Freiwilligkeit basieren, eine Behandlung gegen den ausgesprochenen Willen des Jugendlichen erscheint nicht mit den Prinzipien der Selbstmanagementtherapie vereinbar und zudem auch wenig erfolgsversprechend, da sich ohne die aktive Mitarbeit des Patienten kaum Veränderungen erzielen lassen.

Die Frage der differenziellen Indikation, ob eine Behandlung im Einzel- oder im Gruppensetting erfolgsversprechender ist, kann nicht gesichert beantwortet werden. Nach Yalom (1996) gilt, dass Störungen im interpersonalen Bereich (z.B. soziales Rückzugsverhalten, Schüchternheit, Gehemmtheit, impulsiv-aggressives Verhalten) als positive Indikation für eine gruppentherapeutische Behandlung anzusehen sind. Darüber hinaus wird, wie auch in der einzeltherapeutischen Behandlung, die Frage der Motivation des Patienten, an einer gruppentherapeutischen Behandlung teilzunehmen, als wichtiger Indikator für eine erfolgsversprechende Behandlung angesehen.

2.2.2 Vor- und Nachteile des gruppentherapeutischen Settings

Die Entscheidung, ob eine Behandlung im Einzel- oder im Gruppenformat erfolgt, basiert in der Regel weniger auf empirischen Daten oder theoretischen Überlegungen als auf praktischen Erwägungen. Im Folgenden sollen Vor- und Nachteile einer Behandlung im Gruppensetting gegenübergestellt werden, da ausgehend von diesen Überlegungen die Entscheidung für das Behandlungsformat des entwickelten Therapieprogramms getroffen wurde.

Versorgungs-Effizienz bzw. Kosten-Effektivität: Gruppenformate haben sich oftmals als ähnlich effektiv erwiesen wie einzeltherapeutische Behandlungsformate (Zielke, 1994). Somit bieten sie einen größeren Gesamtnutzen pro Zeiteinheit. In der Praxis sind mit der Gruppenbehandlung jedoch häufig organisatorische Probleme verbunden, beispielsweise aufgrund eingeschränkter räumlicher oder personeller Bedingungen (z.B. bei Notwendigkeit eines Co-Therapeuten). Die Abrechnung einer Gruppentherapie mit der Krankenkasse erfordert auf Seiten des Therapeuten eine entsprechende Zulassung. Außerdem ist für das Zustandekommen einer Gruppe je nach Patientenaufkommen ein besonderer Aufwand nötig.

Die Gruppe als Realitätsausschnitt und Experimentierfeld: Zwischenmenschliche Probleme werden nach Grawe (1998) bei einer Behandlung im Gruppensetting unmittelbar prozessual aktiviert und können somit auch besser bearbeitet werden. Die Gruppenteilnehmer demonstrieren im Laufe des Gruppenprozesses in der Regel ihre Probleme im Kontakt mit Gleichaltrigen, statt nur über sie zu reden. Dies kann therapeutisch genutzt werden und die Problembearbeitung erleichtern. Das Gruppensetting bietet außerdem den Vorteil, dass bestimmte Techniken, wie zum Beispiel Rollenspiele, leichter umgesetzt werden können, was beim Einüben sozialer Fertigkeiten außerordentlich wichtig erscheint. Günstig ist dabei zudem, dass auch real auftretende Konflikte bearbeitet werden können und die Arbeit nicht auf nachgespielte oder fiktive

Situationen beschränkt ist. Somit bietet die gruppentherapeutische Behandlung einen stärkeren Realitätsbezug, was sich vermutlich positiv auf den Transfer der erarbeiteten Strategien in den Alltag der Jugendlichen auswirkt.

Gruppenkohäsion und Modelllernen: Die Behandlung in einer Gruppe kann ein Gefühl von Gemeinschaft vermitteln. Die Teilnehmer einer Gruppentherapie machen die Erfahrung, dass andere unter gleichen oder ähnlichen Problemen leiden und sie „in einem Boot sitzen". Das Gefühl, von den anderen Gruppenteilnehmern verstanden, unterstützt und aufgemuntert zu werden, kann eine besondere – und auch emotional entlastende – Erfahrung sein. Die Gruppe bietet die Möglichkeit, Erfahrungen auszutauschen. Ein Problem kann aus mehreren Sichtweisen betrachtet werden, so dass der Einzelne seine eigene Problemlage einordnen und möglicherweise auch relativieren kann. Aufgrund der besonderen Bedeutung der Gleichaltrigengruppe im Jugendalter (vgl. 1.2.3) ist davon auszugehen, dass die Rückmeldung durch Gleichaltrige eine andere Qualität als die des Therapeuten hat und sie für die Jugendlichen bedeutender ist als die Einschätzung oder Bewertung eines Erwachsenen. In einer Gruppentherapie können die Jugendlichen untereinander praktische Erfahrungen zur Problemlösung austauschen und einander zum Vorbild für die Überwindung von Schwierigkeiten werden. Im günstigen Fall kommt es zu einer wechselseitigen Ressourcenaktivierung der Gruppenteilnehmer (z.B. Motivation, soziale Verstärkung). Der Therapeut muss jedoch berücksichtigen, dass möglicherweise auch dysfunktionale Vorbilder in einer Gruppenbehandlung wirken und in diesem Fall auch Ressourcen behindert werden. Es ist wichtig, dass er negative Modellwirkungen erkennt und gegebenenfalls interveniert.

Als Argument gegen eine gruppentherapeutische Behandlung wird häufig betont, dass diese nicht so intensiv auf die individuelle Situation des Einzelnen eingehen kann, wie dies insbesondere akute Krisensituationen, seltene Störungen oder multiple Probleme erfordern (z.B. Zielke, 1994). Es wird darauf hingewiesen, dass es insbesondere schüchternen Menschen schwer falle, sich im Gruppensetting zu öffnen, und sie dieses als schamhaft erleben. Natürlich sollte der Therapeut im Einzelfall entscheiden, ob eine gruppentherapeutische Behandlung eine Überforderung darstellt. Es ist jedoch zu bedenken, dass gerade im Fall defizitärer sozialer Fertigkeiten und bei sozialen Ängsten eine gruppentherapeutische Behandlung ein besonders gutes Übungsfeld bietet, so dass die Motivierung und Vorbereitung eines Patienten zur Teilnahme an einer Gruppentherapie in vielen Fällen lohnenswert erscheint. Da in der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen generell mit Motivationsproblemen zu rechnen ist, kommt eine Behandlung im Gruppensetting mit Gleichgesinnten möglicherweise vielen Jugendlichen auch entgegen. Die Schwelle, an einem klar umgrenzten Gruppentherapieangebot

teilzunehmen, könnte somit für viele Jugendliche auch niedriger und nicht höher sein – wie von Kritikern der Gruppentherapie behauptet. Schmidtchen (2003) geht beispielsweise davon aus, dass Jugendliche in der Regel gern in Gruppen arbeiten, und empfiehlt, die Einzeltherapie mit einer Gruppentherapie zu verbinden oder nur gruppentherapeutisch zu arbeiten. Seiner Ansicht nach sollten in der therapeutischen Behandlung Jugendlicher die Ansichten der Peers berücksichtigt werden, so dass er die Gruppentherapie als die Methode der Wahl in der Jugendlichenpsychotherapie ansieht.

2.2.3 Behandlungsformat

Ausgehend von den beschriebenen Vor- und Nachteilen eines Einzel- versus Gruppensettings wurde bei der Entwicklung des kognitiv verhaltenstherapeutischen Programms SELBST-Gruppe eine Kombination aus beiden Behandlungsformaten realisiert, um die jeweiligen Stärken zu nutzen und Schwächen zu kompensieren. Die Interventionen im engeren Sinne werden dabei aufgrund der beschriebenen Vorteile (vgl. 2.2.2) in einer Gruppenbehandlung umgesetzt. Um trotz des Gruppensettings eine möglichst individuelle Behandlung zu gewährleisten und die Jugendlichen auf die Gruppe vorzubereiten, werden die Behandlungsphasen 1-4 (vgl. 2.1.3) im Einzelsetting durchgeführt. Das heißt, der Gruppentherapie gehen circa fünf Einzelsitzungen voraus, falls notwendig können auch mehr Termine veranschlagt werden. Am Ende der Einzelbehandlung sollten mit dem Jugendlichen individuelle Probleme und Ziele für die Gruppenbehandlung definiert und mit den Eltern abgestimmt sein. Das Einzelsetting bietet außerdem eine gute Möglichkeit, an der Therapiemotivation des Jugendlichen zu arbeiten und mögliche Ängste bezüglich der anstehenden Gruppenbehandlung zu thematisieren. Mit sozial ängstlichen Jugendlichen kann die Teilnahme am Gruppenprogramm als Exposition definiert werden und es können Möglichkeiten erarbeitet werden, wie der Therapeut den Jugendlichen bei der Bewältigung unterstützen kann.

Das Behandlungsprogramm wurde für die Anwendung in einer geschlossenen Kleingruppe von circa vier bis sechs Teilnehmern konzipiert. In diesem Rahmen ist es möglich, auf die individuellen Situationen der teilnehmenden Jugendlichen einzugehen. Außerdem lässt sich im Gegensatz zu einer Großgruppe oder einer offenen Gruppe relativ schnell eine vertrauensvolle Atmosphäre entwickeln, die es dem einzelnen Jugendlichen leichter macht, sich persönlich einzubringen. Bei der empfohlenen Gruppengröße steht jedem Jugendlichen genügend Zeit zur Verfügung, an Übungen teilzunehmen, persönliche Rückmeldungen zu erhalten und sich an Auswertungen zu beteiligen. Eine solche aktive Mitarbeit wird als wichtige Voraussetzung für die Effektivität

des Programms erachtet. Bei einer Gruppengröße unter vier Jugendlichen gestaltet sich die Durchführung von Rollenspielen, Übungen etc. schwieriger – und genau diese Elemente sind es, die einen wesentlichen Vorteil der Gruppenbehandlung darstellen. Bei der Zusammenstellung der Gruppen ist auf eine gewisse Homogenität der Gruppen zu achten, z.B. bezüglich Bildungsstand, Begabung, Alter und Ausgangsniveau. Es wird jedoch bewusst keine störungsspezifische Zusammensetzung der Gruppen angestrebt, sondern eine Orientierung an den typischen Problembereichen der Jugendlichen. Das bedeutet, dass Jugendliche mit Beziehungs- und Leistungsstörungen zusammengefasst werden können, unabhängig davon, ob sie primär ein internalisierendes oder externalisierendes Problemverhalten zeigen. Im Rahmen der Studie dieser Arbeit wurde bei der Gruppenzusammensetzung bewusst eine Heterogenität bezüglich der Symptomatik angestrebt. Gruppen, die nur aus Teilnehmern mit einer expansiven Symptomatik bestehen, erfordern oft sehr starke Begrenzungen seitens der Therapeuten, außerdem besteht die Gefahr, dass die Jugendlichen einander als Modell für aggressives Verhalten dienen. Gruppen, die nur Jugendliche mit einer internalisierenden Symptomatik umfassen, sind oft mühsam zu leiten und bedürfen einer starken Motivierung der Jugendlichen, sich aktiv zu engagieren. Im Fall einer Durchmischung profitieren die Jugendlichen möglicherweise mehr voneinander, da sie beispielsweise mit unterschiedlichen Perspektiven eines Problems konfrontiert werden und die Rückmeldungen durch die anderen Teilnehmer vielfältiger sind. Die Besonderheiten einer Gruppentherapie erfordern dabei auf Seiten des Therapeuten besondere Kompetenzen, die gruppendynamischen Prozesse wahrzunehmen, zu intervenieren und dadurch eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, die es dem Einzelnen ermöglicht, sich in die Gruppe einzubringen. Wünschenswert wäre, dass beispielsweise der eher expansive Jugendliche dem sozial ängstlichen Jugendlichen als Modell dient, zum Beispiel bezüglich seiner Schwierigkeiten, sich aktiv in die Gruppe einzubringen oder andere anzusprechen. Andersherum könnte der expansive Jugendliche sich an dem eher gehemmten Jugendlichen orientieren, wenn es um Themen wie Impulskontrolle geht. Idealerweise empfiehlt sich die Leitung durch zwei Therapeuten. In diesem Fall kann einer der Therapeuten primär auf die Vermittlung der Therapieinhalte achten, während der andere die gruppendynamischen Prozesse fokussiert und gegebenenfalls interveniert.

Insgesamt umfasst das entwickelte Gruppenprogramm 10 Sitzungen à 120 Minuten. Es wäre möglich, die Behandlungsdauer zu verlängern, indem mehr Zeit zum Vertiefen der Inhalte zur Verfügung gestellt würde. Denkbar wäre es auch, entsprechend den Bedürfnissen der individuellen Gruppe bestimmte Sitzungen auszuwählen und andere wegzulassen. Nach Beendigung der Gruppentherapie wird die Durchführung einer

gemeinsamen Aktivität als Belohnung und als eine Art Abschlussritual empfohlen. Außerdem wurde eine „Booster-Sitzung“ zur Auffrischung der Therapieinhalte einige Monate nach Behandlungsende entwickelt. Im Fokus des entwickelten Therapieprogramms stehen die Jugendlichen selber. Ein Einbezug der Eltern ist im Rahmen der Einzelsitzungen (z.B. zur Erhebung diagnostisch relevanter Informationen sowie zur Abstimmung der Therapieziele) angedacht. Außerdem wird die Durchführung von mindestens zwei Elternabenden empfohlen, wobei einer vor Beginn der Gruppentherapie durchgeführt werden sollte - um die Eltern über die Therapieinhalte zu informieren - und der zweite nach Beendigung der Gruppentherapie zwecks Austausch über die Behandlungserfolge und Klärung des weiteren Behandlungsbedarfes. Im Laufe der Gruppenbehandlung sind außerdem wöchentliche Rückmeldungen der Eltern und der Jugendlichen selber anhand individuell abgestimmter Problemlisten vorgesehen. Auf diese Weise erhält der Therapeut während der Durchführung des Gruppenprogramms Hinweise auf die Wirksamkeit. Falls ein Jugendlicher nicht von der Behandlung profitiert oder sich seine Symptomatik sogar verschlechtert, kann zusammen mit dem Jugendlichen und seinen Bezugspersonen nach möglichen Gründen gesucht werden.

2.2.4 Behandlungsmodule

Zur Behandlung Jugendlicher mit Gleichaltrigenproblemen wurden verschiedene Interventionen entwickelt (SELBST-Gleichaltrigenprobleme, in Vorbereitung). In Abhängigkeit von den funktionalen Bedingungen der Gleichaltrigenprobleme und den daraus abgeleiteten Therapiezielen können die Therapiemodule individuell zusammengestellt werden. Bei der Auswahl der Interventionen kann der Entscheidungsbaum (siehe Abbildung 2-6) eine Orientierung bieten. Sind die Gleichaltrigenprobleme primär auf Überforderung oder ungünstige Beziehungsstrukturen in Familie oder Schule zurückzuführen, so sind zunächst Maßnahmen zur Unterstützung des Jugendlichen sowie Interventionen in den Bereichen Schule und Familie indiziert. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass ungünstige Verstärkerbedingungen in der Entwicklung von Gleichaltrigenproblemen eine bedeutsame Rolle spielen können und möglicherweise Interventionen auf der Ebene der Kontingenzen erfordern. Auf die vier Interventionsbereiche Informationsverarbeitung, Grundannahmen, Affektregulation und Fertigkeiten wird in den nächsten Abschnitten eingegangen, da sich auch die im Rahmen dieser Arbeit entwickelten gruppenspezifischen Interventionen (siehe 2.2.5) diesen zuordnen lassen.

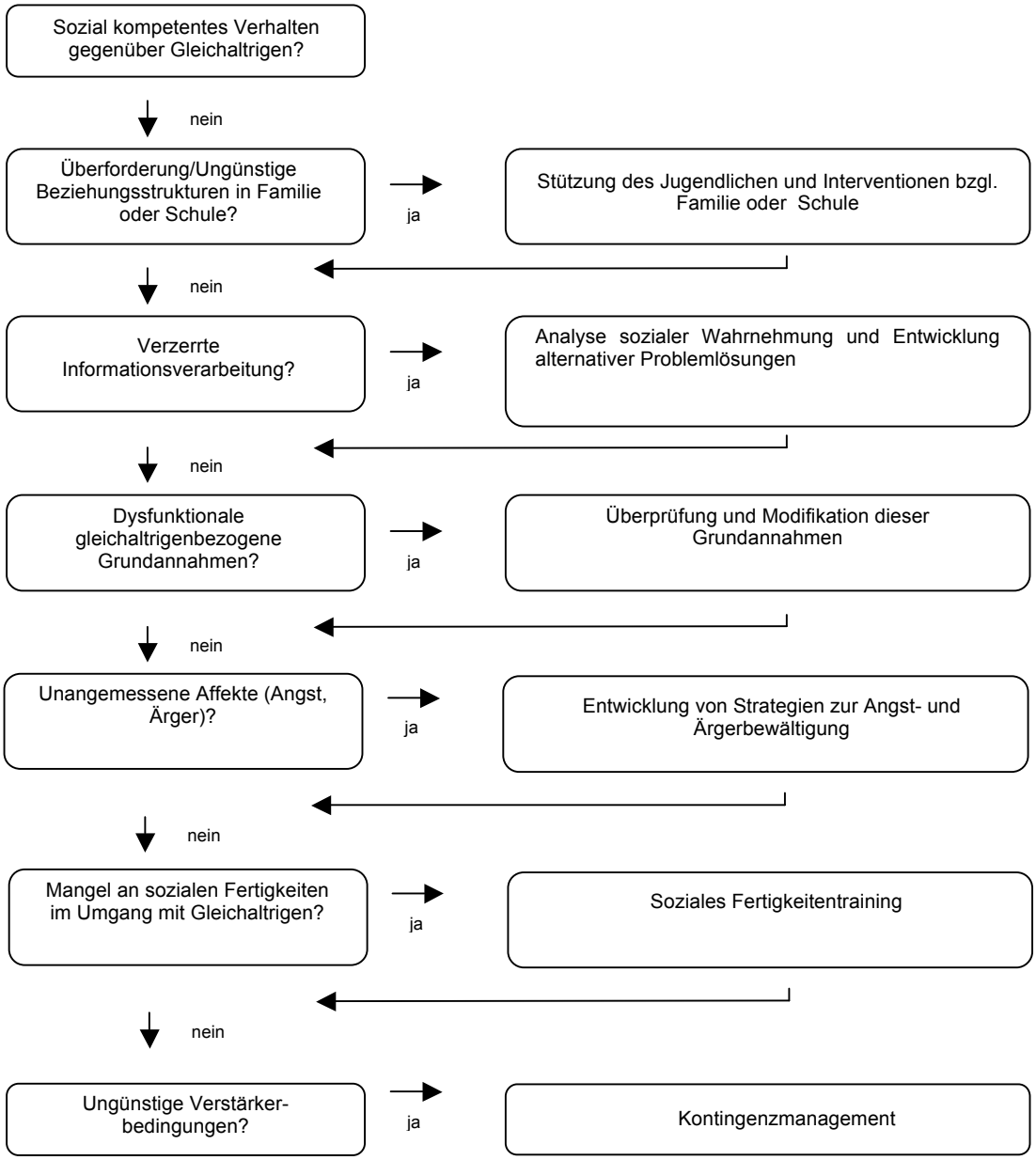


Abbildung 2-6: Entscheidungsbaum der Interventionen zur Behandlung von Gleichaltrigenproblemen (SELBST-Gleichaltrigenprobleme, in Vorbereitung)

2.2.4.1 Informationsverarbeitung

Die Interventionen zur Behandlung verzerrter Informationsverarbeitung in sozialen Situationen umfassen Bausteine zur Wahrnehmungsdifferenzierung und zum Problemlösen. Sie sind dann indiziert, wenn die Jugendlichen mit Gleichaltrigenproblemen dazu neigen, soziale Situationen nicht angemessen zu bewerten, und Problemlösedefizite verhindern, dass sie sozial angemessene Reaktionen zeigen. Die Jugendlichen werden in diesem Modul in ihrer Wahrnehmung sozialer Situationen und ihren

Problemlösekompetenzen im Kontakt mit Gleichaltrigen geschult. Soziale Situationen werden dazu in verschiedene Typen eingeteilt, und zwar je nachdem, welches Ziel die Beteiligten verfolgen, also zum Beispiel auf das Gegenüber sympathisch wirken, die Beziehung pflegen oder eigene Rechte durchsetzen. In einem Problemlösetraining wird das allgemeine Problemlösemodell auf schwierige Situationen mit Gleichaltrigen übertragen. Dazu werden für spezifische Situationen Problem- und Zieldefinitionen erarbeitet. In einem nächsten Schritt werden Handlungsalternativen generiert und bewertet. Die favorisierte Lösung wird ausgewählt, dann wird dafür ein Handlungsplan erstellt, der im Rahmen des Fertigkeitentrainings (siehe 2.2.4.4) im Alltag umgesetzt und auf Wirksamkeit überprüft wird. Es erscheint dabei sehr wichtig, dass mit individuellen alltagsrelevanten Situationen der Jugendlichen gearbeitet wird und nicht nur mit fiktiven, die möglicherweise nichts mit der Realität der Jugendlichen zu tun haben.

2.2.4.2 Grundannahmen

Das Behandlungsmodul Grundannahmen zielt auf die Identifikation und Veränderung gleichaltrigenbezogener dysfunktionaler Kognitionen. Die dysfunktionalen Annahmen werden im Rahmen des Therapieprogramms als Denkfallen bezeichnet. Dieser Baustein ist indiziert, wenn sich Hinweise auf dysfunktionale Annahmen des Jugendlichen bezüglich seiner Beziehungen zu Gleichaltrigen, seiner sozialen Attraktivität und seiner sozialen Kompetenzen ergeben. Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung solcher Grundannahmen spielen häufig internalisierende Probleme, wie Ängste und Depressionen, aber auch externalisierendes Problemverhalten und daraus resultierende negative soziale Erfahrungen eine bedeutsame Rolle. Ziel des Behandlungsmoduls ist es, den Jugendlichen die den Grundannahmen zugrunde liegenden kognitiven Verzerrungen durch ein systemimmanentes Vorgehen und die Methode des geleiteten Entdeckens bewusst zu machen. Der Therapeut argumentiert nicht gegen die Sichtweisen des Jugendlichen, da dies häufig Widerstand hervorruft, sondern er regt mit Hilfe einer sokratischen Gesprächsführung den Jugendlichen an, die Realitätsbezogenheit, logische Konsistenz und Zielgerichtetheit seiner Annahmen zu prüfen. Der Jugendliche muss sich der Grundannahmen, die sein Verhalten gegenüber Gleichaltrigen mitbedingen, bewusst sein, damit diese verändert werden können. In einem nächsten Schritt können dann mit dem Jugendlichen alternative Sichtweisen und hilfreiche Gegengedanken mit entsprechenden Selbstinstruktionen entwickelt und zum Beispiel in Rahmen von Verhaltensexperimenten überprüft werden.

2.2.4.3 Affektregulation

Dieses Behandlungsmodul zielt auf die Entwicklung und Implementierung von Strategien im Umgang mit den Affekten Unsicherheit und Angst sowie Ärger und Aggression. Die Bausteine des Moduls sind insbesondere dann indiziert, wenn der Jugendliche nicht über ausreichende Strategien zur Impulskontrolle und Affektregulation verfügt, was sich in sozialen Situationen in ängstlich-unsicheren, aber auch in impulsiv-aggressiven Reaktionen äußern kann, die nicht allein durch Defizite in der Informationsverarbeitung oder dysfunktionale Grundannahmen erklärt werden können. Der Baustein zur Affektregulation sollte nicht angewandt werden, falls das aggressive Verhalten primär als proaktiv einzustufen ist, da in diesem Fall die Tendenz des Jugendlichen, Aggressionen gezielt und ohne starke emotionale Reaktionen einzusetzen, möglicherweise weiter verstärkt wird. Im Rahmen der Psychoedukation des Moduls wird der Teufelskreis Angst erarbeitet. Dabei wird die Bedeutung des Vermeidungsverhaltens in der Aufrechterhaltung von Ängsten und Unsicherheiten in sozialen Situationen betont und daraus das Therapierational der Konfrontation als Methode der Angstbewältigung abgeleitet. Angst oder Unsicherheit auslösende Situationen werden entsprechend ihres Schwierigkeitsgrades hierarchisiert. Daraus werden Reizkonfrontationen in Rollenspielen und in vivo abgeleitet. Zur Bewältigung von Angst und Unsicherheiten werden außerdem kognitive Techniken genutzt, z.B. der Einsatz hilfreicher Selbstinstruktionen. Bezüglich der Emotion Ärger werden Ursachen, situative Auslöser, Frühwarnsignale und Ärgertypen (selbstsicher, unsicher, impulsiv-aggressiv) identifiziert. In einem nächsten Schritt sollen Strategien zum Erwerb eines angemessenen Umgangs mit dieser Emotion erarbeitet werden. Dabei spielen Selbstinstruktionen eine bedeutsame Rolle, die darauf abzielen, impulsive Reaktionen zu stoppen, sobald Frühwarnsignale wahrgenommen werden. Die Vermittlung von Strategien zur Stressbewältigung ist ein weiterer Bestandteil des Moduls, da dies helfen kann, Faktoren zu minimieren, die stark affektiv gesteuerte Reaktionen begünstigen. Liegen Defizite in der Impulskontrolle vor, kann ein Schwerpunkt auf der Identifizierung und Analyse impulsiver Reaktionstendenzen und in der Erarbeitung und Einübung von Strategien zum planvollen Handeln liegen. Das Behandlungsmodul verfolgt das Ziel, den Handlungsspielraum der Jugendlichen zu erweitern. Der Jugendliche soll sich als aktiv Handelnder wahrnehmen, wodurch sein Gefühl von Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeit gestärkt wird.

2.2.4.4 Fertigkeiten

Das Behandlungsmodul Fertigkeiten dient dem Aufbau praktischer Kompetenzen im Umgang mit Gleichaltrigen. Bausteine aus diesem Modul sind indiziert, wenn den Gleichaltrigenproblemen des Jugendlichen unzureichende soziale Fertigkeiten zugrunde liegen und er diesbezüglich einen Übungsbedarf hat. In einem Baustein zur Wahrnehmungsdifferenzierung erhält der Jugendliche zunächst psychoedukative Informationen zu sozialen Stilen. Merkmale selbstsicheren Verhaltens werden erarbeitet und von aggressiven sowie selbstunsicheren Stilen abgegrenzt. Typische persönliche Verhaltensweisen werden analysiert und einem Stil zugeordnet. Um selbstsicheres Verhalten aufzubauen, wird dieses in zunehmend schwierigeren sozialen Situationen eingeübt, wobei hilfreiche Selbstinstruktionen zur Unterstützung erarbeitet werden. Zunächst wird zur Übung selbstsicherer Reaktionen auf die Methode des Rollenspiels zurückgegriffen – möglichst mit Videofeedback und Selbstverstärkung zur Verhaltenssteuerung. Die dadurch erworbenen Fertigkeiten werden dann im Rahmen von Therapieaufgaben auf den Alltag übertragen. Außerdem umfasst das Behandlungsmodul einen Baustein zum Umgang mit Viktimisierung. Dieser ist insbesondere für Jugendliche indiziert, die in eine Außenseiterposition geraten sind und Mobbing-Erfahrung haben. Neben der Analyse individueller Faktoren, die eine solche Entwicklung begünstigt haben, steht die Vermittlung von Bewältigungsstrategien im Vordergrund, wie zum Beispiel die Auseinandersetzung mit Jugendthemen, um diesbezügliche Wissensdefizite auszugleichen, Möglichkeiten der Freizeitgestaltung und die Reflexion persönlicher Verhaltensregeln und Normen. Das Fertigkeitenmodul beinhaltet darüber hinaus einen Baustein zur Vermittlung grundlegender Kommunikations- und Konfliktlösefähigkeiten. Gesprächs- und Zuhörregeln werden erarbeitet und zunächst in einfachen sozialen Situationen trainiert. In einem nächsten Schritt wird die Anwendung der Kommunikationsfertigkeiten in Konfliktsituationen erprobt. Dem Jugendlichen wird ein Schema zur Lösung von Konflikten vermittelt, das die Positionen aller Beteiligten berücksichtigt und darauf abzielt, eine Einigung zu erzielen, die die Bedürfnisse aller am besten realisiert.

2.2.5 Inhalte und Aufbau der Gruppensitzungen

Im letzten Abschnitt wurden die Interventionen des Therapieprogramms SELBST-Gleichaltrige zusammenfassend dargestellt. Die für das Manual SELBST-Gruppe entwickelten Therapiematerialien zur Behandlung von Gleichaltrigenproblemen können den beschriebenen Bereichen Informationsverarbeitung, Grundannahmen,

Affektregulation und Fertigkeiten zugeordnet werden (vgl. 2.2.4.1 – 2.2.4.4). Die Konzeption von SELBST-Gruppe als umschriebenes Behandlungsangebot, das circa 5 Einzeltermine und 10 Doppelstunden Gruppentherapie umfasst, legt nahe, dass in Abhängigkeit von den Bedürfnissen der jeweiligen Gruppe gewisse Schwerpunkte gesetzt werden, wie die Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Grundannahmen, die Einübung selbstsicheren Verhaltens, die Vermittlung von Strategien zum Umgang mit den Affekten Ärger und Angst sowie Interventionen zur Verbesserung von Kommunikations- und Konfliktlösefähigkeiten. Das Thema „Mobbing“ wird im Rahmen des Gruppenprogramms nicht explizit durch spezifische Interventionen angegangen. Bei ausgeprägten Mobbing-Erfahrungen empfiehlt sich vor Beginn der Gruppenbehandlung eine Einzeltherapie zur Analyse und Bearbeitung individueller Faktoren, die im Zusammenhang mit den Ausgrenzungserfahrungen als relevant erachtet werden.

Abbildung 2-7 gibt eine Zusammenfassung der Inhalte der 10 Gruppensitzungen. Eine ausführliche Beschreibung der einzelnen Materialien ist in Form eines Behandlungsmanuals geplant (Feldkötter, Maiwald & Döpfner, in Vorbereitung). Im Anhang B können die Therapiematerialien, die bei der Behandlung der Jugendlichen im Rahmen der Studie zum Einsatz kamen, eingesehen werden.

Sitzung/Titel	Inhalte
1. *„Wir sind eine Gruppe!“*	Kennenlernen, Gruppenregeln, Einführung eines Verstärkersystems, Austausch über individuelle Probleme und Ziele (Collage: „Hier steh’ ich jetzt, da will ich hin.“), Überblick der Stundeninhalte
2. *„Wie Gedanken das Verhalten beeinflussen...“*	Kognitives Modell (Einführung und Demonstration), Übertragung auf individuelle Problemsituationen, Differenzierung „Upper“ (hilfreiche Gedanken) und „Downer“ (dysfunktionale Gedanken)
3. *„Wie ich mich selbstsicher gegenüber Gleichaltrigen verhalten kann...“*	Erarbeitung von Merkmalen selbstsicheren Verhaltens, Übung zur Wahrnehmungsdifferenzierung: selbstsicher - unsicher - aggressiv. Identifikation von Denkfallen bei Kontaktaufnahme (dysfunktionale gleichaltrigenbezogene Grundannahmen) und Erarbeitung hilfreicher alternativer Sichtweisen („Upper“), Rollenspiel zur Kontaktaufnahme
4. *„Wie ich mich in der Schule angemessen verhalten und beteiligen kann...“*	Verhaltensregeln für den Unterricht (Do/Don’t), Identifikation von dysfunktionalen leistungsbezogenen Kognitionen („Downer“) und Erarbeitung hilfreicher alternativer Sichtweisen („Upper“). Training mündliche Mitarbeit: Teufelskreise („Null-Bock“ und Angst), Einführung des Meldeprotokolls
5. *„Wie ich mich besser organisieren kann...“*	Erarbeitung von Erinnerungs- und Organisationshilfen, Einführung eines Aufgabenplans zur Tagesstrukturierung, Kombination mit Selbstbelohnung („Man gönnt sich ja sonst nichts.“) und hilfreichen Gedanken („Upper“)

Sitzung/Titel	Inhalte
6. *„Wie ich effektiver lernen kann...“*	Bilanz („Halbzeit“), Vermittlung von Lernstrategien („Tipps und Tricks für Besserwisser“), Quiz-Show zur Vertiefung der Inhalte
7. *„Wie ich meine Meinung angemessen vertreten kann...“*	Einführung und Erprobung von Gesprächs- und Zuhörregeln, Diskussion über die Verwendung des Geldes in der Gruppenkasse
8. *„Wie ich mit Ärger besser umgehen kann...“*	Ursachen von Ärger, Ärgerskalierung: Identifikation von Auslösern und Frühwarnsignalen, Differenzierung von Ärgertypen: selbstsicher-unsicher-aggressiv. Wut-Management: Vermittlung und Erprobung von Ärgerkontrollstrategien
9. *„Wie ich Konflikte mit Gleichaltrigen lösen kann...“*	Konflikte ansprechen: Ich-Botschaften, Anwendung der Gesprächsregeln und Ärgerkontrollstrategien („In der Ruhe liegt die Kraft.“), Konfliktlösetraining
10.*„Was haben wir gelernt?“*	Abschluss und Zusammenfassung (Talk-Show: „Was tun, wenn...“), Vorsatzbildung und Rückfallprophylaxe: Brief an sich selbst
Booster: „So ging es bei mir nach der Gruppe weiter...“	Bilanz: Exploration der aktuellen Situation, Heuristik zum Umgang mit neuen Problemen als Hilfe zur Selbsthilfe

Abbildung 2-7:Überblick über die Inhalte der Gruppensitzungen

Unabhängig von den Inhalten der jeweiligen Therapiestunde ist die Struktur des Gruppenprogramms durch die folgenden wiederkehrenden Elemente gekennzeichnet:

- Überblick über die Stundeninhalte
- Auswertung der therapeutischen Wochenaufgabe („JOB der Woche“), kurze Reflexion des aktuellen Standes unter Berücksichtigung der Problemliste
- Vereinbarung einer individuellen Verhaltensaufgabe für die jeweilige Gruppensitzung
- Vermittlung der Ziele der jeweiligen Sitzung und gemeinsame Erarbeitung der Inhalte des Therapiebausteins (Informationsteil)
- Meinungsaustausch (Blitzumfrage)
- Anwendung der Stundeninhalte (z.B. Rollenspiele, Arbeitsblätter, Talkshow, Quiz)
- Vereinbarung einer Wochenaufgabe („JOB der Woche“): Festlegung eines individuellen Ziels für die kommende Woche sowie einer Aufgabe zur Anwendung der in der Therapiesitzung vermittelten Inhalte
- Verstärkersysteme („Die ultimative Lobhudelei“ als soziale Verstärkung, „Hol Dir die Säue!“ als Punkteplan oder Punkteentzugssystem, die „Gruppenkasse“ als Aktivitätsverstärker, in der die Punkte aller Jugendlichen gesammelt und am Behandlungsende gegen eine gemeinsame Aktivität eingetauscht werden)
- Stundenzusammenfassung als Erinnerung (Memo)

Bei der Konzeption des Gruppenprogramms wurde auf einen strukturierten Sitzungsablauf, Methodenvielfalt, Transparenz, Mitbestimmung, Alltagsnähe und Möglichkeiten zur Individualisierung der Therapieinhalte Wert gelegt. Außerdem wurde darauf geachtet, dass die Vorteile des Gruppensettings in den eingesetzten Methoden berücksichtigt werden. Rollenspiele, Diskussionen, Verhaltensaufgaben, Gruppenübungen sowie soziale Verstärkung durch Gleichaltrige sind dementsprechend wesentliche Bestandteile jeder Sitzung. Schulübliche Methoden, wie Frontalunterricht, werden im Rahmen des Therapieprogramms hingegen vermieden. Die zu vermittelnden Inhalte sollen weniger vorgegeben als vielmehr interaktiv erarbeitet werden. Beispielsweise haben die Jugendliche in der ersten Sitzung die Aufgabe, Gruppenregeln festzulegen, die Therapeuten können Anregungen geben und Diskussionen moderieren. Das strukturierte Rollenspiel – möglichst auch videogestützt – stellt eine zentrale Methode dar, um neue Verhaltensweisen im geschützten Rahmen risikofrei einüben zu können und die Handlungskompetenzen zu erweitern. Außerdem werden in den Sitzungen regelmäßig individuelle Verhaltensaufgaben für jeden Jugendlichen definiert, wie zum Beispiel seine Beteiligung zu steigern, den Tischnachbarn nicht zu stören, den anderen ausreden zu lassen oder laut und deutlich zu sprechen. Im nächsten Schritt wird Wert darauf gelegt, dass die Jugendlichen die im Rahmen des Gruppenprogramms vermittelten Fertigkeiten auch im Alltag erproben. Aus diesem Grunde nehmen therapeutische Aufgaben („JOB der Woche“) und deren Reflexion einen besonderen Stellenwert ein. Da eine hohe Alltagsrelevanz angestrebt wird, wird zu Beginn einer jeden Sitzung kurz die aktuelle Situation jedes Jugendlichen und die Arbeit an seinen individuellen Zielen reflektiert. Das Gruppenprogramm berücksichtigt, dass die Gleichaltrigen im Jugendalter eine zentrale Bedeutung haben, und versucht dies zu nutzen, indem ein regelmäßiger Meinungsaustausch, z.B. im Rahmen von Blitzumfragen, angeregt wird. Jede Sitzung wird außerdem mit einer Rückmelderunde, der „ultimativen Lobhudelei“, beendet, in der sich die Jugendlichen gegenseitig positive Rückmeldungen geben sollen. Da dies für die Jugendlichen anfangs häufig schambehaftet ist, kann es hilfreich sein, wenn die Therapeuten dabei als Modell dienen. Dieses Ritual zum Abschluss einer jeden Sitzung versucht, den Aspekt der sozialen Verstärkung durch Gleichaltrige zu nutzen und dadurch positive Verhaltensansätze der Jugendlichen zu verstärken. Dabei wird bewusst ein ressourcenorientiertes Vorgehen gewählt. Neben dem Verstärkungsaspekt wird durch diese Übung auch das Verteilen von Komplimenten geübt, was eine Fokussierung auf positive Aspekte der Gruppenteilnehmer erfordert. Die soziale Verstärkung wird durch ein weiteres Verstärkersystem ergänzt. Die Gruppenteilnehmer sollen am Ende gemeinsam Punkte verteilen, und zwar in Abhängigkeit von der Mitarbeit in der Sitzung und der

Bewältigung der individuellen Verhaltensaufgabe (maximal 10 Punkte für jeden Jugendlichen). Die Therapeuten moderieren die Punktevergabe, weisen möglicherweise auf unrealistische Selbsteinschätzungen hin und lassen ihre diskrepante Verhaltensbeobachtung dann mit in die Bewertung einfließen. Zusätzlich kann jeder Jugendliche maximal 10 Punkte für die vollständige Erledigung seiner Therapieaufgabe erzielen. Die Punkte aller Gruppenteilnehmer werden am Ende jeder Sitzung zusammengezählt und in einer von den Jugendlichen gestalteten Gruppenkasse gutgeschrieben. Jeder Punkt entspricht dabei einem Wert von 10 Cent und wird nach Beendigung der Therapie für eine Gruppenaktivität verwendet. Alternativ kann ein Punkteentzugssystem („Hol dir die Säue!“) zum Einsatz kommen. Dies empfiehlt sich insbesondere dann, wenn die therapeutische Arbeit durch hochfrequentes Störverhalten behindert wird. In diesem Fall ist zu definieren, bei welchem Problemverhalten die Jugendlichen einen Punkt verlieren, z.B. beim Dazwischenreden. Anfangs verfügt jeder Jugendliche über eine bestimmte Anzahl an Punkten, die auf einem Spielplan durch Säue symbolisiert werden. Jedes Mal, wenn das problematische Verhalten, das vermindert werden soll, gezeigt wird, verliert der Jugendliche einen Punkt. Die Punkte, die am Ende der Sitzung noch vorhanden sind, werden der Gruppenkasse gutgeschrieben. Darüber hinaus empfiehlt sich in Gruppen mit mehreren expansiven Jugendlichen, die die Gruppenatmosphäre und therapeutische Arbeit negativ beeinflussen, die Einführung einer gelben und einer roten Karte, um den Jugendlichen zu helfen, ihr eigenes Verhalten besser zu steuern. Gelb signalisiert dem Jugendlichen, dass er eine Verwarnung erhalten hat, die rote Karte führt zum kurzfristigen Ausschluss aus der Gruppe und einer anschließenden Reflexion der problematischen Situation.

3 Methodik

Der Methodenteil beginnt mit einer kurzen Zusammenfassung der Forschungsziele der im Rahmen dieser Arbeit konzipierten empirischen Studie. Es folgt eine Beschreibung der Stichprobe und der eingesetzten Evaluationsinstrumente zur Beantwortung der interessierenden Fragestellungen. Dann wird zunächst der Ablauf der Studie skizziert, bevor auf das Untersuchungsdesign, die geplante statistische Auswertung und die Hypothesen eingegangen wird.

3.1 Forschungsziele

Das für diese Studie entwickelte und im 2. Kapitel vorgestellte Therapieangebot soll an einer Stichprobe von Jugendlichen mit Leistungs- und Gleichaltrigenproblemen auf Akzeptanz, Anwendbarkeit und Wirksamkeit hin überprüft werden. Das heißt, es soll untersucht werden, ob die Therapiematerialien von der Zielgruppe und deren Eltern als verständlich, ansprechend und hilfreich zur Behandlung ihrer Probleme bewertet werden. Außerdem wird der Frage nachgegangen, ob das Programm zur Behandlung von Gleichaltrigenproblemen geeignet erscheint. Dazu wird überprüft, ob sich nach Beendigung der Gruppentherapie Verbesserungen in verschiedenen Bereichen, die mit Gleichaltrigenproblemen im Zusammenhang stehen, nachweisen lassen und ob diese vermutlich auf die Teilnahme an dem Behandlungsangebot zurückzuführen sind. Genauer gesagt ist die Wirksamkeit hinsichtlich der Ausprägung internalisierenden und externalisierenden Problemverhaltens, der Selbstwirksamkeitserwartung, sozialer Kompetenzen sowie individuell definierter Problembereiche von Interesse. Anzumerken ist, dass es sich um eine erste Evaluation des Gruppenprogramms anhand einer relativ kleinen Stichprobe handelt. Die Studienergebnisse sollen erste Hinweise auf die Effizienz des entwickelten Gruppenprogramms liefern und dazu beitragen, die Frage zu beantworten, ob die weitere Implementierung und Untersuchung des Programms in größeren und kontrollierten Studien sinnvoll erscheint. Die Analysen zur Akzeptanz des Therapieangebotes liefern darüber hinaus möglicherweise Ansatzpunkte zur weiteren Optimierung des entwickelten Behandlungsangebotes, falls sich dieses als wahrscheinlich geeignet zur Behandlung von Gleichaltrigenproblemen erweist.

3.2 Stichprobe

Die Stichprobe wird in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Klinikum der Universität zu Köln, in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Köln-Holweide und in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis (G. Langner) in Köln-Ehrenfeld rekrutiert.

3.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Um in die Studie eingeschlossen zu werden, müssen die Jugendlichen verschiedene Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen. Bei den Jugendlichen der Inanspruchnahmepopulation sollen bedeutsame Leistungs- und Gleichaltrigenprobleme im Vordergrund stehen. Dies wird operationalisiert über eine selbst konstruierte Checkliste (CL-SELBST), mit deren Hilfe die Therapeuten die Interventionsbereiche des SELBST-Programms mit den Jugendlichen und deren Eltern explorieren (siehe Anhang C). Um die Heterogenität der Jugendlichen zu reduzieren und die Gruppen vergleichbarer zu machen, werden nur männliche Jugendliche im Alter von 12 bis 18 Jahren in die Studie eingeschlossen. Bei der Zusammenstellung der Behandlungsgruppen sollen nach Möglichkeit die Jugendlichen entsprechend ihrem Alter zusammengefasst werden. Voraussetzung für die Studienteilnahme ist ein Intelligenzquotient von mindestens 80, gemessen mit einem standardisierten, mehrdimensionalen Intelligenztest (HAWIK-III, Tewes et al., 1999; HAWIE-R, Tewes, 1991). Dieses Kriterium soll zum einen sicherstellen, dass die Inhalte der Interventionen kognitiv nachvollzogen werden können, zum anderen soll dadurch die Varianz in der Begabung der Gruppenteilnehmer eingeschränkt werden. Die Probleme der Jugendlichen sollen nicht auf einer kognitiven Überforderung basieren, so dass eine angemessene Beschulung entsprechend der intellektuellen Fähigkeiten (Gymnasium: IQ ≥ 105, Realschule: IQ ≥ 90, Hauptschule: IQ ≥ 80) als Einschlusskriterium formuliert wird. Die Teilnahme an dem Gruppenprogramm ist freiwillig. In den vorab geführten Einzelgesprächen muss beim Jugendlichen eine gewisse Behandlungsmotivation erkennbar sein.

Jugendliche der Inanspruchnahmepopulation, die die Diagnosekriterien einer Ess-Störung (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa), einer Zwangsstörung, einer psychotischen Erkrankung, einer Störung aus dem autistischen Formenkreis oder einer schweren primären Angststörung (mit Ausnahme der sozialen Phobie) erfüllen, werden nicht in die Studie eingeschlossen. Bei diesen psychischen Störungen existieren bereits Therapiemanuale, bei denen eine gute Wirksamkeit nachgewiesen wurde. Darüber hinaus werden Jugendliche, die einen schweren Substanzabusus (Alkohol, illegale Drogen etc.)

betreiben oder in ihrer Delinquenzentwicklung bereits sehr fortgeschritten sind (z.B. ausgeprägte Gewaltbereitschaft), von der Studienteilnahme ausgeschlossen, da davon auszugehen ist, dass diese nicht von dem Therapieangebot profitieren und die Gruppendynamik negativ beeinflussen.

3.2.2 Beschreibung der Stichprobe

Die Gesamtstichprobe umfasst 20 Jugendliche der Inanspruchnahmepopulation und somit 5 Behandlungsgruppen à 4 Personen. Bei der Gruppenzusammensetzung wurden jeweils zwei Jugendliche mit primär internalisierender Problematik und zwei Jugendliche mit primär externalisierender Symptomatik zusammengefasst. Darüber hinaus wurde versucht, die Gruppen hinsichtlich des Alters der Jugendlichen zu homogenisieren. Es mussten jedoch gleichzeitig auch die zeitlichen Möglichkeiten der Jugendlichen berücksichtigt werden, so dass in Einzelfällen die diesbezügliche Aufteilung nicht optimal war. Acht Jugendliche wurden in der Schwerpunktambulanz für Jugendliche der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Klinikum der Universität zu Köln rekrutiert, weitere acht in der Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Köln-Holweide und vier Jugendliche in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Kölner Praxis (G. Langner). Der Rekrutierungszeitraum umfasst August bis Oktober 2004 (Praxis G. Langner) und März bis Mai 2006 (Ambulanzen der anderen Institutionen). Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden im Rahmen eines Screeningtermins überprüft. Während der sich anschließenden Einzelgespräche entschieden sich zwei Jugendliche gegen die weitere Studienteilnahme, so dass zwei Jugendliche nachrekrutiert wurden, um eine einheitliche Gruppengröße von vier Jugendlichen zu erzielen. Bei diesen beiden Jugendlichen war ein vollständiges Durchlaufen der Baselinephase nicht möglich, jedoch wurde darauf geachtet, dass sie ebenfalls fünf Einzelsitzungen vor dem Beginn der Gruppentherapie durchliefen. Insgesamt wurden also n = 22 Jugendliche gescreent. In die folgende Stichprobenbeschreibung fließen nur die Jugendlichen ein, die sich für eine weitere Teilnahme an dem Behandlungsangebot entschieden und somit die Population der Untersuchung bilden.

Die Tatsache, dass es sich in der Studie um die Wirksamkeitsüberprüfung eines störungsübergreifenden Behandlungsangebotes handelt, spiegelt sich in den unterschiedlichen Diagnosen der Jugendlichen wider (siehe Abbildung 3-1). Bei zehn der teilnehmenden Jugendlichen wurde die primäre Diagnose einer Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1) gestellt, dies stellt somit die weitaus häufigste psychische

Störung im Rahmen der Untersuchungsstichprobe dar. Weitere vier Jugendliche bekamen die primäre Diagnose einer isolierten Aufmerksamkeitsstörung (F98.8), drei die einer emotionalen Störung des Kindesalters mit sozialer Überempfindlichkeit (F93.2), zwei die einer sonstigen kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.8) und einer die einer sozialen Phobie (F40.1).

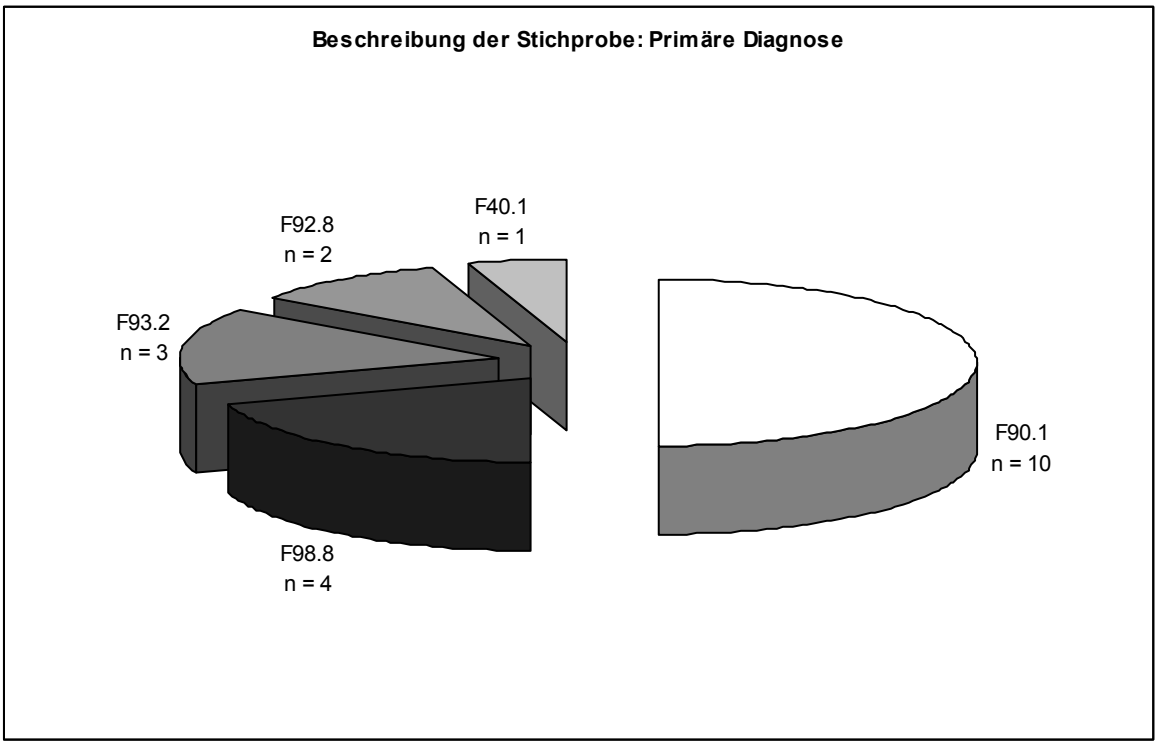


Abbildung 3-1:Beschreibung der Stichprobe: Primäre Diagnose

Bei sieben der Jugendlichen wurden eine oder zwei komorbide Diagnosen gestellt. Drei Jugendliche litten komorbid unter einer leichten depressiven Episode (F32.0), einer davon hatte darüber hinaus eine isolierte Rechtschreibstörung (F81.1). Die Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) wurden von einem Jugendlichen erfüllt. Zwei Jugendliche wiesen neben ihrer primären Achse-I-Störung sowohl eine isolierte Aufmerksamkeitsstörung (F98.8) als auch eine isolierte Rechtschreibstörung (F81.1) auf. Bei einem weiteren Jugendlichen wurde eine Rechenstörung diagnostiziert (F81.2).
Acht der Jugendlichen waren zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns aufgrund ihrer hyperkinetischen Symptomatik medikamentös mit Psychostimulanzien (Methylphenidat) eingestellt, ein Jugendlicher erhielt aufgrund seiner Aufmerksamkeitsstörung eine medikamentöse Behandlung mit Atomoxetin. Neun Jugendliche hatten vor dem Studienbeginn bereits mindestens einen ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. –psychotherapeutischen Behandlungsversuch durchlaufen. Bei fünf der

Studienteilnehmer war es im Vorfeld bereits zu einem stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Aufenthalt gekommen. Zum Zeitpunkt des Studienbeginns fanden abgesehen von der medikamentösen Behandlung keine weiteren Therapien statt. Hinsichtlich der Medikation wurde eine Konstanthaltung der Dosierung für den Zeitraum der Intervention vereinbart. Ein Patient setzte sein Medikament während der gruppentherapeutischen Behandlung eigenständig ab, das heißt ohne Wissen der behandelnden Therapeuten und ohne ärztliche Rücksprache.

Das mittlere Lebensalter der Studienstichprobe betrug bei Behandlungsbeginn M = 15;3 Jahre mit einer Standardabweichung von SD = 1,38 und einem Range von 12;3 bis 17;8 Jahren. Acht der Jugendlichen besuchten die Realschule, sechs die Hauptschule, zwei die Gesamtschule, zwei das Gymnasium und zwei weitere die Berufsschule (siehe Abbildung 3-2).

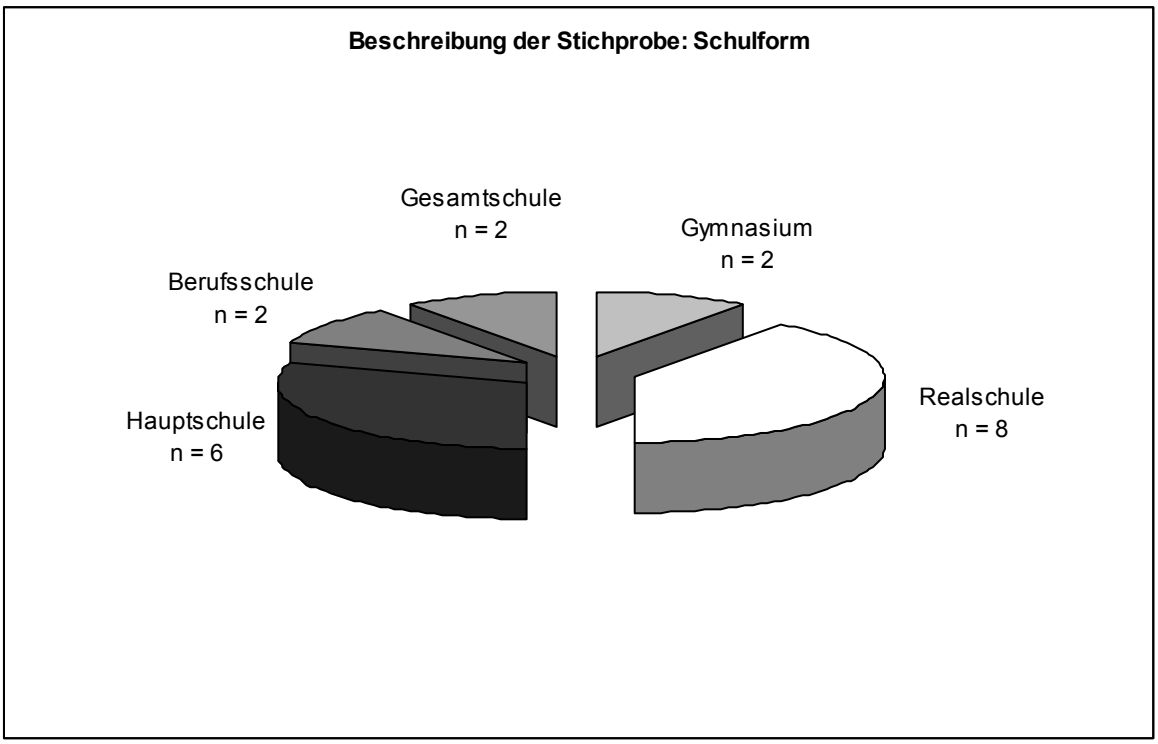


Abbildung 3-2: Beschreibung der Stichprobe: Schulform

Mit allen Jugendlichen wurde eine mehrdimensionale Intelligenztestung je nach Alter mit dem HAWIK-III (Tewes et al., 1999) oder dem HAWIE-R (Tewes, 1990) durchgeführt. Es zeigte sich hinsichtlich des Gesamtwertes ein durchschnittlicher Standardwert von SW = 101,3 bei einer Standardabweichung von 12,5 und einem Range von SW = 80 bis SW = 124.

3.3 Evaluationsinstrumente

Im Folgenden werden die Messinstrumente beschrieben, die zur Evaluation des Gruppenprogramms eingesetzt werden. Als Beurteiler werden die Jugendlichen selber, bei einigen Verfahren jedoch auch deren Eltern bzw. Erziehungsberechtigte herangezogen. Die eingesetzten Verfahren dienen der Diagnostik internalisierenden und externalisierenden Problemverhaltens. Außerdem sollen Selbstwirksamkeitserwartungen, soziale Kompetenzen und die individuellen Gleichaltrigenprobleme erhoben werden. Alle Instrumente finden sich im Anhang C, soweit es sich nicht um standardisierte Verfahren handelt.

3.3.1 Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18)

Zur multimodalen Verhaltens- und Psychodiagnostik wird die deutschsprachige Version der Child Behavior Checklist 4-18 (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998a) eingesetzt, die von unterschiedlichen Beurteilern Einschätzungen über das Verhalten von Kindern- und Jugendlichen erhebt, so dass ein Vergleich über Eltern-, Lehrer- und Selbstbeurteilungsform dieses Fragebogensystems hinweg möglich ist. Im Rahmen der Studie wird lediglich das Eltern- und Selbsturteil der Jugendlichen berücksichtigt. Die amerikanische Originalfassung, die Child Behavior Checklist (CBCL), stammt von Achenbach & Edelbrock (1983) bzw. deren Revision von Achenbach (1991). Die im Rahmen der Studie verwendete Version des Fragebogens wurde von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998a) ins Deutsche übersetzt. Das Instrument erfasst die Einschätzungen von Eltern hinsichtlich der Kompetenzen und Probleme ihrer Kinder. Im ersten Teil des Fragebogens werden drei à priori gebildete Kompetenzbereiche (Aktivitäten, soziale Kompetenz, schulische Leistungen) erfragt. Im zweiten Teil werden mit Hilfe von 112 Items Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und körperliche Beschwerden erhoben. Das Zutreffen der Aussagen für den Zeitraum der letzten sechs Monate ist auf einer dreistufigen Antwortskala einzuschätzen. Die Items lassen sich faktorenanalytisch acht Syndromskalen zuordnen: (1) Sozialer Rückzug, (2) Körperliche Beschwerden, (3) Angst/Depressivität, (4) Soziale Probleme, (5) Schizoid/Zwanghaft, (6) Aufmerksamkeitsstörung, (7) Delinquentes Verhalten, (8) Aggressives Verhalten. Aus den Syndromskalen werden zwei Breitbandfaktoren zweiter Ordnung abgeleitet. Die Skalen 1 bis 3 werden zum Faktor „Internalisierung“, die Skalen 7 und 8 zu dem der „Externalisierung“ zusammengefasst. Darüber hinaus fließen alle Items in einen Gesamtwert für Problemverhalten ein. Die

deutsche Normierung erfolgte an einer bundesweit repräsentativen Stichprobe (Döpfner et al., 1997; 1998). Abgesehen von ungenügenden Reliabilitätsmaßen der Syndromskala „Schizoid/Zwanghaft" (rtt = .39 in Feldstichprobe bzw. rtt = .61 in klinischer Stichprobe) zeigen sich je nach Syndromskala ausreichende bis gute interne Konsistenzen (rtt = .58 - .92) (Döpfner, Schmeck, Berner, Lehmkuhl & Poustka, 1994). Das Verfahren hat sich in mehreren Studien als valides Instrument erwiesen (z.B. Döpfner, Schmeck et al., 1994; Steinhausen, Winkler, Metzke, Meier & Kannenberg, 1997; Noterdaeme, Minow & Amorosa, 1999). Im Rahmen der hier behandelten Studie sind die Breitbandfaktoren „Internalisierung" und „Externalisierung" von Interesse.

3.3.2 Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18)

Der Youth Self Report (YSR/11-18) als Instrument aus der Verfahrensfamilie der CBCL 4-18 (Achenbach, 1991b) dient der Erfassung sozialer Kompetenzen und klinisch relevanter Verhaltensauffälligkeiten, wobei sich hier Kinder und Jugendliche selbst einschätzen. Die von Achenbach (1991a) revidierte Version des Fragebogens wurde von Döpfner et al. (1994) ins Deutsche übersetzt. Der Aufbau ist analog zum Elternfragebogen gestaltet. 16 Items der Elternversion wurden durch Fragen ersetzt, die sich auf sozial erwünschtes Verhalten beziehen. Der Fragebogen ist 1998 für Jugendliche im Alter von 11 bis 18 Jahren normiert worden, basierend auf einer bundesweit repräsentativen Stichprobe von ca. 1800 Kindern und Jugendlichen. Es handelt sich ebenso wie bei der Elternversion um ein international verbreitetes Instrument. Die internen Konsistenzen der Gesamtauffälligkeit und der Breitbandskalen können als gut bewertet werden (Döpfner, Berner & Lehmkuhl, 1995; Steinhausen & Winkler Metzke, 1998; Roth, 2000). Die Validität der deutschsprachigen Version konnte in Studien nachgewiesen werden (z.B. Döpfner et al. 1995; Plück et al., 1997; Seiffge-Krenke, Roth & Kollmar, 1997; Walter, Remschmidt & Deimel, 1994). Ebenso wie bei der Elternversion sind in der Studie die übergeordneten Skalen „Internalisierung" und „Externalisierung" relevant.

3.3.3 Depressionsinventar für Kinder- und Jugendliche (DIKJ)

Beim DIKJ (Stiensmeier-Pelster, Schürmann & Duda, 2000) handelt es sich um eine deutsche Übersetzung der von Kovacs (1983; 1985) konzipierten Children's Depression Inventory. Der standardisierte Selbstbeurteilungsbogen dient der Erfassung der Schwere einer depressiven Störung bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 16 Jahren. Der Fragebogen umfasst 26 Items, wobei die Kinder bzw. Jugendlichen von drei vorgegebenen Antwortalternativen, die unterschiedliche Ausprägungen eines

Symptomzustandes kennzeichnen, diejenige auswählen sollen, die am besten ihren Gefühlszustand oder ihre Gedanken der letzten Zeit widerspiegelt. Das Verfahren wurde 1998 bis 1999 an einer Stichprobe von 2415 Kindern und Jugendlichen neu normiert. Studien zur psychometrischen Qualität des Verfahrens haben gezeigt, dass es sich um ein valides und mit einem Cronbachs Alpha Wert von .84 für die Gesamtstichprobe auch um ein reliables Instrument handelt (Lahner, 1997; Stiensmeier-Pelster & Dickhäuser, 2000; Stiensmeier-Pelster, Schürmann & Duda, 1989; Stiensmeier-Pelster, Schürmann, & Duda, 1991; Stiensmeier-Pelster, Schümann & Duda, 2000). Aufgrund seiner Änderungssensitivität ist das Verfahren auch gut für Therapieevaluationsstudien geeignet. Für diese Studie ist der Gesamtwert von Interesse.

3.3.4 Fremd- und Selbstbeurteilungsbogen Depressive Störungen (FBB/SBB-DES)

Beim Fremd- und Selbstbeurteilungsbogen Depressive Störungen (FBB/SBB-DES) handelt es sich um ein Verfahren aus dem Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ, Döpfner & Lehmkuhl, 1998), das anhand verschiedener Instrumente psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen entsprechend den Kriterien von ICD-10 und DSM-IV erhebt. Insgesamt können mit Hilfe des DISYPS-KJ sieben Störungsbereiche abgefragt werden. Das Verfahren erleichtert die kategoriale Diagnostik und ermöglicht darüber hinaus eine dimensionale Beschreibung psychischer Auffälligkeiten. Studien zur Reliabilität und Validität wurden im Rahmen einer Überarbeitung des Verfahrens (DISYPS-II) durchgeführt, ebenso wie eine aktuelle Normierung. Die internen Konsistenzen der Fremd- und Selbstbeurteilungsbögen können sowohl für die Gesamt- als auch für die Subskalen mit Werten von Cronbachs Alpha $\alpha > .70$ als zufriedenstellend bezeichnet werden. Korrelationen zwischen Fremdbeurteilungsbogen, Selbstbeurteilungsbogen und Diagnose-Checklisten weisen auf eine gute konvergente und divergente Validität hin. Es liegen Stanine-Normen für die Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen Angst, Depression, Störungen des Sozialverhaltens und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen vor, die anhand von Feldstichproben gewonnen wurden (Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl, 2008). Das Verfahren besitzt aufgrund der Herleitung aus DSM-IV und ICD-10 inhaltlich-logische Validität. Der FBB und SBB-DES sind analog aufgebaut und erfragen mit 29 Items die Symptomkriterien einer depressiven Episode, einer rezidivierenden depressiven Störung sowie einer Dysthymia. Von den Bezugspersonen bzw. dem Jugendlichen selber ist auf einer vierstufigen Skala einzuschätzen, wie zutreffend die in dem jeweiligen Item getroffene Feststellung ist. Neben einer Schweregradeinschätzung

kann ebenfalls auf einer vierstufigen Skala die subjektive Problemstärke bewertet werden. Bei der Auswertung lassen sich fünf Kennwerte berechnen. Es handelt sich um einen Gesamtwert sowie um die Symptomgruppen „Depressive Symptome“, „Somatisches Syndrom“, „Dysthymia“ (ICD-10) und „Dysthyme Störung“ (DSM-IV). Mit einem Zusatzitem wird der subjektive Leidensdruck erfasst. Im FBB-DES werden zusätzlich die klinische Bedeutsamkeit, Störungsdauer, frühere Phasen und Auslöser erfasst. Im Rahmen der Studie ist der Gesamtwert von Interesse.

3.3.5 Fremd- und Selbstbeurteilungsbogen Angst (FBB/SBB-ANG)

Bei den Fremd- und Selbstbeurteilungsbögen für Angststörungen (FBB/SBB-ANG) handelt es sich ebenfalls um ein Verfahren aus dem DISYPS-KJ, der strukturelle Aufbau entspricht dem des FBB/SBB-DES (vgl. 3.3.4). Mit Hilfe von 31 Items werden nach ICD-10 bzw. DSM-IV die Diagnosekriterien der Trennungsangst, der generalisierten Angststörung, der sozialen Angst und der spezifischen Phobie erfragt. Für diese Symptomgruppen lassen sich Kennwerte ebenso wie ein Gesamtwert berechnen. Neben der Schweregradeinschätzung ist die Beurteilung des subjektiven Leidensdrucks möglich. Im FBB werden darüber hinaus klinische Bedeutsamkeit, Störungsdauer, Auslöser und Beziehungsfähigkeit erfasst. Für diese Studie sind der Gesamtwert und der Kennwert soziale Angst relevant.

3.3.6 Fremd- und Selbstbeurteilungsbogen Störung des Sozialverhaltens (FBB/SBB-SSV)

Die Fremd- und Selbstbeurteilungsbögen Störung des Sozialverhaltens (FBB/SBB-SSV aus dem DISYPS-KJ, vgl. 3.3.4) bestehen aus 25 Items, welche die 23 Symptomkriterien der Störung des Sozialverhaltens erfassen. Entsprechend der Symptomgruppen lassen sich ein Wert für „oppositionell-aggressives Verhalten“ und einer für „dissozial-aggressives“ Verhalten sowie ein Gesamtwert berechnen. Im Rahmen der Studie interessiert der Gesamtwert.

3.3.7 Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

Die Originalversion des Fragebogens zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) stammt von Schwarzer & Jerusalem (1995). Bei der aktuellen deutschsprachigen Version handelt es sich um ein sehr ökonomisches Selbstbeurteilungsverfahren bestehend aus 10 Items zur Erfassung von allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugungen (Schwarzer & Jerusalem, 1999). Gemessen wird die subjektive

Überzeugung, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können, wobei der Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird. Das Instrument ist auf der Grundlage des Selbstwirksamkeitskonzepts (perceived self-efficacy) entstanden, das Bandura erstmalig 1977 formulierte und das einen wesentlichen Aspekt seiner sozial-kognitiven Theorie (Bandura, 1994) ausmacht. Der Grad der Zustimmung zu den Itemaussagen ist auf einer vierstufigen Skala mit den Polen „stimmt nicht“ und „stimmt genau“ zu beantworten. Bei der Auswertung wird ein Summenwert aus den 10 Items berechnet. Der Fragebogen wurde in Deutschland an einer Stichprobe von 3494 Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren und an einer Stichprobe von 1660 Erwachsenen normiert. Der mittlerweile in 30 Sprachen übersetzte Fragebogen wurde bereits in über 1000 Studien eingesetzt. In neueren Untersuchungen hat sich der Fragebogen mit internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) zwischen .89 und .94 als reliabel erwiesen (Luszycynska, Scholz & Schwarzer, 2005). Die eindimensionale Struktur hat sich faktorenanalytisch bestätigt. Kriterienbezogene Validität ist gegeben durch zahlreiche Korrelationsbefunde mit anderen relevanten Variablen (Luszycynska, Scholz & Schwarzer, 2005; Luszcynska, Gutiérrez-Dona & Schwarzer, 2004; Scholz, Gutiérrez-Dona, Sud & Schwarzer, 2004). Für diese Studie interessiert der Gesamtwert.

3.3.8 The Adolescent Interpersonal Competence Questionnaire (AICQ) und die deutschsprachige Version (AICQ-Ü)

Der AICQ-Ü basiert auf dem amerikanischen Original, dem sogenannten Interpersonal Competence Questionnaire (Buhrmester, Furman, Wittenberg & Reis, 1988), bzw. auf dessen Revision für Jugendliche (Buhrmester, 1990). Der Fragebogen dient der Erfassung sozialer Kompetenzen von Jugendlichen, die wichtig in Gleichaltrigenbeziehungen sind. Für die folgende Studie wurde der Fragebogen mit Unterstützung durch eine zweisprachig aufgewachsene Person ins Deutsche übersetzt. Insgesamt besteht der Fragebogen aus 40 Items, wobei jeweils acht Items einer Skala zugeordnet werden und eine Dimension sozialer Kompetenz erfassen: Skala (1) „Initiating Relationships“: Wie gut ist der Jugendliche in der Lage, Gleichaltrige anzurufen und Aktivitäten zu organisieren? Skala (2) „Providing Emotional Support“: Wie sind die Fähigkeiten des Jugendlichen, Gleichaltrige aufzumuntern, wenn diese traurig sind? Skala (3) „Negative Assertion”: Wie gut kann der Jugendliche Freunden mitteilen, dass er sich von diesen vernachlässigt gefühlt oder sie als rücksichtslos erlebt hat? Skala (4) „Self-Disclosure“: Wie gut kann der Jugendliche sich gegenüber Gleichaltrigen öffnen und persönliche Informationen offenbaren? Skala (5) „Conflict Resolution“: Wie sind die

Fähigkeiten des Jugendlichen sich mit anderen auseinanderzusetzen und angemessen seine eigene Meinung zu vertreten?
Der Jugendliche schätzt seine Fähigkeiten, die verschiedenen sozialen Situationen zu bewältigen, auf einer 5-stufigen Skala mit den Polen „schlecht“ bis „besonders gut“ ein. Zusätzlich gibt es eine Version des Fragebogens, in dem die entsprechenden Kompetenzen des Jugendlichen durch einen guten Freund zu bewerten sind. Neben einem Gesamtwert können separate Kennwerte für die fünf Skalen des Verfahrens berechnet werden. Die Originalversion des Fragebogens erwies sich mit internen Konsistenzen zwischen .77 und .87 als reliables Verfahren, die Fünf-Faktoren-Struktur des Fragebogens ließ sich replizieren und es zeigten sich signifikante Korrelationen mit verschiedenen Variablen sozialer Integration (Buhrmester et al., 1988). Der AICQ wies in einer Studie ebenfalls hohe interne Konsistenzen auf mit Cronbachs Alpha Werten von .93 für eine Stichprobe jüngerer Jugendlicher und .92 für eine Stichprobe älterer Jugendlicher (Buhrmester, 1990). Außerdem ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung des guten Freundes, was auf die konvergente Validität des Verfahrens hinweist. Deutschsprachige Versionen des Fragebogens haben sich ebenfalls als reliabel und valide erwiesen (Kanning, 2006; Rieman & Allgöwer, 1993). Das Instrument zeigt sich somit unabhängig von den untersuchten Stichproben, dem Validierungsverfahren und der verwendeten Version als strukturstabil, reliabel und valide. Im Rahmen der Studie interessiert der Gesamtwert der Selbstbeurteilung, es erfolgt keine Einschätzung der zwischenmenschlichen Fähigkeiten durch einen Freund.

3.3.9 Individuelle Problemliste (IPL)

Die individuelle Problemliste stammt aus dem Therapieprogramm THOP (Therapieprogramm für Kinder- mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten, Döpfner, Schürmann & Frölich, 1998). Es handelt sich dabei um ein diagnostisches Instrument zur Verlaufsmessung von individuell definierten Verhaltensproblemen. Mit den Eltern und Jugendlichen wird in Einzelsitzungen erarbeitet, welche Probleme im Rahmen der Gruppentherapie vermindert werden sollen (maximal vier). Diese werden verhaltensbezogen formuliert und in die Problemliste eingetragen. In der Treatmentphase wird der Verlauf der einzelnen Probleme durch wöchentliche Protokollierungen der Auftretenshäufigkeit und Belastung beurteilt. Die Einschätzung der Frequenz erfolgt über eine 6-stufige Skala („0 = nie“ bis „5 = ständig“), die Belastung durch das jeweilige Problem wird auf einer 10-stufigen Skala („0 = kein Problem“ bis „9 =

es hätte nicht schlimmer sein können“) bewertet. Im Rahmen der Studie interessieren der Kennwert Häufigkeit und Belastung im Jugendlichen- und Elternurteil. Im klinischen Alltag und insbesondere bei Leistungsproblemen in der Schule ist darüber hinaus die Bewertung durch den Lehrer eine wichtige Ergänzung.

3.3.10 Deine Meinung (DEME)

Der Stundenbeurteilungsbogen DEME ist eine Adaptation des im Rahmen von SELBST ausgearbeiteten Fragebogens zur Beurteilung der Therapiesitzung durch den Jugendlichen (Walter et al., 2007). Der überarbeitete Fragebogen umfasst insgesamt 9 Items. Auf einer 5-stufigen Skala ist von jedem einzelnen Jugendlichen der Verlauf seiner Probleme insgesamt innerhalb der letzten Woche einzustufen („-1 = verschlechtert“, „0 = nicht verändert“, „+1 etwas verbessert“, „+2 = wesentlich verbessert“, „+3 = keine Probleme mehr“). Dieses Item ist in dem ursprünglichen Fragebogen nicht enthalten. Darüber hinaus gibt es vier Items, die von den Jugendlichen auf einer 4-stufigen Skala von „überhaupt nicht hilfreich/gut“ bis „sehr hilfreich/sehr gut“ einzustufen sind. Die Items lauten: Wie hilfreich fandest du die Stunde? Wie war die Gruppenatmosphäre heute? Wie ist dir die Umsetzung der Wochenaufgabe gelungen? Wie haben die die Materialien gefallen? Darüber hinaus bietet der Fragebogen dem Jugendlichen die Möglichkeit, seine Meinung zu vier Fragen (Welches Thema wurde in dieser Stunde behandelt? Was war in dieser Stunde hilfreich? Was war weniger hilfreich? Was war schwierig an der Umsetzung der Wochenaufgabe?) im Freitext zu äußern. In der Studie erfolgt die Auswertung auf Itemebene.

3.3.11 Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung (FZB-J, FZB-El)

Zur Beurteilung der Zufriedenheit mit der Gruppentherapie wurde der Zufriedenheitsfragebogen von Walter (2004) auf die Interventionsbereiche und interessierenden Variablen im Rahmen der geplanten Gruppentherapie abgestimmt. Es wurde eine Version für Jugendliche (FZB-J) und eine für deren Eltern (FZB-El) entwickelt. Der Fragebogen umfasst 16 (FZB-J) bzw. 14 Items (FZB-El), die auf einer 7-stufigen Skala mit den Polen „1 = sehr zufrieden/wesentlich gebessert“ bis „7 = wesentlich verschlechtert/sehr unzufrieden“ einzuschätzen sind. Die Items zielen auf eine Einschätzung des Therapieerfolgs in Bezug auf Gleichaltrigen- und Leistungsprobleme sowie die Verbesserung weiterer Problembereiche. Die Zuversicht, gegenwärtige oder künftige Probleme ohne therapeutische Unterstützung zu lösen, wird erfragt. Darüber hinaus erfolgen eine Bewertung der Anteilnahme des Psychologen und eine Einschätzung

der Bereitschaft zur Teilnahme an der Gruppenbehandlung. In der Jugendlichenversion wird zusätzlich die Effizienz der Wochenaufgabe sowie die Angemessenheit des Einbezugs von Bezugspersonen bewertet. Im Rahmen der Studie erfolgt eine Auswertung auf Itemebene.

Alle Evaluationsinstrumente, die im Rahmen der Studie zum Einsatz kommen, werden in der folgenden Tabelle 3-1 zusammenfassend aufgeführt.

Tabelle 3-1: Zusammenfassung der Evaluationsinstrumente mit Auflistung der im Rahmen der Studie interessierenden Variablen

	Evaluationsinstrument	**Abkürzung**	**Interessierende Variablen**
Große Messzeitpunkte	Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen	CBCL/4-18	Internalisierung, Externalisierung
	Fragebogen für Jugendliche	YSR/11-18	Internalisierung, Externalisierung
	Depressionsinventar für Kinder- und Jugendliche	DIKJ	Gesamtwert
	Fremd- und Selbstbeurteilungsbogen Depressive Störungen	FBB/SBB-DES	Gesamtwert
	Fremd- und Selbstbeurteilungsbogen Angst	FBB/SBB-ANG	Gesamtwert, Kennwert Soziale Angst
	Fremd- und Selbstbeurteilungsbogen Störung des Sozialverhaltens	FBB/SBB-SSV	Gesamtwert
	Fragebogen zur Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeits-erwartung	SWE	Gesamtwert
	The Adolescent Interpersonal Competence Questionnaire, deutsche Übersetzung	AICQ-Ü	Gesamtwert der Selbst-beurteilung
Verlaufs-messung	Individuelle Problemliste	IPL	Frequenz und Belastung der durchschnittlichen Gleichaltrigenprobleme
	Deine Meinung	DEME	Itemebene
Postmessung	Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung, Eltern- und Jugendlichenversion	FZB-J, FZB-El	Itemebene

3.4 Ablauf der Studie

Als erstes wurde das Gruppentherapieprogramm für Jugendliche mit Leistungs- und Gleichaltrigenproblemen in Anlehnung an das Therapieprogramm SELBST (Walter et al., 2007) entwickelt. Die Materialien wurden vor Beginn der eigentlichen Studie im Rahmen einer stationären Jugendhilfeeinrichtung an einer Pilotgruppe erprobt. Basierend auf den dortigen Erfahrungen wurden einige Bausteine überarbeitet, so dass im Anschluss ein manualisiertes Gruppenprogramm vorlag, das trotz der Standardisierung die Möglichkeit bietet, an individuellen Leistungs- und Gleichaltrigenproblemen mit den Jugendlichen zu arbeiten. Die Patienten für die Studie wurden in den oben genannten Einrichtungen (vgl. 3.2) rekrutiert. Jugendliche, die die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten, wurden ausführlich (schriftlich und im persönlichen Gespräch) über den Ablauf und die Ziele der Studie informiert, ebenso deren Eltern. Von den Eltern und Jugendlichen, die sich entschieden, an dem Gruppenprogramm teilzunehmen, wurde ein schriftliches Einverständnis erhoben (siehe Anhang A). Die Eltern und Jugendlichen erklärten sich ebenfalls schriftlich mit Videoaufnahmen der Gruppensitzungen einverstanden. Die Studie selber gliedert sich in drei große Abschnitte: 1. eine Baselinephase bestehend aus einer fünfwöchigen reinen Wartezeit und fünf Einzelsitzungen zur Problemdefinition, Entwicklung von Therapiezielen, Erarbeitung eines Störungsmodells und Therapieplanung, 2. eine zehn Gruppentherapiesitzungen umfassende Interventionsphase und 3. eine kontaktfreie Follow-Up-Phase von weiteren zehn Wochen. Neben der Teilnahme an den Einzel- und Gruppensitzungen sowie einer „Booster-Session“ zehn Wochen nach Behandlungsende beinhaltete die Studie die Erhebung von Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren (vgl. 3.3), und zwar zu vier Hauptmesszeitpunkten sowie im wöchentlichen Verlauf während der Interventionsphase (vgl. 3.5). Während der Einzelsitzungen erfolgte ein gelegentlicher Einbezug der Eltern, zum Beispiel zur Besprechung des entwickelten Störungsmodells sowie zur Abstimmung der individuellen Probleme und Ziele, die in der Gruppentherapiephase bearbeitet werden sollen. Im Anschluss an die Einzelsitzungen begann die eigentliche Therapiephase im Gruppensetting entsprechend den beschriebenen Behandlungsmodulen (vgl. 2.2.4.1 – 2.2.4.4). Vor Beginn der Gruppentherapie und im Anschluss an diese wurde ein Elternabend angeboten. Themen des ersten Elternabends waren Hintergrundinformationen zum Selbstmanagementansatz, Vermittlung inhaltlicher Schwerpunkte der Gruppensitzungen sowie Möglichkeiten von Seiten der Eltern, den therapeutischen Prozess zu unterstützen. An dem zweiten Elternabend fand, in Absprache mit den Jugendlichen, ein Austausch mit den Eltern über die Wirksamkeit der

Gruppenbehandlung und die Entwicklung der einzelnen Patienten statt. Bei Bedarf wurde ein Familiengespräch zur persönlichen Beratung oder weiteren Behandlungsplanung angeboten. Alle Therapiesitzungen wurden von einer Diplom-Psychologin und einem Diplom-Psychologen mit fortgeschrittener Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt und im engmaschig, d.h. im Durchschnitt nach 4 Therapiestunden, supervidiert. Nach Beendigung der Datensammlung wurden alle Daten in das Statistikprogramm SPSS Version 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences, Version 15.0, 2008) eingegeben. Die Datenanalyse erfolgte im Anschluss mit diesem Programm.

3.5 Untersuchungsdesign

Die Wirksamkeit und Anwendbarkeit des Gruppentherapieprogramms soll in einem Eigenkontrollgruppendesign ("within-subject design") überprüft werden (siehe Abbildung 3-3). Dabei durchläuft jeder Jugendliche zunächst eine kontaktfreie Phase von fünf Wochen sowie fünf Einzelsitzungen. Entsprechend den Behandlungsphasen eins bis vier des SELBST-Therapieprogramms (vgl. 2.1.3) stehen die Erhebung diagnostisch relevanter Informationen, die Konkretisierung der Problemdefinition, die Entwicklung eines Störungsmodells, die Motivierung des Jugendlichen, die Erarbeitung von Therapiezielen und weitere Therapieplanung im Fokus. Interventionen im engeren Sinne sollen in diesem Abschnitt der Behandlung noch nicht stattfinden, sondern erst in der sich anschließenden 10 Gruppensitzungen umfassenden Therapiephase – entsprechend der Behandlungsphase 5 des SELBST-Therapieprogramms. Zur Intervention werden noch zwei Elternabende gerechnet, wobei einer unmittelbar vor Beginn der Gruppentherapie und einer nach Abschluss der Behandlung durchgeführt wird. 10 Wochen nach Beendigung der gruppentherapeutischen Behandlung findet eine „Booster-Session" zur Auffrischung der Inhalte statt. Zu Beginn der Studie (Prä), nach der Baselinephase bestehend aus reiner Wartzeit und den Einzelsitzungen (Zwischen), nach Beendigung der Gruppentherapie (Post) sowie 10 Wochen danach (Follow-Up) erfolgen umfangreiche Messungen, die Beurteilungen des Jugendlichen und der Eltern umfassen. Zusätzlich zu diesen vier Messzeitpunkten finden während der Treatment-Phase wöchentliche Verlaufsmessungen mit einer individuellen Problemliste (Eltern- und Jugendlichenurteil) statt. Wünschenswert wäre ein weiterer Messzeitpunkt nach Beendigung der reinen Wartezeit gewesen, um untersuchen zu können, ob die Einzelsitzungen entgegen der Annahme einen Effekt haben. Aufgrund der klinischen Erfahrungen, dass das Ausfüllen von Fragebögen im Jugendalter als aversiv eingestuft wird, wurde darauf verzichtet.

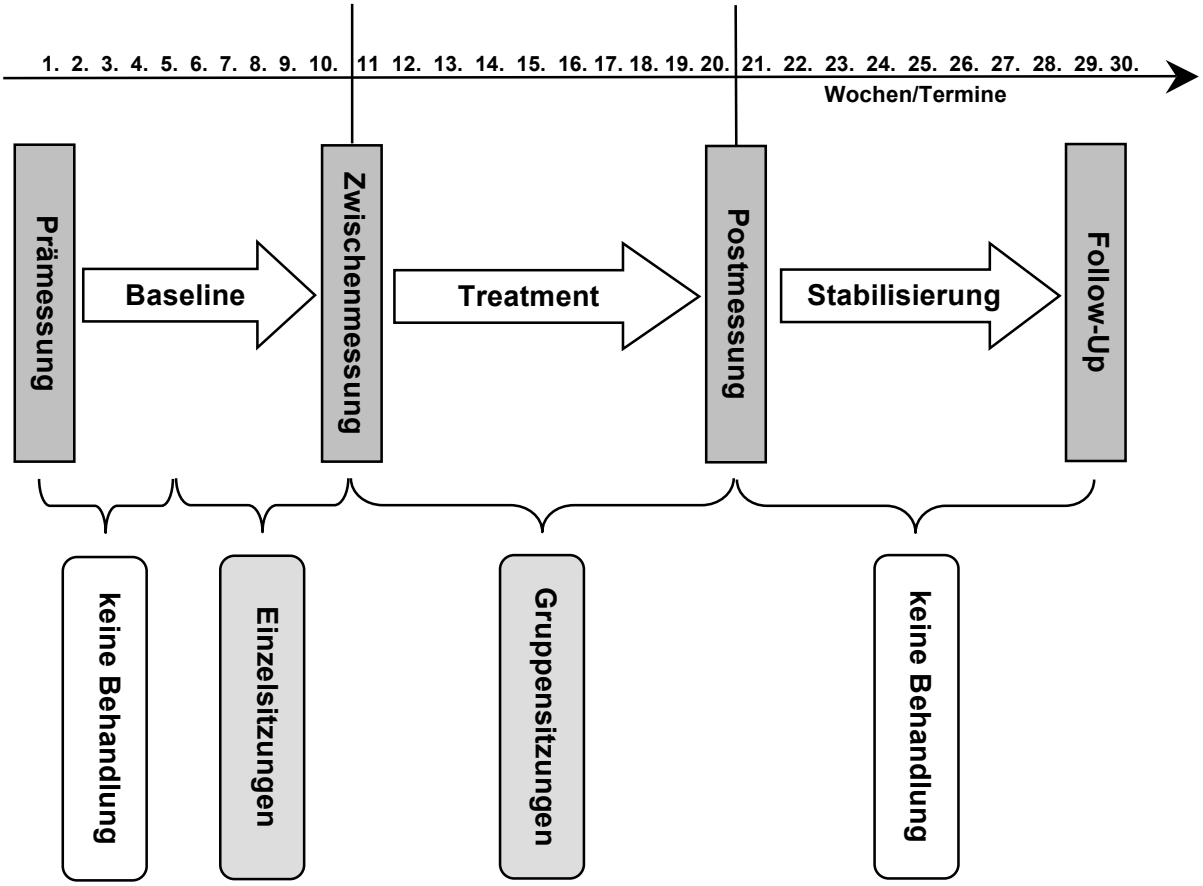


Abbildung 3-3: Untersuchungsdesign der Studie

In diesem Design dient jeder Proband sozusagen als seine eigene Kontrollgruppe, wodurch die Datenmenge, die gewonnen werden kann, maximiert wird. Somit lässt sich auch bei kleineren Stichproben ohne echte Kontrollgruppe die Wirksamkeit der Intervention untersuchen. Dazu werden die Veränderungen in der behandlungsfreien Phase mit denen in der Therapiephase verglichen. Durch die Einführung eines Follow-Up-Messzeitpunktes sind Aussagen über die zeitliche Stabilität des Behandlungseffektes möglich. Im Vergleich zu den sogenannten „between-subject-designs“ ist die „power“ erhöht. Darüber hinaus werden bei dem verwendeten Untersuchungsdesign konstante Unterschiede zwischen den Teilnehmern aus der Fehlervarianz entfernt. Ein Nachteil des Designs ist jedoch, dass Störeffekte, die auf unkontrollierbares zwischenzeitliches Geschehen zurückgehen, nicht komplett ausgeschlossen werden können. Außerdem sind Sequenzeffekte zu erwähnen, die in Folge der Messwiederholungen und der daraus möglicherweise resultierenden Sensibilität gegenüber dem Testmaterial auftreten können. Die serielle Abhängigkeit der Messungen stellt ein Problem hinsichtlich der statistischen Auswertung dar, da bei den typischen Auswertungsverfahren wie der ANOVA die Unabhängigkeit der Messungen gefordert wird. Wird diese Voraussetzung ignoriert, so hat

dies eine Überschätzung des Interventionseffektes zur Folge (Bortz & Döring, 1995). Im folgenden Kapitel wird eine alternative Auswertungsmethode dargestellt, die unter anderem den Vorteil hat, das letztgenannte Problem auszuschließen.

3.6 Statistische Auswertung

Vor der eigentlichen Hypothesentestung werden deskriptive Datenanalysen mit SPSS 15.0 (2008) mit dem Ziel durchgeführt, die Stichprobe hinsichtlich soziodemographischer Variablen wie Alter und IQ zu beschreiben. Im nächsten Schritt folgt die eigentliche Hypothesentestung. Bei dem in Kapitel 4.5 beschriebenen Untersuchungsdesign empfiehlt sich zur interferenzstatistischen Auswertung die Multilevel-Analyse (auch Mehrebenenanalyse oder lineare gemischte Modelle). Es handelt sich dabei um ein Verfahren, das auf der Basis der Standardregression entwickelt wurde und sich zur Analyse hierarchisch strukturierter Daten eignet. Dieses in der Mitte der 80er Jahre maßgeblich entwickelte und seitdem fortwährend verfeinerte Verfahren gehört inzwischen international zum Standardrepertoire (Ditton,1998), in Deutschland hat die Multilevel-Analyse in den letzten Jahren einen höheren Bekanntheitsgrad erreicht. Eine spezifische Anwendungsmöglichkeit bietet die Analyse von Daten mit Messwiederholungen. Wiederholungsmessungen auf der Personenebene lassen sich als 2-Ebenen-Modell darstellen, wobei die Personen die Analyseeinheit der übergeordneten Ebene und die wiederholten Beobachtungen, die für jede Person vorliegen, die Analyseeinheiten der untergeordneten Ebene darstellen. In diesem Fall sind die Beobachtungen in Personen geschachtelt (Kato, Hoijtink, Verdellen, Hagenaars, van Minnen & Keijsers, 2005). In der klinischen Psychologie wird dieses Design zunehmend in Therapieevaluationsstudien eingesetzt, um den Therapieverlauf zu erfassen. Mehrebenenmodelle sind für derartige Veränderungsmessungen besonders gut geeignet (Eid, 2003). Mit Hilfe von Maximum-Likelihood-Prozeduren wird ein Modell angenommen, das die Daten möglichst angemessen abbildet. Relevant im Rahmen der Studie sind das „Random Intercept Model“ und das „Random Intercept and Slope Model“, wobei das letztere, wie der Name impliziert, eine Erweiterung des ersten Modells ist (Landau & Everitt, 2004). Unabhängig von dem verwendeten Modell wird für jede Versuchsperson eine individuelle Regressionsgerade geschätzt. Innerhalb des ersten Modells kann der Schnittpunkt mit der y-Achse (Intercept) für jede Person einen anderen Wert haben. Ist auf der y-Achse beispielsweise ein Kennwert für zwischenmenschliche Beziehungskompetenzen abgetragen, so gibt die Höhe der Regressionsgeraden den Ausprägungsgrad für jedes Individuum an. Die Regressionsgeraden unterscheiden sich in ihrer Höhe, zeigen jedoch

einen parallelen Verlauf (siehe Abbildung 3-4). Innerhalb des zweiten Modells, dem „Random Intercept and Slope Model“, wird jeder einzelnen Person zusätzlich auch eine individuelle Steigung (Slope) zugewiesen. Somit ist der Verlauf nicht mehr zwangsläufig parallel, sondern die individuellen Regressionsgeraden können mehr oder weniger stark ansteigen bzw. abfallen (siehe Abbildung 3-5).

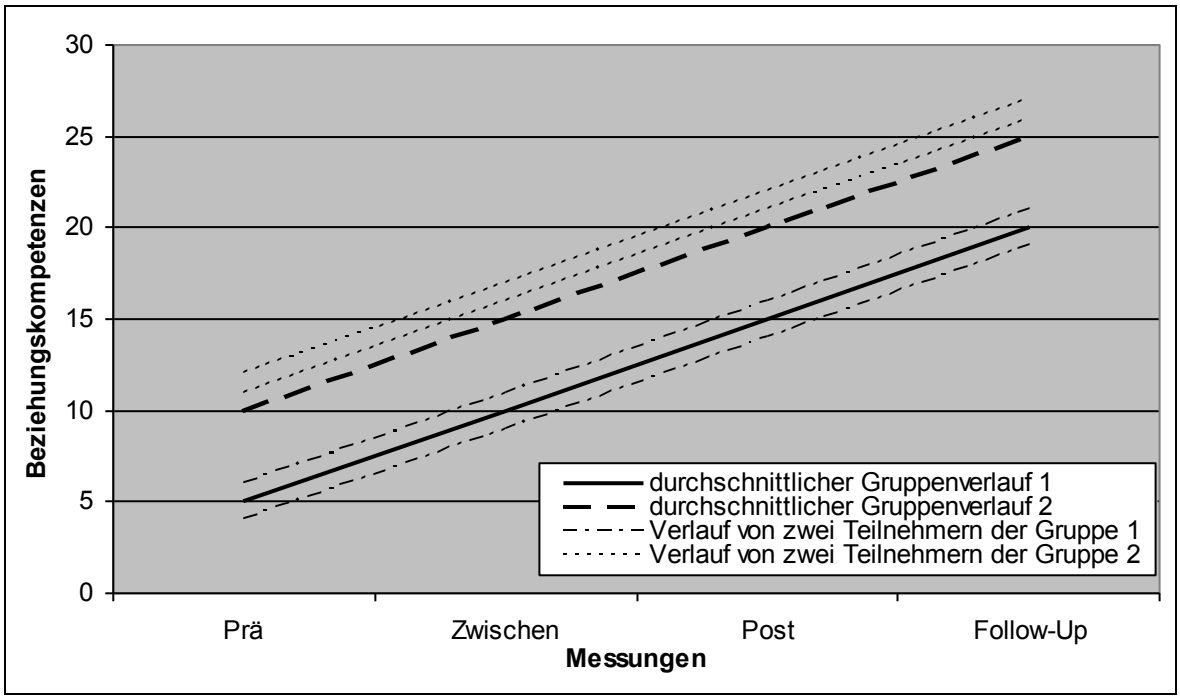


Abbildung 3-4: Grafische Darstellung des Random Intercept Model (nach Landau & Everitt, 2004. Figure 8.1)

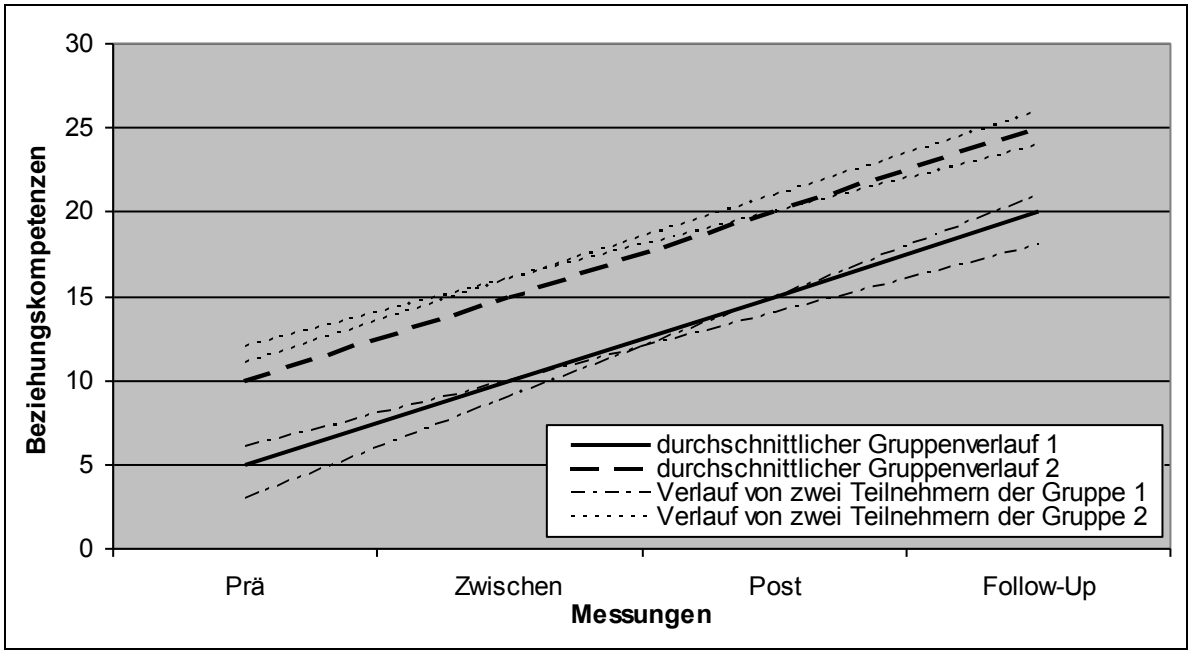


Abbildung 3-5: Grafische Darstellung des Random Intercept and Slope Model (nach Landau & Everitt, 2004. Figure 8.2)

Eine gute Möglichkeit, die Modelle gegeneinander zu testen, bietet das Akaike-Informationskriterium (AIC) oder das Bayes-Kriterium von Schwarz (BIC), wobei das Modell mit dem kleinerem AIC (oder BIC) das überlegene ist. Im Vergleich zur „klassischen" Varianzanalyse weist die Multilevel-Analyse mehrere Vorteile auf. Es werden keine vollständigen Daten für alle Personen zu allen Messzeitpunkten benötigt. „Missing data" werden geschätzt, wobei das Modell annimmt, dass der beste Schätzer für die fehlenden Werte die bereits vorhandenen Messungen sind. Eine Voraussetzung ist, dass die Drop-outs zufällig entstanden sind (Maas & Snijders, 2003). Darüber hinaus dürfen im Gegensatz zur Varianzanalyse die Abstände zwischen den einzelnen Messzeitpunkten variieren. Dadurch, dass für jede Person eine individuelle Regressionsgerade berechnet wird, ermöglicht das Verfahren eine bessere Abbildung der Realität und somit eine größere Varianzaufklärung. Die „power" ist gegenüber klassischen Auswertungsverfahren erhöht, was insbesondere bei Untersuchungen mit kleinen Stichproben vorteilhaft ist. Ein weiterer Vorteil ist, dass die Struktur der Daten (Abhängigkeit der Messungen und Quellen der Messfehler) angemessen berücksichtigt wird. Es wird verhindert, dass Schätzungen von Effekten und Varianzen verfälscht werden sowie inkorrekte Signifikanzbefunde auftreten.

3.7 Hypothesen

Die in Kapitel 3.3 beschriebenen Messinstrumente dienen dazu, potentielle Veränderungen im Verlauf abzubilden und somit die Forschungsfragen zu beantworten. Allgemein wird davon ausgegangen, dass die Gruppentherapie wirksam ist. Dabei soll sich die Effektivität auf unterschiedlichen Maßen zur Erfassung von internalisierendem und externalisierendem Problemverhalten sowie von Selbstwirksamkeit und sozialen Kompetenzen zeigen. Alle Hypothesen haben die Gemeinsamkeit, dass im Teil 1 zunächst ein genereller Effekt über die Zeit postuliert wird. Um Hinweise darauf zu erhalten, dass die Veränderung in den verschiedenen Maßen auf die Gruppenintervention zurückgeht, werden darüber hinaus im Teil 2 der Hypothesen drei verschiedene diskrete Zeiteffekte angenommen:

a) Es wird kein signifikanter Effekt in der Baselinephase (kontaktfreie Zeit und Einzelsitzungen) erwartet, das heißt der Vergleich der Prä- mit der Zwischenmessung soll entsprechend der Hypothese nicht signifikant werden.
b) In der sich anschließenden Gruppentherapiephase werden signifikante Effekte erwartet, der Vergleich der Zwischenmessung mit der Postmessung soll dementsprechend signifikant werden.
c) Der Effekt ist zeitlich stabil und zeigt sich noch nach zehn Wochen nach Beendigung der Gruppenintervention, das heißt, der Vergleich der Zwischen- mit der Follow-Up-Messung soll signifikant werden.

In zusätzlichen Analysen soll der Effekt der Gruppenvariablen näher untersucht werden. Dazu wird in einem ersten Schritt der Faktor Gruppe als Kovariate eingeführt. Es wird angenommen, dass der Faktor Gruppe nicht signifikant wird, die Gruppen bezüglich aller Variablen also ein vergleichbares Ausgangsniveau haben. In einem weiteren Schritt wird die Interaktion der Gruppe mit dem zeitlichen Verlauf analysiert. Wiederum wird ein nicht signifikantes Ergebnis erwartet und die Gruppen dementsprechend auf den verschiedenen Variablen vergleichbare Veränderungen zeigen.

3.7.1 Abnahme internalisierenden Problemverhaltens

Als Maße für internalisierendes Problemverhalten werden die Breitbandfaktoren „Internalisierung“ des Fragebogens für Jugendliche (YSR/11-18) und des Elternfragebogens über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18) herangezogen. Darüber hinaus werden der Gesamtwert des Depressionsinventars für Kinder (DIKJ), der Gesamtwert des Selbst- und Fremdbeurteilungsbogens Depressive

Störungen (SBB/FBB-DES) sowie der Gesamtwert und der Skalenkennwert Soziale Angst des Selbst- und Fremdbeurteilungsbogens Angst (SBB/FBB-ANG) analysiert.

Teil 1: Genereller Zeiteffekt:

Im Verlauf lässt sich eine signifikante Reduktion im internalisierenden Problemverhalten nachweisen. Beim Vergleich der Prä- mit der Postmessung und mit der Follow-Up-Messung zeigen sich signifikante Ergebnisse auf den beschriebenen Variablen.

Teil 2: Diskrete Zeiteffekte:

a) Die reine Wartezeit und die Einzelsitzungen (Baseline) führen nicht zu einer signifikanten Verringerung des internalisierenden Problemverhaltens. Der Vergleich der Prä- mit der Zwischenmessung wird nicht signifikant.
b) Das internalisierende Problemverhalten verringert sich im Verlauf der Gruppentherapie signifikant, dies zeigt sich in einer signifikanten Veränderung im Vergleich der Zwischen- mit der Postmessung.
c) Die Abnahme im internalisierenden Problemverhalten lässt sich noch zehn Wochen nach Beendigung der Gruppentherapie nachweisen, der Vergleich der Zwischen- mit der Follow-Up-Messung wird signifikant.

Zusätzliche Analysen:

Der Faktor Gruppe als Kovariate wird nicht signifikant, das heißt, dass die Gruppen sich zum Prä-Messzeitpunkt nicht signifikant in der Ausprägung ihres internalisierenden Problemverhaltens unterscheiden.

Die Interaktion der Gruppe x Zeit wird nicht signifikant, das heisst, die Gruppen zeigen im Verlauf vergleichbare Abnahmen in ihrem internalisierenden Problemverhalten.

3.7.2 Abnahme externalisierenden Problemverhaltens

Als Maße für externalisierendes Problemverhalten werden die Breitbandfaktoren „Externalisierung“ des Elternfragebogens über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18) und des Fragebogens für Jugendliche (YSR/11-18) herangezogen. Darüber hinaus werden oppositionelles und dissoziales Verhalten über den Gesamtwert des Selbst- und Fremdbeurteilungsbogen Störung des Sozialverhaltens (SBB/FBB-SSV) erfasst und analysiert.

Teil 1: Genereller Zeiteffekt:

Im Verlauf zeigt sich eine signifikante Reduktion des externalisierenden Problemverhaltens. Beim Vergleich der Prä- mit der Postmessung ergeben sich signifikante Ergebnisse auf den beiden Variablen.

Teil 2: Diskrete Zeiteffekte:

a) Die reine Wartezeit und die Einzelsitzungen (Baseline) führen nicht zu einer signifikanten Abnahme des externalisierenden Problemverhaltens. Der Vergleich der Prä- mit der Zwischenmessung wird nicht signifikant.
b) Das externalisierende Problemverhalten nimmt im Verlauf der Gruppentherapie signifikant ab, dies wird in einem signifikanten Unterschied beim Vergleich der Zwischen- mit der Postmessung deutlich.
c) Die Abnahme im externalisierenden Problemverhalten ist auch noch zehn Wochen nach Beendigung der Gruppentherapie stabil, der Vergleich der Zwischen- mit der Follow-Up-Messung wird signifikant.

Zusätzliche Analysen:

Der Faktor Gruppe als Kovariate wird nicht signifikant, das heißt dass die Gruppen sich zum Prä-Messzeitpunkt nicht signifikant in der Ausprägung ihrer Werte im externalisierenden Problemverhalten unterscheiden.

Die Interaktion Gruppe x Zeit wird nicht signifikant, das heißt die Gruppen zeigen im Verlauf vergleichbare Abnahmen in ihrem externalisierendem Problemverhalten.

3.7.3 Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und der sozialen Kompetenzen

Zur Beurteilung von Selbstwirksamkeitserwartungen und sozialen Kompetenzen dienen der Gesamtwert des Fragebogens zur Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und der Gesamtwert des Adolescent Interpersonal Competence Questionnaires.

Teil 1: Genereller Zeiteffekt:

Im Verlauf zeigt sich eine signifikante Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und sozialer Kompetenzen. Der Vergleich der Prä- mit der Postmessung wird signifikant.

Teil 2: Diskrete Zeiteffekte:

a) Die reine Wartezeit und die Einzelsitzungen (Baseline) führen nicht zu einer signifikanten Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und der sozialen Kompetenzen. Der Vergleich der Prä- mit der Zwischenmessung wird nicht signifikant.
b) Die Selbstwirksamkeitserwartung und die sozialen Kompetenzen steigern sich signifikant im Verlauf der Gruppentherapie, dies zeigt sich in einem signifikanten Unterschied beim Vergleich der Zwischen- mit der Postmessung.
c) Die Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung und der sozialen Kompetenzen ist auch noch zehn Wochen nach Beendigung der Gruppentherapie stabil. Der Vergleich der Zwischen- mit der Follow-Up-Messung wird signifikant.

Zusätzliche Analysen:
Der Faktor Gruppe als Kovariate wird nicht signifikant, das heißt, dass die Gruppen sich zum Prä-Messzeitpunkt nicht signifikant in ihrer Selbstwirksamkeitserwartung und in ihren sozialen Kompetenzen unterscheiden.
Die Interaktion Gruppe x Zeit wird nicht signifikant, das heißt die Gruppen zeigen im Verlauf vergleichbare Steigerungen ihrer Selbstwirksamkeitserwartung und ihrer sozialen Kompetenzen.

3.7.4 Verbesserung der Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen

Zur Beurteilung, inwiefern das Gruppenprogramm zu einer Verbesserung individuell definierter Gleichaltrigenprobleme beiträgt, werden die in der Treatmentphase wöchentlich eingesetzten Problemlisten (IPL) in der Jugendlichen- und Elternversion analysiert. Dabei werden sowohl die Frequenz der Probleme als auch die aus den Problemen resultierende Belastung als Kennwerte betrachtet.
Genereller Zeiteffekt:
Im Verlauf der Treatmentphase zeigt sich sowohl eine signifikante Abnahme der Häufigkeit der Gleichaltrigenprobleme als auch eine signifikante Abnahme der Belastung durch die Gleichaltrigenprobleme.
Hypothesen zu diskreten Zeiteffekten können nicht formuliert werden, da die individuelle Problemliste erst mit Beginn der Gruppentherapiephase ausgefüllt wurde.

3.7.5 Zufriedenheit mit der Behandlung

Das Therapieprogramm wird von den Jugendlichen und deren Eltern gut angenommen und als gewinnbringend erlebt. Dies ergeben sowohl die deskriptiven Auswertungen der eingesetzten Stundenbeurteilungsbögen (DEME) als auch die Analyseergebnisse der Items eines selbst entwickelten Fragebogens zur Beurteilung der Zufriedenheit mit der Behandlung durch die Jugendlichen (FZB-J) und deren Eltern (FZB-El).

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aller statistischen Analysen zur Beantwortung der Hypothesen (vgl. 3.7) dargestellt. Wie bereits erwähnt, werden sowohl beim Vergleich der Hauptmesszeitpunkte als auch bei der Verlaufmessung Multilevel-Analysen gerechnet (vgl. 3.6). Bei den zu analysierenden eingegebenen Daten handelt es sich um Rohwertsummen. Da im Rahmen der Studie von gerichteten Hypothesen ausgegangen wird, wird das Signifikanzniveau entsprechend den Regeln beim einseitigen Testen halbiert. Eine Ersetzung von fehlenden Werten war nicht erforderlich, da „missing data“ im Rahmen der statistischen Analysen geschätzt werden (vgl. 3.6). Die Modellgleichung für alle Variablen der großen Messzeitpunkte lässt sich wie folgt beschreiben:

$Y = \alpha + \beta^1 T^1 + \beta^2 T^2 + \beta^3 T^3 + \varepsilon$

α entspricht dabei dem Achsenabschnitt der Regressionsgeraden (Konstante), T (= time) bezieht sich jeweils auf den Unterschied zwischen den zu vergleichenden Messzeitpunkten. Die dazugehörigen Beta-Gewichte geben die Größe und Richtung des Unterschieds an und werden auf Signifikanz getestet. ε entspricht dem Messfehler. Um alle in den Hypothesen formulierten diskreten Zeiteffekte analysieren zu können, wurde in dem Modell einmal die Prämessung und einmal die Zwischenmessung als Referenz gewählt. Im ersten Fall entspricht T^1 dem Vergleich der Prä- mit der Zwischenmessung, T^2 dem Vergleich der Prä- mit der Postmessung und T^3 dem Vergleich der Prä- mit der Follow-Up-Messung. In dem abgewandelten Modell entspricht T^1 dementsprechend dem Vergleich der Zwischen- mit der Prämessung, T^2 dem Vergleich der Zwischen- mit der Postmessung und T^3 dem Vergleich der Zwischen- mit der Follow-Up-Messung. Das Ergebnis beim Vergleich der Zwischen- mit der Prämessung ist redundant und entspricht dem Vergleich der Prä- mit der Zwischenmessung. Lediglich das Vorzeichen des Beta-Gewichtes kehrt sich aufgrund der Veränderung des Bezugspunktes um, die Größe des Unterschieds bleibt logischerweise unverändert. Aus Gründen der Vollständigkeit werden alle Vergleiche in den nachfolgenden Ergebnistabellen mit aufgeführt.

Zur Analyse des Verlaufs der individuellen Problemliste (IPL) wird eine vereinfachte Modellgleichung angewendet, da dieses Instrument ausschließlich in der Treatmentphase eingesetzt wurde und dementsprechend nur der generelle zeitliche Verlauf auf Signifikanz getestet werden kann: $Y = \alpha + \beta T + \varepsilon$

Die Konstante α steht wiederum für den geschätzten durchschnittlichen Ausgangswert und das dazugehörige Beta-Gewicht gibt die Größe und Richtung der wöchentlichen Veränderung des Wertes an. In der Multilevel-Analyse wird untersucht, ob die Veränderung im Laufe der Treatmentphase signifikant wird. Die individuellen Probleme

wurden im Rahmen der Einzelsitzungen erarbeitet und in der Woche vor Beginn der Treatmentphase erstmalig ausgefüllt. Die Testung diskreter Zeiteffekte ist aufgrund des Fehlens einer Baseline somit nicht möglich.
Die Frage der Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Behandlung (Hypothese 4) wird rein deskriptiv beantwortet.

4.1 Reduktion internalisierenden Problemverhaltens

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse zur Analyse der ersten Hypothese dargestellt, die einen positiven Effekt des Gruppentherapieprogramms auf internalisierendes Problemverhalten postuliert. Wie bereits erwähnt (vgl. 3.7), wird im ersten Teil der Hypothese der generelle Zeiteffekt vorhergesagt. Es wird angenommen, dass der Vergleich der Prä- mit der Post- und der Vergleich der Prä- mit der Follow-Up-Messung signifikant wird, das heißt, internalisierendes Problemverhalten im gesamten zeitlichen Verlauf abnimmt. Um Hinweise darauf zu bekommen, ob die Verbesserung auf die Gruppentherapie zurückzuführen ist, werden zusätzlich diskrete Zeiteffekte analysiert:

a) Die Baselinephase hat keinen Effekt, das heißt, der Vergleich der Prä- mit der Zwischenmessung wird nicht signifikant.
b) Die Treatmentphase führt zur Verbesserung internalisierenden Problemverhaltens, das heißt, der Vergleich der Zwischen- mit der Postmessung wird signifikant.
c) Der Effekt ist zeitlich stabil, das heißt, der Vergleich der Zwischen- mit der Follow-Up-Messung wird signifikant.

Internalisierendes Problemverhalten wird über mehrere Variablen erfasst. Neben einem Breitbandfaktor „Internalisierung“ (vgl. 3.3.1 - 3.3.2) kommen Verfahren der Depressions- (vgl. 3.3.3 – 3.3.4) und Angstdiagnostik (3.3.5) zum Einsatz. Bei allen Kennwerten handelt es sich um Syndromskalen, so dass im zeitlichen Verlauf eine Reduktion der Rohwertsummen erwartet wird.

4.1.1 Reduktion internalisierenden Problemverhaltens im YSR/11-18 und in der CBCL/4-18

Zunächst ist der Breitbandfaktor „Internalisierung“ der YSR und der CBCL Gegenstand der statistischen Analysen. Bei der Darstellung der Ergebnisse wird mit dem Jugendlichenurteil, das heißt dem YSR/11-18, begonnen. Da es sich um eine Syndromskala handelt, wir a priori die Reduktion der Rohwertsummen erwartet. Die Analyse zur Beurteilung eines generellen Zeiteffektes zeigt über alle Gruppen hinweg weder für den Vergleich der Prä- mit der Postmessung ($F = 0{,}179$, $p = .334$) noch für den

Vergleich der Prä- mit der Follow-Up-Messung (F = 1,692, p = .101) ein signifikantes Ergebnis. Entgegen der Hypothese ergibt sich im gesamten Verlauf keine signifikante Abnahme im Breitbandfaktor „Internalisierung“. Bei der Überprüfung der vermuteten diskreten Zeiteffekte zeigt sich in Übereinstimmung mit der Hypothese lediglich, dass der Vergleich der Prä- mit der Zwischenmessung nicht signifikant wird (F = 36,977, p = .392), das heißt, die Baselinephase hat keinen signifikanten Effekt auf die Ausprägung internalisierenden Problemverhaltens laut Selbstbeurteilung der Jugendlichen. Die Ergebnisse der Vergleiche der Zwischen- mit der Postmessung (F = 37,393, p = .461) und der Zwischen- mit der Follow-Up-Messung (F = 38,233, p = .184) sind entgegen der Hypothese nicht signifikant, das heißt, durch die Gruppentherapie zeigt sich keine bedeutsame Reduktion in dem Kennwert Internalisierung.

Die Schätzung der festen Parameter im Modell, in dem die Prämessung den Bezugspunkt bildet, lautet: $\alpha = 10{,}00$; $\beta^1 = -0{,}60$; $\beta^2 = -0{,}82$; $\beta^3 = -2{,}92$. Die sich daraus ergebende geschätzte Regressionsgerade ist in Abbildung 4-1 graphisch dargestellt. Das leicht abgewandelte Modell mit der Zwischenmessung als Referenz weist folgende feste Parameter auf: $\alpha = 9{,}40$; $\beta^1 = 0{,}60$; $\beta^2 = -0{,}22$; $\beta^3 = -2{,}31$. Die geschätzte Regressionsgerade bei diesem Modell ist vergleichbar mit der des ersten Modells und wird deshalb aus Gründen der Redundanz nicht grafisch dargestellt. Ein entsprechendes Vorgehen wird auch bei allen weiteren analysierten Variablen gewählt. Die Nennerfreiheitsgrade, die F-Werte und Signifikanzniveaus für die einzelnen Analysen sind in Tabelle 4-1 zusammengefasst.

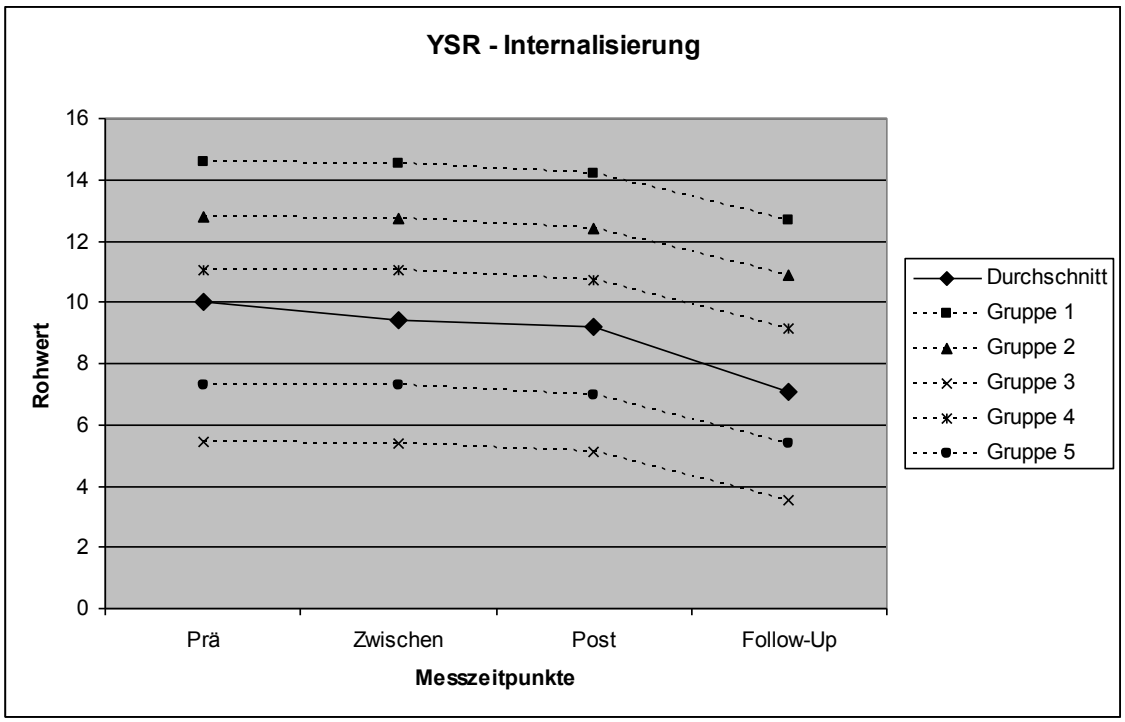


Abbildung 4-1: Grafische Darstellung der geschätzten Regressionsgerade für den Breitbandfaktor „Internalisierung“ im YSR/4-18 nach dem Random Intercept Model

Tabelle 4-1: Ergebnisse der Multilevel-Analyse für den Breitbandfaktor Internalisierung (YSR)

	Nennerfreiheitsgrade	**F-Wert**	**Signifikanz**
Prämessung als Referenz			
Konstanter Term	40,009	39,529	
Vergleich PräZwi (β^1)	36,977	0,076	.392
Vergleich PräPost (β^2)	35,790	0,179	.334
Vergleich PräFUP (β^3)	37,401	1,692	.101
Zwischenmessung als Referenz			
Konstanter Term	49,251	22,101	
Vergleich ZwiPrä (β^1)	36,977	0,076	.392
Vergleich ZwiPost (β^2)	37,393	0,010	.461
Vergleich Zwi-FUP (β^3)	38,233	0,835	.184

In weiteren statistischen Analysen wird der Effekt der Gruppenvariablen näher untersucht. Dazu wird in einem ersten Schritt der Faktor Gruppe als Kovariate eingeführt, wobei angenommen wird, dass der Gruppenfaktor nicht signifikant wird. Entsprechend der Hypothese zeigt sich, dass die Gruppen auf der Variable „Internalisierung“ ein vergleichbares Ausgangsniveau haben, das heißt, sich zum Prämesszeitpunkt nicht signifikant voneinander unterscheiden. In einem weiteren Schritt wird die Interaktion der Gruppenvariablen mit den Messzeitpunkten zugelassen. Wiederum wird ein nicht signifikantes Ergebnis erwartet. Die Gruppen 1 und 2 zeigen jedoch entgegen der Hypothese einen signifikant unterschiedlichen Prä-Post-Verlauf (siehe Abbildung 4-2). Während der Verlauf der Gruppen 3, 4 und 5 in die vorhergesagte Richtung geht, zeigen Gruppen 1 und 2 in der Postmessung eine Zunahme der internalisierenden Problematik.

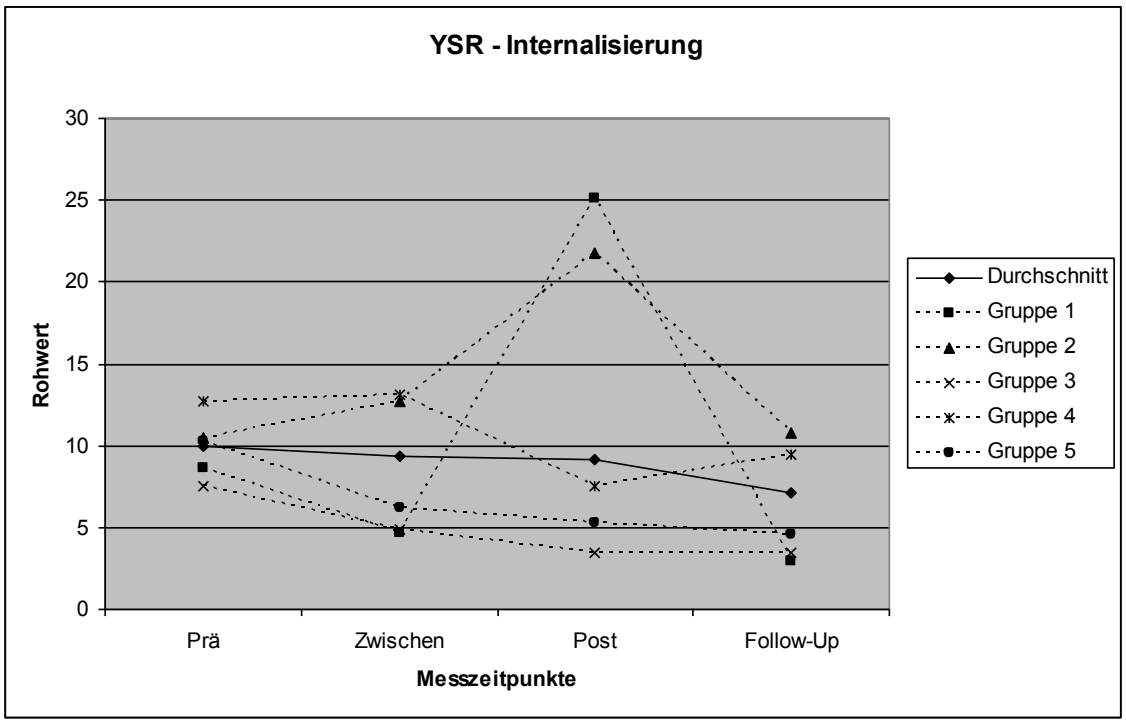


Abbildung 4-2: Grafische Darstellung der geschätzten Regressionsgerade für den Breitbandfaktor „Internalisierung“ des YSR nach dem Random Intercept and Slope Model

Im Elternurteil wird auf dem Breitbandfaktor „Internalisierung“ der CBCL/4-18 über alle Gruppen hinweg sowohl eine hochsignifikantes Ergebnis beim Vergleich der Prä- mit der Postmessung ($F = 20{,}921$, $p = .000$) als auch beim Vergleich der Prä- mit der Follow-Up-Messung ($F = 23{,}176$, $p = .000$) erzielt. Im Einklang mit der Hypothese zeigt sich aus der Perspektive der Eltern eine hochsignifikante Reduktion internalisierenden Problemverhaltens im Verlauf der gesamten Untersuchung. Allerdings ergibt die Analyse der diskreten Zeiteffekte, dass sich bereits beim Vergleich der Prä- mit der Zwischenmessung internalisierendes Problemverhalten im Elternurteil signifikant reduziert

(F = 4,346, p = .022), das heißt, dass die Baselinephase bereits einen Effekt hat. Die Ergebnisse der Vergleiche der Zwischen- mit der Postmessung (F = 4,529 p = .020) und der Zwischen- mit der Follow-Up-Messung (F = 7,078, p = .006) sind, wie erwartet, signifikant. Im Verlauf der Gruppentherapie reduziert sich aus Sicht der Eltern das internalisierende Problemverhalten ihrer Söhne nochmals signifikant und der Effekt zeigt sich auch noch zehn Wochen nach Beendigung der Gruppentherapie.

Die Schätzung der festen Parameter im Modell, in dem die Prämessung den Bezugspunkt bildet, ergibt: α = 13,58; β^1 = -2,87; β^2 = -5,83; β^3 = -7,03. Die sich daraus ergebende geschätzte Regressionsgerade ist in Abbildung 4-3 graphisch dargestellt. Die visuelle Inspektion weist auf eine recht kontinuierliche Abnahme im Kennwert Internalisierung im gesamten Untersuchungszeitraum hin. Ein direkter statistischer Vergleich der Größe der Veränderung in der Baselinephase gegenüber der Treatmentphase ist nicht erfolgt, anhand der Abbildung lässt sich jedoch bereits ableiten, dass dieser nicht signifikant würde. Im Modell, das die Zwischenmessung als Bezugspunkt wählt, lauten die festen Parameter: α = 10,71; β^1 = 2,87; β^2 = -2,97; β^3 = -4,16. Die Nennerfreiheitsgrade, die F-Werte und Signifikanzniveaus für die einzelnen Analysen sind in Tabelle 4-2 zusammengefasst.

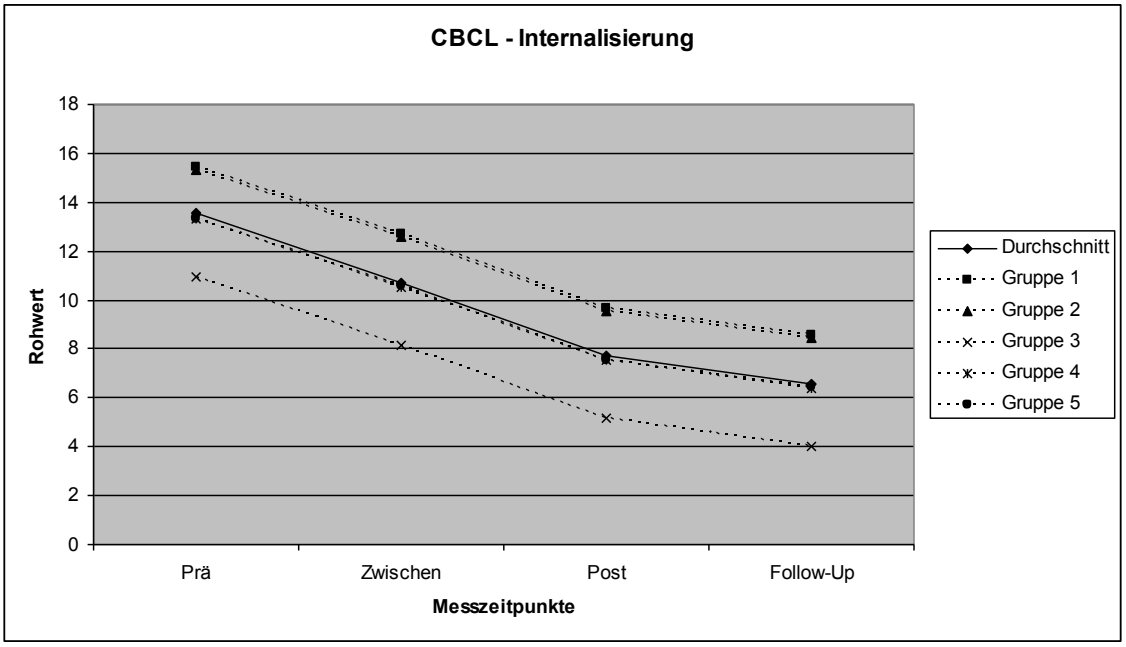


Abbildung 4-3: Grafische Darstellung der geschätzten Regressionsgerade für den Breitbandfaktor „Internalisierung“ der CBCL/4-18 nach dem Random Intercept Model

Tabelle 4-2: Ergebnisse der Multilevel-Analyse für den Breitbandfaktor Internalisierung (CBCL)

	Nennerfreiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Prämessung als Referenz			
Konstanter Term	24,560	74,006	
Vergleich PräZwi (β^1)	37,252	4,346	**.022***
Vergleich PräPost (β^2)	36,924	20,921	**.000****
Vergleich PräFUP (β^3)	37,353	23,176	**.000****
Zwischenmessung als Referenz			
Konstanter Term	32,135	38,666	
Vergleich ZwiPrä (β^1)	37,252	4,346	**.022***
Vergleich ZwiPost (β^2)	36,303	4,529	**.020***
Vergleich Zwi-FUP (β^3)	36,806	7,078	**.006****

In zusätzlichen Analysen wird der Einfluss des Gruppenfaktors untersucht. Dazu wird zunächst der Faktor Gruppe als Kovariate eingeführt. Die Hypothese, dass sich die Gruppen nicht in ihren Ausgangswerten auf dem Breitbandfaktor „Internalisierung“ unterscheiden, kann bestätigt werden. Wird die Interaktion der Gruppenvariable mit den Messzeitpunkten zugelassen, so zeigen die einzelnen Gruppen entsprechend der Hypothese keine signifikante Abweichung vom durchschnittlichen Verlauf, dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass die gefundenen Effekte für alle Gruppen gelten.

Tabelle 4-3 gibt einen Überblick über die maximal erreichbaren sowie mittleren Rohwertsummen, Standardabweichungen und Ranges für die tatsächlichen Daten der Skala Internalisierung des YSR/11-18 und der CBCL/4-18.

Tabelle 4-3: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Ranges (R) des Breitbandfaktors Internalisierung des YSR/11-18 und der CBCL/418

Verfahren/max. Rohwertsumme	Prä	Zwischen	Post	Follow-Up
YSR_{Int} (RW_{max} = 64)	M = 10,00	M = 9,09	M = 8,80	M = 6,80
	SD = 6,99	SD = 6,93	SD = 8,13	SD = 4,52
	R: 1 - 28	R: 0 - 21	R: 0 - 30	R: 0 - 13
$CBCL_{Int}$ (RW_{max} = 64)	M = 13,58	M = 11,08	M = 7,81	M = 6,91
	SD = 7,683	SD = 6,69	SD = 5,96	SD = 5,80
	R: 3 - 28	R: 2 - 23	R: 0 - 20	R: 0 - 16

4.1.2 Reduktion depressiver Symptomatik im DIKJ und SBB/FBB-DES

Zur Erfassung depressiver Symptome dienen der DIKJ und der SBB/FBB-DES. Beim Vergleich der Prä- mit der Postmessung ($F = 13,706$, $p = .001$) und beim Vergleich der Prä- mit der Follow-Up-Messung ($F = 8,851$, $p = .005$) ergeben sich für den Gesamtwert des DIKJ jeweils hochsignifikante Ergebnisse. Entsprechend der Hypothese des generellen Zeiteffektes zeigt sich somit im Verlauf der Untersuchung eine signifikante Abnahme depressiver Symptome in der Selbstbeurteilung der Jugendlichen. Die Analyse der postulierten diskreten Zeiteffekte ergibt, dass die Baselinephase alleine noch nicht zu einer signifikanten Reduktion im Gesamtwert des DIKJs führt, der Vergleich der Prä- mit der Zwischenmessung ist, wie erwartet, nicht signifikant ($F = 0,006$, $p = .940$). Die visuelle Inspektion des Verlaufs (Abbildung 4-4) zeigt, dass die Werte im DIKJ in der Prä- und in der Zwischenmessung nahezu identisch sind. Beim Vergleich der Zwischen- mit der Postmessung wird ein hochsignifikantes Ergebnis erzielt ($F = 12,635$, $p = .001$), das heißt, im Verlauf der Gruppentherapie reduzieren sich aus Sicht der Jugendlichen depressive Symptome signifikant. Der Effekt wird auch bei einem Vergleich der Zwischen- mit der Follow-Up-Messung signifikant ($F = 8,679$ $p = .005$), was darauf hinweist, dass der Effekt auch zehn Wochen nach Beendigung der Gruppentherapie noch stabil ist. Für den DIKJ bestätigen sich somit alle im Rahmen der Hypothese getroffenen Annahmen.

Die Schätzungen der festen Parameter im ersten Modell (Vergleich mit der Prämessung) lauten: $\alpha = 11,57$; $\beta^1 = 0,70$; $\beta^2 = -3,17$; $\beta^3 = -3,29$. In dem leicht abgewandelten Modell (Vergleich mit der Zwischenmessung) ergeben sich die folgenden festen Parameter: $\alpha = 11,64$; $\beta^1 = -0,07$; $\beta^2 = -3,24$; $\beta^3 = -3,36$. Die Nennerfreiheitsgrade, die F-Werte und Signifikanzniveaus für die einzelnen Analysen sind in Tabelle 4-4 zusammengefasst.

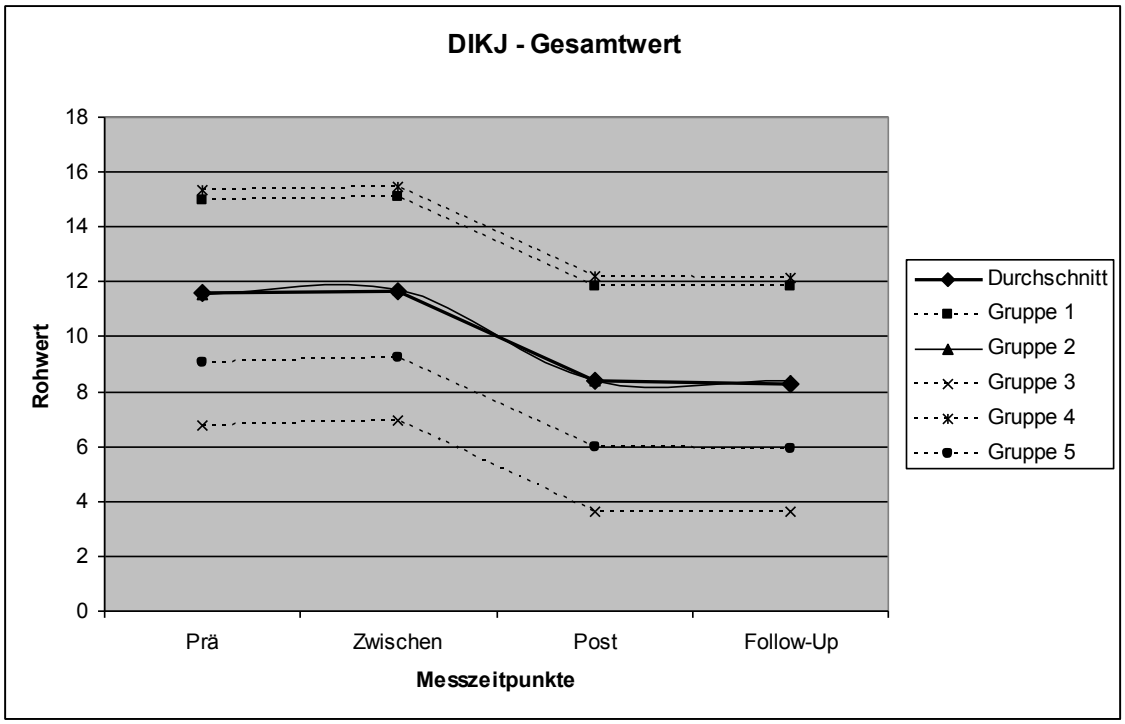


Abbildung 4-4: Grafische Darstellung der geschätzten Regressionsgerade für den Gesamtwert des DIKJ nach dem Random Intercept Model

Tabelle 4-4: Ergebnisse der Multilevel-Analyse für den Gesamtwert des DIKJ

	Nennerfreiheitsgrade	**F-Wert**	**Signifikanz**
Prämessung als Referenz			
Konstanter Term	25,749	72,847	
Vergleich PräZwi (β^1)	42,595	0,006	.940
Vergleich PräPost (β^2)	42,226	13,706	**.001****
Vergleich PräFUP (β^3)	43,073	8,851	**.005****
Zwischenmessung als Referenz			
Konstanter Term	28,134	70,019	
Vergleich ZwiPrä (β^1)	42,595	0,006	.940
Vergleich ZwiPost (β^2)	42,514	12,635	**.001****
Vergleich Zwi-FUP (β^3)	43,032	8,679	**.005****

Um den Einfluss des Gruppenfaktors zu untersuchen, wird der Faktor Gruppe als Kovariate verwandt. Wie erwartet, unterscheiden sich die Gruppen nicht signifikant in ihren anfänglichen Werten im DIKJ Gesamtwert. Anschließend wird die Interaktion der Gruppenvariablen mit den Messzeitpunkten zugelassen. Die Interaktionen werden nicht signifikant, die einzelnen Gruppen unterscheiden sich demnach nicht bedeutsam von dem durchschnittlichen Gruppenverlauf.

Im SBB-DES als zweitem Selbstbeurteilungsverfahren depressiver Symptome zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Zeiteffekt beim Vergleich der Prä- mit der Postmessung ($F = 3{,}221$, $p = .042$). Der Vergleich der Prä- mit der Follow-Up-Messung wird jedoch nicht mehr signifikant ($F = 1{,}173$, $p = .144$), das heißt, der Nachweis, dass zehn Wochen nach Beendigung der Gruppentherapie die durchschnittlichen Depressionswerte weiterhin signifikant niedriger als bei der Prämessung sind, gelingt nicht. Bei der Analyse der diskreten Zeiteffekte ergibt sich erwartungsgemäß, dass der Vergleich der Prä- mit der Zwischenmessung nicht signifikant wird ($F = 0{,}002$, $p = .482$). Die Abbildung 4-5 veranschaulicht, dass die Baselinephase keinen Effekt auf die Reduktion der depressiven Symptomatik zu haben scheint. Beim Vergleich der Zwischen- mit der Postmessung ergibt sich ein Trend in die erwartete Richtung, allerdings wird die Signifikanzgrenze knapp nicht erreicht ($F = 2{,}649$, $p = .057$).

Die Schätzungen der festen Parameter im ersten Modell (Vergleich mit der Prämessung) lauten: $\alpha = 0{,}51$; $\beta^1 = 0{,}00$; $\beta^2 = -1{,}00$; $\beta^3 = -0{,}08$. Wird die Zwischenmessung als Bezugspunkt gewählt, ergeben sich die folgenden festen Parameter: $\alpha = 0{,}51$; $\beta^1 = -0{,}00$; $\beta^2 = -0{,}10$; $\beta^3 = -0{,}82$. Die Nennerfreiheitsgrade, die F-Werte und Signifikanzniveaus für die einzelnen Analysen sind in Tabelle 4-5 zusammengefasst.

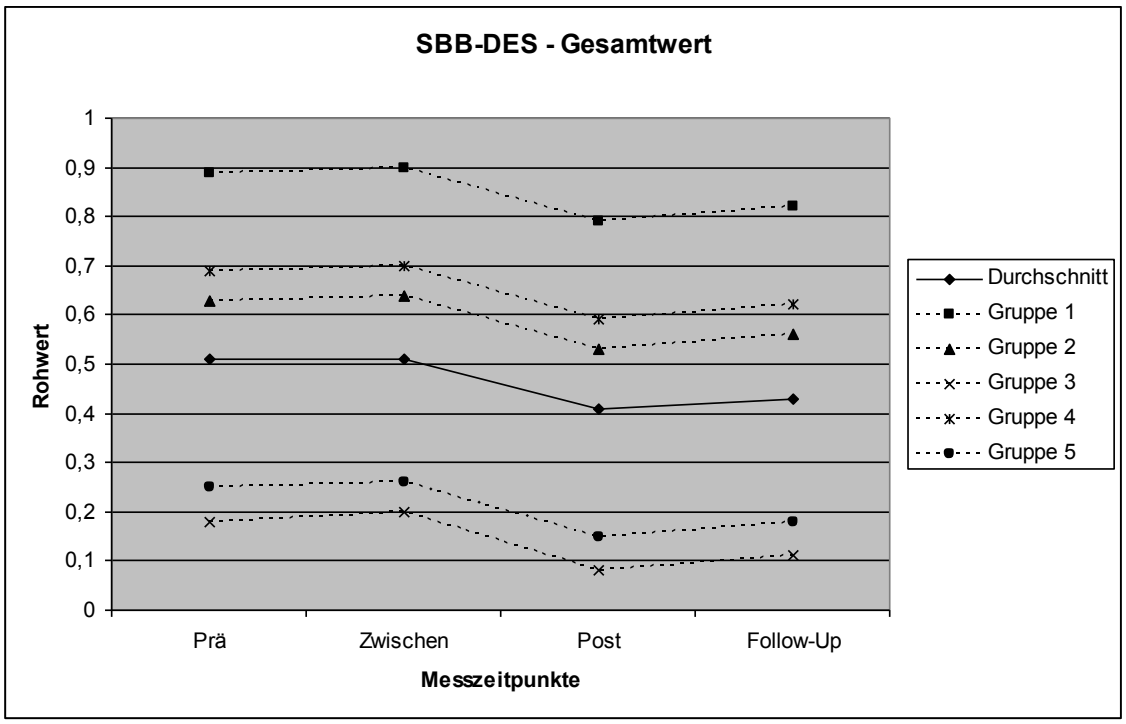


Abbildung 4-5: Grafische Darstellung der geschätzten Regressionsgerade für den Gesamtwert des SBB-DES nach dem Random Intercept Model

Tabelle 4-5: Ergebnisse der Multilevel-Analyse für den Gesamtwert des SBB-DES

	Nennerfreiheitsgrade	**F-Wert**	**Signifikanz**
Prämessung als Referenz			
Konstanter Term	22,505	30,408	
Vergleich PräZwi (β^1)	30,268	0,002	.482
Vergleich PräPost (β^2)	29,498	3,221	**.042***
Vergleich PräFUP (β^3)	29,780	1,173	.144
Zwischenmessung als Referenz			
Konstanter Term	26,940	27,611	
Vergleich ZwiPrä (β^1)	30,268	0,002	.482
Vergleich ZwiPost (β^2)	29,721	2,649	.057
Vergleich Zwi-FUP (β^3)	29,872	1,076	.154

Um Aussagen über den Einfluss des Gruppenfaktors zu machen, wird der Faktor Gruppe als Kovariate hinzugefügt. Entgegen der Hypothese hat die Gruppe 1 einen signifikant höheren Ausgangswert im Vergleich zum durchschnittlichen Gruppenverlauf, was bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen ist. Allerdings zeigt sich in den Analysen, bei denen eine Interaktion der Gruppenvariablen mit den Messzeitpunkten zugelassen wurde, dass sich die einzelnen Gruppen nicht signifikant in ihrem Verlauf der depressiven Symptomatik im DIKJ unterscheiden. Gruppe 1 weist somit lediglich ein höheres Ausmaß an Symptomatik zum Messzeitpunkt 1 auf. Es ergeben sich jedoch keine Hinweise, dass die verschiedenen Gruppen unterschiedlich von der Behandlung profitieren. Die durchschnittliche geschätzte Regressionsgerade ist somit zur Interpretation des Verlaufs geeignet.

Im Elternurteil (FBB-DES) zeigt sich wie auch im Jugendlichenurteil ein signifikanter genereller Zeiteffekt beim Vergleich der Prä- mit der Postmessung ($F = 22{,}909$, $p = .000$). Im Unterschied zum Jugendlichenurteil wird in der Elterbeurteilung eine weitere Reduktion der depressiven Symptomatik zum Follow-Up-Messzeitpunkt erzielt, so dass der Vergleich der Prä- mit der Follow-Up-Messung ebenfalls hochsignifikant wird ($F = 22{,}595$, $p = .000$). Entgegen der Hypothese wird bereits in der Baselinephase eine signifikante Reduktion im Gesamtwert des FBB-DES erzielt ($F = 5{,}860$, $p = .010$). Es ergibt sich eine weitere signifikante Reduktion in der Treatmentphase, so dass, wie erwartet, der Unterschied beim Vergleich der Zwischen- mit der Postmessung signifikant wird ($F = 2{,}862$, $p = .049$). Der Effekt bleibt stabil, so dass auch der Vergleich der Zwischen- mit der Follow-Up-Messung Signifikanz erreicht ($F = 4{,}711$ $p = .018$).

Die Schätzung der festen Parameter im Modell, in dem die Prämessung den Bezugspunkt bildet, ergibt: $\alpha = 0{,}59$, $\beta^1 = -0{,}16$; $\beta^2 = -0{,}28$; $\beta^3 = -0{,}33$. Die sich daraus ergebende geschätzte Regressionsgerade ist in Abbildung 4-6 graphisch dargestellt und veranschaulicht die beschriebenen Ergebnisse. Die Größe der Verbesserung in der Baselinephase wurde statistisch nicht direkt mit der in der Treatmentphase verglichen. Die visuelle Inspektion weist bereits darauf hin, dass das Ausmaß der Veränderungen in den beiden Phasen vergleichbar ist und sich keine Überlegenheit der Treatmentphase zeigt.

Im Modell, das die Zwischenmessung als Bezugspunkt wählt, lauten die festen Parameter: $\alpha = 0{,}42$; $\beta^1 = 0{,}16$; $\beta^2 = -0{,}12$; $\beta^3 = -0{,}17$. Die Nennerfreiheitsgrade, die F-Werte und Signifikanzniveaus für die einzelnen Analysen sind in Tabelle 4-6 zusammengefasst.

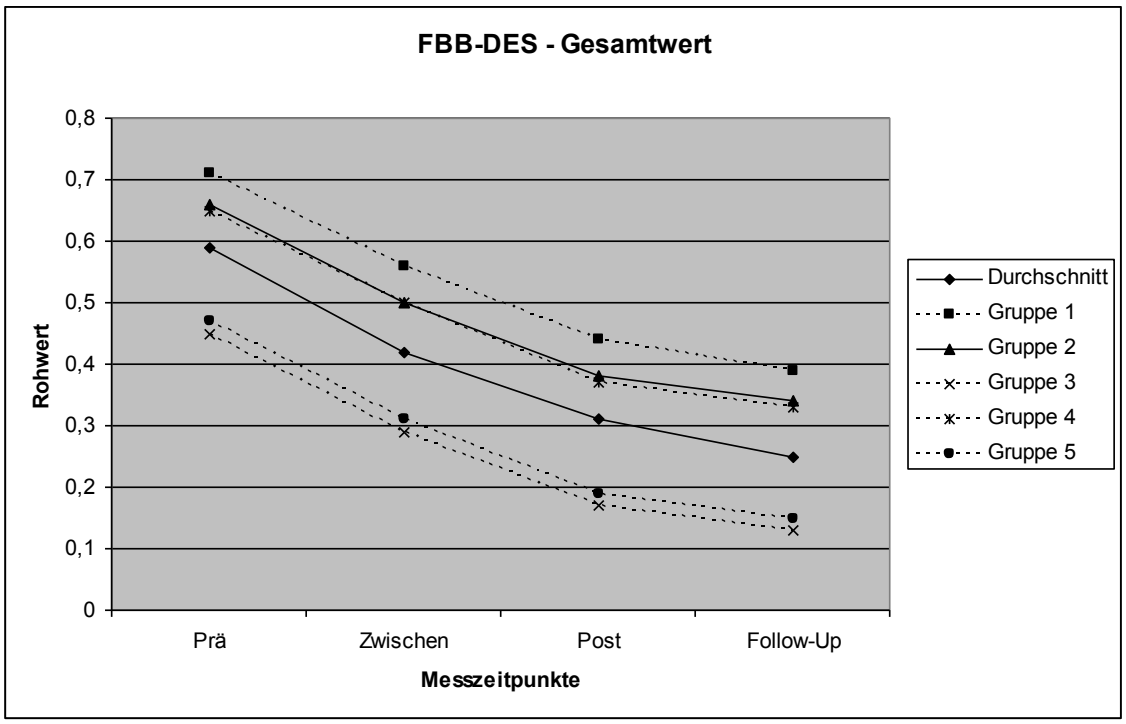


Abbildung 4-6: Grafische Darstellung der geschätzten Regressionsgerade für den FBB-DES nach dem Random Intercept Model

Tabelle 4-6: Ergebnisse der Multilevel-Analyse für den FBB-DES

	Nennerfreiheitsgrade	**F-Wert**	**Signifikanz**
Prämessung als Referenz			
Konstanter Term	28,274	76,654	
Vergleich PräZwi (β^1)	38,081	5,860	**.010***
Vergleich PräPost (β^2)	37,089	22,909	**.000****
Vergleich PräFUP (β^3)	38,217	22,595	**.000****
Zwischenmessung als Referenz			
Konstanter Term	41,251	30,104	
Vergleich ZwiPrä (β^1)	38,081	5,860	**.010***
Vergleich ZwiPost (β^2)	37,540	2,862	**.049***
Vergleich Zwi-FUP (β^3)	37,940	4,711	**.018***

Die weitergehenden Analysen zur Untersuchung des Einflusses des Gruppenfaktors ergeben, dass sich die Gruppen nicht signifikant in ihren Ausgangswerten im FBB-DES unterscheiden, der Faktor Gruppe ist entsprechend der Hypothese nicht signifikant. Wird die Interaktion zwischen Gruppenfaktor und Messzeitpunkten zugelassen, weist die Gruppe 4 einen signifikant unterschiedlichen Prä-Post-Verlauf auf. Wie aus der Abbildung 4-7 ersichtlich, steigt in der Gruppe 4 in der Postmessung der Gesamtwert des FBB-DES an. Der gefundene Effekt gilt für diese Variable somit nicht für Gruppe 4. Der Verlauf der anderen Gruppen ist relativ gleich, das heißt, es gibt keine weiteren signifikanten Interaktionen, so dass die durchschnittliche Regressionsgerade die Verläufe der Gruppen 1,2,3 und 5 relativ gut abbildet.

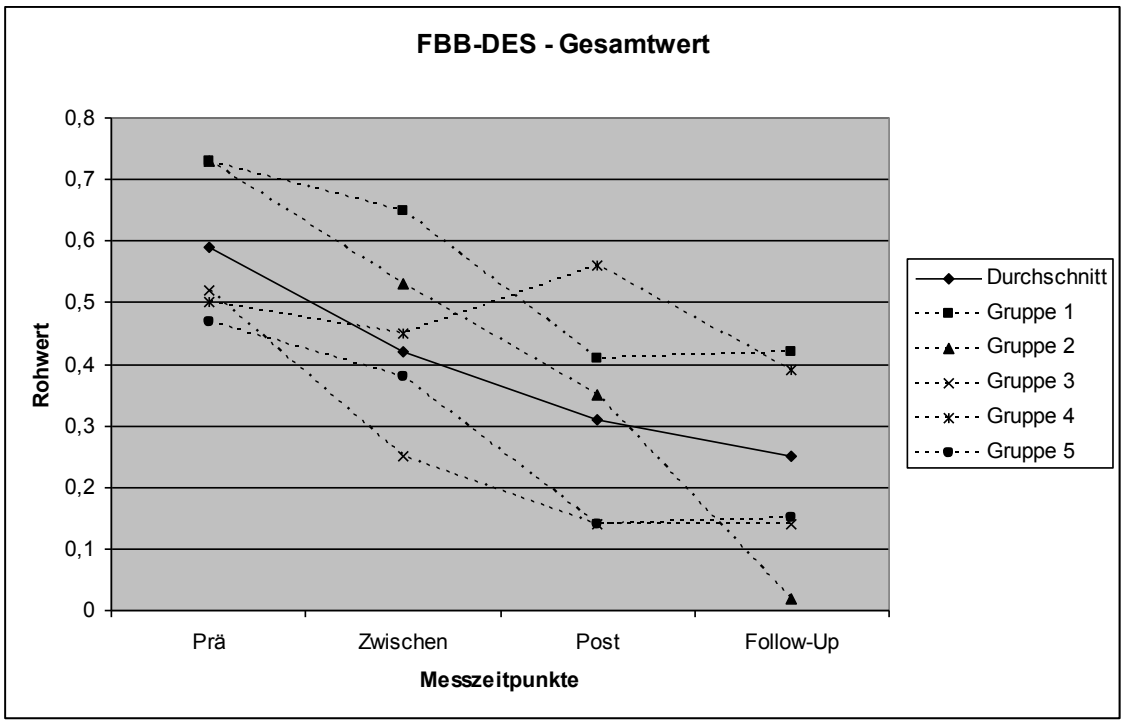


Abbildung 4-7: Grafische Darstellung der geschätzten Regressionsgerade für den FBB-DES nach dem Random Intercept and Slope Model

Tabelle 4-7 stellt die tatsächlichen Mittelwerte, Standardabweichungen und Ranges der Verfahren zur Depressionsdiagnostik zusammenfassend dar.

Tabelle 4-7: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Ranges (R) für den Gesamtwert des DIKJ, die Gesamtskala depressive Störungen (Schweregrad) des SBB/FBB-DES

Verfahren/max. Rohwertsumme	Prä	Zwischen	Post	FUP
DIKJ (RW_{max} = 46)	M = 11,68	M = 11,69	M = 8,40	M = 7,20
	SD = 6,15	SD = 6,56	SD = 5,74	SD = 6,54
	R: 1 – 27	R: 0 – 23	R: 1 – 23	R: 0 – 20
SBB-DES (RW_{max} = 3)	M = 0,50	M = 0,38	M = 0,35	M = 0,34
	SD = 0,48	SD = 0,33	SD = 0,32	SD = 0,33
	R: 0 – 1,50	R: 0 – 1,03	R: 0 – 1,07	R: 0 – 0,84
FBB-DES (RW_{max} = 3)	M = 0,59	M = 0,39	M = 0,27	M = 0,26
	SD = 0,32	SD = 0,28	SD = 0,26	SD = 0,24
	R: 0,03 – 1,19	R: 0,04 – 0,81	R: 0 – 0,92	R: 0 – 0,77

4.1.3 Reduktion der generalisierten und sozialen Ängstlichkeit im SBB/ FBB-ANG

Zur Angstdiagnostik wird der SBB bzw. FBB-ANG eingesetzt. Bei den Analysen sind der Gesamtscore sowie der Skalenwert soziale Angst von Interesse. Die Überprüfung der generellen Zeiteffekte ergibt für den Gesamtwert des SBB-ANG ein hochsignifikantes Ergebnis beim Vergleich der Prä- mit der Postmessung (F = 6,972, p = .006) und beim Vergleich der Prä- mit der Follow-Up-Messung (F = 5,132, p = .014). Im Verlauf der gesamten Untersuchung reduziert sich, wie erwartet, das Ausmaß der generalisierten Angst im Selbsturteil der Jugendlichen signifikant. Die Analyse der postulierten diskreten Zeiteffekte zeigt, dass die Baselinephase keinen Effekt hat, das heißt, der Vergleich der Prä- mit der Zwischenmessung ist erwartungsgemäß nicht signifikant (F = 0,010, p = .461). Der Vergleich der Zwischen- mit der Postmessung wird hochsignifikant (F = 6,938, p = 006), das heißt, die Angstwerte reduzieren sich im Laufe der Treatmentphase. Die Tatsache, dass der Vergleich der Zwischenmessung mit der Follow-Up-Messung weiterhin signifikant wird, spricht für eine Stabilität des Effektes (F = 5,120, p = .015). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich für den Gesamtscore des SBB-ANG somit alle Annahmen der Hypothese bestätigen.

Die Schätzungen fester Parameter für das Jugendlichenurteil lauten für das 1. Modell (Vergleich mit der Prämessung): $\alpha = 0,55$; $\beta^1 = 0,01$; $\beta^2 = -0,19$; $\beta^3 = -0,19$. Die sich daraus

ergebende geschätzte Regressionsgerade ist in Abbildung 4-8 graphisch dargestellt und veranschaulicht, dass die Werte in der Baselinephase relativ stabil bleiben und sich erst in der Interventionsphase die Verbesserungen zeigen. In dem leicht abgewandelten 2. Modell (Vergleich mit der Zwischenmessung) ergeben sich die folgenden festen Parameter: $\alpha = 0{,}55$; $\beta^1 = -0{,}08$; $\beta^2 = -0{,}20$; $\beta^3 = -0{,}20$. Die Nennerfreiheitsgrade, die F-Werte und Signifikanzniveaus für die einzelnen Analysen sind in Tabelle 4-8 zusammengefasst.

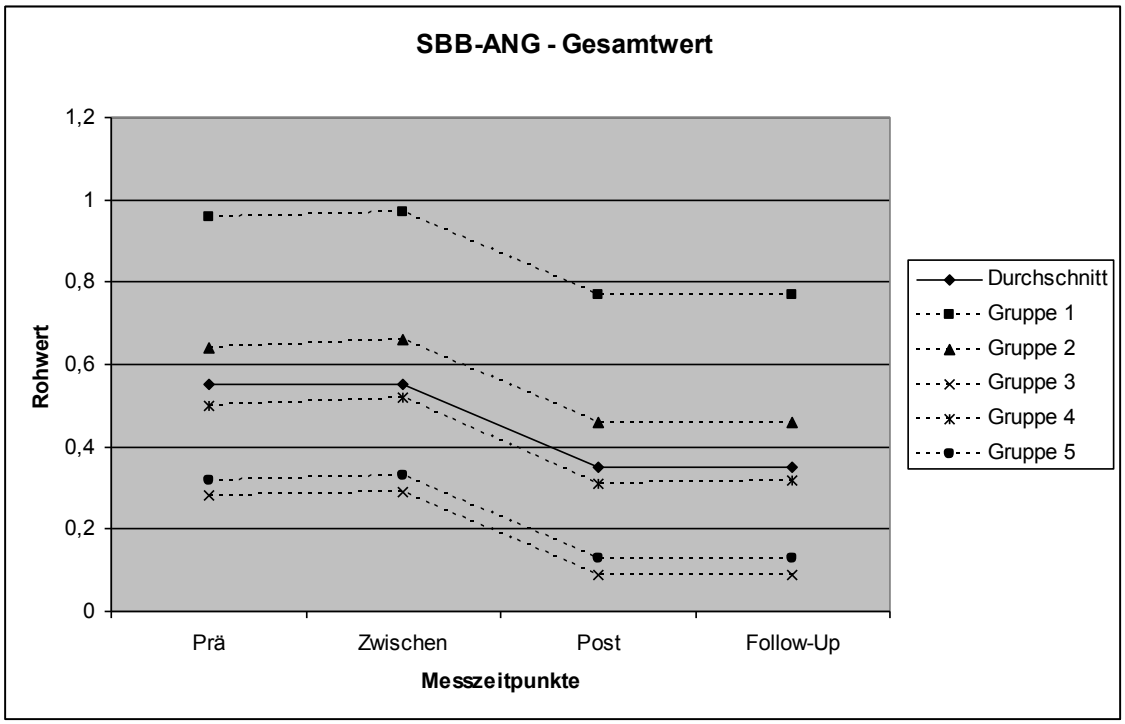


Abbildung 4-8: Grafische Darstellung der geschätzten Regressionsgerade für den Gesamtwert des SBB-ANG nach dem Random Intercept Model

Tabelle 4-8: Ergebnisse der Multilevel-Analyse für den Gesamtwert des SBB-ANG

	Nennerfreiheitsgrade	**F-Wert**	**Signifikanz**
Prämessung als Referenz			
Konstanter Term	32,623	36,675	
Vergleich PräZwi (β^1)	43,459	0,010	.461
Vergleich PräPost (β^2)	43,392	6,972	**.006****
Vergleich PräFUP (β^3)	44,182	5,132	**.014***

	Nennerfreiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Zwischenmessung als Referenz			
Konstanter Term	35,231	35,757	
Vergleich ZwiPrä (β^1)	43,459	0,010	.461
Vergleich ZwiPost (β^2)	43,666	6,938	**.006****
Vergleich Zwi-FUP (β^3)	44,620	5,120	**.015***

In den weitergehenden Analysen zur Untersuchung des Einflusses des Gruppenfaktors zeigt die Gruppe 1 einen signifikant höheren Ausgangswert im SBB-ANG im Vergleich zu den anderen Gruppen. Wird die Interaktion des Gruppenfaktors mit den Messzeitpunkten zugelassen, ergeben sich keine signifikanten Interaktionen, das heißt, trotz der höheren Problembelastung der Gruppe 1 im Gesamtwert ist der Verlauf aller Gruppen vergleichbar. Die dargestellten Ergebnisse des durchschnittlichen Gruppenverlaufes können demnach ohne besondere Einschränkungen interpretiert werden.

Im SBB-ANG ist neben dem Gesamtwert auch der Kennwert für soziale Angst von Interesse. Ebenso wie beim Gesamtwert lassen sich alle Annahmen der Hypothese bestätigen. Es zeigt sich über alle Gruppen hinweg sowohl ein hochsignifikantes Ergebnis beim Vergleich der Prä- mit der Postmessung ($F = 8{,}848$ $p = .003$) als auch beim Vergleich der Prä- mit der Follow-Up-Messung ($F = 8{,}568$ $p = .003$). In den Analysen zur Überprüfung der diskreten Zeiteffekte wird ein nicht signifikantes Ergebnis beim Vergleich der Prä- mit der Zwischenmessung erzielt ($F = 0{,}042$, $p = .420$). Die visuelle Inspektion (siehe Abbildung 4-9) veranschaulicht, dass die Baselinephase keinen Effekt auf die Ausprägung der sozialen Angst in der Selbstbeurteilung der Jugendlichen zu haben scheint. Wie erwartet, zeigt sich ein Effekt erst in der Treatmentphase, der Vergleich der Zwischen- mit der Postmessung ist signifikant ($F = 9{,}366$, $p = .002$). Die Verbesserungen sind stabil, wie der Vergleich der Zwischen- mit der Follow-Up-Messung verdeutlicht ($F = 8{,}932$, $p = .002$).

Die Schätzung der festen Parameter im Modell, in dem die Prämessung den Bezugspunkt bildet, ergibt: $\alpha = 0{,}62$; $\beta^1 = 0{,}19$; $\beta^2 = -0{,}26$, $\beta^3 = -0{,}30$. Im Modell, das die Zwischenmessung als Bezugspunkt wählt, lauten die festen Parameter: $\alpha = 0{,}64$; $\beta^1 = -0{,}02$; $\beta^2 = -0{,}28$; $\beta^3 = -0{,}32$.

Die Nennerfreiheitsgrade, die F-Werte und Signifikanzniveaus für die einzelnen Analysen sind in Tabelle 4-9 zusammengefasst.

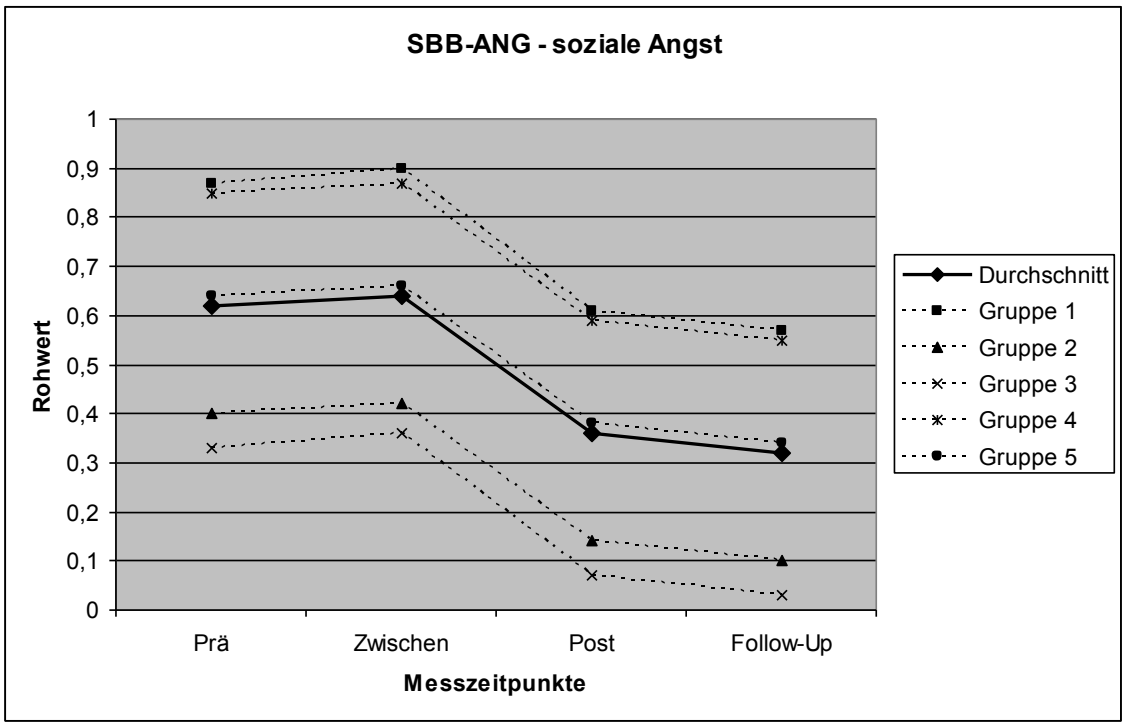


Abbildung 4-9: Grafische Darstellung der geschätzten Regressionsgerade für den Kennwert soziale Angst des SBB-ANG nach dem Random Intercept Model

Tabelle 4-9: Ergebnisse der Multilevel-Analyse für den Kennwert soziale Angst des SBB-ANG

	Nennerfreiheitsgrade	**F-Wert**	**Signifikanz**
Prämessung als Referenz			
Konstanter Term	28,907	27,186	
Vergleich PräZwi (β^1)	42,826	0,042	.420
Vergleich PräPost (β^2)	42,778	8,848	**.003****
Vergleich PräFUP (β^3)	43,386	8,568	**.003****
Zwischenmessung als Referenz			
Konstanter Term	30,985	27,634	
Vergleich ZwiPrä (β^1)	42,826	0,042	.420
Vergleich ZwiPost (β^2)	42,990	9,366	**.002****
Vergleich Zwi-FUP (β^3)	43,723	8,932	**.003****

In den zusätzlichen Analysen zur Untersuchung des Einflusses des Gruppenfaktors werden entsprechend der Hypothese weder der Faktor Gruppe noch die Interaktionen zwischen dem Gruppenfaktor und den Messzeitpunkten signifikant. Die durchschnittliche geschätzte Regressionsgerade ist somit zur Interpretation des Verlaufs im SBB-ANG geeignet.

Die Ergebnisse im Elternurteil (FBB-ANG) stimmen mit dem Jugendlichenurteil weitgehend überein. Der Vergleich der Prä- mit der Postmessung ($F = 18,690$, $p = .000$) und der Vergleich der Prä- mit der Follow-Up-Messung ergeben hochsignifikante Ergebnisse ($F = 15,102$, $p = .000$). Somit bestätigt sich die Hypothese, dass es im gesamten Verlauf zu einer signifikanten Reduktion der generalisierten Angst aus Sicht der Eltern kommt. Die Baselinephase führt, wie angenommen, nicht zu einer bedeutsamen Symptomreduktion, wie das nicht signifikante Ergebnis beim Vergleich der Prä- mit der Zwischenmessung ($F = 0,722$, $p = .200$) und die graphische Veranschaulichung des zeitlichen Verlaufs der Angstwerte (siehe Abbildung 4-10) nahelegen. Wie erwartet, ist die Treatmentphase diejenige, in der sich die Angstwerte reduzieren, dies zeigt sich in einem hochsignifikanten Ergebnis beim Vergleich der Zwischen- mit der Postmessung ($F = 8,990$, $p = .003$). Der Vergleich der Zwischen- mit der Follow-Up-Messung wird ebenfalls hochsignifikant, was für eine Stabilität des Effektes zehn Wochen nach Behandlungsende spricht ($F = 8,423$, $p = .003$).

Die Schätzungen fester Parameter für das Elternurteil lauten für das 1. Modell (Vergleich mit der Prämessung): $\alpha = 0,44$; $\beta^1 = -0,04$; $\beta^2 = -0,20$; $\beta^3 = -0,21$. In dem leicht abgewandelten 2. Modell (Vergleich mit der Zwischenmessung) ergeben sich die folgenden festen Parameter: $\alpha = 0,40$; $\beta^1 = 0,04$; $\beta^2 = -0,15$; $\beta^3 = -0,17$. Die Nennerfreiheitsgrade, die F-Werte und Signifikanzniveaus für die einzelnen Analysen sind in Tabelle 4-10 zusammengefasst.

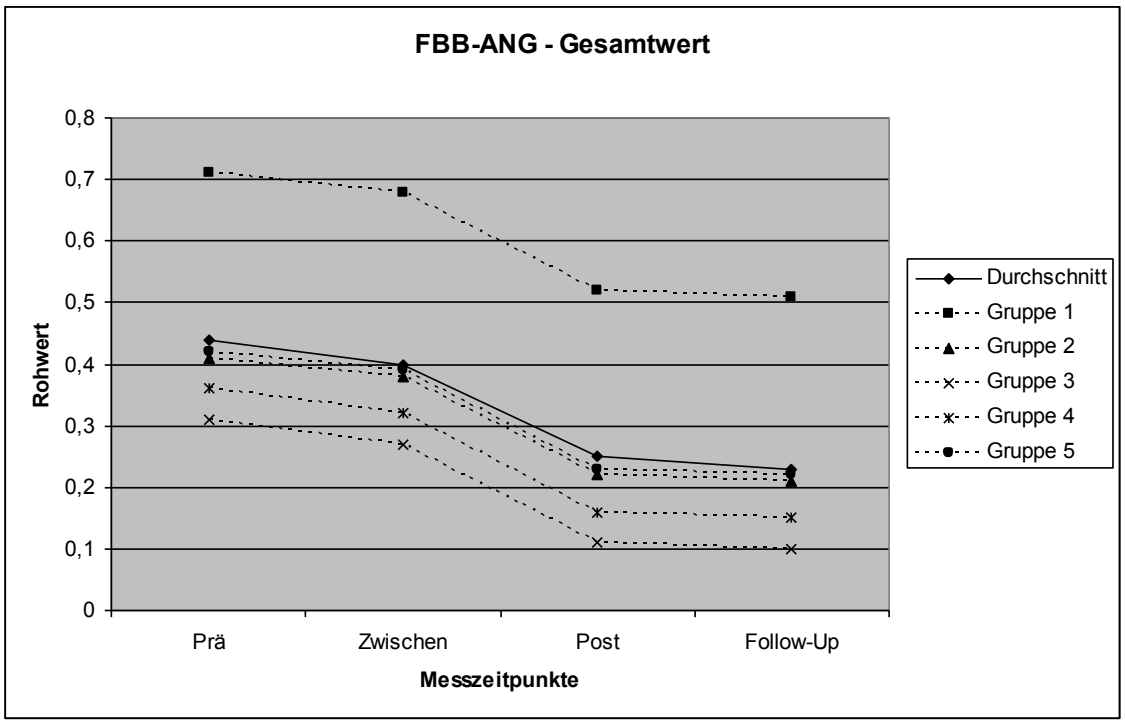


Abbildung 4-10: Grafische Darstellung der geschätzten Regressionsgerade für den Gesamtwert des FBB-ANG nach dem Random Intercept Model

Tabelle 4-10: Ergebnisse der Multilevel-Analyse für den Gesamtwert des FBB-ANG

	Nennerfreiheitsgrade	**F-Wert**	**Signifikanz**
Prämessung als Referenz			
Konstanter Term	27,852	54,807	
Vergleich PräZwi (β^1)	41,946	0,722	.200
Vergleich PräPost (β^2)	41,236	18,690	**.000****
Vergleich PräFUP (β^3)	42,253	15,102	**.000****
Zwischenmessung als Referenz			
Konstanter Term	35,115	38,401	
Vergleich ZwiPrä (β^1)	41,946	0,722	.200
Vergleich ZwiPost (β^2)	41,850	8,990	**.003****
Vergleich Zwi-FUP (β^3)	42,193	8,423	**.003****

Die weitergehenden Analysen bezüglich des Gruppenfaktors ergeben, dass die Gruppen im Gesamtwert des Angstfragebogens vergleichbare Ausgangswerte aufweisen. Entgegen der Hypothese und im Unterschied zum Jugendlichenurteil unterscheidet sich die Gruppe 1 signifikant in dem Verlauf ihrer Angstwerte beim Vergleich der Prä- mit der Zwischenmessung. Wie in der Abbildung 4-11 zu sehen ist, zeigt die Gruppe 1 zum Zwischenmesszeitpunkt einen Anstieg im Gesamtscore des FBB-ANG, wohingegen die anderen vier Gruppen gleichbleibende bzw. leicht abnehmende Werte aufweisen. Somit kann der Wert der Gruppe 1 als Ausreißer gewertet werden, was bei der Interpretation des durchschnittlichen Gruppenverlaufs zu berücksichtigen ist.

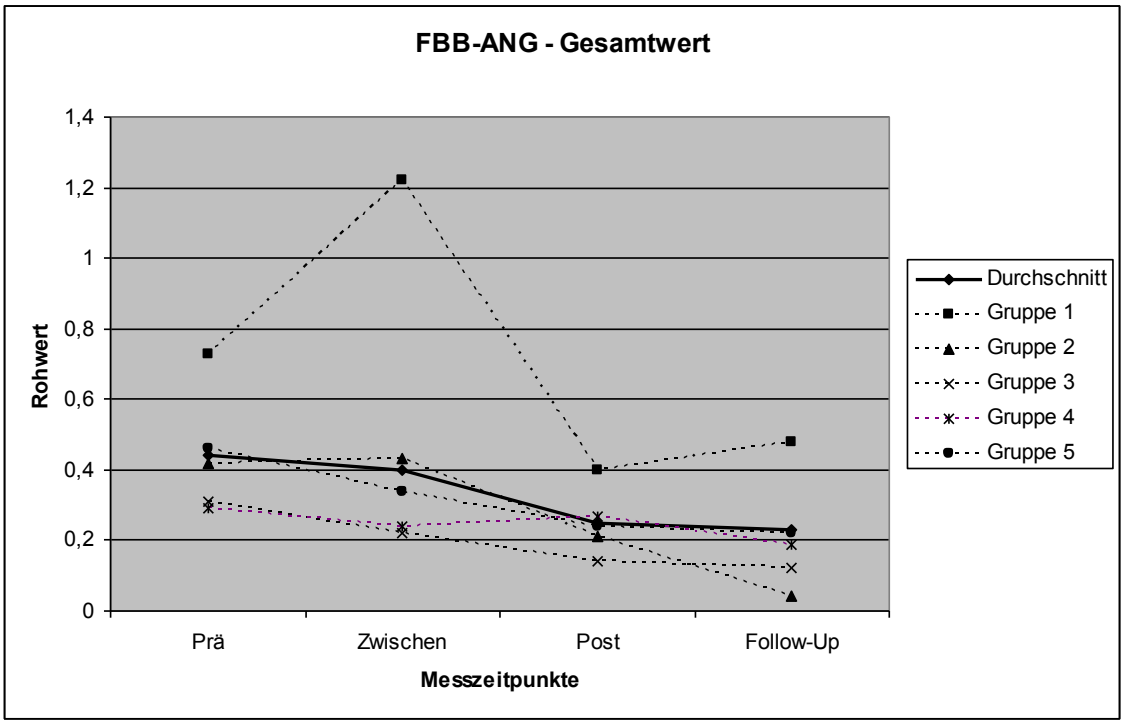


Abbildung 4-11: Grafische Darstellung der geschätzten Regressionsgerade für den Gesamtwert des FBB-ANG nach dem Random Intercept and Slope Model

Wird der Kennwert soziale Angst im Elternurteil analysiert, bestätigen sich alle Annahmen der Hypothese. Der Vergleich der Prä- mit der Postmessung ist hochsignifikant ($F = 15{,}295$, $p = .000$). Das Ausmaß der sozialen Angst reduziert sich im Verlauf. Der Effekt ist stabil und ist auch beim Vergleich mit der Follow-Up-Messung noch hochsignifikant ($F = 16{,}829$, $p = .000$). Die Ergebnisse der Überprüfung der diskreten Zeiteffekte weisen darauf hin, dass die Baselinephase im Elternurteil noch nicht zu einer signifikanten Reduktion sozialer Ängste führt ($F = 1{,}641$, $p = .104$), sondern erst in der Treatmentphase statistisch bedeutsame Verbesserungen erzielt werden ($F = 4{,}836$, $p = .033$). Die Symptomatik nimmt zum Follow-Up-Zeitpunkt weiter ab, so dass der

Vergleich der Zwischen- mit der Follow-Up-Messung sogar hochsignifikant wird ($F = 0{,}490$, $p = .005$).

Im ersten Modell lauten die festen Parameter $\alpha = 0{,}63$, $\beta^1 = -0{,}10$, $\beta^2 = -0{,}28$, $\beta^3 = -0{,}36$. Die sich daraus ergebende geschätzte Regressionsgerade wird in Abbildung 4-12 graphisch dargestellt. Die visuelle Inspektion des Verlaufs weist trotz des nicht signifikanten Vergleichs der Prä- mit der Zwischenmessung bereits auf tendenzielle Verbesserungen in dieser Phase hin. Wird die Zwischenmessung als Referenz genommen, beträgt die Schätzung der festen Parameter des Modells $\alpha = ,53$; $\beta^1 = 0{,}10$, $\beta^2 = -0{,}18$ $\beta^3 = -0{,}26$. Die Nennerfreiheitsgrade, die F-Werte und Signifikanzniveaus für die einzelnen Analysen sind in Tabelle 4-11 zusammengefasst.

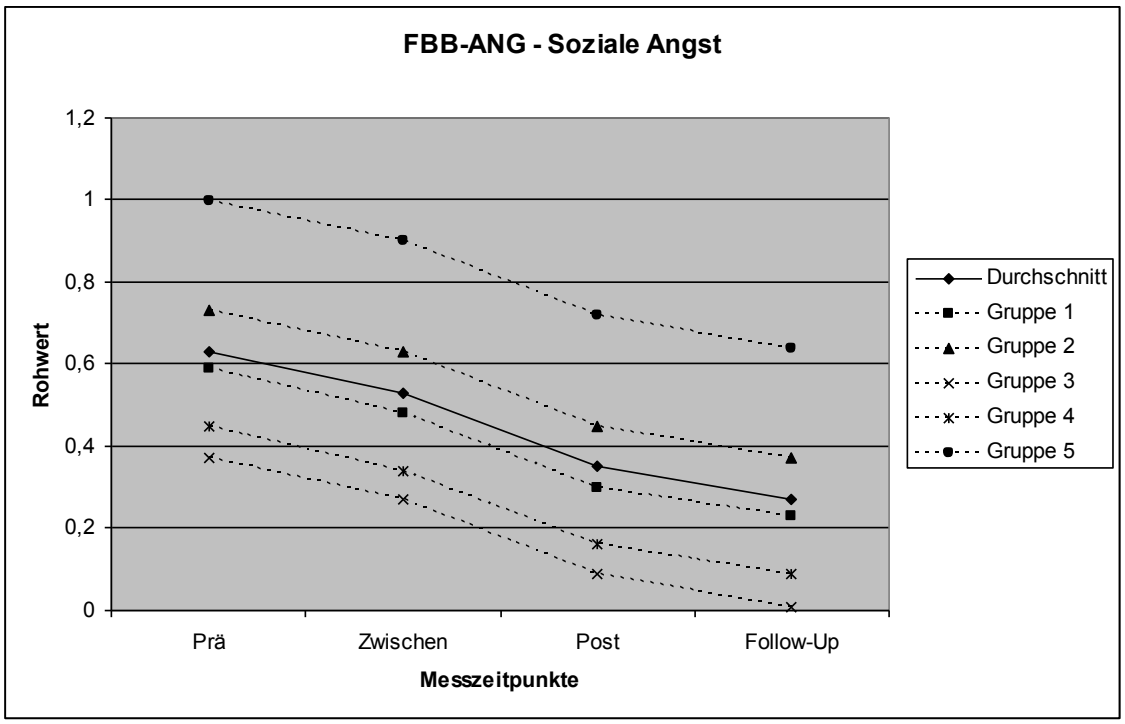


Abbildung 4-12: Grafische Darstellung der geschätzten Regressionsgerade für den Kennwert soziale Angst des FBB-ANG nach dem Random Intercept Model

Tabelle 4-11: Ergebnisse der Multilevel-Analyse für den Kennwert soziale Angst des FBB-ANG

	Nennerfreiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Prämessung als Referenz			
Konstanter Term	25,573	32,044	
Vergleich PräZwi (β^1)	42,024	1,641	.104
Vergleich PräPost (β^2)	41,521	15,295	**.000****
Vergleich PräFUP (β^3)	42,237	16,829	**.000****
Zwischenmessung als Referenz			
Konstanter Term	31,005	19,880	
Vergleich ZwiPrä (β^1)	42,024	1,641	.104
Vergleich ZwiPost (β^2)	41,956	4,836	**.033****
Vergleich Zwi-FUP (β^3)	42,193	7,490	**.005****

In den weitergehenden Analysen zeigt sich, dass die Gruppenunterschiede in den Ausgangswerten im FBB-ANG nicht signifikant werden. Werden die Interaktionen der Gruppen mit den Messzeitpunkten betrachtet, so werden diese ebenfalls nicht signifikant. Die durchschnittliche geschätzte Regressionsgerade ist somit geeignet, den Verlauf aller Gruppen auf dieser Variablen abzubilden.

Die Tabelle 4-12 fasst die maximal erreichbaren Rohwertsummen sowie Mittelwerte, Standardabweichungen und Ranges für die tatsächlichen Daten der eingesetzten Verfahren zur Angstdiagnostik zusammen.

Tabelle 4-12: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Ranges (R) für den Gesamtwert und den Kennwert Soziale Angst des SBB/FBB-ANG

Verfahren/max. Rohwertsumme	Prä	Zwischen	Post	FUP
$SBB\text{-}ANG_{Ges}$ ($RW_{max} = 3$)	M = 0,54	M = 0,58	M = 0,34	M = 0,37
	SD = 0,42	SD = 0,48	SD = 0,39	SD = 0,30
	R: 0,06–1,80	R: 0–1,80	R: 0–1,71	R: 0–1,00
$SBB\text{-}ANG_{SozAng}$ ($RW_{max} = 3$)	M = 0,64	M = 0,63	M = 0,37	M = 0,45
	SD = 0,46	SD = 0,56	SD = 0,56	SD = 0,54
	R: 0–1,90	R: 0–1,90	R: 0–1,83	R: 0–1,50
$FBB\text{-}ANG_{Ges}$ ($RW_{max} = 3$)	M = 0,44	M = 0,41	M =0,25	M = 0,17
	SD = 0,29	SD = 0,39	SD = 0,14	SD = 0,09
	R: 0,09–1,50	R: 0,06–0,60	R: 0–0,60	R: 0–0,32
$FBB\text{-}ANG_{SozAng}$ ($RW_{max} = 3$)	M = 0,63	M = 0,60	M = 0,36	M = 0,35
	SD = 0,62	SD = 0,54	SD = 0,45	SD = 0,34
	R: 0–2,00	R: 0–1,67	R: 0– ,66	R: 0–1,16

4.2 Reduktion externalisierenden Problemverhaltens

In diesem Kapitel wird die zweite Hypothese betrachtet, die Veränderungen im externalisierenden Problemverhalten im Laufe der Behandlung annimmt. Genauer gesagt, wird im ersten Teil der Hypothese der generelle Zeiteffekt untersucht. Es wird angenommen, dass der Vergleich der Prä- mit der Post- und der Vergleich der Prä- mit der Follow-Up-Messung signifikant werden, das heißt, externalisierendes Problemverhalten im gesamten zeitlichen Verlauf abnimmt. Um Hinweise darauf zu bekommen, ob die Verbesserung auf die Gruppentherapie zurückzuführen ist, werden zusätzlich diskrete Zeiteffekte analysiert:

a) Die Baselinephase hat keinen Effekt, das heißt, der Vergleich der Prä- mit der Zwischenmessung wird nicht signifikant.
b) Die Treatmentphase führt zu einer Reduktion externalisierenden Problemverhaltens,
c) das heißt, der Vergleich der Zwischen- mit der Postmessung wird signifikant.

d) Der Effekt ist zeitlich stabil, das heißt, der Vergleich der Zwischen- mit der Follow-Up-Messung wird signifikant.

Zur Überprüfung der zweiten Hypothese wird der Breitbandfaktor „Externalisierung“ (vgl. 3.3.1 und 3.3.2) sowie der Gesamtwert des SBB- und FBB-SVV (siehe 3.3.6) verwandt. Bei allen drei Kennwerten handelt es sich um Syndromskalen, so dass a priori eine Reduktion der Rohwertsummen im zeitlichen Verlauf erwartet wird.

4.2.1 Reduktion externalisierenden Problemverhaltens im YSR/11-18 und in der CBCL/4-18

Zunächst werden die Ergebnisse des Breitbandfaktors Externalisierung des YSR/11-18 und der CBCL/4-18 dargestellt, wobei mit dem Jugendlichenurteil begonnen wird. Da es sich um eine Syndromskala handelt, wird a priori die Reduktion der Rohwertsummen erwartet. Entgegen der Hypothese ergibt sich im Verlauf von der Prä- zur Postmessung keine signifikante Abnahme im externalisierenden Problemverhalten ($F = 2{,}561$, $p = .060$). Allerdings zeigt sich eine starke Tendenz der Werte in die vorhergesagte Richtung. Der Vergleich der Prä- mit der Follow-Up-Messung ergibt ein hochsignifikantes Ergebnis ($F = 7{,}490$, $p = .005$). Bei der Betrachtung der diskreten Zeiteffekte wird deutlich, dass weder die Baselinephase noch die Treatmentphase signifikante Reduktionen im externalisierenden Problemverhalten im Jugendlichenurteil bewirken. Wird der durchschnittliche Gruppenverlauf betrachtet (siehe Abbildung 4-13), fällt auf, dass entgegen der Annahme im Verlauf von der Prä- zur Zwischenmessung eine tendenzielle Verbesserung erzielt wird ($F = 2{,}575$, $p = .060$), die Werte im Verlauf der Gruppentherapie (Vergleich der Zwischen- mit der Postmessung) jedoch stabil bleiben bzw. sogar leicht ansteigen ($F = 0{,}027$, $p = .435$). Erst nach Beendigung der Gruppentherapie kommt es zu einer weiteren Reduktion der durchschnittlichen Werte im externalisierenden Problemverhalten. Diese ist jedoch nicht ausreichend, so dass der Vergleich der Zwischen- mit der Follow-Up-Messung nicht signifikant wird ($F = 1{,}101$, $p = .151$).

Die Parameterschätzung des 1. Modells (Vergleich mit der Prämessung) ergibt: $\alpha = 13{,}58$, $\beta^1 = -2{,}99$, $\beta^2 = -2{,}66$, $\beta^3 = -5{,}29$. Wird die Zwischenmessung als Bezugspunkt gewählt, resultieren die folgenden festen Parameter: $\alpha = 10{,}59$, $\beta^1 = 2{,}99$, $\beta^2 = -0{,}32$, $\beta^3 = -2{,}30$. Die Nennerfreiheitsgrade, die F-Werte und Signifikanzniveaus für die einzelnen Analysen sind in Tabelle 4-13 zusammengefasst.

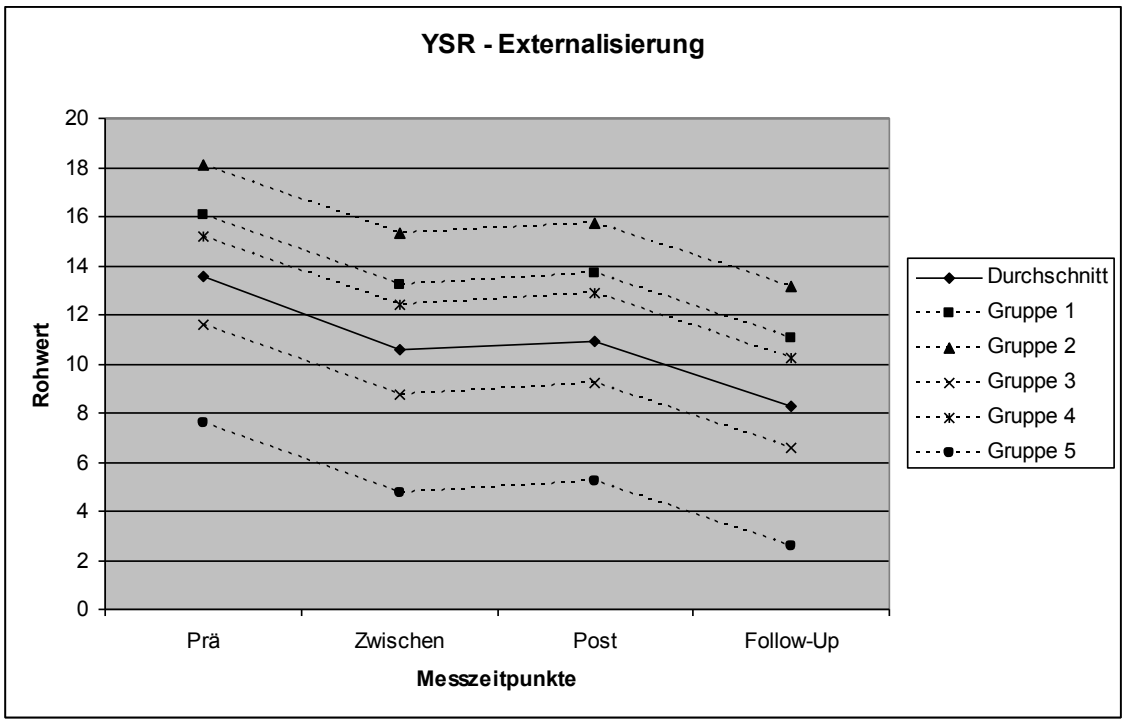


Abbildung 4-13: Grafische Darstellung der geschätzten Regressionsgerade für den Breitbandfaktor Externalisierung des YSR/11-18 nach dem Random Intercept Model

Tabelle 4-13: Ergebnisse der Multilevel-Analyse für den Kennwert Externalisierung der YSR/11-18

	Nennerfreiheitsgrade	**F-Wert**	**Signifikanz**
Prämessung als Referenz			
Konstanter Term	27,559	55,473	
Vergleich PräZwi (β^1)	34,756	2,575	.060
Vergleich PräPost (β^2)	34,337	2,561	.060
Vergleich PräFUP (β^3)	34,907	7,490	**.005****
Zwischenmessung als Referenz			
Konstanter Term	39,687	24,983	
Vergleich ZwiPrä (β^1)	34,756	2,575	.060
Vergleich ZwiPost (β^2)	34,795	0,027	.435
Vergleich Zwi-FUP (β^3)	35,059	1,101	.151

Wird der Einfluss des Gruppenfaktors untersucht, resultiert, dass sich die Gruppe 2 entgegen der Annahme signifikant von den anderen Gruppen hinsichtlich ihres Ausgangswertes im Faktor Externalisierung unterscheidet. Sie weist eine stärkere Symptombelastung bei der Prämessung im Vergleich zu den anderen Gruppen auf. Wird zusätzliche eine individuelle Steigung der Gruppen im Modell zugelassen, zeigt sich jedoch ein vergleichbarer Verlauf der verschiedenen Gruppen.

Im Elternurteil wird im Unterschied zum Jugendlichenurteil, jedoch in Übereinstimmung mit der Hypothese, eine hochsignifikante Reduktion im externalisierenden Problemverhalten im zeitlichen Verlauf von der Prä- zur Postmessung ($F = 12{,}785$, $p = .030$) und auch von der Prä- zur Follow-Up-Messung ($F = 38{,}265$, $p = .001$) erzielt. Die Betrachtung der diskreten Zeiteffekte ergibt jedoch bereits eine signifikante Verbesserung im Laufe der Baselinephase, das heißt beim Vergleich der Prä- mit der Zwischenmessung ($F = 3{,}781$, $p = .030$). Entgegen der Hypothese kann kein signifikanter Effekt in der Treatmentphase gefunden werden ($F = 2{,}276$, $p = .070$), bei einem Trend zu weiteren Verbesserungen. Auch der Vergleich der Zwischen- mit der Follow-Up-Messung wird knapp nicht signifikant ($F = 2{,}656$, $p = .060$).

Die Schätzung der festen Parameter beträgt im 1. Modell (Vergleich mit der Prämessung): $\alpha = 16{,}11$, $\beta^1 = -2{,}98$, $\beta^2 = -5{,}32$, $\beta^3 = -5{,}82$. Die sich daraus ergebende geschätzte Regressionsgerade ist in Abbildung 4-14 zu sehen. Im zweiten Modell (Vergleich mit der Zwischenmessung) lauten die Parameter: $\alpha = 13{,}12$, $\beta^1 = -2{,}98$, $\beta^2 = -2{,}34$, $\beta^3 = -2{,}84$. Die Nennerfreiheitsgrade, die F-Werte und Signifikanzniveaus für die einzelnen Analysen sind in Tabelle 4-14 zusammengefasst.

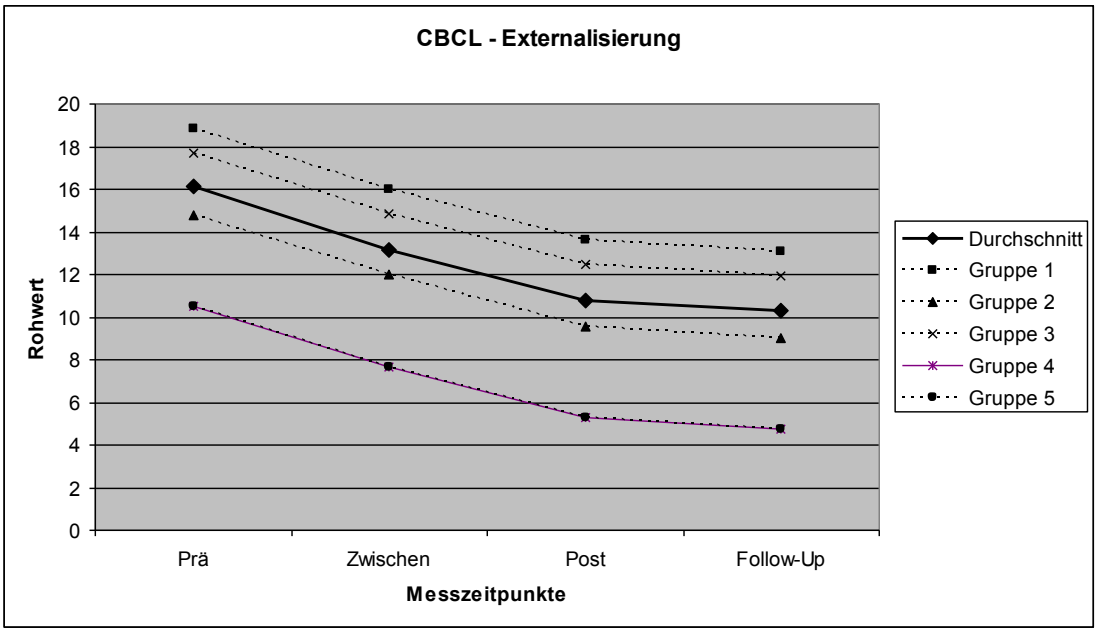


Abbildung 4-14: Grafische Darstellung der geschätzten Regressionsgerade für den Breitbandfaktor Externalisierung der CBCL/4-18 nach dem Random Intercept Model

Tabelle 4-14: Ergebnisse der Multilevel-Analyse für den Kennwert Externalisierung der CBCL/4-18

	Nennerfreiheitsgrade	**F-Wert**	**Signifikanz**
Prämessung als Referenz			
Konstanter Term	23,945	65,710	
Vergleich PräZwi (β^1)	38,201	3,781	**.030***
Vergleich PräPost (β^2)	37,974	14,025	**.001****
Vergleich PräFUP (β^3)	38,265	12,785	**.001****
Zwischenmessung als Referenz			
Konstanter Term	30,011	37,862	
Vergleich ZwiPrä (β^1)	38,201	3,781	**.030***
Vergleich ZwiPost (β^2)	37,469	2,276	.070
Vergleich Zwi-FUP (β^3)	37,830	2,656	.060

Die Überprüfung des Einflusses des Gruppenfaktors ergibt entsprechend den Hypothesen, dass weder der Faktor Gruppe noch die Interaktionen des Gruppenfaktors mit den Messzeitpunkten Signifikanz erreichen. Der durchschnittliche Gruppenverlauf ist dementsprechend geeignet, um den Verlauf aller Gruppen im externalisierenden Problemverhalten darzustellen.

Die Tabelle 4-15 gibt einen Überblick über die maximal erreichbaren sowie mittleren Rohwertsummen, Standardabweichungen und Ranges für die tatsächlichen Daten der Skala Externalisierung des YSR/11-18 und der CBCL/4-18.

Tabelle 4-15: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Ranges (R) für den Breitbandfaktor Externalisierung des YSR/11-18 und der CBCL/4-18

Verfahren/max. Rohwertsumme	Prä	Zwischen	Post	Follow-Up
YSR_{Ext} (RW_{max} = 60)	M = 13,58	M = 9,55	M = 10,53	M = 7,30
	SD = 8,07	SD = 6,65	SD = 8,93	SD = 6,30
	R: 1–31	R: 2–25	R: 2–35	R: 1–22
$CBCL_{Ext}$ (RW_{max} = 66)	M = 16,11	M = 12,54	M = 11,00	M = 10,18
	SD = 9,87	SD = 7,49	SD = 8,58	SD = 8,25
	R: 0–39	R: 1–30	R: 0–29	R: 0–26

4.2.2 Reduktion oppositionell-dissozialen Verhaltens im SBB/FBB-SSV

Als weiterer Kennwert externalisierenden Problemverhaltens werden die Gesamtwerte des SBB-SSV und FBB-SSV verwandt. Im Selbsturteil zeigen sich über den gesamten Verlauf relativ gleichbleibende Werte. Entgegen der Hypothese lassen sich keine generellen Zeiteffekte nachweisen, das heißt, der Vergleich der Prä- mit der Postmessung ($F = 0,712$, $p = .203$) und der Prä- mit der Follow-Up-Messung ($F = 1,430$, $p = .120$) werden nicht signifikant. Bei der Betrachtung der diskreten Zeitabschnitte ergeben sich ebenfalls keine signifikanten Werte. Die Baselinephase hat entsprechend der Erwartung keinen Effekt ($F = 0,232$, $p = .316$), es zeigt sich jedoch auch keine Verbesserung im Laufe der Treatmentphase ($F = 0,060$, $p = .404$). Beim Vergleich der Zwischen- mit der Follow-Up-Messung wird auch keine signifikante Reduktion des Gesamtwertes im SBB-SSV erzielt ($F = 2,275$, $p = .071$).

Die Schätzung der festen Modellparameter beim Vergleich mit der Prämessung ergibt: $\alpha = 0,39$, $\beta^1 = 0,03$, $\beta^2 = 0,44$, $\beta^3 = -0,80$. Die daraus resultierende geschätzte Regressionsgerade ist in Abbildung 4-15 zu sehen. Im zweiten Modell (Vergleich mit der

Zwischenmessung) lauten die festen Parameter: $\alpha = 0{,}42$, $\beta^1 = -0{,}03$, $\beta^2 = 0{,}01$, $\beta^3 = -0{,}12$. Die Nennerfreiheitsgrade, die F-Werte und Signifikanzniveaus für die einzelnen Analysen sind in Tabelle 4-16 zusammengefasst.

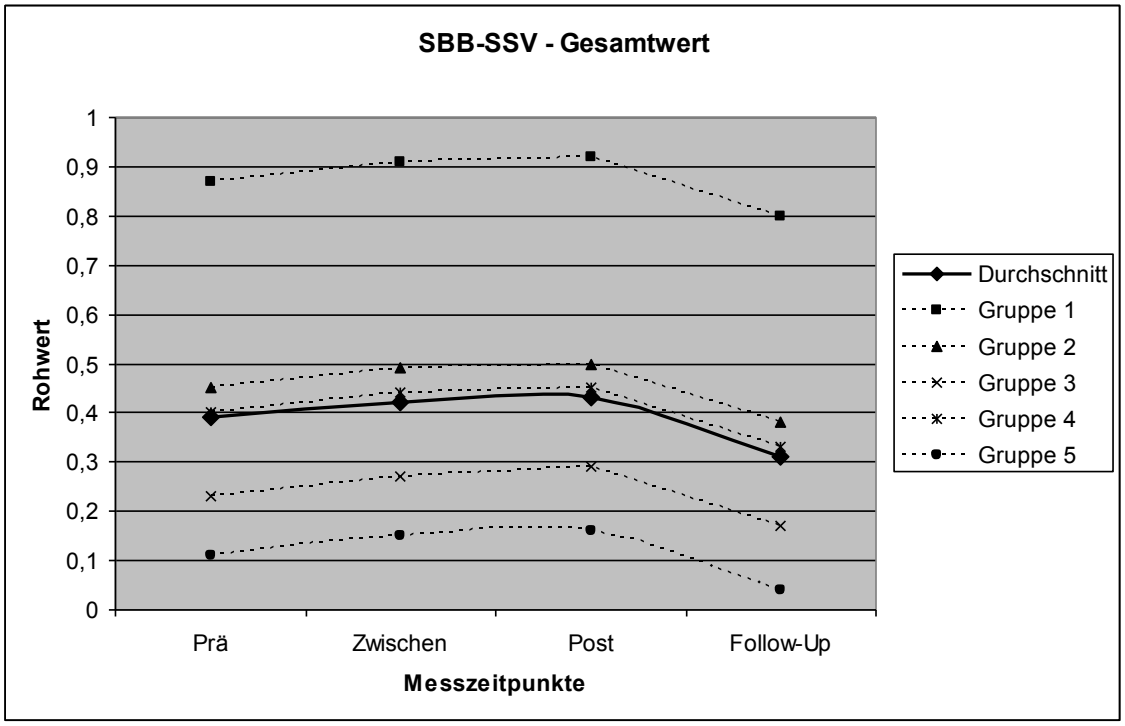


Abbildung 4-15: Grafische Darstellung der geschätzten Regressionsgerade für den Gesamtwert des SBB-SSV nach dem Random Intercept Model

Tabelle 4-16: Ergebnisse der Multilevel-Analyse für den Gesamtwert des SBB-SSV

	Nennerfreiheitsgrade	**F-Wert**	**Signifikanz**
Prämessung als Referenz			
Konstanter Term	21,403	15,359	
Vergleich PräZwi (β^1)	30,075	0,232	.316
Vergleich PräPost (β^2)	29,505	0,712	.203
Vergleich PräFUP (β^3)	29,698	1,430	.120

	Nennerfreiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Zwischenmessung als Referenz			
Konstanter Term	24,734	16,352	
Vergleich ZwiPrä (β^1)	30,075	0,232	.316
Vergleich ZwiPost (β^2)	29,666	0,060	.404
Vergleich Zwi-FUP (β^3)	29,765	2,275	.071

Die zusätzlichen Analysen zur Überprüfung der Bedeutsamkeit des Gruppenfaktors ergeben entgegen den Hypothesen, dass die Gruppe 1 sich signifikant in ihrem Ausgangswert von den anderen Gruppen unterscheidet. Sie zeigt eine höhere Symptombelastung in der Prämessung. Darüber hinaus sind die Interaktionen zwischen den Gruppen und Messzeitpunkten signifikant. Die Gruppen 1 und 4 weisen signifikant unterschiedliche Prä-Post-Verläufe auf. Wie in der Abbildung 4-16 ersichtlich, zeigen diese zum Post-Messzeitpunkt einen Anstieg im Gesamtwert des SBB-SSV. Die anderen drei Gruppen haben im Prä-Post-Verlauf relativ gleichbleibende Werte. Die signifikanten Interaktionen schränken die Interpretierbarkeit des durchschnittlichen Gruppenverlaufs ein. Die Betrachtung der Verläufe der Gruppen 2, 3 und 5 weist jedoch ebenfalls nicht auf eine deutliche Verbesserung im Laufe der Intervention hin, so dass sich auf dieser Variable keine Wirksamkeit des Treatments nachweisen ließ.

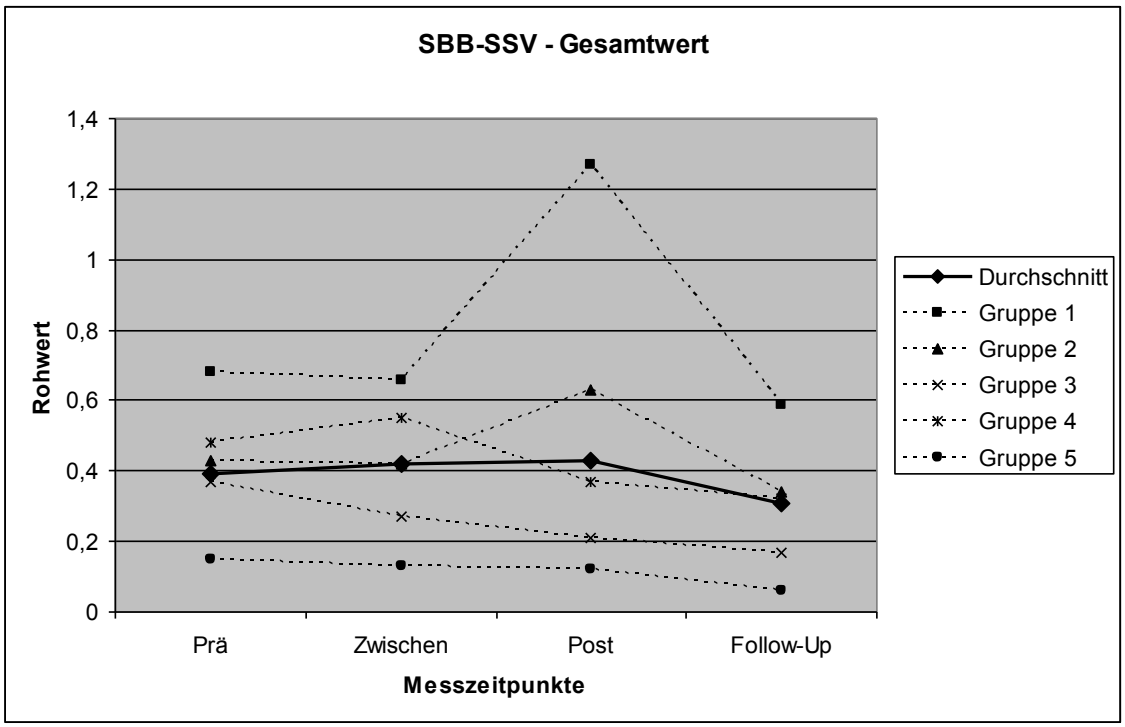


Abbildung 4-16: Grafische Darstellung der geschätzten Regressionsgerade für den Gesamtwert des SBB-SSV nach dem Random Intercept Model

Die Ergebnisse im Elternurteil weichen von denen der Selbstbeurteilung der Jugendlichen ab. Aus Sicht der Eltern zeigen sich entsprechend der Hypothese generelle Zeiteffekte beim Vergleich der Prä- mit der Postmessung ($F = 4{,}950$, $p = .016$) und beim Vergleich der Prä- mit der Follow-Up-Messung ($F = 7{,}191$, $p = .006$). Die gefundenen Symptomreduktionen lassen sich jedoch nicht eindeutig auf die Gruppenintervention zurückführen, was sich aus den Ergebnissen der Analyse der diskreten Zeiteffekte und der visuellen Inspektion der Verläufe ableiten lässt (siehe Abbildung 4-17). Die Baselinephase hat zwar entsprechend der Hypothese keinen signifikanten Effekt, jedoch ist ein eindeutiger Trend in Richtung einer Verbesserung des Gesamtwertes zu verzeichnen ($F = 2{,}626$, $p = .060$). Die Reduktion ist in dieser ersten Phase noch ausgeprägter als in der Treatmentphase. Weder beim Vergleich der Zwischen- mit der Postmessung ($F = 0{,}071$, $p = .400$) noch beim Vergleich der Zwischen- mit der Follow-Up-Messung ($F = 0{,}868$, $p = .179$) werden die erwarteten Effekte bestätigt, wenn auch der Trend stimmt.

Die Schätzung der festen Parameter beträgt: $\alpha = 0{,}49$, $\beta^1 = -0{,}11$, $\beta^2 = -0{,}13$, $\beta^3 = -0{,}18$. Im zweiten Modell (Vergleich mit der Zwischenmessung) lauten die festen Parameter: $\alpha = 0{,}39$, $\beta^1 = 0{,}11$, $\beta^2 = -0{,}02$, $\beta^3 = -0{,}07$. Die Nennerfreiheitsgrade, die F-Werte und Signifikanzniveaus für die einzelnen Analysen sind in Tabelle 4-17 zusammengefasst.

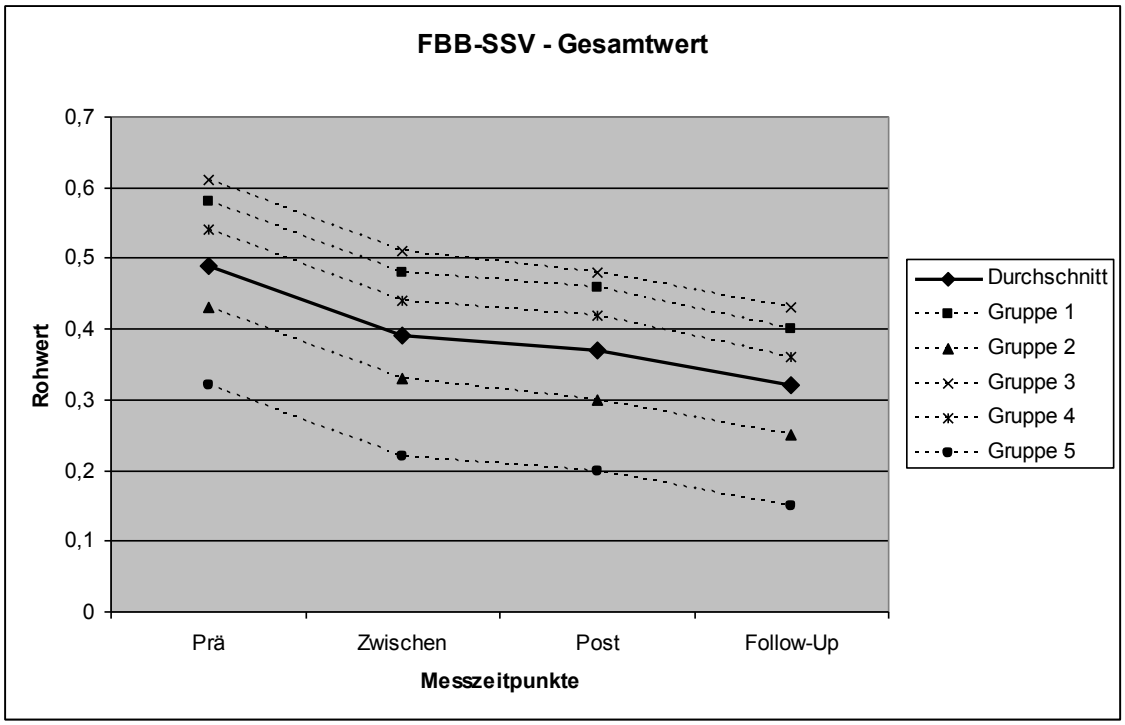


Abbildung 4-17: Grafische Darstellung der geschätzten Regressionsgerade für den Gesamtwert des FBB-SSV nach dem Random Intercept Model

Tabelle 4-17: Ergebnisse der Multilevel-Analyse für den Gesamtwert des FBB-SSV

	Nennerfreiheitsgrade	**F-Wert**	**Signifikanz**
Prämessung als Referenz			
Konstanter Term	31,503	62,281	
Vergleich PräZwi (β^1)	37,949	2,626	.060
Vergleich PräPost (β^2)	37,655	4,950	**.016***
Vergleich PräFUP (β^3)	37,946	7,191	**.006****
Zwischenmessung als Referenz			
Konstanter Term	44,786	27,998	
Vergleich ZwiPrä (β^1)	37,949	2,626	.060
Vergleich ZwiPost (β^2)	37,831	0,071	.400
Vergleich Zwi-FUP (β^3)	38,095	0,868	.179

In den zusätzlichen Analysen ist entsprechend der Hypothese der Gruppenfaktor nicht signifikant, das heißt, die Ausgangswerte aller Gruppen sind vergleichbar. Allerdings zeigt die Gruppe 1 einen signifikant unterschiedlichen Verlauf von Prä nach Follow-Up. Zum Follow-Up-Messzeitpunkt ist in der Gruppe 1 ein ausgeprägter Anstieg im Gesamtwert des FBB-SSV zu verzeichnen. Die Werte zu diesem Messzeitpunkt übersteigen deutlich die Ausgangswerte (siehe Abbildung 4-18). Alle anderen Interaktionen sind nicht signifikant, so dass die Verläufe der anderen Gruppe sich nicht signifikant unterscheiden und dem Verlauf der durchschnittlichen Regressionsgerade nahe kommen.

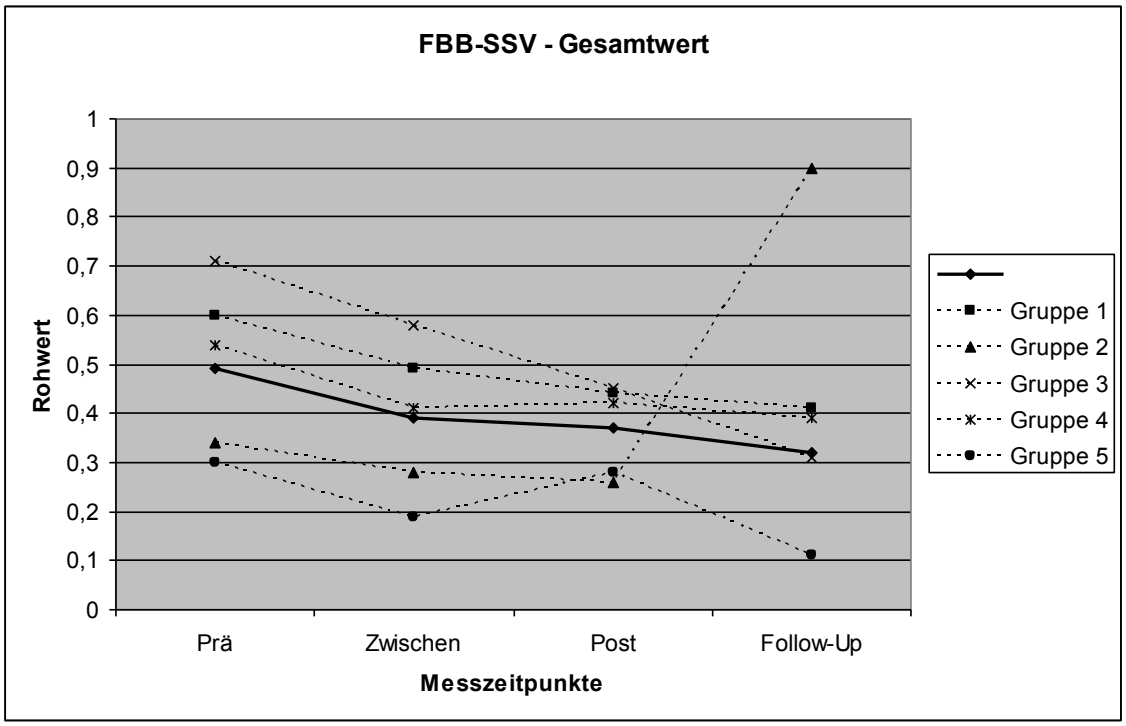


Abbildung 4-18: Grafische Darstellung der geschätzten Regressionsgerade für den Gesamtwert des FBB-SSV nach dem Random Intercept and Slope Model

Die Tabelle 4-18 fasst die maximal erreichbaren Rohwertsummen sowie Mittelwerte, Standardabweichungen und Ranges für die tatsächlichen Daten der Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren zur Erfassung der Störung des Sozialverhaltens zusammen.

Tabelle 4-18: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Ranges (R) für den Gesamtwert des SBB/FBB-SSV

Verfahren/max. Rohwertsumme	Prä	Zwischen	Post	FUP
SBB-SSV_{Ges} (RW_{max} = 3)	M = 0,35	M = 0,28	M = 0,44	M = 0,19
	SD = 0,35	SD = 0,20	SD = 0,54	SD = 0,26
	R: 0–1,60	R: 0,04–0,64	R: 0–2,16	R: 0–0,80
FBB-SSV_{Ges} (RW_{max} = 3)	M = 0,49	M = 0,32	M = 0,36	M = 0,34
	SD = 0,29	SD = 0,17	SD = 0,27	SD = 0,33
	R: 0,04–1,04	R: 0,04–0,60	R: 0–1,08	R: 0– 0,92

4.3 Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und der sozialen Kompetenzen

In dem folgendem Abschnitt wird die dritte Hypothese untersucht, die davon ausgeht, dass sich das Gruppentherapieprogramm positiv auf die Selbstwirksamkeitserwartung und die sozialen Kompetenzen der Jugendlichen auswirkt. Im ersten Teil der Hypothese wird untersucht, ob sich im Laufe der Zeit, das heißt von der Prä- zur Postmessung bzw. von der Prä- zur Follow-Up-Messung Verbesserungen in der Selbstwirksamkeitserwartung und in den sozialen Kompetenzen nachweisen lassen. Im zweiten Teil der Hypothese werden drei diskrete Zeiteffekte betrachtet, um Hinweise darauf zu bekommen, ob die Effekte auf die Gruppenintervention zurückzuführen sind:

a) Die Baselinephase hat keinen Effekt, das heißt, der Vergleich der Prä- mit der Zwischenmessung wird nicht signifikant.
b) Die Treatmentphase führt zu einer Steigerung der Selbstwirkamkeitserwartung und der sozialen Kompetenzen, das heißt, der Vergleich der Zwischen- mit der Postmessung wird signifikant.
c) Der Effekt ist zeitlich stabil, das heißt, der Vergleich der Zwischen- mit der Follow-Up-Messung wird signifikant.

Zur Überprüfung der dritten Hypothese werden ausschließlich Selbstbeurteilungsverfahren eingesetzt. Zum einen wird der Gesamtwert des SWE (vgl. 3.3.7) als Maß der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung genutzt, zum anderen dient der Gesamtwert des AICQ (vgl. 3.3.8) als Kennwert sozialer Kompetenzen. Es handelt sich jeweils um Kompetenzskalen, so dass im zeitlichen Verlauf eine Zunahme der Rohwertsummen erwartet wird. Die Auswertung basiert lediglich auf N = 16 Jugendlichen,

da die Gruppe 1 diese Fragebögen nicht ausgefüllt hat und somit diesbezüglich auch keine Ergebnisse vorliegen.

4.3.1 Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung im SWE

Zunächst wird analysiert, ob sich im zeitlichen Verlauf eine signifikante Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung zeigt. Wie erwartet, ergibt sowohl der Vergleich der Prä- mit der Postmessung ($F = 14{,}397$, $p = .001$) als auch der Vergleich der Prä- mit der Follow-Up-Messung ($F = 8{,}884$, $p = .003$) ein hochsignifikantes Ergebnis. Die Analyse der diskreten Zeiteffekte bestätigt darüber hinaus die weiteren Annahmen. Im Verlauf der Baselinephase zeigt sich kein Effekt, die Werte bleiben auf ähnlichem Niveau (siehe Abbildung 4-19). Der Vergleich der Prä- mit der Zwischenmessung wird nicht signifikant ($F = 0{,}057$, $p = .407$). Wird der Vergleich der Zwischen- mit der Postmessung betrachtet, resultiert ein hochsignifikantes Ergebnis ($F = 11{,}581$, $p = .001$). Der gefundene Effekt zeigt sich auch zum Follow-Up-Messzeitpunkt ($F = 8{,}884$, $p = .003$).
Die Schätzung der festen Modellparameter beim Vergleich mit der Prämessung ergibt: $\alpha = 17{,}25$, $\beta^1 = -0{,}33$, $\beta^2 = 4{,}47$, $\beta^3 = 3{,}94$. Im zweiten Modell (Vergleich mit der Zwischenmessung) resultieren folgende feste Parameter: $\alpha = 16{,}92$, $\beta^1 = 0{,}33$, $\beta^2 = 4{,}80$, $\beta^3 = 4{,}27$. Die Nennerfreiheitsgrade, die F-Werte und Signifikanzniveaus für die einzelnen Analysen sind in Tabelle 4-19 zusammengefasst.

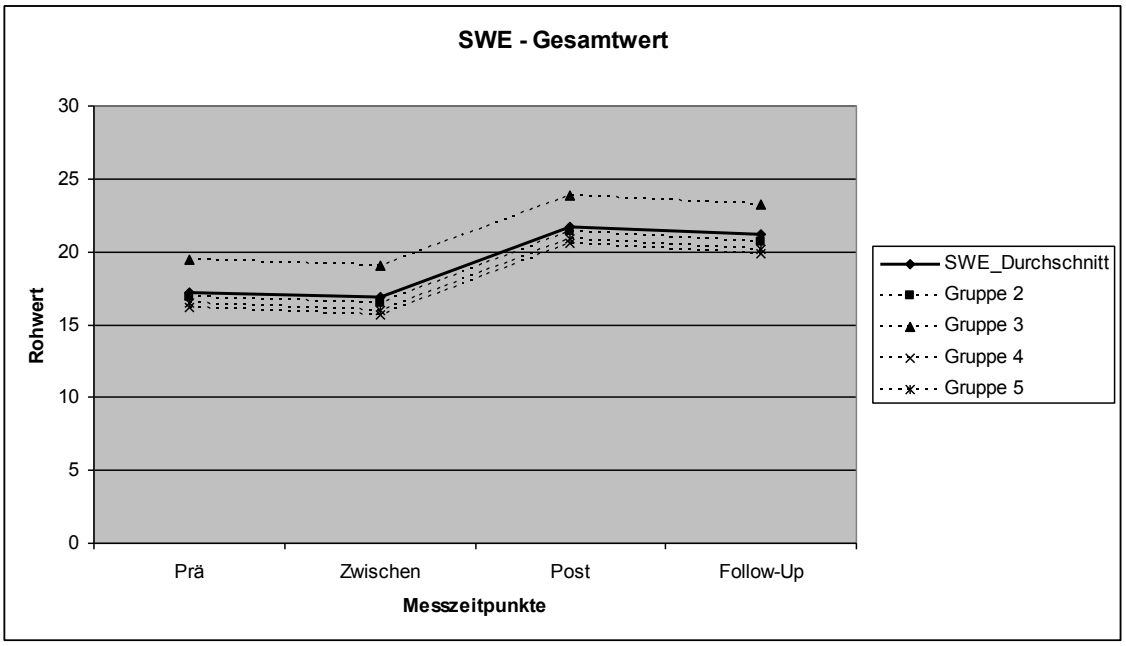


Abbildung 4-19: Grafische Darstellung der geschätzten Regressionsgerade für den Gesamtwert des SWE nach dem Random Intercept Model

Tabelle 4-19: Ergebnisse der Multilevel-Analyse für den Gesamtwert des SWE

	Nennerfreiheitsgrade	**F-Wert**	**Signifikanz**
Prämessung als Referenz			
Konstanter Term	37,406	311,184	
Vergleich PräZwi (β^1)	34,912	0,057	.407
Vergleich PräPost (β^2)	33,272	14,397	**.001****
Vergleich PräFUP (β^3)	34,627	8,884	**.003****
Zwischenmessung als Referenz			
Konstanter Term	44,117	182,969	
Vergleich ZwiPrä (β^1)	34,912	0,057	.407
Vergleich ZwiPost (β^2)	35,155	11,581	**.001****
Vergleich Zwi-FUP (β^3)	35,499	7,816	**.004****

Die Analysen zur Überprüfung des Einflusses des Gruppenfaktors ergeben, dass der Faktor Gruppe nicht signifikant wird und somit die Ausgangswerte aller Gruppen im SWE

vergleichbar sind. Darüber hinaus zeigen die Gruppen einen vergleichbaren Verlauf, die Interaktionen zwischen dem Gruppenfaktor und den Messzeitpunkten werden nicht signifikant. Die durchschnittliche Regressionsgerade ist daher eine geeignete Darstellung des Gruppenverlaufs.

Die Tabelle 4-20 gibt einen Überblick über die maximal erreichbaren Rohwertsummen sowie Mittelwerte, Standardabweichungen und Ranges für die tatsächlichen Daten des Fragebogens zur Selbstwirksamkeitserwartung.

Tabelle 4-20: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Ranges (R) für den Gesamtwert des SWE

Verfahren/max. Rohwertsumme	Prä	Zwischen	Post	FUP
SWE (RW_{max} = 40)	M = 17,25	M = 17,00	M = 21,64	M = 21,10
	SD = 3,51	SD = 4,72	SD = 4,31	SD = 3,48
	R: 12–23	R: 10–27	R: 15–32	R: 17–29

4.3.2 Zunahme sozialer Kompetenzen im AICQ-Ü

Die Analyse zur Überprüfung genereller Zeiteffekte ergibt, dass sich beim Vergleich der Prä-Messung mit der Post-Messung ein hochsignifikanter Effekt zeigt (F = 7,307, p = .006). Zum Follow-Up-Messzeitpunkt fallen die Werte im Gesamtwert des AICQ wieder etwas ab, allerdings ist die Steigerung beim Vergleich der Prä- mit der Follow-Up-Messung weiterhin signifikant (F = 1,472, p = .012). Die Überprüfung der diskreten Zeiteffekte bestätigt die Annahme, dass die Baselinephase nicht zu einer signifikanten Steigerung der sozialen Kompetenzen führt (F = 0,535, p = .235), sondern eine signifikante Verbesserung entsprechend der Erwartung erst beim Vergleich der Zwischen- mit der Postmessung stattfindet (F = 2,932, p = .044). Die Annahme, dass der Effekt beim Vergleich der Zwischen- mit der Follow-Up-Messung zeitliche Stabilität aufweist, kann nicht bestätigt werden, da beim Follow-Up wieder eine leichte Verschlechterung in der durchschnittlichen Ausprägung der sozialen Kompetenzen zu verzeichnen ist (siehe Abbildung 4-20). Die visuelle Inspektion lässt bereits tendenzielle Verbesserungen im Laufe der Baselinephase vermuten, ein direkter statistischer Vergleich der Größe der Veränderungen in der Baselinephase gegenüber der Treatmentphase ist im Rahmen dieser ersten exploratorischen Studie nicht erfolgt.

Die Schätzungen der festen Parameter im ersten Modell (Vergleich mit der Prämessung) lauten: $\alpha = 126{,}31$, $\beta^1 = 5{,}52$, $\beta^2 = 18{,}84$, $\beta^3 = 10{,}27$. Im zweiten Modell (Vergleich mit der Zwischenmessung) ergeben sich die folgenden festen Parameter: $\alpha = 131{,}84$, $\beta^1 = -5{,}52$, $\beta^2 = 13{,}32$, $\beta^3 = 4{,}75$. Die Nennerfreiheitsgrade, die F-Werte und Signifikanzniveaus für die einzelnen Analysen sind in Tabelle 4-21 zusammengefasst.

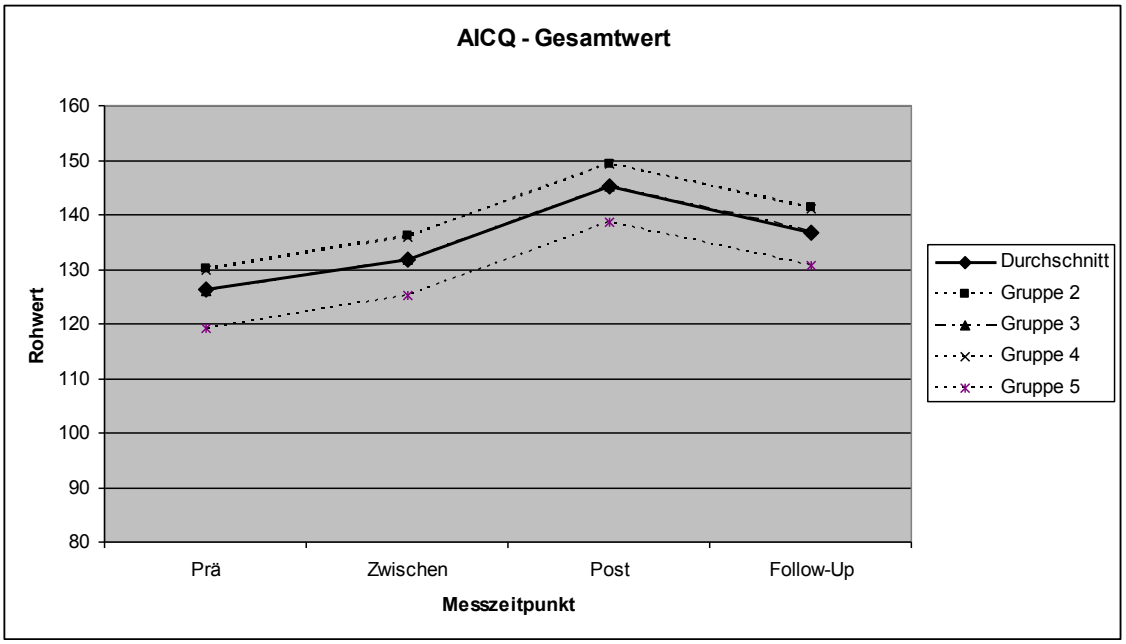


Abbildung 4-20: Graphische Darstellung der geschätzten Regressionsgerade für den Gesamtwert des AICQ nach dem Random Intercept Model

Tabelle 4-21: Ergebnisse der Multilevel-Analyse für den Gesamtwert des AICQ

	Nennerfreiheitsgrade	**F-Wert**	**Signifikanz**
Prämessung als Referenz			
Konstanter Term	36,634	484,654	
Vergleich PräZwi (β^1)	32,728	0,535	.235
Vergleich PräPost (β^2)	31,646	7,307	**.006****
Vergleich PräFUP (β^3)	33,870	1,472	**.012***

	Nennerfreiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Zwischenmessung als Referenz			
Konstanter Term	42,284	382,571	
Vergleich ZwiPrä (β^1)	32,728	0,535	.235
Vergleich ZwiPost (β^2)	32,790	2,932	**.044***
Vergleich Zwi-FUP (β^3)	33,967	0,271	.303

Die weitergehenden Analysen zur Untersuchung des Einflusses des Gruppenfaktors unterstützen die Annahme, dass die beschriebenen Effekte für alle Gruppen gleichermaßen gelten. Da sowohl der Faktor Gruppe als auch die Interaktionen zwischen dem Gruppenfaktor und den Messzeitpunkten nicht signifikant werden, ist die durchschnittliche Regressionsgerade geeignet, um den Verlauf der Gruppen abzubilden.
Die Tabelle 4-22 fasst die maximal erreichbaren Rohwertsummen sowie Mittelwerte, Standardabweichungen und Ranges für die tatsächlichen Daten des AICQ zusammen.

Tabelle 4-22: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Ranges (R) für den Gesamtwert des AICQ-Ü

Verfahren/max. Rohwertsumme	Prä	Zwischen	Post	Follow-Up
$AICQ_{Ges\ (RW_{max} = 200)}$	M = 126,31	M = 131,36	M = 144,43	M = 132,25
	SD = 21,85	SD = 24,28	SD = 25,91	SD = 16,64
	R: 98 – 163	R: 101 – 170	R: 110 – 184	R: 114 – 158

4.4 Verbesserung der individuellen Gleichaltrigenprobleme

In der Treatmentphase wird zur Verlaufsmessung eine Problemliste eingesetzt, anhand derer einmal pro Woche die Häufigkeit von individuell definierten Gleichaltrigenproblemen sowie die daraus resultierende subjektive Belastung vom Jugendlichen selbst und der primären Erziehungsperson, in der Regel die Mutter, erfasst werden. Zur Auswertung wurde jeweils ein Mittelwert über die individuell definierten Gleichaltrigenprobleme berechnet. Da es sich um Problemlisten handelt, wird a priori eine Reduktion in den Kennwerten Frequenz und Belastung erwartet.
Im Jugendlichenurteil zeigt sich hinsichtlich der Frequenz der Gleichaltrigenprobleme ein hochsignifikanter Effekt ($F = 7,896$, $p = .003$), das heißt, die Häufigkeit der individuell

abgestimmten Gleichaltrigenprobleme nimmt im Verlauf der Gruppentherapie signifikant ab. Eine Überprüfung diskreter Zeiteffekte ist aufgrund fehlender Baselinewerte nicht möglich.

Die festen Modellparameter lauten: α = 1,43, β = -0,07. Die sich daraus ergebende geschätzte Regressionsgerade ist in Abbildung 4-21 veranschaulicht. In Tabelle 4-23 ist das Ergebnis der Multilevel-Analyse zusammengefasst.

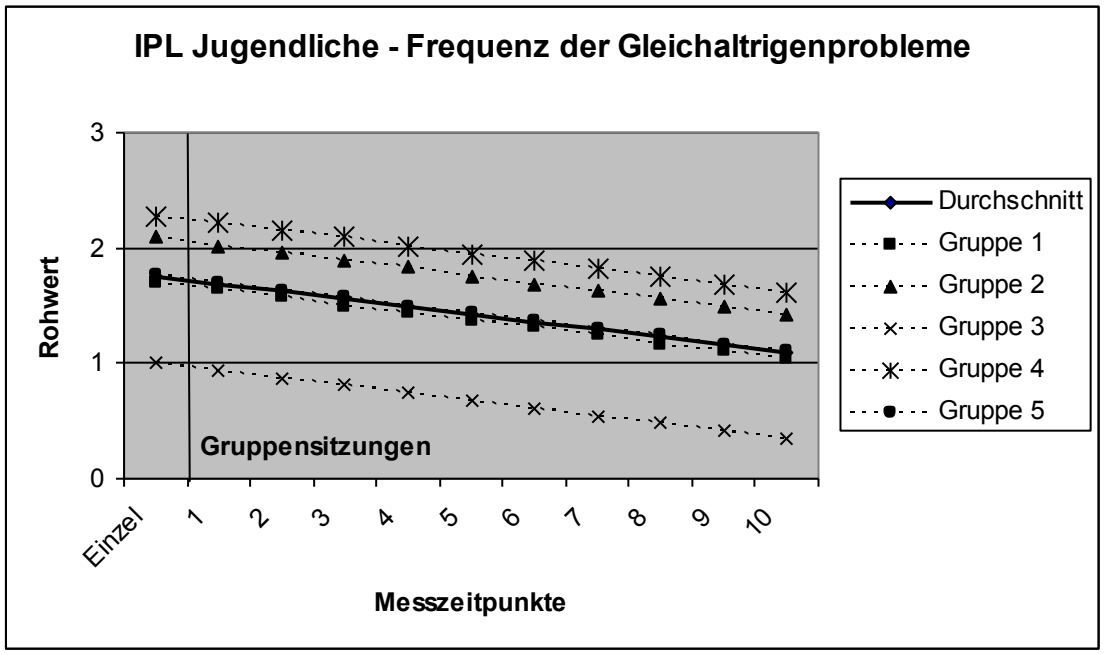


Abbildung 4-21: Graphische Darstellung der geschätzten Regressionsgeraden für die Frequenz der Gleichaltrigenprobleme der individuellen Problemliste (Jugendlichenurteil) nach dem Random Intercept Model

Tabelle 4-23: Ergebnisse der Multilevel-Analyse für die Frequenz der Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen der individuellen Problemliste (Jugendlichenurteil)

	Nennerfreiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Konstanter Term	18,995	46,555	
Zeitlicher Verlauf (β)	135,134	7,896	**.003****

In ergänzenden Analysen zeigt sich, dass der Faktor Gruppe nicht signifikant ist. Die Interaktionen zwischen dem Gruppenfaktor und den Messzeitpunkten werden ebenfalls nicht signifikant. Somit kann davon ausgegangen werden, dass der Effekt über alle Gruppen gleich ist und die geschätzte Regressionsgerade geeignet ist, den durchschnittlichen Verlauf abzubilden.

Wird die Belastung durch die individuellen Gleichaltrigenprobleme im Jugendlichenurteil analysiert, zeigt sich ebenfalls eine signifikante Reduktion im zeitlichen Verlauf (F = 17,602, p = .026).

Die Schätzungen fester Parameter lauten für das Jugendlichenurteil: α = 1,75, β = -0,08. Die geschätzten Regressionsgeraden sind in Abbildung 4-22 dargestellt. Das Ergebnis der Multilevel-Analyse wird in Tabelle 4-24 zusammengefasst.

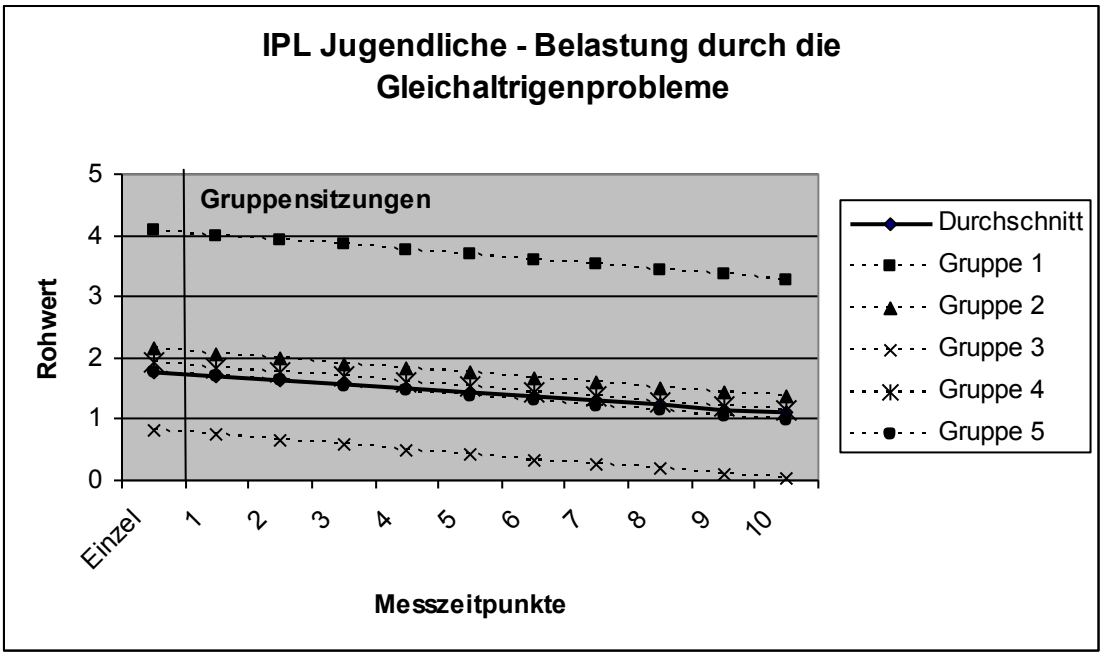


Abbildung 4-22: Graphische Darstellung der geschätzten Regressionsgeraden für die Belastung durch die Gleichaltrigenprobleme der individuellen Problemliste (Jugendlichenurteil) nach dem Random Intercept Model

Tabelle 4-24: Ergebnisse der Multilevel-Analyse für die Belastung durch die Gleichaltrigenprobleme der individuellen Problemliste (Jugendlichenurteil)

	Nennerfreiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Konstanter Term	19,507	17,602	
Zeitlicher Verlauf (β)	134,740	3,840	**.026***

Im Elternurteil zeigt sich ebenfalls hinsichtlich der Frequenz der Gleichaltrigenprobleme ein signifikanter Effekt (F = 6,790, p = .04).

Die Modellparameter lauten: α = 3,06, β = -0,08. Der Verlauf der geschätzten Regressionsgeraden ist der Abbildung 4-23 zu entnehmen. Eine Zusammenfassung der Analyseergebnisse gibt die Tabelle 4-25.

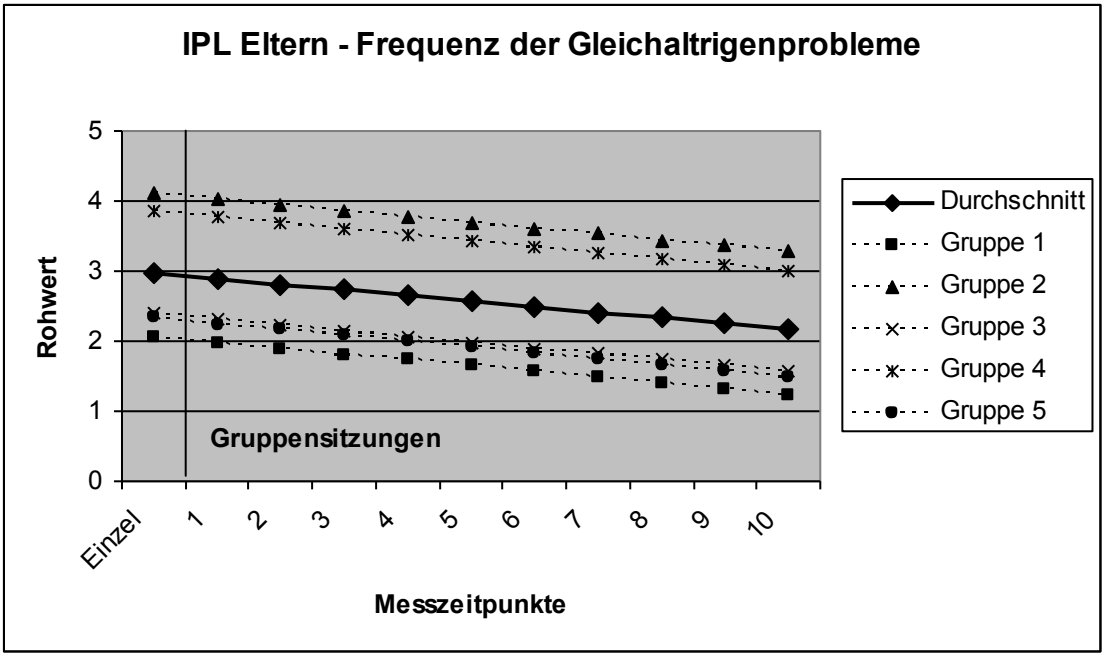


Abbildung 4-23: Graphische Darstellung der geschätzten Regressionsgeraden für die Frequenz der Gleichaltrigenprobleme der individuellen Problemliste (Elternurteil) nach dem Random Intercent Model

Tabelle 4-25: Ergebnisse der Multilevel-Analyse für die Frequenz der Gleichaltrigenprobleme der individuellen Problemliste (Elternurteil)

	Nennerfreiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Konstanter Term	16,122	39,958	
Zeitlicher Verlauf (β)	74,075	6,790	**.04***

In den weitergehenden Analysen werden der Faktor Gruppe und die Interaktionen zwischen dem Gruppenfaktor und den Messzeitpunkten nicht signifikant. Das heißt, der gefundene Effekt zeigt sich gleichförmig über alle Gruppen. Der durchschnittliche Gruppenverlauf ist somit zur Interpretation geeignet.

Wird im Elternurteil der Kennwert Belastung durch die Gleichaltrigenprobleme betrachtet, resultiert im Unterschied zum Jugendlichenurteil und entgegen der Hypothese kein signifikanter Effekt. Der Verlauf ist über den gesamten Zeitraum relativ gleichbleibend.

Die festen Parameter des Modells ergeben: $\alpha = 3{,}67$, $\beta = 0{,}02$. Die geschätzte Regressionsgerade wird in Abbildung 4-24 veranschaulicht. Die Ergebnisse der Multilevel-Analyse sind in Tabelle 4-26 zusammenfassend dargestellt.

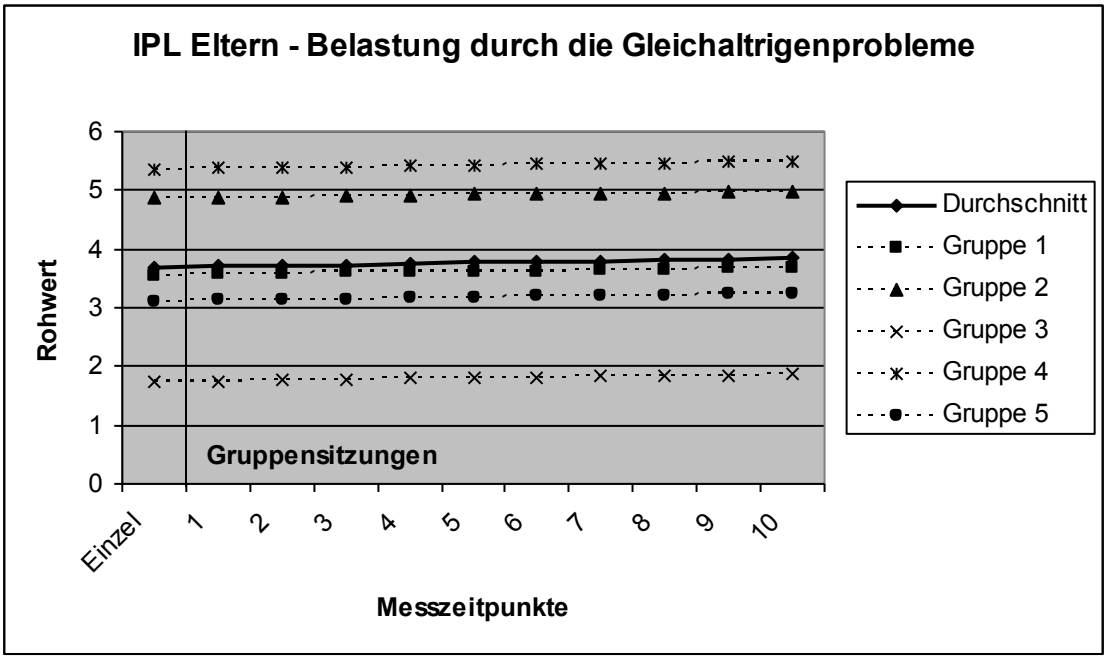


Abbildung 4-24: Graphische Darstellung der geschätzten Regressionsgeraden für die Belastung durch die Gleichaltrigenprobleme der individuellen Problemliste (Elternurteil) nach dem Random Intercept Model

Tabelle 4-26: Ergebnisse der Multilevel-Analyse für die Belastung durch die Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen der individuellen Problemliste (Elternurteil)

	Nennerfreiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Konstanter Term	18,148	21,651	
Zeitlicher Verlauf (β)	74,787	0,075	.393

Die Ergebnisse der weitergehenden Analysen verdeutlichen, dass die verschiedenen Gruppen ein vergleichbares Ausgangsniveau aufweisen. Werden die Interaktionen der Gruppen mit den Messzeitpunkten betrachtet, werden diese ebenfalls nicht signifikant. Die durchschnittliche geschätzte Regressionsgerade erscheint somit geeignet, den Verlauf auf dieser Variablen abzubilden.

4.5 Akzeptanz des Gruppenprogramms und Zufriedenheit mit der Behandlung

Um Aussagen hinsichtlich der Akzeptanz der Intervention und der Zufriedenheit mit der Behandlung und somit hinsichtlich der fünften Hypothese zu machen, werden im Folgenden der Stundenbefragungsbogen „Deine Meinung“ (DEME) und der Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung in der Jugendlichen- und Elterversion (FZB-J/FZB-

EI) betrachtet. Die Ergebnisdarstellung erfolgt deskriptiv mit Hilfe von Mittelwerten, Standardabweichungen und Häufigkeitsangaben.

4.5.1 Deine Meinung (DEME)

Der Stundenbefragungsbogen DEME wurde ab dem Beginn der Gruppentherapie von den Jugendlichen ausgefüllt. An dieser Stelle werden die quantitativen Items des Verfahrens rein deskriptiv dargestellt und bewertet. Das erste Item zielt darauf ab, eine Einschätzung der Jugendlichen hinsichtlich der generellen Veränderung ihrer Probleme zu erhalten. Das Item „Insgesamt haben sich meine Probleme in der letzten Woche“ ist von den Jugendlichen auf einer 5-stufigen Skala zu vervollständigen („-1 = verschlechtert“, „0 = nicht verändert“, „+1 etwas verbessert“, „+2 = wesentlich verbessert“, „+ 3 keine Probleme mehr“). Entsprechend der Skalierung wird eine Zunahme der Werte im Laufe der Behandlung erwartet. Dabei ist anzumerken, dass dieses Item von der ersten Gruppe nicht beantwortet wurde, da es erst zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt wurde. Die Auswertung basiert auf den Gruppen 2 bis 5 und somit dem Urteil von 16 Jugendlichen. Die Abbildung 4-25 zeigt, dass sich aus Sicht der Jugendlichen die „Probleme insgesamt“ im Laufe der Behandlung verbessern. Die erste Beurteilung dieses Items erfolgt in der 2. Gruppentherapiestunde (MW = 0,56; SD = 0,73). In der zweiten Behandlungshälfte liegen die Werte zwischen „ein wenig verbessert (+1)“ und „wesenlich verbessert (+2)“. Der höchste Wert wird in der letzten Gruppentherapiesitzung erzielt (MW = 1,79, SD = 0,57). Da sich die Gruppen in ihren Verläufen nur geringfügig unterscheiden, erscheint der durchschnittliche Verlauf geeignet zur Interpretation.

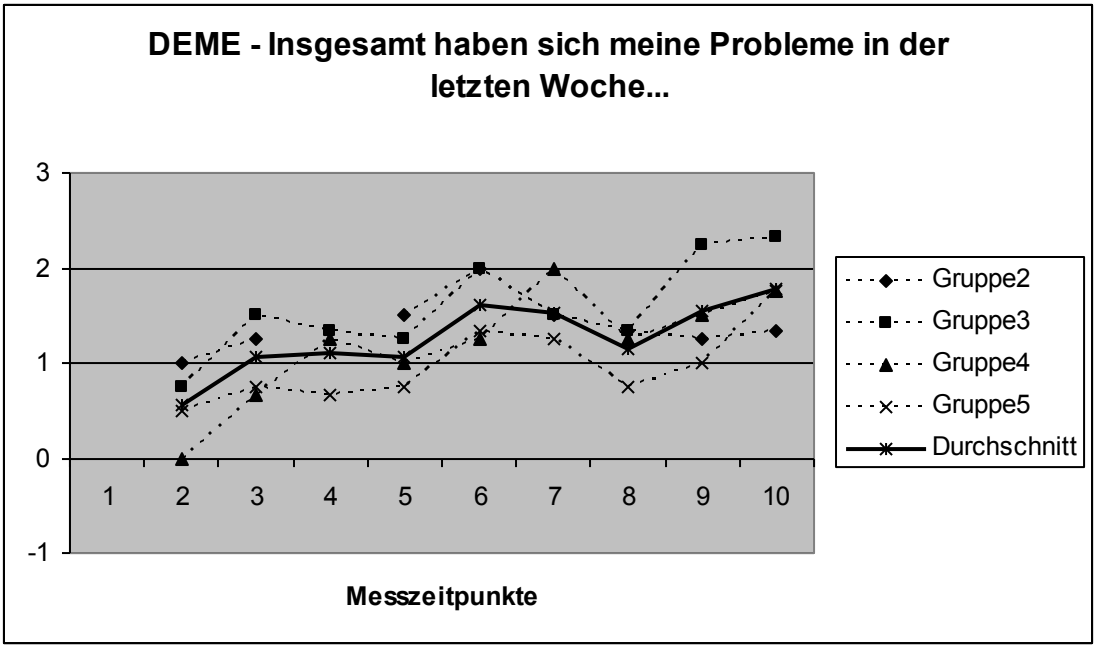


Abbildung 4-25: Durchschnittliche und gruppenspezifische Veränderung der Probleme im Laufe der Gruppentherapie (DEME)

Die Auswertung der weiteren Items des DEME basiert auf der Einschätzung aller Gruppenteilnehmer. Item 3 erfragt, wie hilfreich die Jugendlichen die Gruppentherapiesitzung einschätzen, wobei die Antwort auf einer 4-stufigen Skala erfolgt, mit den Polen „1 = gar nicht hilfreich“ bis „4 = sehr hilfreich“. Zur besseren Übersicht wird nur die durchschnittliche Beurteilung aller Gruppenmitglieder dargestellt. Wie aus der Abbildung 4-26 ersichtlich wird, sind über die einzelnen Therapiesitzungen hinweg nur geringfügige Schwankungen in den Bewertungen zu beobachten, die Werte liegen immer nahe der „3“, das heißt, die Sitzungen werden von den Jugendlichen durchweg im Mittel als hilfreich eingestuft (Sitzung 1: MW = 3,21, SD = 0,92, Sitzung 10: 3,33, SD = 0,59). Bezüglich der Gruppenatmosphäre (Item 5) zeigt sich eine ähnliche, sogar noch etwas positivere Einschätzung. Die Antwortskalierung reicht ebenfalls von „1 = überhaupt nicht gut“ bis „4 = sehr gut“. Die Werte liegen in allen Therapiesitzungen zwischen „3“ und „4“ (Sitzung 1: MW = 3,78 SD = 0,42 Sitzung 10: MW = 3,61 SD = 0,50).

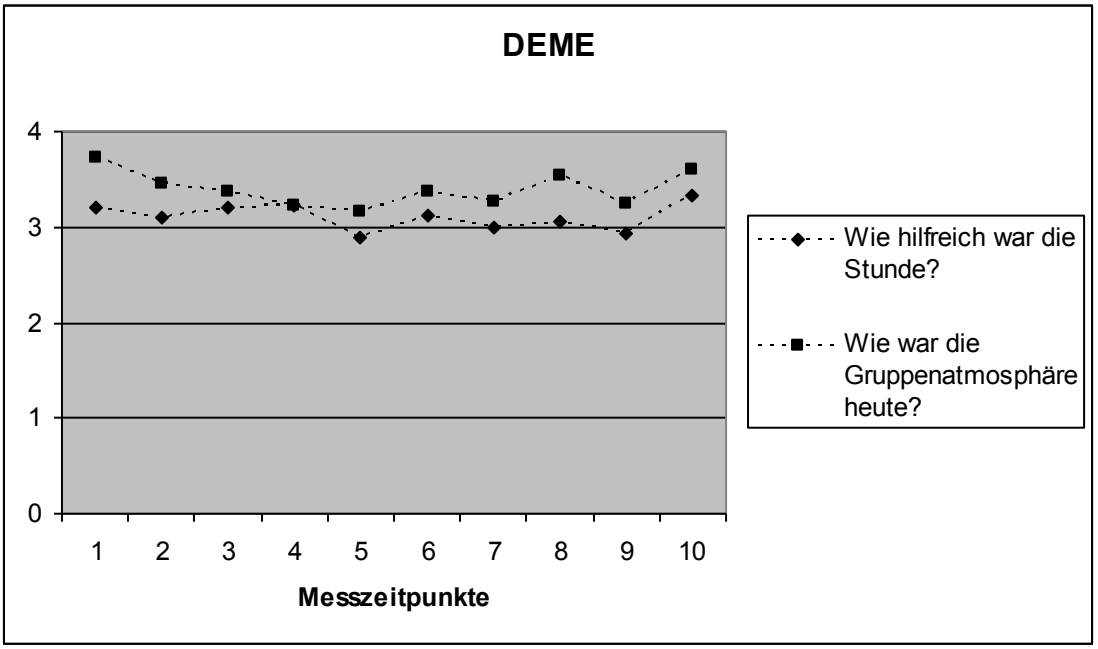


Abbildung 4-26: Durchschnittliche sowie gruppenspezifische Einschätzung der Items 3 und 5 des DEME im Laufe der Gruppentherapie (DEME)

Item 7 erfragt, wie gut es den Jugendlichen gelungen ist, die Wochenaufgabe umzusetzen. Die Beantwortung dieses Items war erst ab Stunde 2 möglich, da für die erste Gruppentherapiesitzung keine Wochenaufgabe zu erledigen war. Die vierstufige Antwortskalierung geht wiederum von „1 = überhaupt nicht gut“ bis „4 = sehr gut“. Wie aus der Abbildung 4-27 ersichtlich, variieren die Werte im Bereich zwischen 2 und 3 (Sitzung 1: MW = 2,45, SD = 1,05, Sitzung 10: MW = 2,39, SD = 0,92). Im Vergleich zu den anderen Items des DEME fallen die Werte etwas niedriger aus und zeigen eine größere Schwankungsbreite. Insgesamt sind die Werte jedoch immer noch als zufriedenstellend zu bewerten.

Item 9 zielt darauf ab, Informationen zu erhalten, wie den Jugendlichen die Therapiematerialien gefallen haben. Die Antwortskalierung entspricht den vorangehenden Items. Über alle Therapiesitzungen hinweg werden Werte zwischen 3 und 4 erzielt, wobei in der zweiten Behandlungshälfte eine leichte Verbesserung zu beobachten ist (Sitzung 1: MW = 3,26, SD = 0,65; Sitzung 10: MW: 3,72, SD = 0,46). Insgesamt weist das Ergebnis darauf hin, dass die Aufbereitung der Therapiematerialien die Zielgruppe anspricht.

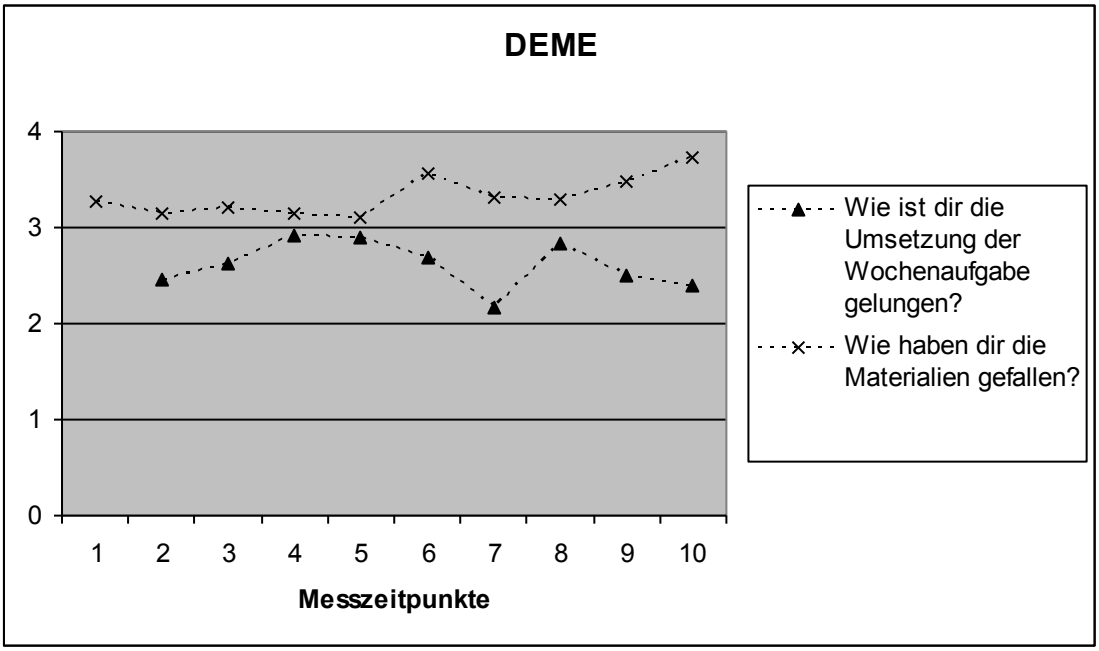


Abbildung 4-27: Durchschnittliche sowie gruppenspezifische Einschätzung der Items 7 und 9 des DEME im Laufe der Gruppentherapie (DEME)

4.5.2 Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung

Der Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung (Jugendlichen- und Elternversion) wurde am Ende der Behandlung von den Jugendlichen selbst und von deren Eltern ausgefüllt. Im Folgenden werden die Items, die speziell auf den Gleichaltrigenbereich ausgerichtet sind, und die Items zur Erfassung der allgemeinen Zufriedenheit deskriptiv dargestellt und bewertet. Alle Items sind 7-stufig skaliert, mit den Polen „1 = wesentlich gebessert bzw. sehr zufrieden“ bis „7 = wesentlich verschlechtert bzw. sehr unzufrieden“. Bei der Darstellung der Ergebnisse werden die Häufigkeiten der einzelnen Antwortkategorien präsentiert. In der Bewertung werden die Einstufungen 1 bis 3 (das heißt „wesentlich gebessert bzw. sehr zufrieden“ bis „eher gebessert bzw. eher zufrieden“) als positiv und im Sinne der Hypothese gewertet.

Wie aus der Abbildung 4-28 hervorgeht, geben 12 der insgesamt 16 Jugendlichen an, dass sich ihre Probleme mit anderen Jugendlichen vermindert hätten. Genauer gesagt, sehen 3 eine wesentliche Verbesserung, 5 eine Verbesserung und 4 eine leichte Verbesserung. Weitere 4 Jugendliche beschreiben ihre Probleme mit Gleichaltrigen als unverändert. Verschlechterungen der Probleme mit anderen Jugendlichen werden von keinem der Jugendlichen angegeben.

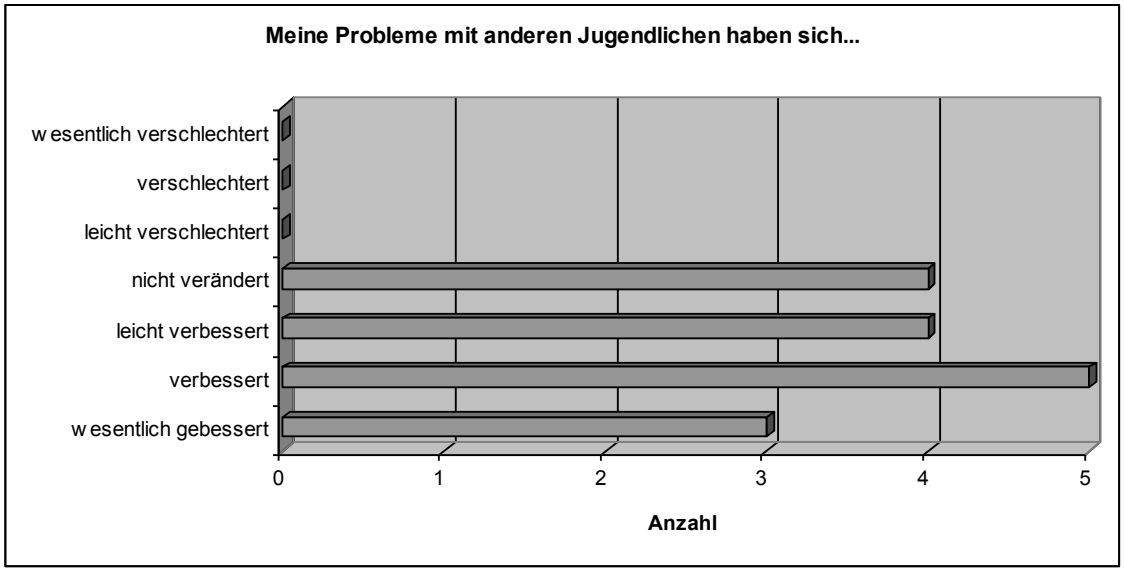


Abbildung 4-28: Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung, Jugendlichenurteil (FZB-J): Einschätzung der Veränderung der Gleichaltrigenprobleme

Im Elternurteil zeigt sich in 15 von 19 Fällen eine positive Einschätzung hinsichtlich der Veränderung der Gleichaltrigenprobleme, wobei 3 eine wesentliche Verbesserung und jeweils 6 eine Verbesserung bzw. eine leichte Verbesserung angeben. In 4 Fällen werden die Probleme mit Gleichaltrigen als unverändert eingestuft (siehe Abbildung 4-29).

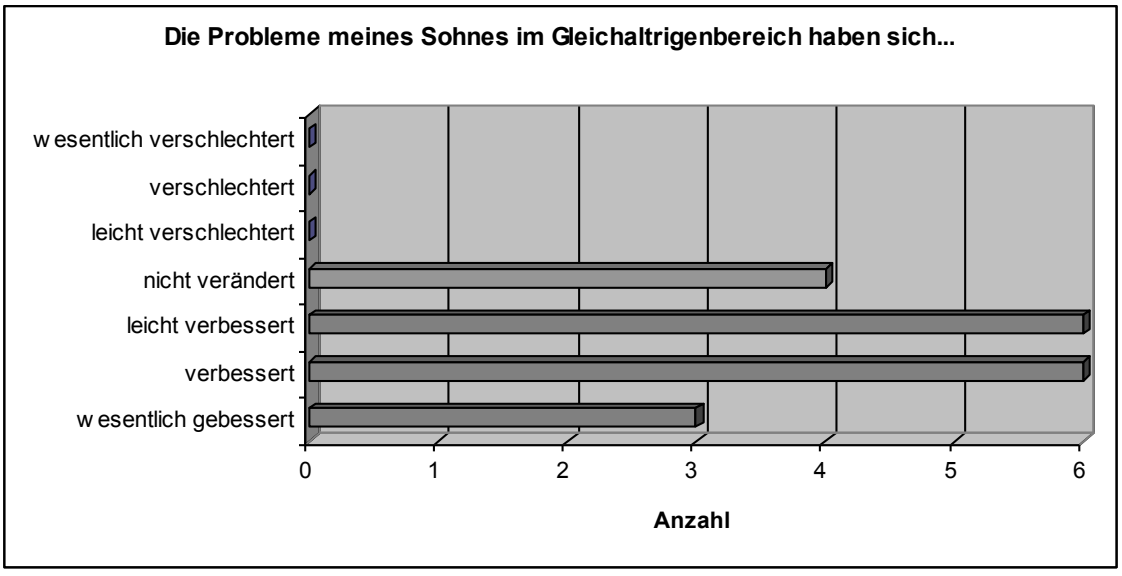


Abbildung 4-29: Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung, Elternurteil (FZB-El): Einschätzung der Veränderung der Gleichaltrigenprobleme

Die Maßnahmen zur Verringerung von Gleichaltrigenproblemen werden von 15 der 16 Jugendlichen als positiv gewertet. 4 Jugendliche beurteilen diese als sehr hilfreich, 6 als hilfreich und 5 als eher hilfreich. Von einem Jugendlichen wird eine neutrale Wertung vorgenommen, negative Einstufungen gibt es keine (siehe Abbildung 4-30).

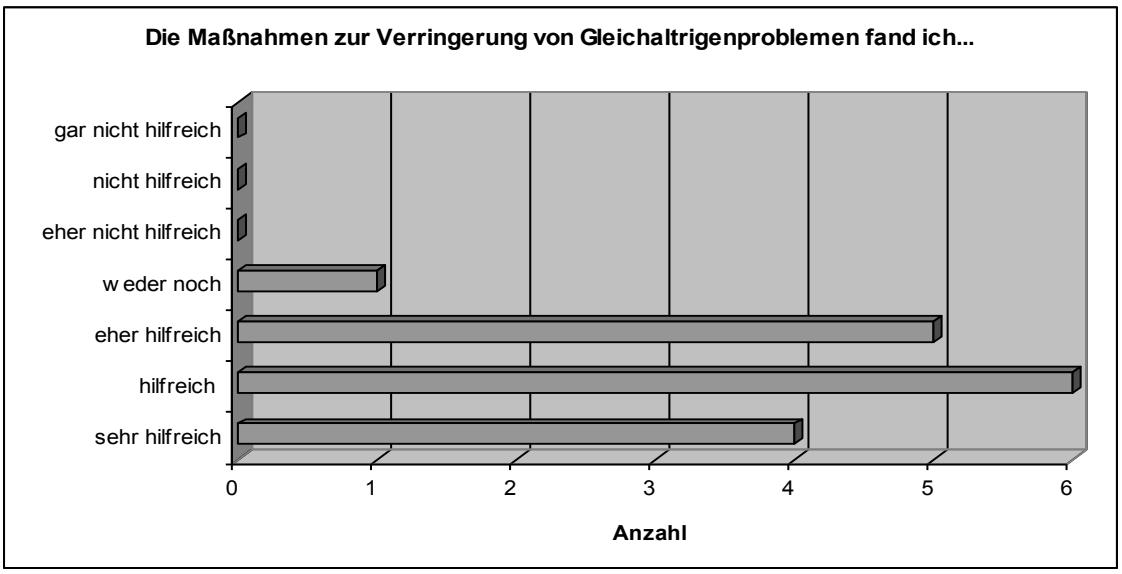


Abbildung 4-30: Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung, Jugendlichenurteil (FZB-J): Einschätzung der Maßnahmen zur Verringerung von Gleichaltrigenproblemen

Im Elternurteil zeigen sich in 16 von 19 Fällen positive Bewertungen der Maßnahmen zur Verringerung der Gleichaltrigenprobleme, wobei 3 diese als sehr hilfreich, 7 als hilfreich und 6 als etwas hilfreich einstufen. Darüber hinaus gibt es eine neutrale und zwei eher negative Bewertungen (siehe Abbildung 4-31).

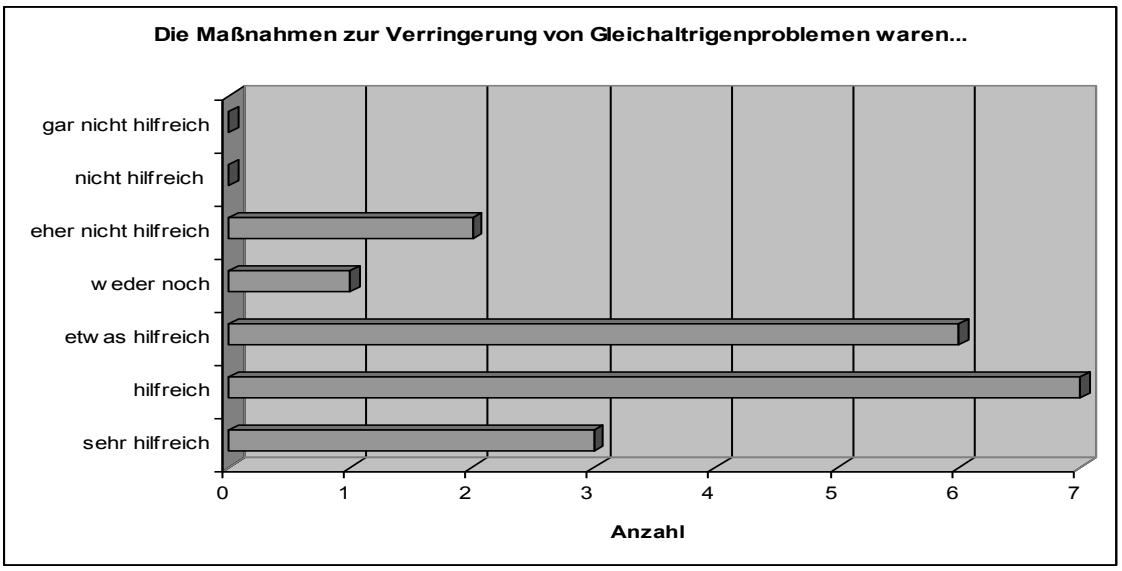


Abbildung 4-31: Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung, Elternurteil (FZB-E): Einschätzung der Maßnahmen zur Verringerung von Gleichaltrigenproblemen

13 der 16 Jugendlichen äußern sich positiv hinsichtlich ihrer eigenen Fähigkeit, Gleichaltrigenprobleme ohne therapeutische Unterstützung lösen zu können, wobei 5 sich als sehr zuversichtlich, 5 als zuversichtlich und 3 als eher zuversichtlich beschreiben. 2 Jugendliche geben an, unsicher zu sein, ob sie ihre Gleichaltrigenprobleme ohne

therapeutische Unterstützung lösen können, einer beschreibt sich sogar als sehr unzuversichtlich (siehe Abbildung 4-32).

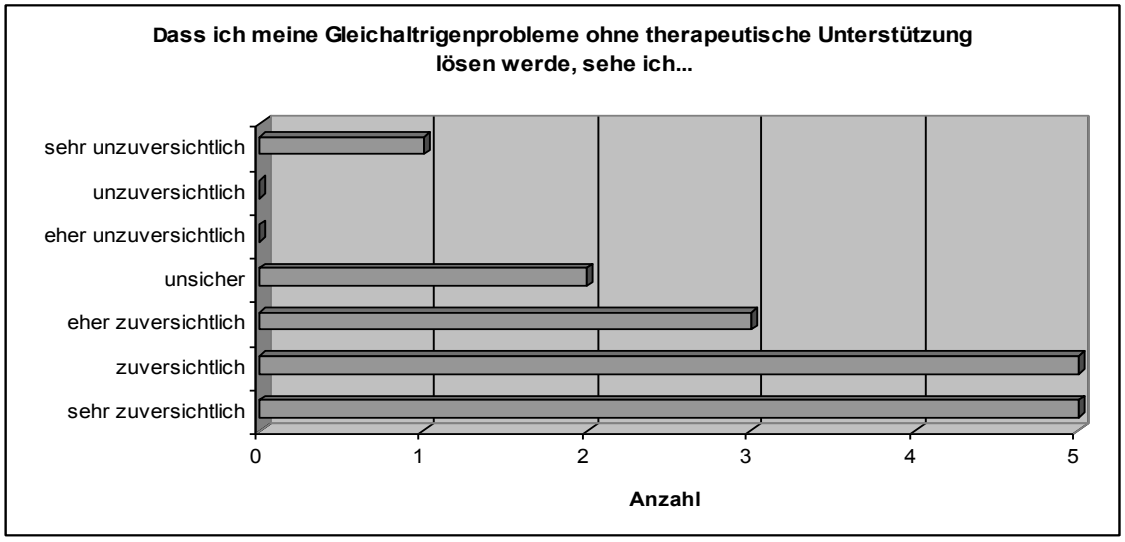


Abbildung 4-32: Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung, Jugendlichenurteil (FZB-J): Einschätzung der Zuversicht Gleichaltrigenprobleme eigenständig zu lösen

Die Eltern zeigen eine größere Unsicherheit hinsichtlich der Fähigkeit der Patienten, Gleichaltrigenprobleme ohne therapeutische Unterstützung zu lösen. 12 der 19 Eltern äußern sich positiv. Genauer gesagt, beschreiben sich 3 Elternteile als sehr zuversichtlich, 4 als zuversichtlich und 5 als eher zuversichtlich. Auf der anderen Seite beschreiben sich 2 als unsicher, 2 als eher unzuversichtlich, 2 als unzuversichtlich und ein Elternteil sogar als sehr unzuversichtlich (siehe Abbildung 4-33).

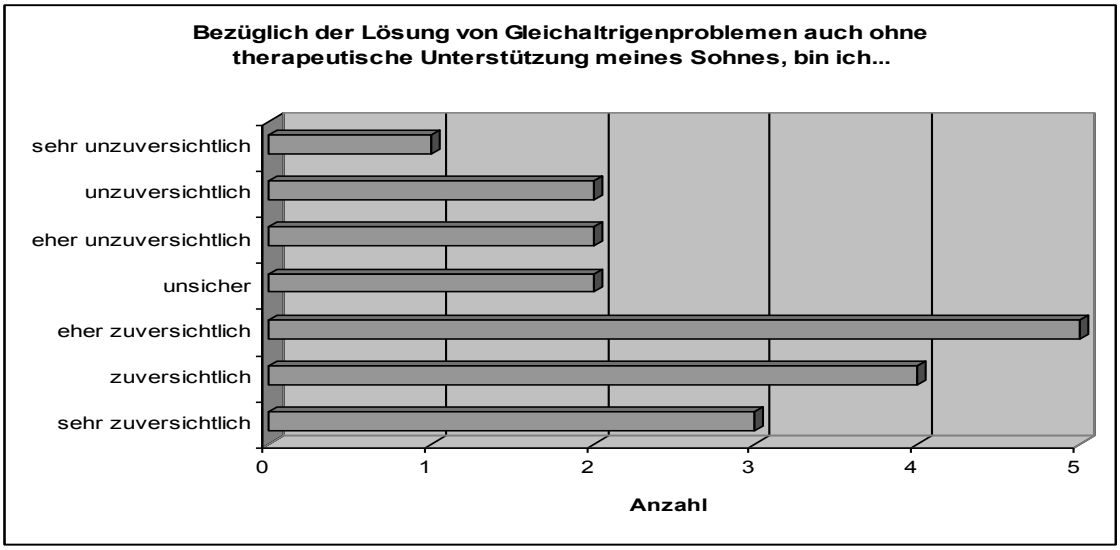


Abbildung 4-33: Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung, Elternurteil (FZB-El): Einschätzung des Kompetenzvertrauens in die Lösung von Gleichaltrigenproblemen

Im Folgenden werden die Items des Zufriedenheitsfragebogens dargestellt, die nicht spezifisch für die Behandlung der Gleichaltrigenprobleme sind.

Hinsichtlich ihrer Fortschritte insgesamt äußern sich 15 von 16 Jugendlichen positiv, 3 geben an, sehr zufrieden zu sein, 9 zufrieden und 3 etwas zufrieden. Einer der Jugendlichen äußert eine leichte Unzufriedenheit mit seinen in der Behandlung erzielten Fortschritten (siehe Abbildung 4-34).

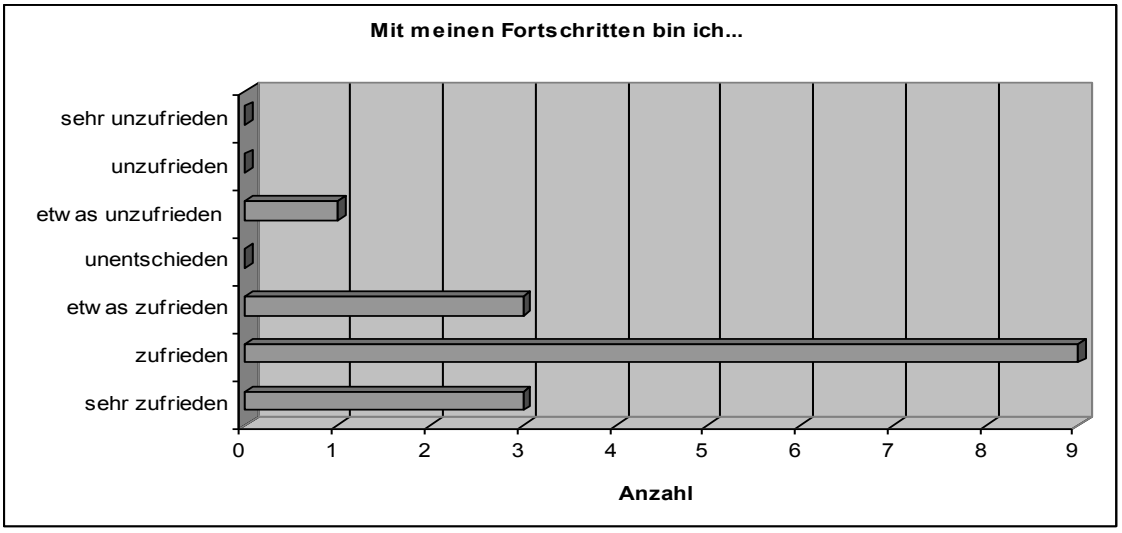


Abbildung 4-34: Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung, Jugendlichenurteil (FZB-J): Einschätzung der Zufriedenheit mit den eigenen Fortschritten insgesamt

Im Elternurteil äußert sich die Mehrheit ebenfalls zufrieden, 16 von 19 Eltern geben positive Beurteilungen (sehr zufrieden bis etwas zufrieden) ab. Ein Elternteil ist unentschieden, zwei sind etwas unzufrieden (siehe Abbildung 4-35).

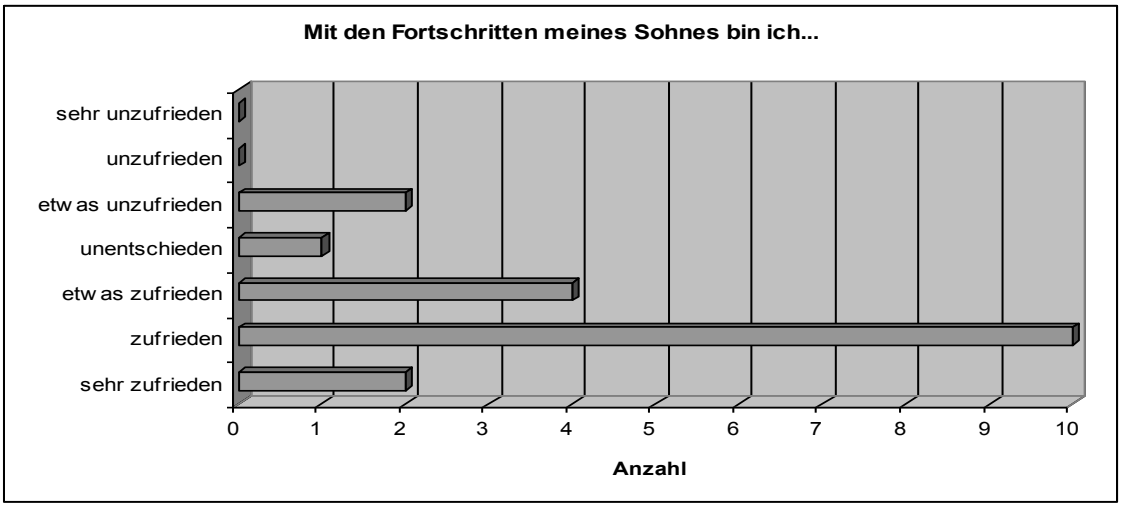


Abbildung 4-35: Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung, Elternurteil (FZB-El): Einschätzung der Zufriedenheit mit den Fortschritten des Sohnes insgesamt

Zur Bearbeitung weiterer persönlicher oder familiärer Probleme schätzen 11 der 16 Jugendlichen das Gruppenprogramm als hilfreich ein, davon zwei als sehr hilfreich, 3 als hilfreich und 6 als etwas hilfreich. 3 Jugendliche äußern sich neutral und zwei stufen das Programm diesbezüglich als sehr negativ ein (siehe Abbildung 4-36).

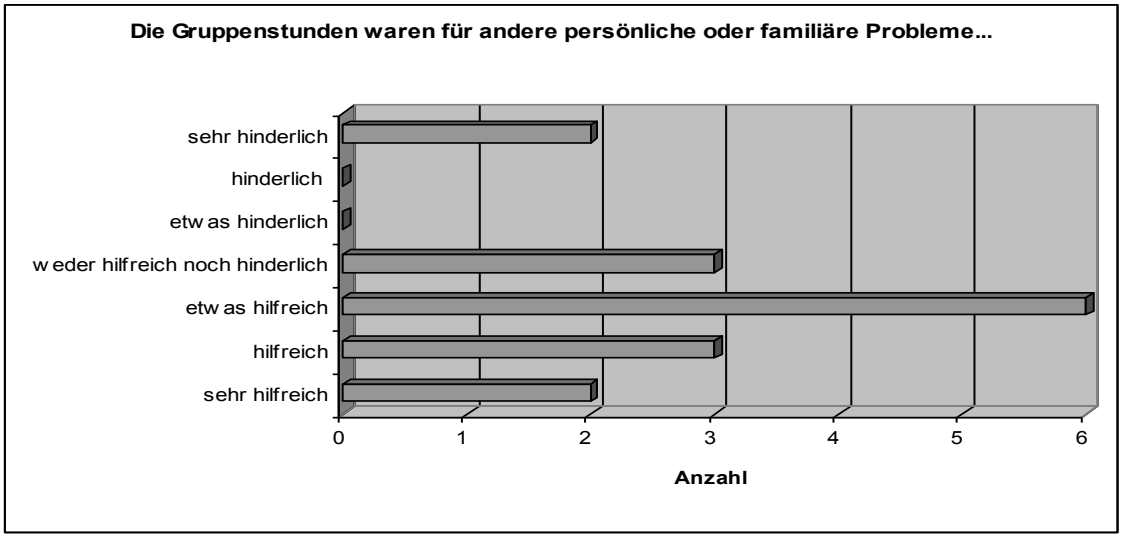


Abbildung 4-36: Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung, Jugendlichenurteil (FZB-J): Einschätzung der Nützlichkeit des Programms für andere Problembereiche

Im Elternurteil gibt es bezüglich des Items „Für andere Probleme waren die Gruppenstunden für meinen Sohn...“ keine negativen Nennungen. Die meisten Elternteile (7) äußern sich neutral. 1 Elternteil bewertet das Programm hinsichtlich der Wirksamkeit für andere als die definierten Leistungs- und Gleichaltrigenprobleme als sehr positiv, 5 als positiv und 6 als eher positiv (siehe Abbildung 4-37).

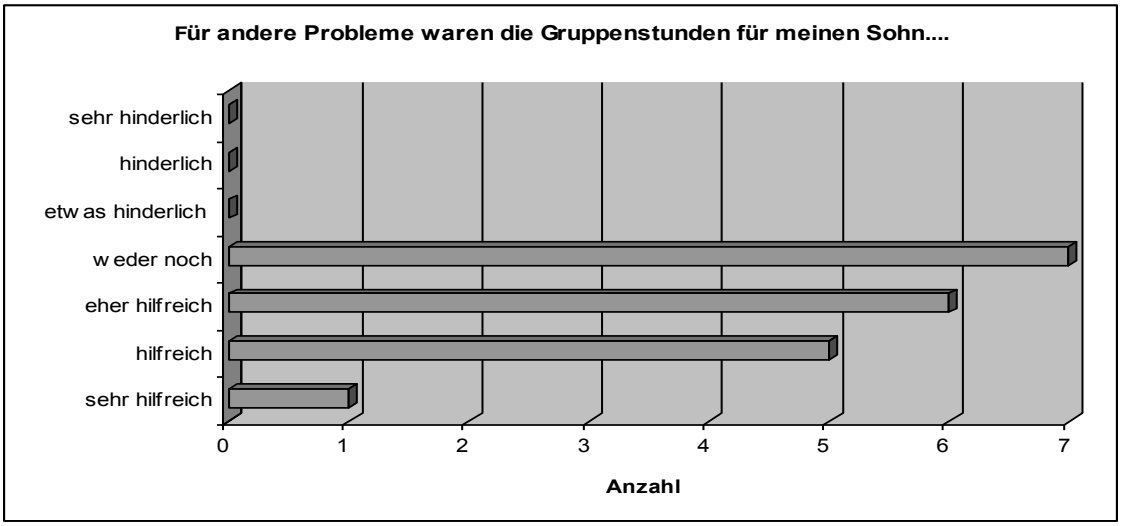


Abbildung 4-37: Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung, Elternurteil (FZB-El): Einschätzung der Nützlichkeit des Programms für andere Problembereiche

7 Jugendliche äußern sich positiv bezüglich der Frage, wie gerne sie die Gruppenstunden besucht haben (3 äußerst gerne, 3 gerne, 1 eher gerne). Ebenso viele äußern sich diesbezüglich neutral, das heißt, der Besuch ist weder positiv noch negativ besetzt. Es gibt jedoch auch zwei negative Einstufungen, wobei einer angibt, sehr ungern gekommen zu sein, und einer ungern (siehe Abbildung 4-38).

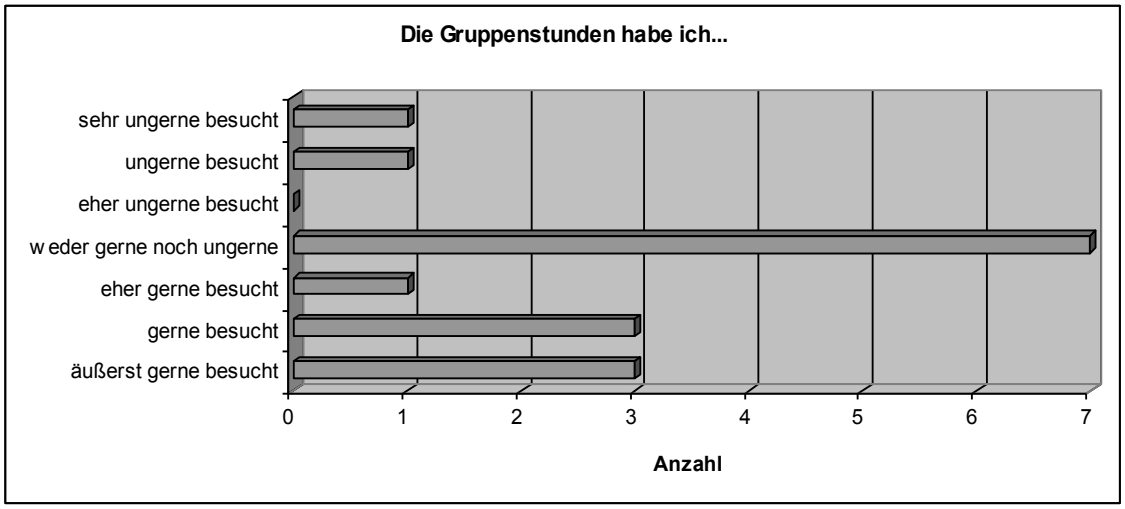


Abbildung 4-38: Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung, Jugendlichenurteil (FZB-J): Einschätzung, wie gerne die Jugendlichen zu den Gruppenstunden gekommen sind

Im Elternurteil äußert sich die Mehrheit (10 von 19 Elternteilen) positiv hinsichtlich der Frage, wie gerne ihre Söhne die Gruppenstunden besucht haben (2 äußerst gerne, 4 gerne, 4 eher gerne). Darüber hinaus gibt es 5 neutrale Einstufungen. Wie im Jugendlichenurteil werden jedoch auch negative Bewertungen abgegeben. 2 Elternteile geben an, ihre Söhne seien eher ungern gekommen, 2 ungern (siehe Abbildung 4-39).

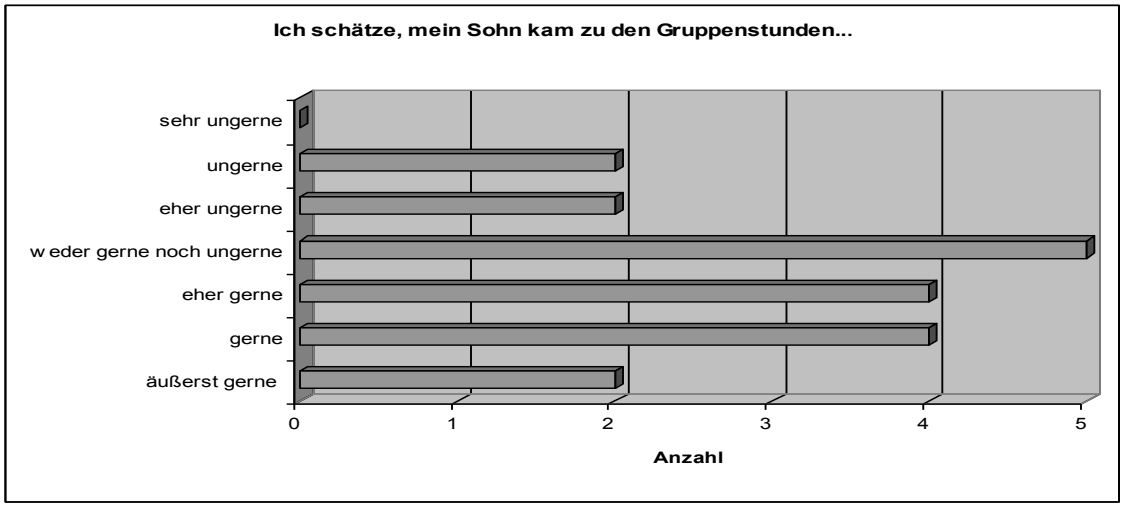


Abbildung 4-39: Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung, Elternurteil (FZB-El): Einschätzung, wie gerne die Jugendlichen zu den Gruppenstunden gekommen sind.

Bei der Beurteilung des Ausmaßes, in dem die Eltern in die therapeutische Behandlung einbezogen worden sind, zeigen die Jugendlichen sich überwiegend zufrieden. 15 Jugendliche geben positive Bewertungen ab (4 sehr angemessen, 7 angemessen, 4 eher angemessen). Darüber hinaus gibt es eine neutrale Einschätzung (siehe Abbildung 4-40).

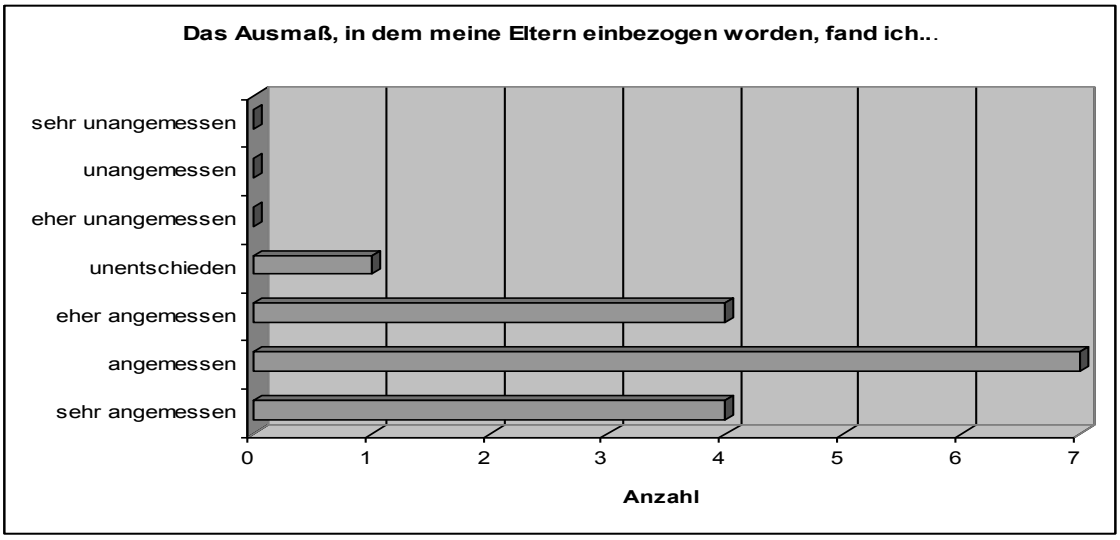


Abbildung 4-40: Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung, Jugendlichenurteil (FZB-J): Einschätzung der Zufriedenheit hinsichtlich des Einbezugs der Eltern

Die Rückmeldung der Eltern hinsichtlich der Art, wie sie als Elternteil in die Behandlung einbezogen worden sind, fällt im Vergleich zum Jugendlichenurteil etwas schlechter aus. Die Mehrheit (12 von 19) äußert sich positiv (2 sehr angemessen, 10 angemessen). Darüber hinaus gibt es 6 neutrale Einstufungen und eine schwach negative (siehe Abbildung 4-41).

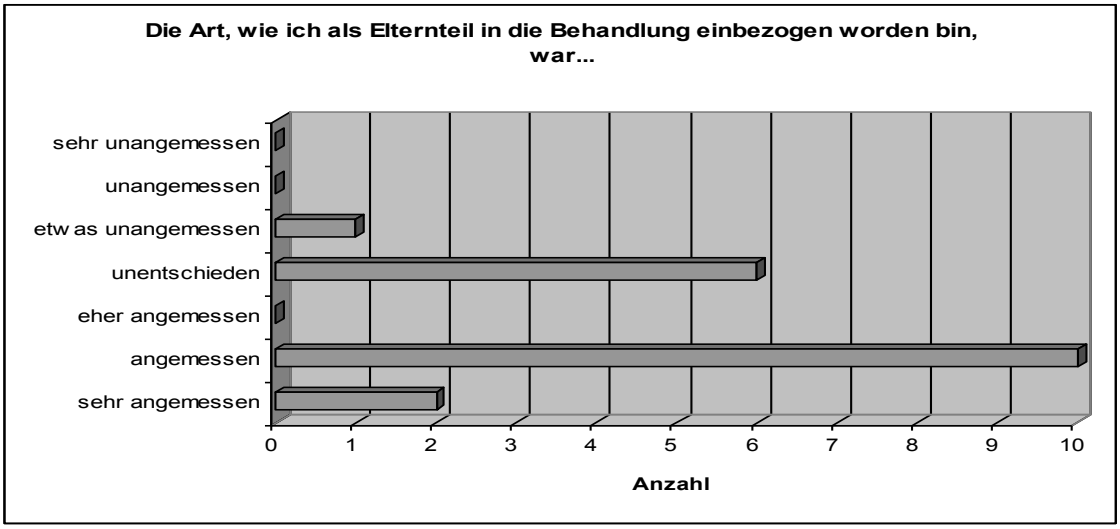


Abbildung 4-41: Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung, Elternurteil (FZB-J): Einschätzung der Zufriedenheit hinsichtlich des Einbezugs der Eltern

Bei der Einschätzung des Interesses und der Anteilnahme der Psychologen gibt es im Jugendlichenurteil fast nur positive Wertungen (15 von 16), wobei sich 4 sehr zufrieden, 9 zufrieden und 2 etwas zufrieden äußern. Einer der Jugendlichen äußert sich neutral (siehe Abbildung 4-42).

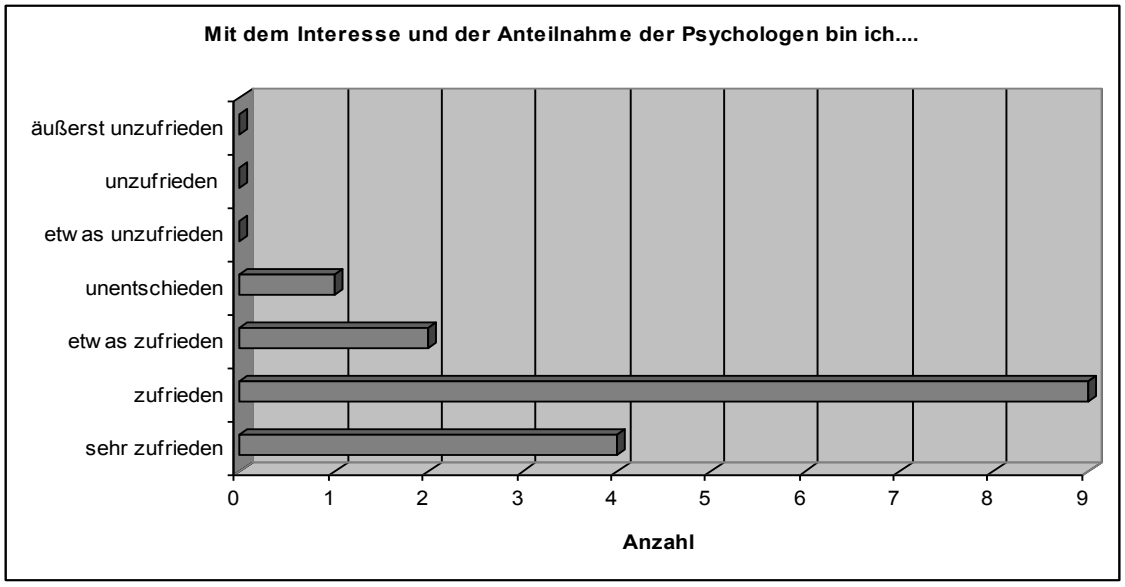


Abbildung 4-42: Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung, Jugendlichenurteil (FZB-J): Einschätzung der Zufriedenheit mit dem durch die Psychologen bekundeten Interesse

Im Elternurteil äußern sich 17 Elternteile positiv hinsichtlich des Interesses der Psychologen, davon geben 5 an, sehr zufrieden zu sein, und 12 zufrieden. Darüber hinaus gibt es eine neutrale Beurteilung und eine leicht negative (siehe Abbildung 4-43).

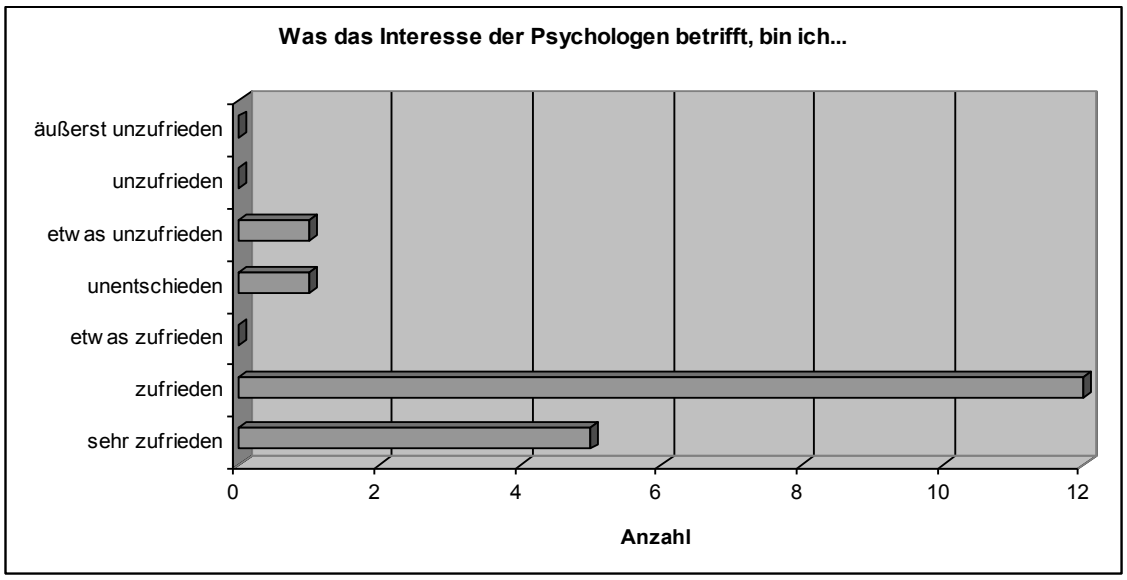


Abbildung 4-43: Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung, Elternurteil (FZB-El): Einschätzung der Zufriedenheit mit dem durch die Psychologen bekundeten Interesse

Von den Jugendlichen wurde außerdem die Nützlichkeit der Wochenaufgabe bewertet. Diesbezüglich äußern sich 12 Jugendliche positiv, genauer gesagt stuft einer sie als sehr hilfreich ein, 2 als hilfreich und 9 als etwas etwas hilfreich. 4 Jugendliche bewerten die Wochenaufgabe als neutral, das heißt weder als hilfreich noch als nicht hilfreich (siehe Abbildung 4-44).

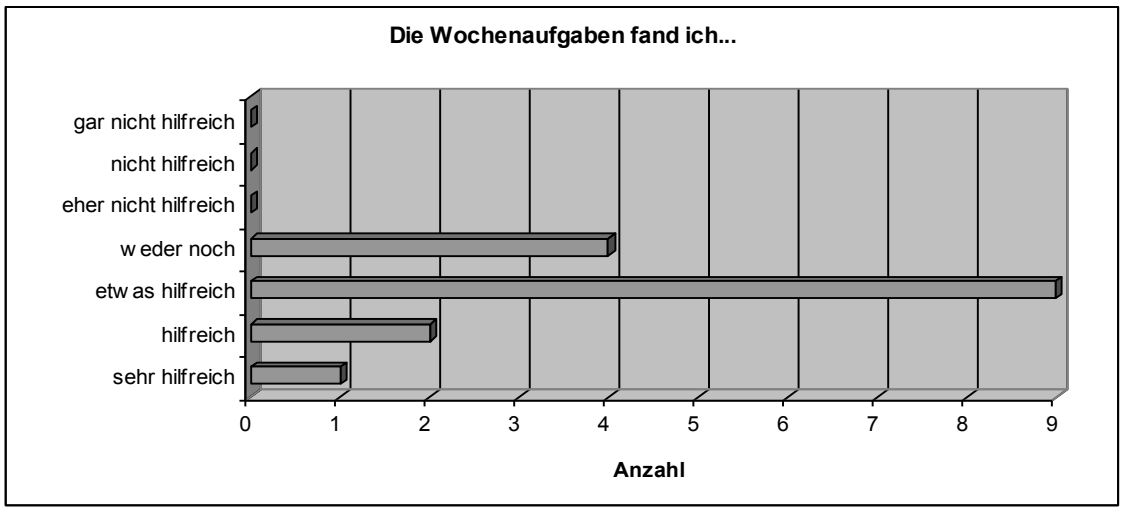


Abbildung 4-44: Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung, Jugendlichenurteil (FZB-J): Einschätzung der Nützlichkeit der Wochenaufgabe

Im Elternurteil wird mittels eines Items das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten erfragt, auftauchende Gleichaltrigenprobleme ihrer Söhne bewältigen zu können. Diesbezüglich zeigt sich ein heterogenes Bild. 12 Elternteile äußern sich eher zuversichtlich hinsichtlich ihrer eigenen Kompetenzen (sehr großes Vertrauen bis eher großes Vertrauen), 2 geben an, unsicher zu sein und kein eindeutiges Gefühl zu haben, und 5 der Elternteile äußern sich eher pessimistisch (siehe Abbildung 4-45).

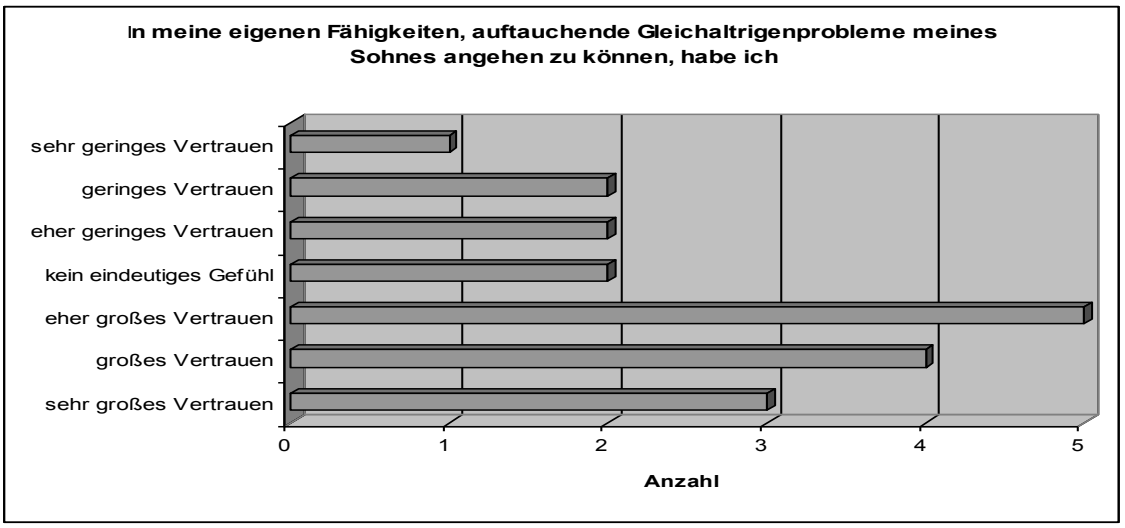


Abbildung 4-45: Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung, Elternurteil (FZB-El): Einschätzung des elterlichen Kompetenzvertrauens

5 Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war eine erste Evaluation des Therapieprogramms SELBST-Gruppe mit Hilfe eines Eigenkontrollgruppendesigns bestehend aus einer 10-wöchigen Baselinephase, einem 10-wöchigen Treatment und einer 10-wöchigen Stabilisierungsphase. Entsprechend der Hypothesen (vgl. 3.7) sollten internalisierendes und externalisierendes Problemverhalten nach der Therapie signifikant geringer ausgeprägt sein. Soziale Kompetenzen sowie Selbstwirksamkeitserwartungen hingegen sollten sich signifikant steigern. Darüber hinaus war die Frage der Akzeptanz des Gruppenprogramms bzw. die Zufriedenheit mit der Behandlung von Interesse. Die Ergebnisse der statistischen Analysen sowie die deskriptiven Auswertungen zur Testung der verschiedenen Hypothesen werden im nachfolgenden Kaptitel diskutiert. Im Anschluss werden Stärken und Schwächen der vorliegenden Studie abgewogen. Die Arbeit wird mit Schlussfolgerungen für zukünftige Studien und die Behandlung Jugendlicher mit Gleichaltrigenproblemen beendet.

5.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

5.1.1 Lässt sich durch die Teilnahme an der Intervention internalisierendes Problemverhalten verringern?

In der ersten Hypothese wurde eine signifikante Abnahme internalisierenden Problemverhaltens nach der Gruppentherapie vorhergesagt, die Baselinephase hingegen sollte keinen Effekt zeigen. Darüber hinaus wurde angenommen, dass die Verbesserung auch noch 10 Wochen nach Beendigung der Intervention stabil ist. Die Achenbach-Skalen, YSR/11-18 und CBCL/4-18, zeigen nur im Elternurteil Effekte für den Breitbandfaktor Internalisierung. Allerdings verringert sich internalisierendes Problemverhalten entgegen der Annahme in der Baselinephase. Nach der Gruppenintervention kommt es dann zu einer weiteren signifikanten Reduktion internalisierenden Problemverhaltens. Der Effekt ist zeitlich stabil, die Werte zum Follow-Up-Messzeitpunkt liegen sogar leicht unter denen der Postmessung. Die Tatsache, dass die Baselinephase keine reine Wartezeit ist, sondern auch Einzelgespräche zur Diagnostik, Entwicklung eines Störungsmodells und Vorbereitung der Gruppentherapie umfasst, könnte eine Erklärung für dieses Ergebnis bieten. Auch wenn Interventionen im engeren Sinne nicht intendiert waren, wurden in den Gesprächen möglicherweise schon Veränderungen angestoßen. Im Jugendlichenurteil zeigen sich keine Effekte für den

Breitbandfaktor Internalisierung. Auffallend ist, dass die Jugendlichen sich in der Prämessung im Vergleich zu ihren Eltern als weniger auffällig beschreiben. Die Werte in der Postmessung sind mit denen des Elternurteils vergleichbar. Dieser Befund ist entgegengesetzt zu dem Ergebnis einer repräsentativen epidemiologischen Studie zu psychischen Auffälligkeiten und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Döpfner et al., 1997), in der sich die Jugendlichen auf allen Problemskalen der Achenbach-Skalen als auffälliger im Vergleich zu ihren Eltern einstuften. Die Tatsache, dass die Eltern ihre Söhne als auffälliger beschreiben als diese sich selbst, könnte auf Bagatellisierungs- und Dissimulierungstendenzen hinweisen, was das Finden eines Effektes im Jugendlichenurteil erschwert. Weitergehende Analysen weisen außerdem darauf hin, dass die verschiedenen Therapiegruppen unterschiedliche Verläufe zeigen, so dass der durchschnittliche Gruppenverlauf mit Vorsicht zu interpretieren ist. Während die Werte dreier Gruppen im zeitlichen Verlauf zumindest eine Symptomreduktion aufweisen, zeigen zwei Gruppen eine deutliche Zunahme der Symptomatik zum Postmesszeitpunkt, in der Follow-Up-Messung kommt es dann wieder zu einem deutlichen Abfall der Werte unter das Ausgangsniveau. Die Heterogenität der Verläufe könnte tatsächliche differenzielle Wirkungen des Treatments widerspiegeln, das heißt, es gibt Gruppen, die mehr oder weniger von dem Programm profitieren. Eine alternative Interpretation könnte sein, dass einige Jugendliche diesen sehr umfangreichen Fragebogen zum Post-Messzeitpunkt nicht gewissenhaft ausgefüllt haben und die sehr hohen Werte der Gruppen 1 und 2 nicht valide sind. Möglicherweise könnte durch die Gruppenintervention auch das Problembewusstsein einiger Jugendlicher gesteigert worden sein, was in den hohen Werten in der Postmessung zum Ausdruck kommt. Werden die Ergebnisse der depressions- und angstspezifischen Fragebögen betrachtet, zeigen sich überwiegend die erwarteten signifikanten bis hochsignifikanten Effekte. Aus Sicht der Jugendlichen ergibt sich eine Reduktion depressiver Symptome im zeitlichen Verlauf, wobei die Ergebnisse Hinweise darauf geben, dass diese auf das Treatment zurückzuführen sind. Erwartungsgemäß wird im DIKJ erst nach der Gruppenintervention (Vergleich Zwischen-Post) eine signifikante Reduktion der Depressionswerte erzielt, der Effekt ist zeitlich stabil und auch noch bei der Follow-Up-Erhebung nachweisbar. Im SBB-DES ist ebenfalls erwartungsgemäß noch keine Verbesserung in der Baselinephase zu beobachten, der Vergleich der Zwischen- mit der Postmessung wird nur knapp nicht signifikant. Im zeitlichen Verlauf (Prä-Post) kann eine signifikante Reduktion der Depressionswerte erzielt werden. Allerdings ist beim Follow-Up-Messzeitpunkt wieder ein leichter Anstieg der Werte zu verzeichnen, so dass der Effekt nicht stabil bleibt. Betrachtet man die Ergebnisse der angstspezifischen Fragebögen (SBB/FBB-ANG), so bestätigen

sich alle Annahmen der Hypothese. Im Verlauf reduzieren sich beurteilerübereinstimmend (Jugendliche und Eltern) sowohl der Gesamtwert als auch der Kennwert für soziale Angst. Die Tatsache, dass sich im Verlauf der Baselinephase keine signifikante Verbesserung zeigt, sondern erst beim Vergleich der Zwischen- mit der Postmessung, kann als Hinweis auf die Wirksamkeit der Gruppentherapie gewertet werden. Die Werte zum Follow-Up-Zeitpunkt sind vergleichbar mit denen der Postmessung, das heißt, die Angstwerte haben sich stabil reduziert. Anzumerken ist, dass die durchschnittlichen Werte in den DISYPS-Bögen bereits zum Prämesszeitpunkt als recht unauffällig zu bewerten sind. Dies kann dadurch erklärt werden, dass es sich bei dem entwickelten Programm nicht um ein störungsspezifisches Therapieangebot handelt. Dementsprechend heterogen war die untersuchte Stichprobe im Hinblick auf die Diagnosen (vgl. 3.2.2). Da niedrige Ausgangswerte das Finden eines Effektes erschweren, ist die Tatsache, dass in den Angst- und Depressionsfragebögen Effekte gefunden wurden, positiv hervorzuheben.
Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich im Verlauf Verbesserungen im internalisierenden Problemverhalten zeigen, die im Zusammenhang mit der Gruppenteilnahme zu stehen scheinen, wobei die störungsspezifischen Fragebögen geeigneter erscheinen, die Veränderungen abzubilden, als die Breitbandverfahren.

5.1.2 Lässt sich durch die Teilnahme an der Intervention externalisierendes Problemverhalten verringern?

Im Folgenden werden die Ergebnisse der zweiten Hypothese zusammengefasst und diskutiert. Erwartet wurde, dass sich externalisierendes Problemverhalten im Verlauf reduziert, wobei die Baselinephase noch keinen signifikanten Effekt haben sollte, eine Reduktion wurde erst nach Beendigung der Gruppentherapie erwartet, und die Effekte sollten auch in der Follow-Up-Messung stabil sein. Die Ergebnisse zur Überprüfung der zweiten Hypothese sind uneinheitlich. Im YSR wird zwar beim Vergleich der Prä- mit der Follow-Up-Messung eine signifikante Abnahme externalisierenden Problemverhaltens erzielt, die Verringerung lässt sich jedoch nicht unmittelbar auf das Treatment zurückführen. Bereits nach der Baselinephase reduzieren sich die Werte im Faktor Externalisierung, Signifikanz wird nur knapp verfehlt, was als Spontanremission oder auch als Effekt der Einzelsitzungen und der dadurch gesteigerten Veränderungsmotivation der Jugendlichen gewertet werden könnte. Nach Beendigung des Treatments entsprechen die Werte auf der Skala Externalisierung nahezu denen der Zwischenmessung. Erst zum Follow-Up-Zeitpunkt zeigt sich eine weitere Abnahme des Skalenwerts, so dass der Vergleich der Prä- mit der Follow-Up-Messung signifikant wird. Dies könnte darauf hindeuten, dass der Transfer der vermittelten Strategien zur Reduktion externalisierenden

Problemverhaltens Zeit benötigt und dementsprechend erst in der Follow-Up-Messung – nach entsprechender Übung – ein Effekt resultiert. So wird beispielsweise das Thema Ärgerkontrolle, wodurch eine Reduktion expansiver Verhaltensprobleme erzielt werden soll, erst in der achten Gruppentherapiesitzung durchgeführt. Das Elternurteil unterscheidet sich mitunter von der Selbstbeurteilung der Jugendlichen. Im Verlauf (Vergleich der Prä- mit der Postmessung) zeigt sich eine hochsignifikante Reduktion externalisierenden Problemverhaltens gemessen mit der CBCL. Allerdings ist diese in der Baselinephase entgegen der Erwartung bereits signifikant, wobei nicht ausgeschlossen werden kann, dass es sich um einen Effekt der Einzelsitzungen handelt. Nach der Treatmentphase ist eine weitere Reduktion der Werte zu verzeichnen, allerdings verfehlt diese knapp Signifikanz. Zum Follow-Up-Messzeitpunkt liegen die Werte weiterhin hochsignifikant unter dem Ausgangsniveau. Im gesamten Verlauf scheint sich externalisierendes Problemverhalten aus Sicht der Eltern zu reduzieren. Der Nachweis, dass es sich hierbei um einen Effekt des Therapieprogramms handelt, konnte jedoch nicht erbracht werden. Bei der Betrachtung der Ergebnisse im SBB-SSV ergeben sich keine Hinweise, die die Hypothese unterstützen, dass es durch das Treatment zu einem Rückgang oppositionell-aggressiven oder dissozialen Verhaltens kommt. Die Werte der ersten drei Messzeitpunkte befinden sich auf ähnlichem Niveau, sind sogar tendenziell leicht ansteigend. Möglicherweise steigert sich nicht das tatsächlich gezeigte Problemverhalten, sondern das Problembewusstsein der Jugendlichen dafür. Zum Follow-Up-Messzeitpunkt reduziert sich der Gesamtwert leicht, allerdings wird kein signifikantes Ergebnis erzielt. Anzumerken ist, dass auch in der Prämessung der durchschnittliche Gesamtwert in den klinisch unauffälligen Bereich fällt, was wiederum durch die Heterogenität in Bezug auf Diagnosen erklärt werden kann oder auch Ausdruck von Bagatellisierungstendenzen der Jugendlichen sein könnte. Aufgrund der niedrigen Werte in der Prämessung ist eine Verbesserung auf dieser Variablen schwer zu erzielen. Die Ergebnisse des Elternurteils (FBB-SSV) unterscheiden sich von der Selbstbeurteilung der Jugendlichen. Beim Vergleich der Prä- mit der Postmessung und der Prä- mit der Follow-Up-Messung wird eine signifikante bzw. sogar hochsignifikante Verbesserung erzielt. Vergleichbar mit dem Ergebnis der CBCL/4-18 lässt sich der gefundene Effekt jedoch nicht auf das Treatment zurückführen, sondern nach der Baselinephase kommt es bereits zu einem signifikanten Ergebnis. Die grafische Veranschaulichung der Verläufe legt nahe, dass die Verbesserung nach der Baselinephase sogar größer ist als die Reduktionen im Verlauf des Treatments. Insgesamt sind die Ergebnisse zur Überprüfung der zweiten Hypothese somit uneinheitlich. Effekte werden primär im Elternurteil gefunden. Zudem lassen sich die gefundenen signifikanten Reduktionen im Problemverhalten nicht

eindeutig auf das Treatment zurückführen, sondern die Baselinephase scheint schon einen gewissen Effekt zu haben, wobei nicht auszuschließen ist, dass dies auf die Einzelsitzungen zurückzuführen ist. Die Hypothese, dass sich durch das Gruppenprogramm externalisierendes Problemverhalten verringert, kann somit nicht bestätigt werden.

5.1.3 Lassen sich durch die Teilnahme an der Intervention Selbstwirksamkeitserwartungen und soziale Kompetenzen steigern?

Die dritte Hypothese, die vorhersagt, dass die Selbstwirksamkeitserwartung und die sozialen Kompetenzen der Jugendlichen sich nach dem Gruppenprogramm verbessert haben, lässt sich statistisch bestätigen. Wie erwartet, zeigen sich im SWE und im AICQ keine signifikanten Effekte beim Vergleich der Prä- mit der Zwischenmessung. Der Vergleich der Zwischen- mit der Postmessung wird hingegen bei beiden Variablen hochsignifikant. Die Tatsache, dass die Baselinephase keinen Effekt hat, bei nahezu gleichen Werten in der Prä- und Zwischenmessung, und sich erst nach der Interventionsphase eine signifikante Erhöhung in den Variablen zeigt, weist auf die Wirksamkeit des Programms hinsichtlich der Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung und der Steigerung der sozialen Kompetenzen hin. Die Werte im SWE sind zum Follow-Up–Zeitpunkt vergleichbar mit denen der Postmessung, was auf die längerfristige Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung hinweist. Im AICQ sind die Werte in der Follow-Up-Erhebung im Vergleich zur Postmessung wieder etwas abgesunken, allerdings ist beim Vergleich mit der Symptomausprägung des Ausgangsniveaus weiterhin eine signifikante Verbesserung zu verzeichnen. Da nur ein 10-Wochen-Follow-Up vorliegt, kann die Frage, inwiefern sich die Effekte auch noch längerfristiger stabilisieren, nicht abschließend geklärt werden.

5.1.4 Lassen sich durch die Teilnahme an der Intervention die individuellen Gleichaltrigenprobleme verringern?

Bezüglich der vierten Hypothese, dass sich die Frequenz der Gleichaltrigenprobleme und die daraus resultierende Belastung im Laufe der Intervention verringern, ist die Befundlage ebenfalls als positiv zu bewerten, wobei hier nur Aussagen über Verbesserungen im Verlauf der Intervention gemacht werden können. Beurteilerübereinstimmend (Jugendliche und Eltern) zeigen sich über die 10 Gruppensitzungen hinweg hochsignifikante Reduktionen auf der Variablen Frequenz von Gleichaltrigenproblemen. Auffallend ist, dass der Ausgangswert im Elternurteil deutlich über dem der Jugendlichen liegt, das heißt, aus Sicht der Eltern treten

Gleichaltrigenprobleme häufiger auf als aus Sicht der Jugendlichen selber. Eine höhrere Symptomausprägung in der Prämessung im Elternurteil gegenüber dem Jugendlichenurteil wurde auch auf anderen Variablen, wie z.B. den analysierten Kennwerten der Achenbach-Skalen, gefunden, was darauf hinweisen könnte, dass die Jugendlichen dazu neigen, ihre Symptomatik in der Prämessung zu bagatellisieren. Die Größe der Reduktion von der Prä- zur Postmessung ist im Eltern- und Jugendlichenurteil fast identisch. Dementsprechend wird von den Eltern am Ende der Behandlung noch eine höhere Frequenz von Gleichaltrigenproblemen angegeben als im Jugendlichenurteil. Die Jugendlichen stufen sich zu Beginn der Gruppentherapie im Durchschnitt auch als weniger belastet durch die Beziehungsprobleme ein, als die Eltern dies tun. Im Jugendlichenurteil kann trotz des ohnehin schon niedrigeren Belastungsgrads in der Prämessung noch eine signifikante Reduktion im Verlauf der Therapie nachgewiesen werden. Im Elternurteil wird kein signifikanter Effekt gefunden, die Belastung bleibt nahezu auf gleichem Niveau. Mögliche Erklärungen wären, dass die Eltern zwar eine Verbesserung der Gleichaltrigenprobleme registrieren, das Ausmaß der Belastung durch diese für sie jedoch schwerer zu beurteilen ist, sich die Entlastung erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung bemerkbar macht oder in die Bewertung der Belastung auch andere Faktoren mit einfließen, wie zum Beispiel eigene Sorgen oder Schwierigkeiten des Jugendlichen in anderen Bereichen.

5.1.5 Wie ist die Akzeptanz und Zufriendenheit mit dem entwickelten Therapieprogramm einzuschätzen?

Die Frage der Akzeptanz des Gruppenprogramms und der Zufriedenheit mit der Behandlung wurde rein deskriptiv untersucht und weist insgesamt gute Ergebnisse auf. In dem wöchentlich während der Therapiephase auszufüllenden Stundenbeurteilungsbogen DEME geben die Jugendlichen eine zunehmende Verringerung ihrer Probleme insgesamt an. Die Gruppensitzungen werden durchweg als hilfreich, mit leichten Schwankungen nach oben und unten je nach Sitzung, eingestuft. Die Gruppenatmosphäre wird ebenfalls im Mittel als mindestens gut eingeschätzt und die eingesetzten Therapiematerialien fanden hohe Akzeptanz. Die Beurteilung, wie gut es den Jugendlichen gelungen ist, die Wochenaufgabe umzusetzen, fällt etwas schlechter aus, ist jedoch als zufriedenstellend zu bewerten. Die Auswertung des Fragebogens zur Zufriedenheit mit der Behandlung (FZB-J, FZB-El) legt nahe, dass sich bei der Mehrheit der Jugendlichen die Gleichaltrigenprobleme im Verlauf verbessert haben. Die Eltern und Jugendlichen äußern sich überwiegend positiv hinsichtlich der Zufriedenheit mit den im Rahmen des Therapieprogramms erzielten Fortschritten. Die Bewertung der Therapiematerialien und

der Wochenaufgabe entspricht den Einschätzungen im Stundenbeurteilungsbogen DEME und ist als überwiegend gut einzustufen. Die Ergebnisse weisen daraufhin, dass es den Therapeuten gelungen ist, eine positive Gruppenatmosphäre zu schaffen und eine gute therapeutische Beziehung zu den Jugendlichen aufzubauen. Als indirekter Hinweis auf die Behandlungszufriedenheit kann aufgeführt werden, dass alle Jugendlichen, die sich für die Teilnahme an der Gruppentherapie entschieden haben, diese auch beendet haben, was im Hinblick auf die hohen Abbrecherquoten in der Jugendlichenpsychotherapie als Erfolg zu werten ist. Zu erwähnen ist, dass auf Seite der Eltern nach Gruppenabschluss noch eine gewisse Unsicherheit hinsichtlich ihrer eigenen Kompetenzen besteht, ihre Söhne bei der Bewältigung von zukünftigen Gleichaltrigenproblemen unterstützen zu können. Die Beurteilung der Eltern hinsichtlich ihres Einbezugs in die Therapie zeigt zwar überwiegend positive Antworten, es sind jedoch auch zumindest 6 Eltern, die sich diesbezüglich als unentschieden einstufen. Möglicherweise hätten diese sich mehr Beratung zum Umgang mit den Schwierigkeiten ihres Sohnes gewünscht. Die Jugendlichen werteten das Ausmaß des Einbezugs ihrer Eltern mit einer Ausnahme, die eine neutrale Antwort abgab, als positiv. Vermutlich kommt die Tatsache, dass der Fokus auf sie gelegt wurde, ihrem steigenden Autonomiebedürfnis entgegen. Ein stärkerer Einbezug der Eltern könnte möglicherweise den Effekt verringern, der auf der Variablen Selbstwirksamkeit gefunden wurde.

5.1.6 Zusammenfassende Bewertung

Zusammenfassend liefert die vorliegende Arbeit erste Hinweise auf die Wirksamkeit des entwickelten Behandlungsprogramms. Die Befunde sprechen insbesondere dafür, dass sich soziale Kompetenzen und Selbstwirksamkeitserwartungen steigern ließen und die Häufigkeit individuell definierter Gleichaltrigenprobleme abnahm. Bei den eingesetzten störungsspezifischen Verfahren zeigen die Angst- und Depressionsverfahren Ergebnisse im Sinne der Hypothese. Die Hypothese, dass sich durch die Teilnahme am Gruppenprogramm externalisierendes Problemverhalten reduzieren lässt, kann in dieser Studie nicht eindeutig beantwortet werden. Insgesamt entsteht der Eindruck, dass störungsspezifische Verfahren sowie Breitbandverfahren aufgrund der Heterogenität der Stichprobe hinsichtlich der Diagnosen weniger geeignet zur Evaluation sind als die Kompetenzskalen (AICQ, SWE) und die individuellen Problemlisten. Dies verwundert nicht, weil es sich um ein problemspezifisches und nicht um ein störungsspezifisches Therapiekonzept handelt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass das Therapieprogramm neben der Behandlung von

Gleichaltrigenproblemen auch eine Reduktion von Leistungsproblemen fokussiert. Bei der Rekrutierung der Studienteilnehmer sollten Jugendliche eingeschlossen werden, die in beiden Bereichen Schwierigkeiten aufweisen. Es ließ sich jedoch nicht verhindern, dass einige Jugendliche schwerpunktmäßig aufgrund von Leistungsproblemen an dem Programm teilnahmen und bezüglich der Änderung von darüber hinaus bestehenden Gleichaltrigenproblemen wenig motiviert waren. Möglicherweise hätten auf einigen Variablen größere Veränderungen erzielt werden können, wenn die Jugendlichen alle primär an der Bearbeitung der Gleichaltrigenprobleme interessiert gewesen wären und sie in den eingesetzten Evaluationsinstrumenten in der Prämessung höher gescored hätten. Die Tatsache, dass sich die Jugendlichen in der Prämessung über mehrere Variablen hinweg im Durchschnitt als weniger auffällig im Vergleich zu ihren Eltern beschreiben, könnte auf Bagatellisierungstendenzen hinweisen, die das Finden von Effekten erschwert.

5.2 Schwächen und Stärken der Studie

Die Ergebnisse müssen unter Berücksichtigung von Schwächen und Stärken der Studie betrachtet werden. Dabei wurden einige kritische Gesichtspunkte bereits im Laufe der Arbeit erwähnt. Im Folgenden werden die wichtigsten Punkte zusammengefasst und diskutiert. Zuallererst ist die kleine Stichprobengröße (n = 20, das heißt 5 Gruppen à 4 Teilnehmer) zu nennen, so dass sich kleine und mittlere Effekte statistisch nicht gegen den Zufall absichern lassen. Als Gründe für die geringe Stichprobengröße sind Rekrutierungsschwierigkeiten sowie der hohe Zeitaufwand zur Durchführung der Gruppentherapien zu nennen. Die festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien (vgl. 3.2.1) erschwerten die Suche nach geeigneten Jugendlichen. So kamen nur männliche Jugendliche mit einem Gesamt-Intelligenzquotient > 80 und Problemen im Leistungs- und Gleichaltrigenbereich als potentielle Teilnehmer in Frage. Bestimmte Störungsbilder wurden zudem ausgeschlossen und sowohl die Jugendlichen als auch deren Eltern mussten den Studienbedingungen zustimmen, wie zum Beispiel keine weiteren therapeutischen Interventionen und Konstanthaltung der Medikation während der gesamten Studiendauer. Da im Rahmen der Dissertation auch die Therapiematerialien entwickelt worden sind, hätte die Untersuchung einer größeren Stichprobe ein vertretbares Maß für den Zeitraum der Datensammlung überschritten. Hinsichtlich des Designs wäre ein randomisiertes Warte-Kontrollgruppendesign dem eingesetzten Eigenkontrollgruppendesign überlegen gewesen, die Jugendlichen wären in diesem Fall per Zufall entweder der Therapie- oder der Wartegruppe zugeordnet worden und somit unabhängig voneinander gewesen. Wegen der Schwierigkeiten in der

Stichprobenrekrutierung, des daraus resultierenden geringen Stichprobenumfangs und der Gefahr weiterer drop-outs im Falle einer längeren Wartezeit war die Umsetzung eines Warte-Kontrollgruppendesigns nicht möglich. Die Tatsache, dass es sich auch um eine erste explorative Studie handelt, in der noch die Erprobung der entwickelten Therapiematerialien im Fokus steht, rechtfertigt zudem die Verwendung eines Eigenkontrollgruppendesigns. Aufgrund der beschriebenen methodischen Mängel und des Fehlens weiterer Wirksamkeitsnachweise ist trotz der mitunter positiven Ergebnisse ein Wirksamkeitsnachweis gemäß den Kriterien für empirisch effektive Interventionen (z.B. Chambless & Ollendick, 2001) nicht möglich. Das eingesetzte Design ermöglicht darüber hinaus keine Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit der einzelnen eingesetzten Behandlungsbausteine, sondern kann nur Hinweise auf die Effektivität des gesamten Gruppenprogramms geben. Es ist zwar zu vermuten, dass die Verbesserungen im Gleichaltrigenbereich auch durch die diesbezüglichen Interventionen bedingt sind, allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, dass auch die leistungsbezogenen Bausteine und unspezifische Aspekte der Therapie, wie z.B. die Aufmerksamkeitszuwendung oder eine Steigerung der Kompetenzen durch den Besuch der Gruppe an sich, zu den Veränderungen im Verlauf der Intervention beigetragen haben. Um diesbezügliche Fragestellungen hinreichend zu klären, sind umfangreichere Studien unter Einbezug einer Kontrollgruppe erforderlich und wünschenswert. Diskutiert werden kann auch, ob die Auswahl der eingesetzten Evaluationsinstrumente noch verbesserungswürdig ist. Aufgrund des problem- statt störungsspezifischen Behandlungsansatzes verwundert es nicht, dass die eingesetzten störungsspezifischen Fragebögen und Breitbandverfahren sich gegenüber Verfahren zur Erfassung individueller Probleme, sozialer Kompetenzen und allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartungen als weniger geeignet erwiesen haben, Veränderungen abzubilden. Eine Ergänzung der Fragebogenbatterie durch weitere, speziell auf die Intervention abgestimmte problem- und kompetenzspezifische Verfahren wäre wünschenswert gewesen. Im Rahmen dieser Studie wurden soziale Kompetenzen im Gleichaltrigenbereich nur im Selbsturteil der Jugendlichen erhoben. Sinnvoll wäre die zusätzliche Erhebung eines Fremdurteils, z.B. durch Eltern und Lehrer. Leider gibt es im deutschsprachigen Raum kaum standardisierte und empirisch bewährte Instrumente zur Erfassung von Gleichaltrigenproblemen und sozialen Kompetenzen, so dass eine Übersetzung angloamerikanischer Fragebögen oder die Entwicklung entsprechender deutschsprachiger Instrumente notwendig wäre. Zusätzlich wäre der Einsatz von Verhaltensbeobachtungen als Ergänzung zu den Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren optimal. Wegen des damit verbundenen hohen Aufwandes überstieg dies jedoch den Rahmen der Studie. Bei den Fragebögen zur

Behandlungszufriedenheit ist anzumerken, dass es keine standardisierten Verfahren gibt, um diesen Aspekt zu erfassen. Darüber hinaus führt die Erhebung von Zufriedenheitswerten das Problem der sozialen Erwünschtheit mit sich. Da die Bögen nicht von einer anderen Person anonymisiert ausgewertet werden konnten, ist nicht auszuschließen, dass sich einige der Jugendlichen oder Eltern schwer damit taten, negative Bewertungen abzugeben. Die Tatsache, dass die Durchführung der Therapien und die Auswertung der Daten von denselben Personen erfolgte, ist prinzipiell für die gesamten Fragebögen zutreffend, so dass eine Tendenz sozialer Erwünschtheit oder eine unbewusste Beeinflussung der Therapeuten auf die abgegebenen Bewertungen nicht sicher ausgeschlossen werden kann. Dagegen spricht jedoch, dass zum Beispiel im Bereich des externalisierenden Problemverhaltens kaum die gewünschten Effekte nachgewiesen werden konnten. Erwähnenswert scheint auch, dass die wiederholten Fragebogenerhebungen möglicherweise die Validität der Antworten beeinflussen. Die im Rahmen der Studie gesammelten Erfahrungen lassen vermuten, dass insbesondere bei den Jugendlichen mit expansivem Problemverhalten das mehrfache Ausfüllen der Evaluationsinstrumente deutlichen Widerstand hervorrief. Aufgrund der Erfahrungen in einer Pilotgruppe, die die Beantwortung der Fragebögen als sehr aversiv einstuften, wurde keine weitere Fragebogenerhebung nach der 5-wöchigen Wartezeit durchgeführt. Dadurch wurde jedoch der Nachteil in Kauf genommen, dass die Baselinephase keine reine Wartezeit ist, sondern auch Einzelsitzungen umfasst. Folglich kann die Vermutung nicht überprüft werden, dass die mitunter entgegen der Hypothese gefundenen Effekte in der Baselinephase auf die Einzelsitzungen zurückzuführen sind. Es ist auch nicht sicher auszuschließen, dass in den Einzelsitzungen entgegen der Planung auch gewisse therapeutische Interventionen stattfanden, da mitunter der Leidensdruck der Jugendlichen und ihrer Eltern sehr groß war. Aufgrund der aufgeführten Schwächen dieser Pilotstudie, wie geringer Stichprobenumfang, keine reine Baselinephase, Heterogenität der Untersuchungsstichprobe, wurde in den statistischen Analysen kein direkter Vergleich der Größe der Veränderungen in der Phase 1 (Baseline) gegenüber der Phase 2 (Treatment) durchgeführt, wie dies im Steigungsmodell der Multilevel-Analyse erfolgt. Eine direkte Vergleichsanalyse der beiden Veränderungswerte wäre die strengere Testung gewesen, um die Überlegenheit der Therapiephase gegenüber der Baselinephase nachzuweisen und die Wirksamkeit des entwickelten Gruppenprogramms empirisch zu unterstützen. Auch wenn eine statistische Auswertung nach dem Steigungsmodell oder die Umsetzung eines Wartekontrollgruppendesigns erstrebenswert gewesen wäre, sind das verwendete Eigenkontrollgruppendesign und die gewählte Auswertungsmethode gegenüber einzelfallanalytischen Untersuchungen oder Prä-Post-Vergleichen als überlegen zu

bewerten. Durch die Analyse der postulierten diskreten Zeiteffekte mit Hilfe der Multilevel-Analyse in Kombination mit einer visuellen Inspektion der Verläufe ergeben sich erste Hinweise, ob die Effekte auf die Wirksamkeit der Intervention zurückzuführen sind und nicht nur zeitliche Spontanremissionen darstellen. Gegenüber klassischen Auswertungsverfahren bietet die Multilevel-Analyse zur Veränderungsmessung bei messwiederholten Daten Vorteile, wie z.B. Erhöhung der „power“, was insbesondere bei der Stichprobengröße relevant erscheint, oder Schätzung fehlender Werte, so dass eine missing-data Ersetzung nicht notwendig ist (z.B. Eid, 2003; vgl. auch auch Kapitel 3.6). Auch wenn sich zwischenzeitliches Geschehen im Rahmen dieser Therapiestudie nicht völlig kontrollieren lässt, ist positiv zu erwähnen, dass verschiedene Variablen, die die Ergebnisse verfälschen könnten, konstant gehalten wurden. Beispielsweise wurde in Absprache mit den Jugendlichen, Eltern und den behandelnden Ärzten im Falle einer medikamentösen Behandlung eine Konstanthaltung für die Studiendauer vereinbart, ebenso wurde darauf geachtet, dass während der Studienteilnahme keine weiteren psychotherapeutischen Behandlungen durchgeführt oder Jugendhilfemaßnahmen begonnen wurden. Hervorzuheben ist auch, dass es trotz der offensichtlichen Relevanz bisher keine Therapieprogramme gibt, die speziell zur Behandlung von Gleichaltrigenproblemen konzipiert wurden, auf dem Selbstmanagement-Ansatz beruhen und eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie realisieren. Es handelt sich folglich in dieser Arbeit um eine erste explorative Studie, die das Ziel hatte, erste Hinweise auf die Wirksamkeit eines solchen Behandlungsansatzes und Impulse für weitere Untersuchungen in diesem Bereich zu erhalten. Vor einem solchen Hintergrund kann die realisierte Studie als ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der therapeutischen Situation und Anregung zur weiteren Forschung in diesem Bereich angesehen werden. Auch wenn nicht alle Hypothesen bestätigt werden konnten und die Methodik in weiteren Untersuchungen verbessert werden sollte, ermutigt die Befundlage zu einer intensiveren Untersuchung des entwickelten Therapieprogramms. Dabei scheint das gewählte Behandlungsformat trotz der primären Behandlung im Gruppensetting geeignet, die individuellen Problembereiche der Jugendlichen zu verbessern. Durch die vorangehenden Einzelgespräche werden die mit einer gruppentherapeutischen Behandlung einhergehenden Nachteile vermutlich abgemildert und gleichzeitig die Vorteile eines solchen Settings genutzt, wie zum Beispiel Ökonomie, größere Alltagsnähe durch das Einüben sozialer Fertigkeiten, die Bearbeitung real auftretender Konflikte und die Rückmeldung durch Gleichaltrige. Die gesammelten Erfahrungen und Ergebnisse der statistischen Analyse geben dabei gleichzeitig Anregungen für weitere Studien in diesem

Bereich sowie Ansatzpunkte zur weiteren Verbesserung des entwickelten Therapieprogramms.

5.3 Schlussfolgerungen für weitere Studien und die Behandlung Jugendlicher mit Gleichaltrigenproblemen

Um die in der vorliegenden Untersuchung gewonnenen Hinweise auf die empirische Wirksamkeit des Behandlungsmanuals auf internalisierendes und externalisierendes Problemverhalten, soziale Kompetenzen und Selbstwirksamkeitserwartungen zu erhärten, sind Replikationen der Studie an einer größeren Stichprobe und mit einem experimentellen randomisierten Kontrollgruppendesign notwendig. Zur Evaluation empfiehlt sich in Ergänzung zu Fragebögen zur Erfassung von Gleichaltrigenproblemen und sozialen Kompetenzen der Einsatz von Verhaltensbeobachtungen zwischenmenschlicher Fertigkeiten, zum Beispiel in Konfliktsituationen mit anderen Jugendlichen. Um Aussagen hinsichtlich der Generalisierbarkeit der gefundenen Effekte machen zu können, sollte untersucht werden, inwiefern sich die Ergebnisse auch an einer Stichprobe weiblicher Jugendlicher in geschlechtsgemischten Gruppen oder in Therapiegruppen mit mehr als vier Teilnehmern replizieren lassen. Positiv wäre auch die Ausdehnung des Zeitraums der Nacherhebungen, um auch Aussagen bezüglich der Stabilität der Effekte nach Abschluss der Behandlung machen zu können. Interessant wäre z.B. zu untersuchen, inwiefern die Effekte sich auch nach einem Jahr noch als stabil erweisen. Eine Schwierigkeit bei solchen Katamnesezeiträumen ist jedoch, dass eine Konfundierung mit Effekten möglicher Weiterbehandlungen nicht ausgeschlossen kann. Die Tatsache, dass bei einigen Variablen die Gruppen signifikant unterschiedliche Verläufe zeigen, weist auf differenzielle Therapieeffekte hin. Günstig wäre es, wenn sich Faktoren extrahieren ließen, die vorhersagen, ob ein Jugendlicher voraussichtlich von der Behandlung profitieren wird oder nicht. Eventuell beeinflussen auch bestimmte gruppendynamische Faktoren die Effektivität der Intervention. Zur Klärung dieser Frage wären weitere Studien notwendig, die gruppendynamische Variablen fokussieren. Aus den Erfahrungen in einer Pilotgruppe, in der die entwickelten Therapiematerialien erstmalig ausprobiert wurden, kann gefolgert werden, dass das Programm nicht geeignet zur Behandlung Jugendlicher mit vorangeschrittener Delinquenzentwicklung erscheint. Außerdem hat sich hier gezeigt, dass die Freiwilligkeit der Teilnahme eine wesentliche Voraussetzung darstellt. Eine Behandlung gegen den expliziten Willen des Jugendlichen wäre auch nicht mit den Grundprinzipien der Selbstmanagementtherapie vereinbar (vgl. 2.1.1). Da sich in dieser ersten Evaluation das Therapieprogramm als wenig effektiv zur

Verbesserung externalisierenden Problemverhaltens erwiesen hat, sollten die Behandlungsmodule, die auf diesen Bereich abzielen, noch einmal einer kritischen Prüfung unterzogen werden. Möglicherweise könnte bereits eine Vertiefung der Inhalte der bereits entwickelten Bausteine die Effektivität steigern. Die Hypothese, dass die eingesetzten Evaluationsinstrumente wenig geeignet zur Veränderungsmessung bei einem problem- und nicht störungsspezifischen Behandlungskonzept einzustufen sind, ist zu überprüfen. Außerdem könnte untersucht werden, ob die realisierte Abfolge der Behandlungsmodule im Rahmen des Gruppenprogramms (z.B. Interventionen zur Ärgerkontrolle am Behandlungsende) dieses Ergebnis mit erklären. Die Auwertungen der Stundenbeurteilungsbögen und die gesammelten Erfahrungen im Rahmen der durchgeführten Gruppentherapien weisen nicht darauf hin, dass die entwickelten Materialien in diesem Bereich als prinzipiell ungeeignet zu bewerten sind. Jedoch wäre mitunter mehr Zeit zur Vertiefung der vermittelten Inhalte wünschenswert gewesen, insbesondere bei den Jugendlichen, die bereits seit der frühen Kindheit Schwierigkeiten im Gleichaltrigenverbund aufweisen. Weiterhin sollte die Ergänzung einer Elternberatung zumindest als fakultatives Element des Therapieprogramms erwogen werden. So wäre es interessant zu überprüfen, ob ein intensiverer Einbezug der Eltern zur weiteren Stärkung des elterlichen Kompetenzvertrauens beiträgt und sich die Effektivität der Behandlung dadurch noch steigern lässt. Die im Rahmen der Studiendurchführung gesammelten Erfahrungen legen die Vermutung nahe, dass insbesondere die Jugendlichen von dem Programm profitierten, deren Eltern sich an den Gruppeninhalten und Fortschritten ihrer Söhne interessiert zeigten. Möglicherweise stellt das elterliche Engagement oder Interesse einen Faktor für differenzielle Wirksamkeit dar. Wichtig wäre es, eine Form des elterlichen Einbezugs zu finden, die auch den jugendlichen Bedürfnissen nach Autonomie gerecht wird und ihnen nicht das Gefühl vermittelt, dass die Therapie zum Ziel hat, die elterlichen Änderungswünsche durchzusetzen. Eine Orientierung an den Selbstmanagementprinzipien erscheint dabei wichtig.

6 Zusammenfassung

Bisher existieren kaum evaluierte Therapieprogramme zur Behandlung Jugendlicher mit Gleichaltrigenproblemen. In einer Arbeitsgruppe der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität zu Köln wurde ein Therapieprogramm für Jugendliche entwickelt (SELBST), das adoleszentenspezifische Problembereiche fokussiert, und zwar Selbstwert-, Leistungs-, Familien- und Gleichaltrigenprobleme (Walter et al., 2007). Die störungsspezifische Sichtweise wird bewusst aufgegeben und der Selbstmanagementansatz als konzeptuelle Grundlage auf die Besonderheiten des Jugendalters adaptiert. Darauf aufbauend wurde ein kognitiv-behaviorales gruppentherapeutisches Programm für Jugendliche mit Leistungs- und Gleichaltrigenproblemen entwickelt und auf Durchführbarkeit und Wirksamkeit überprüft. Der Gruppentherapie gehen fünf Einzelsitzungen voraus zur Problemdefinition, Festlegung von Therapiezielen, Entwicklung eines Störungsmodells und Therapieplanung. Die Intervention in der Gruppe umfasst 10 Therapiesitzungen à 2 Stunden, zwei Elternabende sowie eine Booster-Sitzung.

Eine erste Evaluation erfolgte an einer Stichprobe von n = 20 Jugendlichen (5 Gruppen) in einem Eigenkontrollgruppendesign. Dabei durchlief jeder Jugendliche zunächst eine fünfwöchige behandlungsfreie Phase sowie fünf Einzelsitzungen. Es folgte die Therapiephase mit anschließender Postmessung. 10 Wochen nach Behandlungsende fand eine Booster-Sitzung mit Follow-Up-Erhebung statt. Um die Wirksamkeit die Programms hinsichtlich verschiedener Variablen zu beurteilen, wurden Multilevel-Analysen gerechnet.

Zusammenfassend liefern die Ergebnisse Hinweise auf die Wirksamkeit des entwickelten Behandlungsprogramms. Nach der Treatmentphase zeigten sich signifikante Verbesserungen in den sozialen Kompetenzen, Selbstwirksamkeitserwartungen und Reduktionen in den Angst- und Depressionswerten, während die Baselinephase diesbezüglich keinen Effekt hatte. Außerdem verbesserten sich die individuell definierten Gleichaltrigenprobleme im Verlauf der Therapiephase und das Programm zeigte bei den Eltern und Jugendlichen eine gute Akzeptanz. Die Hypothese, dass sich durch die Teilnahme am Gruppenprogramm externalisierendes Problemverhalten reduzieren lässt, konnte nicht eindeutig bestätigt werden.

7 Literaturverzeichnis

1. Achenbach, T. M,. & Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 46* (1, Serial No. 188).
2. Achenbach, T. M., & Edelbrock, C.S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile.* Burlington: Queen City Printers.
3. Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile.* Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
4. Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
5. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
6. Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1996). Breaking the vicious cycle: Cognitive behavioral group treatment for socially anxious youth. In E. D. Hibbs, & P. S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders. Empirical based strategies for clinical practice* (3rd ed., pp. 43-62). Washington: American Psychological Association.
7. Albano, A. M., DiBartolo, P. M., Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1995). Children and adolescents: Assessment and treatment. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 387-425). New York: Guilford Press.
8. Albano, A. M., & Hayward, C. (2004). Social Anxiety Disorder. In T. H. Ollendick, & J. S. March (Eds.), *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents. A clinican's Guide to Effective Psychosocial and Pharmacological Interventions.* Oxford: University Press.
9. Albano, A. M., Marten, P. A., & Holt, C. S. (1991). *Cognitive-behavioral group treatment of adolescent social phobia: Therapist's manual.* Unpublished manuscript, State University of New York at Albany.
10. Altherr, P. (1993). Depression. In H.-C. Steinhausen & M. von Aster (Hrsg.), *Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen.* Weinheim: Psychologie Verlags Union.
11. Ambühl, H., Meier, B,. & Willutzki, U. (2001). *Soziale Angst verstehen und behandeln. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Zugang*. Stuttgart: Pfeiffer.
12. Angold, A., Costello, E. J., & Worthman, C. M. (1998) Puberty and depression: the

roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological Medicine 28*, 51-61.

13. APA – American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR (4th edition, Text Revision).* American Psychiatric Association, Washington, DC 2000.
14. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998a). *Fragebogen für Jugendliche: Deutsche Bearbeitung der Youth Self Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*, *bearbeitet von Döpfner, M., Plück, J., Bölte, S., Lenz, K., Melchers, P., & Heim, K.* (2. Auflage mit deutschen Normen). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
15. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998b). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kinder und Jugendlichen: Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung, bearbeitet von Döpfner, M., Plück, J., Bölte, S., Lenz, K., Melchers, P., & Heim, K.* (2. Auflage mit deutschen Normen). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
16. Asarnow, J. R., & Callan, J. W. (1985). Boys with peer adjustment problems: Social cognitive processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 80-87.
17. Asher, S. R., Parker, J. G., & Walker, D. L. (1996). Distinguishing friendhsip from acceptance: Implications for intervention and assessment. In W.M. Bukowski, AF. Newcomb, & W.W. Hartup (Eds.), *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence* (pp. 366-405). New York: Cambridge University Press.
18. Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J., & Nolen-Hoeksema, S. (2001). *Einführung in die Psychologie.* Heidelberg: Spektrum.
19. Azmitia, M., Kamprath, N.A., & Linne, J. (1998). Friendships during middle childhood and early adolescence. In Meyer, L. H., Park, H., Grenot, Scheyer, M., Schwartz, I. S., & Harry, B. (Eds.). *Making Friends. The Influences of Culture and Development.* S. 171-187. Baltimore: Brookes.
20. Baer, L. (2003). Der *Kobold im Kopf. Die Zähmung der Zwangsgedanken.* Bern: Huber .
21. Bandura, A. (1979a). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
22. Bandura, A. (1979b). *Aggression: Eine sozial-lerntheoretische Analyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
23. Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and actions: A social cognitive*

theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

24. Bandura, A. (1989). Self-regulation of motivation and action through internal standards and goal systems. In L.A. Pervin (Ed.), *Goal concepts in personality and social psychology* (pp.19-85). Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum.
25. Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behaviour* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.
26. Barber, B. K., & Olsen, J. A. (1997). Socialization in context: Connection, regulation and autonomy in the family, school, and neighbourhood, and with peers. *Journal of Adolescent Research, 12*, 287-315.
27. Barkley, R. A. (1981). Hyperactivity. In E. Mash, & L. Terdal (Eds.), *Behavioral assessment of childhood disorders* (pp. 127-184). New York: Guilford.
28. Barrett, P. M., Rapee, R. M.; Dadds, M. M., & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*, 187-203.
29. Bates, J. E., Bayles, K., Bennett, D. S., Ridge, B., & Brown, M.M. (1991). Origins of externalizing behavior problems at eight years of age. In D. J. Pepler, & K .H. Rubin (Eds.) *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 93-120). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
30. Bates, J. E., Maslin, C. A., & Frankel, K.A. (1985). Attachment, security, mother-child interaction, and temperament as predictors of behavior-problem ratings at age three years. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50*, 167-193.
31. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1980). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Urban & Schwarzenberg.
32. Beelmann, A. & Lösel, F. (2005). Entwicklung und Förderung der sozialen Informationsverarbeitung im Vor- und Grundschulalter. In T. Guldimann (Hrsg.), *Bildung 4- bis 8-jähriger Kinder* (S. 209-230). Münster: Waxmann.
33. Beidel, D. C., & Randall, J. (1994). Social Phobia. In T.H. Ollednick, N.J.King, & W. Yule (Eds.), *International Handbook of Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (pp. 111-129).
34. Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (2004). *Social effectiveness training for children and Adolescents (SET-C).* Toronto: MHS.
35. Beidel, D. C., Turner, S. M., & Young, B. J. (2006). Social effectiveness therapy for children: five years later. *Behavior Therapy, 37*(4), 416-425.
36. Beidel, D. C., Turner, S. M., Young, B., & Paulson, A. (2005) Social effectiveness training for children: Three-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical*

Psychology 73(4), 721-725.

37. Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia.* Washington: American Psychological Association.
38. Beidel, D. C., Turner, S. M. & Morris, T. C. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 1072-1080.
39. Bell-Dolan, D. J., Reaven, N. M., &Petersen, L. (1993). Depression and social functioning: A multidimensional study of the linkages. *Journal of Child Clinical Psychology*, 22, 306-315.
40. Berger, M., Mühlhäuser, I., & Jörgens, V. (1983). Evaluation of education of the diabetic. Quality control in diabetes therapy. *Fortschritte der Medizin, 101* (6), 212-215.
41. Berndt, T. J,. & Keefe, K. (1995). Friends' influence on adolescents adjustment to school. *Child Development, 66,* 1312-1329.
42. Berndt, T. J., & Ladd, G. W. (1989). *Peer Relationships In Child Development*. New York. Wiley.
43. Berndt, T. J., & Savin-Williams, R. C. (1993). Peer relations and friendhships. In P. H. Tolan, & A. K. Cohen (Eds.), *Handbook of Clinical research and practice with adolescents* (pp. 203-220). New York: John Wiley & Sons.
44. Bierman, K. L. (1987). The clinical significance and assessment of poor peer relations: Peer neglect versus peer rejection. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 8*, 233-240.
45. Blechman, E. A., McEnroe, M. J., Carella, E. T., & Audette, D. P. (1986). Childhood competence and depression. *Journal of Abnormal Child Psychology, 95*, 223-227.
46. Boivin, M.; Hymel, S., & Bukowski, W.M. (1995). The roles of social withdrawal, peer rejection and victimization by peers in predicting loneliness and depression. *Development and Psychopathology, 7*, 765-785.
47. Boivin, M., Poulin, F., & Vitaro, F. (1994). Depressed mood and peer rejection in childhood. *Development and Psychopathology, 6*, 483-498.
48. Booth, C. L., Rose-Krasnor, L., MacKinnon, J., & Rubin, K. H. (1994). Predicting social adjustment in middle childhood: The role of preschool attachment security and maternal style. *Social Development, 3*, 189-204.
49. Booth, C. L., Rose-Krasnor, L., & Rubin, K. H. (1991). Relating preschoolers' social competence and their mothers' parenting behaviors to early attachment security and high-risk status. *Journal of Social and Personal Relationships, 8*, 363-382.
50. Borg-Laufs, M. (1996). *Das Training mit aggressiven Kindern aus der Perspektive*

der Selbstmanagementtherapie. Eine Praxisstudie. Frankfurt a.M.: Lang.

51. Borg-Laufs, M., & Trautner, H. M. (1999). Entwicklungspsychologische Grundlagen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern- und Jugendlichen, Bd.2: Interventionsmethoden* (S. 95-116). Tübingen: DGVT-Verlag.
52. Bortz, J., & Döring, N. (1995) *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozialwissenschaften (2. erweiterte Auflage)*, Berlin: Springer.
53. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment (2nd ed.).* New York: Basic Books.
54. Brack, U. B. (1986). Kommunikationsstörungen. In U. B. Brack (Hrsg.), *Frühdiagnostik und Frühtherapie. Psychologische Behandlung von entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern.* München: Psychologie Verlags Union/Urban & Schwarzenberg.
55. Buhrmester, D. (1990). Intimacy of Friendship, Interpersonal Competence, and Adjustment during Preadolescence and Adolescence. *Child Development, 61,* 1101-1111.
56. Buhrmester, D. (1992). Intimacy of friendship. Interpersonal competence, and adjustment during preadolescence and adolescence. *Child Development, 61*, 1101-1111.
57. Buhrmester, D.; Fuhrman, W., Wittenberg, M. T., & Reis, H. T (1988). Five domains of interpersonal competence in peer relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 5*, 991-1008.
58. Burks, V. S., Laird, R. S., Dodge, K. A., Pettit, G. S. & Bates, J. E. (1999). Knowledge structures, social information processing, and children's aggressive behavior. *Social Development, 8*, 220-236.
59. Cairns, R. B. & Cairns, B. D (1991). Social cognition and social networks: A developmental perspective. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatement of childhood aggression* (pp.249-276). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
60. Cairns, R. B., Cairns, B. D., Neckermannm, H., Gest, S., & Gariépy, J. L. (1988). Social networks and aggressive behavior: Peer support or peer rejection? *Developmental Psychology, 24*, 815-823.
61. Cantrell, S., & Prinz, R. J. (1985). Multiple perspectives of rejected, neglected and accepted children: Relationship between sociometric status and behavioral characteristics *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 884-889.
62. Cantwell, P. (1996). Attention Deficit Disorder. A review of the Past 10 years.

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 978-987.

63. Carlson, C. L., Lahey, B. B., Frame, C. L., Walker, J., & Hynd, G. W. (1987). Sociometric status of clinically referred children with attention deficit disorders with and without hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15*, 537-547.
64. Carlson, C. L., Lahey, B. B., & Neeper, R. (1984). Peer assessment of social behavior of accepted, rejected and neglected children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 12*, 189-198.
65. Cavalier, A. R., Ferretti, R. P,. & Hodges, A. E. (1997). Self-management within a classroom token economy for students with learning disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 18*(3), 167-78.
66. Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S,. & Crits-Christoph, P. (1998) Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist 51*, 3-16.
67. Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998) Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7-18.
68. Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685-716.
69. Clark, N. M., Gong, M., & Kaciroti, N. (2000). A model of self-regulation for control of chronic disease. *Health Eduction & Behavior, 28*(6), 769-782.
70. Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L., Lewinsohn, P. M., & Seeley, .J. (1995) Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 34*, 312-321.
71. Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., & Beardslee, W. R. (2001) A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry 58,* 1127-1134.
72. Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., & O'Connor, E. (2002) Group cognitive-behavioral treatment for depressed adolescent offspring of depressed parents in a health maintenance organization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 41*, 305-313.
73. Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. (1990) *Adolescent coping with depression course* Kaiser Permanent, Portland, OR - Verfügbar unter:

http://www.kpchr.org/acwd/acwd.html (Zuletzt abgerufen 12.08.2009).

74. Clarke, G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H., & Seeley, J. (1999) Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 38*, 272-279.
75. Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, .M., Brook, J., & Streuning, E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence – I. Age- and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 34*, 851–867.
76. Cohn, D. A. (1990). Child-mother attachment of six-year-olds and social competence at school. *Child Development, 61*, 152-162.
77. Cohn, D. A., Patterson, C., & Christopoulos, C. (1991). The family and children's peer relations. *Journal of Social and Personal Relationships, 8*, 315-346.
78. Coie, J.D. (1990). Towards a theory of peer rejection. In S.R. Asher, & J.D. Coie (Eds.), *Peer rejection in childhood* (pp. 365-401). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
79. Coie, J. D., Dodge, K. A., & Coppotelli, H. (1982). Dimensions and types of social status: A cross-age perspective. *Developmental Psychology, 18*, 557-570
80. Coie, J.D., Dodge, K.A., & Kupersmidt, J.B. (1990). Peer groups behavior and social status. In S.R. Asher, & J.D. Coie (Eds.), *Peer rejection in childhood* (pp. 17-59). Cambridge: Cambridge University Press.
81. Coie, J. D., & Kupersmidt, J. B. (1983). A behavioral analysis of emerging social status in boys' groups, *Child Development, 54*, 1400-1416.
82. Coie, J. D., Lochman, J. E., Terr, R., & Hyman, C. (1992). Predicting early adolescent disorder from childhood agrression and peer rejection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 783 – 792.
83. Cole, D. A., & Carpentieri, S. (1990). Social status and the comorbidity of child depression and conduct disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 748 - 757.
84. Connell, A. M., & Goodman, S. H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behaviorproblems. *Psychological Bulletin, 128*, 746-773.
85. Cotterell, J. (1996). *Social networks and social influences in adolescence.* London: Routledge.
86. Cowan, E. L., Pederson, A., Babigian, H., Izzo, L. D., & Trost, M. A. (1973). Long term follow-up of early detected vulnerable children, *Journal of Consulting and*

Clinical Psychology, 41, 438-446.

87. Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social informationprocessing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin, 115*, 74-101.
88. Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1996). Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child Development, 67*, 993-1002.
89. Crick, N. R., & Ladd, G. W (1990). Children's perceptions of the consequences of aggressive strategies: Do the ends justify the being. *Developmental Psychology, 26*, 612-620.
90. Criss, M. M., Pettit, G. S., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Lapp., A. l. (2002). Family adversity, positive peer relationships, and children's externalizing behavior: A longitudinal perspective on risk and reslience. *Child development, 73*, 1220-1237.
91. Crosnoe, R. (2002). High school curriculum track and adolescent association with delinquent friends. *Journal of Adolescent Research, 17*, 143-167.
92. Csikzentmihalyi, M., & Larson, R. (1984). Being adolescent. New York: Basic Books.
93. Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S.B. (2000). *Developmental psychopathology and family processes: Theory, research, and clinical implications.* NewYork: Guilford Press.
94. D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78*, 107-126.
95. David-Ferdon, C. & Kaslow, N. J. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*, 62-104.
96. De Rosier, M. E., Kupersmidt, J. B. & Patterson, C. J. (1994). Children's academic and behavioral adjustment as a function of the chronicity and proximity of peer rejection. *Child Development,* 65, 1799-1813.
97. Deckert, J., & Domschke, K. (2003). Genetische Befunde bei Angsterkrankungen. *Psychoneuro, 29*, 154-159.
98. Deutsche Shell (2002): *Jugend 2002: 14. Shell Jugendstudie*. Opladen: Leske & Budrich.
99. Deutsche Shell (2006): *Jugend 2006: 15. Shell Jugendstudie. Eine pragmatische Generation unter Druck.* Opladen: Leske & Budrich.
100. Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 (3. Auflage)*. Bern: Huber.
101. Dishion, T. J. (1990). The family ecology of boys' peer relations in middle childhood. *Child Development, 66*, 139-151.

102. Dishion, T. J., Andrews, D. W., & Crosby, L. (1995). Antisocial boys and their friends in early adolescence: Relationship characteristics, quality and interactional process. *Child Development, 63*, 538-548.
103. Ditton, H. (1998). *Mehrebenenanalyse: Grundlagen und Anwendungen des Hierarchisch Linearen Modells*. Weinheim und München: Juventa.
104. Dodge, K. A. (1980). Social cognition and children's aggressive behavior. *Development, 51*, 162-170.
105. Dodge, K. A. (1983). Behavioral antecedents of peer social status. *Child Development, 54*, 162-170.
106. Dodge, K. A. (1986): A social information processing model of social competence in children. In: M. Perlmutter (Ed.*). The Minnesota Symposium on Children Psychology* (Vol. 18, pp. 77-123). Hilsdale, NJ: Erlbaum.
107. Dodge, K. A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression, *Annual Review of Psychology, 44*, 559-584.
108. Dodge, K. A:, Coie, J.D. & Brakke, N.P (1982). Behavior patterns of socially rejected and neglected preadolescents: The roles of social approach and aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology, 10*, 389-409.
109. Dodge, K. A., Lansford, J. E., Burks, V. S., Bates, J. E., Pettit, G. S., Fontaine, R., & Price, J. M. (2003). Peer rejection and social information processing factors in the development of aggressive behavior problems in children. *Child Development, 74*, 374-393.
110. Dodge, K. A:, Murphy, R. R., & Buchsbaum, K. (1984). The assessment of intention-cue detection skills in children: Implications for developmental psychopathology. *Child Development, 55*, 163-173.
111. Dodge, K. A:, Pettit, G. S., & Bates, J. E. (1990). Mechanisms in the cycle of violence. *Science, 250*, 1678-1683.
112. Dodge, K. A., Pettit, G. S., McClaskey, C. L., & Brown, M. M. (1986). Social competence in children. *Monographs of the Society for the Research in Child Development, 51* (2, Serial No. 213).
113. Dodge, K. A., & Price, J. M. (1994). On the relation between social information processing and socially competent behavior in early school-aged children. *Child Development, 65*, 1385-1397.
114. Döpfner, M. (1989). Soziale Informationsverarbeitung - ein Beitrag zur Genese von Verhaltensstörungen. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie, 3*, 1-8.
115. Döpfner, M., Berner, W., & Lehmkuhl, G. (1995). Reliabilität und faktorielle Validität des Youth Self-Report der Child Behavior Checklist bei einer klinischen

Stichprobe. *Diagnostica, 41* (3), 221-244.

116. Döpfner, M., Görtz-Dorten, A., & Lehmkuhl, G. (2008). *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-II).* Bern: Huber.
117. Döpfner, M., & Lehmkuhl, G. (1998). *Diagnostik-System für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ).* Bern: Huber.
118. Döpfner, M., Melchers, P., Fegert, J., Lehmkuhl, G., Lehmkuhl, U., Schmeck, K., Steinhausen, H.-C., & Poustka, F. (1994). Deutschsprachige Konsensus-Versionen der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18), der Teacher Report Form (TRF) und der Youth Self Report Form (YSR). *Kindheit und Entwicklung, 3* (7), 54-59.
119. Döpfner, M., Plück, J. Berner, W., Englert, E., Fegert, J. M., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, G., Lehmkuhl, U., & Poustka, F. (1998). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Kompetenzen von Kindern- und Jugendlichen in den neuen und alten Bundesländern – Ergebnisse einer bundesweit repäsentativen Studie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 27*, 9-19.
120. Döpfner, M., Plück, J. Berner, W., Fegert, J. M., Huss, J., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U., & Poustka, F., & Lehmkuhl, G. (1997). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 25*, 218-233.
121. Döpfner, M., Schmeck, K., Berner, W., Lehmkuhl, G., & Poustka, F. (1994). Zur Reliabilität und faktoriellen Validität der Child Behavior Checklist - eine Analyse in einer klinischen und einer Feldstichprobe. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 22*, 189-205.
122. Döpfner, M., Schürmann, S., & Frölich, J. (1998). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP*, 2. Auflage. Weinheim: Beltz.
123. Döpfner, M., & Walter, D. (2002). Verhaltenstherapeutische Zugänge in der Adoleszenz. *Psychotherapie im Dialog (4),* 345-352.
124. Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents. An integrative review. *Psychological Bulletin, 108*, 50-76.
125. Downey, G., Lebolt, A., Rincon, C., & Freitas, A. L. (1998). Rejection sensitivity and children's interpersonal difficulties. *Child Development, 69*, 1074-1091.
126. Dreher, E., & Dreher, M. (1985). Entwicklungsaufgaben im Jugendalter:

Bedeutsamkeit und Bewältigungskonzepte. In D. Liepmann, & A. Stiksrud (Hrsg.), *Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsprobleme in der Adoleszenz* (S. 56 – 70). Göttingen: Hogrefe.

127. Eaves, L. J., Silberg, J. I., Meyer, J. M., Maes, H. H., Simonoff, E., Pickles, A., Rutter, M., Neale, M. C., Reynolds, C. A., Erikson, M. T., Heath, A. C., Loeber, R., Truett, K. R., & Hewitt, J. K. (1997). Genetics and developmental psychopathology: 2. The main effects of genes and environment on behavioral problems in the Virginia Twin Study of adolescent behavioral development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 965-980.
128. Eid, M. (2003). Veränderungsmessung und Kausalanalyse. In M. Jerusalem, & H. Weber (Hrsg.). *Psychologische Gesundheitsforschung. Diagnostik und Prävention.* S. 105-128. Göttingen: Hogrefe.
129. Elicker, J., Englund, M., & Sroufe, L. A. (1992). Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships. In R. Parker, & G. Ladd (Eds.), *Familiy-peer-relationships: Models of linkage*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
130. Emery, R. E. (1992). Family conflicts and their development implications: A conceptual analysis of meanings for the structure of relationships. In C. U. Shantz, & W. W. Hartup (Eds.), *Conflict in child and adolescent development* (pp. 270-298). New York: Cambridge University Press.
131. Encyclopedia Britannica 2007 Ultimate Reference Suite 2007 DVD-Rom (Win/Mac).
132. Erdley, C. A., & Asher, S. R. (1996). Children's social goals and self-efficacy perceptions as influences on their responses to ambiguous provocation. *Child Development, 67*, 1329-1344.
133. Erhardt D., & Hinshaw, S. P. (1994). Initial sociometric impressions of attention-deficit hyperactivity disorder and comparison boys: predictions from social behaviors and from nonbehavioral variables. *Journal of Consult Clinical Psychology, 62*, 833–842.
134. Erickson, M. F., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. In I. Bretherton, & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research: Monographs of the Society for Research in Child Development,* 50 (1-2, Serial No. 209), 147-166.
135. Essau, C. A, Karpinski, N. A., Petermann, F., & Conradt, J. (1998). Häufigkeit und Komorbidität psychischer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Verhaltenstherapie, 8*, 180-187.

136. Essau, C. A., Conradt, J. R., & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 831-843.

137. Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37* (1), 215-237.

138. Farmer, A., Harris, T., Redman, K., Sadler, S., Mahmood, A., & McGuffin, P. (2000). Cardiff depression study. A sib-pair study of life events and familiality in major depression. *British Journal of Psychiatry, 176,* 150–155.

139. Faust, J., Baum, C. G., & Forehand, R. (1985). An examination of the association between social relationships and depression in early adolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology, 6,* 291-297.

140. Feldman, N. S., & Ruble, D. N. (1986). *The effect of personal relevance on dispositional inference: A developmental analysis.* Unpublished manuscipt.

141. Fiedler, P., & Standop, R. (1986). *Stottern. Ätiologie, Diagnose, Behandlung.* München: Psychologie Verlags Union/ Urban & Schwarzenberg.

142. Fleming, J. E., & Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 571–580.

143. Flicek, M. (1992). Social status of boys with both academic problems and attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 20*, 353 – 366.

144. Frankel, F., & Feinberg, D. (2002). Social Problems Associated with ADHD vs. ODD in Children Referred for Friendship Problems. *Child Psychiatry and Human Development, 33*(2), 125-145.

145. Frederick, B. P., & Olmi, D. J. (1994). Children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A review of the literature on social skill deficits. *School Psychol Rev 31*, 288-296.

146. French, D. C. (1988). Heterogeneity of peer-rejected boys: Aggressive and non aggressive subtypes. *Child Development, 59*, 976-985.

147. French, D. C. (1990). Heterogeneity of peer-rejected girls. *Child Development, 61*, 2028-2031.

148. Frölich, J., Döpfner, M., Berner, W., & Lehmkuhl, G. (2002). Behandlungseffekte kombinierter kognitiver Verhaltenstherapie mit Elterntraining bei hyperkinetischen Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51*(6), 476-493.

149. Furman, W., & Buhrmester, D. (1985). Children's perceptions of their personal

relationships in their social networks. *Developmental Psychology, 21*, 1016-1024.

150. Furman, W., & Buhrmester, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships. *Child Development, 63*, 103 – 115.
151. Gaynor, S. T., Thomas, A. P., & Lawrence, P. S. (1999). Dysphoric mood and preference for immediate versus delayed monetary reinforcement. *Psychological Reports, 84*(3), 1281-93.
152. Gillham, J. E., Reivich, K., Freres, D. R., Lascher, M., Litzinger, S., & Shatte, A. J. (2006) School-based prevention of depression and anxiety symptoms in early adolescence: A pilot of a parent intervention component. *School Psychology Quarterly 21*, 323-348.
153. Gillham, J. E., Reivich, K., Jaycox, L., & Seligman, M. E. P. (1995) Prevention of depressive symptoms in school children: Two year follow-up. *Psychological Science 6*, 343-351.
154. Gjone, H., & Stevenson, J. (1997). The association between internalizing and externalizing behavior in childhood and early adolescence: Genetic or environmental common influences? *Journal of Abnormal Child Psychology, 25*, 277-286.
155. Goetz, T. W., & Dweck. C.S. (1989). Learned helplessness in social situations. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*, 246-255.
156. Gouze, K. R. (1987): Attention and the social problem solving as correlates of aggression in preschool males. *Journal of Abnormal Child Psychology,15*, 181-197.
157. Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
158. Gregory, K. M., Kehle, T. J., & Mcloughlin, C.S. (1997). Generalization and maintenance of treatment gains using self-management procedures with behaviourally disordered adolescents. *Psychological Reports, 80*(2), 683-90.
159. Grob, A. (1997). *Kinder- und Jugendliche heut: belastet-überlastet?* Zürich: Rüegger.
160. Grob, A., & Jaschinski, U. (2003). *Erwachsen werden. Entwicklungspsychologie des Jugendalters* (1. Auflage). Weinheim: Beltz.
161. Grossman, K. E., & Grossman, K. (1991). Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hindem, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 93-114). London: Routledge.
162. Guerra, N. G., & Slaby, R. G. (1989): Evaluative Factors in Social Problem Solving by Aggressive Boys. *Journal of Abnormal Child Psychology, 17* (3), pp. 277-289.

University of Illinois, Chicago. USA.

163. Hansell, S. (1981). Ego development and peer friendship networks. *Sociology of Education, 54*, 51-63.
164. Harrington, R. C. (2001). *Kognitive Verhaltenstherapie mit depressiven Kindern und Jugendlichen.* Göttingen: Hogrefe.
165. Harris, J. R. (1998). *The nurture assumption.* New York: Free Press.
166. Harris, J. R. (2000). Socialization, personality development, and the child's environments: Comment on Vandell (2000). *Developmental Psychology, 36*, 699-710.
167. Harrist, A. W., Zaia, A. F., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Pettit, G.S. (1997). Subtypes of social withdrawal in early childhood: Sociometric status and social-cognitive differences across four years. *Child Development, 68*, 278-294.
168. Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development, 53*, 89-97.
169. Hartup, W. W. (1984). The peer context in middle childhood. In W.A. Collins (Ed.), *Development during middle childhood: The years from six to twelve* (pp. 240-282). Washington, DC: National Academy Press.
170. Hartup, W. W. (1996). The company they keep: Friendships and their developmental significance. *Child Development, 67*, 1-13.
171. Hatzichristou, C., & Hopf, D. (1996). A multiperspective comparison of peer sociometric status groups in childhood and adolescence. *Child Development, 67*, 1085-1102.
172. Havighurst, R. J. (1952, orig. 1948). *Developmental tasks and education* (3rd Edition). New York: Mc Kay.
173. Hayward, C., Varady, S., Albano, A. M., Thienemann, M., Henderson, L., & Schatzberg, A. F. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child an Adolescent Psychiatry, 39*(6), 721-726.
174. Heaven, P. C. l (2001). *The social psychology of adolescence.* Basingstoke: Palgrave.
175. Hecht, D. B., Inderbitzen, H. M., & Bukowski, A. L. (1998). The relationship between poor peer status and depressive symptoms in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*, 153-160.
176. Heimberg, R. G., Dodge, C. S., & Hope, D. A. (1990). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia. Comparison to a credible placebo control. *CognitiveTherapy and Research, 14*, 1-23.

177. Heimberg R. G., Stein M. B., Hiripi E., et al. (2000). Trends in the prevalence of social phobia practice. A synthetic cohort analysis of changes over four decades. *Eur Psychiatry, 15*, 29 -37.

178. Hinshaw, S.P., Lahey, B. B., & Hart, E. L. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology, 5*, 31-49.

179. Hinshaw, S. P., & Melnick, S. (1992). Self-management therapies and attention-deficit hyperactivity disorder. Reinforced self-evaluation and anger control interventions. *Behavior Modification, 16*(2), 253-73.

180. Hoepner-Stamos, F., & Hurrelmann, K. (1999). Kindliche Lebenswelten: Familie, Schule und Freizeit. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band I: Grundlagen* (S. 205-224). Tübingen: dgvt-Verlag.

181. Hofer, M. (2002). Familienbeziehungen in der Entwicklung. In: Hofer, M., Wild, E., & Noack, P. (Hrsg.). *Lehrbuch Familienbeziehungen: Eltern und Kinder in der Entwicklung.* Göttingen et al.: Hogrefe- Verlag.

182. Hofmann, B. & Matthes, G., & Emmer, A. (1997). Differentielle Wirkungen dreier selbstreflexiver Trainingsprogramme auf lernbeeinträchtigte Schüler. *Heilpädagogische Forschung 23*(3), 98-112.

183. Holtappels, H. G., Heitmeyer, W., Melzer, W., & Tillman, K. J. *Forschung über Gewalt an Schulen. Erscheinungsformen und Ursachen, Konzepte und Präventionen.* Weinheim/München: Juventa.

184. Howes, C. (1983). Patterns of friendship. *Child Development, 54*, 1041-1053.

185. Howes, C. (1988). Peer interaction of young children. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 53* (Serial No. 217).

186. Hoza, B., Bukowski, W. & Beery, S. (2000). Assessing peer network and dyadic loneliness. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*, 119-119.

187. Hoza, B., Molina, B. S. G., Bukowski, W. M., & Sippola, L. K. (1995). Peer variables as predictors of later childhood adjustment. *Development and Psychopathology, 7*, 787-802.

188. Hoza, B., Mrug S., Gerdes, A.C., et al. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *Journal of Consult Clinical Psycholoy, 73,* 411–423.

189. Hudziak, J. J. (2000). Genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. In T.E. Brown (Ed.), *Attention-deficit sorders and comorbidities in children, adolescents,and adults* (57-78). Washington: American Psychiatric Press.

190. Hurrelmann, K.. (1993). Aggression und Gewalt in der Schule. In: Schubarth, W. und Melzer, W. (Hrsg.): *Schule, Gewalt und Rechtsextremismus*. (S. 44-56), Opladen.
191. Hurrelmann, K. (1997). Lebensphase Jugend. *Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung* (5. Auflage). Weiheim: Juventa.
192. Hymel, S. (1983). Preschool children's peer relations: Issues in sociometric assessment. *Merril-Palmer Quarterly, 29*, 237-260.
193. Hymel, S., Bowker, A., & Woody, E. (1993). Aggressive versus witdrawn unpopular childen: Variations in peer- and self-perceptions in multiple domains. *Child Development, 64*, 879-896.
194. Hymel, S., & Franke, S. (1985). Children's peer relations: Assessing self perceptions. In B. H. Schneider, K. H. Rubin, & J. E. Ledingham (Eds.), *Children's peer relationships: Issues in assessment and intervention* (pp. 75-92). New York: Springer Verlag.
195. Hymel, S., Rubin, K. H., Rowden, L. & Le Mare, L. (1990). Children's peer relationships: Longitudinal prediction of internalizing and externalizing problems from middle to late childhood. *Child Development, 61*, 2004-2021.
196. Ihle, W., & Herrle, J. (Hrsg.) (2003). *Stimmungsprobleme bewältigen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm zur Prävention, Behandlung und Rückfallprophylaxe depressiver Störungen im Jugendalter nach Clarke, Lewinsohn und Hops. Manual für Kursleiter.* Tübingen: DGVT.
197. Inderbitzen, H. M., Walters, K. S., & Bukowski, A. L. (1997). The role of social anxiety in adolescent peer relations: Differeneces among sociometric status groups and rejected subgroups. *Journal of Clinical Child Psychology, 26*, 338-348.
198. Jacobsen, R. H., Lahey, B. B., & Strauss, C. C. (1983). Correlates of depressed mood in normal children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 11*, 29-39.
199. Jaycox, L., Reivich, K., Gillham, J. E., & Seligman, M. E. P. (1994) Prevention of depressive symptoms in school children. *Behavioral Research and Therapy 32*, 801-816.
200. Joormann, J., & Unnewehr, S. (2002a). *Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm.* Göttingen: Verlag Hogrefe.
201. Joormann, J., & Unnewehr, S. (2002b). Eine kontrollierte Studie zur Wirksamkeit einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Sozialer Phobie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und*

Psychotherapie, 31, 284-290.

202. Jouriles, E. N., Barling, J., & O'Leary, K. D. (1987). Prediciting child behavior problems in maritally violent families. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15*(2), 165-173.
203. Jugert, G.; Rehder, A.; Notz, P., & Petermann, F. (2001). *FIT FOR LIFE. Module und Arbeitsblätter zum Training sozialer Kompetenz für Jugendliche.* Weinheim: Juventa.
204. Jugert, G., Rehder, A., Notz, P., & Petermann, F. (2007). *Soziale Kompetenz für Jugendliche. Grundlagen und Training.* Weinheim: Juventa.
205. Junge, J., Manz, R., Neumer, S., & Margraf, J. (2001). GO! – „Gesundheit und Optimismus". Ein Programm zur primären Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen. In R. Manz (Hrsg.), *Psychologische Programme für die Praxis. Prävention und Gesundheitsförderung*. (Vol. Bd. 3, S. 41-76), Tübingen: DGVT-Verlag.
206. Junge, J., Neumer, S., Manz, R., & Margraf, J. (2002). *Gesundheit und Optimismus (GO). Ein Trainingsprogramm für Jugendliche.* Weinheim: PVU/Beltz Verlag.
207. Kagan, J. (2001). *Die Natur des Kindes*. Weinheim: Beltz.
208. Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie* (4. Auflage). Berlin: Springer.
209. Kanning, U. P. (2006). Development and validation of a German-language version of the Interpersonal Competence Questionnaire (ICQ). *European Journal of Psychological Assessment, 22*(1), 43-51.
210. Kashdan, T. B., & Herbert, J.D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current Status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 37-61.
211. Kassebock, F. (1992). Bewältigung der Ablösungsprobleme anfallskranker Jugendlicher und junger Erwachsener mit Hilfe eines multidisziplinären Beratungsteams. *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 41*(7), 258-263.
212. Kato, B. S., Hoijtink, H., Verdellen, C., Hagenaars, M., Minnen, A., & Keijsers, G. (2005). Application of Multilevel Models to Structured Repeated Meausrements. *Quality and Quantity, 39*, 711-732.
213. Kaufman, N. K., Rohde, P., Seeley, J. R., Clarke, G., & Stice, E. (2005). Potential mediators of cognitive-behavioral therapy for adolescents with comorbid major depression and conduct disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 73*, 38-46.

214. Kazdin, A. E., Bass, D., Siegel, T. C., & Thomas, C. (1989). Cognitive behavior therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 57*, 522-536.

215. Kazdin, A. E., Esveldt-Dawson, K., French, N. H., & Unis, A. S. (1987b). Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial behavior. *Journal of Consult and Clinical Psychology 55*, 76-85.

216. Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (2003). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents Guilford* , New York.

217. Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Fears and phobias: reliability and heritability. *Psychological Medicine, 29*(3), 539-553.

218. Kerbeck, K., & Luka-Krausgrill, U. (1999). „Help Yourself". Ein Selbsthilfetraining für Jugendliche mit chronischen Kopfschmerzen. In H. W. Hoefert & B. Kröner-Herwig (Hrsg.), *Schmerzbehandlung. Psychologische und medikamentöse Interventionen* (S. 261-271). München: Reinhardt.

219. Keupp, H. (2000). *Eine Gesellschaft der Ichlinge? Zum bürgerlichen Engagement von Heranwachsenden.* Herausgegeben vom Sozialpädagogischen Institut im SOS-Kinderdorf e.V. München: Eigenverlag.

220. Kolip, P. (1993). *Freundschaften im Jugendalter. Der Beitrag sozialer Netzwerke zur Problembewältigung*. Weinheim.

221. Könning, J. (1994). *Multidimensionale Krankheitsbewältigung beim kindlichen Asthma bronchiale. Evaluation unterschiedlicher Treatments im Rahmen eines integrativen verhaltensmedizinischen Ansatzes.* Deutsche Hochschulschriften Nr. 1036. Egelsbach: Hänsel-Hohenhausen.

222. Könning, J., Schon, M., Gebert, N., Schmidt, S., & Szczepanski, R. (1996). Körperwahrnehmung bei Asthma als Voraussetzung für Selbstregulation. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 28*(2), 217-230.

223. Kovacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school-aged youngsters.* Unpublished manuscript. Pittsburgh: University of Pittsburgh, School of Medicine.

224. Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin, 21*(4), 995-999.

225. Kovacs, M. (1996). Presentation and course of major depression disorder during childhood and later years of the lifespan. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 705-715.

226. Krappmann, L., & Oswald, H. (1995). Sozialisation in Familie und Gleichaltrigenwelt. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie, 10*, 147-162.

227. Kurdek, L.A., & Krile, D. (1982). A developmental analysis of the relationship between peer acceptance and both interpersonal understanding and perceived social self competence. *Child Development, 53*, 1485-1491.

228. La Freniere, P. J., & Sroufe, L. A. (1985). Profiles of peer competence in the pre-school: Interrelations between measures, influence of social ecology, and relation to attachment history. *Developmental Psychology, 4*, 385-402.

229. La Greca, A. M., Dandes, S. K., Wick, P., Shaw, K., & Stone, W. L. (1988). Development of the Social Anxiety Scale for Chilrden. Reliability and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology, 17*, 84-91.

230. La Greca, A. M., & Harrison, H. M. (2005). Adolescent Peer Relations, Friendships, and Romantic Relationships: Do they predict social anxiety and depression? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*(1), 49-61.

231. La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescenes. Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26,* 83-94.

232. Ladd, G. W. (2003). Probing the adaptive significance of children's behavior and relationships in the school context : A child by environment perspective. In R- Kail (Ed.). *Advances in Child Behavior and Development,* (pp. 43-104). New York : John Wiley and Sons.

233. Ladd, G. W., & Oden, S. (1979). The relationship between peer acceptance and children's ideas about helpfulness. *Child development, 50*, 402-408.

234. Ladd, G. W., & Price, J. M (1986). Promoting children's cognitive and social competence: The relation between parents' perceptions of task difficulty and children's perceived and actual competence. *Child Development*, *57*, 446-460.

235. Ladd, G. W., Profilet, S., & Hart, C. H. (1992). Parent's management of children's peer relations: Faciliating and supervising children's activities in the peer culture. In R. D. Parker, & G.W. Ladd (Eds.), *Family-peer-relationships: Modes of linkage.*

236. LaFreniere, P. J., & Dumas, J. E. (1992). A transactional analysis of early childhood anxiety and social withdrawal. *Development and Psychopathology, 4*, 385-402.

237. Lahner, G. (1997). *Das "Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche" - eine Validitätsprüfung an Kindern in Deprivation.* Dissertation, Universität Salzburg.

238. Laible, D. J., Carlo, G., & Raffaeli, M. (2000). The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, *29*, 45-59.

239. Lammers, W., & Deenen, T. (1992). Drei Varianten einer ganzheitlichen Behandlung. Chronische Lungenkrankheiten. *Psychoscope, 13*(2), 8-11.

240. Landau, S., & Everitt, B. S. (2004). *A Handbook of Statistical Analyses using SPSS.* New York: Chapman & Hall/CRC.

241. Landau, S., & Milich, R. (1988) Social communication patterns of attention-deficit-disordered boys. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16,* 69–81.

242. Landau, S., & Moore, L. A. (1991). Social skill deficits in children with attention-deficit hyperactive disorder. *School Psychology Review, 20*, 235-251.

243. Lansford, J. E., Capanna, C., Dodge, K. A., Carpara, G. V., Bates, J. E, Pettit, G. S, & Pastorelli, C. (2007). Peer social preference and depressive symptoms of children in Italy and the United States. *International Journal of Behavioral Development* , *31*(3), 274-283.

244. Larson, J. D. (1992). Anger and aggression management techniques through the „Think First" curriculum. *Journal of Offender Rehabilitation,18*, 101-117.

245. Larsson, B., Knutsson-Medin, L., Sundelin, C., & Trost von Werder, A. C. (2000). Social competence and emotional/behavioural problems in children of psychiatric inpatients. *European Child and Adolescent Psychiatry, 9,* 122-128.

246. Laursen, B., Hartup, W. W., & Koplas, A. L. (1996). Towards understanding peer conflict. *Merril-Palmer Quarterly, 42*, 76-102.

247. Lehn, B. M. (1992). Schmerzreduktion durch Selbstkontrolle. PCA und psychologische Techniken beim postoperativen Schmerz. *Kindheit und Entwicklung, 1*, 41-47.

248. Levendovsky, A., Okun, A., & Parker, J. (1995). Depression and maltreatment as predictors of social competence and social problem-solving skills in school-age children (1995). *Child abuse & Neglect*, *19*(10), 1183-1195.

249. Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Steinmetz, J. L., & Teri, L. (1984). *The coping with depression course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. Castalia Publishing, Eugene, OR.

250. Lewinsohn, P. M., Clarke, G., Hops, H., & Andrews, J. (1990) Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy 21,* 385-401.

251. Lewinsohn, P. M., Clarke, G., Rohde, P., Hops, H., Seeley, J. Hibbs, E. D. & Jensen, P. S. (eds) (1996) *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* 109-135. American Psychological Association: Washington.

252. Lewinsohn P. M., Hops H., Roberts R. E.,Seeley, J. R., & Andrews; A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology, 102*(1), 133-144.

253. Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, *18*, 765–794.

254. Lieberman, A. F. (1977). Preschoolers' competence with a peer: Relations with attachment and peer experience. *Child Development,* 48, 1277-1287.

255. Lochman, J. E., Barry, T. D., & Pardini, I. (2003), In D. A. Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (Hrsg.) *Evidenced-based psychotherapies for children and adolescents (*263-281). Guilford , New York

256. Lochman, J. E., Coie, J. D., Underwood, M. K., & Terry, R. (1993) Effectiveness of a social relations intervention program for aggressive and nonaggressive, rejected children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, pp. 1053-1058.

257. Lochman, J. E., & Dodge, K. A. (1994). Social cognitive processes of severely violent, moderately aggressive and non-aggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 366-374.

258. Lochman, J. E., & Dodge, K. A. (1998). Distorted perceptions in dyadic interactions of aggressive and non-aggressive boys: Effects of prior expectations, context, and boys' age. *Development and Psychopathology, 10,* 495-512.

259. Lollis, S. P., Ross, H. S., & Tate, E. (1992). Parents' regulation of children's peer interactions: Direct influences. In R. D. Parker & G. W. Ladd (Eds.), *Family-peer relationships: Modes of linkage* (pp. 255-281). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

260. Luszszynska, A., Gutiérrez-Dona, B., & Schwarzer, R. (2004). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries: *International Journal of Psychology*, *40*(2), 80-89.

261. Luszszynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: multicultural validation studies. *J Psychol, 139*(5), 439-457.

262. Lytton, H. (1990). Child and parent effects in boys' conduct disorder: A reinterpretation. *Developmental Psychology, 26*, 683-697.

263. Maas, C. J., & Snijders, T. A. B. (2003) The Multilevel Approach to Repeated Measures for Complete and Incomplete Data. *Quality and Quantity, 37*, 71-89.

264. Mackowiak, K. (1999). Motivations- und Beziehungsaufbau in der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. In M. Borg-Lauffs (Hrsg.) , *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern- und Jugendlichen, Band I: Grundlagen* (S. 265-298). Tübingen: dgvt-Verlag.

265. Mancina, C., Tnakersley, M., Kamps, D., Kravits, T., & Parrett, J. (2000). Brief Report: reduction of inappropriate vocalizations for a child with autism using a

self-management treatment program. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 30*(6), 599-606.

266. Manz, R., Junge, J., & Margraf, J. (2001). Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen – Ergebnisse einer Follow-Up-Untersuchung nach 6 Monaten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 19*(4), 168-179.
267. Manz, R., Junge, J., Neumer, S., & Margraf, J. (2001). Anxious and Depressive Symptoms in Adolescents – First Results from a Quasi-Experimental Study. *Journal of Public Health, 9*(3), 229-241.
268. Mazur, E., Wolchik, S. A., & Sandler, I. N. (1992). Negative cognitive errors and positive illusions for negative divorce events. Predictors of children´s psychological adjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology, 20*, 523-542.
269. McCraty, R., Atkinson, M., Tomasino, D., Goelitz, J., & Mayrovitz, H. N. (1999). The impact of an emotional self-management skills course on psychosocial functioning and autonomic recovery to stress in middle school children. *Integrative Physiological and Behavioral Science, 34*(4), 246-68.
270. Mesters, I., & Meertens, R.M. (1995). Entwicklung und Effekte eines Patienten-Schulungsprogramms für Eltern sehr junger asthmakranker Kinder. In F. Petermann (Hrsg.), *Asthma und Allergie. Verhaltensmedizinische Grundlagen und Anwendungen.* Göttingen: Hogrefe.
271. Michels, H. P. (2001). Patientenschulung mit chronisch körperlich kranken Kindern und Jugendlichen. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 2: Interventionsmethoden* (S. 529-548). Tübingen: DGVT.
272. Michels, H. P. (2003). Depression im Jugendalter – Diagnostik und Behandlung. In H. P. Michels, & M. Borg-Laufs (Hrsg.). *Schwierige Zeiten. Beiträge zur Psychotherapie mit Jugendlichen.* Tübingen: dgvt-Verlag.
273. Michels, H. P., & Borg-Laufs, M. (2003). *Schwierige Zeiten. Beiträge zur Psychotherapie mit Jugendlichen.* Tübingen: dgvt-Verlag.
274. Mielke, U., David, H., Hoppe, F., Stoll, A., Ludwig, G., Pahn, L., Schicke, B., & Sommer, A. (1993). *Stottern. Ursachen, Bedingungen, Therapie.* Berlin: Ullstein Mosby.
275. Moffitt, T.E. (1993). “Life-course persistent” vs. “adolescent-limited” antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review,100,* 674-701.
276. Morschitzky, H. (1999). *Wenn Jugendliche ängstlich sind*. *Ratgeber für Elter, Lehrer und Erzieher.* öbvhpt-Verlag.
277. Morschitzky, H. (2004). *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie,*

Selbsthilfe. Wien: Springer.

278. Mrug, S., Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S., Arnold, L. E., Hechtman, L., & Pelham, W. E (2009). Discriminating between children with ADHS and classmates using peer variables. *Journal of Attention Disorders, 12* (4), 372 – 380.
279. Müller, E. & Silvermann, N. (1989). Peer relations in maltreated children. In D. Cicchetti, & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp 529-578). New York: Cambridge University Press.
280. Nangle, D. W.; Erdley, C. A.; Newman, J. E., Mason, C. A., & Carpenter, E. M. (2003). Popularity, Friendship Quantity, and Friendship Quality: Interactive Influences on Children's Loneliness and Depresson. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 2003*, *32*(4), 546-555.
281. Naudascher, B. (1978). *Jugend und Peer Group.* Bad Heilbrunn/Obb.
282. Newcomb, A. F., Bukowski, W. M., & Pattee, L. (1993). Children's peer relations: A meta-analytic review of popular, rejected, neglected, controversial, and average sociometric status. *Psychological Bulletin, 113,* 99-128.
283. Niggemann, B. (1998). Compliance Probleme bei asthmakranken Kindern und Jugendlichen und deren Familien. In F. Petermann (Hrsg.), *Compliance und Selbstmanagement (S. 247-256)*. Göttingen: Hogrefe.
284. Ninness, H. A., Ellis, J., Miller, W. B., Baker, D., & Rutherford, R. (1995). The effect of a self-management training package on the transfer of aggression control procedures in the absence of supervision. *Behavior Modification, 19*(4), 464-90.
285. Noterdaeme, M., Minow, F., & Amorosa, H. (1999). Anwendbarkeit der Child Behavior Checklist bei entwicklungsgestörten Kindern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *27*(3), 183-188.
286. Oerter, R. (1995). Kultur, Ökologie und Entwicklung. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.) *Entwicklungspsychologie* (S. 84-127). Weinheim: Beltz.
287. Oerter, R., & Dreher, E. (1998). Jugendalter. In R. Oerter, & L. ;Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 310-395): Weinheim: Beltz PVU.
288. Oldenburg, L. M. & Kerns, K. A. (1997). Associations between peer relationships and depressive symptoms. *Journal of Early Adolescence, 17*(3), 319-338.
289. Ollendick, T. H., Weist, M. D., Borden, M. C., & Green, R. W. (1992). Sociometric status and academic, behavioral and psychological adjustment. A five-year longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 80-87.
290. O'Neil, R., Welsh, M., Parke, R.D., Wang, S., & Strand, C. (1997). A longitudinal

assessment of the academic correlates of early peer acceptance and rejection. *Journal of Clinical Child Psychology, 26,* 290-303.

291. Orobio de Castro, B., Veerman, J. W., Koops, W., Bosch, J. D., & Monshouwer, H. (2002). Hostile attribution of intent and aggressive behavior: a meta-analysis. *Child Development*, *73*, 916-934.
292. Panak, W. F., & Garber, J. (1992). Role of aggression, rejection and attribution in the prediction of depression in children. *Development and Psychopathology, 4,* 145-165.
293. Parker, J. G., & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin, 102*, 357-389.
294. Parker, J. G., & Asher, S. R (1993). Friendship and friendship quality in middle childhood: Links with peer group acceptance and feelings of loneliness and social dissatisfaction. *Developmental Psychology, 29*, 611-621.
295. Parker, J. G., Rubin, K. H., Price. J. M., & DeRosier, M. E (1996). Peer Relationships, Child Development and Adjustment: A Developmental Psychopathology Perspective. In D, Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology, Volume 2, Risk, Disorder, and Adaptation*. New York: John Wiley and Sons.
296. Parker, R. D., & Slaby, R. G. (1983). The development of aggression. In P.H. Mussen (Ed.). *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (pp. 547 – 611). New York: Wiley.
297. Pastor, D. L. (1981). The quality of mother-infant attachment and its relationships to toddlers' initital sociability with peers. *Developmental Psychology, 17*, 326-335.
298. Patterson, G. R., Capaldi, D., & Bank, L. (1991). An early starter model for predicting delinquency. In D. J. Pepler, & K.H. Rubin (Eds.). *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 139-168). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
299. Pelham W. E., & Bender M. E (1982). Peer relationships in hyperactive children: description and treatment. In K. D. Gadow, & I. Bialer (Eds.), *Advances in Learning and Behavioral Disabilities* (365-436). 1. Greenwich, Conn: JAI Press.
300. Perez, M. G., Feldman, L., & Caballero, F. (1999). Effects of a self-management educational program for the control of childhood asthma. *Patient Education and Counseling, 36*(1), 47-55.
301. Perry, D. G., Perry, L. C., & Rasmussen, P. (1986). Cognitive social learning mediators of aggression. *Child Development, 57*, 700-711.
302. Petermann, F., & Beys, M. (1996). Krankheitsverarbeitung bei asthmakranken Kindern und Jugendlichen. In G. Lehmkuhl (Hrsg), *Chronisch kranke Kinder und*

ihre Familien (S. 119-128). München: Quintessenz.

303. Petermann, F., Döpfner, M., & Schmidt, M.H. (2001). *Aggressiv-dissoziale Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 3*. Göttingen: Hogrefe.
304. Petermann, U., & Essau, C. A: (1995). Selbstmanagement junger Menschen mit Typ-I-Diabetes. In F. Petermann (Hrsg.), *Diabetes mellitus. Sozial- und verhaltensmedizinische Grundlagen.* Göttingen: Hogrefe.
305. Petermann, F., Essau, C. A., Turbansisch, U., Conradt, J., & Groen, G. (1999). Komorbidität, Risikofaktoren und Verlauf aggressiven Verhaltens: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Kindheit und Entwicklung, 8,* 49-58.
306. Petermann, F., Kusch, M., & Bode, U. (1992). Invasive Prozeduren: Schmerzbewältigung und verhaltensmedizinische Schmerzbehandlung. *Kindheit und Entwicklung, 1*, 48-52.
307. Petermann, F., & Noeker, M. (1991). Psychologische Voraussetzungen der Patientenschulung bei asthmakranken Kindern und Jugendlichen. *Psychomed, 3*(3), 185-188.
308. Petermann, F., & Petermann, U. (2000). *Training mit Jugendlichen. Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten* (6. überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
309. Petermann, F., Wiedebusch, S., & Kroll, T. (Hrsg.) (1994). Schmerz im Kindesalter. *Verhaltensmedizinische Grundlagen und Anwendungen.* Göttingen: Hogrefe.
310. Petermann, U,. & Petermann, P. (1994). *Training mit sozial unsicheren Kindern (5. Aufl.)*. Weinheim: PVU.
311. Peterson, A. C., Compass, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, *48*, 155-168.
312. Pettit, G. S., & Mize, J. (1993). Substance and style: Understanding the ways in which parents teach children about social relationships. In S. Duck (Ed.), *Learning about relationships* (pp. 118-151). Newbury Park, NJ: Sage.
313. Plück, J., Döpfner, M., Berner, W., Fegert, J. M., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U., Poustka, F., & Lehmkuhl, G. (1997). Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter - ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung der Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 46*(8), 566-582.
314. Pope, A. W., Bierman, K. L., & Mumma, G. H. (1989). Relations between hyperactive and aggressive behavior and peer relations at three elementary grade levels, *Journal of Abnormal Child Psychology, 17*, 253-267.

315. Price, J. M., & Dodge, K. A: (1989). Peers contribution to children's social maladjustment: Description and intervention. In T.K. Berndt & G.W. Ladds (Eds.), *Peer relations in child development* (pp. 341 – 370). New York: Wiley.

316. Puig-Antich, J., Lukens, E., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quattrock, J., & Todak, G. (1985). Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry, 42*, 500-517.

317. Putallaz, M. (1983). Predicting children's sociometric status from their behavior. *Child Development, 54*, 1417-1426.

318. Rademacher, C., Walter, D., & Döpfner, M. (2002). SELBST- ein Therapieprogramm zur Behandlung von Jugendlichen mit Selbstwert-, Aktivitäts- und Affekt-, Leistungs- und Beziehungsstörungen. *Kindheit und Entwicklung, 11*, 107-118.

319. Reinecker, H. (1995). Selbstmanagement bei Diabetes mellitus. In F. Petermann (Hrsg.), *Diabetes mellitus. Sozial- und verhaltensmedizinische Grundlagen.* Göttingen: Hogrefe.

320. Remschmidt, H., Schmidt, M.H., & Poustka, F (Hrsg.. (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (5. Auflage)*. Bern: Huber.

321. Rieman, R., & Allgöwer, A. (1993). Eine deutschsprachige Fassung des „Interpersonal Competence Questionaire" (ICQ) (A German version of the Interpersonal Competence Questionaire (ICQ), *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 14,* 153-163.

322. Roberts, C., Kane, R., Thomson, H., Bishop, B., & Hart, B. (2003) The prevention of depressive symptoms in rural schoolchildren: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 622-628.

323. Robinson, T., Smith, S. W., & Miller, M. (2002) Effect of a cognitive-behavioral intervention on responses to anger by middle school students with chronic behavior problems. *Behavioral Disorders*, 256-271.

324. Rohde, P., Clarke, G., Mace, D. E., Jorgensen, J. S., & Seeley, J. R. (2004) An efficacy/effectiveness study of cognitive behavioral treatment for adolescents with comorbid major depression and conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 43*, 660-668.

325. Ronen, T. (2000). *Kognitive Verhaltenstherapie mit Kindern. Wege zur Selbstkontrolle bei Störungen der sozialen und emotionalen Entwicklung*. Bern: Huber.

326. Rose, A. J., & Asher, S. R. (1999). Children's goals and strategies in response to conflicts within a friendship. *Developmental Psychology, 35*, 69-79.

327. Ross, H. S., Lollis, S. P., & Elliott, C. (1982).Toddler-peer-communication. In K. H. Rubin, & H. S. Ross (Eds.). *Peer relationships and social skills in childhood.* New York: Springer Verlag.

328. Roth, M. (2000). Überprüfung des Youth Self-Report an einer nichtklinischen Stichprobe. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, *21*(1), 105-110.

329. Roth, R., Neuper, C., Franthal, I., Strauss, A., Hauke, D. ,Sölder, E. M., Lesky, M., & Borkenstein, M. (1991). *Psychologische Aspekte der Non-Compliance bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes.* Ein Projektbericht. Berichte aus dem Institut für Psychologie, Nr. 2/1991. Universität Graz: Institut für Psychologie.

330. Rowe, D. C. (2002). What twin and adoption studies reveal about parenting. In J. G. Borkowski, S. L. Ramey, & M. Bristol-Power (Eds.), *Parenting and the child's world: Influences on academic, intellectual, and social-emotional development* (21-34). Mahwah,NJ: Erlbaum.

331. Rubin, K. H. (1985). Socially withdrawn children: An „at risk" population? In B. Schneider, K.H. Rubin, & J. Ledingham (Eds.), *Peer relationships and Social Skills in Childhood: Issues in Assessment and Training* (pp. 125-140). New York: Springer-Verlag.

332. Rubin, K. H. (1993). The Waterloo Longitudinal Project: Correlates and consequences of social witdrawal from childhood to adolescence. In K.H. Rubin, & J.B. Asendorpf (Eds.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood* (pp. 291-314). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

333. Rubin, K. H., Bream, L., & Rose-Krasnor, L. (1991). Social problem solving and aggression in childhood. In D. J. Pepler, & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 219-248). Hillsdale: NJ: Erlbaum.

334. Rubin, K. H, Bukowski, W., & Parker, J. G (1998). Peer interactions, relationships, and groups. In N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of Child Psychology, Vol. 3: Social, emotional, and personality development* (5th ed., pp. 619-700) .New York: John Wiley and Sons.

335. Rubin, K. H., Chen, X., & Hymel, S. (1993). Socioemotional characteristics of withdrawn and aggressive children. *Merril Palmer Quarterly, 39,* 518-534.

336. Rubin, K. H., & Coplan, R. (1992). Peer relationships in childhood. In M. Bornstein, & M Lamb (Eds.), *Developmental Psychology: An advanced textbook* (pp. 519-578). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

337. Rubin, K. H., & Coplan, R. (2004). Paying attention to and not neglecting social withdrawal and social isolation, *Merril-Palmer Quarterly, 39*, 518-534.

338. Rubin, K. H., & Daniels-Beirness, T. (1983). Concurrent and predictive correlates of sociometric status in kindergarten and grade one children. *Merrill-Palmer Quarterly, 29*, 337-351.

339. Rubin, K. H., & Krasnor, L. R. (1986). Social-cognitive and social behavioral perspectives on problem solving. In M. Perlmutter (Ed.), *Minnesota Symposia on Child Psychology: Vol. 18. Cognitive perspectives on children's social and behavioral development* (pp. 1 – 88). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

340. Rubin, K. H., LeMare, L., & Lollis, S. (1990). Social withdrawal in childhood: Developmental pathways to rejection. In S. R. Asher, & J. D. Coie (Eds.), *Peer rejection in childhood* (pp. 217-249). New York: Cambride University Press.

341. Rubin, Z. (1981). *Kinderfreundschaften.* Stuttgart: KlettCotta.

342. Salisch, M. von, & Seiffge-Krenke, I. (1996) Freundschaftsbeziehungen im Kindes- und Jugendalter: Konzepte, Netzwerke, Elterneinflüsse. *Psychologie in Erziehung und Unterricht, 43*, 85-99.

343. Sanderson, J. A., & Siegal, M. (1995). Loneliness and stable friendship in rejected and nonrejected preschoolers. *Journal of Applied Developmental Psychology, 14,* 25-39.

344. Scarr, S. (1992). Developmental theories for the 1990s: Developmental and indvidual differences. *Child Development, 63*, 1-19.

345. Scarr, S., & McCartney, K. (1983). How people make their own environments: A theory of genotype-environment effetcs. *Child Development, 54*, 424-435.

346. Schmidtchen, S. (2003). Plädoyer für eine eigenständige Jugendlichentherapie. In H. P. Michels & M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Schwierige Zeiten. Beiträge zur Psychotherapie mit Jugendlichen*, (S. 27-49). Tübingen: dgvt-Verlag.

347. Schneider, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., et al. (1992). Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry, 49,* 282-288.

348. Scholz, U., Gutiérrez-Dona, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2004). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment, 18*(3), 242-251.

349. Schulte-Körne, G., & Allgaier, A. K. (2008). Genetik depressiver Störungen. Übersichtsarbeit. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 36*(1), 27-43.

350. Schwarz, D., Gorman, A. H., Duong, M. T. & Nakamoto, J. (2008). Peer relationships and academic achievement as interacting predictors of depressive symptoms during middle childhood. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(2), 289-299.

351. Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

352. Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (Eds.). (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen: Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuches Selbstwirksame Schulen.* Berlin: Freie Universität Berlin.

353. Seiffge-Krenke, I., Roth, M., & Kollmar, F. (1997). Eignen sich Väter und Mütter zur Einschätzung der Symptombelastung von Söhnen und Töchtern? Diskrepanzen zur Selbsteinschätzung der Jugendlichen im längsschnittlichen Verlauf. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 26*(3), 201-209.

354. Selman, R. L. (1984). Die *Entwicklung des sozialen Verstehens*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

355. Shapiro, E. S., DuPaul, G. J., & Bradley-Klug, K. L. (1998). Self-management as a strategy to improve the classroom behaviour of adolescents with ADHD. *Journal of Learning Disabilities, 31*(6), 545-55.

356. Shaw, D. S., & Winslow, E. B. (1997). Precursors and correlates of antisocial behavior from infancy to preschool. In D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (148-158). New York: Wiley.

357. Shell-Studie (2002) s. Deutsche Shell (2002).

358. Shell Studie (2006) s. Deutsche Shell (2006)

359. Shure, M. B., & Spivack, G. (1978). *Problem-solving techniques in childrearing.* New York: Plenum-Press.

360. Silbereisen, R. K., & Schmitt-Rodermund, E. (1998). Entwicklung im Jugendalter: Prozesse, Kontexte und Ergebnisse. In H. Keller (Hrsg.), *Lehrbuch Entwicklungspsychologie* (S. 337-397).

361. Silverman, W. K., Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(1), 105-130.

362. Snyder, M. C., & Bambara, L. M. (1997). Teaching secondary students with learning disabilities to self-manage classroom survival skills. *Journal of Learning Disabilities, 30*(5), 534-543.

363. Sobel, M. P., & Earn, B. M. (1985). Assessment of children's attributions for social experiences: Implications for social skills training. In B. H. Schneider, K. H.

Rubin, J. E. Ledingham (Eds.), *Children's peer relations: Issues in assessment and intervention* (pp. 93 – 110): New York: Springer-Verlag.

364. Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M. H., Mundy, E., & Faraone, S. V. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39,* 1432-1437.
365. Sroufe, A. (1983). Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation. In M. Perlmutter (Ed.), *Minnesota Symposia on Child Psychology* (Vol. 16, pp. 41-83). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
366. Sroufe, A., & Fleeson, J. (1986). Attachment and the construction of relationships. In W. W. Hartup, & Z. Rubin (Eds.). Relationships and Development (pp. 36-54). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
367. Steinberg, L. (1996). Adolescence. New York: McGraw-Hill.
368. Steinhausen, H.-C., & Winkler Metzke, C. (1998). Youth Self-Report of behavioral and emotional problems in a Swiss epidemiological study. *Journal of Youth and Adolescence, 27*(4), 429-441.
369. Steinhausen, H.-C., Winkler Metzke, C., Meier, M., & Kannenberg, R. (1997). Behavioral and emotional problems reported by parents for ages 6 to 17 in a Swiss epidemiological study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *6*, 136-141.
370. Stiensmeier-Pelster, J., & Dickhäuser, O. (2000). *Das Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ). Neue Befunde zu dessen psychometrischen Eigenschaften.* Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Giessen
371. Stiensmeier-Pelster, J. Schürmann, M., & Duda, K. (1991). Das Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ): Untersuchungen zu seinen psychometrischen Eigenschaften. *Diagnostica,* 37(2), 149-159.
372. Stiensmeier-Pelster, J., Schürmann, M., & Duda, K. (1989). *Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ).* Göttingen: Hogrefe.
373. Stiensmeier-Pelster, J. Schürmann, M., & Duda, K. (2000). *Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ). Handanweisung (2. überarbeitete und neunormierte Auflage)*. Göttingen: Hogrefe.
374. Stocker, C., & Dunn, J. (1990). Sibling relationships in childhood: Links with friendships and peer relationships. *British Journal of Developmental Psychology*, *8*, 227 – 244.
375. Stocker, C.M., & Youngblade, L. (1999). Marital conflict and parental hostility: Links with children's sibling and peer relationships. *Journal of Family Psychology,*

13(4), 598-609.

376. Strunk, R. (1991). Psychische Faktoren und ihre Bedeutung für die Prognose des Asthmas. In F. Petermann, & J. Lecheler (Hrsg.), *Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter, Behandlungskonzepte und Krankheitsbewältigung.* München: Quintessenz.
377. Suhr, L., & Döpfner, M. (2000). Leistungs- und Prüfungsängste bei Kindern und Jugendlichen - Ein multimodales Therapiekonzept. *Kindheit und Entwicklung, 9*, 171-186.
378. Szczepanski, R., Brockmann, G., Könning, J., Schmidt, S., & Wegner, R. E. (1994). Zur Lebensqualität von Kindern mit Asthma bronchiale. Ergebnisse einer Längsschnittsuntersuchung zur Auswirkung eines strukturierten Schulungsprogrammes auf die Lebensqualität. In F. Petermann & K.-C. Bergmann (Hrsg.), *Lebensqualität und Asthma.* München: Quintessenz.
379. Tannock, R. (1998). Attention-deficit/hyperactivity disorder: Advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,39,* 65-99.
380. Tewes, U. (1991). HAWIE-R. *Hamburg Wechsler Intelligenztest für Erwachsene. Revision 1991.* Bern: Huber.
381. Tewes, U., Rossmann, P., & Schallberger, U. (1999). *Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder.* Bern: Huber.
382. Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development.* New York: Bruner/Mazel.
383. Thomas, A., & Chess, S. (1996). *Temperament: Theory and practice.* New York: Bruner/Mazel.
384. Thompson, R. A. (1998). Early sociopersonality development. In W. Damon (Series Ed.), & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Social, emotional and personality development* (Vol. 3, 5th ed., 25-104). New York: Wiley.
385. Tillmann, K-J., Holler-Nowitzki, B.; Holtappels, H. G., Meier, U., & Popp, U. (1999) Schülergewalt als Schulproblem. Verursachende Bedingungen, Erscheinungsformen und pädagogische Handlungsperspektiven. Weinheim/München: Juventa.
386. Turner, S. M., Beidel, D. C., & Cooley-Quille, M. R. (1997). *Social effectiveness therapy: A program for overcoming social anxiety and social phobia*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
387. Vandell, D. (2000). Parents, peer groups and other socializing influences. *Developmental Psychology, 36*, 699-710.

388. Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology, 11,* 225-249.

389. Verduin, T. L. & Kendall, P. C (2008). Peer perceptions and liking of children with anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 459-469.

390. Vernberg, E. M. (1990). Psychological adjustment and experiences with peers during early adolescence: Reciprocal, incidental, or unidirectional relationships? *Journal of Abnormal Child Psychology, 18*, 187-198.

391. Vernberg, E. M., Abwender, D. A., Ewell, K. K., & Beery, S. H. (1992). Social anxiety and peer relationships in early adolescence: A prospective analysis. *Journal of Clinical Child Psychology, 21,* 189-196.

392. Vitaro, F., Tremblay, R. E., & Bukowski, W. M. (2001). Friends, friendships and conduct disorder. In J. Hill, & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorder in childhood and adolescence* (346-378). Cambridge: Cambridge University Press.

393. Vostanis, P., Feehan, C., Grattan, E., & Bickerton, W.-L. (1996a). Treatment for children and adolescents with depression: lessons from a controlled trial. *Clinical child Psychology and Psychiatry, 1*, 199-212.

394. Vostanis, P., Feehan, C., Grattan, E., & Bickerton, W.L. (1996b). A randomised controlled outpatient trial of cognitive behavioral treatment for children and adolescents with depression: 9-month follow-up. *Journal of Affective Disorders, 40*, 105-116.

395. Vuchinich, S., Bank, L., & Patterson, G. R. (1992). Parenting, peers, and the stability of antisocial behavior in preadolescent boys. *Developmental Psychology, 28*, 510 – 521.

396. Walter, D. (2004). *Entwurf und Evaluation eines kognitiv-behavioralen Manuals zur Behandlung von Leistungsstörungen bei Jugendlichen.* Dissertation, Universität zu Köln.

397. Walter, D., & Döpfner, M. (2006). Die Behandlung von Jugendlichen mit Leistungsstörungen mit dem SELBST-Programm – Kurzzeiteffekte. *Verhaltenstherapie, 16,* 257-265.

398. Walter, D., & Döpfner, M. (2007a). Die Behandlung von Jugendlichen mit Leistungsstörungen mit dem Therapieprogramm SELBST – Konzept und Kasuistik. *Kindheit und Entwicklung, 16*(3), 163-170.

399. Walter, D., & Döpfner, M. (2007b). Die Behandlung von Jugendlichen mit Leistungsstörungen mit dem Therapieprogramm SELBST – Konzept und Stabilität der Veränderungen während der Therapie. *Zeitschrift für Kinder- und*

Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 35(4), 281-290.

400. Walter, D., & Döpfner, M. (2009) . *Leistungsprobleme im Jugendalter: SELBST-Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen, Band 2*. Göttingen: Hogrefe.
401. Walter, D. Rademacher, C., Schürmann, S., & Döpfner, M. (2007). *Grundlagen der Selbstmanagementtherapie bei Jugendlichen. SELBST-Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen Band 1,* Göttingen: Hogrefe.
402. Warschburger, P., Petermann, F., Fromme, C., & Wojtalla, N. (1999). *Adipositastraining mit Kindern und Jugendlichen.* Weinheim: Psychologie Verlags Union.
403. Waters, E., Wippman, J., & Sroufe, L. A. (1979). Attachment, positive affect, and competence in the peer group: Two studies in construct validation. *Child Development, 50*, 821-829.
404. Whalen, C. K., & Henker, B. (1985). The social worlds of hyperactive (ADHD) children. *Clinical Psychology Review*, *5*, 1-32.
405. Whalen C. K., & Henker B (1992). The social profile of attention-deficit hyperactivity disorder: five fundamental facets. *Child Adolescent Psychiatry Clinical North Am*, *1*, 395–410.
406. Whalen, C.K., Henker, B., Buhrmester, D., & Hinshaw, S. P. (1989). Does stimulant medication improve the peer status of hyperactive children? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 545 – 549.
407. Wittchen, H.-U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults *Psychological Medicine, 28*, 109-126.
408. Yalom, I. (1996). *Theorie und Praixs der Gruppenpsychotherapie*. München: Pfeiffer.
409. Youngblade, L. M., & Belsky, J. (1992). Parent-child-antecedents of five-year-olds' close friendship: A longitudinal analysis. *Developmental Psychology, 1*, 107-121.
410. Youniss, J., & Smollar, J. (1985). *Adolescent relations with mothers, fathers and friends.* Chicago: University of Chicago Press.
411. Yu, D. L., & Seligman, M. E. P. (2002) Preventing depressive symptoms in Chinese children. *Prevention and Treatment* 5.
412. Zielke, M. (1994). Indikation zur stationären Verhaltenstherapie. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie.* Weinheim: Psychologie Verlags Union.

413. Zimbardo, P. G., & Gerrig, R. J (2008). *Psychologie (18. Auflage).* Pearson Studium.

8 Anhang

Anhang A

- Anschreiben Kollegen
- Informationsblatt für Jugendliche
- Einverständniserklärung

Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters

Gruppenangebot für Jugendliche

Datum

Liebe Kollegen,

im Rahmen unserer Studie bieten wir ein Gruppenprogramm zur Unterstützung Jugendlicher mit Leistungs- und Beziehungsproblemen mit Gleichaltrigen an.
Das Programm basiert auf dem Therapieprogramm SELBST (Rademacher, Walter & Döpfner, 2002). Es bietet Unterstützung im Bereich ***Lernmotivation, Lernstrategien, angemessenes Verhalten in der Schule*** und ***mündliche Mitarbeit*** und vermittelt ferner ***Kommunikations-*** und ***Konfliktlösestrategien*** im Umgang mit Gleichaltrigen.
Das Angebot umfasst 5 Einzelsitzungen mit dem Jugendlichen und/oder dessen Eltern, zur Steigerung der Änderungsmotivation und Vereinbarung realistischer Therapieziele. In den anschließenden 10 Gruppensitzungen wird der Jugendliche unterstützt, an seinen eigenen Zielen zu arbeiten.

Teilnahmevoraussetzungen:

- Alter: 12 bis 18 Jahre
- männliche Jugendliche
- IQ > 80 (gemessen mit mehrdimensionalem Intelligenzverfahren)
- ein Mindestmaß an Motivation, Schwierigkeiten in einer Kleingruppe (4 Teilnehmer) zu bearbeiten
- bei Leistungsproblemen: Ausschluss schulischer Überforderung, d.h. Passung IQ/Schulform (Real: mind. SW=90; Gymn: mind. SW=105)
- *Ausschlussdiagnosen:* Ess-Störung; schwere Delinquenz; massiver Alkohol-/ Drogenabusus; psychotische Erkrankungen; schwerwiegende Ängste (Ausnahme soziale Phobie) oder Zwänge; Autismus

Falls Sie denken, dass einer Ihrer Patienten für dieses Programm geeignet sein könnte, würden wir uns über einen Anruf (Feldkötter: 478-7478) oder eine Mitteilung (ggf. mit Arztbrief) in unseren Postfächern sehr freuen. Wir würden dann mir den Familien einen „Screeningtermin“ vereinbaren, um zu klären, ob das Angebot für den Jugendlichen passend ist.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen,

Ruth Aretz
Dipl.-Psychologin

Daniel Feldkötter
Dipl.-Psychologe

- **SELBST**- Gruppe -

Gruppenangebot für Jungen (12 bis 18 Jahre)
mit Leistungsproblemen und Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen

Du hast Stress in der Schule? Du schaffst es nicht, Deine Hausaufgaben zu machen oder Dich zum Lernen aufzuraffen? Deine mündliche Mitarbeit ist schlecht?
Du kommst mit Gleichaltrigen nicht klar, hast häufiger Streit mit anderen Jugendlichen oder hättest gerne mehr Kontakte?

Wir bieten eine Gruppe für Jungen im Alter von 12 bis 18 Jahren an. In **5 Einzel- und 10 Gruppenterminen** entwickeln wir gemeinsam Ideen, wie Du besser mit diesen Schwierig-keiten umgehen kannst. Dazu ist notwendig, dass Du regelmäßig an den Terminen teilnimmst und auch zwischen den Terminen versuchst, das Besprochene auszuprobieren.

Du interessierst Dich für das Angebot oder hast noch Fragen?
Dann melde Dich doch einfach bei uns unter **0221/478-7874** und hinterlass Deine Nummer auf dem Anrufbeantworter.

Mit freundlichem Gruß,

Ruth Aretz
Dipl.-Psychologin

Daniel Feldkötter
Dipl.-Psychologe

kjppköln

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Direktor: Univ.-Prof. Dr. G. Lehmkuhl

Univ.-Prof. Dr. Manfred Döpfner Dipl.-Psych.

Telefon: (0221) 478-6271
478-6105
Telefax: (0221) 478-3962

e-Mail:
manfred.doepfner@medizin.uni-koeln.de
homepage:
www.medizin.uni-koeln.de/med-fak/kjp

Anschrift:
Robert-Koch-Str. 10
50931 Köln

Postanschrift:
50924 Köln

Köln, den

Einverständniserklärung zur Teilnahme am
Therapieprojekt „SELBST-Gruppe“

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Klinikum der Universität zu Köln, 50924 Köln

Name des Jugendlichen:

_____

☐ Ich habe die Informationen über das Therapieprogramm erhalten und möchte mit meinem Kind an dem speziellen Gruppentherapieangebot (SELBST-Gruppe) teilnehmen.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Ich bin ebenfalls informiert und damit einverstanden.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Jugendlichen

Datenschutzerklärung

Mir ist bekannt, dass bei dieser klinischen Prüfung personenbezogene Daten, insbesondere medizinische Befunde, über mich und mein Kind erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über die Gesundheit meines Kindes erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der klinischen Prüfung folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, d.h. ohne die nachfolgende Einwilligung können ich und mein Kind nicht an der klinischen Prüfung teilnehmen.

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

1) Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser klinischen Prüfung erhobene Daten, insbesondere Angaben über die Gesundheit meines Kindes, in Papierform und auf elektronischen Datenträgern bei der Christoph-Dornier-Stiftung für klinische Psychologie am Klinikum der Universität zu Köln pseudonymisiert (verschlüsselt) aufgezeichnet und ausgewertet werden.
2) Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Beauftragte des verantwortlichen Leiters Prof. Dr. Manfred Döpfner in meine beim zuständigen Therapeuten vorhandenen personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten meines Kindes, Einsicht nehmen, soweit dies für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung der Studie notwenig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den zuständigen Therapeuten von der ärztlichen Schweigepflicht.
3) Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten und die Daten meines Kindes nach Beendigung oder Abbruch der Prüfung mindestens zehn Jahre aufbewahrt werden, wie es die Vorschriften der epidemiologischen Praxis vorsehen. Danach werden diese Daten gelöscht, soweit nicht gesetzliche satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.
4) Ich bin über folgende gesetzliche Regelung informiert: Falls ich meine Einwilligung, an der Studie teilzunehmen, widerrufe, müssen alle Stellen, die meine Daten und die Daten meines Kindes, insbesondere Gesundheitsdaten gespeichert haben, unverzüglich prüfen, inwieweit die gespeicherten Daten noch erforderlich sind. Nicht mehr benötigte Daten sind unverzüglich zu löschen.

_____

(Datum und Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Ich bestätige, den gesetzlichen Vertreter des teilnehmenden Jugendlichen aufgeklärt zu haben.

_____

(Datum und Unterschrift des betreffenden Therapeuten)

Einverständniserklärung über die Aufnahme in Ton und Bild

Name des Jugendlichen:

_____

Ich bin damit einverstanden, dass Gespräche zwischen Therapeut/in und meinem Kind bzw. Elternsitzungen sowie Gruppensitzungen in Bild und Ton aufgezeichnet werden. Ich erkläre mich weiter damit einverstanden, dass die Aufnahmen (Zutreffendes bitte ankreuzen!):

- ❑ zur Supervision der Behandlung dieses Jugendlichen
- ❑ zu Fortbildungs- und Forschungszwecken unter Kollegen innerhalb der Klinik
- ❑ zu Fortbildungs- und Forschungszwecken unter Kollegen allgemein

verwendet werden.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die betreffenden Personen, denen das Material von mir zugänglich gemacht wird, in jedem Fall der Schweigepflicht unterliegen. Zudem weiß ich, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Erklärung zu widerrufen und die Aufnahmen löschen zu lassen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Ich bin ebenfalls informiert und damit einverstanden.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Jugendlichen

Anhang B

- Materialien zum Therapieprogramm SELBST-Gruppe

SELBST - Gruppe
1. Sitzung

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

Überblick

„Wir sind eine Gruppe!“

1. Wer seid Ihr denn?
2. SELBST-Gruppenregeln
3. Preis für den Fleiß
4. „Hier steh ich jetzt, da will ich hin...“
5. JOB der Woche
6. Ultimative Lobhudelei
7. Memo

© KJP Uni Köln

Überblick

SELBST - Gruppe

Wer seid Ihr denn?

Einschätzungsspiel
„Ich glaube, das bin ich…“

- Wer ist der Älteste?
- Wer hat die meisten Geschwister?
- Wer hat die jüngsten Eltern?
- Wer hat den weitesten Anfahrtsweg?
- Wer hat die meisten Klassenkameraden?
- Wer ist Mitglied in den meisten Vereinen?
- Wer hat die größten Hände?

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

Wer seid Ihr denn?

Interviewspiel

„Das ist …“

- Wie heißt Du?
- Wie alt bist Du?
- Was machst Du in Deiner Freizeit?
- Was ist Dein Lieblingsfach?
- Wer wohnt bei Euch zu Hause?
- Wie heißt Deine Lieblingsband?
-
-

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

Gruppenregeln

Jede Gruppe braucht Regeln.
Hier einige Vorschläge:

- **„Ich nehme regelmäßig an der Gruppe teil.“**
- **„Ich bin pünktlich, damit die Gruppe nicht auf jeden Einzelnen warten muss.“**
- **„Ich erzähle persönliche Informationen aus der Gruppe nicht weiter.“**
- **„Ich beachte die Gesprächsregeln (ausreden lassen, keine Beschimpfungen).“**
- **„Ich bringe mich ein, so gut ich kann.“**
- **„Ich fülle die Fragebögen aus.“**
- **„Ich erledige die Wochenaufgabe.“**

Info

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

Preis für den Fleiß

Gruppenkasse

„Hol Dir die Säue!!“

1. **Die Mitarbeit jedes Einzelnen wird von den anderen mit 0 bis 10 Säuen bewertet.**

2. **Für den komplett erledigten „JOB der Woche“ gibt es 10 Säue. Für den halb erledigten gibt es auch nur die Hälfte.**

3. **Die Säue werden zusammen genommen und am Schluss für eine Gruppenaktivität genutzt.**

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Probleme und Ziele

Da will ich hin...

Hier steh´ ich jetzt...

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

JOB der Woche

1. Mache eine SELBST-Beobachtung und finde möglichst 5 Problem-situationen in der nächsten Woche!
2. Denke an die Protokollbögen (Selbst, Eltern, Lehrer)!

© KJP Uni Köln

JOB der Woche

SELBST - Gruppe

Ultimative Lobhudelei

Was hat Dir heute besonders gut gefallen?

Sag jedem, was Dir an ihm gut gefallen hat (mindestens ein Kompliment für jeden)!

Verteilt gemeinsam die Säue (0 bis 10) für jedes Gruppenmitglied!

© KJP Uni Köln

Lobhudelei

SELBST - Gruppe

Das Wichtigste in Kürze

- Wir haben uns heute kennen-gelernt.
- Jeder beachtet die Gruppen-regeln.
- Ohne Fleiß kein Preis.
- Je stärker Du Dir in der Gruppe Mühe gibst, desto mehr kommt dabei herum.

© KJP Uni Köln

Memo

Hol dir die Säue!!

© D. Feldkötter & R. Maiwald

Datum: Sitzung:

Name										

Datum: Sitzung:

Name										

SELBST-Beobachtung

Schreibe bitte Situationen auf, die für Dich schwierig waren.

Situation: Was ist passiert? Wann? Wo?	Was habe ich getan?	Was haben die Anderen gemacht? (Lehrer, Mitschüler, Freunde)	Was habe ich gedacht?
Ich bin am Montag aus der Klasse geflogen, weil ich mich mit meinem Nachbarn unterhalten habe.	Ich bin aus der Klasse gegangen. Ich habe mich beschwert, weil die Anderen auch gequatscht haben.	Frau Mustermann: hat gemeckert; hat mich aus der Klasse geschickt; hat mich ins Klassenbuch eingetragen; Meine Mitschüler: haben auch gequatscht; haben mich verteidigt; haben teilweise gelacht;	„Die blöde Mustermann hat's auf mich abgesehen!" „Das war völlig ungerecht." „Hoffentlich erzählt die das nicht meinen Eltern."

SELBST - Gruppe

SELBST - Gruppe
2. Sitzung

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

Überblick

„Wie Gedanken das Verhalten beeinflussen...“

1. Stundenwiederholung & JOB der Woche
2. Gedankenexperiment
3. - Power:

   Die Macht der Gedanken
4. JOB der Woche
5. Ultimative Lobhudelei
6. Memo

© KJP Uni Köln

Überblick

SELBST - Gruppe

Gedankenexperiment

Was habe ich in der Situation gedacht?

Wie habe ich mich gefühlt?

Was hätte/habe ich getan?

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

- Power

Ereignis

Gedanke

Gefühl

Verhalten

Info

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

- Power

Ereignis

Gedanke

Gefühl

Verhalten

Info

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

S - Power

Kommt Dir das bekannt vor? Wie ist es in Deiner wichtigsten Problem-situation?

Was sind dabei typische Gedanken und Gefühle? Und was machst Du dann meistens?

Welche Gedanken verhindern, dass Du Dich Deinem Ziel näherst („Downer“)?

Welche Gedanken könnten hilfreich sein („Upper“)?

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

G - Power

„Gedanken-Gefühle-Verhalten-Spiel“

Was denkst Du in der Situation?

Was fühlst Du in der Situation?

Was tust Du?

Was könntest Du noch denken?

Wie fühlst Du Dich dann?

Wie handelst Du dann?

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

JOB der Woche

Mein Ziel für die nächste Woche

_____

1. Schreibe für diese Problem-situation „Upper“ & „Downer“ auf!
2. Versuche Dich Deinem Ziel durch hilfreiche Gedanken („Upper“) zu nähern!
3. Protokolliere Deine Bemühungen mit dem G-Powerplan!
4. Denke an die Protokollbögen (Selbst, Eltern, Lehrer)!

© KJP Uni Köln

JOB der Woche

SELBST - Gruppe

Ultimative Lobhudelei

Was hat Dir heute besonders gut gefallen?

Sag jedem, was Dir an ihm gut gefallen hat (mindestens ein Kompliment für jeden)!

Verteilt gemeinsam die Säue (0 bis 10) für jedes Gruppenmitglied!

© KJP Uni Köln

Lobhudelei

SELBST - Gruppe

Das Wichtigste in Kürze

- Gedanken beeinflussen Gefühle und Verhalten.
- Es gibt Gedanken, die schwierige Situationen noch verschlimmern („Downer“).
- Es gibt Gedanken, die Dir helfen, Dich in schwierigen Situationen angemessen zu verhalten („Upper“).
- Die „Upper“ kannst Du nutzen um Dich Deinen Zielen näher zu bringen.

© KJP Uni Köln

Memo

Der - Power-Plan

Finde jeweils eine Situation täglich, in der Du G-Power, also die Macht der Gedanken, eingesetzt hast.

Woche von..... bis.....								
	Downer-Tag	**Upper-Tag**	**Tag 1**	**Tag 2**	**Tag 3**	**Tag 4**	**Tag 5**	**Tag 6**
Problem-situation kurz beschreiben	Mein Lehrer ermahnt mich ruhig zu sein.	Mein Lehrer ermahnt mich ruhig zu sein.						
Welche Gedanken hatte ich in der Situation?	„Warum immer ich?“ „Der kann mich sowieso nicht leiden.“ „Das lass ich mir nicht bieten.“	„Oh, ich glaube ich sollte mich mal am Riemen reißen.“ „Die Stunde ist ja nur noch 5 Minuten...“						
Wie habe ich mich verhalten?	Ich habe weiter gestört.	Ich hab versucht zu zuhören.						
Wie gut ist es mir gelungen hilfreiche Gedanken einzusetzen? (Schulnoten)	5	2						

© D. Feldkötter & R. Maiwald

Die Macht der Gedanken

Wähle bitte eine Situation aus und finde zu dieser Upper und Downer.

Beschreibe die Problemsituation	Was sind Gedanken, die verhindern, dass Du Dein Ziel erreichst? (Downer)	Was sind Gedanken, die Dich Deinem Ziel näher bringen? (Upper)

SELBST - Gruppe
3. Sitzung

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

Überblick

„Wie ich mich selbstsicher gegenüber Gleichaltrigen verhalten kann.“

1. Stundenwiederholung & JOB der Woche
2. SELBST-sicheres Auftreten
3. Achtung Denkfallen!!!
4. Kontakte knüpfen
5. JOB der Woche
6. Ultimative Lobhudelei
7. Memo

© KJP Uni Köln

Überblick

SELBST - Gruppe

Selbstsicheres Auftreten

Situationen:

1. Neu in der Klasse / einer Gruppe

2. Lehrer ermahnt mich.

Beschreibe Merkmale...

- **unsicheren Verhaltens**
- **aggressiv-impulsiven Verhaltens**
- **selbstsicheren Verhaltens**

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

Achtung Denkfallen!!!

1) **Unerreichbare Ziele** *„Ich muss immer...“*

2) **Katastrophen** *„Wenn ich..., dann war‘s-das.“*

3) **Unschuldslamm-Image** *„Die anderen sollen...“*

4) **Misstrauen** *„Die sind alle immer gegen mich...“*

6) **Aussichtslose Zukunft** *„Das ändert sich nie...“*

7) **Abwertung** *„Nicht die Richtigen dabei…“*

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Mitgemacht und richtig gedacht!

Zwei Teams spielen gegeneinander

- Denkfalle erkannt: 1Punkt
- „Upper“ formuliert: 1 Punkt

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

Kontakte knüpfen

Wie und wo kann man gut Kontakte zu Gleichaltrigen knüpfen?

Was sind gute Themen beim Kennenlernen?

Was kann einem helfen, Unsicherheiten zu überwinden?

Blitzumfrage

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

Erste Hilfe: Kontakte knüpfen

Vor der Situation:

- Erkenne Denkfallen, ersetze sie durch hilfreiche Gedanken!
- Stelle Dich der Situation!

In der Situation:

- Fange ein Gespräch an!
- Halte Deine Unsicherheit aus!
- Zeige Interesse am anderen!
- Frage nach und erzähle von Dir selbst!
- Akzeptiere, wenn der andere kein Interesse hat!

Nach der Situation:

- Sei stolz auf Deine Bemühungen!!
- Bewerte Dich: Was habe ich gut hingekriegt? Was kann ich beim nächsten Mal noch verbessern?

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Übung macht den Meister

Spiele eine Situation nach, in der Du selbstsicher auftreten möchtest!

Denke an die Merkmale selbstsicheren Verhaltens!

Was hat gut geklappt?

Was kannst Du noch verbessern?

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

JOB der Woche

Mein Ziel für die nächste Woche

_____

1. Übe selbstsicheres Auftreten ein! Denke an Dein Ziel und setze hilfreiche Gedanken ein, um es zu erreichen!
2. Protokolliere Deine Bemühungen (mit dem G-Powerplan)!
3. Denke an die Protokollbögen (Selbst, Eltern, Lehrer)!

© KJP Uni Köln

JOB der Woche

SELBST - Gruppe

Ultimative Lobhudelei

Was hat Dir heute besonders gut gefallen?

Sage jedem, was Dir an ihm gut gefallen hat (mindestens ein Kompliment für jeden)!

Verteilt gemeinsam die Säue (0 bis 10) für jedes Gruppenmitglied!

© KJP Uni Köln

Lobhudelei

SELBST - Gruppe

Das Wichtigste in Kürze

- Wenn Du mit anderen Menschen zusammen bist, kannst Du Dich unsicher, aggressiv oder selbstsicher verhalten.
- Denkfallen verhindern oft, dass wir mit Gleichaltrigen auskommen.
- Selbstsicheres Auftreten kann man lernen.
- Übung macht den Meister!
- Nutze die Erste-Hilfe-Regeln, wenn Du Kontakte knüpfen möchtest!

© KJP Uni Köln

Memo

SELBST - Gruppe
4. Sitzung

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

Überblick

„Wie ich mich in der Schule angemessen verhalten und beteiligen kann.“

1. Stundenwiederholung & JOB der Woche
2. Verhalten im Unterricht
3. -Power: Das Training
4. Teufelskreis der mündlichen Mitarbeit
5. Mein Ziel im Unterricht
6. JOB der Woche
7. Ultimative Lobhudelei
8. Memo

© KJP Uni Köln

Überblick

SELBST - Gruppe

Verhalten im Unterricht

Wie man sich verhalten sollte…

Wie man sich nicht verhalten sollte…

Do	Don´t

Aktion

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

- Power - *Das Training*

Das Training: mündliche Mitarbeit

Was kannst Du in der Gruppen-stunde üben?

Jeder soll sich eine Verhaltens-aufgabe suchen.

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

- Power - *Das Training*

Schau Dir Deine *Trainingssituation* an:

Was sind typische Gedanken und Gefühle vor dem Verhalten, das Du verändern möchtest?

Was machst Du dann meistens?

Welche Gedanken verhindern, dass Du Dich Deinem Ziel näherst („Downer“)?

Welche Gedanken könnten hilfreich sein („Upper“)?

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

Melden im Unterricht

Warum ist es manchmal schwierig, sich am Unterricht zu beteiligen?

Was sind Gründe, sich nicht zu melden?

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

Teufelskreis (Null Bock)

„Ich hab keinen Bock, etwas zu sagen.“

Unkonzentriertheit
Langeweile

„Ich weiß überhaupt nicht, worum es geht…“

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Teufelskreis (Angst)

„Ich habe Angst, etwas zu sagen.“

Nicht melden…

Die Angst wird größer!!

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Das Meldeprotokoll

„Ich habe keinen Bock oder Angst, etwas zu sagen.“

⇩

Meldprotokoll nutzen

⇩

Angst wird kleiner!!

Interesse wird größer!!

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Mein Ziel im Unterricht

Das soll mehr werden: (genau beschreiben)	Das soll weniger werden: (genau beschreiben)

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

JOB der Woche

Mein Ziel für die nächste Woche

_____

1. Führe ein Meldeprotokoll in der Schule!
2. Denke an die Protokollbögen (Selbst, Eltern, Lehrer)!

© KJP Uni Köln

JOB der Woche

SELBST - Gruppe

Ultimative Lobhudelei

Was hat Dir heute besonders gut gefallen?

Sage jedem, was Dir an ihm gut gefallen hat (mindestens ein Kompliment für jeden)!

Verteilt gemeinsam die Säue (0 bis 10) für jedes Gruppenmitglied, denkt dabei auch an das - Power-Training !

© KJP Uni Köln

Lobhudelei

SELBST - Gruppe

Das Wichtigste in Kürze

- **Wenn Du unsicher bist oder „Null-Bock“ hast, gerätst Du schnell in einen Teufelskreis.**
- **Ein Meldprotokoll kann Dir helfen, Deine mündliche Mitarbeit zu verbessern und aus dem Teufelskreis auszubrechen.**

© KJP Uni Köln

Memo

SELBST - Gruppe

SELBST - Gruppe
5. Sitzung

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

Überblick

„Wie ich mich besser organisieren kann.“

1. Stundenwiederholung & JOB der Woche
2. Verhaltensaufgabe
3. Man gönnt sich ja sonst nichts…
4. Was man nicht im Kopf hat…
5. Organisiert läuft`s wie geschmiert!
6. Ultimative Lobhudelei
7. JOB der Woche
8. Memo

Überblick

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

- Power - „*Das Training*“

Das Training

Was hast Du Dir für die heutige Stunde vorgenommen?

Was ist Dein hilfreicher Gedanke?

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

Man gönnt sich ja sonst nichts…

- Gedankenexperiment „Ein schöner Tag...“
- Schreibe alles auf, was Du an einem schönen Tag machen würdest!
- Sammle möglichst viele SELBST-Belohnungen an der Tafel!

- Wofür ist SELBST-Belohnung notwendig???

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

Was man nicht im Kopf hat…

Keine Organisation ohne Erinnerung

- **Nennt reihum möglichst viele SELBST-Erinnerungshilfen!**

„Um mich an etwas zu erinnern…“

- **Schreibt die SELBST-Erinnerungshilfen auf ein Blatt!**

© KJP Uni Köln

Blitzumfrage

SELBST - Gruppe

Organisiert läuft‘s wie geschmiert!

- **Warum ist Planung wichtig?**
- **Was sollte „geplant“ werden?**

So wird‘s gemacht:

- **Verschaffe Dir einen Überblick über Deine Aufgaben (Monatsplaner)!**
- **Zerteile die Aufgaben in Teilziele und schreibe sie in Deine „To do“-Liste!**
- **Plane nun konkret Aufgaben für die nächste Woche:**
  - **Was sind Deine SELBST-Erinnerungshilfen?**
  - **Was nutzt Du als SELBST-Belohnung?**

© KJP Uni Köln

Blitzumfrage

SELBST - Gruppe

JOB der Woche

Mein Ziel für die nächste Woche

_____

1. Halte Dich an Deinen Aufgabenplan und protokolliere Deine Bemühungen!
2. Lies die „Tipps & Tricks für Besserwisser“!
3. Denke an die Protokollbögen (Selbst, Eltern, Lehrer)!

© KJP Uni Köln

JOB der Woche

SELBST - Gruppe

Tipps & Tricks für Besserwisser

Hausaufgaben:

- **Fester Arbeitsplatz, feste Zeiten!**
- **30 Minuten nach dem Mittagessen loslegen!**
- **Unterteilen nach Wichtigkeit:**
  - **„Muss-Hausaufgaben“ (für den nächsten Tag) sofort erledigen.**
  - **„Kann-Hausaufgaben“ (die übrigen) nach Zeit & Power einteilen**
- **Mit den einfacheren und interessanten Aufgaben anfangen!**
- **Abwechslung (schriftlich, mündlich, unterschiedliche Fächer nacheinander)!**
- **„Mündliche Aufgaben“ & Wiederholen nicht vergessen!**

Selbständiges Lernen:

- **Sobald Du den Termin für eine Klassenarbeit, Referat etc. weißt, trage ihn in Deinen Monatsplaner ein!**
- **Teile den Stoff in kleinere Lerneinheiten ein. Plane, was Du jeden Tag schaffen willst (Aufgabenplan)!**
- **Nutze die letzten drei Tage möglichst nur zur Wiederholung!**
- **Nach einer halben Stunde Lernen, 5 Minuten Pause einlegen!**
- **Nach zwei Stunden Lernen längere Pause (1 Stunde)!**
- **Gönne Dir was Schönes, wenn Du Deine Aufgaben erledigt hast!**

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Tipps & Tricks für Besserwisser

Auswendig lernen (z.B. Vokabeln):

- **Regelmäßiges, kurzes Wiederholen ist besser als auf den „letzten Drücker“ mehrere Stunden zu lernen!**
- **Das zu Lernende in Geschichte betten, Eselsbrücken in Form von Reimen oder Vorstellung in Bildern machen!**
- **Nutze beim Lernen möglichst viele Sinne (sage die Wörter laut auf; schreibe sie auf; hänge sie im Zimmer auf; sprich sie auf Band und höre das Band ab)!**
- **Karteikartensystem mit 4 Fächern: Jede Vokabel auf eine Karteikarte. Bei jeder Abfrage rutschen die bekannten Vokabeln ein Fach weiter nach hinten, bis sie im vierten Fach angekommen sind. Alle 2 bis 4 Wochen wird das vierte Fachwiederholt, nicht bekannte Vokabeln kommen wieder ins erste Fach.**

Pflichten:

- **Versuche Dich durch gute Gedanken zu motivieren (z.B. „Wenn ich das jetzt schnell erledige, dann hab ich es hinter mir.“)!**
- **Nutze Erinnerungshilfen (z.B. Pinnwand, Zettel an die Tür, Memo im Handy)!**
- **Baue Deine Pflichten in den Tag ein und benutze sie als „Entspannung“ oder Unterbrechung der Lernphasen!**

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Ultimative Lobhudelei

Was hat Dir heute besonders gut gefallen?

Sage jedem, was Dir an ihm gut gefallen hat (mindestens ein Kompliment für jeden)!

Verteilt gemeinsam die Säue (0 bis 10) für jedes Gruppenmitglied, denkt dabei auch an das - Power-Training!

© KJP Uni Köln

Lobhudelei

SELBST - Gruppe

Das Wichtigste in Kürze

- Der Aufgabenplan kann Dir helfen, Dich besser zu organisieren.
- Zu Anfang solltest Du Dir mit Hilfe des Monatsplaners einen Überblick verschaffen.
- Die Aufgaben solltest Du dann in Tagesziele unterteilen und in Deine To-do-Liste eintragen.
- Nutze SELBST-Erinnerungshilfen in Deinem Aufgabenplan, um Deine Vorhaben nicht zu vergessen!
- durch SELBST-Belohnungen kannst Du Dich zu den Aufga motivieren.

© KJP Uni Köln

Memo

Mein Aufgabenplan

Woche von ..... bis								
	Beispieltag	**Montag**	**Dienstag**	**Mittwoch**	**Donnerstag**	**Freitag**	**Samstag**	**Sonntag**
Tagesziel	-Englischübersetzung (Hausaufgaben) - Vokabeln in Franz lernen (Lektion 7) - 3 Seiten in Geschichte lesen (Hausaufgaben) - Sportverein Probetraining							
Wann habe ich dafür Zeit?	- Englisch: 14-14.45 Uhr - Geschichte: 14.50 – 15 .25Uhr - Sportverein.: 16.30-17.30 Uhr - Vokabeln: 19-19.30 Uhr							
Wie kann ich mich erinnern?	- Vok: Handyerinnerung - Geschi & Englisch: Hausaufgabenheft							
Was gönne ich mir, wenn ich es geschafft habe?	- Nach Hausaufgaben :Computer spielen; Nach Probetraining: Eis							
Erledigt?	Ja oder Nein							
Wie zufrieden bin ich jetzt? (Schulnoten)	1 bis 6							

„Was man nicht im Kopf hat..."
SELBST-Erinnerung

Schreibe so viele SELBST-Erinnerungshilfen auf, wie Dir einfallen. Sei dabei möglichst konkret! Nutzte diese Liste, wenn Du später mal nicht weißt, wie Du Dich erinnern kannst.

Meine SELBST-Erinnerungshilfen

„Man gönnt sich ja sonst nichts…“
SELBST-Belohnung

Schreibe möglichst viele konkrete SELBST-Belohnungen auf. Nutzte diese Liste, wenn Du mal nicht weißt, was Du Dir gönnen kannst, wenn Du etwas geschafft hast.

Meine SELBST-Belohner

SELBST - Gruppe

SELBST - Gruppe
6. Sitzung

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

Überblick

„Wie ich effektiver lernen kann.“

1. Stundenwiederholung & JOB der Woche
2. Verhaltensaufgabe
3. Halbzeit: Wo stehe ich jetzt? Was will ich noch erreichen?
4. Die Besserwisser-Quizshow
5. Wie soll ich das nur alles lernen?
6. Ultimative Lobhudelei
7. JOB der Woche
8. Memo

© KJP Uni Köln

Überblick

SELBST - Gruppe

- Power - „*Das Training*“

Das Training

Was hast Du Dir für die heutige Stunde vorgenommen?

Was ist Dein hilfreicher Gedanke?

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

Halbzeit: Was will ich erreichen?

- Was hat sich in den letzten 5 Wochen verändert?
- Welche Rückmeldungen gibt es von meinen Eltern und Lehrern?

- Was willst Du in den nächsten 5 Wochen erreicht haben?
- Woran musst Du noch arbeiten?
- Wie kannst Du das schaffen?

© KJP Uni Köln

Blitzumfrage

SELBST - Gruppe

Die Besserwisser-Quizshow

- Zwei Teams spielen gegeneinander
- Jede richtige Antwort gibt 1 Punkt
- Jeder Punkt zählt eine „Sau“, die der Gruppenkasse gut geschrieben wird.

Viel Spaß und Glück!!!

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

Lösungen für Besserwisser

1) Erst die Arbeit, dann das Vergnügen. (d)

3) Meine Hausaufgaben mache ich am besten ca. 30 Minuten nach dem Mittagessen. (c)

Grund: Eine kleine Pause hilft, um das Mittagstief zu überwinden, dann kann man sich besser konzentrieren.

3) Vokabeln sollte man täglich 15 Minuten pro Fach lernen (d)

Grund: Regelmäßige, kleine Einheiten und Wiederholung sind besser als viel lernen im letzten Moment.

4) Mein Hausaufgabenplatz sollte gut beleuchtet sein und es sollten keine Gegenstände (Zeitschriften, Spiele, MP3-Player etc) in der Nähe sein. (c)

Grund: Schaffe Dir einen Platz, an dem Du Dich wohlfühlst, damit es Dir nicht zu schwer fällt Dich an den Schreibtisch zu setzten. Natürlich sollten Dich die Dinge um und auf dem Tisch nicht ablenken. Außerdem sollte Dein Arbeitsplatz auch gut beleuchtet sein.

5) Ohne Fleiß kein Preis. (c)

6) Wie kannst Du Dich zur Erfüllung von Aufgaben & Pflichten motivieren?

Selbstbelohnung (sich danach etwas gönnen)
Hilfreiche Gedanken („Wenn ich das jetzt sofort mache, habe ich es hinter mir und fühle mich gut.“)
Ziel im Auge haben (z.B. gute Noten)
Aufgaben so angenehm wie möglich gestalten (z.B. Musik hören beim Putzen, Schokolade beim Lernen)

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Lösungen für Besserwisser

7) Lernen sollte man weder mit zu vollem noch mit leerem Magen. (c)

Grund: Ist der Magen zu voll, fühlt man sich meistens schlapp und müde, ist er jedoch leer, kann das dazu führen, dass man sich nicht auf die Aufgaben konzentrieren kann.

8) Für die Hausaufgaben sollte man immer den gleichen Arbeitsplatz haben. (a)

Grund: Ein fester Arbeitsplatz und feste Arbeitszeiten können helfen, damit Dein Körper weiß, dass an diesen Stellen konzentriertes Arbeiten gefragt ist.

9) Planung ist das halbe Leben. (b)

Grund: Gute Planung und Wiederholung machen zwar zunächst mehr Arbeit, aber wer sich die Arbeit gut einteilt, hat keinen Stress und lernt deutlich effektiver!!

10) Beim Lernen solltest Du nach 30 Minuten eine 5-minütige Pause einlegen. (c)

Grund: Nach 30 bis 45 Minuten lässt die Konzentration deutlich nach. Eine kleine Pause kann das wieder ausgleichen.

11) Für die Klassenarbeiten sollte ich mir, sobald ich den Termin weiß, einen Überblick über den Stoff verschaffen und diesen in tägliche „Lernpäckchen" einteilen. Die letzten 3 Tage möglichst nur Wiederholung! (b)

Grund: Kleine „Lernpäckchen" verhindern Frust und durch eine gute Planung hast Du vor der Arbeit weniger Stress. durch Wiederholung an den letzten 3 Tagen kannst Du sicher sein, dass der Stoff gut sitzt.

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Lösungen für Besserwisser

12) Wie kannst Du Dich an Deine Aufgaben erinnern?

Pinnwand
Zettel an gut sichtbare Stelle hängen
Terminplaner
Hausaufgabenheft
Erinnerung durch`s Handy
Wecker stellen
andere bitten, einen zu erinnern
Bändchen ans Handgelenk
auf die Hand schreiben

13) Um mich zur Erfüllung von Aufgaben zu motivieren, kann mir der Gedanke helfen: „Wenn ich das jetzt schnell mache, habe ich es hinter mir und bekomme keinen Stress.“ (a):

Grund: Gute Gedanken („Upper“) können Dir dabei helfen, sofort mit der Arbeit anzufangen.

14) Wenn beim Lernen meine Konzentration nachlässt, mache ich eine kurze Pause von 5 Minuten. (b)

Grund: Kurze Pausen von 5 Minuten können helfen, Deine Konzentration wieder aufzubauen.

15) Bei den Hausaufgaben sollte man möglichst viel Abwechslung erzeugen (schriftlich, mündlich, lernen, schriftlich, lernen usw.). (a)

Grund: Abwechslung kann eine Möglichkeit sein, um nicht zu schnell die Lust an den Aufgaben zu verlieren.

16) Was Du heute kannst besorgen, das verschiebe nicht auf Morgen. (c)

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Lösungen für Besserwisser

17) **Bei den Hausaufgaben fängt man am besten mit den einfachsten und interessantesten Aufgaben an. (c)**
Grund: Zu Beginn der Hausaufgabenzeit ist es wichtig, sich zu motivieren und das Gehirn „in Gang zu bringen".

18) **Wie kannst Du effektiv auswendig lernen (z.B. Vokabeln)?**

Karteikastensystem

eine Seite zuhalten und andere ergänzen

abfragen lassen

Eselsbrücken suchen

Alle Sinne nutzen (Aufschreiben, Vorsprechen, Lesen)

Möglichst viele Gelegenheiten nutzen, um die Sprache anzuwenden (z.B. Brieffreundschaften, Lieder übersetzen)

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Wie soll ich das nur alles lernen?

- Welche Lernstrategien wendest Du an?
- Welche Strategien könnte man noch anwenden?

- Welche Strategie hältst Du für sinnvoll?
- Warum hältst Du diese Strategie für gut?
- Was ist hilfreich beim Lernen?

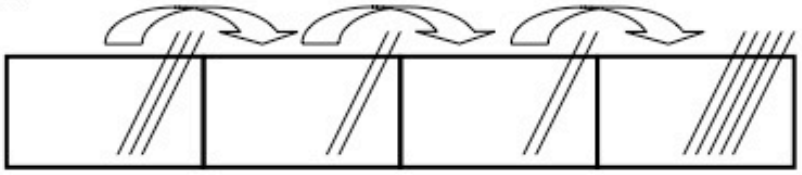
© KJP Uni Köln

Blitzumfrage

SELBST - Gruppe

Das Karteikastensystem

- Schreibe alle Vokabeln, Formeln, Definitionen etc. auf Karteikarten!
- Bei Vokabeln: Auf die eine Seite die Fremdsprache, auf die andere die Übersetzung.
- Ordne die Karteikarten in einen Kasten mit vier Fächern ein!
- Lass die Karteikarten durch Deinen Kasten „wandern“! Was gewusst wurde, „wandert“ ein Fach nach hinten.



- Nutze beim Lernen möglichst viele Sinne (Schreiben, Lesen, Sprechen, Hören)!
- Wiederhole die Karteikarten im letzten Fach alle 2 bis 4 Wochen!

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

JOB der Woche

Mein Ziel für die nächste Woche

_____

1. Führe Deinen Aufgabenplan weiter!
2. Lies die „Tipps und Tricks für Besserwisser“! Markiere die Tricks, die Du befolgst, mit „+“ und die, die Du nicht befolgst, mit „-“!
3. Probiere eine Lernstrategie aus! (Notiere dies als Ziel für die nächste Woche!)
4. Denke an die Protokollbögen (Selbst, Eltern, Lehrer)!

© KJP Uni Köln

JOB der Woche

SELBST - Gruppe

Ultimative Lobhudelei

Was hat Dir heute besonders gut gefallen?

Sag jedem, was Dir an ihm gut gefallen hat (mindestens ein Kompliment für jeden)!

Verteilt gemeinsam die Säue (0 bis 10) für jedes Gruppenmitglied, denkt dabei auch an das - Power-Training!

© KJP Uni Köln

Lobhudelei

SELBST - Gruppe

Das Wichtigste in Kürze

- Die „Tipps und Tricks für Besserwisser“ können Dir beim Lernen und dem Erledigen der Hausaufgaben helfen.
- Um Deine Ziele zu erreichen, ist es wichtig, dass Du Dir vornimmst, Lernstrategien einzusetzen.
- Denke an Deinen Aufgabenplan! Das Setzen von Tageszielen kann Dir helfen, den Überblick zu behalten und Dich zum Erfüllen der Aufgaben zu motivieren.

© KJP Uni Köln

Memo

Die Besserwisser-Show

„Lernen, Pflichten, Hausaufgaben“

Es werden zwei Gruppen gebildet, die versuchen, die richtigen Antworten auf die Fragen zu geben. Die Antwortmöglichkeiten werden dafür auf Karteikarten geschrieben, damit die Gruppenmitglieder diese vor Augen haben und damit sie eine Karte verdeckt an den Spielleiter geben können. Die Teilnehmer können sich außerdem dadurch leise über die Lösung austauschen.

Fragen:

1) Erst die Arbeit,
   a) dann Kinderüberraschung.
   b) dann der Ernst des Lebens.
   c) dann der Elefant im Porzellanladen.
   d) dann das Vergnügen.

2) Meine Hausaufgaben mache ich am besten
   a) direkt nach dem Essen.
   b) Sofort, wenn ich nach Hause komme.
   c) ca. 30 Minuten nach dem Essen.
   d) vor dem Abendessen.

3) Vokabeln sollte man
   a) nur lernen, wenn man daran Spaß hat.
   b) mindestens 1 Stunde pro Fach täglich lernen.
   c) nur am Wochenende lernen.
   d) täglich für jedes Fach 15 Minuten lernen.

4) Der Schreibtisch sollte

   a) vor einer weißen Wand stehen.

   b) direkt vor dem Fenster stehen, damit man immer weiß was draußen passiert.

   c) an einer mit Postern und Bildern verzierten Wand stehen.

   d) mitten im Raum stehen.

5) Ohne Fleiß

   a) ’nen fetten Preis.

   b) wird man zum Greis.

   c) kein Preis.

   d) die Pfanne heiß.

6) Wie kannst Du Dich zur Erfüllung von Aufgaben motivieren?

7) Lernen sollte man

   a) immer mit vollem Magen.

   b) nur mit ganz leerem Magen.

   c) weder mit zu vollem noch mit leerem Magen.

   d) beim Essen.

8) Für die Hausaufgaben sollte man

   a) immer den gleichen Arbeitsplatz haben.

   b) sich jedes Mal einen neuen Platz suchen.

   c) es sich auf dem Bett gemütlich machen.

   d) sich zu anderen Personen setzen.

9) Planung ist

   a) aller Laster Anfang.

   b) das halbe Leben.

   c) meist vergebens.

   d) sicherer.

10) Wann sollst Du beim Lernen eine 5minütige Pause einlegen?

   a) nach einer Stunde.

   b) gar nicht, durchlernen bis ich fertig bin.

   c) nach 30 Minuten.

   d) nach 10 Minuten

11) Wann und wie sollst Du anfangen, Dich auf eine Klassenarbeit vorzubereiten?

   a) 1-2 Tage vorher, möglichst 3-4 Stunden, damit ich bis zur Arbeit nichts vergesse.

   b) Sobald ich den Termine weiß, verschaffe ich mir einen Überblick über den Stoff und plane, was ich jeden Tag lernen will. Die letzten drei Tage wiederhole ich möglichst nur noch.

   c) Gar nicht. Es reicht, wenn ich gut in der Schule aufpasse.

   d) Ich versuche schon 1-2 Tage vor der Arbeit, einen guten Sitzplatz zu bekommen, damit ich von meinem Nachbarn abschreiben kann.

12) Wie kannst Du Dich an deine Aufgaben erinnern?

13) Welcher Gedanke kann einem helfen, sich zur Erfüllung von Aufgaben zu motivieren?

a) „Wenn ich das jetzt schnell mache, hab ich es hinter mir und krieg keinen Stress."

b) „Das kann ich auch später noch machen, erst mal Musik hören."

c) „Bis jetzt bin ich nicht erwischt worden, vielleicht komm ich ja drum rum..."

d) „Mist, ich bin schon wieder dran. Das nervt mich voll ab."

14) Was kannst Du machen, wenn Du merkst, dass beim Lernen Deine Konzentration nachlässt?

a) Ich versuche, mich weiter auf den Stoff zu konzentrieren.

b) Ich mache eine kurze Pause von 5 Minuten.

c) Ich höre mit den Aufgaben auf und mache zunächst etwas anderes.

d) Ich verfluche meinen Lehrer und denke, dass ich damit nie fertig werde.

15) Bei den Hausaufgaben sollte man

a) möglichst viel Abwechslung erzeugen (schriftlich, mündlich, lernen, schriftlich, lernen usw.).

b) Blöcke bilden (Erst alles Schriftliche, dann alle Vokabeln lernen usw.).

c) immer ein kleines Lied pfeifen.

d) anfangen mit dem, was gerade in die Hände fällt.

16) Was Du heute kannst besorgen,

a) kannst Du auch noch morgen borgen.

b) das vergiss ganz ohne Sorgen.

c) das verschiebe nicht auf morgen.

d) das geht bestimmt auch übermorgen.

17) Bei den Hausaufgaben fängt man am Besten

a) mit den schwersten und langweiligsten Aufgaben an.

b) gar nicht an.

c) mit einfachen und interessanten Aufgaben an.

d) von hinten an.

18) Wie kann man effektiv auswendig lernen (z.B. Vokabeln)?

SELBST - Gruppe

SELBST - Gruppe
7. Sitzung

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

Überblick

„Wie ich meine Meinung angemessen vertreten kann...“

1. Stundenwiederholung & JOB der Woche
2. Bleib dabei!! Deine weiteren Ziele
3. Zuhörregeln / Gesprächsregeln: Fair diskutieren leicht gemacht!
4. Ultimative Lobhudelei
5. JOB der Woche
6. Memo

Überblick

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

- Power - „*Das Training*“

Das Training

Was hast Du Dir für die heutige Stunde vorgenommen?

Was ist Dein hilfreicher Gedanke?

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

Bleib dabei!! Selbstsicheres Auftreten

- Du hast gelernt, wie man sich selbstsicher gegenüber Gleichaltrigen verhalten kann.
- Überlege Dir, in welcher Situation Du dies in der nächsten Woche weiter üben kannst.
- Setze Dir dabei realistische Ziele und überlege Dir eine Strategie, die Dir helfen kann, Deine Ziele zu erreichen!

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

Bleib dabei!! Mündliche Mitarbeit

- Du hast in der Schule Meldeprotokolle geführt.
- Berechne die durchschnittliche Meldehäufigkeit für Deine Fächer!
- Setze Dir ein Ziel für die nächste Woche, in welchem Fach Du Deine Mitarbeit weiter steigern möchtest!
- Überprüfe mit dem Meldeprotokoll, ob Du Dein Ziel erreicht hast!

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

Bleib dabei!! Lernstrategien

- **Im „JOB der Woche“ solltest Du in den „Tipps & Tricks für Besserwisser“ markieren, welche Du anwendest und welche Du nicht anwendest.**
- **Suche Dir nun ein bis zwei Tipps heraus, die Du noch nicht machst und die Du in der nächsten Woche ausprobieren möchtest!**

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

Bleib dabei!! Dein Aufgabenplan

- Du hast einen Teil Deiner Aufgaben mit einem Plan organisiert.
- Überlege Dir, wie Du Deinen Aufgabenplan weiterhin nutzen oder noch verbessern könntest!
- Erstelle Dir einen Aufgabenplan für die nächste Woche!

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

Zuhörregeln

- **Lass Dein Gegenüber aussprechen!**
- **Zeige Aufmerksamkeit (Blickkontakt, Nicken)!**
- **Fasse kurz zusammen, was der andere gesagt hat!**

  Beispiel: „Du meinst also, ich soll um 20 Uhr nach Hause kommen, weil ich Morgen früh aufstehen muss?“
- **Sage, was Dir an der Idee des Anderen gefallen hat!**

  Beispiel: „Deine Idee, am Wochenende ins Schwimmbad zu gehen, finde ich gut, ich würde aber lieber ins Hallenbad als in Freibad gehen.“

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Gesprächsregeln

- **Vermeide „immer“, „nie“, „man“!**

  Beispiel: „Ich bin enttäuscht,dass ich nicht länger auf die Party gehen darf.“

  negatives Beispiel: „Das ist ja wieder typisch, hier darf man auch nie was. Immer ist alles verboten.“

- **Bleibe bei der Situation und dem Verhalten!**

  Beispiel: „Ich finde es nicht gut, dass Du meine CD ohne zu fragen genommen hast.“

  negatives Beispiel: „Du gehst immer an meine Sachen.“

- **Sage, was Du willst oder fühlst und begründe es!**

  Beispiel: „Es ärgert mich sehr, dass Du 15 Minuten zu spät bist, weil wir jetzt zu spät ins Kino kommen.“

  negatives Beispiel: „Nie kann man sich auf Dich verlassen. Ich bin Dir egal.“

- **Beleidige nicht und greife nicht an!**

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Was machen wir mit dem Geld?

- Wir haben Geld in der Gruppenkasse.
- Jeder soll aufschreiben, was wir mit dem Geld machen könnten.
- Besprecht Eure Ideen und findet eine Lösung, mit der alle zufrieden sind!
- Beachtet und benutzt dabei möglichst häufig die Zuhör- und Gesprächsregeln!

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

JOB der Woche

Meine Ziele für die nächste Woche

_____

1. Um die Ziele zu erreichen, halte Dich an Dein Meldeprotokoll, Deine Lernstrategien, Deinen Aufgaben-plan und übe weiterhin selbstsicheres Auftreten!
2. In der nächsten Woche solltest Du zudem folgende Zuhör- oder Gesprächsregel beachten:

   _____

3. Denke an die Protokollbögen (Selbst, Eltern, Lehrer)!

© KJP Uni Köln

JOB der Woche

SELBST - Gruppe

Ultimative Lobhudelei

Was hat Dir heute besonders gut gefallen?

Sage jedem, was Dir an ihm gut gefallen hat (mindestens ein Kompliment für jeden)!

Verteilt gemeinsam die Säue (0 bis 10) für jedes Gruppenmitglied, denkt dabei auch an das - Power-Training!

© KJP Uni Köln

Lobhudelei

SELBST - Gruppe

Das Wichtigste in Kürze

- **Um Deine Ziele zu erreichen, musst Du die Strategien aus den letzten Stunden weiter anwenden.**
- **Beachte die Gesprächs- und Zuhörregeln, das kann Dir helfen, Deine Interessen angemessen zu vertreten und mit Gleichaltrigen besser auszukommen.**

© KJP Uni Köln

Memo

SELBST - Gruppe
8. Sitzung

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

Überblick

„Wie ich mit Ärger besser umgehen kann...“

1. Stundenwiederholung & JOB der Woche
2. Ursachen von Ärger
3. Ärger-Skala
4. Welcher Ärgertyp bist Du?
5. Ärger-Management
6. Übung macht den Meister
7. Ultimative Lobhudelei
8. JOB der Woche
9. Memo

© KJP Uni Köln

Überblick

SELBST - Gruppe

Ursachen von Ärger

Warum ärgern Menschen sich?

Welche Gefühle können gleichzeitig mit Ärger auftreten?

Woran merkst Du, wenn Du wütend bist?

Wann hilft Ärger? Wann schadet er?

© KJP Uni Köln

Blitzumfrage

SELBST - Gruppe

Ursachen von Ärger

(1) Ungerechtigkeit

- Tina hat ihr Referat zwei Tage zu spät abgegeben. Ihr Lehrer gibt ihr deswegen eine 6.

(2) Frustration

- Stefan ist ein guter Basketballspieler. Im entscheidenden Spiel macht er keinen einzigen Korb.

(3) Beleidigungen oder Kränkungen

- Beim Fußballturnier sitzt Du die ganze Zeit auf der Ersatzbank, obwohl Du im Training gut gespielt hattest.

(4) Verlust von Kontrolle

- Dein Freund zieht in eine andere Stadt.

Info

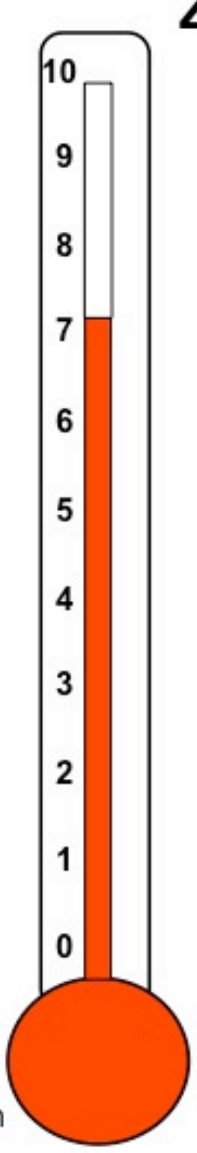
© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

Die Ärger-Skala

Ärger-Stufe

Zugehörige Situation



Aktion

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

Welcher Ärger-Typ bist Du?

aggressiver Typ

selbstsicherer Typ

unsicherer Typ

Info

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

Ärger-Management

Vorbereitet sein:

1. Kenne Deine typischen Ärgerauslöser!

2. Achte auf Deine Frühwarnsignale!

Bei Ärger: Erst beruhigen, dann handeln!

1. Ärger kontrollieren (Ärgerkontrollstrategien)

- Stopp-Signal einsetzen
- „Upper“ einsetzen
- Ablenkung, Entspannung
- Tief ein- und ausatmen
- Rückwärts zählen
- Kontrollinstanz (Freund)
- Konsequenzen akzeptieren
- Sport

2. Nachdenken über richtige Reaktion

3. Besonnen Handeln

- Selbstbewusst auftreten, Gesprächsregeln anwenden
- Lieber Ausstieg aus der Situation als Ausbruch von Aggressionen!!

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Ärger-Management

Nach der Ärgersituation:

Überlege:

1. **Was hat gut geklappt?**
2. **Was will ich beim nächsten Mal noch verbessern?**
3. **Belohne Dich für Deine Anstrengungen!**

Übung macht den Meister!!!

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Ärgerkontrollstrategien

Welche Ärgerkontrollstrategie funktioniert bei Dir wohl am besten und warum?

Welche wäre für Dich nicht hilfreich und warum?

© KJP Uni Köln

Blitzumfrage

SELBST - Gruppe

Übung macht den Meister

- **Ärgersituation beschreiben:**
  Was ist passiert? Was denkst Du? Was fühlst Du? Wie reagierst Du?
- **Spiele die Situation nach! Probiere das Ärger-Management aus!**
- **Rückmelderunde:**
  Wie hat der Einsatz der Strategien geklappt?

Aktion

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

JOB der Woche

Mein Ziel für die nächste Woche:

_____

1. **Achte auf Deine Ärgergefühle und protokolliere sie mit Deinem Ärger-Tagebuch!**
2. **Übe den selbstsicheren Umgang mit Ärger und nutze dafür die Ärgerkontrollstrategien.!**
3. **Belohne Dich selbst für Deine Anstrengungen und Erfolge im Umgang mit Ärger!**
4. **Denke an die Protokollbögen (Selbst, Eltern, Lehrer)!**

© KJP Uni Köln

JOB der Woche

SELBST - Gruppe

Ultimative Lobhudelei

Was hat Dir heute besonders gut gefallen?

Sag jedem, was Dir an ihm gut gefallen hat (mindestens ein Kompliment für jeden)!

Verteilt gemeinsam die Säue (0 bis 10) für jedes Gruppenmitglied, denkt dabei auch an das - Power-Training !

© KJP Uni Köln

Lobhudelei

SELBST - Gruppe

Das Wichtigste in Kürze

- Du kannst lernen, Deinen Ärger angemessen auszudrücken.
- Erst nachdenken, dann handeln!
- Ärgerkontrollstrategien können Dir helfen, Deine Wut zu kontrollieren.
- Besser Ausstieg aus der Situation, als Ausbruch von Aggressionen.
- Übung macht den Meister!!!

© KJP Uni Köln

Memo

Wut/Ärger-Tagebuch

Beobachte Dich genau! Schreibe alle Situationen auf, in denen Du Wut oder Ärgergefühle verspürt hast.

Situation: Was ist passiert? Wann? Wo?	Ärger-Stufe (1-10)	Was habe ich gedacht?	Was habe ich gemacht?	Habe ich eine Ärgerkontrollstrategie angewandt?	Wie ging es aus?	Wie hätte ich noch besser mit meiner Wut umgehen können?

SELBST - Gruppe

SELBST - Gruppe
9. Sitzung

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

Überblick

„Wie ich Konflikte mit Gleichaltrigen lösen kann...“

1. Stundenwiederholung & JOB der Woche
2. Konflikte ansprechen: Ich-Botschaften senden
3. Konflikte lösen: In der Ruhe liegt die Kraft
4. Konflikte lösen: Schritt für Schritt
5. Ultimative Lobhudelei
6. JOB der Woche
7. Memo

© KJP Uni Köln

Überblick

SELBST - Gruppe

- Power - „*Das Training*“

Das Training

Was hast Du Dir für die heutige Stunde vorgenommen?

Was ist Dein hilfreicher Gedanke?

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

Ich-Botschaften senden

Ich-Botschaften:

Ich + Gefühl + Begründung

„Ich fühle mich …, weil Du … .“

„Wenn Du …, fühle ich mich … .“

„Ich möchte … .“

Denke an Deine letzten oder typische Konflikte!

Was könntest Du für „Ich-Botschaften“ senden, um Dein Problem besser auszudrücken?

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

In der Ruhe liegt die Kraft

- **Erst Ärger kontrollieren, dann versuchen, den Konflikt ruhig und selbstsicher zu lösen!**
- **Achte auf einen geeigneten Zeitpunkt/Ort!**
- **Beachte die Gesprächs- & Zuhörregeln:**
  Keine Verallgemeinerungen („nie“, „immer“)!
  Bleib bei einem Thema!
  Keine Beleidigungen!
  Sage, was Du denkst, fühlst & begründe es!
  Übertreibe und kritisiere nicht!
  Signalisiere dem anderen, dass Du zuhörst!
  Versuche, andere Standpunkte zu verstehen!
- **Ich-Botschaften sind eine gute Möglichkeit, um selbstsicher Dein Anliegen vorzubringen.**
- **Wenn Du im Gespräch bemerkst, dass Du die Geduld verlierst, nimm Dir eine Auszeit!**

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Konflikt lösen: Schritt für Schritt

1. Schritt: Der Konflikt

Jeder beschreibt kurz seine Sicht des Konflikts (Ich-Botschaft):

_____

_____

_____

2. Schritt: Lösungsvorschläge sammeln

Findet möglichst viele Lösungen für diesen Konflikt.

Alles ist erlaubt!! Nicht bewerte

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

Konflikt lösen: Schritt für Schritt

3. Schritt: ***Bewertung der Lösungen: Auf Folgen achten!!!***

gut (+) neutral (o) schlecht (-)

4. Schritt: ***Einigung auf die beste Lösun***

5. Schritt: ***Vertrag***

6. Schritt: ***Ergebnis überprüfen & bewerten***

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

JOB der Woche

Mein Ziel für die nächste Woche:

_____

1. **Wende das „Schritt-für-Schritt“-Prinzip an, um bei Auseinandersetzungen eine möglichst gute Einigung zu erzielen!**
2. **Nimm Dir vor, eine Gesprächsregel in der nächsten Woche auszuprobieren:**

   _____

   _____
3. **Um Deine schulischen Ziele zu erreichen, denke weiterhin an das Meldeprotokoll, die Lernstrategien und den Aufgabenplan!**

© KJP Uni Köln

JOB der Woche

SELBST - Gruppe

Ultimative Lobhudelei

Was hat Dir heute besonders gut gefallen?

Sage jedem, was Dir an ihm gut gefallen hat (mindestens ein Kompliment für jeden)!

Verteilt gemeinsam die Säue (0 bis 10) für jedes Gruppenmitglied, denkt dabei auch an das - Power-Training!

© KJP Uni Köln

Lobhudelei

SELBST - Gruppe

Das Wichtigste in Kürze

- **Kontrolliere erst Deinen Ärger, bevor Du versuchst, einen Streit mit einer anderen Person zu klären!**
- **Wenn Du das Schritt-für-Schritt-Prinzip berücksichtigst, hast Du bessere Chancen, dass Du von Deinem Gegenüber ernst genommen wirst und ihr eine Lösung findet.**
- **Wenn ihr bei einem Streit erst alle möglichen Lösungen ohne Bewertung aufschreibt, ist es einfacher, einen guten Kompromiss zu finden.**

Memo

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

SELBST - Gruppe
10. Sitzung

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

Überblick

„Was haben wir gelernt?“

1. Stundenwiederholung & JOB der Woche
2. Gruppenaktivität
3. Talkshow „Was tun, wenn...“
4. Rückmeldung
5. JOB der Woche
6. Ultimative Lobhudelei
7. Memo

Überblick

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

- Power - „*Das Training*“

Das Training

Was hast Du Dir für die heutige Stunde vorgenommen?

Was ist Dein hilfreicher Gedanke?

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

Talkshow „Was tun wenn...?“

1. Jeder spielt eine Rolle:

- Prof. Besserwisser (Experte für Lernstrategien & Verhalten in Schule)
- Prof. Labergut (Experte für Kommunikation & Streitschlichtung)
- Herr Blümchen (Vater eines Jugendlichen aus einer Gruppe)
- Thomas (Gruppenteilnehmer)

2. Vorbereitungszeit: 10 Minuten
3. Talkshow zum Thema:„Was tun, wenn...?“ Jugendliche fragen, Experten antworten

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Theo Quassel

- Du bist der Talkmaster.
- Du sollst das Gespräch leiten, d.h. jeder sollte zu Wort kommen können und keiner sollte den anderen beleidigen oder unterbrechen.
- Lies Dir die Fragen durch und überlege Dir mögliche Folgefragen!
- Erinnere Dich dafür an die Themen der Gruppensitzungen!
- Schreibe Dir Stichworte auf!
- Hilfreich ist, wenn Du Dir Gedanken machst, wie Du die Fragen beantworten würdest.

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Prof. Besserwisser

- Du bist Experte für Lernstrategien & Verhalten im Unterricht
- Schau Dir noch mal die „Tipps & Tricks für Besserwisser an“!
- Rufe Dir noch mal ins Gedächtnis, was man im Unterricht tun und was man nicht tun sollte!
- Denke auch über Möglichkeiten nach, Deine Mitarbeit im Unterricht zu steigern!
- Schaue Dir Deine Fragen an!
- Schreibe Dir Stichworte auf!
- Beachte die Gesprächs- und Zuhörregeln, insbesondere „Ausreden lassen“ & „Nicht beleidigen“!

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Prof. Labergut

- Du bist Experte für Kommunikation und Streitschlichtung.
- Schaue Dir noch mal die Gesprächs- und Zuhörregeln, das Ärger-Management und das Prinzip „Schritt-für-Schritt-Konflikte lösen“ an!
- Schaue Dir Deine Fragen an!
- Schreibe Dir Stichworte auf!
- Beachte die Gesprächs- und Zuhörregeln, insbesondere „Ausreden lassen“ & „Nicht beleidigen“!

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Herr Blümchen

- Du bist Vater eines Jugendlichen, der an der SELBST-Gruppe teilgenommen hat.
- Überlege Dir Probleme, die Dein Sohn im Leistungs- und Gleichaltrigenbereich hatte!
- Überlege, was der Jugendliche gut kann und womit er Schwierigkeiten hat!
- Denke nach, wie Du als Elternteil den Jugendlichen bei der Erreichung seiner Ziele unterstützen könntest!
- Schaue Dir Deine Fragen an!
- Schreibe Dir Stichworte auf!
- Beachte die Gesprächs- und Zuhörregeln, insbesondere „Ausreden lassen“ & „Nicht beleidigen“!

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Thomas (Jugendlicher)

- Was waren Deine Ziele in der Gruppe?
- Was hast Du getan, um sie zu erreichen?
- Welche Inhalte in der Gruppe haben Dir weitergeholfen?
- Was könnte in der nächsten Gruppe noch verbessert werden?
- Was sind Ziele, an denen Du weiter arbeiten möchtest?
- Wie kannst Du diese Ziele erreichen?
- Schaue Dir Deine Fragen an!
- Schreibe Dir Stichworte auf!
- Beachte die Gesprächs- und Zuhörregeln, insbesondere „Ausreden lassen“ & „Nicht beleidigen“!

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

Alternative zur Talkshow

- Was waren Deine Ziele in der Gruppe?
- Was hast Du getan, um sie zu erreichen?
- Welche Inhalte in der Gruppe haben Dir weitergeholfen?
- Was könnte in der nächsten Gruppe noch verbessert werden?
- Was sind noch weitere Ziele, an denen Du arbeiten möchtest?
- Wie kannst Du diese Ziele erreichen?

- Schreibe einen Brief an Dich selbst, in dem Du beschreibst, was Dir während der Gruppenzeit geholfen hat, was Du weiter beibehalten möchtest und wie Du das schaffen kannst!

© KJP Uni Köln

Info

SELBST - Gruppe

JOB der Woche

1. Setze Dir weiterhin kleine Ziele und arbeite daran, diese umzusetzen!
2. Setze die hier vermittelten Strategien weiterhin ein!
3. Schreibe Dir einen Brief, in dem Du beschreibst, was Dir in der Gruppenzeit geholfen hat, woran Du weiter arbeiten möchtest und wie Du das hinkriegen kannst! Bringe diesen Brief zu unserer gemeinsamen Gruppenaktivität mit!

© KJP Uni Köln

JOB der Woche

SELBST - Gruppe

Ultimative Lobhudelei

Was hat Dir heute besonders gut gefallen?

Sage jedem, was Dir an ihm gut gefallen hat (mindestens ein Kompliment für jeden)!

Verteilt gemeinsam die Säue (0 bis 10) für jedes Gruppenmitglied, denkt dabei auch an das - Power-Training!

© KJP Uni Köln

Lobhudelei

SELBST - Gruppe

Das Wichtigste in Kürze

- **Du bist jetzt Experte für Lern-strategien, Verhalten im Unterricht & selbstsicheres Auftreten im Kontakt mit Gleichaltrigen.**
- **Versuche die gelernten und als hilfreich erlebten Strategien im Auge zu behalten und weiterhin umzusetzen!**
- **Setze Dir weiterhin kleine Ziele und lasse Dir von Deinen Eltern oder Lehrern eine Rückmeldung über Deine Fortschritte geben!**

Memo

© KJP Uni Köln

TALK-SHOW

Begrüßung durch Theo Quassel

Guten Abend, meine Damen und Herren.

Ich begrüße Sie auch heute Abend wieder zu meiner Talkshow „Was tun, wenn...“ – Jugendliche fragen, Experten antworten. Heute zum Thema: „Stress in der Schule und mit Gleichaltrigen“. Ich habe mir Experten zu diesem Thema eingeladen:

Prof. Besserwisser (Experte für Lernstrategien und Verhalten im Unterricht);

Prof. Labergut (Experte für Kommunikation und Streitschlichtung);

Herr Blümchen (Vater eines Jugendlichen) und

einen Jugendlichen, der an einem Gruppenprogramm für Jugendliche mit Schul- und Gleichaltrigenproblemen teilgenommen hat.

Mögliche Fragen an den Jugendlichen:

- *Was sind Deine Schwierigkeiten, weshalb Du an der Gruppe teilgenommen hast?*
- *Was fandest Du am hilfreichsten an der Gruppe?*
- *Was hat Dich an der Gruppe genervt?*
- *Wie geht es bei Dir nach der Gruppe weiter?*
- *Welche der gelernten Strategien willst Du versuchen auch nach Beendigung der Behandlung weiter umzusetzen?*

Mögliche Fragen an Prof. Besserwisser:

- *Welche Lernstrategien würden Sie einem Jugendlichen empfehlen, damit er es schafft, in seinem Lernverhalten selbständiger zu werden?*
- *Die Motivation ist bei Jugendlichen ja häufig ein Problem. Was können Jugendliche machen, um sich zu motivieren?*
- *Sie sagen, Selbstbelohnung sei wichtig. Warum?*
- *Was können Sie Jugendlichen raten, die Schwierigkeiten mit den Hausaufgaben haben?*
- *Viele Jugendliche haben Schwierigkeiten, ihre Vokabeln gut zu lernen. Was gibt es dabei zu beachten?*
- *Vergesslichkeit ist häufig ein Problem bei Jugendlichen. Was können Sie Jugendlichen dazu empfehlen?*

Mögliche Fragen an Prof. Labergut:

- *Was würden Sie einem Jugendlichen raten, der sehr unsicher ist und Schwierigkeiten hat, mit Gleichaltrigen in Kontakt zu kommen?*
- *Wie kann ein sehr impulsiver Jugendlicher lernen, nicht sofort aggressiv zu reagieren, wenn er sich ungerecht behandelt fühlt?*
- *Warum sind aus Ihrer Sicht Gesprächs- und Zuhörregeln wichtig?*
- *Was sind die wichtigsten Zuhörregeln?*

- *Was sind die wichtigsten Gesprächsregeln?*
- *Was raten Sie Jugendlichen, die Schwierigkeiten haben, Konflikte angemessen zu lösen, und sich entweder gekränkt zurückziehen oder zu aggressiven Verhaltensweisen neigen?*

Mögliche Fragen an Herrn Blümchen

- *Welche Probleme gibt es aus Ihrer Sicht bei Ihnen zu Hause?*
- *Wie können Sie Ihren Sohn bei seinen schulischen Problemen unterstützen ohne, dass Ihr Sohn genervt reagiert?*
- *Was könnten Sie tun, damit Ihr Sohn mit Gleichaltrigen besser klarkommt?*
- *Was führt eher zu mehr Stress und Streit zu Hause?*
- *Was haben Sie als hilfreich am Gruppenprogramm erlebt, was als weniger hilfreich?*
- *Wie fanden Sie die Art, wie Sie in die Behandlung einbezogen wurden?*
- *Was denken Sie, wie könnte Ihr Sohn es schaffen weiterhin an seinen Zielen zu arbeiten?*

Weitere Fragen:

Verabschiedung!

Ende

SELBST - Gruppe

SELBST - Gruppe
Booster-Sitzung

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

Überblick

„So ging es bei mir nach der Gruppe weiter...“

1. „10 Wochen später...“
3. Auf zu neuen Zielen!
4. So kann ich es schaffen!
5. JOB der Woche
6. Ultimative Lobhudelei
7. Memo

Überblick

© KJP Uni Köln

SELBST - Gruppe

10 Wochen später...

Wie gut ist es Dir gelungen, weiter an Deinen Zielen zu arbeiten?

Welche Strategien hast Du angewandt?

Was hat gut geklappt?

Was war schwierig?

© KJP Uni Köln

Blitzumfrage

SELBST - Gruppe

Auf zu neuen Zielen

An welchen Problemen möchtest Du weiter arbeiten?

Wie lauten die dazugehörigen Ziele?

Schreibe Probleme und Ziele auf Karteikarten und hefte sie an die Tafel!

Wie kannst Du es schaffen, Deine Ziele zu erreichen?

Schreibe Deine Ideen auf!

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

Falls neue Probleme auftreten...

Was kannst Du tun, wenn neue Probleme auftreten?

Was ist hilfreich?

Was ist weniger hilfreich?

Schreibe hilfreiche Strategien auf Karteikarten und hefte sie an die Tafel!

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

So kann ich es schaffen!

1. **Das Problem**
   - **Was genau ist das Problem?**
   - **Was kannst Du daran verändern?**

2. **Das Ziel**
   - **Was sind Deine Ziele?**
   - **Finde realistische Teilziele!**

3. **Der Weg**
   - **Welche Strategien kannst Du nutzen?**
   - **Überprüfe Dich selber!**
   - **Belohne Dich für Deine Bemühungen!**

© KJP Uni Köln

Aktion

SELBST - Gruppe

JOB der Woche

1. **Mein Ziel, an dem ich weiter arbeiten möchte:**

   _____

2. **Meine Strategien, die ich anwenden möchte:**

   _____

3. **So belohne ich mich für meine Bemühungen:**

   _____

© KJP Uni Köln

JOB der Woche

SELBST - Gruppe

Ultimative Lobhudelei

Was hat Dir heute besonders gut gefallen?

Sage jedem, was Dir an ihm gut gefallen hat (mindestens ein Kompliment für jeden)!

© KJP Uni Köln

Lobhudelei

SELBST - Gruppe

Das Wichtigste in Kürze

- **Setze Dir weiterhin kleine Ziele!**
- **Nutze die hilfreichen Strategien aus der Gruppe!**
- **Überprüfe Dich selber und lass Dir von Deinen Eltern oder Lehrern eine Rückmeldung über Deine Fortschritte geben!**
- **Denke daran, Dich für Deine Bemühungen zu belohnen!**

© KJP Uni Köln

Memo

Anhang C

- Diagnostische Materialien
  - Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung, Jugendlichen und Elterversion (FZB-J/El)
  - Checkliste SELBST-Programm (CL-SELBST)
  - Deutsche Übersetzung des Adolescent Interpersonal Competence Questionnaire (AICQ-Ü)
  - Deine Meinung (DEME)

FZB-J - Fragebogen über die Zufriedenheit mit der (bisherigen) Behandlung

Dein Name: heutiges Datum:

An dieser Stelle ist **Deine Meinung** gefragt. Wir möchten gerne erfahren, wie nützlich Du die Gespräche erlebt hast, an denen Du teilgenommen hast. Natürlich interessiert uns auch, wie hilfreich die Arbeitsblätter für Dich waren, die Du bekommen hast. Es ist dabei vor allem wichtig, dass Du **so ehrlich wie möglich** antwortest. Die Informationen, die Du uns gibst, können uns bei der Einschätzung und Verbesserung unseres Behandlungsangebotes wichtige Hilfen sein. Auch bei diesem Fragebogen gibt es keine richtigen und falschen Antworten, da uns ja nur Deine Meinung interessiert.

Also: Du sollst nun immer diejenige Antwortmöglichkeit ankreuzen, die Deine Meinung am ehesten wiedergibt. Du machst also pro Satz **genau ein Kreuz**!

(1) Die Probleme, die ich zu Beginn der Behandlung im schulischen Bereich hatte, haben sich ...	1	wesentlich gebessert
	2	verbessert
	3	leicht verbessert
	4	nicht verändert
	5	leicht verschlechtert
	6	verschlechtert
	7	wesentlich verschlechtert
(2) Die Probleme, die ich zu Beginn der Behandlung mit anderen Jugendlichen hatte, haben sich ...	1	wesentlich gebessert
	2	verbessert
	3	leicht verbessert
	4	nicht verändert
	5	leicht verschlechtert
	6	verschlechtert
	7	wesentlich verschlechtert
(3) Mit meinen Fortschritten bin ich gegenwärtig...	1	sehr zufrieden
	2	zufrieden
	3	etwas zufrieden
	4	unentschieden
	5	etwas unzufrieden
	6	unzufrieden
	7	sehr unzufrieden und enttäuscht

(4) Wie hilfreich waren Deiner Meinung nach die bisherigen Gruppenstunden für andere persönliche oder familiäre Probleme?	1 2 3 4 5 6 7	sehr hilfreich hilfreich etwas hilfreich weder hilfreich noch hinderlich etwas hinderlich hinderlich sehr hinderlich
(5) Gegenwärtig schätze ich die Wahrscheinlichkeit, dass die Behandlung einen zufriedenstellenden Ausgang nehmen wird, in folgender Weise ein. Ich bin...	1 2 3 4 5 6 7	sehr optimistisch optimistisch etwas optimistisch unentschieden etwas pessimistisch pessimistisch sehr pessimistisch
(6) Wie zuversichtlich bist Du, Deine **gegenwärtigen** schulbezogenen Probleme auch ohne Therapeuten handhaben zu können? Ich bin...	1 2 3 4 5 6 7	sehr zuversichtlich zuversichtlich eher zuversichtlich unsicher eher unzuversichtlich unzuversichtlich sehr unzuversichtlich
(7) Wie zuversichtlich bist Du, Deine **gegenwärtigen** Probleme mit anderen Jugendlichen auch ohne Therapeuten handhaben zu können? Ich bin...	1 2 3 4 5 6 7	sehr zuversichtlich zuversichtlich eher zuversichtlich unsicher eher unzuversichtlich unzuversichtlich sehr unzuversichtlich
(8) Welches Vertrauen setzt Du in Deine eigenen Fähigkeiten, **zukünftig** auftauchende schulbezogenen Probleme angehen zu können? Ich habe...	1 2 3 4 5 6 7	sehr großes Vertrauen großes Vertrauen eher großes Vertrauen kein eindeutiges Gefühl eher geringes Vertrauen geringes Vertauen sehr geringes Vertrauen
(9) Welches Vertrauen setzt Du in Deine eigenen Fähigkeiten, **zukünftig** auftauchende Probleme mit anderen Jugendlichen angehen zu können? Ich habe...	1 2 3 4 5 6 7	sehr großes Vertrauen großes Vertrauen eher großes Vertrauen kein eindeutiges Gefühl eher geringes Vertrauen geringes Vertauen sehr geringes Vertrauen

(10) Wie gern kamst Du in die Gruppenstunde? Ich kam...	1	äußerst gerne
	2	gerne
	3	eher gerne
	4	weder gerne noch ungerne
	5	eher ungerne
	6	ungerne
	7	sehr ungerne
(11) Die Wochenaufgaben fand ich...	1	sehr hilfreich
	2	hilfreich
	3	etwas hilfreich
	4	weder hilfreich noch nachteilig
	5	eher nicht hilfreich
	6	nicht hilfreich
	7	gar nicht hilfreich
(12) Das Ausmaß, in dem meine Eltern in die Behandlung mit einbezogen wurden, fand ich...	1	sehr angemessen
	2	angemessen
	3	etwas angemessen
	4	unentschieden
	5	etwas unangemessen
	6	unangemessen
	7	sehr unangemessen
(13) Das Ausmaß, in dem meine Lehrer in die Behandlung mit einbezogen wurden, fand ich...	1	sehr angemessen
	2	angemessen
	3	etwas angemessen
	4	unentschieden
	5	etwas unangemessen
	6	unangemessen
	7	sehr unangemessen
(14) Die Maßnahmen zur Verringerung meiner Schulprobleme waren insgesamt...	1	sehr hilfreich
	2	hilfreich
	3	etwas hilfreich
	4	weder hilfreich noch nachteilig
	5	eher nicht hilfreich
	6	nicht hilfreich
	7	gar nicht hilfreich
(15) Die Maßnahmen zur Verringerung meiner Probleme mit anderen Jugendlichen waren insgesamt...	1	sehr hilfreich
	2	hilfreich
	3	etwas hilfreich
	4	weder hilfreich noch nachteilig
	5	eher nicht hilfreich
	6	nicht hilfreich
	7	gar nicht hilfreich

(16) Was das Interesse und die Anteilnahme der/des Therapeutin/en an meinen Problemen betrifft, bin ich...	1 sehr zufrieden 2 zufrieden 3 etwas zufrieden 4 unentschieden 5 etwas unzufrieden 6 unzufrieden 7 äußerst unzufrieden

Schreibe hier bitte auf, was Dir an der Behandlung am besten gefallen hat:

Hier kannst Du Vorschläge machen, wie die Behandlung hätte verbessert werden können, um hilfreicher zu sein:

Wenn Du uns sonst noch etwas schreiben willst, dann findest Du hier Platz dafür:

FZB-EL - Fragebogen über die Zufriedenheit mit der (bisherigen) Behandlung

Name der/s Jugendlichen: Datum:

Beurteiler(in):

Dieser Fragebogen dient unserer Einschätzung der von Ihnen für die/den Jugendlichen in Anspruch genommenen Behandlung. Es ist dabei vor allem wichtig, dass Sie ihn so ehrlich wie möglich beantworten. Die Informationen, die Sie uns geben, können uns bei der Einschätzung und Verbesserung unseres Behandlungsangebotes sehr hilfreich sein. Für Ihre Unterstützung möchten wir uns auch in diesem Zusammenhang nochmals sehr herzlich bedanken.

Kreuzen Sie bitte immer die Antwortmöglichkeit an, die Ihre Meinung am ehesten wiedergibt! Sie machen also pro Satz genau ein Kreuz!

(1) Die Probleme, die die/der Jugendliche zu Beginn der Behandlung im schulischen Bereich hatte, haben sich...	1. wesentlich gebessert 2. verbessert 3. leicht verbessert 4. nicht verändert 5. leicht verschlechtert 6. verschlechtert 7. wesentlich verschlechtert
(2) Die Probleme, die die/der Jugendliche zu Beginn der Behandlung mit anderen Jugendlichen hatte, haben sich...	1. wesentlich gebessert 2. verbessert 3. leicht verbessert 4. nicht verändert 5. leicht verschlechtert 6. verschlechtert 7. wesentlich verschlechtert
(3) Mit den Fortschritten der/s Jugendlichen bin ich gegenwärtig...	1. sehr zufrieden 2. zufrieden 3. etwas zufrieden 4. unentschieden 5. etwas unzufrieden 6. unzufrieden 7. sehr unzufrieden und enttäuscht

(4) In welchem Maß waren die bisherigen Gruppenstunden für andere persönliche oder familiäre Probleme Ihrer Meinung nach hilfreich?	1. sehr hilfreich 2. hilfreich 3. etwas hilfreich 4. weder hilfreich noch hinderlich 5. etwas hinderlich 6. hinderlich 7. sehr hinderlich
(5) Gegenwärtig schätze ich die Wahrscheinlichkeit, dass die Behandlung einen zufriedenstellenden Ausgang nehmen wird, in folgender Weise ein. Ich bin...	1. sehr optimistisch 2. optimistisch 3. etwas optimistisch 4. unentschieden 5. etwas pessimistisch 6. pessimistisch 7. sehr pessimistisch
(6) Ich betrachte die Art und Weise, wie ich in die Behandlung mit einbezogen wurde, als...	1. sehr angemessen 2. angemessen 3. etwas angemessen 4. unentschieden 5. etwas unangemessen 6. unangemessen 7. sehr unangemessen
(7) Wie zuversichtlich sind Sie, die **gegenwärtigen** schulbezogenen Probleme der/s Jugendlichen auch ohne Therapeuten handhaben zu können? Ich bin...	1. sehr zuversichtlich 2. zuversichtlich 3. eher zuversichtlich 4. unsicher 5. eher unzuversichtlich 6. unzuversichtlich 7. sehr unzuversichtlich
(8) Wie zuversichtlich sind Sie, die **gegenwärtigen** Probleme der/s Jugendlichen mit anderen Jugendlichen auch ohne Therapeuten handhaben zu können? Ich bin...	1. sehr zuversichtlich 2. zuversichtlich 3. eher zuversichtlich 4. unsicher 5. eher unzuversichtlich 6. unzuversichtlich 7. sehr unzuversichtlich
(9) Welches Vertrauen setzen Sie in Ihre eigenen Fähigkeiten, **zukünftig** auftauchende schulbezogenen Probleme der/s Jugendlichen angehen zu können? Ich habe...	1. sehr großes Vertrauen 2. großes Vertrauen 3. eher großes Vertrauen 4. kein eindeutiges Gefühl 5. eher geringes Vertrauen 6. geringes Vertauen 7. sehr geringes Vertrauen

(10) Welches Vertrauen setzen Sie in Ihre eigenen Fähigkeiten, **zukünftig** auftauchende Probleme der/s Jugendlichen mit anderen Jugendlichen angehen zu können? Ich habe...	1. sehr großes Vertrauen 2. großes Vertrauen 3. eher großes Vertrauen 4. kein eindeutiges Gefühl 5. eher geringes Vertrauen 6. geringes Vertauen 7. sehr geringes Vertrauen
(11) Was meinen Sie, wie gern die/der Jugendliche in die Gruppenstunde kam? Sie/Er kam...	1. äußerst gerne 2. gerne 3. eher gerne 4. weder gerne noch ungerne 5. eher ungerne 6. ungerne 7. sehr ungerne
(12) Die Maßnahmen zur Verringerung der Schulprobleme waren...	1. sehr hilfreich 2. hilfreich 3. etwas hilfreich 4. weder hilfreich noch nachteilig 5. eher nicht hilfreich 6. nicht hilfreich 7. gar nicht hilfreich
(13) Die Maßnahmen zur Verringerung der Probleme mit anderen Jugendlichen waren...	1. sehr hilfreich 2. hilfreich 3. etwas hilfreich 4. weder hilfreich noch nachteilig 5. eher nicht hilfreich 6. nicht hilfreich 7. gar nicht hilfreich
(14) Was das Interesse und die Anteilnahme der/des Psychologin/en an den Problemen der/des Jugendlichen betrifft, bin ich...	1. sehr zufrieden 2. zufrieden 3. etwas zufrieden 4. unentschieden 5. etwas unzufrieden 6. unzufrieden 7. äußerst unzufrieden

Bitte geben Sie hier an, was Ihnen an der Behandlung am besten gefallen hat:

Machen Sie hier bitte Vorschläge, wie die Behandlung hätte verbessert werden können, um hilfreicher zu sein:
Platz für weitere Bemerkungen:

Herzlichen Dank für Ihre Rückmeldung!

Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
Direktor: Univ.-Prof. Dr. G. Lehmkuhl

SELBST

CL-SELBST Checkliste SELBST-Programm

Patient(in):	**Alter:**	**Beurteilung basiert auf Exploration der/des:**	
		Jugendlichen	
Untersucher(in):	**Datum:**	Eltern/Hauptbezugspersonen	
		Lehrer	
		Andere	

A. Leistungsstörungen	Trifft nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft ziemlich zu	Trifft voll zu	Nicht beurteilbar
1. Hat Angst vor Arbeiten und/oder klagt über Wissensblockaden.	0	1	2	3	9
2. Hat Schulunlust (in die Schule zu gehen, etwas für die Schule zu machen, über die Schule zu sprechen etc.)	0	1	2	3	9
3. Versteht Inhalte des z.Zt. durchgenommenen Stoffes in mehreren Fächern aufgrund von Wissenslücken nicht.	0	1	2	3	9
4. Hat in der Schule keine Hausaufgaben.	0	1	2	3	9
5. Der Hausaufgabenplatz ist unübersichtlich, nicht aufgeräumt oder wechselnd.	0	1	2	3	9
6. Vergisst für das entsprechende Fach notwendige Materialien (Bücher, Hefte, Zirkel etc.)	0	1	2	3	9
7. Hat kein System zum Lernen, wie Vokabelkarten, regelmäßiges Wiederholen, rechtzeitiges Anfangen etc.	0	1	2	3	9
8. Hat keine angemessene Heftführung.	0	1	2	3	9
9. Beteiligt sich nicht konstruktiv am Unterricht.	0	1	2	3	9
10. Ruft in die Klasse oder redet mit Mitschülern im Unterricht.	0	1	2	3	9
Summe deutlicher Symptome (Spalte 2 und 3):					
B. Beziehungsstörungen (Gleichaltrige)					
11. Hat Konflikte mit anderen Jugendlichen.	0	1	2	3	9
12. Fühlt sich leicht angegriffen.	0	1	2	3	9
13. Verliert in Auseinandersetzungen mit Gleichaltrigen die Kontrolle (z.B. brüllt herum, zerstört/wirft Gegenstände, wird handgreiflich).	0	1	2	3	9
14. Hat kaum Kontakt zu anderen Jugendlichen.	0	1	2	3	9
15. Ist unsicher im Kontakt mit Gleichaltrigen (leises Sprechen, wenig Blickkontakt etc.)	0	1	2	3	9
Summe deutlicher Symptome (Spalte 2 und 3):					

C. Beziehungsstörungen (Erwachsene)	Trifft nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft ziemlich zu	Trifft voll zu	Nicht beurteilbar
16. Hat Konflikte mit Eltern/Hauptbezugspersonen.	0	1	2	3	9
17. Fühlt sich von Erwachsenen leicht angegriffen.	0	1	2	3	9
18. Verliert in Auseinandersetzungen mit Erwachsenen die Kontrolle (z.B. brüllt herum, zerstört/wirft Gegenstände, wird handgreiflich).	0	1	2	3	9
19. Tauscht sich wenig mit Eltern/Hauptbezugspersonen aus.	0	1	2	3	9
Summe deutlicher Symptome (Spalte 2 und 3):					
D. Selbstwert-; Aktivitäts- & Affektstörungen					
20. Hat keine Interessen bzw. Hobbys.	0	1	2	3	9
21. Zieht sich zurück, nimmt nicht an Aktivitäten teil (z.B. Freunde treffen, Familienausflüge).	0	1	2	3	9
22. Verbringt viel Zeit passiv (z.B. Fernsehen, Computer spielen)	0	1	2	3	9
23. Kann sich selbst nicht leiden.	0	1	2	3	9
24. Fühlt sich als Versager (z.B. „Bei mir geht immer alles schief.“).	0	1	2	3	9
25. Wirkt traurig verstimmt.	0	1	2	3	9
26. Ist leicht reizbar.	0	1	2	3	9
27. Wirkt unruhig/getrieben; neigt zu starken Gefühlsausbrüchen; handelt ohne Nachzudenken.	0	1	2	3	9
Summe deutlicher Symptome (Spalte 2 und 3):					

Fragebogen für Jugendliche (AICQ-Ü)

Name: _____ Datum: _____

In dieser Liste geht es um dich und die Jugendlichen, mit denen du jeden Tag zu tun hast, z.B. Freunde, Mitschüler, die Leute aus dem Sportverein usw. Du sollst einschätzen, wie gut du bestimmte Situationen bewältigen kannst. Benutze dabei folgende Bewertung:

1 = schlecht	würde mich so unwohl und unfähig fühlen, die Situation zu meistern, dass ich versuchen würde sie zu vermeiden.
2 = eher schlecht	würde mich unwohl fühlen und hätte einige Schwierigkeiten die Situation zu bewältigen.
3 = mittelmäßig	würde mich ein wenig unwohl fühlen und hätte geringe Schwierigkeiten die Situation zu bewältigen.
4 = gut	würde mich in der Situation wohlfühlen und könnte sie gut bewältigen.
5 = besonders gut	würde mich in der Situation sehr wohl fühlen und könnte sie sehr gut bewältigen.

Wie gut bist du darin…	schlecht	eher schlecht	mittelmäßig	gut	besonders gut
1. dich mit einem Jugendlichen, den du noch nicht gut kennst, zu verabreden.	1	2	3	4	5
2. einen Freund oder Mitschüler aufzuheitern oder zu trösten, wenn derjenige traurig ist.	1	2	3	4	5
3. andere Jugendliche dafür zu gewinnen, das zu machen, was du willst.	1	2	3	4	5
4. einem Freund etwas persönliches über dich zu erzählen.	1	2	3	4	5
5. Streit mit anderen Jugendlichen so zu klären, dass man sich hinterher wieder versteht.	1	2	3	4	5
6. auf andere Jugendliche zu zugehen.	1	2	3	4	5
7. einem Freund oder Mitschüler zu zeigen, dass du ihn verstehst und dass du Dinge aus seiner Sicht sehen kannst.	1	2	3	4	5
8. Verantwortung zu übernehmen bzw. dich um etwas kümmern, wenn du mit einer Gruppe zusammen bist.	1	2	3	4	5
9. zu zeigen, was du wirklich fühlst, auch wenn dich etwas getroffen oder geärgert hat.	1	2	3	4	5
10. mit Meinungsverschiedenheiten so umzugehen, dass es am Ende für beide in Ordnung ist.	1	2	3	4	5
11. mit Jugendlichen zu reden, die du besser kennen lernen möchtest.	1	2	3	4	5
12. anderen Jugendlichen dabei zu helfen, bei wichtigen Entscheidungen herauszufinden, was sie wirklich wollen.	1	2	3	4	5
13. dich gegenüber anderen Jugendlichen für deine Rechte einzusetzen, z.B. dich zu wehren, wenn du ungerecht behandelt wurdest.	1	2	3	4	5
14. einem Freund etwas zu erzählen, was dir peinlich ist.	1	2	3	4	5
15. Streit zu klären, ohne den anderen total fertig zu machen.	1	2	3	4	5
16. etwas über dich zu erzählen, wenn du neue Jugendliche triffst.	1	2	3	4	5
17. anderen zu helfen mit Stress oder Ärger klarzukommen.	1	2	3	4	5
18. andere von deinen Ansichten oder deinem Standpunkt zu überzeugen.	1	2	3	4	5
19. gegenüber einem Freund offen zu sein und ‚alles' von dir zu erzählen.	1	2	3	4	5

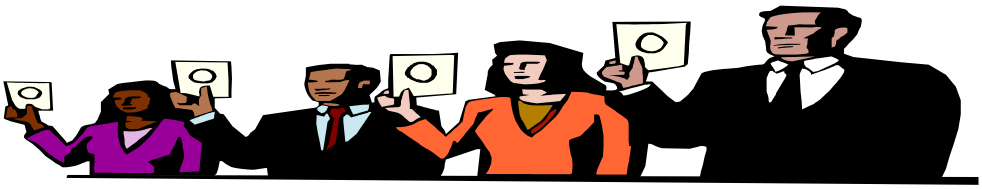
Übersetzung AICQ Buhrmester, 1990

Wie gut bist du darin …	schlecht	eher schlecht	mittelmäßig	gut	besonders gut
20. Streit so zu klären, dass nicht immer einer der Verlierer ist.	1	2	3	4	5
21. einen anderen Jugendlichen, den du gerade kennen gelernt hast anzurufen, um dich zu verabreden.	1	2	3	4	5
22. zu zeigen, dass dir die Probleme anderer nicht egal sind.	1	2	3	4	5
23. in einer Gruppe zu entscheiden, was getan werden soll, z.B. wenn nicht alle das Gleiche wollen.	1	2	3	4	5
24. anderen zu sagen, was du denkst oder fühlst.	1	2	3	4	5
25. mit Meinungsverschiedenheiten so umzugehen, dass kein großer Streit entsteht, z.B. nicht provozieren oder ausrasten.	1	2	3	4	5
26. irgendwohin zu gehen, wo du fast keinen kennst um neue Leute kennen zu lernen.	1	2	3	4	5
27. mit anderen Jugendlichen über deren Probleme zu reden.	1	2	3	4	5
28. deine Ansichten und Wünsche zu vertreten, auch wenn andere dich zu etwas überreden wollen.	1	2	3	4	5
29. einem Freund etwas anvertrauen.	1	2	3	4	5
30. bei einem Streit nicht nachtragend zu sein, schnell über einen Streit hinweg zu kommen.	1	2	3	4	5
31. bei Jugendlichen, die du noch nicht kennst, gut anzukommen.	1	2	3	4	5
32. einem Freund einen Rat oder einen Tipp zu geben, den derjenige auch annimmt.	1	2	3	4	5
33. deine Meinung bei anderen durchzusetzen.	1	2	3	4	5
34. einem Freund zu erzählen, was du von jemandem hältst, z. B. dass dich jemand nervt oder du jemanden gut findest	1	2	3	4	5
35. dich zusammen zu reißen, wenn du mit jemandem Streit hast.	1	2	3	4	5
36. zu zeigen, dass du kein Langeweiler bist, wenn du andere kennen lernst.	1	2	3	4	5
37. einem Freund oder Mitschüler zuzuhören, wenn er ‚Dampf ablässt'.	1	2	3	4	5
38. zu entscheiden, wo man hingeht oder was man zusammen unternimmt.	1	2	3	4	5
39. deine Meinung über wichtige Sachen zu sagen.	1	2	3	4	5
40. bei einem Streit zuzugeben, dass du im Unrecht bist.	1	2	3	4	5

Übersetzung AICQ Buhrmester, 1990

Hier ist Deine Meinung gefragt!

Name: Datum:



(DEME)

1. Insgesamt haben sich meine Probleme in der letzten Woche:

verschlechtert	nicht verändert	ein wenig gebessert	deutlich gebessert	keine Probleme mehr
-1	0	1	2	3

2. Welches Thema wurde diese Stunde behandelt?

_____

3. Wie hilfreich war die Stunde?

überhaupt nicht hilfreich	1	2	3	4	sehr hilfreich

4. Was war in dieser Stunde hilfreich?

_____

5. Was war weniger hilfreich?

_____

6. Wie war die Gruppenatmosphäre heute?

überhaupt nicht gut	1	2	3	4	sehr gut

7. Wie ist Dir die Umsetzung der Wochenaufgabe gelungen?

überhaupt nicht gut	1	2	3	4	sehr gut

8. Was war schwierig an der Umsetzung?

_____

9. Wie haben Dir die Materialien gefallen?

überhaupt nicht gut	1	2	3	4	sehr gut

9 Lebenslauf

Vor- und Zuname:	Ruth Maiwald, geb. Aretz
Geburtsdatum:	12.11.1975
Geburtsort:	Mönchengladbach
Anschrift:	Uracher Straße 4, 50739 Köln

Schulausbildung

1982 – 1986	Besuch der Grundschule Gierath
1986 – 1995	Besuch des Erasmus-Gymnasiums Grevenbroich, Abschluss: Abitur

Tätigkeiten nach dem Abitur

01.08.1995 – 31.01.1996	Freiwilliges Soziales Jahr in der Robert Janker Fachklinik für Tumorerkrankungen, Bonn
01.02.1996 – 01.08.1996	Praktikum im Heilpädagogischen Kindergarten der Lebenshilfe Neuss

Studium

10/1996 – 04/2002	Studium der Psychologie an der Universität Trier
10/1998	Vordiplom, Gesamtnote „sehr gut“
10/2001	Abschluss der Diplomarbeit: „Differentiating between two subtypes of ADHD using measures of behavioral inhibition, executive functioning and attention“
04/2002	Diplom, Gesamtnote „sehr gut“

Tätigkeiten während des Studiums

18.2.1999 – 1.4.1999 und 12.7.1999 – 26.9.1999	Praktika an der Fachklinik Sylt für chronisch kranke Kinder und Jugendliche
25.02.2000 – 01.09.2000	Praktikum am Westmead Hospital und New Children’s Hospital, Department of Adolescent Medicine, Sydney/Australia, Datenerhebung für die Diplomarbeit
01.11.2000 – 15.07.2002	Freie Mitarbeiterin in einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Trier

01.09.2001 – 31.05.2002	Studentische Hilfskraft am Psychologischen Ambulatorium der Universität Trier

Berufserfahrung und Weiterbildung

01.08.2000 – 15.11.2002	Schwangerschaftsvertretung als Diplom Psychologin in der Fachklinik Sylt für chronisch kranke Kinder und Jugendliche
01.01.2003 – 31.12.2003	Wissenschaftliche Hilfskraft an der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität zu Köln im Rahmen des Präventionsprojekts für expansive Verhaltensstörungen (PEP)
1.1.2003 – 31.06.2008	Stipendiatin der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie am Klinikum der Universität zu Köln
1.1.2004 – 30.11.2005	Anstellung (25,5 Std.) als Diplom Psychologin im Kinderneurologischen Zentrum der Kliniken der Landeshauptstadt Düsseldorf
1.12.2005 – 30.11.2008	Anstellung als Diplom Psychologin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der städtischen Kliniken Köln
03/2008 – 04/2009	Mutterschutz und Elternzeit
10/2003 – 04/2009	Weiterbildung als Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie am AKIP Köln
14.05.2009	Approbation als Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin
Seit 01.05.2009	Wiederaufnahme der Tätigkeit als Diplom Psychologin (50%) in der Kinder- und Jugend-psychiatrie der städtischen Kliniken Köln

Köln, den 3.4.2010 Ruth Maiwald