

Peters, Joachim

Systematische Förderung von Selbstsicherheit und Selbstbehauptung bei Heimkindern - Ein Praxisbericht

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30 (1981) 5, S. 182-185

urn:nbn:de:bsz-psydok-28573

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

Nachruf Prof. Dr. med. Hubert Harbauer (Obituary Prof. Dr. med. Hubert Harbauer)	1
Johann Zauner 60 Jahre (Johann Zauner 60 Years) ..	153
Rudolf Adam 60 Jahre (Rudolf Adam 60 Years)	265

Aus Praxis und Forschung

G. Baethge: Kindertherapie oder Familientherapie? (Child Therapy or Family Therapy?)	159
F. Baumgärtel: Die Rolle projektiver Verfahren in der therapieorientierten Diagnostik (The Function of Projective Methods in Therapy-centered Diagnostics) ..	77
E. H. Bottenberg: Persönlichkeitspsychologische Analyse der „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH) (Personality-psychological Analysis of the "Idea of own Helping" (VEH)	124
E. H. Bottenberg: Prosoziales Verhalten bei Kindern: „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH), Persönlichkeitskontext und Dimensionen des elterlichen Erziehungsstiles (Prosocial Behavior in Children: "Idea of own Helping" (VEH), Personality Context, and Dimensions of Parental Child-rearing Style)	137
M. B. Buchholz: Psychoanalyse — Familientherapie — Systemtheorie: Kritische Bemerkungen zur These vom Paradigmawechsel (Psychoanalysis—Family Therapy—System Theory: Critical Remarks upon the Theory Concerning a Change of Paradigm)	48
G. Deegener, Ch. Jacoby u. M. Kläser: Tod des Vaters und seine Bedeutung für die weitere Entwicklung des Kindes: eine retrospektive Studie (Death of the Father and its Importance for the Psychosocial Development of the Children)	205
M. Fuchs: Beziehungsstörungen und Funktionelle Entspannungstherapie (Disturbed Personal Relations and Functional Relation Therapy)	243
U. Gerhardt: Familientherapie — Theoretische Konzeptionen und praktische Wirklichkeit — Ergebnisse einer Umfrage (Family Therapy in Theory and Practice) ..	274
P. Hälgi: Symbolik und Verlauf in der Therapie eines dreizehnjährigen Stotterers mit dem katathymen Bilderleben (Symbolism and Process in a Short Term Therapy of a Male Juvenile Stutterer using the Day Dream Technique of Guided Affective Imagery (GAI))	236
H. Kury u. Th. Deutschbein: Zur Erfassung gesprächstherapeutischer Prozessvariablen anhand von Bandaufzeichnungen (Collecting Data by Tape Recordings on Process Variables in Clientcentered Psychotherapy) ..	2
J. Leistikow: Ein Wechselwirkungsmodell zur Ableitung von Therapieentscheidungen aus diagnostischen Informationen (A Model of Reciprocal Action for Arriving at Therapeutic Decisions on the Basis of Information Obtained in Diagnostics)	118
G. Lischke-Naumann, A. Lorenz-Weiss u. B. Sandock: Das autogene Training in der therapeutischen Kindergruppe (Autogenous Training in Group Psychotherapy with Children)	109
E. Löschenkohl u. G. Erlacher: Kinder an chirurgischen Stationen: Überprüfung eines kognitiv orientierten Interventionsprogrammes zur Reduktion von Verhaltensstörungen (Children in a Surgical Ward: A Cognitive Intervention Program for Reducing Behavioral Disorders)	81
B. Mangold u. W. Obendorf: Bedeutung der familiären Beziehungsdynamik in der Förderungsarbeit und Therapie mit behinderten Kindern (The Significance of the Dynamics of Family Relationships in Regard to Management of Retarded Children)	12

F. Mattejat: Schulphobie: Klinik und Therapie (School Phobia: Clinical and Therapeutic Aspects)	292
U. Rauchfleisch: Alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen der Frustrationsreaktion bei Kindern und Jugendlichen (Age-and Sex-related Changes in the Reaction to Frustration in Children and Adolescents) ..	55
Ch. Reimer u. G. Burzig: Zur Psychoanalytischen Psychologie der Latenzzeit (Some Considerations upon Psychoanalytic Psychology of the Latency Period) ..	33
V. Riegels: Zur Interferenzneigung bei Kindern mit minimaler zerebraler Dysfunktion (MZD) (Interference Tendencies in Children with Minimum Cerebral Dysfunction (MCD))	210
M. Rösler: Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder — Eine Untersuchung an 32 mutistischen Kindern (An Investigation of Neurotic Mutism in Children—Report on a Study of 32 Subjects)	187
J. Rogner u. H. Hoffelner: Differentielle Effekte einer mehrdimensionalen Sprachheilbehandlung (Differentiated Effects of a Multi-dimensional Speech Therapy) ..	195
U. Seidel: Psychodrama und Körperarbeit (Psychodrama and Bodywork)	154
G. H. Seidler: Psycho-soziale Aspekte des Umgangs mit der Diagnose und der intra-familiären Coping-Mechanismen bei Spina bifida- und Hydrocephaluskindern (Psycho-social Aspects of Coping with Diagnosis and of Related Family Dynamics in Families Having Children Afflicted with spina bifida and Hydrocephalus)	39
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik des Gilles de la Tourette-Syndroms (Psychodynamic Considerations in Gilles de la Tourette's Syndrome)	199
H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population: I. Erhebungsmethode und Prävalenzraten (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population: 1. Methodology and Prevalence)	231
A. Stieber-Schmidt: Zur Arbeit im „Realitätsraum“ einer Jugendlichen-Station in einer psychotherapeutischen Klinik (Observations on Adolescent Clinical Psychotherapy)	247
W. Vollmoeller: Zur Problematik von Entwicklungskrisen im Jugendalter (On Problems of the Concept of Juvenile Crisis)	286
H. R. Wohnlich: Die psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Zürich: Krankengut, Organisation und therapeutisches Konzept (Psychosomatic-psychotherapeutic Ward of the Children's Hospital Zürich: Patients, Organisation, Therapeutic Concept)	266

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

H. Budde u. H. Rau: Unterbringung von verhaltensauffälligen Kindern in Pflegefamilien — Erfahrungen bei der Auswahl und Differenzierung im Rahmen eines Pflegeelternprojektes (Selection and Differentiation of Foster Families for Behaviorally Disturbed Children)	165
G. Deegener: Ergebnisse mit dem Preschool Embedded Figures Test bei fünfjährigen deutschen Kindergartenkindern (Results with the Preschool Embedded Figures Test on Five-Year-Old Children)	144
G. Glissen u. K.-J. Kluge: Berufliche Unterstützung und Förderung von Pädagogen in einem Heim für verhaltensauffällige Schüler (Occupational Assistance and Promotion of the Pedagogic Staff in a Home for Behaviorally Disturbed School Children)	174

K.-J. Kluge u. B. Strassburg: Wollen Jugendliche durch Alkoholkonsum Hemmungen ablegen, Kontakte knüpfen bzw. ihre Probleme ertränken? (Alcohol Abuse in Adolescents—A Means of Discarding Inhibitions, of Establishing Contacts, or of Drowning One's Problems)	24	zieherinnen (The Problem of Social Desirability in a Survey of Motives for Choosing the Profession Aspired to with Trainees at Training Colleges for Welfare Workers)	214
K.-J. Kluge: Statt Strafen logische Konsequenzen (Logic Consequences Instead of Punishment)	95	Tagungsberichte	
F. Mattejat u. J. Jungmann: Einübung sozialer Kompetenz (A Group Therapy Program for Developing and Exercising Competent Social Behaviour)	62	H. Remschmidt: Bericht über die 17. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München vom 25.-27.5.1981 (Report of the 17th Scientific Meeting of the German Association for Child and Adolescent Psychiatry in Munich, May 25-27, 1981)	223
L. Merckens: Motivationspsychologische Erwägungen bei der Planung und Durchführung des Unterrichts in der Körperbehindertenschule (Psychological Considerations on Motivation for the Planning and Realization of Teaching in Schools for the Physically Handicapped)	305	G. Wolff u. J. Brix: Bericht über eine Arbeitstagung zum Thema „Psychosoziale Betreuung onkologisch erkrankter Kinder und ihrer Familien“ in Heidelberg vom 3.10.-5.10.1980 (Report on a Workshop on: "Psychosocial Care for Children as Tumor Patients and for Their Families", Heidelberg October 3-5, 1980)	100
I. Milz: Die Bedeutung der Montessori-Pädagogik für die Behandlung von Kindern mit Teilleistungsschwächen (The Significance of the Montessori Teaching Method in the Treatment of Children with Partial Performance Disorders)	298	Kurzmitteilung	
F. Petermann: Eltern- und Erziehertraining für den Umgang mit aggressiven Kindern (Parents and Educator Training with Regard to Aggressive Child's Behavior)	217	A. R. Bodenheimer: Vom Unberuf des Psychiaters (Psychiatrist—the Non-Profession)	103
J. Peters: Systematische Förderung von Selbstsicherheit und Selbstbehauptung bei Heimkindern (Training of Self-reliance and Assertiveness with Orphanage-children)	182	Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)	
R. Rameckers u. W. Wertenbroch: Prophylaxe von Verhaltensauffälligkeiten als Aufgabe von Kindergärten (The Prevention of Inadequate Behaviour in Kindergarten)	70	Affemann, Rudolf: Woran können wir uns halten? — Kompaß durch die Konfliktfelder unserer Zeit — Erfahrungen eines Psychotherapeuten	226
J. R. Schultheis: Verhaltensprobleme im Berufsschulalter unter dem Aspekt der Realitätstherapie (The Significance of Reality Therapy in Regard to Behavior Problems of Adolescents Receiving Vocational Education)	256	Antoch, Robert F.: Von der Kommunikation zur Kooperation. Studien zur individualpsychologischen Theorie und Praxis	227
J. Wienhues: Der Einfluß von Schulunterricht auf die Konzentrationsfähigkeit von Kindern im Krankenhaus (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary School Results from a Questionnaire)	18	Hau, Theodor, R.: Psychoanalytische Perspektiven der Persönlichkeit	107
J. Wienhues: Schulunterricht im Krankenhaus als Kompensations- und Rehabilitationsfaktor (Schoolteaching in the Hospital - a Factor of Compensation and Rehabilitation)	91	Halsey, A. D. (Hrsg.): Vererbung und Umwelt	105
H. Zern: Zum Problem „Sozialer Erwünschtheit“ bei der Erfassung von Berufswahlmotiven angehender Er-		Hellwig, Heilwig: Zur psychoanalytischen Behandlung von schwergestörten Neurosekranken	107
		Hommes, Ulrich (Hrsg.): Es liegt an uns — Gespräche auf der Suche nach Sinn	227
		Kellmer Pringle, Mia: Eine bessere Zukunft für Kinder	105
		Kuhmerker, Lisa, Mentkowski, Marcia u. Erickson, Lois (eds): Zur Evaluation der Wertentwicklung .	106
		Schmidt, Hans Dieter, Richter, Evelyn: Entwicklungswunder Mensch	227
		Mitteilungen (Announcements) 76, 108, 150, 186, 228, 262, 313	

Systematische Förderung von Selbstsicherheit und Selbstbehauptung bei Heimkindern

Ein Praxisbericht

Von Joachim Peters

Zusammenfassung

Die Untersuchung macht es sich zur Aufgabe, ein Selbstsicherheits-Training für Kinder und Jugendliche zu entwickeln, das die therapeutischen Prinzipien des Assertivness-Training-Programms (ATP) für Erwachsene von R. und R. Ullrich auf die Situation junger Menschen transformiert. Vier in einem Kinderheim lebende Sozialwaisen erhielten während des Trainingsprogramms die Gelegenheit, assertives Verhalten im Rollenspiel auszuprobieren und durch wiederholte Übung in den Lebensbereichen Heim, Schule und öffentliches Leben zu festigen. Trotz einiger methodischer Mängel zeigen die empirischen Befunde, daß die Trainingsteilnehmer in den Testsituationen der Nachuntersuchung in gesteigertem Maße selbstsichere Verhaltensbestandteile (Blickkontakt, laute und deutliche Sprache etc.) aufwiesen, und daß sie nach dem Programm von Lehrern und Erziehern als sozial kompetenter eingestuft wurden.

1. Beschaffenheit und Funktionalität selbstsicheren Verhaltens

Zwei kurze Fallbeispiele sollen zur näheren Kennzeichnung der bei einer größeren Anzahl von Menschen auftretenden Defizite in sozialer Kompetenz vorangestellt werden:

Der 15 jährige F. kehrt mittags mit gebeugtem Haupt und sehr betrübter Miene aus der Schule zurück. Auf Fragen, die die Ursachen seiner Verstimmung klären wollen, antwortet er nicht, sondern zieht sich zurück. In einem Telefongespräch informiert der Klassenlehrer F.'s Erzieherin darüber, daß dem Jungen am Morgen in der Schule von seinen Klassenkameraden wieder übel mitgespielt worden sei. Vor allem in den Pausen habe man F. gehänselt und ihn teilweise körperlich attackiert, ohne daß der Junge irgendeine Gegenwehr oder Reaktion gezeigt habe.

M., ein neunjähriges Mädchen, wird öfter von den anderen Kindern ihrer Heimgruppe geärgert und provoziert. Alle wissen: Wenn man M. neckt, dann liefert sie ein „lustiges Schauspiel“. Die Rollen sind dabei folgendermaßen verteilt: Ein Gruppen-Mitglied nähert sich M. mit Drohgebärde, und wenn das noch nicht reicht, wird sie noch etwas gestoßen. Das Mädchen spielt dann seine Rolle immer sehr zuverlässig. Es bricht in lautes Weinen und Schreien aus und läßt sich von den Erziehern nur schwer beruhigen.

Was beide junge Menschen gleichermaßen im negativen Sinne auszeichnet, ist die völlige Unfähigkeit, sich zu verteidigen sowie anderen eigene Gefühle und Bedürfnisse mitzuteilen. Sie sind ohnmächtig in solchen sozialen Situationen, in denen sie angegriffen und kritisiert werden, oder in denen es gilt, die eigenen berechtigten Interessen gegenüber Mit-

menschen durchzusetzen. Ihnen fehlt es an Selbstsicherheit und an sozialer Kompetenz, an Fähigkeiten also, die nach Ullrich de Muyck und Forster (1974, S.352) wie folgt definiert werden:

„Mit dem Begriff der Selbstsicherheit ist eine Fähigkeit eines Individuums gemeint, in Relation zu seiner Umgebung eigene Ansprüche zu stellen und sie auch zu verwirklichen. Dazu gehört also, sich zu erlauben, eigene Ansprüche zu haben (Einstellung zu sich selbst), sich zu trauen, sie zu äußern (soziale Angst, Hemmung), und die Fähigkeit zu besitzen, sie auch durchzusetzen (soziale Fertigkeiten).“

Personen, die diese Assertivität nicht in ausreichendem Maße besitzen, haben einen geringen Freiraum selbstbestimmten Handelns, ja sie können im Extremfall zum Spielball von übelmeinenden Zeitgenossen werden (siehe Fallbeispiele). Außerdem erscheint es plausibel, daß eine Folge mangelnder sozialer Kompetenz geringe Lebensbewältigungschancen sind. Denken wir z.B. an den Schüler, der sich nie zutraut, im Unterricht eine Verständnisfrage zu stellen, und der aufgrund dieser Lücken den Anschluß an das Curriculum und an ausreichende Schulleistungen verliert. Eine weitere Konsequenz mag in einer durch ein beständiges Versagens- und Inkompetenzgefühl vermittelten emotionalen (Selbst-)Unzufriedenheit liegen, die ihrerseits wieder die Wahrscheinlichkeit für psychosomatische Beschwerden erhöhen kann.

Aus alledem ergibt sich, daß Assertivität eine bedeutende Voraussetzung für die erfolgreiche Lebensbewältigung in unserer Gesellschaft darstellt. Von daher ist es nicht nur legitim, sondern auch dringend zu fordern, daß die Erziehung zur Selbstbehauptung ein wichtiges Ziel für jede Sozialisationsinstanz (Familie, Heim, Schule) darstellt.

Im pädagogischen Normalfall ist die Erziehung junger Menschen so beschaffen, daß sie die Entstehung von Selbstvertrauen und Selbstsicherheit ermöglicht und begünstigt. Selbstsicherheitsfördernd wirkt sicherlich eine Umwelt, in der Eltern und Erzieher assertive Modelle darstellen, und in der sozial kompetentes Handeln zu Erfolgen führt und nicht durch negative Konsequenzen unterdrückt wird.

Wie kann man aber nun Menschen helfen, die nicht in einem derartig Assertivitäts-fördernden Erziehungsmilieu herangewachsen sind? Welche therapeutischen Möglichkeiten gibt es, soziale Ohnmacht durch soziale Kompetenz zu ersetzen?

2. Therapie von Selbstunsicherheit und mangelndem Selbstvertrauen

Im angloamerikanischen Raum waren es zunächst Salter (1949) und Wolpe (1972), die ein verhaltenstherapeutisch-

orientiertes Selbstsicherheitstraining für Erwachsene konzipierten. In der Bundesrepublik erschien 1976 das Assertivness-Training-Programm (ATP) von R. und R. Ullrich, das sozialpsychologische, kommunikations- und verhaltenstheoretische Forschungsergebnisse zu einem standardisierten Therapieprogramm für Erwachsene integrierte. In den USA sind die Untersuchungen zu diesem Themenbereich nahezu unüberschaubar geworden. In geringerem Maße hat man sich allerdings bisher mit Kindern als Zielgruppe solcher Therapiebemühungen befaßt. Bekannt geworden sind lediglich drei Untersuchungen, und zwar von Bornstein et al. (1977), von Spence (1978) und von Virgin und Kassimove (1979). Für diese Ansätze gilt, daß bei einer kleinen Gruppe von Kindern bzw. Jugendlichen die Wirksamkeit eines Pakets von therapeutischen Maßnahmen (Instruktion, Feedback, Verhaltensübung im Rollenspiel, Modellvorgabe und Verstärkung) auf den Aufbau assertiver Verhaltensmerkmale mit mittlerem Erfolg nachgewiesen werden konnte.

Diese Vorgehensweisen unterscheiden sich von den therapeutischen Strategien des ATP vor allem dadurch, daß Bornstein et al. sowie Spence mehr die Häufigkeitssteigerung von Hinweisreizen für Assertivität im Verhalten, wie z.B. Blickkontakt, Lautstärke der Stimme etc., im Blickpunkt haben, wogegen es den Ullrich's mehr um die Schulung grundlegender Fähigkeiten geht, die Selbstsicherheit ausmachen, wie z.B. der Fähigkeit, Kritik angemessen äußern zu können.

Die oben konstatierte Prävalenz von Erwachsenen-zentrierter Therapieforschung ist eigentlich wenig verständlich, wenn man bedenkt, daß Kinder in ihrem Verhaltensrepertoire noch formbarer als Erwachsene sind. Außerdem ist es ein therapeutischer Allgemeinplatz, daß man Fehlentwicklungen nie früh genug vorbeugen kann.

Aus den angeführten Gründen scheint die Konzeption von Selbstsicherheits-Trainings für Kinder vordringlich zu sein. Unseres Wissens nach fehlt bisher im deutschen Sprachraum ein empirisch überprüftes Therapie-Programm für nicht-assertive Kinder¹. Die Entwicklung eines solchen Behandlungsprogramms für junge Menschen haben wir uns zur Aufgabe gemacht.

3. Theoretische Einführung

Bei dem hier vorgestellten Trainingsprogramm handelt es sich im wesentlichen um eine Transformation der therapeutischen Strategien des ATP (Ullrich und Ullrich 1976) auf die Situation von Kindern und Jugendlichen. Eine Kind-zentrierte Wandlung erfuhren vor allem die Situationen, in denen assertives Verhalten eingeübt werden sollte (siehe Teil 4). Außerdem wurden unter Berücksichtigung der Anregungen von Booraem et al. (1979) die inhaltlichen Trainingsschwerpunkte erweitert. Die Förderung der Selbstsicherheit bezieht sich in unserem Ansatz auf folgende sieben Hauptgebiete sozialer Kompetenz:

a) sich Fehler erlauben und Kritik ertragen zu können;

- b) Kritik angemessen äußern zu können;
- c) positive Botschaften über sich empfangen zu können;
- d) positive Botschaften senden zu können;
- e) Bitten und Forderungen stellen, sich eigene Wünsche erlauben und sie auch durchsetzen zu können;
- f) unberechtigte Forderungen ablehnen zu können;
- g) Kontakte herstellen und unterhalten zu können.

Die Subziele auf dem Weg zur Erlangung dieser positiven sozialen Handlungsmöglichkeiten sind aus der o. a. Definition des Begriffs 'Selbstsicherheit' abzuleiten. Hier beschreiben Ullrich de Muynck und Forster nämlich die soziale Ohnmacht als ein Syndrom, das sich aus Ängsten und Hemmungen, aus Verhaltensdefiziten und negativen Selbstbildern zusammensetzt. Die Therapie strebt daher an:

- „1. den Abbau handlungsblockierender Ängste und Hemmungen,
- 2. das Neulernen sozialer Fertigkeiten und Strategien und
- 3. die Änderung der Einstellung zu sich selbst.“ (Ullrich, R. und R. 1976, S. 17)

Das Trainingsprogramm umfaßte zwei therapeutische Grundsituationen, in denen diese Ziele verwirklicht werden sollten, nämlich das Rollenspiel im Therapieraum und die Verhaltensanwendung in der Realsituation. Das Rollenspiel hat sich schon häufig als effektives Lernmedium für den Erwerb neuer Erlebens- und Verhaltensweisen erwiesen (z.B. Hartung 1977). Es ist vor allem für Kinder, denen spielerische Betätigung entwicklungspsychologisch nahe liegt, ein ideales Lernfeld. Seine besondere Eignung im Rahmen des ATP, die schon von R. und R. Ullrich unter Beweis gestellt wurde, läßt sich folgendermaßen erklären:

Während der selbstunsichere Mensch in der realen Lebenssituation durch soziale Ängste, durch fehlendes Verhaltensrepertoire und durch antizipierte Mißerfolge seines Bemühens um Assertivität an selbstbehauptenden Reaktionen gehindert wird, findet er im Rollenspiel eine entspannte und nur wenig angsterregende Lernsituation vor. Diese Bedingungen erleichtern ein Experimentieren mit neuem Verhalten. Da diese Versuche in der Rollenspiel-Situation nicht negativ sanktioniert werden, vielmehr durch positive Rückmeldung und Lob Verstärkung finden, können sie langsam Eingang in das Verhaltensrepertoire des Klienten finden. Bei den lernwirksamen Parametern im Rollenspiel handelt es sich um:

- a) das Modellernen (Bandura 1969), das die Verhaltensaneignung (learning) ermöglicht;
- b) die stellvertretende Verstärkung des Modellverhaltens, die zur Nachahmung (performance) motiviert und
- c) die positive Verstärkung der Äußerung von assertivem Verhalten, die das Aktionsrepertoire festigt.

Das Rollenspiel kann natürlich nur die erste Etappe auf dem Weg zu den drei o. a. Therapiezielen bilden. Nur die Anwendung und die wiederholte Übung der eingespielten assertiven Reaktionsweisen in der realen Lebenssituation können zum endgültigen und überdauernden Abbau sozialer Angst und zu einem neuen Kompetenzgefühl (self-efficacy, Bandura 1977) führen.

Um die Umsetzung des im Rollenspiel Gelernten in die Alltagssituation zu erleichtern, müssen beide Bedingungen möglichst gleich gestaltet sein, denn „je ähnlicher die zu

¹ Booraem et al. (1979 veröffentlichten zwar einen Leitfaden für ein Selbstsicherheitstraining für Kinder, ohne allerdings eine theoretische Begründung oder den empirischen Nachweis für die Effektivität der Ratschläge zu liefern.

vergleichenden Situationen dem Individuum erscheinen (Reizgeneralisierung), desto eher neigt es dazu, erfolgreich erlebte Verhaltensmuster auf die neue Situation zu übertragen (Reaktionsgeneralisation)“ (Hartung 1977, S. 43).

4. Versuchspersonen und Methodik

An dem Trainingsprogramm nahmen vier junge Menschen aus einem Iserloher Kinderheim² teil, und zwar ein neunjähriges Mädchen sowie drei Jungen im Alter von 11, 14 und 15 Jahren. Sie fielen in der Heimgruppe vor allem durch einen Mangel an Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz auf (siehe Fallbeispiele). Aus diesem Grund nahmen sie an dem hier beschriebenen Training teil, das sich über sechs Monate und insgesamt 28 Sitzungen erstreckte. Der Programmablauf gliederte sich in folgende Phasen:

Phase A: Erhebung der Baseline (1. Woche, 1 Sitzung)

Phase B: 1. Trainingsphase (2.–9. Woche, 16 Sitzungen)

Phase C: 1. Erfolgsmessung (10. Woche, 1 Sitzung)

Phase D: 2. Trainingsphase (11.–18. Woche, 8 Sitzungen)

Phase E: 2. Erfolgsmessung (19. Woche, 1 Sitzung)

Phase F: Ausblendung der therapeutischen Unterstützung (20.–24. Woche, 3 Sitzungen).

Phase A: Die Baseline-Daten wurden anhand von Verhaltensbeobachtungen und Fragebögen ermittelt. Die Verhaltensbeobachtung und -Registrierung fand in drei Rollenspiel-Situationen statt, in denen die Trainingsteilnehmer (TT) selbstsicheres Verhalten realisieren sollten. Folgende drei Probleme wurden ihnen vorgegeben:

1. Du bist in einer fremden Stadt und willst einen Passanten nach dem Weg zum Bahnhof fragen.
2. In der Schule ärgert dich dein Hintermann im Unterricht. Du mußt dich wehren.
3. Im Gruppengespräch möchtest du ein anderes Kind kritisieren, das dich öfters angreift.

In einer Einschätzungsskala registrierte der Trainingsleiter, ob selbstsichere Hinweisreize in der Körper- und Kopfhaltung, im Blickkontakt, in der Haltung der Hände und Arme sowie in der Stimme des Kindes aufzufinden waren oder nicht (dichotome Verurteilung).

Außerdem wurden zwei Fragebögen zur Erfassung der Selbstsicherheit im Heim und in der Schule entwickelt, welche die zuständigen Heimerzieher und Klassenlehrer der Kinder ausfüllten. Auf einer fünfpoligen Skala hatten die Pädagogen einzustufen, in welchem Ausmaß die TT die unter 3. aufgeführten sozialen Fähigkeiten besaßen.

Phase B: Die Programmstunden der ersten Trainingsphase waren folgendermaßen strukturiert: Den Anfang bildete ein motivierendes und den Gruppenzusammenhalt förderndes Spiel (z.B. „Vertrauenskreis“. Anschließend wurde in drei bis fünf Rollenspielen ein Kompetenzbereich sozialen Handelns erarbeitet, z.B. die Fähigkeit, Bitten und Forderungen zu stellen. Die Problemstellung zu einem auf dieses Thema bezogenen Rollenspiel lautete: „Du möchtest am Spiel deiner Gruppenmitglieder teilnehmen. Was tust du, um diesen Wunsch durchzusetzen?“

² An dieser Stelle sei der Leitung des Heims sowie allen Kindern und Mitarbeitern, die zum Gelingen des Programms beigetragen haben, herzlich gedankt.

Die Problemsituationen zu den sieben Kompetenzbereichen waren von den Lehrern und Gruppen-Erziehern gesammelt worden. Es handelte sich jeweils um Vorgänge, welche die TT erlebt und nicht erfolgreich bestanden hatten. Die Szenen umfaßten die für die Kinder wichtigsten Lebensbereiche, nämlich das Heim, die Schule und das öffentliche Leben (Kaufhäuser, öffentliche Verkehrsmittel etc.)

Nach der Problemdarstellung wurde in einer Gruppen-Diskussion ein angemessenes und selbstsicheres Verhalten herausgearbeitet. Dieses so ermittelte Modellverhalten demonstrierte anschließend ein Vorbild im Rollenspiel mit dem Trainingsleiter. Als Modell fungierte ein 13-jähriger Junge aus dem gleichen Heim.

Anschließend hatte jeder TT die Gelegenheit, das beobachtete Verhalten im Rollenspiel einzuüben. Nach jeder Darbietung reflektierte der Akteur seine Performanz, bekräftigte sich für gute Ansätze (z.B. „Es war gut, daß ich laut gesprochen habe“) und erhielt auch Feedback von den übrigen Teilnehmern sowie vom Trainingsleiter. Bei unzureichender Leistung gab es neue Übungsmöglichkeiten.

Phase C: Nach der ersten Trainingsphase erfolgte die erste Erfolgsmessung, bei der die gleichen Datenerhebungsverfahren wie bei der Ermittlung der Baseline zur Anwendung kamen.

Phase D: Es schlossen sich im zweiten Trainingsabschnitt acht Sitzungen an, in denen der Schwerpunkt vom Rollenspiel auf die Anwendung in der Alltagssituation verschoben wurde. Das im Therapieraum gelernte selbstsichere Verhalten wurde nun vermehrt und gezielt im Heim, in der Schule und in der Öffentlichkeit ausprobiert. So übten die TT z.B. in ihrer Heimgruppe, ein körperlich überlegenes Kind zu kritisieren und auch Kritik von anderen anzunehmen und für sich zu verwerten. Sie übten, in der Schule Verständnisfragen an den Lehrer zu richten, wenn solche vorhanden waren. Schließlich erkundigten sie sich in der Stadt bei Passanten nach bestimmten Zielorten, in Kaufhäusern nach Konsumartikeln und in öffentlichen Verkehrsmitteln nach bestimmten Fahrrouten usw.

Phase E: Nach den Generalisierungsübungen wurden den Lehrern und Erziehern noch einmal die Fragebögen zur Einschätzung der Selbstsicherheit der Kinder vorgelegt, und die TT wurden erneut in den diagnostischen Situationen beobachtet und bewertet.

Phase F: Den vorläufigen Abschluß des Programms bildeten drei auf fünf Wochen verteilte Trainingssitzungen, in denen die therapeutische Hilfestellung langsam ausgeblendet wurde. Gleichzeitig übernahmen die Erzieher der Heimgruppen, in denen die Kinder leben, die therapeutischen Prinzipien des Programms und integrierten sie in ihre pädagogische Arbeit. Somit war die Kontinuität der gezielten Förderung der TT in ihrer natürlichen Lebensumwelt gesichert.

5. Darstellung und Diskussion der Ergebnisse

Bei der Überprüfung möglicher Erfolge der therapeutischen Intervention konnten beim Vergleich der Baseline-Daten mit den Resultaten der ersten Erfolgsmessung signifikante Unterschiede in der Performanz beim Rollenspiel ermittelt werden ($p = 0.05$). Die TT zeigten demnach nach

zehn Wochen in den drei Testsituationen deutlich mehr selbstsichere Verhaltensweisen wie Blickkontakt, deutliche und laute Stimme etc., als vor der Therapie. Die Assertivitätseinschätzungen in der Heimgruppe und in der Schule differierten von der ersten zur zweiten Datenerhebung zwar geringfügig, waren aber nicht statistisch signifikant.

Demgegenüber erbrachte ein Vergleich des Ausgangsniveaus der Programmteilnehmer in Phase A mit dem Fähigkeits- und Fertigniveau nach 24 Stunden Trainingsstunden in Phase E in allen drei Bereichen statistisch gesicherte Erfolge. Den Heimkindern gelang nicht nur ein assertiveres Rollenspiel in den drei Testsituationen gemessen anhand selbstsicherer Verhaltensbestandteile ($p = 0.01$), sie wurden auch von den Klassenlehrern und von den Heimerziehern in den entsprechenden Fragebögen hinsichtlich der sieben sozialen Kompetenzen deutlich höher eingestuft als bei der ersten Datenerhebung in Phase A ($p = 0.05$). Ein Vergleich der Daten der ersten mit denen der zweiten Erfolgsmessung erbrachte keine signifikanten Diskrepanzen.

Legt man diese statistischen Ergebnisse zugrunde, so kann man die Schlußfolgerung ziehen, daß das Trainingsprogramm den vier Heimkindern einen deutlichen Zuwachs an sozialer Kompetenz erbracht hat. Die Erfolge wurden nicht nur im Rollenspiel, als in der künstlerischen Therapiesituation, sondern auch in der Alltagsrealität, nämlich im Heim und in der Schule, sichtbar. Allerdings konnte die Generalisierung des assertiven Verhaltens auf den normalen Lebensbereich erst durch das ‚real life – Training‘ in Phase D gesichert werden.

Bei einer methodenkritischen Beleuchtung der Untersuchungsergebnisse fallen sicher mehrere, den Erfolg relativierende experimentalpsychologische Mängel auf, wie z.B. die fehlende Kontrolle des *Rosenthal*-Effektes, die mangelnde Objektivität der durch eine einzelne Person erhobenen Beobachtungsdaten, die ungeprüfte Reliabilität und Validität der Fragebögen etc. Eine Kontrolle dieser Fehlerquellen ist dem Praktiker, der eine Zeitlang in die Rolle des Forschers schlüpfen will, allein schon aus zeitlichen und personellen Gründen nicht möglich. Dennoch sind wir uns der Wirksamkeit der o.a. statistischen, sondern auch aufgrund einer phänomenologischen Signifikanz. Einige anekdotische Beispiele sollen dies verdeutlichen:

B. folgte früher jeder auch noch so unbequemen Anordnung, die ein körperlich überlegenes Gruppenmitglied traf. Eines Tages wehrte er sich aber mit folgenden Worten: „Nein, ich tue das nicht, ich habe vor dir keine Angst mehr!“

M., die früher auf körperliche Angriffe mit Weinen und Schreien reagierte, äußerte bei einer Attacke energisch: „Laß das sein, es tut mir weh, wenn du mich stößt.“

Der Versuch, die Prinzipien des ATP von R. und R. Ullrich auf die Situation von (Heim-) Kindern und Jugendlichen zu übertragen, hat also erste positive Resultate erbracht. Wie Erwachsenen gelingt es auch Kindern, im Rollenspiel selbstsicheres Verhalten einzuüben, durch wiederholte Praxis in

der Alltagssituation im Verhaltensrepertoire zu stabilisieren und soziale Ängste durch ein neues Kompetenzgefühl zu ersetzen.

Über das Ausmaß der Wirksamkeit einzelner Variablen des Trainingspakets (Modellernen, Verhaltensübung, Feedback, Lernen am Erfolg) liefert diese Untersuchung keinen Aufschluß. Hier wie auch in der Standardisierung eines ATP für Kinder und Jugendliche liegen weitere Forschungsmöglichkeiten.

Summary

Training of Self-reliance and Assertiveness with Orphanage-children: A Practice Report

The study had the intention to conceptualize an assertiveness training for children and adolescents which transforms the therapeutical principles of the ATP for adult people (R. and R. Ullrich) to the situation of young people. Four „Sozialwaisen“ living in an orphanage had during training the opportunity to experiment with assertive behavior and to consolidate their repertory while practicing it repeatedly in orphanage, in school and in public. In spite of some methodological problems results show that the children realized more assertive cues in their behaviour in test situations after training and that educators and teachers rated them more social competent than previously.

Literatur

- Bandura, A.: Principles of behavior modification. New York, Holt, Rinehart und Winston 1969. – Ders.: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 1977, 84, 191–215. – Booraem, C. et al.: Mein Kind weiß sich zu helfen. München, Pfeiffer 1979. – Bornstein, W.R., Bellack, A.S. und Hersen, M.: Social-skills training for unassertive children: A multiple-baseline analysis. *Journal of applied behavior analysis*, 1977, 10, 183–195. – Hartung, J.: Verhaltensänderung durch Rollenspiel. Düsseldorf, Schwann 1977. – Salter, A.: Conditioned reflex therapy. New York, Capricorn 1949. – Spence, S.H.: Social skills training with adolescent male offenders: Short term effects. *Behavior Research and Therapy*, 1979, 17, 7–16. – Ullrich, R.: und R.: Das Assertiveness-Training- Programm ATP: Einüben von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz. München, Pfeiffer 1976. – Ullrich de Muynck, R. und Forster, T.: Selbstsicherheitstraining. In: Kraiker, C. (Hrsg.), *Handbuch der Verhaltenstherapie*. München, Kindler 1974. – Van Hasselt, V.B. et al.: Social skill assessment and training for children: An evaluative review. *Behavior Research and Therapy*, 1979, 17, 413–437. – Virgin, D. and Kassimove, H.: Effects of behavior rehearsal, audiotaped observation, and intelligence on assertiveness and adjustment in third-grade children. *Psychology in the Schools*, 1979, 16, 422–429. – Wolpe, J.: *Praxis der Verhaltenstherapie*. Bern - Stuttgart - Wien, Huber 1972.

Anschr. d. Verf.: Joachim Peters, Kath. Kinderheim, Sporenstr. 19, 5860 Iserlohn.