

Petermann, Franz und Walter, Hans-Jörg

Wirkungsanalyse eines Verhaltenstrainings mit sozial unsicheren, mehrfach beeinträchtigten Kindern

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38 (1989) 4, S. 118-125

urn:nbn:de:bsz-psydok-33357

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- Bittner, C./Göres, H. G./Götting, S./Hermann, J.:* Bewältigungsstrategien von Jugendlichen und ihre Bedeutung für die Beratung (Adolescents Problem Solving Strategies and their Significance for Counseling) 126
- Ehrhardt, K. J.:* Sind Erziehungsberatungsstellen mittelschichtorientiert? Konsequenzen für die psychosoziale Planung (Are Child Guidance Clinics orientated along Middle-Class Standards?) 329
- Gerlicher, K.:* Prävention – erfolgversprechendes Ziel oder illusionäre Aufgabe für die institutionelle Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung? (Prevention – Promising Goal or Illusory Task for the Child, Youth, and Family Counseling?) 53

Familientherapie

- Buchholz, M. B./Kolle, U.:* Familien in der Moderne – Anti-Familie – Familien? (Families Today – Anti-Family-Families?) 42
- Gehring, T. M./Funk, U./Schneider, M.:* Der Familiensystem-Test (FAST): Eine dreidimensionale Methode zur Analyse sozialer Beziehungsstrukturen (The Family System Test (FAST): A Three Dimensional Method to Analyze Social Relationships) 152

Forschungsergebnisse

- Aba, O./Hendrichs, A.:* Die stationäre Klientel einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen (The In-Patients of a Psychiatric Hospital for Children and Adolescents in Hessen) 358
- Brinich, E. B./Drotar, D. D./Brinich, P. M.:* Die Bedeutung der Bindungssicherheit vom Kind zur Mutter für die psychische und physische Entwicklung von gedeihschwachen Kindern (The Relevance of Infant-Mother Attachment Security for the Psychological and Physical Development of Failure-to-thrive Children) 70
- Brumby, A./Steinhausen, H.-C.:* Der Verlauf der Enuresis im Kindes- und Jugendalter (The Course of Enuresis in Childhood and Adolescence) 2
- Ernst, H./Klosinski, G.:* Entwicklung und familiales Umfeld bei zwangsneurotischen Kindern und Jugendlichen: eine Retrospektiv- und Vergleichsstudie (Development of Personality and Family Dynamics of Children and Adolescents Suffering from Compulsive Neurosis) 256
- Hüffner, U./Mayr, T.:* Behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder in bayerischen Regelkindergärten – erste Ergebnisse einer Umfrage (Handicapped Children in Bavarian Preschools/Kindergartens – First Results of a Representative Survey) 34
- Kammerer, E.:* Bewertung stationärer jugendpsychiatrischer Therapie – eine Gegenüberstellung der Urteile von Jugendlichen und Eltern (Parental and Juvenile Satisfaction with Psychiatric Inpatient Treatment – Opinions and Judgements in Contrast) 205
- Mempel, S.:* Therapiemotivation bei Kindern: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung (Children's Motivation for Treatment) 146
- Petermann, F./Walter, H. J.:* Wirkungsanalyse eines Verhaltenstrainings mit sozial unsicheren, mehrfach be-

- einträchtigten Kindern (Effects of a Behavior Training with Social Incompetent Children with multiple Systems) 118
- Ruckgaber, K. H.:* Die Einrichtung von externer psychoanalytischer Supervision in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (How to institute External Psychoanalytical Supervision in an Child-Psychiatric-Clinic) 210
- Saile, H.:* Zur Erfassung des Temperaments bei Kindern (To Assess the Temperament of Infants) 6
- Wisniak, U. V./Posch, C./Kitzler, P.:* Erlebtes Erziehungsverhalten bei juvenilen Diabetikern in der Pubertät (Experienced Parental Rearing Behaviour of Juvenile Diabetic Children) 354
- Zimmermann, W.:* Interventionsorientierte Diagnostik der Aggressivität im Kindesalter (Intervention-oriented Diagnosis of Aggressive Social Behaviour in Childhood) 335

Frühförderung

- Artnner, K./Barthlen-Weis, M./Offenberg, M.:* Intelligenzbeurteilung mit der Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC): Pilotstudie an einer Stichprobe sprachentwicklungsgestörter Kinder (Assessing Cognitive Development with the Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC): A Pilot Study with Speech- and Language-Disordered Children) 299
- Kilian, H.:* Einige Anmerkungen zu Frühförderung und -theapie aus systematischer Sicht (Some Remarks on Early Education from a Systemic Point of View) 277
- Krause, M. P.:* Die „bessere Elternschaft“ – Erziehungshaltung von Müttern behinderter Kinder und deren Bewertung durch Fachleute (The „Better Parenthood“. Educational Attitudes in Mothers of Handicapped Children and their Evaluation by Experts) 283
- Pfeiffer, E. M.:* Bewältigung kindlicher Behinderung (Coping with a Handicapped Child) 288
- Sarimski, K./Deschler, J.:* Grundlegende soziale Kompetenzen bei retardierten Kindern: Probleme der Förderung und Evaluation (Social Skills Training with Retarded Children: Treatment Issues and Evaluation) 293

Praxisberichte

- Hürtner, A./Piske-Keyser, K.:* Das gemeinsame Muster physiologischer und beziehungs-dynamischer Prozesse bei einer langjährigen Enkopresis (The Common Patterns of Physiological and Dynamical Processes of a Chronic Encopresis) 171
- Hummel, P./Biege-Rosenkranz, G.:* Anorexia nervosa in der zweiten Generation? – Eine Fallstudie (Anorexia nervosa in the Second Generation? – A Case Study) 372
- Kilian, H.:* Eine systematische Betrachtung zur Hyperaktivität – Überlegungen und Fallbeispiele (Some Considerations about Hyperactivity from a Systemic Point of View) 90
- Räder, K./Specht, F./Reister, M.:* Anorexia nervosa und Down-Syndrom (Anorexia nervosa and Down's Syndrome) 343

Psychosomatik

- Hirsch, M.:* Körper und Nahrung als Objekte bei Anorexie und Bulimie (Own Body and Food as Representation of Objects in Anorexia and Bulimia) 78

Psychotherapie

- Günter, M./du Bois, R./Kleefeld, H.:* Das Problem rasch wechselnder Ich-Zustände in der stationären Langzeittherapie psychotischer Jugendlicher (The Problem of Rapidly Changing Ego-states in Long Term In-patient Treatment of Psychotic Adolescents) 250
- Herzka, S./Nil, V.:* Gemeinsame Strukturen der Psychotherapie und Bewegungstherapie (Analogies of Psychotherapy and Movement Therapy) 216
- Rohse, H.:* Zwangsneurose und Adoleszenz (Compulsive Neurosis and Adolescence) 241
- Streck-Fischer, A.:* Zwang, Ichorganisation und Behandlungsvorgehen (Compulsion, Organisation of Ego, and Approaches to Treatment) 236
- Süssenbacher, G.:* Die „Hornbärprinzessin“: Anorexie als gelebte Katachrese in der Tochter-Vater-Beziehung – ein Fallbericht (The „Hornbear-Princess“: Anorexia Nervosa as „performed“ Katachresis in Daughter-father Relationship) 164

Übersichten

- Berger, M.:* Klinische Erfahrungen mit späten Müttern und ihrem Wunschkind (Clinical Experiences with Late Mothers and their „Wished for“ Children) 16
- Blesken, K. W.:* Systemisch orientierte Supervision in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Systemically orientated Supervision of Psychotherapy with Children and Adolescents) 322
- Brack, U. B.:* Die Diagnose der mentalen Retardierung von Kindern im Spannungsfeld von Medizin, Psychologie und Pädagogik (The Diagnosis of mental Retardation in Children from a Medical, Psychological and Pedagogical Point of View) 83
- Frey, E.:* Über-Ich und Gewissen. Zum Unterschied der beiden Begriffe und seiner Bedeutung für die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Superego or Conscience. On the Differentiation of both Terms and its Function for the Psychotherapy of Children and Adolescents) 363
- Rothaus, W.:* Die Auswirkungen systemischen Denkens auf das Menschenbild des Therapeuten und seine therapeutische Arbeit (The Consequences of Systemic Thinking on the Therapist's Idea of Man and his Therapeutic Work) 10
- Schlaginhausen, F./Felder, W.:* Sprachliche Form des Columbustests für Sehbehinderte (Langeveld Columbus Test: Adapted for the Testing of Visually Handicapped Children) 133
- Specht, F.:* „Fremdplazierung“ und Selbstbestimmung („Outside Placement“ and Self-Determination) 190
- Steinhausen, H. C.:* Zur Klassifikation und Epidemiologie „psychosomatischer“ Störungen im Kindes- und Jugendalter (On Classification and Epidemiology of „Psychosomatic Disorders“) 195

Tagungsberichte

- „Was heißt Aufarbeiten nationalsozialistischer Vergangenheit?“ – Bericht über die XXIII. Wissenschaftliche Jahrestagung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e. V. 97
- Bericht über das VIII. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 100

- Bericht über die 21. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 8. bis 10. Mai 1989 in München 263

Buchbesprechungen

- Alvin, J.:* Musik und Musiktherapie für behinderte und autistische Kinder 308
- Arens, C./Dzikowski, S. (Hrsg.):* Autismus heute. Bd. 1: Aktuelle Entwicklungen in der Therapie autistischer Kinder 139
- Balint, M.:* Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse 107
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 22 222.
Berner Datenbuch der Pädiatrie. 3. vollst. bearb. u. ergänzte Aufl. 179
- Bierhoff, H. w./Montada, L. (Hrsg.):* Altruismus. Bedingungen der Hilfsbereitschaft 221
- Bodenheimer, A. R.:* Verstehen heißt antworten. Eine Deutungslehre aus Erkenntnissen der Psychotherapie 27
- Brakhoff, J. (Hrsg.):* Kinder von Suchtkranken. Situation, Prävention, Beratung und Therapie 102
- Bürgin, D. (Hrsg.):* Beziehungskrisen in der Adoleszenz 226
- Chasseguet-Smirgel, J.:* Kunst und schöpferische Persönlichkeit – Anwendung der Psychoanalyse auf den außertherapeutischen Bereich 269
- von Cube, F./Storch, V. (Hrsg.):* Umweltpädagogik – Ansätze, Analysen, Ausblicke 227
- Daly, R./Sand, E. A. (Eds.):* Psychological Treatment of mental illness 60
- Erning, G./Neumann, K./Reyer, J. (Hrsg.):* Geschichte des Kindergartens. Bd. 1: Entstehung und Entwicklung der öffentlichen Kleinkindererziehung in Deutschland von den Anfängen bis zur Gegenwart. Bd. 2: Institutionelle Aspekte, systematische Perspektiven, Entwicklungsverläufe 62
- Esser, U.:* Rogers und Adler. Überlegungen zur Abgrenzung und zur Integration 110
- Esser, U./Sander, K. (Hrsg.):* Personenzentrierte Gruppentherapie – therapeutischer Umgang mit der Person in der Gruppe 223
- Flammer, A.:* Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung 379
- Flosdorf, P. (Hrsg.):* Theorie und Praxis stationärer Erziehungshilfe. Bd. 1: Konzepte in Heimen der Jugendhilfe; Bd. 2: Die Gestaltung des Lebensfeldes Heim 182
- Franke, U. (Hrsg.):* Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie 140
- Freedman, A. M./Kaplan, H. I./Sadock, B. J./Peters, U. H. (Hrsg.):* Psychiatrie in Praxis und Klinik. Bd. 3: Neurosen, Bd. 4: Psychosomatische Störungen 179
- Fröhlich, A. D. (Hrsg.):* Kommunikation und Sprache körperbehinderter Kinder 380
- Gerlinghoff, M./Backmund, H./Mai, N.:* Magersucht. Auseinandersetzung mit einer Krankheit 139
- Graf-Nold, A.:* Der Fall Hermine Hug-Hellmuth. Eine Geschichte der frühen Kinder-Psychoanalyse 266
- Gruen, A.:* Der frühe Abschied. Eine Deutung des plötzlichen Kindstodes 305
- Haberkorn, R./Hagemann, U./Seehausen, H. (Hrsg.):* Kindergarten und soziale Dienste 182
- Heckerens, H. P.:* Die zweite Ehe – Wiederheirat nach Scheidung und Verwitwung 312
- Herzog-Bastian, B./Jacobi, V./Moser, P./Schewring, A.:* Straftaten Jugendlicher. Ursachen, Folgen, sozialpädagogische Maßnahmen 377
- Holle, B.:* Die motorische und perzeptuelle Entwicklung des Kindes 180
- Hooper, S. R./Willis, G.:* Learning Disability Subtyping 379

<i>Iben, G.</i> (Hrsg.): Das Dialogische in der Heilpädagogik	313	der Heimerziehung: Ein empirischer Beitrag zum Problem der Indikation	105
<i>Innerhofer, P./Klicpera, C.</i> : Die Welt des frühkindlichen Autismus. Befunde, Analysen, Anstöße	138	<i>Pothmann, R.</i> (Hrsg.): Chronische Schmerzen im Kindesalter	348
<i>Institut für soziale Arbeit e. V.</i> (Hrsg.): Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Zwischen Konkurrenz und Kooperation	307	<i>van Quekelberghe, R.</i> : Anna – eine Lebenslaufanalyse	228
<i>Jäger, R. S.</i> (Hrsg.): Psychologische Diagnostik – Ein Lehrbuch	109	<i>Quindt, H.</i> : Die Zwangsneurose aus psychoanalytischer Sicht	102
<i>Kammerer, E.</i> : Kinderpsychiatrische Aspekte der schweren Hörschädigung	308	<i>Reinhard, H. G.</i> : Formen der Daseinsbewältigung psychisch gestörter Jugendlicher	380
<i>Kast, V.</i> : Familienkonflikte im Märchen	224	<i>Reiter, L./Brunner, E./Reiter-Theil, S.</i> (Hrsg.): Von der Familientherapie zur systematischen Perspektive	311
<i>Kautter, H./Klein, G./Laupheimer, W./Wiegand, H. S.</i> : Das Kind als Akteur seiner Entwicklung. Idee und Praxis der Selbstgestaltung in der Frühförderung entwicklungsverzögerter und entwicklungsgefährdeter Kinder	346	<i>Reiter-Theil, S.</i> : Autonomie und Gerechtigkeit. Das Beispiel der Familientherapie für die therapeutische Ethik	310
<i>Kisker, K. P./Lauter, H./Meyer, J. E./Müller, C./Strömgen, E.</i> (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart; Bd. 7: Kinder- und Jugendpsychiatrie	306	<i>Remschmidt, H./Schmidt, M.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Bd. 1: Grundprobleme, Pathogenese, Diagnostik, Therapie	105
<i>Klockhaus, R./Trapp-Michel, A.</i> : Vandalistisches Verhalten Jugendlicher	378	<i>Remschmidt, H./Schmidt, M.</i> (Hrsg.): Alternative Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	220
<i>Klosinski, G.</i> (Hrsg.): Psychotherapeutische Zugänge zum Kind und Jugendlichen	305	<i>Rerrich, M. S.</i> : Balanceakt Familie. Zwischen alten Leitbildern und neuen Lebensformen	184
<i>Kratz, B.</i> : Freuds Ehrgeiz – seine Lehrer und Vorbilder	304	<i>Rijnaarts, J.</i> : Lots Töchter. Über den Vater-Tochter-Inzest	26
<i>Kübler, H. D./Kuntz, S./Melchers, C.</i> : Angst wegspielen. Mitspieltheater in der Medienerziehung	104	<i>Rosenberger, M.</i> (Hrsg.): Ratgeber gegen Aussonderung	183
<i>Kühne, H. H.</i> (Hrsg.): Berufsrecht für Psychologen	28	<i>Rudolf, G.</i> : Therapieschemata für die Psychiatrie	25
<i>Kutter, P.</i> : Moderne Psychoanalyse	270	<i>Schneider-Henn, K.</i> : Die hungrigen Töchter. Eßstörungen bei jungen Mädchen	25
<i>Lamnek, S.</i> : Qualitative Sozialforschung. Bd. 1: Methodologie	180	<i>Schuhmacher, D.</i> : Sprechen und Sehen	381
<i>Landenberger, G./Trost, R.</i> : Lebenserfahrungen im Erziehungsheim	313	<i>Schwob, P.</i> : Großeltern und Enkelkinder. Zur Familiendynamik der Generationsbeziehung	311
<i>Lempp, R.</i> (Hrsg.): Reifung und Ablösung. Das Generationenproblem und seine psychopathologischen Randformen	61	<i>Speck, O.</i> : System Heilpädagogik – eine ökologisch-reflexive Grundlegung	26
<i>Liedtke, R.</i> : Familiäre Sozialisation und psychosomatische Krankheit. Eine empirische Studie zum elterlichen Erziehungsstil bei psychosomatisch erkrankten Kindern	220	<i>Spiel, G.</i> : Hemisphärendominanz – Lateralität	347
<i>Lohaus, A.</i> : Datenerhebung in der Entwicklungspsychologie	309	<i>Spiel, W./Spiel, G.</i> : Kompendium der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie	60
<i>McDougall, J.</i> : Theater der Seele – Illusion und Wahrheit auf der Bühne der Psychoanalyse	268	<i>Spring, J.</i> : Zu der Angst kommt die Scham. Die Geschichte einer sexuell mißbrauchten Tochter	225
<i>Merkens, L.</i> : Einführung in die historische Entwicklung der Behindertenpädagogik in Deutschland unter integrativen Aspekten	184	<i>Steiner, G.</i> : Lernen. 20 Szenarien aus dem Alltag	109
<i>Merkens, L.</i> : Aggressivität im Kindes- und Jugendalter	378	<i>Steller, M.</i> : Psychophysiologische Aussagebeurteilung. Wissenschaftliche Grundlagen und Anwendungsmöglichkeiten der „Lügendetektion“	103
<i>Merz, M.</i> : Schwangerschaftsabbruch und Beratung bei Jugendlichen – eine klinisch-tiefenpsychologische Untersuchung	225	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das menschliche Schicksal zwischen Individuation und Identifizierung. Ein Psychoanalytischer Versuch	268
<i>Moosmann, H.</i> : Der Kampf um die kindliche Imagination oder Annäherung an des Kind Jesu	61	<i>von Tetzchner, S./Siegel, L./Smith, L.</i> (Eds.): The Social and Cognitive Aspects of Normal and Atypical Language Development	380
<i>Müller-Hohagen, J.</i> : Verleugnet, verdrängt, verschwiegen – Die seelischen Auswirkungen der Nazizeit	228	<i>Thomasius, R.</i> : Lösungsmittelmißbrauch bei Kindern und Jugendlichen. Forschungsstand und praktische Hilfen	349
<i>Mutzek, W./Pallasch, W.</i> (Hrsg.): Integration von Schülern mit Verhaltensstörungen	181	<i>von Trad, P.</i> : Psychosocial Scenarios for Pediatrics	63
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Allgemeine Therapie psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	307	<i>von Uslar, D.</i> : Sein und Deutung. Grundfragen der Psychologie	223
<i>Petermann, F.</i> (Hrsg.): Verhaltensgestörtenpädagogik	28	<i>Volpert, W.</i> : Zaublerlehrlinge. Die gefährliche Liebe zum Computer	349
<i>Petermann, U.</i> : Sozialverhalten bei Grundschulern und Jugendlichen	221	<i>Walper, S.</i> : Familiäre Konsequenzen ökonomischer Deprivation	312
<i>Petermann, F./Petermann, U.</i> : Training mit aggressiven Kindern	110	<i>Watzlawick, P.</i> : Münchhausens Zopf oder Psychotherapie und „Wirklichkeit“	311
<i>Petermann, F./Noeker, M./Bochmann, F./Bode, U./Grabisch, B./Herlan-Criado, H.</i> : Beratung mit krebserkrankten Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse	178	<i>Weiss, T.</i> : Familientherapie ohne Familie	108
<i>Petri, H.</i> : Erziehungsgewalt – Zum Verhältnis von persönlicher und gesellschaftlicher Gewaltausübung in der Erziehung	377	<i>Welsch, U./Wiesner, M.</i> : Lou Andreas-Salome. Vom „Lebensurgrund“ zur Psychoanalyse	267
<i>Pikler, E.</i> : Laßt mir Zeit. Die selbständige Bewegungsentwicklung des Kindes bis zum freien Gehen	348	<i>Wendeler, J.</i> : Psychologie des Down Syndroms	140
<i>Planungsgruppe PETRA</i> : Analyse von Leistungsfeldern		<i>Witte, W.</i> : Einführung in die Rehabilitations-Psychologie	108
		<i>Zöller, D.</i> : Wenn ich mit euch reden könnte . . . Ein autistischer Junge beschreibt sein Leben	381
		Editorial: 276, 322	
		Autoren der Hefte: 25, 58, 101, 137, 178, 219, 266, 304, 346, 376	
		Diskussion/Leserbriefe: 58	
		Tagungskalender: 30, 64, 111, 141, 185, 229, 271, 315, 350, 382	
		Mitteilungen: 30, 65, 112, 142, 186, 231, 272, 316, 351, 382	

Wirkungsanalyse eines Verhaltenstrainings mit sozial unsicheren, mehrfach beeinträchtigten Kindern

Von Franz Petermann und Hans-Jörg Walter

Zusammenfassung

Der Beitrag beschäftigt sich mit sozial unsicheren Kindern der Altersgruppe von 7 bis knapp 14 Jahren. Soziale Unsicherheit wird als Leitsymptom dieser Kinder angesehen, wobei sie gekoppelt mit Schulleistungsproblemen, Konzentrationsproblemen, motorischer Unruhe und Minderwertigkeitsgefühlen auftritt. Über die Verknüpfung oder wechselseitige Verursachung der Symptome, die aufgrund eines Vergleichs von 16 zur Therapie angemeldeter Kinder belegt wurden, liegen keine eindeutigen Annahmen vor. Es wurde das „Training mit sozial unsicheren Kindern“ von *Ulrike* und *Franz Petermann* (1989) durchgeführt und für drei Kinder kurz- und langfristige Effekte geprüft. Die Effekte des Trainings bleiben nicht nur über zwei Jahre stabil (erfaßt durch Verhaltensbeobachtungen und Elterngespräche), sondern darüber hinaus bilden sich die Mehrfachbeeinträchtigungen weitgehend zurück oder die Kinder können sie positiv bewältigen. Das „Training mit sozial unsicheren Kindern“ verändert effektiv und langfristig Verhaltensauffälligkeiten bei mehrfach beeinträchtigten Kindern.

1 Zwei Fallbeispiele zur Einleitung

Lena ist zwölf Jahre alt. Heute morgen kommt sie wieder kaum aus dem Bett. Die Mutter, seit der Scheidung vor drei Jahren alleinerziehend, wird zunehmend sauer. Schlechte Stimmung gibt es oft. Lenas älterer Bruder hält sich weitgehend aus den „Familiengeschichten“ raus. Mißmutig, stumm und mit einer „Sterbensmiene“ sitzt Lena am Frühstückstisch. Essen will sie nicht, hat keinen Hunger. „Vom Nägelkauen wirst du auch nicht satt,“ sagt die Mutter. Lena hat Bauchweh, will lieber zu Hause bleiben, nicht zur Schule gehen. Die Mutter wehrt ab. Jeden Morgen dasselbe Theater. In der Klasse sitzt Lena hinten in der letzten Bank. Sie meldet sich nicht, und wenn sie aufgerufen wird, so spricht sie so leise, daß man sie kaum verstehen kann. In der Pause ist Lena oft allein. Lena hat große Probleme mit den Leistungen. In fast allen Fächern steht sie auf „fünf“, mündlich ist sie kaum zu bewerten.

Gestern ist Lena erwischt worden. Sie hat im Kiosk zwei Kolladosen und Süßigkeiten gestohlen. Sie gesteht, daß sie schon seit einiger Zeit Süßigkeiten und Getränke „für die anderen Kinder“ mitgehen ließ. Abends braucht Lena eine Wärmeflasche. Sie klagt über Schmerzen im Harnleiter, muß dauernd zur Toilette. Das hatte Lena schon häufiger. Eine ärztliche Untersuchung bringt, wie jedes Mal, keinen Befund. Lena ist organisch gesund.

Joachim ist elf Jahre alt und geht zur Sonderschule. Schon immer sei er ein „Eigenbrötler“ gewesen, der lieber allein zu Hause, als draußen mit anderen Kindern spielte. In der Schule saß er wie steif seine Zeit ab, sprach kaum, hatte keinen Kontakt zu den Mitschülern. In allen Dingen war er langsam. Bei Anforderungssituationen zog er sich zurück, versteckte sich hinter der Mutter oder krabbelte unter einen Tisch. Wenn man ihn ansprach, wurde er sofort knallrot, schaute weg, brummte einige leise, unverständliche Worte. Allein ging er nirgendwo hin, irgendwie brachte er es immer wieder fertig, daß die Eltern für ihn einsprangen. Die Mutter hatte sich schon daran gewöhnt, daß sie jeden Morgen das Bett neu beziehen mußte. Joachim näßte und kotete fast jede Nacht ein; wenn er „Streß“ hatte, d. h. wenn er mit Anforderungssituationen konfrontiert wurde, war es besonders schlimm. Von den Mitschülern wird Joachim viel gehänselt. „Daumenlutscher“ und „Fettsack“ rufen sie hinter ihm her. Joachim hatte zeitweise 30 Kilogramm Übergewicht.

Die vorangestellten Fallbeispiele kennzeichnen die von uns gewählte Problematik: Es wurden sozial unsichere (gehemmte, schüchterne, kontaktarme, sozial ängstliche) Kinder beschrieben, die vermutlich durch diese Beeinträchtigungen eine Vielzahl weiterer Probleme entwickelt haben. Zum Zeitpunkt der Kindertherapie zeigt sich ein mehrfach beeinträchtigtes Kind, für dessen Behandlung wir ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Behandlungspaket, das „Training mit sozial unsicheren Kindern“ von *Ulrike* und *Franz Petermann* (1989), empfehlen (vgl. *Walter*, 1986). Im folgenden wollen wir in diesem Kontext zwei Fragen klären:

- (1) Welche Beeinträchtigungen treten bei sozial unsicheren Kindern miteinander gekoppelt auf?
- (2) Gelingt es mit Hilfe eines Verhaltenstrainings sozial unsicheren, mehrfach beeinträchtigten Kindern, erfolgreich und langfristig zu helfen?

Zur Beantwortung der ersten Frage werden wir 16 Fälle summarisch vorstellen und illustrieren, in welcher Form Mehrfachbeeinträchtigungen auftreten. Da Studien zur Genese von Mehrfachbeeinträchtigungen fehlen, können wir nach *Ross & Petermann* (1987) lediglich davon ausgehen, daß bei Störungen im Kindesalter gehäuft bestimmte Verhaltensklassen miteinander auftreten. Es ist damit nicht entschieden, ob z. B. eine Sprachbehinderung soziale Unsicherheit zur Folge hat oder die Kontaktangst (Gehemmtheit) über die „verringerte Sprecherfahrung“ zur Sprachbeeinträchtigung und schlechten Schulleistungen führt. Der Begriff „verbun-

dene Verhaltensklasse“ zwingt uns nicht, eine Entscheidung über Ursache und Folge zu treffen, er gibt uns aber einen Hinweis darauf, daß durch die Veränderung einer Komponente andere sich ebenfalls (positiv) verändern. Ein solcher Optimismus ist gerechtfertigt, da Kinder durch verringerte Verhaltensunsicherheiten neue Erfahrungen sammeln, die zu Kompetenz- und Kontrollerlebnissen führen (vgl. Kendall & Braswell 1982; Seligman, 1986), und sie dadurch ermutigt sind, auch andere Defizite anzugehen.

Dieser Optimismus muß jedoch durch empirische Belege gestützt werden. Unser Vorgehen zeigt zwar deutliche kurzfristige Effekte (ca. 2-3 Monate nach Trainingsende; vgl. U. Petermann, 1984; Petermann & Petermann, 1989; Petermann & Röttgen, 1987), jedoch sind diese Effekte – gerade bei mehrfach beeinträchtigten Kindern – nicht unbedingt langfristig stabil. Es können zudem Symptomverschiebungen auftreten. Wir wollen deshalb für drei der 16 ausgewählten Fälle neben der Indikationsstellung die Effekte während, direkt nach und zwei Jahre nach dem Training darstellen.

2 Beschreibung der untersuchten Kinder

Das Durchschnittsalter der 16 in Tabelle 1 aufgeführten Kinder, davon 14 männlich, beträgt 10,5 Jahre. Das starke Überwiegen der Jungen gegenüber den Mädchen darf nicht als typisch für die Verteilung der Problematik insgesamt angesehen werden (vgl. hierzu Döpfner et al., 1981; Döpfner, 1987; Petermann & Petermann, 1989), sondern hängt mit einem internen Zuweisungsmodus der behandelnden Einrichtung (Beratungsstelle) zusammen.

Alle Kinder wurden als sozial unsichere Kinder nach dem Beobachtungsbogen für sozial unsicheres Verhalten (BSU; U. Petermann, 1987), eingestuft. Bei dem BSU handelt es sich um eine Einschätzliste, auf der positive und auffällige Verhaltensweisen von unsicheren Kindern beurteilt werden. Dieser Beobachtungsbogen wurde im Rahmen einer Längsschnitterhebung an 48 auffälligen Schülern von U. Petermann (1987) systematisch auf seine Aussagekraft hin überprüft.

Tab.1: Zusammenstellung von Mehrfachbeeinträchtigungen bei sozial unsicheren Kindern (N = 16)

Alter in Jahren	Geschl.	Schulleistungsprobleme	Konzentrationsmangel	Motorische Unruhe	Minderwertigkeitsge-danken	Überge-wicht	andere so- Sprach- ziale Auf- störung fälligkeiten	Einnässen, Einkoten	Sonstiges
10	m	×		×					Angeborene Sehschwäche Kopfschmerzen
10	m		×	×					Tics, Vergesslichkeit
10	m	×	×				×	×	Schreibschwäche, aggress. Verhalten zu Hause, Nägelkauen
10	m	×	×				×		Wahrnehmungsschwäche
13	m	×	×		×		×		Motivationsmangel
11	m	×				×		×	Daumenlutschen
11	m	×		×					verminderte Motivationsbereitschaft
9	w	×							Rechtschreibmangel, psychosomatische Beschwerden
7	m	×		×					aggressives Verhalten zu Hause
8	m	×	×	×	×	×		×	aggressives Verhalten in bestimmten Situationen
12	w	×					×		psychosomatische Beschwerden (z. B. Bauchschmerzen)
13	m	×			×	×	×		Kopfschmerzen, Stimmungsschwankungen, Suizidgedanken
9	m	×	×	×	×				Untergewicht, Störungen der Feinmotorik, Nägelkauen
14	m	×	×			×	×		Anpassungsprobleme im Heim
12	m	×	×	×	×		×		Allergische Reaktionen, Kontakt- u. Verhaltensstörungen in der Schule
9	m	×	×		×				Allgemeine Ängstlichkeit, aggressive Reaktionen zu Hause

Die in Tabelle 1 nicht aufgeführten Beeinträchtigungen der Kinder, aus dem Bereich ‚soziale Unsicherheit‘, beinhalten zudem:

- Gehemmtheit,
- mit Konflikten nicht zurechtkommen,
- Verweigerung von Sozialkontakten,
- kein oder wenig Kontakt zu Gleichaltrigen,
- Sprechscheu, Neigung zum Rotwerden,
- soziale Angst und
- Hilflosigkeit in sozialen Situationen.

Die genannten Beeinträchtigungen (vgl. Tab.1) sind unterschiedlich eindeutig und bedürfen einiger Erklärungen. Als „Schulleistungsprobleme“ wurden tatsächliche Leistungsdefizite in einem oder mehreren Fächern angesehen. Neben solchen Leistungsproblemen bestanden bei vielen Kindern auch Verhaltensauffälligkeiten in der Schule.

„Konzentrationsmangel“ bezieht sich auf Aussagen der Eltern (Hausaufgabensituation) und der Lehrer (Schulsituation).

Unter „Sprachstörungen“ wird hier Stottern, Stammeln und Agrammatismus verstanden. Das Problem „Einnässen, Einkoten“ bestand bei mehreren Kindern, bevor sie die Beratungsstelle aufsuchten. Hier wurde nur das aktuell bestehende Problem gewertet. „Motorische Unruhe“ bezieht sich auf Eltern- und Lehreraussagen sowie auf Verhaltensbeobachtungen. Die Rubrik „Übergewicht“ hebt auf extreme Erscheinungsbilder ab.

Fast alle untersuchten Kinder haben Schul- und Schulleistungsprobleme. Es ist ein Zeichen dafür, daß die Problematik sozial unsicherer Kinder erst in der Anforderungssituation der Schule deutlich wird. So leiden mehr als die Hälfte der Kinder unter Konzentrationsmangel, fast genausoviel an motorischer Unruhe. Übergewicht, somatische Beschwerden (vor allem Kopf- und Bauchschmerzen) kommen oft vor. Vermeiden Kinder außerfamiliale Sozialkontakte zu Gleichaltrigen, so sind sie häufig zu Hause unzufrieden, d. h. in ständigem Clinch mit Geschwistern und Eltern. Süßigkeiten und Geld werden gestohlen, um Freunde zu erkaufen und Anerkennung bei den Mitschülern zu erhalten. Etwa 40% der Kinder äußerten Vorstellungen über die eigene Minderwertigkeit, was sich in den meisten Fällen negativ auf die Gesamtstimmungslage auswirkte. Die Kinder fühlen sich wertlos und oft unfähig, auch nur den geringsten sozialen Anforderungen nachzukommen.

3 Kurzbeschreibung des Trainings

Das Vorgehen nach *Ulrike und Franz Petermann* (1989) umfaßt folgende Schritte bzw. Ebenen:

- a) Einzeltraining mit dem Kind (4-6 Stunden),
- b) freie Spielaktivitäten der Kindergruppe (2-4 Stunden),
- c) Gruppentraining mit drei bis vier Kindern (6-10 Stunden),
- d) trainingsbegleitende Elternarbeit bzw. Familienberatung,
- e) Lehrerkontakte (wenn nötig).

Das Training verbindet Verfahren des Rollenspiels mit Ansätzen der kognitiven Verhaltenstherapie und familienbezogenen Interventionen. Das Trainingsziel ist „sozial kompetentes Verhalten“. Der Begriff ‚sozial unsicheres Verhalten‘ wurde gewählt, da er spezifische Verhaltensdefizite, wie zum Beispiel mangelnde Selbstbehauptung, einschließt. Als Motive für sozial unsicheres Verhalten gelten mangelndes Selbstvertrauen und Angst, die sich wie folgt äußern:

- mangelhafte soziale Fertigkeiten,
- undifferenzierte Wahrnehmung,
- Unfähigkeit, Situationen und Verhaltensalternativen zu reflektieren,
- mangelnde Selbstbehauptung,
- mangelnde Selbstkontrolle,
- Angst (Furcht, Schreck),
- Ängstlichkeit,
- Schulangst,
- soziale Angst.

Als wesentliche Sozialisationsbedingung sozial unsicherer Kinder gilt ein inkonsequentes (asynchrones) Erziehungsverhalten der Eltern in bezug auf positive/negative Konsequenzen, welches zu Unkontrollierbarkeitsbedingungen, im Sinne von Verwöhnung bzw. Vernachlässigung, für das Kind führt (vgl. *Seligman*, 1986).

Die folgende Kurzübersicht zum Aufbau des Einzel- und des Gruppentrainings weicht in einigen unwesentlichen Materialien von den vorgegebenen Empfehlungen ab.

Tab. 2: Aufbau des Einzeltrainings mit sozial unsicheren Kindern (Kurzübersicht)

Stunde	Ziele	Vorgehen
1	Bewußtmachen von sozial unsicherem Verhalten	- Therapievertrag - Arbeitsblatt mit sechs Regeln - Autogenes Training - Computersituation + Rollenspiel - Detektivbogen
2	Sensibilisierung der Wahrnehmung für zwischenmenschliche Situationen	- Auswerten/Erstellen des Detektivbogens - Autogenes Training - Computerprogramm, Gesichtsausdrücke
3	Reflexion der Erwartungen an Verhaltensweisen von bestimmten Personen	- Auswerten/Erstellen des Detektivbogens - Autogenes Training - Superman-Spiel - Was-Habe-Ich-Spiel - Verlern-Erlern-Spiel
4	Reflexion a) der Beurteilungskriterien von Sozialverhalten b) von Alternativen zu sozial unsicherem Verhalten	- Auswerten des Detektivbogens - Autogenes Training - Comic-Geschichte + Rollenspiel - individuelles Computerspiel

Tab. 3: Aufbau des Gruppentrainings (Kurzübersicht)

Stunde	Ziele	Vorgehen
1	Positive Gefühle, Freude zeigen	Rollenspiel (Geburtstags-geschenk)
2	Durchsetzen eigener Ansprüche, Erkennen der Ansprüche anderer	Rollenspiel (Hausaufga-ben erfragen)
3	Kontakt aufnehmen können, Kritik annehmen und angemessen verarbeiten	Rollenspiele (Fragen auf der Straße / Deutschauf-satz)
4	Sich angemessen selbstbe-haupten	Rollenspiel, Computer-Si-tuation (ungelegener Be-such, „Hörspiel“)
5	Umgang mit sozialer Her-vorhebung; Gefühle, Mei-nungen, Kritik zeigen	Lob-Tadel-Spiel, Rollen-spiel (Diskutieren mit An-deren), Tonbandfeedback
6	Gefühle, Meinungen, Kri-tik zeigen; sozial kompe-tenes Verhalten insge-samt	Schneckenspiel, Rollen-spiel (Fußballspiel), Vi-deofeedback

Auf die Inhalte der Familiensitzungen wird hier nicht separat eingegangen, sie entsprechen den Empfehlungen von *Ulrike* und *Franz Petermann* (1989).

4 Indikationsstellung und Hypothesen

4.1 Indikationsstellung

Im folgenden werden die Eltern- und Expertenurteile über die behandelten Kinder berichtet, die systematisch (kurz- und langfristig) kontrolliert wurden (vgl. Tab. 1: Kind 1-3). Von diesen Informationen ausgehend und unter Zugrundelegung eines sogenannten „einzelfallanalytischen Ausblendungsversuchsplans“ leiten wir die kind-spezifischen Verlaufshypothesen ab. Die methodischen Hintergründe der Versuchsplanung werden hier nicht speziell erläutert (vgl. dazu *Fichter*, 1979; *F. Petermann*, 1982). Die Befunde zur Indikationsstellung gliedern sich in vier Bereiche:

- Anmeldegrund und Ergebnisse des Erstgesprächs mit den Eltern,
- Zusätzliche Probleme im Sinne der Mehrfachbeeinträchtigung,
- Beobachtungen der Eltern (vgl. BSU),
- Beobachtungen der Psychologen nach dem BSU im Sinne einer durchschnittlichen Auftretenshäufigkeit der Auffälligkeiten vor dem Training.

Für den BSU werden die Kategorien jeweils kurz benannt und die Ausprägung durch einen Zahlenwert angegeben [1 (nicht vorhanden) bis 5 (massiv, ständig vorhanden)].

4.1.1 Kind 1

- Anmeldegrund und Ergebnisse des Elterngesprächs: ängstliches Verhalten, traut sich kaum etwas zu, wenig Kontakt zu Gleichaltrigen, kaum Freunde, Außenseiter in Gruppen Gleichaltriger, geringes Selbstvertrauen.
- Zusätzliche Probleme: angeborene Sehschwäche, Unruhe und Unkonzentriertheit, oft Kopfschmerzen, Schulleistungsstörungen, bedingt durch Konzentrationsmangel und motorische Unruhe.
- Elternurteil nach BSU:

4 Gefühle	: 4
6 Körperausdruck	: 4
8b Aktivitäten wütend beenden	: 5
9a Sozialkontakt: Verweigern	: 5
9d Kein Kontakt zu Freunden	: 4
10b Selbstbehauptung (Ja)	: 2
11 Eigenständige Aktivitäten	: 1
- Gemittelte Expertenurteile nach BSU:

1 Still sein	: 3
5 Gesichtsausdruck	: 4
6 Körperausdruck	: 4.5
7 Bewegungen	: 4
10a Angemessen fordern können	: 2.25
11 Eigenständige Aktivitäten	: 3

4.1.2 Kind 2

- Anmeldegrund und Ergebnisse des Erstgesprächs: mangelnde Konfliktlösefähigkeit, mangelnde Selbstsicherheit, mangelndes Durchsetzungsvermögen im sozialen Bereich, mangelnde Kontaktfähigkeit mit Gleichaltrigen.
- Zusätzliche Probleme: Tics (Kopfschütteln, Augenkneifen, Öffnen des Mundes, manchmal Stottern und Hüsteln), schnelles Abbauen der Konzentration bei den Hausaufgaben, motorische Unruhe, Vergeßlichkeit, Wutanfälle zu Hause.
- Elternurteil nach BSU:

2 Sprechen	: 4
4 Gefühle	: 3
5 Gesichtsausdruck	: 4
10a Angemessen fordern können	: 2
11 Eigenständige Aktivitäten	: 2
- Gemittelte Expertenurteile nach BSU:

2 Sprechen	: 3.25
5 Gesichtsausdruck	: 3
6 Körperausdruck	: 5
7 Bewegungen	: 4
10a Angemessen fordern können	: 2.75

4.1.3 Kind 3

- Anmeldegrund und Ergebnisse des Elterngesprächs: mangelnde Kontaktfähigkeit, mangelndes Selbstbewußtsein, Hemmungen und Ängste im sozialen Bereich, Sprechscheu, Nervosität, Neigung zum Rotwerden.
- Zusätzliche Probleme: Verzögerung in der Sprachentwicklung, Bettnässen, Nägelkauen, Schreibschwäche, grobe Feinmotorik.

c) Elternurteil nach BSU:

4	Gefühle	: 3
6	Körperausdruck	: 4
7	Bewegungen	: 4
8b	Aktivitäten wütend beenden	: 4
9a	Sozialkontakt: Verweigern	: 3
9c	Sozialkontakt: Trennen	: 4
10b	Selbstbehauptung (Ja)	: 2
11	Eigenständige Aktivitäten	: 3

d) Gemittelttes Expertenurteil nach BSU:

1	Still sein	: 4
2	Sprechen	: 4
3	Stottern	: 4
5	Gesichtsausdruck	: 3.75
7	Bewegungen	: 5
8	Tätigkeiten	: 4
10a	Angemessen fordern können	: 1
11	Eigenständige Aktivitäten	: 2.25

4.2 Hypothesen zum Trainingsverlauf

In die Hypothesenableitung gehen neben den ausgeführten Befunden auch die Ergebnisse des Angstfragebogens für Schüler (AfS) von *Wieczerkowski et al.* (1974) ein. Die Annahmen über den Trainingsverlauf werden beschreibend wiedergegeben, um dem Leser weitere kindspezifische Informationen zu vermitteln. Einige methodische Überlegungen, z.B. über die Bedeutung der freien Spielphase (Ausblendphase) können in diesem Rahmen nicht ausgeführt werden (vgl. *Walter*, 1986 a).

4.2.1 Kind 1

Die guten kognitiven Fähigkeiten und die Problemeinsicht bei Kind 1 begünstigen zwar das Training, jedoch werden sich durch seine starke motorische Unruhe und sein geringes Konzentrationsvermögen nur mittelmäßige Effekte im Einzeltraining einstellen. Die angeborene Sehschwäche und der damit verbundene schnelle Abbau der Konzentrationsfähigkeit wird sich besonders im (kognitiven) Einzeltraining bemerkbar machen.

Die Strukturiertheit des Gruppentrainings wird Kind 1 anfangs die nötige Sicherheit geben, sich auf die Gruppensituation einzulassen. Es wird ihm dadurch möglich sein, seine produktiven Fähigkeiten zu entfalten. Da Kind 1 ausreichende Motivation und die notwendigen kognitiven Fähigkeiten besitzt, wird es voraussichtlich im Gruppentraining positive Erfolge und Erlebnisse haben, was zu einer Verstärkung des Selbstwertgefühls führen kann. Es wird erwartet, daß die erzielten Fortschritte auch langfristig stabil bleiben.

4.2.2 Kind 2

Kind 2 bringt sehr gute Lernvoraussetzungen für das Training mit. Es besteht auch eine hohe Motivation zur Mitarbeit, besonders was den Abbau der Tics anbelangt. Allerdings ist vor allem in der Kategorie 2 (Sprechen), 5 (Gesichtsausdruck), 6 (Körperausdruck) und 7 (Bewe-

gungen) mit einem nur langsam sich entwickelndem Erfolg zu rechnen, da es sich um relativ festgelegte Verhaltensweisen handelt.

Im Gruppentraining wird es die erlernten Verhaltensweisen verstärkt einsetzen können. Es wird daher ein Anstieg des kompetenten Verhaltens erwartet, der langfristig stabil bleiben wird.

4.2.3 Kind 3

Da Kind 3 sehr gehemmt ist, große Verzögerungen in der Sprachentwicklung hat und nur bedingt auf die kognitiven Forderungen des Trainings anspricht, wird sich im Einzeltraining kein direkt sichtbarer Fortschritt einstellen. Kind 3 wird für das Verständnis und die Umsetzung der im Einzeltraining zu lernenden Verhaltensweisen viel Übung und Hilfestellung im Gruppengeschehen benötigen. Da Kind 3 zu Hause kaum neues Verhalten einüben kann, wird es die Übungsmöglichkeiten im Gruppentraining nutzen. Es wird so motiviert und in die Lage versetzt, seine Verhaltensweisen zu erproben und neue Verhaltensweisen zu festigen. Ein starker Rückgang der ‚sozial unsicheren‘ Verhaltensweisen ist wahrscheinlich. Dieser wird auch langfristig bei einer zusätzlich erfolgreichen Familienberatung stabil bleiben.

5 Datengewinnung

Die Verlaufskontrolle erfolgte durch systematische Beobachtungen anhand des Kategoriensystems des „Beobachtungsbogen für sozial unsicheres Verhalten“ (BSU). Es wurden für

- das Einzeltraining 16 (20) Messungen,
- die Ausblendphase (= freie Spielphase) 12 Messungen und
- das Gruppentraining 24 Messungen pro Kind

durchgeführt. Die Expertenurteile wurden anhand der Videoaufnahmen des gesamten Trainings erstellt. Jede Trainingssitzung wurde in vier einzelne Beobachtungseinheiten von jeweils sechs Minuten eingeteilt, was die Einbeziehung eines breiteren Spektrums der jeweiligen Trainingsstunde ermöglichte. Es wurden zwei Beurteiler eingesetzt (klinische Psychologin, Medizinstudent im praktischen Jahr), die vorher gründlich in das Kategorienschema und in die Verhaltensbeobachtung eingewiesen wurden, sonst aber nicht am Training teilnahmen.

6 Statistische Auswertung und Interpretation der Ergebnisse

Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe eines multivariaten Kreuzklassifikationsverfahrens nach *Hildebrand et al.* (1977) in einer Modifikation von *F. Petermann* (1982) für die Analyse von Einzelfällen. Das Verfahren versucht unter der Zugrundelegung einer differenzierten Verlaufsstrukturhypothese eine Vorhersage

über die Veränderungen pro Kind zu treffen. Ziel dieser sogenannten „DEL-Analyse“ (Abkürzung für das Vorhersagemäß) ist es, möglichst genaue Vorhersagen zu erstellen. Die kindspezifischen Hypothesen werden dafür in eine Tabelle übertragen und mit den Beobachtungen verglichen. Zur Beurteilung der Übereinstimmung zwischen Vorhersage (Hypothesen) und Beobachtungen liegen einige Kenngrößen vor. Die Ergebnisse dieser Analyse, die in Tabelle 4 verkürzt dargestellt sind, werden für jedes Kind ausführlich interpretiert werden¹.

Tab. 4: Ergebnisse der DEL-Analyse

Kind 1	
Einzeltraining	: DEL = .400
Ausblendphase	: DEL = -.028
Gruppentraining	: DEL = .370
Gesamttrainingseffekt	: DEL = .450 N = 200
Kind 2	
Einzeltraining	: DEL = .516
Ausblendphase	: DEL = -.392
Gruppentraining	: DEL = .589
Gesamttrainingseffekt	: DEL = .657 N = 200
Kind 3	
Einzeltraining	: DEL = .531
Ausblendphase	: DEL = -.025
Gruppentraining	: DEL = .825
Gesamttrainingseffekt	: DEL = .713 N = 200

6.1 Kind 1

Der Effekt des Einzeltrainings hat sich bei Kind 1 stärker ausgewirkt als angenommen, dennoch konnten die Voraussagen bestätigt werden. Die Annahme, daß die Konzentrationsschwäche sich negativ auf das Einzeltraining auswirkt, konnte nicht bestätigt werden. Im Gruppentraining konnte Kind 1 die im Einzeltraining gewonnenen Kompetenzen festigen. Die Voraussagen können nur teilweise bestätigt werden. So kann Kind 1 seine motorische Unruhe im Gruppentraining nicht weiter abbauen, dafür aber, besonders im verbalen Bereich, im Kontakt zu den anderen Kindern seine Kompetenzen erweitern. Der Gesamterfolg kann als gut bezeichnet werden.

6.2 Kind 2

Das Einzeltraining war für Kind 2 der effektivste Teil des Trainings. Mitverantwortlich für den Erfolg im Ein-

zeltraining war sicherlich seine hohe Motivation. Ein weiterer Faktor war das große Interesse des Kindes am Micro-Computer (Walter, 1986a; auch Petermann & Petermann, 1989), was motivationsfördernd für die Mitarbeit war. Innerhalb von nur vier Einzeltrainingsstunden konnte Kind 2, dank seiner starken Selbstkontroll-Fähigkeiten und der intensiven Mitarbeit der Eltern, seine schon über einen sehr langen Zeitraum bestehenden Tics (Kopfschütteln, Grimassieren, Augenblinzeln) abbauen. Ein Abbau der starken körperlichen Unruhe erfolgte nur teilweise. Das Gruppentraining kann als stabilisierend für die im Einzeltraining erworbenen Kompetenzen angesehen werden. Der Gesamterfolg kann als sehr hoch bezeichnet werden. Die Voraussagen haben sich weitgehend bestätigt.

6.3 Kind 3

Die Werte konnten sich im Verlauf des Einzeltrainings etwas verbessern, wobei, wie in den Hypothesen zum Einzeltraining auch angenommen, eine wesentliche Verbesserung nicht eingetreten ist. Die langsame Verbesserung kann durch den sich nur allmählich vollziehenden Beziehungsaufbau im Sinne stärker gewordenen Vertrauens zum Trainer erklärt werden. Trotz seiner vielseitigen Sprach- und Verständnisschwierigkeiten konnte Kind 3 von den Übungen im Einzeltraining profitieren. Erst im Gruppentraining konnte Kind 3 die im Einzeltraining erworbenen Kompetenzen einsetzen und erleben. Kind 3 zeigte von sich aus das stärkste Interesse an den Übungen und deren Durchführungen. Das Kind wurde, trotz seiner im Gruppenschnitt weit unterdurchschnittlichen intellektuellen Fähigkeiten, von den anderen Kindern angenommen. Diese Erfahrung förderte seine Trainingsmitarbeit entscheidend. Der Gesamterfolg ist, verglichen mit Kind 1 und 2, als am höchsten einzuschätzen.

7 Langzeiteffekte

Die Langzeiteffekte wurden zwei Jahre nach Trainingsabschluß im Rahmen eines längeren Familiengesprächs erhoben. In diesem Gespräch berichteten die Eltern darüber, wie sich das Kind in den letzten zwei Jahren entwickelt hatte. Nach diesem nondirektiv geführten Gespräch schätzten die Eltern das aktuelle Verhalten ihres Kindes anhand des BSU ein. Tabelle 5 gibt diese Urteile wieder; in dieser Tabelle sind auch die gemittelten Expertenurteile und die Urteile aufgenommen, die die Eltern acht Wochen nach Trainingsabschluß abgaben. Die Ergebnisse sind eindeutig: das Problemverhalten blieb niedrig ausgeprägt oder trat zwischenzeitlich noch weiter in den Hintergrund, wie bei Kind 2 und 3; das Zielverhalten (Kategorien 10 und 11) stabilisierte sich weiter. Dieses Ergebnis spricht für die optimalen Veränderungsmöglichkeiten bei verbundenen Verhaltensklassen, wie sie einleitend formuliert wurden.

¹ Auf eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse der DEL-Analyse sowie auf die graphischen Darstellungen der Beobachtungen pro Sitzung und Kind wird hier verzichtet. Diese können auf Anfrage beim Ersteller bezogen werden.

Tab. 5: Expertenurteile und Elternurteile vor und nach dem Training [(a) Expertenurteil vor dem Training, (b) Elternurteil acht Wochen nach dem Training, (c) Elternurteil zwei Jahre nach dem Training]

Kategorien des Beobachtungsbogens	Kind 1			Kind 2			Kind 3		
	(a)	(b)	(c)	(a)	(b)	(c)	(a)	(b)	(c)
1 Still sein	3	1	1	-	-	-	-	-	-
2 Sprechen	-	-	-	3.25	2	2	4	3	1
3 Stottern	-	-	-	-	-	-	4	3	1
5 Gesichtsausdruck	4	1	1	3	2	1	-	-	-
6 Körperausdruck	4.5	3	4	5	2	1	-	-	-
7 Bewegungen	4	1	1	4	1	1	5	3	1
10 Sich selbstbehaupten	2.25	3	5	2.75	4	5	1	3	4
11 Eigenständige Aktivitäten unternehmen	-	-	-	-	-	-	2.25	3	4

Die formalen Einschätzungen werden durch die Berichte der Eltern bzw. Familien gestützt, die im folgenden möglichst wortgetreu für die Zeitpunkte vor und zwei Jahre nach dem Training gegenübergestellt werden.

Tab. 6: Verhalten und Beeinträchtigungen vor und zwei Jahre nach dem Training

Zum Zeitpunkt der Anmeldung zum Training	Zwei Jahre nach dem Training	Mangelnde Kontaktfähigkeit zu Gleichaltrigen	Kind 2 komme gut mit Gleichaltrigen zurecht. Die Kontaktfähigkeit habe sich verbessert.
<i>Kind 1:</i>		Tics (Kopfschütteln, Augenkneifen, Öffnen des Mundes, manchmal Stottern und Hüstelsteln)	Seit Trainingsende sei es nicht mehr aufgetreten.
Ängstliches Verhalten, traue sich nicht viel zu	Treffe nicht mehr zu, er fordere sich selbst immer wieder heraus.	Schnelles Abbauen der Konzentration bei den Hausaufgaben	Hier habe Kind 2 noch Schwierigkeiten. Er baue schnell ab, mache ‚dumme‘ Fehler.
Wenig Kontakt zu Gleichaltrigen	Er habe einen ‚festen‘ Freund, mit dem er täglich zusammen sei; viele Kontakte auch innerhalb der Schule.	Motorische Unruhe	Nicht auffällig
Außenseiter in Gruppen Gleichaltriger	Treffe nicht mehr zu	Vergeßlichkeit	Es sei besser, komme jedoch hier und da vor.
Zu wenig Selbstvertrauen	Es sei eher umgekehrt.	Wutanfälle zu Hause	Treten nicht mehr auf
Angeborene Sehschwäche	Er habe vor einem Jahr eine neue Brille bekommen, die um einiges schwächer sei als vorher. Darüber sei er sehr glücklich.	<i>Kind 3:</i>	
Unruhe und Unkonzentriertheit	Er sei weiterhin sehr unruhig, allerdings könne er sich heute viel besser konzentrieren, was sich besonders auf die Noten auswirke.	Mangelnde Kontaktfähigkeit	Das Problem bestehe nicht mehr.
Kopfschmerzen	Bestehen nicht mehr	Mangelndes Selbstbewußtsein	Kind 3 sei viel selbstbewußter als vor zwei Jahren.
Schulleistungsstörungen	Bestehen nicht mehr	Hemmungen und Ängste im sozialen Bereich	Kind 3 habe Hemmungen und Ängste zum größten Teil abgelegt.
		Sprechscheu	Bestehe nicht mehr
		Nervosität	Es habe sich verbessert und sei längst nicht mehr so wie vor zwei Jahren.
		Neigung zum Rotwerden	Komme selten vor
		Verzögerung in der Sprachentwicklung	Kind 3 habe gut aufgeholt, es habe sich sehr verbessert.
		Bettnässen	Komme selten vor, nur dann, wenn er unter starkem Streß stand.
		Nägelkauen	Komme nicht mehr vor
		Schreibschwäche	Hier habe Kind 3 sehr gut aufgeholt.
		Grobe Feinmotorik	Auch hier habe sich Kind 3 stark verbessert.

8 Diskussion

Die Studie konnte Aufschlüsse darüber bringen, in welchen Symptomkonstellationen Mehrfachbeeinträchtigungen bei Kindern auftreten. In mancherlei Hinsicht wird deutlich, daß soziale Unsicherheit in diesem Kontext ein Leitsymptom darstellt, wobei dies nur etwas über die Bedeutung des Phänomens und noch nicht darüber aussagt, ob es ursächlich, begleitend oder als Folge von anderen Beeinträchtigungen auftritt. Es kann lediglich vermutet werden, daß mit zunehmender sozialer Sicherheit sich auch Mehrfachbeeinträchtigungen zurückbilden. Wahrscheinlich werden mit Hilfe des Trainings grundlegende soziale Fertigkeiten vermittelt, mit denen es auch gelingt, bleibende Beeinträchtigungen (wie z. B. Hör- oder Sehschäden) besser zu bewältigen. Man muß sich in diesem Kontext vor Augen halten, daß von den hier berichteten Kindern viele ein umfassendes Sozialverhalten gar nicht erlernen konnten, da sie sich sozialen Situationen weitgehend entzogen. So konnte ein Kind, das Angst hatte vor anderen Menschen zu erbrechen, keine sozialen Fertigkeiten erlernen, weil es nirgendwo hinging, wo fremde Personen sich aufhielten. Während und nach dem Desensibilisieren der „Brechphobie“ mußte das Kind sozial sicheres Verhalten trainieren, um sich in den unterschiedlichen sozialen Situationen zurechtfinden zu können.

Das letztgenannte Beispiel verdeutlicht ein wichtiges Prinzip im Umgang mit einem Interventionspaket: Der Anwender muß es flexibel einsetzen und dabei massiven Mehrfachbeeinträchtigungen einen angemessenen Rahmen einräumen. Als Beispiel seien die Tic-Störungen von Kind 2 genannt, die mit Hilfe des Detektivbogens und eines Tokenprogramms (Punkte, wenn Tic nicht auftritt) erfolgreich angegangen wurden. Besonders die Selbstbeobachtung durch den Detektivbogen hat sich hier in der Praxis bewährt.

Die positiven Befunde durch den Einsatz des Trainings, vor allem seine langfristige Wirkung, befreien uns jedoch nicht von der Verpflichtung, in prospektiven Studien die Zusammenhänge zwischen Verhaltens-, Lern-, Sprach-, Körper- und Sinnesbeeinträchtigungen systematisch zu untersuchen. Ansonsten lassen wir uns zu sehr von der Wirkung eines umfassenden Behandlungspaketes leiten und vernachlässigen es, unser Wissen über Entstehungszusammenhänge komplexer Störungen zu verbessern.

Summary

Effects of a Behavior Training with Social Incompetent Children with Multiple Symptoms

The article reports about social incompetent children in the age from seven to fourteen years. Social incompetence is assumed to be the leading symptom of such children which is linked to problems in school, concentration disorders, physical restlessness and inferiority feelings.

There are no explicit theories about the connections or the reciprocity of occasions between the symptoms which were demonstrated in a comparison between 16 for a therapy announced children. The „Training mit sozial unsicheren Kindern“ by Ulrike and Franz Petermann (1989) was practised and effects were tested in a group of three children over a short and over a long period. The results were stable effects about over two years (measured by behavior assessment and reports of the parents), furthermore there was an improvement in other behavior disorders or in coping with these difficulties. The „Training mit sozial unsicheren Kindern“ changes effectively behavior disorders of children with multiple symptoms over a long period of time.

Literatur

- Döpfner, S. (1987): Soziale Kompetenztrainings bei selbstunsicheren Kindern. In: O. Speck, F. Peterander & P. Innerhofer (Hrsg.): *Kindertherapie*. München: Reinhardt. – Döpfner, S. et al. (1981): Evaluation eines sozialen Kompetenztrainings für selbstunsichere Kinder im Alter von 9–12 Jahren. Ein Therapievergleich. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 9, 233–252. – Fichter, M. (1979): Versuchsplanung experimenteller Einzelfalluntersuchungen in der Psychotherapieforschung. In: F. Petermann, F.-J. Hehl (Hrsg.): *Einzelfallanalyse*. München: Urban und Schwarzenberg. – Hildebrand et al. (1977): Prediction analysis of cross classifications. New York: Wiley. – Kendall, P. C. & Braswell, L. (1982): *Cognitive-Behavioral Self-Control Therapy for Children: A Components Analysis*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50, 672. – Petermann, F. (1982): *Einzelfalldiagnose und klinische Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer. – Petermann, U. (1984): Einzelfallanalytische Effektprüfung bei einem Training mit sozial unsicheren Kindern. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 3, 357–374. – Petermann, U. & Petermann, F. (1989): *Training mit sozial unsicheren Kindern*. München: Psychologie Verlags-Union. – Petermann, U. (1987): *Sozialverhalten bei Grundschulern und Jugendlichen*. Frankfurt: Lang. – Petermann, U. & Röttgen, B. (1987): *Sozial unsichere Kinder – Konzeption und Evaluation eines Behandlungspaketes*. In: Petermann, F. (Hrsg.): *Verhaltensgestörtenpädagogik: Neue Ansätze und ihre Erfolge*. Berlin: Marhold. – Ross, A. O. & Petermann, F. (1987): *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Hippokrates. – Seligman, M. E. P. (1986³): *Erlernte Hilflosigkeit*. München: Urban und Schwarzenberg. – Stefanek, M. E. & R. M. Eisler (1983): The current status of cognitive variables in assertiveness training. In: Hersen, M., R. M. Eisler & P. M. Miller (Eds.): *Progress in behavior modification*. New York: Academic Press. – Walter, H. J. (1986a): *Prozeßanalyse des Trainings mit sozial unsicheren Kindern*. Bonn: Unveröffentlichte Diplomarbeit. – Walter, H. J. (1986b): *Training mit sozial unsicheren Kindern*. Gruppe und Spiel, Heft 4, 22–29. – Wiczerkowski, W., H. Nickel, A. Janowski, B. Fittkau & Rauer, W. (1974): *Angstfragebogen für Schüler (AFS)*. Braunschweig: Westermann.

Ansch. d. Verf.: Prof. Dr. Franz Petermann, Psychologisches Institut der Universität Bonn, Römerstraße 164, 5300 Bonn 1; Dipl.-Psych. Hans-Jörg Walter, Altenrather Straße 63b, 5204 Lohmar 1.