



universität
wien

Diplomarbeit

Soziale Kompetenz bei Jugendlichen:
Auswirkungen eines Selbstsicherheitstrainings

Teresa Fenz

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im November 2009

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Dr. Birgit U. Stetina

Danksagung und Widmung

Die Diplomarbeit möchte ich gerne meinem verstorbenen Großvater Dr. Franz Hillinger widmen. Durch seinen Beruf als Psychologe hat er meine Studienwahl verstärkt und positiv beeinflusst. Dafür möchte ich ihm von Herzen danken und mit Würde in seine Fußstapfen treten.

Danken möchte ich außerdem meiner Familie und meinen Freunden für die Unterstützung, die sie mir (nicht nur) in der Zeit des Diplomarbeitsschreibens gegeben haben.

Besonders hervorheben möchte ich meinen Freund Armin, der mir zu jeder Zeit zur Seite steht und mich liebevoll unterstützt. Seine unendliche Geduld ist Gold wert.

Inniger Dank gilt auch meiner Mama, die immer ein offenes Ohr für meine Anliegen hat, was auf meinem Lebensweg enorm wichtig für mich ist.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG.....	1
2	PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG	3
2.1	<i>Definition und Begriffsabklärung</i>	5
2.2	<i>Primärpräventive Maßnahmen und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen.....</i>	9
2.2.1	Außerfamiliäre primärpräventive Maßnahmen und Gesundheitsförderung	9
2.2.2	Familienzentrierte primärpräventive Maßnahmen und Gesundheitsförderung.....	15
3	SOZIALE KOMPETENZ, SELBSTKONZEPT UND SELBSTSICHERHEIT	19
3.1	<i>Definition und Begriffsabgrenzung</i>	19
3.1.1	Soziale Kompetenz.....	19
3.1.1.1	Das Fehlen von sozialen Kompetenzen	30
3.1.2	Selbstkonzept.....	32
3.1.3	Selbstsicherheit, Selbstwert.....	34
3.2	<i>Trainingsprogramme zur Förderung sozialer Kompetenzen.....</i>	35
3.2.1	Multiprofessionelle tiergestützte Intervention (MTI).....	36
3.2.2	Wiener soziales Kompetenztraining (WiSK).....	38
3.2.3	Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)	40
3.3	<i>Neue Medien</i>	42
4	SKY: SELBSTSICHER, KOMPETENT-FOR THE YOUTH	46
4.1	<i>Projektvorstellung</i>	46
4.2	<i>Durchführung.....</i>	47
4.3	<i>Ziele des Projektes und der Diplomarbeit.....</i>	48
5	METHODE DER UNTERSUCHUNG	50
5.1	<i>Untersuchungsinstrumente</i>	50
5.1.1	FSKN: Frankfurter Selbstkonzeptskalen	50
5.1.2	SEE: Skalen zum Erleben von Emotionen	51
5.1.3	ROPELOC: Review of Personal Effectiveness with Locus of Control.....	52
5.1.4	Fragebogen zur Lebensorientierung	53

5.2	<i>Stichprobe</i>	53
5.3	<i>Fragestellungen und Hypothesen</i>	54
5.4	<i>Verwendete statistische Verfahren</i>	58
6	ERGEBNISSE	60
6.1	<i>Stichprobenmerkmale</i>	60
6.2	<i>Ergebnisse der FSKN</i>	65
6.3	<i>Ergebnisse der SEE</i>	81
6.4	<i>Ergebnisse zum Ropeloc</i>	93
6.5	<i>Ergebnisse des FBLO</i>	113
7	INTERPRETATION UND DISKUSSION	121
7.1	<i>Interpretation der Ergebnisse der FSKN</i>	121
7.2	<i>Interpretation der Ergebnisse der SEE</i>	123
7.3	<i>Interpretation der Ergebnisse zum Ropeloc</i>	126
7.4	<i>Interpretation der Ergebnisse zum FBLO</i>	128
7.5	<i>Zusammenfassung der Ergebnisse</i>	130
8	KRITIK UND AUSBLICK	131
9	ZUSAMMENFASSUNG	133
10	ABSTRACTS	137
11	LITERATURVERZEICHNIS	139
12	TABELLENVERZEICHNIS	149
13	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	153
14	ANHANG A	155

Ich habe mich dazu entschieden in der vorliegenden Diplomarbeit nur die männliche Form bei Personen zu verwenden, um einen besseren Lesefluss zu gewährleisten. Ich bitte alle Leserinnen, dies zu entschuldigen.

1 EINLEITUNG

Eine wesentliche Aufgabe unserer Gesellschaft stellt die Förderung psychischer und körperlicher Gesundheit von Jugendlichen dar. Allerdings wird dem psychischen Aspekt vielfach noch wenig Aufmerksamkeit geschenkt, während beispielsweise kinderärztliche Untersuchungen, zum Erhalt des körperlichen Wohlbefindens, regelmäßig durchgeführt werden. Da aber Kinder und Jugendliche einen Anteil der psychisch Erkrankten von bis zu 20 Prozent ausmachen, liegt es nahe, dass Fördermaßnahmen auch in dieser Altersgruppe durchgeführt werden müssen (Petermann, Koglin, Natzke & von Marées, 2007).

In der vorliegenden Diplomarbeit wird das Augenmerk auf die Förderung sozialer Kompetenz bei Jugendlichen gelegt, da diese heutzutage einen wesentlichen Aspekt in deren Entwicklung darstellt. Durch die veränderten Bedingungen des Aufwachsens ist ein kompetentes Verhalten der Jugendlichen Voraussetzung für ein erfolgreiches Älterwerden, da diesen in vielerlei Hinsicht (Freizeit, Beruf) erhöhte Selbstverantwortung und Selbstentscheidung zugeschrieben wird (Hurrelmann, 2008). Das Fehlen sozialer Kompetenz hat auf verschiedenen Ebenen Einbußen zur Folge. Beispielsweise leidet durch inkompetentes Verhalten die Qualität der Gleichaltrigenbeziehungen, was wiederum ein negatives emotionales Befinden der Jugendlichen zur Folge hat (Perren, Groeben, Stadelmann & von Klitzing, 2008). Außerdem sind soziale Kompetenzen Voraussetzung im weiteren Berufsleben bei Erwachsenen und gelten als „Schlüssel zum Erfolg“, da Arbeit heutzutage als „soziales System“ gesehen wird. Dieses besteht aus Menschen mit individuellen Kompetenzen, von deren Denken und Handeln die Fortentwicklung der Organisation abhängig ist (Ahlborn, 2004). Aufgrund dieser Aspekte ist es notwendig, die sozialen Kompetenzen schon im Jugendalter präventiv zu fördern und zu stärken.

Ziel der vorliegenden Diplomarbeit ist es, ein „offline“ (also face-to-face) Selbstsicherheitstraining für junge Erwachsene an mehreren Schulen auf mögliche Erfolge hin zu überprüfen. Im zweiten Kapitel wird auf die Wichtigkeit von präventiver und gesundheitsfördernder Arbeit hingewiesen und es werden bereits erfolgreiche Maßnahmen bei Jugendlichen vorgestellt, die sowohl außer- wie auch innerfamiliär durchgeführt werden (siehe Abschnitt 2.2.1 und 2.2.2). Außerdem werden die beiden Begriffe genau definiert (Abschnitt 2.1) und kritisch betrachtet. Der Schwerpunkt im darauf folgenden Kapitel 3 liegt bei der Begriffsabklärung von sozialer Kompetenz, Selbstkonzept und Selbstsicherheit. Verschiedene Definitionen werden gegenübergestellt und miteinander verglichen. Des

Weiteren werden bestehende Kompetenztrainings vorgestellt (Abschnitt 3.2). Da auch das neue Kommunikationsmittel „Internet“ nicht außer Acht gelassen werden darf, beschäftigt sich der Abschnitt 3.3, mit sozialen Kompetenzen im Internet. Die genaue Vorstellung des Selbstsicherheitstrainings und die Erklärung der Einbettung in das Projekt „SKY“ wird in nächsten Kapitel (4) vorgestellt. Der Fokus liegt dabei auf der Projektvorstellung (4.1), der Durchführung (4.2) und den genauen Zielen des Projektes und somit der Diplomarbeit (4.3). In Kapitel 5 wird die Methode der Untersuchung genau beschrieben. Dabei werden die Hypothesen erläutert, die Stichprobe vorgestellt, die Untersuchungsinstrumente dargeboten, sowie das Untersuchungsdesign und die Auswertungsmethoden dargelegt (Abschnitte 5.1 – 5.6). Anschließend werden die Ergebnisse in Kapitel 6 kritisch betrachtet und veranschaulicht dargestellt. Des Weiteren folgt eine Interpretation und Diskussion aller relevanten Ergebnisse im nächsten Kapitel (7). Den Abschluss der Arbeit bilden die letzten Kapitel 8 und 9, worin eine kritische Betrachtung der Diplomarbeit erfolgt und eine Zusammenfassung derselbigen gegeben wird.

2 PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Aufgrund dessen, dass sich der Begriff „Prävention“ auf so viele verschiedene Disziplinen anwenden lässt (Psychologie, Medizin, Soziologie), herrscht immer noch eine gewisse Unschärfe und Uneinheitlichkeit bei dessen Verwendung (Schmitt 2008 zitiert nach Flösser, 1995). Oft gehen die Meinungen stark auseinander, wenn man wissen will, was mit Prävention wirklich gemeint ist, selbst wenn die gefragt werden, die die herkömmlichen Definitionen kritisieren (Schmitt, 2008). Betrachtet man die Geschichte der Prävention, so findet man den Ursprung des Begriffes in der Medizin, wo er im 19. und 20. Jahrhundert erstmals verwendet worden ist. Da herkömmliche Mittel gegen Seuchen und Infektionskrankheiten versagt haben, hat man versucht diesen mittels Verhaltensänderungen (eine Methode der Prävention, die weiter unten im Text noch genauer erklärt wird), wie beispielsweise das Unterlassen von öffentlichem Spucken (um Tuberkuloseerkrankungen vorzubeugen), entgegenzuwirken. Die Maßnahme der Verhaltensänderung findet bis in die heutige Zeit Zuspruch, wenn man zum Beispiel der Prävention von HIV Erkrankungen seine Aufmerksamkeit schenkt, bei der es viele Kampagnen zur Verwendung von Verhütungsmitteln gibt.

In der Psychologie finden präventive Konzepte immer mehr an Gefallen, obwohl bisher eher auf der Ebene der Einzelfallbetreuung gearbeitet worden ist. Die Tatsache, dass die Anzahl chronisch psychisch Kranker stetig steigt und damit auch eine finanzielle Belastung des Gesundheitswesens die Konsequenz ist, möchte man versuchen, Krankheiten schon vor der Entstehung, beziehungsweise Langzeitfolgen derer zu verhindern (Papadakis, o.A.). Manns und Schultze (2004 zitiert nach Caplan, 1964) sind der Ansicht dass spätestens mit den Aussagen von Caplan („ein wenig Prävention ist effektiver für die Erhaltung psychischer Stabilität, als zeitlich aufwändige und kostenträchtige Psychotherapie“ (S. 13)) Prävention Eingang in die Klinische Psychologie erhalten hat. Laut Manns & Schultze (2004) will „Prävention Bedingungen für viele schaffen, damit sie sich in ihrem alltäglichen Leben besser zurechtfinden, soziale Unterstützung gewinnen, ihren Familienzusammenhang ordnen und berufliche Chancen nutzen können“ (S. 13). Mithilfe Gleichgesinnter soll der Umgang mit Problemen, Krisen und Konflikten gelernt werden um in weiterer Folge zu gewährleisten, dass mit Belastungen besser umgegangen werden kann, sodass es zu keinen emotionalen und behavioralen Ausnahmeständen kommt, die mit Therapie behandelt werden müssen.

Des Weiteren stellt es sich als besonders schwierig dar, Gesundheitsförderung von Prävention definitionsgemäß abzugrenzen. Laut Hurrelmann (2006) sind die beiden Begriffe sich ergänzende Strategien, die zum Ziel haben, Gesundheit zu stärken und Risikofaktoren zu minimieren. Somit gehören diese Begriffe dem multidisziplinären Forschungsfeld „Gesundheit“ an und können als idealtypisches Bedeutungsschema verstanden werden (Jungbauer-Gans & Hackauf, 2007).

Peternell-Mölzer (2008) sieht Prävention und Gesundheitsförderung allerdings als zwei unterschiedliche Disziplinen an. Prävention hat das Risikofaktorenmodell zu Grunde und setzt bei spezifischen Krankheiten oder Störungen an. Außerdem möchte Prävention Risiken minimieren oder gänzlich ausschalten. Das Risikofaktorenmodell beschreibt den statistischen Zusammenhang zwischen Risikofaktoren und Krankheit. Je mehr Faktoren vorhanden sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit eine Krankheit zu bekommen, was allerdings oftmals zu Furcht oder Uneinsichtigkeit führt („Wie wahrscheinlich ist die Wahrscheinlichkeit“). Gesundheitsförderung hingegen setzt bei Schutzfaktoren, also Ressourcen, an und will, wie der Name schon sagt, die Gesundheit fördern. Dieser Begriff baut auf dem Salutogenesemodell auf. Dieses Modell ist von Antonovsky (1979) konzipiert worden und beschäftigt sich mit der Frage, was Menschen gesund hält. Die Grundannahmen sind, dass Menschen nicht entweder gesund oder krank, sondern mehr oder weniger gesund und mehr oder weniger krank sind. Selbst wenn sich jemand völlig gesund fühlt, sind trotzdem kranke Anteile vorhanden und solange Menschen am Leben sind, gibt es auch gesunde Teile im Körper. Ein wesentlicher Aspekt des Modells ist, dass es von der Grundhaltung des Menschen gegenüber der Umwelt und ihm selbst abhängt, das heißt, wie gut vorhandene Ressourcen zum Erhalt der Gesundheit und des Wohlbefindens genutzt werden. Diese Grundhaltung wird als Kohärenzgefühl (SOC: sense of coherence) bezeichnet. Dieses Gefühl hängt wesentlich von den Faktoren „Verstehbarkeit“ (darunter versteht man die Fähigkeit, bekannte, aber auch unbekannte Stimuli als konsistente, geordnete und strukturierte Information zu verarbeiten), „Handhabbarkeit“ (bezeichnet die Überzeugung, dass geeignete Ressourcen zur Verfügung stehen um den Anforderungen des Lebens gerecht zu werden) und „Sinnhaftigkeit“ beziehungsweise „Bedeutsamkeit“ (beschreibt, wie sehr man das Leben als emotional sinnvoll empfindet) ab. Außerdem werden Stressoren und Spannungszustände beschrieben, die dazu führen, dass das Individuum diese bewältigen muss, wozu es generalisierte Widerstandsressourcen gibt, die individueller, sozialer und kultureller Natur sein können. Im folgenden Abschnitt 2.1. werden die beiden Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung genau definiert und eine kritische Betrachtung derer gegeben.

Außerdem wird auf die Möglichkeiten zur Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter in Abschnitt 2.2. eingegangen.

2.1 Definition und Begriffsabklärung

Eine Möglichkeit den Begriff „Prävention“, der von dem lateinischen Wort *praevenire*, was soviel wie Zuvorkommen, beziehungsweise Vorbeugen heißt, stammt, zu definieren, sieht wie folgt aus: „Prävention bezeichnet jede Handlung, welche vorausschauend einen drohenden Schaden verhindern soll“ (Sommer, 2001). Um dies geltend zu machen, müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Ein unerwünschtes Ereignis muss mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit vorhersehbar sein,
2. Maßnahmen, um es abzuwenden, müssen zur Verfügung stehen (Sommer, 2001).

Einen weiteren, weit verbreiteten, Ansatz zur Präventionsdefinition stellt die Einteilung in „primäre, sekundäre und tertiäre Prävention“ dar (Caplan, 1964). Die *primäre Prävention* hat sich zur Aufgabe gemacht, das Auftreten von Erkrankungen zu verhindern. Dabei werden Konzepte, Programme und Maßnahmen verwendet, die die Sicherung der Gesundheit gewährleisten und die Verhütung von Krankheiten als Ziel haben. Daraus kann geschlossen werden, dass durch primäre Vorbeugung die Häufigkeit von Neuerkrankungen in der Population gesenkt wird. Die Definition beinhaltet, dass zwischen unspezifischen Maßnahmen, zu denen beispielsweise die Verbesserung der Umwelthygiene zählt, und spezifischen Maßnahmen, die auf individuellen Verhaltensmustern basieren, unterschieden wird. Zu letzteren werden vor allem protektive Faktoren, so genannte Schutzfaktoren, gezählt, die aus Wissen, Einstellungen und förderlichen Verhaltensweisen bestehen, die durch die Art der Vorbeugung gestärkt und erweitert werden sollen. In diesem Zusammenhang spielt auch die Resilienz, also wie man mit Krankheiten und Lebenskrisen fertig wird, eine große Rolle, da die primäre Prävention diese ebenso fördern soll. (Buser, Schneller & Wildgruber, 2003). Laut Manns und Schultze (2004) ist die beste und effektivste Prävention für Kinder eine überlegte und zielbestimmte Erziehung, da sie kontinuierlich erfolgt, was aber von vielen Familien heutzutage nur mehr schwer umsetzbar ist, da den Eltern oft selbst die notwendigen Bewältigungsstrategien fehlen. Die Gründe, warum Schwierigkeiten bei elterlicher Prävention auftreten können, werden in Abschnitt 2.2.2 genauer dargeboten. Oftmals übernehmen dann statt den Eltern, andere Institutionen wie

Kindergärten, Schulen und Ausbildungsstätten die Präventionsrolle. In diesen Einrichtungen können sich die Kinder auch gegenseitig präventiv unterstützen, da einige von ihnen gewisse Bewältigungsstrategien schon beherrschen und an andere weitergeben können. Viele präventive Programme wenden sich an Risikogruppen, die eine höhere Wahrscheinlichkeit haben an einer bestimmten Krankheit oder Störung zu erkranken, als andere. Demzufolge ist es eine weitere Aufgabe der Prävention solche Risikogruppen zu klassifizieren und identifizieren. Bei dem Krankheitsbild der Phobie beispielsweise, werden als Risikofaktoren dispositionelle Komponenten, aber auch negative lerngeschichtliche Entwicklungen und ein negatives soziales Umfeld, wie beispielsweise ängstliche Modellpersonen, angesehen (Papadakis, o. A.). Wie wirksam primäre Prävention ist, hängt von ihren Zielen ab. Wenn das erreicht worden ist, was angestrebt war, war die Maßnahme effektiv und wenn der Aufwand im Vergleich zum Nutzen gering war, war die Prävention effizient (Freund, 2001).

Die *sekundäre Prävention* beschäftigt sich damit, Störungen möglichst frühzeitig zu erkennen und eine Intervention, worunter man geeignete Maßnahmen versteht, die Probleme zu beheben, einzuleiten. Anders ausgedrückt möchte man Krankheiten im Frühstadium, das heißt wenn möglichst noch keine Symptome vorhanden sind, erkennen und diese somit auch früh behandeln und therapieren (Walter & Scriba, 2004). Ein wesentlicher Bestandteil der sekundären Prävention ist die Psychotherapie, da mit Hilfe dieser Maßnahme die Prävalenzrate psychosozialer Probleme und Störungen gesenkt werden soll. Allerdings muss auch eine geregelte Nachsorge (eventuell mit Auffrischungssitzungen) gewährleistet sein, damit sichergegangen werden kann, dass durch die erfolgreiche Therapie eine Problemfreiheit, die auch in der Zukunft weiter besteht, entstanden ist (Manns & Schultze, 2004).

Die *tertiäre Prävention* hat zum Ziel, die symptomatisch gewordene Erkrankung zu behandeln und eine Verschlimmerung zu verhindern. Es wird versucht, bleibende Schäden möglichst zu verhindern und gering zu halten. Außerdem soll das Fortschreiten der Krankheit eingeschränkt werden, weshalb die tertiäre Prävention in den Bereich der Rehabilitation fällt (Walter & Scriba, 2004). Des Weiteren soll ein Weg gefunden werden, wie mit der, möglicherweise durch die Krankheit entstandenen, Behinderung umgegangen wird, wie man sich derer anpassen kann und wie Fertigkeiten erworben werden können, damit man den Alltag trotz des Handikaps meistern kann. Oft kann eine Einsweisung in offizielle Institutionen vermieden werden, da die tertiäre Prävention im Rahmen von

Selbsthilfegruppen stattfindet oder mittels paraprofessioneller Hilfe durchgeführt werden kann (Manns & Schultze, 2004).

Ein generell großes Problem aller präventiven Maßnahmen ist die Compliance, welche das Befolgen von Anweisungen beziehungsweise als Therapiemitarbeit definiert werden kann. Da keine hundertprozentige Sicherheit besteht, dass die Methoden, insbesondere der Verhaltensänderung, von den Menschen angenommen und genau nach Vorgabe durchgeführt werden, ist der sichere Erfolg der Prävention gefährdet (Papadakis, o.A.). Eine mögliche Erklärung warum Menschen keine Compliance zeigen, gibt das „health belief model“ von Rosenstock (1966). Die deutsche Übersetzung lautet demzufolge „Modell des Gesundheitsglaubens“ und erfreut sich bis heute an großer Bedeutung (Reichelt, 2003). Das Modell besagt, dass Menschen dann präventiven Maßnahmen Folge leisten, wenn sie selbst davon überzeugt sind, dass eine subjektive Gesundheitsbedrohung besteht, und wenn die Überzeugung vorhanden ist, dass das bestimmte Gesundheitsverhalten den gewünschten Erfolg mit sich bringt. Außerdem hängt die wahrgenommenen Gesundheitsbedrohung von drei wesentlichen Faktoren ab. Zum Ersten spielen die generelle Gesundheitsüberzeugungen, wie beispielsweise Interesse und Besorgtheit über Gesundheit eine wichtige Rolle. Zweitens sind spezifische Vulnerabilitätsüberzeugungen (wahrgenommene Anfälligkeit einer bestimmten Krankheit) wichtig. Zuletzt müssen noch Überzeugungen über die Schwere einer Krankheit erwähnt werden.

Um dennoch eine erfolgreiche Durchführung von Präventionsprogrammen zu gewährleisten, ist es notwendig, eine genaue Aufklärung im Vorhinein zu geben, sowie die Beteiligten während des Programms zu begleiten (Walter & Scriba, 2004). Dies wird versucht, in der vorliegenden Diplomarbeit zu berücksichtigen und sollte auch in jedem anderen Präventionsprogramm angewandt werden.

Wie schon in Abschnitt 2.1 erwähnt, ist die Abgrenzung des Begriffes Prävention von Gesundheitsförderung sehr schwer. Die „World Health Organisation“ (1986) definiert Gesundheitsförderung als Prozess, der Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit ermöglichen soll und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt. Außerdem umfasst Gesundheitsförderung Maßnahmen zur Erhaltung, Stabilisierung und Verbesserung der Lebensqualität, worunter man beispielsweise „gesundheitsfördernde Gesamtpolitik“, „Entwicklung von persönlichen Kompetenzen“ und „Neuorientierung der

Gesundheitsdienste“ verstehen kann (Laireiter, 2005). Eine Definition von Altgeld und Kolip (2004) veranschaulicht die Thematik noch einmal:

„Gesundheitsförderung verfolgt somit das Ziel, über die Stärkung von Ressourcen die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Ansatzpunkte sind entweder die Individuen, die befähigt werden sollen, durch selbstbestimmtes Handeln ihre Gesundheitschancen zu erhöhen oder die sozialen, ökologischen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Gesundheitsförderung ist dann besonders wirkungsvoll, wenn verhaltensbezogene und verhältnisbezogene Interventionsmaßnahmen miteinander kombiniert werden.“ (S. 41)

Konzepte zur Gesundheitsförderung und Prävention erlangen immer mehr an Ansehen, da man sich dadurch eine Entlastung der Gesundheitsfinanzierung erhofft. Da Prävention auch oftmals, wie schon weiter oben erwähnt, in anderen Einrichtungen als dem Elternhaus stattfindet, stellt sich diesen die Aufgabe, kompensatorisch auf die immer komplexer werdende Gesellschaft zu reagieren. Im Normalfall wird das Kindesalter als gesundes Lebensalter angesehen, was sich auch anhand der positiven Entwicklung des allgemeinen Gesundheitszustand von Kindern in den letzten Jahrzehnten bestätigen lässt. Trotzdem vermehren sich bei spezieller Betrachtung von chronischen Erkrankungen und psychischen Störungen die Hinweise auf eine Zunahme derer in den letzten Jahren (Wegner, 2005). Ein immer größer werdendes Problem stellt der wachsende geringe sozioökonomische Status dar, da Kinder aus solchen Herkunftsmilieus einem höheren gesundheitlichen Risiko ausgesetzt sind (Hensen, 2008 zitiert nach Rosenbrock, 2002 & Lampert & Kurth, 2007). Da in der Kindheit Verhaltensgewohnheiten und Dispositionen erlernt werden, die von großer Bedeutung für das spätere Leben sind, liegt es nahe, mit Maßnahmen eine möglichst gute Entwicklung zu gewährleisten, vor allem gerade aus dem Aspekt, dass Kinder über ein hohes Maß an Lernfähigkeit verfügen. Dies führt dazu, dass Ressourcen zur Vermeidung und Bewältigung von Störungen und Krankheiten besonders gut genutzt werden können (Hensen, 2008).

Um noch kurz darauf einzugehen, was der Begriff „gesund“ überhaupt bedeutet wird ein wichtiger Aspekt von Hensen (2008) aufgezeigt. Seit der Ottawa-Charta im Jahr 1986 hat ein Paradigmawechsel stattgefunden, nachdem Gesundheit nicht mehr als Abwesenheit von Krankheit gesehen wird, sondern auch als Ressource für mehr Lebensqualität. Somit bezieht sich Gesundheit nicht mehr nur auf objektive und körperliche Indikatoren, aber

vielmehr auch auf das subjektive Wohlbefinden eines Menschen. Die Konsequenz aus diesem Wandel ist, dass dem Individuum ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit zugeschrieben wird, was wiederum zur Folge hat, dass Gesundheit kein statischer Zustand mehr ist, sondern als veränderbare Entwicklungsaufgabe gesehen werden kann. Somit sind individuelle Ressourcen Voraussetzung, die eine Veränderung ermöglichen (Hensen, 2008 zitiert nach Antonovsky, 1997).

Das gemeinsame Ziel der Gesundheitsförderung und Prävention stellt sicherlich die Vermeidung von Krankheiten durch Stärkung von Ressourcen, Senkung von Belastungen und Reduktion von Risiken dar (Hensen, 2008). Das in der vorliegenden Diplomarbeit verwendete Selbstsicherheitstraining setzt an dem Aspekt der primären Prävention und Gesundheitsförderung an und hat unter anderem zum Ziel, möglichen Problemen durch fehlende soziale Kompetenz vorzubeugen.

2.2 Primärpräventive Maßnahmen und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen

Wie schon in Abschnitt 2.1 erwähnt, wäre die beste Prävention eine gute Erziehung der Kinder und Jugendlichen seitens der Eltern. Da dies aber, aus verschiedenen Gründen, oftmals nicht zur Gänze möglich ist, übernehmen andere Institutionen diesen Part. Es liegt also nahe, primärpräventive Maßnahmen und Gesundheitsförderung beispielsweise in Kindergärten, Schulen oder Tageseinrichtungen durchzuführen. Diese werden in Abschnitt 2.2.1 dargeboten. Allerdings werden auch familienzentrierte primärpräventive Maßnahmen angestrebt und im Abschnitt 2.2.2 vorgestellt.

2.2.1 Außerfamiliäre primärpräventive Maßnahmen und Gesundheitsförderung

Wegen der schon öfter genannten Schwierigkeiten von elterlicher Prävention und Gesundheitsförderung, die in Abschnitt 2.2.2 nochmals genau durchleuchtet werden, wird im Folgenden die Thematik der außerfamiliären primärpräventiven Ansätze behandelt. Prävention wird oftmals, aus verschiedenen Gründen, in Schulen durchgeführt. Einer der Gründe ist der erleichterte Zugang zu einer repräsentativen Altersgruppe. Schulische Gegebenheiten bieten einen guten organisatorischen Rahmen, der gruppenspezifische

Maßnahmen deutlich erleichtert. Geschichtlich betrachtet, beschäftigten sich schulische präventive Maßnahmen in den 1950iger Jahren hauptsächlich mit Wissensvermittlung, Aufklärung und Abschreckung. Beispielsweise wurden Schüler im Unterricht darüber aufgeklärt, was Rauchen oder Alkoholkonsum für negative, körperliche Auswirkungen zur Folge hat. Unterstützend zum theoretischen Vortrag wurden drastische, abschreckende Bilder, wie Raucherbeine oder Lungenkarzinome, gezeigt. Allerdings war die Wirksamkeit solcher Programme eher enttäuschend, da durch solche Maßnahmen oftmals erst die Neugier der Jugendlichen geweckt wurde, zu rauchen oder Alkohol zu trinken. Die Gründe dafür, warum solche Maßnahmen nicht erfolgreich sind, liegen in den alters- und entwicklungsspezifischen Besonderheiten von Jugendlichen. Für diese Altersgruppe erscheint Gesundheit selbstverständlich und jegliche Ressourcen werden als unerschöpflich betrachtet. Demzufolge hat ein Wandel, in Bezug auf präventive Maßnahmen, stattfinden müssen, der zum Ziel hat, die Ressourcen der Jugendlichen zu unterstützen, indem man Kompetenzen stärkt (Jerusalem, 2003). Hinsichtlich psychosozialer Maßnahmen wurden in den 1980iger Jahren Trainings zur Standfestigkeit entwickelt, die in Zusammenhang mit der Prävention von Rauchen entstanden sind. Ausgegangen wird davon, dass der Beginn des Rauchens durch Gleichaltrige und deren Verhaltensnormen, sowie die Anzahl rauchender Freunde, beeinflusst wird (Jerusalem, 2003 zitiert nach Fuchs & Schwarzer, 1997). Dementsprechend soll in solchen Standfestigkeitstrainings gelernt werden, wie Gruppendruck, der durch Gleichaltrige entstehen kann, Widerstand gewährleistet wird, beziehungsweise wie Gegenargumente zu Überredungsversuchen dargestellt werden sollen. Die Schüler werden aktiv in die verschiedenen Programmelemente eingegliedert und die Inhalte werden entwicklungsgemäß interessant dargestellt. Außerdem werden Rollenspiele durchgeführt, in denen das Gelernte gleich geübt werden kann (Jerusalem, 2003 zitiert nach Evans, 1988). Ein weiterer psychosozialer Ansatz hat mit allgemeinen Lebens- und Bewältigungskompetenzen zu tun. Nach Jerusalem (2003 zitiert nach Silbereisen, 1997) hängen gesundheitsriskante Verhaltensweisen wie Rauchen oder Drogenkonsum mit einem Mangel an Bewältigungsstrategien zusammen. In dem Training sollen mithilfe von Rollenspielen und Gruppendiskussionen eben solche Strategien zur Bewältigung erlernt und geübt werden. Außerdem werden individuelle Kompetenzen gestärkt um Stress bewältigen zu können und Konflikte zu regeln. Mit solchen Programmen lassen sich durchaus effektive Erfolge erzielen.

Ein weiterer Grund dafür, dass Prävention in Schulen oder schulischen Einrichtungen durchgeführt wird, ist der zeitliche Aspekt. Hensen (2008) beschäftigt sich mit der Thematik der Wichtigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention in der Tagesbetreuung. Da viele

Kinder und Jugendliche die meiste Zeit des Tages in der Schule oder Tagesbetreuung verbringen, gelten diese Einrichtungen als wichtige „Sozialisationsagenturen“ und sie können sozusagen als Möglichkeit zur Vermeidung von Entwicklungsrisiken, wie beispielsweise Sprachdefiziten, Bewegungsmangel oder Aufmerksamkeitsstörungen, angesehen werden.

Ein weiterer wesentlicher Faktor warum Prävention in Schulen durchgeführt wird ist, dass Schulkinder immer mehr Stress ausgesetzt sind, weshalb es nahe liegt, Präventionsprogramme auch in diese Richtung zu entwickeln. Module, die damit zusammenhängen, konzentrieren sich auf die Problemanalyse und das Erproben und Bewerten von Stressbewältigungsstrategien. Diese Strategien können aus Entspannungstechniken, sowie aus dem Erwerb kommunikativer Kompetenzen, bestehen. Die Prävention bei Schulkindern wird vor allem als Schutzfaktor bei der Aneignung und Etablierung gesundheitsriskanten Verhaltens gesehen. Der viel versprechenden Überlegung stehen aber einige Barrieren gegenüber. Institutionelle Hilfe- und Beratungsangebote werden von Kindern und Jugendlichen nur selten genutzt, da diese oftmals an deren Effektivität zweifeln und die oftmals schwierige räumliche Erreichbarkeit ein Problem darstellt. Außerdem sehen sich die meisten Jugendlichen als gesund an, weshalb in ihren Augen ein Präventionsprogramm keine Wirkung zeigen würde. Des Weiteren ist die Tatsache, dass Jugendliche immer mehr an Selbstbestimmung interessiert sind, ein Hindernis in Sachen Präventionsarbeit. Die jugendliche Altersgruppe ist gekennzeichnet durch eine Phase der gesteigerten Selbstwahrnehmung (Oerter, 1982). Diese hat eine kognitive Fixierung auf die eigene Person zur Folge, was wiederum mit der erhöhten Selbstbestimmung in Verbindung steht. Da sich die Inhalte eines Stressbewältigungsprogramms oftmals nicht mit den Interessen der Schüler deckt, sind solche Maßnahmen nur gering attraktiv (Klein-Heßling, Lohaus & Bayer, 2003). Klein-Heßling, Lohaus und Bayer (2003 zitiert nach Palentien, 1997) zeigten die Problematik auf, dass Jugendliche eher Gleichaltrige beziehungsweise Freunde als Gesprächspartner bei Schwierigkeiten ansehen, als beispielsweise Lehrer. Abgesehen davon, erscheinen für diese Altersgruppe Gesundheitsrisiken zeitlich weit entfernt, was natürlich präventive Maßnahmen als besonders unattraktiv darstellen lassen. Für Jugendliche zählen aktuelle Bedürfnisse und die Bewältigung von Alltagsproblemen- und anforderungen (Jerusalem, 2003). Die beiden Barrieren Erreichbarkeit und Ziele und Erwartungen der Jugendlichen haben Klein-Heßling und Kollegen (2003) in ihrer Studie zur Stressbewältigung berücksichtigt, und herausgefunden, dass Präventionsprogramme, die in Jugendclubs oder Sportvereinen angeboten werden besseren Zuspruch finden als solche, die schwer erreichbar sind. Außerdem werden Maßnahmen, die von Menschen durchgeführt werden,

die die Jugendlichen als Experten ansehen, eher angenommen, als wenn sie von Lehrern durchgeführt werden.

Die Arbeit mit der Altersgruppe der Jugendlichen gestaltet sich aber noch aus anderen Gründen als schwierig. Die Jugendlichen erleben oftmals ein Gefühl der Einzigartigkeit und der Unverwundbarkeit, was aus dem „personal-fable-Phänomen“, das besagt, dass Jugendliche der Meinung sind, dass ihnen nichts passieren kann, resultiert. Primärpräventive Maßnahmen müssen demzufolge an der Vorbeugung von Risikoverhalten, wie den Konsum von Drogen oder aggressivem Verhalten ansetzen (Roth, Rudert & Petermann, 2003). Ein weiteres, wesentliches Problem, das in der primärpräventiven Arbeit mit Jugendlichen auftritt, ist die Tatsache, dass dieses Alter auch mit einem Wandel von fremdbestimmter Kindheit hin zum selbstbestimmten Erwachsenenalter zusammenhängt. Dies hat zur Folge, dass auch ein Wechsel der Bezugspersonen stattfindet. Während im Kindesalter, vorzugsweise die Mutter, als Ansprechpartnerin fungierte, wählen Jugendliche eher Altersgenossen um mit ihnen Probleme und Sorgen zu besprechen. Somit ist es naheliegend, dass Eltern, aber auch Lehrer, oftmals nur wenig über „private“ Angelegenheiten der Jugendlichen wissen (Seiffge-Krenke, 1998). Die vermehrte Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen kann wiederum neue Probleme mit sich bringen. Da Jugendliche immer nach Anerkennung suchen, können mögliche Risikoverhaltensweisen, wie Rauchen oder Alkoholkonsum, vermehrt auftreten. Gemeinsam wird auch versucht den Erfahrungshorizont zu erweitern, oder Selbstwertdefizite zu kompensieren. Abgesehen davon, muss man sich auch bewusst sein, dass Menschen ein risikoreiches Verhalten oftmals nicht wahrnehmen, da sie das persönliche Risiko geringer einschätzen, als das von anderen. Des Öfteren werden sogar Risikosituationen aufgesucht, um ein intensives Gefühlserleben, wie beispielsweise einen „Kick“ zu bekommen (Bornewasser & Glitsch, 2006). Diesen Problemen muss man sich bewusst sein und möglichst versuchen sie zu berücksichtigen.

Betrachtet man aggressives Verhalten im Kindes- und Jugendalter genauer, so ist dieses seit einiger Zeit ein viel beobachtetes Phänomen, was viele negative Folgen für das betroffene Kind hat. Diese können unter anderem schulischer und emotionaler Natur sein, weshalb man in den letzten zwei Jahrzehnten anstrebt, präventiv gegen aggressives Verhalten zu arbeiten. Die Gründe dafür, warum Kinder überhaupt aggressiv werden, sehen Petermann und Koglin (2006) in drei verschiedenen Bereichen. Einerseits spielen kindbezogene Faktoren, wie schwieriges Temperament, mangelnde Emotionsregulation, Defizite in der kognitiven Entwicklung und Frühgeburten eine wichtige Rolle. Weiters sind

familiärbezogene Faktoren wie beispielsweise beeinträchtigte Elter-Kind-Beziehung, negatives Erziehungsverhalten, Ehe- oder Partnerkonflikte, finanzielle Probleme oder psychische Störungen der Eltern entscheidend. Zuletzt müssen umfeldbezogene Faktoren, die geringe Integration in die Gleichaltrigengruppe, Ablehnung durch Gleichaltrige oder Kriminalität und Gewalt in der Wohnumgebung mit einschließen, erwähnt werden.

Petermann und Koglin (2003, zitiert nach Durlak & Wells, 1997) stellen einen Lösungsansatz, in Bezug auf das Problem Aggression, dahingehend dar, dass präventive Maßnahmen auf personenorientierter und kontextbezogener Ebene basieren sollen. Erstere beschäftigen sich mit Prävention direkt am Kind oder Jugendlichen mit dem Ziel, Kompetenzen aufzubauen und Problemverhalten zu reduzieren. Besonders die emotionalen Kompetenzen, wie Empathie oder Emotionen erkennen, und sozialen Fertigkeiten, wie Konflikte lösen, sollen gefördert werden. Um einer Ablehnung durch Gleichaltrige entgegenzuwirken, werden auf dieser Ebene auch Integrationsprogramme in der Gruppe angeboten. Prävention im dem kontextbezogenen Bereich hat die Aufgabe, die Lebensverhältnisse der Personen zu verbessern. Dabei geht es um die Familie, Schule, aber auch das Wohnumfeld wird mit einbezogen. In diesem Zusammenhang soll die Erziehungskompetenz der Eltern verbessert werden, wie beispielsweise das richtige Loben oder das Schenken von Aufmerksamkeit. Des Weiteren werden aber auch etwaige psychische Probleme seitens der Eltern oder auch Ehe- und Partnerstreitigkeiten angesprochen. In Bezug auf die Schule werden gezielte Fortbildungsveranstaltungen für Lehrer angeboten um möglichen Problemen in der Klasse besser entgegenwirken zu können.

Trotz möglicher Schwierigkeiten muss besondere Aufmerksamkeit auf die Altersgruppe der Jugendlichen gerichtet werden. In dieser Zeit müssen eine Fülle von Entwicklungsaufgaben, die mit den körperlichen Veränderungen und der Gewinnung von emotionaler Unabhängigkeit von den Eltern zusammenhängen, erfüllt werden. Außerdem muss eine eigene Identität geformt werden, was wiederum eine schwierige Aufgabe für die Jugendlichen darstellt. In diesem Zusammenhang haben sich primärpräventive Maßnahmen zur Aufgabe gemacht, Dysregulationen und Störungen vorzubeugen und zu gewährleisten, dass die oben genannten Entwicklungsaufgaben bewältigt werden können.

Ein weiterer Präventionsansatz, der aber in jeder Altersgruppe anwendbar ist, ist im sportlichen Bereich zu finden. Da ein aktiver Lebensstil wesentlich dazu beiträgt, Risiko von

Erkrankungen zu senken und das psychische Wohlbefinden zu steigern, wird versucht, die Möglichkeit zur sportlichen Betätigung zu verbessern. Grundsätzlich wird empfohlen, dass jeder Mensch an den meisten Tagen der Woche zumindest 30 Minuten Sport macht (Brehm & Sygusch, 2003, zitiert nach American College of Sports Medicine, 1998). Allerdings gehen nur circa 10-20% der Bevölkerung diesem Rat nach, was Brehm und Sygusch (2003 zitiert nach Blair, 2000) als „zentrales Gesundheitsproblem des dritten Jahrtausends“ (S. 479) ansehen. Befragt man Menschen, die regelmäßig Sport betreiben, so ist das meist genannte Motiv dafür, die Gesundheit. Allerdings grenzt sich „Gesundheitssport“ vom „Wettkampfsport“ ab, da bei Letzterem auch Verletzungen in Kauf genommen werden um beispielsweise für das Team zu gewinnen. Brehm und Sygusch (2003) sprechen an, dass Gesundheitssport aus 6 Kernzielen besteht, die in präventiven Programmen angestrebt werden zu erreichen:

1. Kernziel 1: Stärkung physischer Gesundheitsressourcen:
Dies soll dazu beitragen, dass das Muskelsystem aktiviert wird, was wiederum den gesamten Organismus widerstandsfähig und gesund macht.
2. Kernziel 2: Verminderung von Risikofaktoren:
Studien haben ergeben, dass eine wöchentliche körperliche Betätigung, die mindestens einen Kalorienverbrauch von 800kcal bewirkt, Risikofaktoren, wie beispielsweise erhöhte Blutzuckerwerte oder Bluthochdruck mindert.
3. Kernziel 3: Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen:
Mit Hilfe von Sport soll gewährleistet sein, dass die psychosoziale Lebensqualität, wie Wohlbefinden, die Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden und der Aufbau von Bindung gesteigert wird.
4. Kernziel 4: Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden:
Studien haben gezeigt, dass Gesundheitssport zur Folge hat, dass Gesundheitsprobleme vermindert werden.
5. Kernziel 5: Bindung an gesundheitssportliche Aktivität:
Gesundheitssport soll regelmäßig und möglichst langfristig durchgeführt werden. Mithilfe der präventiven Programme soll dies garantiert werden.
6. Kernziel 6: Verbesserung der Bewegungsverhältnisse:
Das Training soll auch gewährleisten, dass es von qualifizierten Übungsleitern und mittels adäquaten Geräten und in angemessenen Räumlichkeiten durchgeführt wird.

Anhand dieser Regeln wurden einige Programme entwickelt, die in verschiedenen Sportvereinen und Verbänden angeboten werden. Diese bestehen beispielsweise aus

Walking-, Lauf- oder Radtreffen. Aber auch Angebote zu Ernährung und Bewegung, Stress und Bewegung, oder Altern und Bewegung werden zur Verfügung gestellt.

Prävention ist aber nicht nur in jungen Jahren besonders wichtig, sondern auch im Alter spielen primäre Maßnahmen in der heutigen Zeit eine große Rolle und stellen gleichzeitig eine Herausforderung dar. Durch die immer höher werdende Lebenserwartung müssen sich Präventionsprogramme auch auf ältere Personen konzentrieren. Schwerpunkte solcher Maßnahmen sind die „Vermeidung von Erkrankungen, Funktionseinschränkungen, Behinderungen und Hilfebedürftigkeit, die Bewahrung der Unabhängigkeit und Selbständigkeit, der Erhalt einer aktiven Lebensgestaltung sowie die Aufrechterhaltung eines angemessenen Unterstützungssystems“ (Walter 2007). Ein Ansatz findet sich dazu bei der World Health Organisation (2002), der „Active Ageing“ genannt wird und zum Ziel hat, die Lebensqualität der älteren beziehungsweise alternden Menschen zu verbessern. Ein wesentlicher Bestandteil präventiver Maßnahmen im Alter ist die Nutzung und Verfügbarkeit von Ressourcen. Aufgrund der höheren Lebenserwartung ist es zu einer gesetzlich verankerten Verlängerung der Lebensarbeitszeit gekommen, weshalb die Erwachsenen wiederum spezifische Unterstützung in diesem Bereich benötigen (Walter & Schneider, 2006). Diese kann im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung passieren, welche sich dadurch auszeichnet, dass das Augenmerk immer mehr auf psychische und soziale Belastungen gelenkt wird (Ducki, 2002).

Die logische Schlussfolgerung, die aus dem Abschnitt 2.2.1. gezogen werden kann, ist, dass Prävention demnach in jedem Alter wichtig ist und eine große Rolle spielt. Trotzdem stellt das wichtigste Alter die Kindes- und Jugendzeit dar, weil sich viele Dinge, die in dieser Zeit gelernt werden, manifestieren und wesentlich für die weitere Entwicklung prägen.

2.2.2 Familienzentrierte primärpräventive Maßnahmen und Gesundheitsförderung

Zuerst einmal stellt sich die Frage, was für mögliche Probleme innerfamiliär auftreten können, welche dann in weiterer Folge die notwendige Prävention verhindern oder behindern. Cierpka, Groß, Tiber Egle und Statsch (2006) beschäftigen sich mit diesem Thema genauer. Studien belegen, dass circa jedes fünfte Kind unter schwierigsten sozialen Umgebungen, schweren Erkrankungen in der Familie, psychisch kranke Eltern oder Verlustsituationen aufwachsen. Wenn dann keine Schutzfaktoren, wie zumindest eine

dauerhafte Bezugsperson, vorhanden sind, wirkt diese Art von Stressoren umso stärker auf die Kinder ein (Cierpka et al., 2008 zitiert nach Egle et al., 2005). Wichtig erscheinen vor allem die Eltern-Kind-Beziehung und deren Qualität. Einer der wesentlichen Gründe dafür ist nicht zuletzt die, aus verschiedenen Langzeitstudien, gewonnene Tatsache, dass die frühkindliche Bindungsbeziehung eine hohe Bedeutung für die weitere Entwicklung des Kindes hat (Grossmann, 2000).

In diesem Zusammenhang wird auf die Wichtigkeit von elterlichen Kompetenzen hingewiesen. Laut Petermann und Petermann (2006) müssen Eltern über eine gewisse Erziehungskompetenz verfügen, damit gewährleistet werden kann, dass die Kinder ausreichend gut erzogen werden. Wenn diese aber nicht vorhanden ist, hat dies zur Folge, dass Regeln nicht abgesprochen werden, Absprachen nicht eingehalten werden, die Eltern über den Alltag ihrer Kinder nur schlecht informiert sind, die gezielte Unterstützung seitens der Eltern für die Kinder fehlt, beziehungsweise Probleme innerhalb der Familie nur schwer gelöst werden können. Somit kann nicht sichergestellt sein, dass die körperliche Versorgung des Kindes gegeben ist, eine stabile und vor allem vertrauenswürdige Bezugsperson vorhanden ist oder ein Minimum an Regeln und Werten vermittelt werden (Petermann & Petermann, 2006 zitiert nach Maccoby, 2002).

Befunde legen dar, dass in den ersten drei Lebensjahren die rechte Gehirnhälfte dominiert, was zur Folge hat, dass die Verarbeitung sozial-emotionaler Informationen verstärkt wird und dadurch bindungsrelevante Regulationsprozesse gefördert werden (Ziegenhain, 2002). Des Weiteren wird erhöhte Aufmerksamkeit auf die Regulation körperlicher und affektiver Zustände und Befindlichkeiten, sowie die Fähigkeit mit Stress umzugehen, gelenkt. Aufgrund dessen ist soziale Sicherheit in diesem Zeitraum als so genannter „Puffer“ besonders wirkungsvoll, da Studien den Gegensatz dazu hervorheben, dass unzureichende elterliche Regulationshilfe bei unsicheren Kindern negative Wirkung zur Folge hat (Ziegenhain, 2002). Oftmals ist diese Beziehung aber durch die generationenübergreifende Instabilität der Familie gefährdet. Scheidungen spielen in diesem Zusammenhang eine große Rolle, da diese für die Kinder einen Verlust darstellen, mit dem sie erst lernen müssen umzugehen. Aber nicht nur die Kinder sind von solchen Neuerungen betroffen, sondern auch die Eltern können unter Trennungssituationen leiden und somit oftmals ihrer Elternrolle nicht mehr zur Gänze gerecht werden. Dies hat wiederum zur Folge, dass das Konfliktpotential erhöht ist und somit negative Konsequenzen für die Kinder folgen. Risikogruppen stellen außerdem Familien dar, in denen Eltern psychisch erkrankt sind oder Probleme mit Suchtmitteln haben (Ziegenhain, 2004). Die Konsequenzen, die durch

unzureichende Bindung auftreten können, sind beispielsweise auf psychischer Erlebensebene und auf Ebene des Verhaltens von Kindern zu finden. Cierpka und Kollegen (2008) zitieren eine Studie von Felitti und Kollegen (1998), die zeigt, dass bei Einwirken von vier oder mehr solcher Stressfaktoren ein höheres Risiko für die Kinder besteht einen Suizidversuch durchzuführen, oder Alkohol beziehungsweise Drogen zu konsumieren. Cierpka und Kollegen (2008) interpretieren diese Ergebnisse dahingehend, dass diese Verhaltensweisen Ausdruck eines Kompensationsversuches des schlechten Selbstwerterlebens und der erhöhten Stressvulnerabilität sind. Weitere Studien haben hinsichtlich psychischer Probleme und psychosomatischer Erkrankungen gezeigt, dass diese vermehrt nach frühen Stressfaktoren auftreten (Egle, Hoffmann & Joraschky, 2005). Die Auftretenshäufigkeit von psychischen Störungen liegt bei Kindern derzeit bei circa 20 Prozent. Diese Zahl lässt sich auch bei der Gruppe der Erwachsenen finden (Ihle & Esser, 2002).

Eine notwendige Konsequenz aus diesen Ergebnissen muss sein, dass versucht wird, präventiv und gesundheitsfördernd solchen Problemen entgegenzuwirken. Laut Cierpka und Kollegen (2008) legen die Forschungsergebnisse nahe, dass Risikofaktoren zu reduzieren und Schutzfaktoren zu stärken sind. Besonderes Augenmerk soll hierbei auf die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung, die Bindungssicherheit und die psychosozialen Umgebungsbedingungen gelegt werden.

Mögliche Maßnahmenprogramme werden von den Autoren Cierpka und Kollegen (2008) vorgestellt und sollen nun auch im Folgenden angeführt werden: Insbesondere in den ersten drei Lebensjahren, die weiter oben als besonders markante Jahre deklariert wurden, kann die Beziehung zu Bezugspersonen besonders gefördert werden und zwar dahingehend, dass Eltern lernen, „auf die Signale ihrer Kinder prompt, feinfühlig und angemessen zu reagieren“ (Cierpka et al., S. 434). Im Endeffekt sollen die elterlichen und die sozial-emotionalen Kompetenzen der Kinder gestärkt und gefördert werden. Um den Kindern adäquate Beziehungsmöglichkeiten zu bieten, wurden spezielle Elternschulen entwickelt, in denen auch Beziehungskompetenzen geschult werden und die elterliche Sicherheit gestärkt wird.

Ein Problem stellt aber die Tatsache dar, dass mit den meisten Präventionsprogrammen Risikofamilien nur schwer erreicht werden. Eine Möglichkeit diesem entgegenzuwirken ist, dass Hilfspersonen zu den Familien nach Hause kommen, wobei es bei diesem System

auch noch an ausgearbeiteten Konzepten fehlt. Gerade bei schwierigen Familiensituationen müssen aber für zukünftige Programme, laut Cierpka und Kollegen (2008 zitiert nach Ramey & Ramey, 1993), zumindest acht Bereiche beachtet werden, die die Gesundheit fördern und negative Auswirkungen verhindern sollen. Diese setzen sich einerseits aus der Unterstützung in überlebenswichtigen Bereichen (Unterkunft, Essen, Sicherheit) und der Vermittlung von Werten und Zielen zusammen. Außerdem werden die Schaffung von physischen, sozial-emotionalen und finanziellen sicheren Gefühlen, die Sicherstellung physischer und seelischer Gesundheit, die Verbesserung der sozialen Interaktionen zwischen Familienmitgliedern, aber auch beispielsweise den Nachbarn und die Steigerung des Selbstwertgefühls erwähnt. Des Weiteren sind die Motivationsförderung für Schulerfolg, soziale Kompetenzen und Kommunikationsfertigkeiten und das Training basaler intellektueller Fähigkeiten wichtig.

Auch in Bezug auf aggressivem und gewalttäugem Verhalten sind elternbezogene präventive Maßnahmen entscheidend. Elben und Lohaus (2003 zitiert nach Kuschel et al., 2000) stellen diesbezüglich ein spezielles Programm, das „Triple P Program“ (Positive Parenting Program) genannt wird, vor. Es soll unterschiedliche Zielgruppen ansprechen. Den Eltern wird die Chance gegeben, dass sie sich je nach Bedarf einem kurzen Beratungsgespräch annehmen, oder an einem intensiven Elternteraining teilnehmen. Die Autoren haben durch verschiedene Evaluationsstudien herausgefunden, dass dies ein erfolgreicher Ansatz auf mehreren Ebenen ist.

3 SOZIALE KOMPETENZ, SELBSTKONZEPT UND SELBSTSICHERHEIT

Im folgenden Kapitel wird der Schwerpunkt auf die Begriffe „soziale Kompetenz“, „Selbstkonzept“ und „Selbstsicherheit“ gelegt. Diese werden kritisch betrachtet und genauestens dargelegt. Außerdem werden Förderprogramme vorgestellt, die bereits angeboten worden sind und es folgt des Weiteren eine Abhandlung der Begrifflichkeit in Bezug auf das Medium Internet. Im Folgenden wird des Öfteren, der Einfachheit halber, von sozialer Kompetenz in der Einzahl gesprochen, obwohl aus verschiedenen Gründen (Kanning, 2002; Hinsch & Pfinsten, 2007) der Plural verwendet werden sollte.

3.1 Definition und Begriffsabgrenzung

Im folgenden Abschnitt werden die Begriffe genau definiert und verschiedene Definitionsmöglichkeiten diskutiert. Außerdem wird eine Verknüpfung zwischen sozialer Kompetenz, Selbstkonzept und Selbstsicherheit hergestellt, wodurch veranschaulicht wird, dass das Wohlbefinden eines Menschen auch mit diesen Begriffen in Verbindung steht.

3.1.1 Soziale Kompetenz

Der Versuch eine einheitliche Definition von „sozialer Kompetenz“ in der Literatur zu finden, gestaltet sich als besonders schwierig, da sich die Autoren der jeweiligen Begriffserklärungen nicht einig darüber sind, was der Begriff genau bedeutet. Allen gemeinsam scheint aber die Annahme zu sein, dass soziale Kompetenz ein mehrdimensionales komplexes Konstrukt darstellt (Kanning, 2003). Betrachtet man „soziale Kompetenz“ aus sprachlicher Sicht, so setzt sich der Begriff aus den Wörtern „sozial“ (auf das Zwischenmenschliche bezogen) und „Kompetenz“ (vom lat. *competere* = im weitesten Sinne Vermögen, Fähigkeit) zusammen (Stangl, 2002).

Kanning (2002) sieht einen der Gründe für die oft widersprechenden Definitionsversuche vor allem in der Tatsache, dass die psychologische Forschung in vielen verschiedenen Disziplinen stattfindet, die eigene fachspezifische Akzentsetzungen mit sich bringen. Klinisch-psychologische Begriffserklärungen heben zum Beispiel das Schlagwort

„Durchsetzungsvermögen“ in Zusammenhang mit sozialer Kompetenz hervor. Demnach ist derjenige kompetent, der, in den verschiedensten Interaktionen mit anderen Menschen, seine eigenen Interessen durchsetzen kann, (Kanning, 2002 zitiert nach Hinsch & Pfingsten, 2002). Hingegen sehen entwicklungspsychologisch orientierte Definitionen den Schwerpunkt bei der „Anpassung“ des Individuums an Werte und Normen. Wenn ein Individuum dazu in der Lage ist, sich an seine sozialen Bedingungen anzupassen, gilt er als sozial kompetent (Kanning, 2002 zitiert nach DuBois & Fehlner, 1996). Diese beiden Begriffserklärungen erscheinen auf den ersten Blick als widersprüchlich, da ein Mensch, der sich anpassen muss, meistens seine eigenen Interessen dabei nicht durchsetzen kann. Kanning (2002) betont aber, dass sich Anpassung und Durchsetzung sehr wohl miteinander vereinen lassen. Wer sich dauerhaft durchzusetzen versucht, wird, vor allem in länger andauernden Interaktionsbeziehungen, zu keinem Erfolg kommen, weshalb ein gewisses Maß an Anpassung notwendig ist. In diesem Zusammenhang kommt ein neuer Begriff ins Spiel, der dabei helfen soll, eine Balance zwischen Durchsetzen und Anpassen zu finden, nämlich die „Kompromissbereitschaft“. Der günstigste Fall von sozial kompetentem Verhalten ist dann gegeben, wenn alle Beteiligten ihre Interessen verfolgen können.

Eine weitere Erklärung für die Unstimmigkeiten in der Definition von sozialer Kompetenz sieht Kanning (2002) darin, dass keine Klarheit darüber herrscht, ob das Konstrukt als ein Potenzial zu verstehen ist oder nicht. Er zitiert die Begriffsabklärungsversuche von Anton und Weiland (1993) und Döpfner und Kollegen (1981), die zeigen, dass keine Einigkeit darüber besteht. Für Anton und Weiland (1993) ist ein Mensch dann sozial kompetent, wenn er sich für seinen eigenen Rechte einsetzt, ohne aber die der anderen zu verletzen. Demnach ist soziale Kompetenz kein Potenzial, sondern entsteht im Interaktionsverhalten. Döpfner und Kollegen (1981) hingegen sehen das Konstrukt sehr wohl als Potenzial, aber für die Autoren ist auch die Umsetzung desselbigen wichtig.

Für Kanning (2002) steht fest, dass zwischen sozialer Kompetenz und sozialem Verhalten unterschieden werden muss, da jemand sehr wohl das Potenzial zu sozialer Kompetenz haben kann, dieses aber aus verschiedenen Gründen nicht in eine Handlung umsetzen kann. Wenn jemand sozial kompetent ist, wird dadurch das Auftreten von sozial kompetentem Verhalten gefördert, allerdings ist es keine Garantie dafür, dass es auch wirklich durchgeführt wird. Eine logische Schlussfolgerung daraus ist, dass man von einer einzelnen Handlung nicht auf das Potenzial „sozial kompetent“ schließen kann, denn dazu benötigt es mehrerer verschiedener Situationen, um sich darüber ein Bild machen zu können. Auch Jerusalem und Klein-Heßling (2002) weisen in Bezug auf Kinder darauf hin,

dass soziale Kompetenzen situationsspezifisch sind. Sie geben als Beispiel an, dass Kinder, wenn sie in Bezug auf Konfliktsituationen mit Gleichaltrigen nach Lösungsmöglichkeiten gefragt werden, einige verschiedene Antworten aufzählen können, aber bei elterlichen Streitigkeiten werden kaum Handlungsalternativen aufgezeigt. Ob auch sozial kompetent gehandelt wird, hängt von mehreren Faktoren (wie beispielsweise die emotionale Erregung) ab (Jerusalem & Klein-Heßling, 2002 zitiert nach Musun-Miller, 1993). Um die beiden Dimensionen „soziale Kompetenz“ und „sozial kompetentes Verhalten“ noch klarer voneinander abzugrenzen wird eine Definition von Kanning (2002) dargeboten:

Sozial kompetentes Verhalten ist das „Verhalten einer Person, das in einer spezifischen Situation dazu beiträgt, die eigenen Ziele zu verwirklichen, wobei gleichzeitig die soziale Akzeptanz des Verhaltens gewahrt wird“ (S.155). *Soziale Kompetenz* hingegen ist die „Gesamtheit des Wissens, der Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person, welche die Qualität eigenen Sozialverhaltens-im Sinne der Definition sozial kompetenten Verhaltens-fördert“ (S.155). Außerdem weißt der Autor darauf hin, dass es legitim ist von sozialen Kompetenzen im Plural zu sprechen, da es sich um einen Sammelbegriff handelt.

Auch Walden und Walter (2001) und Runde (1998) sind der Auffassung, dass soziale Kompetenzen situations- und kontextabhängig sind. Runde (1998) betont, dass soziale Kompetenzen keine stabilen Persönlichkeitseigenschaften sind, sondern nur über vergleichbare Situationen konsistent sind. Hinsch und Pfingsten (2007) haben sich, wie schon weiter oben erwähnt, mit der Frage beschäftigt, ob man von einer überdauernden Persönlichkeitseigenschaft ausgehen kann, wenn man von sozialen Kompetenzen spricht. Laut den Autoren haben viele ältere Definitionen des Konstrukts gemeinsam, dass sie voraussetzen, dass „Selbstsicherheit“, „Kontaktfähigkeit“ oder „Durchsetzungsvermögen“ situationsunabhängig sind und somit eine stabile Eigenschaft darstellen. In der heutigen Zeit findet man solche Annahmen aber durchaus wieder, wenn man Aussagen Glauben schenkt, dass jemand „von Natur aus schüchtern sei“ oder ein „geringes Selbstbewusstsein habe“. Hinsch und Pfingsten (2007) haben sich dieser Thematik genauer angenommen und betonen, dass beispielsweise in Rollenspielen deutliche Unterschiede in sozial kompetenten Verhalten bei derselben Person hervorgerufen wurden, in Abhängigkeit vom Interaktionspartner (Hinsch & Pfingsten, 2007 zitiert nach Eisler et al., 1975). Des Weiteren haben die Autoren selbst einen Versuch gestartet, der so aufgebaut war, dass Versuchspersonen zu verschiedenen Situationen Stellung nehmen und beschreiben sollten, wie sie reagieren würden. Mögliche Antworten waren „Recht durchsetzen“, „Kompetentes

Verhalten in Beziehungen“ und „Um Sympathie werben“. Die Ergebnisse sind so zusammenzufassen, dass nur 17 von 62 Personen immer gleich geantwortet haben, was gegen eine überdauernde Persönlichkeitseigenschaft spricht. Demzufolge sind auch Hinsch und Pflingsten (2007) wie Kanning (2002) der Auffassung, dass man von sozialen Kompetenzen im Plural sprechen sollte.

In diesem Zusammenhang soll auch der Aspekt der Moral besprochen werden. Da soziale Kompetenz im Zusammenspiel mit anderen Menschen entsteht, beziehungsweise zum Tragen kommt, spielt auch die moralische Entwicklung eines Kindes eine wesentliche Rolle. Moral bezieht sich auf alle jene Verhaltensweisen, die andere Menschen direkt oder indirekt beeinflussen (Petermann, Koglin, Natzke & von Marées, 2007 zitiert nach Gert, 2005). Diese Normen sind innerhalb einer Gesellschaft geltend gemacht worden und werden als übergeordnet angesehen. Des Weiteren stellen sie eine Art Verhaltensrichtlinie dar, die man nicht brechen soll, da sonst das menschliche Zusammenleben gefährdet werden kann. Wesentlich achten muss man auf den Aspekt, dass es nicht ausreicht, Kindern über moralische Verhaltensweisen zu erzählen, sondern auch versucht, sie zu motivieren diese Normen einzuhalten und durchzuführen. Auch hier wird wiederum den Eltern der größte Teil der Verantwortung übertragen, die moralische Entwicklung der Kinder zu überprüfen und zu fördern (Petermann, Koglin, Natzke & von Marées, 2007).

Ähnliche Ansätze finden sich bei Hinsch und Pflingsten (2007), die sich dem Thema, wie man soziale Kompetenz definieren kann, dahingehend nähern, dass die Autoren davon ausgehen, dass psychische Gesundheit, Lebensqualität und Selbstverwirklichung wesentlich von der Fähigkeit mit anderen Menschen zu kontaktieren und dadurch auch seine eigenen Ziele zu verwirklichen, abhängt. Soziale Kompetenz ist für Hinsch und Pflingsten (2007) so zu erklären, dass sie „die Fähigkeit eines Menschen ist, angemessene Kompromisse zwischen eigenen Bedürfnissen einerseits und sozialer Anpassung andererseits zu finden“ (S. 3). Folgende beispielhafte Verhaltensweisen werden als sozial kompetent angesehen (Hinsch und Pflingsten, 2007 zitiert nach Gambrill, 1986):

- Nein sagen
- Unerwünschte Kontakte beenden
- Erwünschte Kontakte arrangieren
- Gefühle offen zeigen
- Schwächen eingestehen

- Auf Kritik reagieren
- Widerspruch äußern
- Gespräche beginnen und aufrechterhalten
- Sich entschuldigen

Unter anderem sollen die oben beschriebenen, Verhaltensweisen beherrscht und angewandt werden, damit persönliche Bedürfnisse und Ziele verwirklicht werden können. Des Weiteren sollen aber auch Gedanken und Gefühle sinnvoll reguliert werden. Die Autoren nähern sich dem Thema, wie man ein soziales Kompetenztrainingsmodell entwickeln könnte (siehe Abschnitt 3.2.3), dahingehend, dass sie sich Gedanken darüber machen, welche Vorgänge im Menschen ablaufen, wenn er sich in einer sozialen Situation befindet. Hinsch und Pfingsten (2007) geben dazu ein Beispiel in ihrem Buch an, das den Vorgang veranschaulichen soll (siehe Abbildung 1).

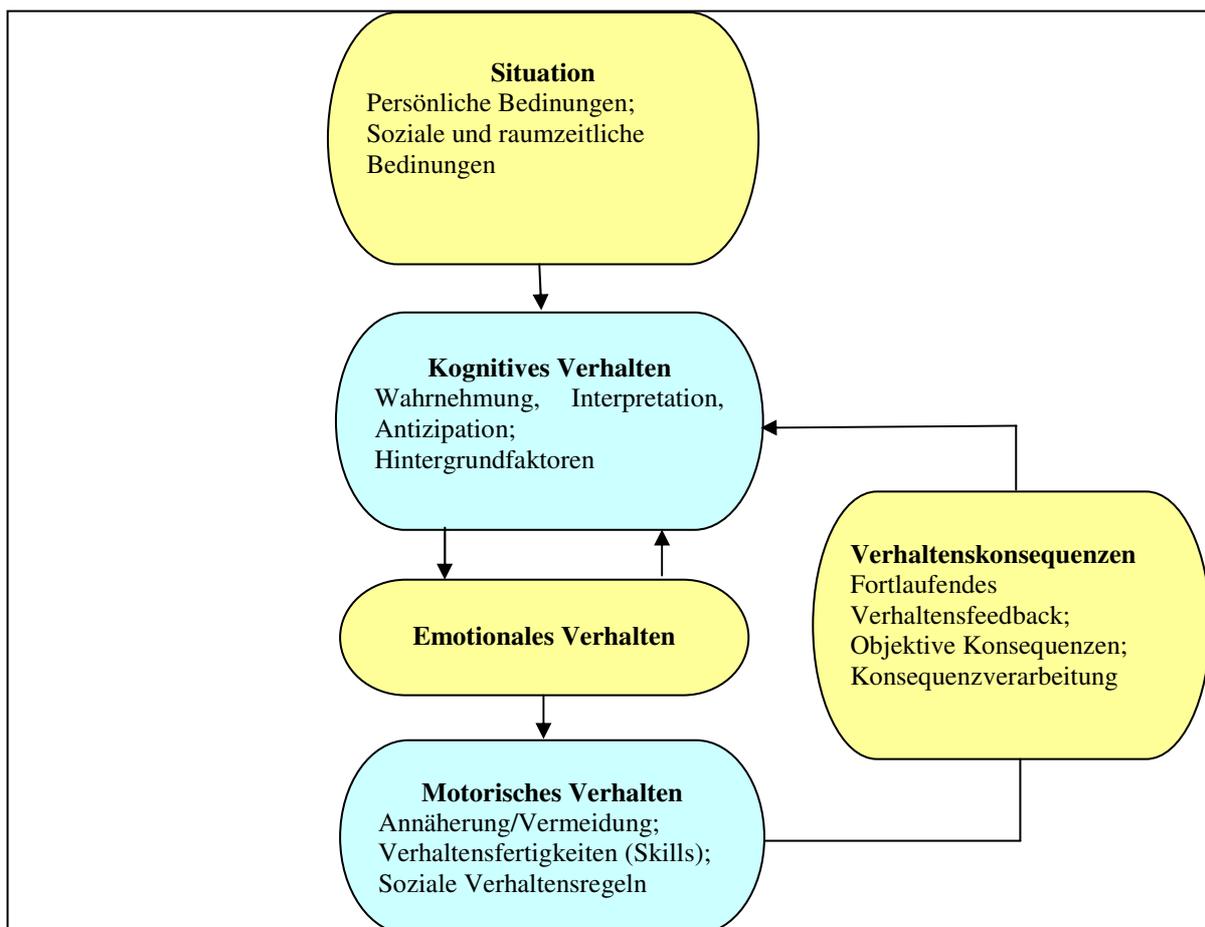


Abbildung 1: Erklärungsmodell sozialer Kompetenzen und Kompetenzprobleme (Hinsch & Pfingsten, 2007, S. 13)

Eine konkrete Alltagssituation bildet den Ausgangspunkt des Modells, welche die jeweilige Person in bestimmter Weise wahrnimmt und verarbeitet. Dies führt zu kognitiven und emotionalen innerlichen Verhalten, was wiederum ein motorisches, also beobachtbares Verhaltensmuster zur Folge hat. Die motorische Handlung bewirkt eine Veränderung in der Umwelt, wodurch wieder eine neue Situation hervorgerufen wird, die abermals wahrgenommen und verarbeitet werden muss. Dieser Ablauf wird dann im Gedächtnis als soziale Erfahrung abgespeichert. Die Autoren sehen aber in diesem Modell auch die Möglichkeit zur Erklärung von Kompetenzproblemen.

Auch Perren, Groeben, Stadelmann und von Klitzing (2008) definieren soziale Kompetenz ähnlich wie die Autoren davor, nämlich so, dass soziale Kompetenz die Fähigkeit ist, „in sozialen Interaktionen seine eigenen Ziele zu erreichen und Bedürfnisse zu befriedigen und gleichzeitig die Ziele und Bedürfnisse von anderen zu berücksichtigen“ (S. 89). Demnach lassen sich zwei verschiedenen Dimensionen herauslesen. Zum einen sind Handlungsweisen, die darauf zielen, in sozialen Interaktionen seine eigenen Ziele zu erreichen (zum Beispiel Kontakt aufnehmen) wichtig. Diese Verhaltensausrägungen werden selbstbezogene Kompetenzen genannt. Zum anderen sind Handlungsweisen, bei denen Bedürfnisse anderer Personen im Vordergrund stehen (zum Beispiel kooperatives Verhalten) zu erwähnen. Diese sind als fremdbezogene Kompetenzen zu benennen.

Defizite in diesen beiden Bereichen führen in unterschiedliche Art und Weise zu Problemen für die jeweiligen Betroffenen. Wenn selbstbezogene Kompetenzen fehlen, kann sich dies negativ auf das eigene Wohlbefinden auswirken. Wenn hingegen Schwächen bei fremdbezogenen Kompetenzen zu finden sind, kann dies in negativen Beziehungen zu Gleichaltrigen enden. Soziale Kompetenz trägt wesentlich zu einer erfolgreichen Persönlichkeitsentwicklung bei, indem man Akzeptanz und die Einbindung in einen Freundeskreis erlebt (Alt, 2005). Umgekehrt ist soziale Kompetenz notwendig, damit menschliches Miteinander möglich wird und man in der Gesellschaft als vollwertiges Mitglied angesehen wird (Düngen, 2007). Perren und Kollegen (2008) betonen, dass Zurückgezogenheit und aggressives Verhalten markante Verhaltensweisen sind, wenn Kompetenzen fehlen, was wiederum zu Konflikten in Gleichaltrigenbeziehungen führt. Die Konsequenz daraus ist, dass Gefühle von Unbeliebtheit, Isolation und Einsamkeit für die Betroffenen resultieren. Somit ist das eigene Wohlbefinden gefährdet. Das Fehlen von Kompetenzen hat also immer Probleme zur Folge.

Auch bei Walden und Walter (2001) findet sich der Versuch, soziale Kompetenzen, auf zwei zentrale Bereiche aufzuteilen. Für die Autoren kommen einerseits die Fähigkeiten zur Selbstbehauptung, Selbstkontrolle und der Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes, das im nächsten Abschnitt genauer beleuchtet wird, zum Tragen. Andererseits sind soziale Fertigkeiten und die Fähigkeit, Sozialkontakte und Beziehungen eingehen zu können besonders wichtig. Sie teilen diese Merkmale auf zwei Dimensionen, die „Autonomie“ und „Bezogenheit“ darstellen, auf. Wenn ein Übermaß an Autonomiebestreben, laut Autoren auch Ich-Orientierung genannt, vorhanden ist, dann kommt es zu aggressivem Verhalten. Das starke Vorhandensein an Bezogenheit (Du-Orientierung) hat die Abhängigkeit von anderen Menschen und oftmals ängstliche Verhaltensmuster zur Folge. Somit sollte eine Balance zwischen den beiden Dimensionen angestrebt werden, damit eine möglichst gute Entwicklung von sozialen Kompetenzen gewährleistet werden kann.

Manns und Schultze (2004) versuchen sich der Problematik dahingehend zu nähern, dass sie drei Gemeinsamkeiten bisheriger Definitionsversuche von sozialer Kompetenz aus der Literatur herausfiltern und in ihrem Werk genau anführen. Diese sollen nun im Folgenden dargestellt werden.

1. Soziale Kompetenz befasst sich mit „Fähigkeiten und Fertigkeiten von Individuen und Gruppen, die den sozialen Umgang zwischen diesen strukturieren, erleichtern und steuern“ (S.53).
2. Definitionsversuche gehen davon aus, dass „Defizite in diesen Fertigkeiten die Kommunikation erschweren und beim Individuum als „Mangel“ oder gar als „Persönlichkeitsschwierigkeiten“ gesehen werden“ (S.53).
3. Verhaltensstörungen werden als primär im psychosozialen Zusammenhang gesehen. Sie sind „unmittelbare oder langfristige Folgen unbefriedigter Kommunikation aufgrund inadäquater und störender Interaktionsformen eines oder mehrerer Kommunikationspartner“ (S.53).

Demnach kommen soziale Kompetenzen, wie schon weiter oben beispielsweise in Kannings (2002) und Jerusalem und Klein-Heßlings (2002) Definitionen vorgestellt, erst in sozialen Interaktionen zum Tragen, weshalb sie nicht als feste, unveränderliche Persönlichkeitsmerkmale anzusehen sind.

Herbert (1999) geht davon aus, dass soziale Kompetenzen von frühester Kindheit an gelernt werden müssen. Verschiedene Fertigkeiten, wie lesen, schreiben oder eine Straße überqueren, machen Kinder weniger Probleme beim Erlernen als soziale Kompetenzen. Schwierigkeiten, die auftreten können, sind vor allem in Bereichen wie Freundschaften knüpfen, Beziehungen pflegen oder sich in Gruppen einordnen zu finden. Nach Herbert (1999) sind soziale Kompetenztrainings sehr wirksam, da sozial kompetente Kinder besser in der Lage sind, mit provokativen Situationen fertig zu werden, denn sie setzen angemessene Reaktionen, wie Kompromissbereitschaft oder Humor ein. Kompetente junge Menschen verfügen über mehr Techniken, um zwischenmenschliche Probleme zu lösen. Sozial inkompetente Kinder hingegen reagieren oft mit Rückzug, Scheu oder aggressivem Verhalten auf Problemsituationen. Das bedeutet, sie finden seltener geeignete Konfliktlösungen. Infolge von Inkompetenz treten Defizite in schulischen Leistungen, psychischer Gesundheit, emotionalem Wohlbefinden, Gleichaltrigen- aber auch Erwachsenenbeziehungen auf. Diese Annahme deckt sich mit der oben beschriebenen Definition von Perren und Kollegen (2008), dass fehlende fremdbezogene Kompetenz zu Problemen in Gleichaltrigenbeziehungen führt, was wiederum emotionale Schwierigkeiten nach sich zieht. Auch Jerusalem und Klein-Heßling (2002) betonen, dass die Entwicklung sozialer Kompetenzen schon im Vorschulalter enorm wichtig ist, um beispielsweise interpersonelle Probleme lösen zu können. Außerdem hilft das Konstrukt dabei, im fortschreitenden Alter soziale Schlüsselreize (wie zum Beispiel Wut) leichter interpretieren und adäquater darauf reagieren zu können. Runde (1998) hat versucht, die Teilfähigkeiten, die für soziale Kompetenzen wichtig sind, herauszufiltern. Somit zeichnen sich sozial kompetente Persönlichkeiten dadurch aus, dass sie über verschiedene Fähigkeiten verfügen. Zum einen ist die soziale Wahrnehmungskompetenz wichtig. Diese umfasst die Fähigkeit, Situationen in Bezug auf das eigene, persönliche Ziel angemessen wahrzunehmen. Des Weiteren ist das eigenes Selbst- und Stimmungsmanagement von besonderer Bedeutung. Darunter versteht man die Fertigkeit, seine eigenen Emotionen wahrnehmen zu können und richtig einzusetzen. Eine aktive Rolle, wie zum Beispiel die Initiative zu ergreifen und sich durchsetzen zu können, gehört auch zu den wichtigen Komponenten. Weiters ist die Kommunikationsfähigkeit zu erwähnen. Diese beschreibt die Fähigkeit, sich verbal und nonverbal angemessen ausdrücken zu können. Konflikt- und Kritikfähigkeit spielt in diesem Zusammenhang allerdings auch eine wichtige Rolle. Wenn man mit Konflikten situationsgerecht umgehen kann, und Kritik angemessen aufnehmen und geben kann, gilt man als konflikt- und kritikfähig. Außerdem erwähnen die Autoren das Beziehungsmanagement. Darunter versteht man soziale Kontakte aufzubauen, aufrecht zu halten, zu vertiefen, oder, wenn es notwendig ist, abubrechen. Teamkompetenzen, welche die Fähigkeit bezeichnen aufgaben- und zielorientiert mit Gruppenmitgliedern zu

kooperieren, sind ebenfalls zu nennen. Zuletzt werden noch Führungskompetenzen beschrieben. Wenn eindeutige Hierarchien zwischen Personen bestehen, sind Führungskompetenzen ausschlaggebend, dass die Interaktion erfolgreich verläuft. Als Beispiel wird erwähnt, dass Verantwortung übernommen werden soll und Mitarbeiter gefördert werden sollen.

Caldarella und Merrell (1997) haben sich mit der Begriffsbestimmung von sozialer Kompetenz, im speziellen Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen beschäftigt. Sie haben eine Metaanalyse durchgeführt und fünf Merkmalskategorien herausgefunden, die wichtig sind, wenn man das Konstrukt beschreiben möchte:

1. Fähigkeit zur Bildung positiver Beziehungen zu Gleichaltrigen:
Darunter versteht man beispielsweise das Anbieten von Hilfe für andere.
2. Selbstmanagementkompetenzen:
Diese zeichnen sich durch Ärgerkontrolle oder Konfliktfähigkeit aus.
3. Akademische Kompetenzen:
Zu diesen zählt die Fähigkeit, den Instruktionen des Lehrers zuzuhören oder ihn gegebenenfalls um Hilfe zu bitten.
4. Kooperative Kompetenzen:
Wenn soziale Regeln anerkannt werden, gilt man als kooperativ kompetent.
5. Durchsetzungsfähigkeit:
Darunter versteht man das Initiieren von Gesprächen oder Freundschaften schließen zu können.

Eine weitere Definition von sozialer Kompetenz stellen Laireiter und Lager (2006) in ihrem Artikel vor. Nach dieser stellen Fertigkeiten zur Erfüllung sozialer Bedürfnisse und Ziele die wichtigste Komponente sozialer Kompetenzen dar. Die Autoren zitieren weiters Eckermann und Stein (1982), die unter Fertigkeiten „die Initiierung und Aufrechterhaltung von Kontakten, die Gewinnung von Aufmerksamkeit und emotionaler Zuwendung, sowie den Erhalt von Informationen und der Hilfe anderer“ (S. 70) ansehen. Außerdem sind für Eckermann und Stein (1982) Kooperation mit anderen Menschen und die Beteiligung an gemeinsamen Aktivitäten von großer Wichtigkeit. Laireiter und Lager (2006 zitiert nach Röhrle & Sommer, 1994) betonen, dass soziale Kompetenz Voraussetzung dafür ist, dass man stabile und gute Beziehungen aufbauen kann. Allerdings werden eben diese Beziehungen dazu benötigt, um soziale Kompetenzen zu entwickeln, weshalb man von

einem transaktionalen Prozess sprechen kann. Soziale Kompetenzen entwickeln sich zwar während der Kindheit am ehesten, werden aber ebenso in der weiteren Lebensspanne aufgebaut, vor allem mit Hilfe von sozialen Beziehungen. Laireiter und Lager (2006) stellen in ihrem Beitrag eine Studie von van Aken (1994) vor, die genau diesen Aspekt überprüft hat. Beziehungsrelevante Unterstützung fördert die Ausbildung sozialer Kompetenzen, welche dann wiederum den Erhalt der Unterstützung sichern. In diesem Zusammenhang spielen vor allem die Mütter eine große Rolle, da diese vor allem in der frühen Kindheit als wichtigste Bezugsperson angesehen werden. Van Aken (1994) fand heraus, dass besonders unterstützende und einfühlsame Mütter dazu beitragen, dass soziale Kompetenzen bei Kindern ausgeprägt werden. An dieser Stelle wird auf Kapitel 2, Abschnitt 2.2.2, verwiesen, wo die Wichtigkeit von frühkindlichen Beziehungen in Zusammenhang mit Prävention aufgezeigt wurde. Aufgrund dessen kann der Schluss gezogen werden, dass Beziehungen, besonders im frühkindlichen Stadium, für eine geregelte Entwicklung ausschlaggebend sind. Allerdings gibt es auch gegenteilige Ergebnisse von Studien. Eine davon ist die von Rhule, McMahan und Spieker (2004). Diese führt zur Schlussfolgerung, dass eine negative Kinderziehung nicht mit einer negativen Entwicklung von sozialer Kompetenz bei Kindern zusammenhängt. Dieses Ergebnis war auch für die Autoren eher überraschend, da all die Vorstudien einen Hinweis auf ein Zusammenspiel gefunden haben. Rhule, McMahan und Spieker (2004) führen diesen Aspekt aber darauf zurück, dass sie in ihrer Studie soziale Kompetenz nur hinsichtlich der Lehrermeinung in der Schule gemessen haben und dies, ihrer Meinung nach, nicht die soziale Kompetenz zeigt, die durch Erziehung hervorgerufen wurde.

Laireiter und Lager (2006) haben in ihrer Studie herausgefunden, dass im Gegensatz zu reinem Durchsetzungsvermögen (Kanning, 2002 zitiert nach Hinsch & Pfungsten, 2002), soziale Beziehungen durch Kontaktfähigkeit, Selbstsicherheit und Wertschätzung durch andere entstehen. Solche Kompetenzen tragen auch wesentlich dazu bei, dass, wie schon weiter oben erwähnt, emotionale und unterstützende Beziehungen aufgebaut und erhalten werden können, sowie interpersonellen Belastungen präventiv entgegengewirkt werden kann. Die Studie hat aber auch überprüft, welche Auswirkungen belastende Beziehungen auf die Entwicklung von sozialer Kompetenz haben und sind zu dem Schluss gekommen, dass sich diese negativ auf deren Ausprägung auswirken. Wenn aber ein positives soziales Selbstkonzept (welches in Abschnitt 3.1.2 genauer definiert wird) verfügbar ist, wirken diese als so genannte „Puffer“ gegen belastende Beziehungen, weshalb diese nicht die gleichen negativen Folgen haben.

Petermann und Petermann (1990) heben hervor, dass sich soziale Kompetenz bei Kindern dadurch auszeichnet, dass sie frei von sozialer Angst sind und dass sie über soziale Fertigkeiten verfügen. Zu ersterem gehört das Vorhandensein eines positiven Selbstkonzepts (Verweis auf Abschnitt 3.1.2), das dazu beiträgt, dass gar keine Angst zu Stande kommt. Das Freisein von sozialer Angst ist deswegen so eng mit sozialer Kompetenz verbunden, weil diese die Kinder hemmen kann, überhaupt in eine soziale Interaktion zu treten. Das Nichtvorhandensein ist also als Motivationsvoraussetzung (Petermann & Petermann, 1989) zu sehen. Allerdings stehen die beiden Begriffe reziprok zueinander, da man aufgrund sozialer Angst ein Vermeidungsverhalten anstrebt, was zur Folge hat, dass man soziale Interaktionen meidet, auch wenn man soziale Fertigkeiten besitzen würde. Diese Vermeidung hat wiederum die Konsequenz, dass die Fertigkeiten nicht weiter ausgebildet werden können, da man immer wieder Kommunikation meidet. Wenn soziale Fertigkeiten nur schwach ausgebildet sind, dann können Misserfolge entstehen, die wieder die soziale Angst verstärken.

In Bezug auf Schule und Bildung setzt man bei den Schülern heutzutage viele Fähigkeiten und Fertigkeiten voraus. Rohlf's, Harring und Palentien (2008) heben hervor, dass vor allem „hard“ und „soft skills“ im Vordergrund stehen. Unter ersteren versteht man fachlich messbare Kompetenzen und unter letzteren Teamfähigkeit, Kompromissbereitschaft, Kooperationsfähigkeit oder emotionale Belastbarkeit. Auf die „soft skills“ wird immer mehr Wert gelegt, da Bildung darauf abzielen soll, die gesamte Persönlichkeit zu berücksichtigen.

Soziale Kompetenzen sind im Berufsleben meistens Voraussetzung, um einen Job zu bekommen. Dabei werden neben Fachwissen und Methodenkenntnissen, Kompetenzen immer in den Vordergrund gestellt. Aber auch in der, sogenannten „Managerliteratur“ herrscht keine Einigkeit darüber, was einen Menschen auszeichnet, der sozial kompetent ist. Um sicher zu gehen, dass man für die Arbeit ausreichend kompetent ist, gibt es auch Schnellkurse, die angeboten werden, damit man die Kompetenzen stärkt. Aber laut Walden und Walter (2001 zitiert nach Mohr, 1998) bringen Crashkurse nicht den gewünschten Nutzen mit sich, da das Erlernen und Stärken von sozialen Kompetenzen einen längeren Weg in Anspruch nimmt. Die Autoren betonen, dass man lernen muss, sie selbst zu beobachten, aber auch die Reaktionen der Mitmenschen beachten muss, damit man auf seine Stärken und Schwächen aufmerksam gemacht wird.

3.1.1.1. Das Fehlen von sozialen Kompetenzen

Die Autoren Manns und Schultze (2004) heben hervor, dass das Fehlen von Kompetenzen beziehungsweise das Erscheinen von Inkompetenz wesentlich von den Normen und Werten der betroffenen Personen abhängt. Als inkompetent wird jener angesehen, der für soziale Anforderungen keine als angemessen gesehene Reaktion zur Verfügung hat. Tendenzen zum sozial kompetenten Handeln werden im Laufe der Entwicklung erworben (beispielsweise durch Bestätigung oder Modelllernen), oder können, in speziellen Trainings oder Therapien erlernt beziehungsweise aufgefrischt werden. Hinsch und Pfingsten (2007) sehen die Problematik von inkompetentem Verhalten darin, dass es sich in vermeidend-unsicheren oder zudringlich-aggressiven Verhaltensweisen äußern kann. Sie gehen von einem multifaktoriellen Ansatz aus, der beschreibt, dass inkompetentes Verhalten auf jeder Ebene des oben dargebotenen Modells (Abbildung 1) entstehen kann. Forscher haben allerdings in der Vergangenheit den Standpunkt vertreten, dass nur eine einzige Ebene, wie beispielsweise störende Emotionen, für das Nichtvorhandensein von Kompetenz verantwortlich ist. Die Autoren Hinsch und Pfingsten (2007) heben fünf Teilprozesse hervor, bei denen sozial inkompetentes Verhalten entstehen kann. Erstens wird situationale Überforderung erwähnt. Inkompetentes Verhalten kann manchmal dadurch hervorgerufen werden, dass die Person mit der Situation an sich überfordert ist, in der sie sich befinden. Kognitive Probleme, wie Wahrnehmung, Interpretation und Antizipation sind als zweiter Faktor darzustellen. Manche Personen nehmen soziale Situationen falsch wahr, sodass sie eine erfolgreiche Problembewältigung nicht zulassen oder zumindest erschweren können. Dabei kann es zur einer ungünstigen Wahrnehmung der sozialen Situation und der beteiligten Partner kommen, oder auch zu ungünstigen Annahmen über das Zustandekommen der Situation, sowie zu einer ungünstigen Einschätzung der Erfolgchancen. Unter diesen Punkt fallen aber ebenso die problematischen Hintergrundfaktoren. Soziale Kompetenzprobleme können sich auch so äußern, dass die betroffene Person mit erhöhter Selbstaufmerksamkeit reagiert, was wiederum zur Folge hat, dass kaum noch Aufmerksamkeitsressourcen für eine differenzierte Wahrnehmung und Analyse der äußeren Situationen vorhanden sind. Emotionale Probleme spielen in diesem Zusammenhang auch eine wichtige Rolle. Physiologische und emotionale Prozesse waren in der früheren Forschung Mittelpunkt der Annahme, warum Menschen sozial inkompetent reagieren. Das Augenmerk darf nicht nur auf objektiv messbare Emotionen (zum Beispiel Herzklopfen) gelegt werden, sondern muss auch die subjektiven Emotionen beachten. Wenn also negative subjektive Emotionen erlebt werden, kann dies dazu führen, dass sozial inkompetente Verhaltensweisen durchgeführt werden, um wieder ein emotional angenehmes Gefühl zu erleben. Ungünstiges motorisches Verhalten gehört auch zu den Teilprozessen. Eines der größten Probleme stellt beispielsweise das Vermeidungsverhalten

dar. Wenn eine Person gelernt hat, für sie sozial kritische Situationen aus dem Weg zu gehen, wird auf die Verwirklichung der eigenen Ziele verzichtet. Dies widerspricht wiederum der Definition von sozialer Kompetenz, dass man sein Recht durchsetzen möchte. Verhaltenskonsequenzen sollen zuletzt auch noch erwähnt werden. Wenn Personen schon einmal ein ungünstiges Konsequenzereignis erlebt haben, werden sie in Zukunft eher dazu tendieren anderes zu reagieren, auch wenn dieses Verhalten dann sozial inkompetent erscheint. Wenn Menschen dann auch noch in diesem veränderten Verhalten bestärkt werden, kann dies zu einer Aufrechterhaltung der inkompetenten Verhaltensmuster führen. Auch im Berufsleben kann es zu erheblichen negativen Folgen durch Inkompetenz kommen. Um mit frustrierenden Erlebnissen in der Arbeitswelt umgehen zu können, ist soziale Kompetenz unbedingt notwendig (Koob, 2008).

Sailes und Kisons (2002) Annahmen über sozial inkompetentes Verhalten basieren auch auf ähnlichen Aspekten wie die von Hinsch und Pfingsten (2007). Defizite in kompetentem Verhalten zeigen sich auch auf den drei Ebenen: kognitiv, emotional und motorisch. Die Autoren definierten genauer, dass kognitive Einbußen zur Folge haben, dass beispielsweise Kinder fälschlicherweise annehmen, dass anderen ihnen gegenüber feindlich eingestellt sind. Des Weiteren sind, insbesondere bei neuen Situationen, negative Kompetenzerwartungen vorhanden, die hinderlich daran sind, sich überhaupt in diese Situation zu begeben. Auf emotionaler Ebene spielen soziale Unsicherheiten eine große Rolle, es können aber auch soziale Ängste oder das Gefühl von Hilflosigkeit zum Tragen kommen. Vor allem inkompetente Kinder ziehen sich, hinsichtlich des motorischen Aspekts, schnell zurück und lassen sich von anderen Kindern dominieren. Außerdem zeichnen sie sich dadurch aus, dass sie eher leise und undeutlich sprechen, oder wenig Blickkontakt zu anderen Kindern halten.

Genau aus diesem Grund, dass soziale Kompetenzen immer wichtiger werden und weil das Fehlen von diesen in vielerlei Hinsicht negative Konsequenzen zur Folge hat, beschäftigt sich die Diplomarbeit damit, soziale Kompetenzen schon in jungen Jahren aufzubauen und zu stärken. Ziel ist es, Gleichaltrigenbeziehungen, aber auch Beziehungen zu Eltern und Lehrern zu stärken und des Weiteren zu verhindern, dass aufgrund des Nichtvorhandenseins von Kompetenzen negative emotionale Auswirkungen auf die Person selbst auftreten.

3.1.2 Selbstkonzept

Im letzten Abschnitt wurde der Begriff des Selbstkonzepts des Öfteren angesprochen und soll nun, im Folgenden, genau abgehandelt werden. Wenn man sich nochmals die Definition von sozialer Kompetenz von Petermann und Petermann (1990) vor Augen führt, die beinhaltet, dass man dann sozial kompetent ist, wenn man unter keiner sozialen Angst leidet, was wiederum nur durch ein positives Selbstkonzept gewährleistet ist, soll zuerst näher darauf eingegangen werden, was die Autoren Petermann und Petermann (1989) unter Selbstkonzept verstehen. Das Selbstkonzept beinhaltet das gesamte Wissen über sich selbst und die Erfahrungen, die man im Laufe der Zeit gesammelt hat. Man kann es als eine innere Repräsentation der eigenen Person sehen, die im besten Fall mit dem Idealselbstbild übereinstimmt. Um dies noch mehr zu veranschaulichen, stellt Tabelle 1 die Möglichkeiten, wie man zu Realselbstbild und Idealselbstbild stehen kann, genauer dar:

Tabelle 1: Realselbst, Idealselbst (Petermann & Petermann, 1989)

	Positiv	Negativ
Realselbst	Akzeptieren (So wie ich bin, möchte ich bleiben)	Kritisieren (So wie ich bin, möchte ich nicht bleiben)
Idealselbst	Aufsuchen (So möchte ich werden)	Meiden (So möchte ich nicht werden)

Wenn der günstige Fall eingetreten ist, dass das positive Idealselbstbild mit dem positiven Realselbstbild übereinstimmt, dann besteht ein positives Selbstkonzept. Diese führt wiederum zu Selbstvertrauen, welches Voraussetzung für Selbstsicherheit (Verweis auf Abschnitt 3.1.3), soziale Kompetenz und Freisein von sozialer Angst ist. Mummendey's (1995) geht davon aus, dass das Selbstkonzept als Einstellung angesehen werden kann, die der Mensch sich selbst gegenüber hat. Diese Definition beinhaltet wiederum, dass ein positives Selbstkonzept nur durch einen entsprechend positiven Selbstwert entstehen kann, welcher in Abschnitt 3.1.3 genauer behandelt.

Einen anderen Zugang liefert Kern (2005), wonach das Selbstkonzept zwar auch die Merkmale umfasst, die die Person zu sich gehörig ansieht, aber der Autor betont, dass diese oft durch andere Menschen zugeschrieben werden. Demnach nimmt der Mensch in sozialen Interaktionen Informationen aus der Umwelt über sich selbst auf, welche dann mit Hilfe des Selbstkonzepts verarbeitet werden. Weiters hat das Selbstkonzept zur Aufgabe, dass es Verhalten steuert und Ereignisse erklärt, vorhersagt und kontrolliert (Kern, 2005 zitiert nach Baldering, 1998). Des weiteren ist der Autor der Annahme, dass das Konzept persönliche Erinnerungen und Selbstschemata über Fähigkeiten, das ideale Selbst und das mögliche Selbst beinhalten und auch Einstellungen darüber umfasst, wie man selbst auf anderen Personen wirkt (Kern, 2005 zitiert nach Baldering, 1998). Die Entwicklung des Selbstbildes beginnt, laut Kern (2005 zitiert nach Marsh, Ellis & Carven, 2002) mit einem Alter ab vier Jahren, da die Kinder dann in der Lage dazu sind, zwischen den verschiedenen Bereichen des Konzepts zu unterscheiden. In diesem Zusammenhang muss wieder auf die Wichtigkeit von Eltern-Kind-Beziehungen hingewiesen werden, da ein positives Selbstkonzept der Eltern wesentlich dazu beiträgt, dass auch deren Kinder positive Selbstkonzepte entwickeln.

Kanning (2000) betont, dass zum eigenen Selbst unterschiedliche Konzepte beitragen. Er unterscheidet zwischen privaten und öffentlichen Konzepten. Private sind Vorstellungen, die das Individuum von sich selbst hat und öffentliche Konzepte sind jene, die andere Menschen von einer Person entwickeln. Weiteres können Selbstkonzepte retrospektiv sein, aber auch Bezug zur Gegenwart und Zukunft haben. Kanning (2000) hebt weiters hervor, dass diese Vorstellungen realistisch, aber auch hypothetisch sein können.

Im Speziellen lässt sich auch ein schulisches Selbstkonzept vom allgemeinen Selbstkonzept ableiten, das auch in Zusammenhang mit sozialen Kompetenzen eine wichtige Rolle spielt. Das Konzept bezieht sich auf die Teilbereiche, die mit Leistungen in der Schule zu tun haben. Viele Autoren gehen davon aus, dass die schulischen Selbstkonzepte geschlechtsabhängig variieren. Schilling, Sparfeldt und Rost (2006) versuchen in ihrer Studie der Frage genauer auf den Grund zu gehen, ob es wirklich Geschlechtsunterschiede hinsichtlich des schulischen Selbstkonzepts gibt. Das Ergebnis ihrer Untersuchung ist, dass Burschen keine, wie vorher angenommen, höhere Ausprägung hinsichtlich mathematischen Teilbereichen des Selbstkonzepts haben und auch Mädchen keine, wie ebenfalls vorher angenommen, höheren Werte in Bezug auf sprachliche Fähigkeiten haben. Daraus kann geschlossen werden, dass Stärkungen des schulischen Selbstkonzepts nicht speziell für Buben und Mädchen getrennt ausgerichtet werden

müssen, sondern geschlechtsneutral durchgeführt werden können. In jedem Fall ist ein positives Selbstkonzept wichtig und von Vorteil.

3.1.3 Selbstsicherheit, Selbstwert

Auch der Begriff der Selbstsicherheit wurde bereits des Öfteren in Zusammenhang mit sozialer Kompetenz erwähnt. Vor allem frühere Definition von sozialer Kompetenz beinhalten Selbstsicherheit als wichtige Komponente. Aufgezeigt wurde ebenso, dass sich sozial inkompetentes Verhalten auch in unsicheren Verhaltensweisen äußern kann (Hinsch & Pflingsten, 2007). Der logische Schluss daraus ist, dass das Ziel ebenfalls darin besteht, die Selbstsicherheit zu stärken, was wiederum die soziale Kompetenz verbessern kann. Was versteht man aber genau unter Selbstsicherheit? Jugert, Rehder, Notz und Petermann (2004 zitiert nach Bandura, 1994) gehen davon aus, dass sich Selbstvertrauen und Selbstsicherheit erst dann aufbauen kann, wenn andere Voraussetzungen gegeben sind:

1. Erleben eigener Wirksamkeit
2. Kompetentes, zielorientiertes Handeln
3. Vielfältige Möglichkeiten der Problembewältigung
4. Überwinden von Misserfolgen/Bewältigen von immer schwierigeren Problemen
5. Selbstvertrauen und Selbstsicherheit

Es handelt sich hierbei um eine stufenweise Entwicklung der Selbstsicherheit. Die Autoren sehen vor allem in Rollenspielen die Möglichkeit, das Selbstvertrauen von Jugendlichen aufzubauen. Sie stellen sich insbesondere deshalb als besonders wirkungsvoll heraus, weil der Trainer gezielt und differenziert Rückmeldung vom gezeigten Verhalten geben kann und man somit individuell auf die jungen Erwachsenen eingehen kann. Die erwünschten sozial kompetenten beziehungsweise selbstsicheren Verhaltensweisen können somit geübt werden, was für eine längerfristige Aufnahme in das Verhaltensrepertoire notwendig ist. Dabei zählt: Je realistischer ein Rollenspiel gestaltet wird, desto eher wird es den gewollten Effekt erzielen.

Eine allgemeine Definition von Selbstsicherheit findet man bei Winkler (2008), die besagt, dass Selbstsicherheit die Fähigkeit ist, seine eigenen Bedürfnisse und Rechte auszusprechen und im weiteren auch zu erreichen, ohne aber die Grenzen eines anderen Menschen zu überschreiten. An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass sich diese

Begriffserklärung stark mit der von sozialer Kompetenz überschneidet (siehe beispielsweise Kanning, 2002). Diese besagt, dass man einen Kompromiss finden muss, zwischen seinen eigenen Bedürfnissen und denen der Umwelt. In jedem Fall hängen Selbstsicherheit und soziale Kompetenz eng miteinander zusammen und es liegt auf der Hand, dass ohne das notwendige Selbstvertrauen kompetente Handlungen nicht durchgeführt werden können, weshalb etwaige Trainingsprogramme auch immer den Aspekt beachten müssen, dass die Selbstsicherheit gestärkt werden soll. Genau aus diesem Grund wird das, in der vorliegenden Diplomarbeit, verwendete Kompetenztraining „Selbstsicherheitstraining“ genannt. Im folgenden Kapitel werden, bereits erfolgreich durchgeführte, Trainingsprogramme vorgestellt.

Um eine Verbindung mit dem Selbstkonzept herzustellen, wird nochmals auf die Definition von Mummendey (1995) verwiesen, die besagt, dass ein positives Selbstkonzept nur mit einem positiven Selbstwert erreicht werden kann. Unter einem positivem Selbstwert kann grundsätzlich verstanden werden, dass der Vergleich zwischen Anforderungen und subjektive Fähigkeiten diesen gerecht zu werden, gut ausfällt. Selbstwert entsteht in seinen Wurzeln durch die Rückmeldung durch andere. Nach Lersch (1962) besteht bereits im Kindesalter ein gewisses Bedürfnis nach Wertschätzung von anderen Menschen. Im Laufe der kognitiven Entwicklung nimmt die soziale Abhängigkeit ab, weshalb es zu einer Relativierung der Fremdbeurteilung kommt. Aus diesem Grund wird die Fähigkeit zur Selbstbeurteilung gesteigert und nimmt immer differenziertere Formen an. Lersch (1962) betont in diesem Zusammenhang, dass eine positive Bewertung durch die eigene Person grundsätzlich wichtiger erscheint, als die durch andere. Allerdings kann durch Rückmeldung anderer Menschen der Selbstwert gesteigert beziehungsweise geschwächt werden. Genau aus diesem Grund wird im vorliegenden Selbstsicherheitstraining Wert darauf gelegt, dass die Jugendlichen lernen, wie man richtig Feedback geben kann, ohne den anderen Menschen von Grund auf zu verletzen (siehe Abschnitt 4.3). Kanning (2000) verweist auf den positiven Zusammenhang zwischen Selbstwert und subjektiven Wohlbefinden. Deswegen soll natürlich auch immer versucht werden, den Selbstwert zu steigern.

3.2 Trainingsprogramme zur Förderung sozialer Kompetenzen

In der Vergangenheit haben sich einige Trainingsprogramme zur Förderung sozialer Kompetenzen bewiesen und waren sehr erfolgreich. Im Speziellen sollen drei von diesen

Programmen im Folgenden vorgestellt werden, worunter sich auch das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) befindet, auf das das in der vorliegenden Diplomarbeit, konzipierte Selbstsicherheitstraining, beruht.

3.2.1 Multiprofessionelle tiergestützte Intervention (MTI)

Die „multiprofessionelle tiergestützte Intervention“ (MTI) wurde von der Beratungslehrerin Ursula Handlos, der Klinischen und Gesundheitspsychologin Birgit U. Stetina und der Klinischen und Gesundheitspsychologin, sowie Verhaltenstherapeutin Ilse Kryspin-Exner ins Leben gerufen. Die Grundidee der MTI ist, dass mithilfe eines Tieres (in diesem Falle ein Hund) soziale, emotionale und andere Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten aufgebaut und gestärkt werden können. Das Ziel besteht darin, dass das Augenmerk auf die Gesundheit des Menschen an sich gelenkt wird. Sieben, so genannte Eckpfeiler sollen das Konzept noch verdeutlichen (Stetina, Handlos, Kryspin-Exner, 2005):

1. Verbindung/Beziehung mit dem Hund:
Dieser Punkt stellt die Basis für die MTI dar,
2. Unbedingte Freiwilligkeit aller Beteiligten,
3. Ressourcenorientierung,
4. Vermittlung von Werten:
Zentrales Thema ist, dass ein achtungsvoller und wertschätzender Umgang miteinander und auch gegenüber sich selbst, vermittelt wird,
5. Respektvoller Umgang mit Mensch und Tier,
6. Kommunikation:
Dabei ist der Dialog zwischen Mensch und Tier entscheidend,
7. Sozialisation

MTI basiert auf dem Verständnis von Gesundheit im Sinne eines bio-psycho-sozialen Wirkgefüges. Tiere tragen wesentlich zum Wohlbefinden des Menschen bei, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass Interventionen mit Tieren besonders effektiv sind (Stetina, Handlos, Burger, Turner & Kryspin-Exner, 2006). Die multiprofessionelle tiergestützte Intervention wurde in den letzten Jahren bereits mehrmals auf ihre Wirksamkeit hin überprüft und evaluiert. Das Training wurde beispielsweise in vier verschiedenen Schulen durchgeführt (Stetina, 2006). Dabei nahmen Kinder und Jugendlichen, die im Alter von sechs bis 16 Jahren waren, an der MTI teil. In einzelnen Einheiten wurden sowohl theoretische, als auch praktische Komponenten von ausgebildeten Mitarbeitern übermittelt.

Im Theorieteil wurden Themen wie „artgerechte Haltung“ oder „Wissen über Angst und Emotion“ mit den Schülern besprochen. Der praktische Teil, der nicht nur im Schulhaus, sondern auch in Parks stattfinden kann, hat sich auf Übungen am Hund, aber auch auf Stressmanagementtechniken konzentriert. Das Training wurde mittels ausgewählter Instrumente evaluiert und konnte positive Veränderungen verzeichnen. Vor allem im Bereich des psychischen Wohlbefindens fand eine Verbesserung durch die MTI statt. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass die tiergestützte Intervention eine viel versprechende Maßnahme ist, um Gesundheit zu fördern (Stetina, 2006). MTI erbrachte bei weiteren Evaluationen ebenso erfreuliche Ergebnisse. Verbesserungen konnten vor allem auch in Bereichen der emotionalen und sozialen Kompetenzen erzielt werden. Außerdem konnten positive Veränderungen in Bereichen der Emotionsregulation und Emotionserkennung verzeichnet werden (Stetina, Handlos, Burger, Turner & Kryspin-Exner, 2006). Auch einige Diplomarbeiten (siehe beispielsweise Prash, 2005; Turner, 2007; Burger, 2007; Glaser, 2008) haben sich mit dem Thema der MTI auseinandergesetzt und deren Wirksamkeit untersucht. Prash (2005) hat herausgefunden, dass die Teilnehmer der Versuchsgruppe ein stärkeres Akzeptanzgefühl von Gleichaltrigen im Laufe des Trainings entwickelt haben. Die Videoaufzeichnungen lassen darauf schließen, dass die verbalen und nonverbalen Kommunikationsfähigkeiten, die Team- und Durchsetzungsfähigkeit, die Kontaktstärke, sowie die Selbstsicherheit und Entspannung eine positive Entwicklung durchgemacht haben (S. 122). Burger (2007) und Turner (2007) konnten in ihrer Diplomarbeit zeigen, dass mithilfe der MTI sowohl emotionale, als auch soziale Kompetenzen gesteigert werden können. Glaser (2008), die neben einer Prä- Posttestung auch eine follow-up Untersuchung durchgeführt hat, fand heraus, dass vor allem Langzeiteffekte im Bereich der subjektiven Einstellung dem eigenen Körper und dessen Fähigkeiten gegenüber durch die MTI verzeichnet werden können. Des Weiteren wurden positive Effekte hinsichtlich der emotionalen Kompetenzen gefunden, was dahingehend interpretiert werden kann, dass sich die Art und Weise, wie mit negativen Gefühlen umgegangen wird, verbessert hat.

Aufgrund dieser vorliegenden Ergebnisse kann die MTI als sehr effektives Interventionsprogramm angesehen werden und bestätigt eigentlich nur die, in der Vergangenheit bereits angenommene Annahme, dass Tiere sehr zum Wohle des Menschen, insbesondere des körperlichen, beitragen (Glaser, 2008 zitiert nach Greiffenhagen, 1991). Die Arbeit mit Tieren besticht vor allem durch die Aspekte, dass relativ schnell eine vertraute Atmosphäre geschaffen werden kann, die auch nahen Körperkontakt zulässt (Glaser, 2008 zitiert nach Otterstedt, 2003) und dass eine Verständigung „ohne Worte“ stattfindet, weshalb bei den Menschen vor allem die

nonverbale Kommunikation, wie Blicke, Bewegungen oder Berührungen, geschult werden können.

3.2.2 Wiener soziales Kompetenztraining (WiSK)

Das Wiener soziale Kompetenztraining (WiSK) wurde vor allem aus der Tatsache heraus entwickelt, dass aggressives Verhalten von Schülern in den letzten Jahren als ein immer größer werdendes Problem angesehen wurde und die Nachfrage nach Präventionsprogrammen deshalb immer stärker geworden ist. Das Programm zeichnet sich im Speziellen dadurch aus, dass es ein ganzheitliches Schulprogramm darstellt, welches soziale Kompetenzen fördern möchte und aggressives Verhalten präventiv vermeiden versucht. Die Intervention erfolgt auf Klassenebene, allerdings werden sehr wohl auch Maßnahmen auf Schul- und Individualebene durchgeführt, weil Gewaltprävention und der Aufbau von sozialen Kompetenzen als Aufgabe der gesamten Schule angesehen wird. Konkret soll auf Schulebene erreicht werden, dass ein verantwortliches Lehrerteam gebildet wird, Schulregeln konzipiert werden, Lehrerfortbildungen angeboten werden, die Pausenaufsicht erhöht wird und ein konsequentes Eingreifen im Ernstfall gewährleistet ist. Auf Klassenebene ist das Ziel des WiSK, dass Klassenregeln festgelegt werden, ein Klassenmanagement erarbeitet wird und Projektstage eingeführt werden. Auf Schülerebene soll unter anderem erreicht werden, dass bei bestehenden Konflikten mit Opfern und Tätern gesprochen werden kann. Außerdem sollen auch die Eltern über die Aktionen in der Schule in Kenntnis gesetzt werden. Beispielsweise sollen die Eltern eines Täters noch am selben Tag darüber informiert werden, wenn sich das Kind aggressiv verhalten hat. Dabei ist es aber wichtig, dass der Täter nicht persönlich abgewertet wird. Ziel des Gespräches soll vielmehr sein, dass eine Zusammenarbeit mit den Eltern vorausgesetzt werden kann, was längerfristig zur einer Verhaltensänderung seitens des Kindes zur Folge haben soll. Aber auch die Eltern des Opfers sollen darüber informiert werden, dass das Kind zum Beispiel von anderen unterdrückt wird. Auch hier sollen die Eltern für eine Zusammenarbeit gewonnen werden (Strohmeier, Atria & Spiel, 2008).

Strohmeier, Atria und Spiel (2008) geben einen Überblick über theoretische Hintergründe des Programms und stellen das Training in seinen Grundzügen vor. Laut den Autoren manifestiert sich aggressives Verhalten in bestimmten sozialen Kontexten. Demnach ist auch aggressives Verhalten kontext- und situationsabhängig, genau wie die, in Abschnitt 3.1.1 näher erläuterte, soziale Kompetenz. Das WiSK basiert auf der Annahme, dass soziale Kompetenzen die Fähigkeiten beschreibt, seine eigenen Ziele zu erreichen und

dabei gleichzeitig positive Beziehungen mit anderen aufrechtzuerhalten (Strohmeier et al., 2008). Das WiSK hat zum Ziel, das Bewusstsein der sozialen Verantwortung bei allen beteiligten Personen zu stärken und Handlungsmöglichkeiten und Alternativen aufzuzeigen, die dazu führen, dass friedlich und positiv miteinander zusammengelebt werden kann. Auf Individualebene werden beispielsweise, in Bezug auf aggressives Verhalten, zwei Formen der Aggression unterschieden, denen mittels des WiSK entgegengewirkt werden soll. Zum einen richtet sich das Training auf proaktive Aggressivität. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass das Verhalten geplant und absichtlich, in Hinblick auf ein bestimmtes Ziel, ausgeführt wird. Meistens zeichnen sich solche Handlungen dadurch aus, dass Macht über das Opfer, oder Anerkennung und Ansehen erlangt werden möchte. Es ist also „Mittel zum Zweck“. Außerdem ist an der proaktiven Aggressivität markant, dass sie meistens mit positiven Gefühlen vom Ausführenden begleitet wird. Welche solche gezielten aggressiven Verhaltensmuster über einen längeren Zeitraum bestehen, spricht man von Bullying. Zum anderen wird der reaktive Aggressivität entgegen gewirkt. Dieses Verhalten beschreibt eine impulsive Handlungsweise in Folge von Provokation, Bedrohung oder Frustration. Dieses Verhaltensmuster wird meistens von negativen Gefühlen begleitet.

Die Autoren sehen zwei Möglichkeiten der proaktiven Aggression entgegenzuwirken. Diese bestehen darin, dass den Betroffenen erstens vor Augen geführt werden soll, was sie mit ihrem Verhalten hervorrufen (Tateinsicht) und dass zweitens das aggressive Verhalten nicht verstärkt wird. Diese Interventionsmöglichkeiten können besonders gut in der Klasse geübt werden, da beispielsweise prosoziales Verhalten in Rollenspielen erlernt werden kann. Die reaktive Aggressivität kann dadurch unterdrückt werden, dass eine adäquate Wahrnehmung und Interpretation der jeweiligen Situation erlernt wird und dass ebenfalls das prosoziale Verhalten gestärkt wird. Das WiSK wurde an mehreren Schulen durchgeführt und, mittels quasiexperimentellen Untersuchungen evaluiert. Die Ergebnisse lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass sich positive Effekte nach dem Trainings finden lassen, die in die gewünschte Richtung weisen. Die Anzahl der aggressiven Verhaltensweisen haben abgenommen und es zeigen sich vielmehr prosoziale Verhaltensweisen. Zwar sind die gefundenen Effekte nicht sonderlich groß, lassen aber auf den Erfolg des Trainings schließen, weshalb es weiter angewandt werden kann (Strohmeier, Atria & Spiel, 2008).

3.2.3 Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)

Das folgende Trainingsprogramm, das auf Hinsch und Pfingsten (2007) zurückgeht, wird etwas genauer beschrieben, da es die Basisliteratur zu dem in der vorliegenden Diplomarbeit konzipierte, Selbstsicherheitstraining darstellt. Wie in Abschnitt 3.1.1 beschrieben, gehen Hinsch und Pfingsten (2007) davon aus, dass soziale Situationen dann bewältigt werden können, wenn kognitive, emotionale und „offene“ Verhaltensweisen zusammenspielen. Demnach soll auch das GSK auf diesen drei Ebenen versuchen zu intervenieren. Zuerst wird die kognitive Ebene erwähnt. Das Trainingsprogramm des GSK dient auf kognitiver Ebene vor allem der Differenzierung der Wahrnehmung. Die emotionale Ebene wird ebenso berücksichtigt. Kernelement dieser Ebene stellen Entspannungstrainings, wie beispielsweise das Erlernen der progressiven Muskelentspannung nach Jacobsen, dar. Außerdem richtet sich das Training auch auf die motorische Ebene. Verhaltenstraining wird vor allem mithilfe von Videoaufnahmen und Rollenspielen durchgeführt.

An dieser Stelle soll die Wichtigkeit von Rollenspielen angesprochen werden. Sie haben nämlich, laut den Autoren Hinsch und Pfingsten (2007), zwei wesentliche Funktionen hinsichtlich eines Kompetenztrainings. Zum einen sollen diese den Zweck erfüllen, dass Zielverhaltensweisen in spielerischer Form und vor allem in geschützter therapeutischer Umgebung trainiert werden. Somit werden Verhaltensmuster erlernt, die dann in der realen und ernsten Situation angewandt werden können. Zum anderen werden die Teilnehmer mit oftmals gefürchteten Situationen konfrontiert, weshalb das Rollenspiel als Reizkonfrontation deklariert werden kann. Somit haben auch ängstliche Teilnehmer die Chance, einen therapeutischen Fortschritt zu erlangen, wenn sie sich in diesen Spielen behaupten. Einige weitere Vorteile des Rollenspiels gegenüber Übungen, die in vivo, also in einer realen Situation stattfinden, sollen im Folgenden aufgezeigt werden (Hinsch & Pfingsten, 2007, S. 109):

- Die Situation ist leichter herstellbar als eine in vivo Übung
- Rollenspiele stehen demnach immer und jeder Zeit zur Verfügung
- Der Ablauf ist besser manipulierbar
- Der Trainer ist dabei und bekommt somit einen Einblick in die Vorgehensweise der Teilnehmer
- Der Trainer kann jederzeit in das Geschehen eingreifen
- Rollenspiele dienen als Vorbereitung für in vivo Übungen

Des Weiteren werden Rollenspiele mit Einzelpersonen, aber auch mit ganzen Gruppen durchgeführt. Außerdem können auch Rückmeldungen von den anderen Teilnehmern als wichtiges Feedback für die Spielenden angesehen werden. Dadurch, dass das Training in einer ganzen Gruppe durchgeführt wird, bekommen die Teilnehmer das Gefühl, dass sie nicht alleine mit ihrem Problem sind und werden möglicherweise durch die anderen Personen motiviert, zu einem „richtigen“ Verhaltensmuster zu gelangen. Das GSK wird meistens auf Video aufgenommen, weil viel Wert auf das Video-Feedback gelegt wird. Dieses erleichtert auch den Trainern, auf jede einzelne Reaktion einzugehen und Rückmeldung darüber zu geben, was in der speziellen Situation vielleicht besser gemacht werden hätte können. Feedback ist aber im Allgemeinen im GSK wichtig, wobei genau darauf geachtet wird, wie man Rückmeldung gibt. Grundregel dabei ist, dass der Trainer soweit wie möglich die differentielle Verstärkung beachten soll. Dies bedeutet, dass sozial kompetentes Verhalten durch Selbstverstärkung bekräftigt wird und inkompetentes Verhalten ignoriert wird. Es wird immer versucht, destruktive Selbstkritik in konstruktive Vorsätze umzuwandeln. Des Weiteren sind Hausaufgaben ein wichtiges Thema des Trainings, da sie als Transfer-Technik verstanden werden können. Die Aufgabe besteht meist darin, das in der Stunde Gelernte in einer realen Alltagssituation auszuprobieren. Das GSK stellt hinsichtlich Jugendlichen eine Möglichkeit dar, soziale Kompetenzen aufzubauen, um präventiv gegen die Bildung psychischer Störungen zu wirken. Des Weiteren soll damit gewährleistet werden, dass drei wesentliche Entwicklungsaufgaben besonders gut bewältigt werden können. Die Berufs- und Tätigkeitsfindung spielt eine wesentliche Rolle, damit eine finanzielle Unabhängigkeit vom Elternhaus erreicht werden kann. Zweitens wird die Abnabelung von den Eltern und den gleichzeitigen Aufbau von eigenen sozialen Beziehungen erwähnt. Drittens ist die erfolgreiche Bewältigung von alterstypischen körperlichen Entwicklungen, wie Erlangen der Geschlechtsreife wichtig.

Das GSK wurde bereits dreimal bei einer Gruppe von Jugendlichen evaluiert und wird gerne eingesetzt. Eine frühe Studie von Affeldt (1981) wurde im Rahmen dessen Tätigkeit als Beratungslehrer an einer integrierten Ganztags-Gesamtschule durchgeführt. Die Wirksamkeit des Trainings wurde mittels Prä-Post Testung anhand von Problemfragebögen und Feedbackbögen untersucht. Die Ergebnisse der Studie lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass die Jugendlichen nach dem Training wenig „Fehlschlag- und Kritikangst“, wenig „Kontaktangst“ und geringe Schwierigkeiten im „Nicht-Nein-sagen-können“ aufwiesen. Die gefundenen Werte waren zwar nur gering signifikant, lassen aber trotzdem auf eine Wirksamkeit schließen. Das in der vorliegenden Diplomarbeit konzipierte

Selbstsicherheitstraining basiert auf diesen Annahmen, dass Rollenspiele, Feedback, Hausaufgaben, Entspannungstechniken und die richtige Balance zwischen theoretischen und praktischen Unterrichtsblöcken entscheidend für ein erfolgreiches Kompetenztraining sind.

3.3 Neue Medien

Im folgenden Abschnitt soll die Wichtigkeit der „Neuen Medien“ besprochen werden, welche die Argumente dafür darstellen, dass das Selbstsicherheitstraining in Zukunft auch online, also im Internet und nicht nur „face to face“, durchgeführt werden soll. Wenn man in der heutigen Zeit von „neuen Medien“ spricht, meint man meistens das Internet, obwohl unter dem Begriff mehr verstanden wird (Kirpal & Vogel, 2006). Allerdings gibt es den Begriff schon seit langer Zeit und dieser wurde immer anders interpretiert. Als sich das Radio etabliert hat, wurde dieses als neue Media bezeichnet, genauso wie das Fernsehen. Seitdem Internet wird der Begriff „neue Medien“ mit diesem in Verbindung gebracht (Lenzo, 2006). Mösnner, Zimmer, Wolf und Bauer (2008) gehen davon aus, dass die schnelle Entwicklung der technologischen Errungenschaften wesentlich dazu beiträgt, dass eine qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung, vor allem zu erschwinglichen Preisen, geboten werden kann. Zum einen besteht die Möglichkeit, sich im Internet überwichtige Themenbereiche zu informieren, zum anderen kann man auch mit anderen Menschen in Kontakt treten, die einem auf verschiedenste Weise helfen können. Dies können Personen vom Fach, wie beispielsweise Psychologen, oder auch Laien sein. Beide Möglichkeiten haben Vor- und Nachteile. Vorteile können sicherlich darin gesehen werden, dass das Internet, Tag und Nacht zur Verfügung steht, weshalb gewährleistet werden kann, dass man immer darauf Zugriff hat, wann auch immer man die Information oder Kommunikation braucht. Weiters spielt die Tatsache der Anonymität eine wichtige Rolle. Manche Menschen haben Hemmungen zu ihren Problemen zu stehen und sich in der Realität Hilfe zu holen, weshalb das Internet diesen Personen viele Möglichkeiten bietet, trotzdem ihre Anliegen mitteilen zu können. Einen wesentlichen Nachteil, der gleichermaßen auf Informationssuche und Kontakt mit Laien, anwendbar ist, stellt die Tatsache dar, dass man sich nie über die Qualität des Inhalts sicher sein kann (Mösnner, Zimmer, Wolf & Bauer, 2008 zitiert nach Eysenbach, 2003). Da auch Privatpersonen zu jedem Thema eine Internetseite erstellen können, kann über die Glaubwürdigkeit dieser oftmals nur spekuliert werden. Diesem Aspekt versucht man mittels Gütesiegel, die Qualität sichern sollen, entgegenzuwirken. Auf professioneller Ebene möchte man seit der Jahrtausendwende Programme entwickeln, mit denen man Personen über das Internet Hilfe, beispielsweise in Form von

Gesprächstherapie, anbieten kann. Eine Hürde, die sich in diesem Zusammenhang oftmals in den Weg stellt ist das Fernbehandlungsverbot. Dadurch wird eine Behandlung, die nur im Internet stattfindet, verboten. Unterstützend kann diese sehr wohl angeboten werden, aber nur wenn gleichzeitig auch face-to-face Einheiten durchgeführt werden (Mösner et al., 2008). Die Autoren geben Beispiele an, wie eine online-Intervention hinsichtlich Essstörungen aussehen kann (S. 280f). Zum einen stellen sie den Gruppenchat dar. Bei dieser Art der Intervention treffen sich Betroffene monatlich, zu je 90 Minuten, und nehmen an einem von Experten moderierten Chat teil. Dabei haben die Betreuer die Aufgabe, Fragen zu beantworten, zu moderieren und Informationen zu geben. Zum anderen wird das Augenmerk auch auf den individuellen Beratungschat gelegt. Ein Expertenteam bietet mehrer Termine in der Woche an, zu denen sich die Betroffenen eintragen und somit einen individuellen Chat wahrnehmen können. Bei diesem Termin sollen auch Themen, wie eine stationäre Behandlung, besprochen werden.

Livingstone (2009) beschäftigt sich mit dem Thema, wie die neuen Medien bei jungen Menschen wirken und sich in das Leben integrieren lassen. Für viele Erwachsene ist klar, dass ein Leben ohne die so genannten Informations- und Kommunikationstechnologien, zu denen auch der Fernseher zählt, nicht mehr vorstellbar ist. Ein Trend, den die Autorin festgestellt hat, zeigt sich dahingehend, dass Kommunikationsmittel, wie das „kommerzielle“ Telefon, in vielen Haushalten immer mehr fehlen, andere Technologien, wie Handy, Computer oder Fernsehen aber immer mehr an Beliebtheit gewinnen und auch vermehrt in den Familien vorhanden sind. Somit spielen diese neuen Errungenschaften eine immer größere und dominierendere Rolle bei Jugendlichen. Vor allem die Möglichkeit, Spiele online zu spielen, wird immer mehr und oftmals auch zu exzessiv genutzt. Aber auch schulische Hilfestellungen, wie online-Aufgaben oder Nachhilfeseiten, werden von Jugendlichen oft und gerne in Anspruch genommen. Betrachtet man allerdings die Mediennutzung im Unterricht (beispielsweise in Deutschland), so scheint ein gewisses medientechnisches Desinteresse der Lehrkräfte vorhanden zu sein. Nur ein Drittel der Schüler haben ein bis zweimal im Monat mediengestützten Unterricht. Dies liegt allerdings nicht an mangelndem Interesse seitens der Lehrer, sondern an einer unzureichenden Verzahnung der Medien zu Unterrichtsfächern (Thöne, 2008). Diesem Aspekt sollte in Zukunft Aufmerksamkeit geschenkt werden. (Lenzo, 2006). Lenzo (2006) zeigt Vor- und Nachteile der neuen Medien, speziell für Jugendliche, auf:

Vorteile:

- Ein früher Umgang mit diesen erleichtert und fördert den Einstieg ins Berufsleben.
- Neue Medien bereichern den Schulunterricht.
- Kommunikation wird gefördert.
- Kurse (wie beispielsweise auf Lernportalen) können online durchgeführt werden.
- Begabtenförderung kann durch neue Medien, in Form von speziellen Lernprogrammen, besonders gut gewährleistet sein.

Nachteile:

- Ein gewisses Suchtpotential und ein möglicher unkontrollierter Umgang mit den Medien könnte eine Gefahr darstellen.
- Nichtbeachtung der Altersangaben bei Spielen oder Filmen, die im Internet zur Verfügung gestellt werden, können sich negativ auf die Entwicklung der Jugendlichen auswirken.
- Realitätsverlust.
- Vereinsamung.

Betrachtet man die Internetnutzung der Österreicher ab 14 Jahren aus statistischer Sicht, so ist klar, dass mit einem Prozentsatz von 67% der Gebrauch enorm ist und der Trend ist steigend. Des Weiteren wird der Computer von jedem vierten Jugendlichen als das wichtigste Medium für Kommunikation angesehen. Der Fernseher hingegen steht nur mehr an vierter Stelle in dieser statistischen Aufstellung. In diesem Zusammenhang wird oftmals der Begriff der „Medienkompetenz“ genannt, über den Kinder in unserem Zeitalter verfügen müssen. Darunter versteht man beispielsweise die Fähigkeit des Multitasking. Jugendliche chatten, surfen im Internet und fernsehen oftmals ohne Probleme gleichzeitig (Kyseler-Schiemer, 2008). Hugger (2008) setzt sich mit der Thematik der Medienkompetenz genauer auseinander. Er kommt zu dem Schluss, dass darunter alle Wissensbestände über Medien und die „Fähigkeit, Medien souverän zu bedienen, kritisch beurteilen und kreativ zu gestalten“ (S. 93) verstanden werden. Laut dem Autor werden diese Kompetenzen entweder im Selbstsozialisationsprozess oder in Folge von formalen und non-formalen Bildungssettings erworben.

Da die Nutzung der neuen Medien, im speziellen des Internets, vor allem unter jungen Erwachsenen immer mehr an Beliebtheit gewinnt, liegt es nahe, dass auch Trainingsprogramme, wie das in der Diplomarbeit vorliegende Selbstsicherheitstraining, in

Zukunft online durchgeführt werden. Schmeeckle (2003) hat die Effektivität von online Trainings untersucht. Der Autor sieht die wesentlichen Vorteile eines virtuellen Trainings vor allem darin, dass es enorme zeitliche und finanzielle Vorteile bringt. Die Motivation zur Teilnahme soll auch deshalb gesteigert sein, da laut Schmeeckle (2003), die Möglichkeit besteht, das Training jederzeit durchzuführen. Im Speziellen wird auch darauf hingewiesen, dass dieses auch an einem, für den Teilnehmenden, favorisierten Platz (zum Beispiel im Wohn- oder Schlafzimmer des eigenen Hauses) ausgeführt werden kann. Allerdings werden auch Nachteile aufgezeigt, die darin bestehen, dass Personen, die gerne in der Gruppe arbeiten, vielleicht nicht genügend motiviert sind, an einem online Training selbstständig teilzunehmen. Wenn man nicht konsequent an den Einheiten beteiligt ist, kann es sein, dass man das vorher Durchgenommene nicht mehr erinnert und somit das Training keinen positiven Effekt erzielt. In der Studie von Schmeeckle (2003) haben viele Teilnehmer die fehlende Interaktion mit den anderen Beteiligten bemängelt, was ihnen das Weiterarbeiten an dem Projekt oftmals erschwert hat. Andere haben wiederum negativ hervorgehoben, dass sie lieber zuhören, als sich das Training selber zu Hause durchzulesen. Aber in diesem Punkt hat es auch Gegenstimmen gegeben, die eben lieber lesen als zuhören. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass mittels der Studie herausgefunden wurde, dass das online Training gerne von den Teilnehmern angenommen wird und zeitliche und finanzielle Vorteile herausgeschlagen werden können. Allerdings bestehen auch die oben genannten Nachteile, welche aber auch genauso bei face-to-face Projekten bestehen. Online Interventionen stellen sicherlich einen neuen und erfolgreichen Ansatz dar, der weiter verfolgt werden sollte.

4 SKY: SELBSTSICHER, KOMPETENT-FOR THE YOUTH

In den folgenden Abschnitten soll das in der vorliegenden Diplomarbeit verwendete Selbstsicherheitstraining genauer vorgestellt werden. Es wird näher auf die Hintergründe des Projekts eingegangen, sowie auf die Durchführung und dessen Ziele, die gleichzeitig auch die Ziele der Diplomarbeit darstellen.

4.1 Projektvorstellung

Das in der Diplomarbeit vorgestellte Projekt trägt den Namen „SKY: Selbstsicher, Kompetent-For the Youth“ und wurde vom Verein Komm-Mit-Ment mit Hilfe der Sparkling-Science Förderung des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung ins Leben gerufen. Diese Förderung zeichnet sich dadurch aus, dass Schüler aktiv in den Forschungsprozess miteinbezogen werden können. Sparkling-Science stehen jährlich, ab dem Jahr 2007 bis 2017, 3 Millionen Euro zur Verfügung um eine Partnerschaft zwischen Kindern und Jugendlichen und Instituten, wie Universitäten, Fachhochschulen oder Museen zu sichern. Die Zusammenarbeit soll sich dadurch auszeichnen, dass die Kinder und Jugendlichen den Institutionen einen Teil ihrer wissenschaftlichen Arbeit abnehmen. Sparkling-Science unterstützt Projekte, die aktuell und in erster Linie für die Mitwirkenden interessant sind (Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, 2007).

Das Hauptaugenmerk des SKY Projekts liegt auf dem Selbstsicherheitstraining (Lehenbauer, 2008), das an verschiedenen Schulen offline und online angeboten wird. Das Projekt wird von Dr. Birgit U. Stetina geleitet und von Klinischen- und Gesundheitspsychologen, die an der Universität Wien in der Lehr und Forschungspraxis tätig sind, durchgeführt, beziehungsweise unterstützen Projektstudenten der Universität Wien die Psychologen mit ihrer Mithilfe. Außerdem haben die Diplomanden Bettina Prutsch, Teresa Fenz und Alice Bauer, die für die online-Version des SKY-Projektes zuständig ist, die Einheiten begleitet und in diesen mitwirken dürfen. Die vorliegende Diplomarbeit konzentriert sich auf das Offline-Training direkt in den Schulklassen, das 14 Wochen (also ein Semester) lang praktiziert wird. Insgesamt ist die Laufzeit des Trainings von September 2008 bis Mitte April 2010 angesetzt. Während dem Projekt sollen die Jugendlichen einen Einblick in die Grundlagen der Vorgehensweise klinisch-psychologischer Behandlung erhalten, die sowohl verhaltenstherapeutische wie auch kognitive Techniken beinhalten.

Ziel ist es, Schüchternheit und soziale Ängste zu bearbeiten, beziehungsweise sozial kompetentes Verhalten zu lernen. Auf die ersten beiden Aspekte konzentriert sich Bettina Prutsch in ihrer Diplomarbeit. Sie untersucht die Wirksamkeit des Trainings hinsichtlich Schüchternheit und sozialer Ängste. Die vorliegende Diplomarbeit konzentriert sich auf den Teil der sozialen Kompetenzen.

Allerdings werden während des SKY-Projektes auch andere Leistungen angeboten. Darunter befindet sich die „Chat-Beratung“, die einmal wöchentlich stattfindet und an dem jeder teilnehmen kann, der auch an einem virtuellen, also online Training beteiligt ist. Der Chat wird von Experten der Lehr- und Forschungspraxis der Universität Wien geleitet. Diese spezielle Form der Beratung hat zum Ziel, dass eine Mischform zwischen online- und face-to-face Training angeboten wird. Auf der einen Seite sollen die Jugendlichen ein virtuelles Selbstsicherheitstraining erhalten, aber es wird ihnen auch die Möglichkeit geboten, ein Gespräch im Chat mit den Psychologen zu führen. Des Weiteren wird eine Peer-Trainer-Ausbildung für die Schüler zur Verfügung gestellt. Diese ist so gestaltet, dass interessierte Schüler an ausgewählten Schulen ein Semester lang zu den Themen „Schüchternheit“, „soziale Ängste“ oder „psychologische Hilfsstrategien“ eingeschult werden. Nach dieser Einführung wird im folgenden Semester die Hilfe von den Peers in den Schulen angeboten. Sie sollen Anlaufstelle für mögliche schüchterne Schüler darstellen und mithilfe dieser können Lösungen zu schwierigen Situationen gefunden werden. Die generelle Idee dahinter ist, dass sich die Kontaktaufnahme zu Gleichaltrigen meist niedrigschwelliger gestaltet, also leichter als zu erwachsenen Personen, die oftmals eine Autoritätsperson darstellen. Die Peers stehen unter Supervision von den Teampsychologen.

4.2 Durchführung

Das SKY-Projekt ist speziell für Jugendliche im Alter von 14-18 Jahren konzipiert und in 14 Einheiten gegliedert. Die Psychologen und ihre Mitarbeiter arbeiten an 4 verschiedenen Schulen, die in Wien und Oberösterreich zu finden sind. In Wien nimmt eine höhere Bundeslehranstalt für Tourismus und wirtschaftliche Berufe HLTW und eine Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik BAKIP teil. In Oberösterreich wird das Selbstsicherheitstraining in einer Bundesbildungsanstalt für Kindergartenpädagogik BAKIP durchgeführt (genaue Stichprobenbeschreibung findet sich bei Punkt 6.1). Die Mitwirkenden sind genau eingeschult und auf jede Einheit vorbereitet worden. Des Weiteren gibt es für jeden

Trainingstag eine schriftliche Anleitung (siehe Anhang), an die sich die Trainer halten und im Nachhinein ein Protokoll über die Durchführung schreiben sollen. Die theoretische Grundlage der einzelnen Module ist das Gruppentraining sozialer Kompetenzen von Hinsch und Pflingsten (2007, siehe Abschnitt 3.2.3). Das Training ist so aufgebaut, dass es sich in einen theoretischen Teil, in dem versucht wird, den Jugendlichen Themen wie „Selbstsicheres Verhalten“, „Kontakte knüpfen“, „Nein-Sagen“ und „Wie gebe ich richtig Feedback“ näher zu bringen und einem praktischen Teil, in dem die jungen Erwachsenen das eben Gehörte in Rollenspielen üben oder in Gruppendiskussionen besprechen sollen. Außerdem finden regelmäßig Entspannungsübungen (zum Beispiel Fantasiereisen oder die Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen) statt. Des Weiteren werden in jeder Einheit Arbeitsblätter (siehe Anhang) ausgeteilt, damit die Jugendlichen im Nachhinein nachlesen können, was in den jeweiligen Einheiten durchgemacht worden ist. Wert wird auch auf Hausaufgaben gelegt, die so gestaltet sind, dass die Teilnehmer bewusst bestimmte Situationen aufsuchen sollen, in denen sie das gewünschte Verhalten (zum Beispiel Kontakte knüpfen) anwenden und ausprobieren können. Die Durchführung der Aufgaben wird in der darauf folgenden Trainingseinheit mit den Jugendlichen besprochen, damit etwaige Probleme aufgezeigt und durch besprochen werden. Die Wirksamkeit des Trainings wird mittels ausgewählter Fragebögen (siehe Abschnitt 5.1) untersucht, die den Jugendlichen vor und nach dem Training vorgegeben werden. Außerdem gibt es eine Kontrollgruppe, die kein Selbstsicherheitstraining erhält, damit die möglicherweise gefundene Effizienz des Trainings noch stärker verdeutlicht werden kann.

4.3 Ziele des Projektes und der Diplomarbeit

Da Selbstsicherheit und soziale Kompetenzen in der heutigen Zeit immer mehr vorausgesetzt werden, um sich beispielsweise bei Referaten, Bewerbungsgesprächen, mündlichen Prüfungen oder aktiver Mitarbeit im Unterricht bewähren zu können, liegt der Fokus des SKY Projektes darauf, diese zu stärken. Es wird davon ausgegangen, dass schüchterne oder sozial inkompetente junge Erwachsene im Klassenverband untergehen und sich gar nicht in sozial wichtige Situationen begeben, in denen sie eventuell notwendige Fähigkeiten erwerben können. Vor allem aus diesen Gründen soll mittels des Selbstsicherheitstrainings die (wie schon der Name des Projekts sagt) Selbstsicherheit der Jugendlichen gestärkt und soziale Kompetenzen aufgebaut werden. Außerdem ist es Ziel des Projekts, dass ein Handbuch beziehungsweise Manual, in Kooperation mit der BAKIP Wien, für Lehrkräfte entwickelt wird. In diesem sollen Informationen über die Arbeit mit schüchternen oder sozial ängstlichen Jugendlichen enthalten sein und somit gewährleistet

werden, dass das Training auch selbst durchgeführt werden kann. Da man versuchen sollte, gleiche Probleme, die Kinder im Umgang in sozialen Situationen aufweisen, entgegenzuwirken, wird auch ein Handbuch beziehungsweise ein Manual, in Kooperation mit der BAKIP Steyr, für Kindergärten und Horte erstellt. Damit kann davon ausgegangen werden, dass frühzeitig und somit primärpräventiv gegen soziale Ängste, Schüchternheit und das Fehlen von sozialen Kompetenzen gearbeitet werden kann. Abgesehen davon wird den Schülern aber auch den Lehrern ein Einblick in die wissenschaftliche Arbeit von Psychologen gegeben.

5 METHODE DER UNTERSUCHUNG

Wie schon in Abschnitt 4.2 beschrieben, hat eine Testung mittels ausgewählter Fragebögen vor dem Training, das heißt im September 2008 und eine Testung nach der Durchführung des Selbstsicherheitstrainings, im Februar 2009, stattgefunden. Wie die genaue Stichprobe aussieht, welche Untersuchungsinstrumente verwendet werden, wie die Fragestellungen gestaltet sind und wie deren Auswertung durchgeführt wird, soll in den folgenden Abschnitten dargelegt werden.

5.1 Untersuchungsinstrumente

In den folgenden Abschnitten werden die Untersuchungsinstrumente vorgestellt. Insgesamt werden 9 Fragebögen vorgegeben, wobei nur 5 für die Diplomarbeit relevant sind. Einer dieser 5 Fragebögen erfasst die demographischen Daten (siehe Anhang) der Jugendlichen und ist sowohl für Bettina Prutsch, als auch für Teresa Fenz von Interesse. Fokus wird dabei auf das Alter, das Geschlecht, die Schule und die Erfahrung mit Selbstsicherheit gelegt (zum Beispiel: „Hast du schon einmal ein Selbstsicherheitstraining durchgeführt?“, oder: „Hast du schon einmal im Internet zum Thema Selbstsicherheit recherchiert?“). Die weiteren 4 Fragebögen werden im Folgenden genauer erläutert.

5.1.1 FSKN: Frankfurter Selbstkonzeptskalen

Zur Erfassung der sozialen Kompetenz beziehungsweise des Selbstkonzeptes werden die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (Deusinger, 1986) zur Anwendung gebracht. Die FSKN wurden in Folge von pharmako-psychologischen Untersuchungen von Deusinger entwickelt, da sie herausgefunden hat, dass ein persönlichkeits- und testtheoretisch angemessenes Instrument zur Erfassung von Einstellungen zur eigenen Person, d. h. zur Messung von Selbstkonzepten, fehlt. Das Frankfurter Selbstkonzeptinventar beinhaltet 10 eindimensionale Skalen zur Bestimmung des Selbstkonzeptes, die das Individuum selbst entwickelt hat. 3 dieser Skalen messen den Leistungsbereich einer Person (FSAL, FSAP und FSVE), eine hat sich dem Bereich der eigenen Selbstwerteinschätzung angenommen (FSSW)k, eine weitere beschäftigt sich mit der Stimmung und Sensibilität eines Menschen (FSEG) und die letzten fünf Skalen betreffen den psychosozialen Bereich (FSST, FS KU, FSWA, FSIA und FSGA). Der Fragebogen kann ab einem Alter von 13 Jahren vorgegeben werden und es besteht auch die Möglichkeit, die Subskalen einzeln vorzugeben. Insgesamt

besteht der Test aus 78 Items und dauert circa 15-25 Minuten. Die Vorgabe kann sowohl einzeln als auch in der Gruppe stattfinden. Die interne Konsistenz der 10 Skalen erwies sich mit 0,93-0,97 als sehr zufrieden stellend (N = 1794). Besonders hohe Reliabilitätskoeffizienten erlangten die Skalen FSSW, FSST, FSAL und FSAP. Die Retest-Reliabilität liegt (nach 4 bis 5 Monaten) bei 0,82. Die genaue Bezeichnung der Subskalen sieht wie folgt aus:

1. Selbstkonzept der allgemeinen Leistungsfähigkeit Skala FSAL
2. Selbstkonzept der allgemeinen Problembewältigung Skala FSAP
3. Selbstkonzept der allgemeinen Verhaltens und Entscheidungssicherheit Skala FSVE
4. Selbstkonzept des allgemeinen Selbstwertes Skala FSSW
5. Selbstkonzept der eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit Skala FSEG
6. Selbstkonzept der eigenen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen anderen Skala FSST
7. Selbstkonzept zur eigenen Kontakt und Umgangsfähigkeit Skala FSKU
8. Selbstkonzept zur Wertschätzung durch andere Skala FSWA
9. Selbstkonzept zur Irritierbarkeit durch andere Skala FSIA
10. Selbstkonzept über Gefühle und Beziehungen zu anderen Skala FSGA

5.1.2 SEE: Skalen zum Erleben von Emotionen

Um zu überprüfen wie die Jugendlichen ihre Emotionen wahrnehmen, bewerten und damit umgehen wird der Fragebogen SEE vorgegeben. Die SEE wurden aus der Idee heraus entwickelt, einen Fragebogen zu schaffen, der kurz, aber auch praktisch gut einsetzbar ist, um das Gefühlsleben einer Person, deren Regulation und Bewertung zu messen. Die SEE sind ab einem Alter von 14 Jahren anwendbar und bestehen aus 42 Aussagesätzen, die auf einer fünfstufigen Ratingskala bewertet werden sollen. Der Fragebogen kann entweder in der Gruppe, oder einzeln vorgegeben werden. Die interne Konsistenz der Skalen liegt zwischen 0,70 und 0,86 (Cronbachs Alpha). Die Retest-Reliabilität liegt über Intervalle von 2, 3, 4, 10 und 14 Wochen hinweg für alle Skalen konstant im Bereich von 0,60 bis 0,90. Die Zuverlässigkeit kann somit als zufrieden stellend bis gut bezeichnet werden (Behr & Becker, 2004). Die Durchführungsdauer beträgt 10-15 Minuten und erfasst folgende Skalen:

1. Akzeptanz eigener Emotionen
2. Erleben von Emotionsueberflutung
3. Erleben von Emotionsmangel
4. Koerperbezogene Symbolisierung von Emotionen
5. Imaginative Symbolisierung von Emotionen
6. Erleben von Emotionsregulation
7. Erleben von Selbstkontrolle

5.1.3 ROPELOC: Review of Personal Effectiveness with Locus of Control

Der dritte Fragebogen, der den jungen Erwachsenen vorgegeben wird, beschäftigt sich mit „life effectiveness“. Untersucht werden unter anderem Aspekte warum Menschen in ihrem Leben erfolgreich sind. Dieser Test hat eine gute interne Konsistenz von .79-.93 (Richards, Ellis & Neill, 2002), besteht aus 14 Skalen und kann ab einem Alter von 11 Jahren vorgegeben werden. Der Fragebogen besteht aus 44 Fragen, die auf einer Ratingskala eingestuft werden sollen. Die Autoren haben sich zur Aufgabe gemacht einen Test zu entwickeln, der leicht zu bearbeiten ist und nicht lange dauert. Die Subskalen sind wie folgt gegliedert:

1. AI: Active Involvement
2. CT: Cooperative Teamwork
3. LA: Leadership Ability
4. OT: Open Thinking
5. QS: Quality Seeking
6. SC: Self Confidence
7. SF: Self Efficacy
8. SE: Social Effectiveness
9. SM: Stress Management
10. TE: Time Efficiency
11. CH: Coping with change
12. OE: Overall Effectiveness
13. IL: Internal Locus of Control
14. EL: External Locus of Control

5.1.4 Fragebogen zur Lebensorientierung

Des Weiteren wird den Schülern ein Verfahren zur Überprüfung von „guter Lebensbewältigung“ vorgelegt. Dieser Fragebogen beschäftigt sich damit, was Menschen gesund erhält und in dem Zusammenhang auch mit dem Kohärenzgefühl (SOC = Sense of Coherence), was laut Antonovsky (1987) aus drei Bereichen besteht, die auch die Subskalen des Tests darstellen:

1. Verstehbarkeit (comprehensibility): Vertrauen darauf, Ereignisse und Anforderung der Außenwelt und der eigenen Innenwelt als geordnete, konsistente und strukturierte Informationen verarbeiten zu können = *Kognitive Komponente*.
2. Bewältigbarkeit (Manageability): Vertrauen darauf, dass die Ressourcen verfügbar sind, um den Anforderungen des Lebens gerecht zu werden (auch der Glaube an die Hilfe anderer oder einer höheren Macht zählt) = *pragmatische Komponente*.
3. Sinnhaftigkeit (Meaningfulness): Vertrauen darauf, dass die Anforderungen des Lebens Herausforderungen sind, für die sich Engagement und Investitionen lohnen = *emotionale-motivationale Komponente*.

Der Fragebogen besteht ursprünglich aus 29 Items, aber es wurde auch eine Kurzform mit 13 Items entwickelt, die in der vorliegenden Diplomarbeit verwendet wurde. Dementsprechend schnell und somit vorteilhaft ist die Bearbeitungsdauer des Fragebogens anzusehen. Schmitz (2007) geht davon aus, dass die Hintergründe für die Verfassung des Fragebogens darin bestehen, dass Antonovsky (1979) sich mit der Frage beschäftigt hat, was Menschen gesund hält. Daraus entwickelte Antonovsky (1979) das Salutogenesemodell. (siehe Abschnitt 2). Da er dieses Modell überprüfen wollte, entstand im weiteren Verlauf der Fragebogen zur Lebensorientierung (SOC). Laut Schmitz (2007) ist Antonovsky der Ansicht, dass der Test über gute psychometrische Eigenschaften (Beantwortung aller Fragen, Freude am Ausfüllen,...) verfügt und somit gut anwendbar ist. Außerdem kann eine hohe innere Konsistenz angenommen werden, da die Werte für die Reliabilität und Validität zwischen 0,84 und 0,93 liegen.

5.2 Stichprobe

An der Testung werden rund 380 Schüler teilnehmen, worunter sich Versuchs- und Kontrollgruppe befinden. Die Vorgabe der Fragebögen erfolgt jeweils in den verschiedenen

Schulen (Wien und Oberösterreich) zu den gewohnten Schulzeiten. Den Jugendlichen werden einmal vor und einmal nach dem durchgeführten Training dieselben Fragebögen vorgelegt, damit sich zeigen kann, ob das Selbstsicherheitstraining zu einem erwünschten Erfolg geführt hat. Die jungen Erwachsenen werden im Vorhinein eine Einverständniserklärung ihrer Eltern unterschreiben lassen, dass sie an dem Projekt teilnehmen dürfen.

5.3 Fragestellungen und Hypothesen

Im Folgenden sollen die Fragestellungen und Hypothesen der Untersuchung formuliert werden. Alle Hypothesen einzeln vollständig auszuschreiben würde allerdings zuviel Platz einnehmen, weshalb pro Fragestellung jeweils nur eine Hypothese einer Fragebogenskala zur Veranschaulichung dargeboten wird. Ausgesucht wurde die Skala: FSAL (Selbstkonzept der allgemeinen Leistungsfähigkeit) der Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN). Die Beschriftung der Hypothesen wurde so ausgesucht, dass die Fragebögen alphabetisch durchnummeriert werden (FSKN = a, SEE = b, Ropeloc = c, Fragebogen zur Lebensorientierung = d). Danach findet sich die Nummer der jeweiligen Fragestellung. Auch die verschiedenen Skalen erhalten ihre Beschriftung. Beispielsweise wird die Nullhypothese des FSKN für die erste Fragestellung in Bezug auf die Skala 4 (FSSW) folgendermaßen dargestellt: $H_0^{a1.4}$. Analog dazu verhalten sich alle anderen Skalen des FSKN und auch die der anderen Fragebögen. Zusammengefasst werden die Skalen aller Fragebögen nun nochmals dargelegt:

FSKN: „Selbstkonzept der allgemeinen Leistungsfähigkeit Skala“ (FSAL), „Selbstkonzept der allgemeinen Problembewältigung Skala“ (FSAP), „Selbstkonzept der allgemeinen Verhaltens und Entscheidungssicherheit Skala“ (FSVE), „Selbstkonzept des allgemeinen Selbstwertes Skala“ (FSSW), „Selbstkonzept der eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit Skala“ (FSEG), „Selbstkonzept der eigenen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen anderen Skala“ (FSST), „Selbstkonzept zur eigenen Kontakt und Umgangsfähigkeit Skala“ (FSKU), „Selbstkonzept zur Wertschätzung durch andere Skala“ (FSWA), „Selbstkonzept zur Irritierbarkeit durch andere Skala“ (FSIA), „Selbstkonzept über Gefühle und Beziehungen zu anderen Skala“ (FSGA).

SEE: „Akzeptanz eigener Emotionen“, „Erleben von Emotionsüberflutung“, „Erleben von Emotionsmangel“, „Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen“, „Imaginative

Symbolisierung von Emotionen“, „Erleben von Emotionsregulation“, „Erleben von Selbstkontrolle“

ROPELOC: „Active Involvement“ (AI), „Cooperative Teamwork“ (CT), „Leadership Ability“ (LA), „Open Thinking“ (OP), „Quality Seeking“ (QS), „Self Confidence“ (SC), „Self Efficacy“ (SF), „Social Effectiveness“ (SE), „Stress Management“ (SM), „Time Efficiency“ (TE), „Coping with change“ (CE), „Overall Effectiveness“ (OE), „Internal Locus of Control“ (IL), „External Locus of Control“ (EL).

Fragebogen zur Lebensorientierung: Verstehbarkeit (comprehensibility), Bewältigbarkeit (manageability), Sinnhaftigkeit (meaningfulness).

Die Hypothesen beziehen sich zum Einen auf die Unterschiede zwischen Testzeitpunkt 1 (t1) und Testzeitpunkt 2 (t2), zum anderen auf die Differenzen zwischen der Versuchs- (VG) und Kontrollgruppe (KG) zu den jeweiligen Testzeitpunkten. Außerdem werden auch die Geschlechtsunterschiede berücksichtigt:

Fragestellung 1: Gibt es einen Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Schülern in der Versuchsgruppe (VG) zu Testzeitpunkt 1 (t1)? *Nullhypothese 1:* $H_0^{a1.1}$: Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen weiblichen und männlichen Schülern der VG zum t1 hinsichtlich der Skala „Selbstkonzept der allgemeinen Leistungsfähigkeit Skala FSAL“ (in Folge nur mehr mit FSAL abgekürzt). $H_0^{a1.1}$: $\mu_{t1}(\text{FSAL, VGweiblich}) = \mu_{t1}(\text{FSAL, VGmännlich})$. *Alternativhypothese 1:* $H_1^{a1.1}$: Es besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied. $H_1^{a1.1}$: $\mu_{t1}(\text{FSAL, VGweiblich}) \neq \mu_{t1}(\text{FSAL, VGmännlich})$

Analog dazu verhalten sich die anderen Skalen des FSKN ($H_0^{a1.2} - H_0^{a1.10}$ und $H_1^{a1.2} - H_1^{a1.10}$), des SEE ($H_0^{b1.1} - H_0^{b1.7}$ und $H_1^{b1.1} - H_1^{b1.7}$), des Ropeloc ($H_0^{c1.1} - H_0^{c1.14}$ und $H_1^{c1.1} - H_1^{c1.14}$) und des Fragebogens zur Lebensorientierung ($H_0^{d1.1} - H_0^{d1.3}$ und $H_1^{d1.1} - H_1^{d1.3}$).

Fragestellung 2: Gibt es einen Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Schüler in der Kontrollgruppe (KG) zu Testzeitpunkt 1 (t1)? *Nullhypothese 2:* $H_0^{a2.1}$: Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen weiblichen und männlichen Schülern der KG zum t1 hinsichtlich der Skala FSAL. $H_0^{a2.1}$: $\mu_{t1}(\text{FSAL, KGweiblich}) = \mu_{t1}(\text{FSAL, KGmännlich})$

KGmännlich). *Alternativhypothese 2:* $H_1^{a2.1}$: Es besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied. $H_1^{a2.1}$: μ_{t1} (FSAL, KGweiblich) \neq μ_{t1} (FSAL, KGmännlich)

Analog dazu verhalten sich die anderen Skalen des FSKN ($H_0^{a2.2} - H_0^{a2.10}$ und $H_1^{a2.2} - H_1^{a2.10}$), des SEE ($H_0^{b2.1} - H_0^{b2.7}$ und $H_1^{b2.1} - H_1^{b2.7}$), des Ropeloc ($H_0^{c2.1} - H_0^{c2.14}$ und $H_1^{c2.1} - H_1^{c2.14}$) und des Fragebogens zur Lebensorientierung ($H_0^{d2.1} - H_0^{d2.3}$ und $H_1^{d2.1} - H_1^{d2.3}$).

Fragestellung 3: Gibt es einen Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Schülern der VG zu Testzeitpunkt 2 (t2)? *Nullhypothese 3:* $H_0^{a3.1}$: Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen weiblichen und männlichen Schülern der VG zum t2 hinsichtlich der Skala FSAL. $H_0^{a3.1}$: μ_{t2} (FSAL, VGweiblich) = μ_{t2} (FSAL, VGmännlich)
Alternativhypothese 3: $H_1^{a3.1}$: Es besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied.

$H_1^{a3.1}$: μ_{t2} (FSAL, VGweiblich) \neq μ_{t2} (FSAL, VGmännlich)

Analog dazu verhalten sich die anderen Skalen des FSKN ($H_0^{a3.2} - H_0^{a3.10}$ und $H_1^{a3.2} - H_1^{a3.10}$), des SEE ($H_0^{b3.1} - H_0^{b3.7}$ und $H_1^{b3.1} - H_1^{b3.7}$), des Ropeloc ($H_0^{c3.1} - H_0^{c3.14}$ und $H_1^{c3.1} - H_1^{c3.14}$) und des Fragebogens zur Lebensorientierung ($H_0^{d3.1} - H_0^{d3.3}$ und $H_1^{d3.1} - H_1^{d3.3}$).

Fragestellung 4: Gibt es einen Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Schülern der KG zu t2? *Nullhypothese 4:* $H_0^{a4.1}$: Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen weiblichen und männlichen Schülern der KG zum t2 hinsichtlich der Skala FSAL.

$H_0^{a4.1}$: μ_{t2} (FSAL, KGweiblich) = μ_{t2} (FSAL, KGmännlich). *Alternativhypothese 4:* $H_1^{a4.1}$: Es besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied. $H_1^{a4.1}$: μ_{t2} (FSAL, KGweiblich) \neq μ_{t2} (FSAL, KGmännlich)

Analog dazu verhalten sich die anderen Skalen des FSKN ($H_0^{a4.2} - H_0^{a4.10}$ und $H_1^{a4.2} - H_1^{a4.10}$), des SEE ($H_0^{b4.1} - H_0^{b4.7}$ und $H_1^{b4.1} - H_1^{b4.7}$), des Ropeloc ($H_0^{c4.1} - H_0^{c4.14}$ und $H_1^{c4.1} - H_1^{c4.14}$) und des Fragebogens zur Lebensorientierung ($H_0^{d4.1} - H_0^{d4.3}$ und $H_1^{d4.1} - H_1^{d4.3}$).

Fragestellung 5: Gibt es einen Unterschied zwischen VG und KG zu t1? *Nullhypothese 5:* $H_0^{a5.1}$: Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen den Schülern der VG und der KG zu t1 hinsichtlich der Skala „FSAL“. $H_0^{a5.1}$: μ_{t1} (FSAL, VGweiblich) = μ_{t1} (FSAL, VGmännlich) = μ_{t1} (FSAL, KGweiblich) = μ_{t1} (FSAL, KGmännlich). *Alternativhypothese 5:*

$H_1^{a5.1}$: Es besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied. $H_1^{a5.1}$: μ_{t1} (FSAL, VGweiblich) $\neq \mu_{t1}$ (FSAL, VGmännlich) $\neq \mu_{t1}$ (FSAL, KGweiblich) $\neq \mu_{t1}$ (FSAL, KGmännlich)

Analog dazu verhalten sich die anderen Skalen des FSKN ($H_0^{a5.2} - H_0^{a5.10}$ und $H_1^{a5.2} - H_1^{a5.10}$), des SEE ($H_0^{b5.1} - H_0^{b5.7}$ und $H_1^{b5.1} - H_1^{b5.7}$), des Ropeloc ($H_0^{c5.1} - H_0^{c5.14}$ und $H_1^{c5.1} - H_1^{c5.14}$) und des Fragebogens zur Lebensorientierung ($H_0^{d5.1} - H_0^{d5.3}$ und $H_1^{d5.1} - H_1^{d5.3}$).

Fragestellung 6: Gibt es einen Unterschied zwischen VG und KG zu t2? *Nullhypothese 6:* $H_0^{a6.1}$: Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen den Schülern der VG und der KG zu t2 hinsichtlich der Skala „FSAL“. $H_0^{a6.1}$: μ_{t2} (FSAL, VGweiblich) = μ_{t2} (FSAL, VGmännlich) = μ_{t2} (FSAL, KGweiblich) = μ_{t2} (FSAL, KGmännlich). *Alternativhypothese 6:* $H_1^{a6.1}$: Es besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied. $H_1^{a6.1}$: μ_{t2} (FSAL, VGweiblich) $\neq \mu_{t2}$ (FSAL, VGmännlich) $\neq \mu_{t2}$ (FSAL, KGweiblich) $\neq \mu_{t2}$ (FSAL, KGmännlich)

Analog dazu verhalten sich die anderen Skalen des FSKN ($H_0^{a6.2} - H_0^{a6.10}$ und $H_1^{a6.2} - H_1^{a6.10}$), des SEE ($H_0^{b6.1} - H_0^{b6.7}$ und $H_1^{b6.1} - H_1^{b6.7}$), des Ropeloc ($H_0^{c6.1} - H_0^{c6.14}$ und $H_1^{c6.1} - H_1^{c6.14}$) und des Fragebogens zur Lebensorientierung ($H_0^{d6.1} - H_0^{d6.3}$ und $H_1^{d6.1} - H_1^{d6.3}$).

Fragestellung 7: Gibt es einen Unterschied in der VG zu t1 und t2? *Nullhypothese 7:* $H_0^{a7.1}$: Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen den Schülern der VG zu t1 und t2 hinsichtlich der Skala „FSAL“. $H_0^{a7.1}$: μ_{t1} (FSAL, VGweiblich) = μ_{t1} (FSAL, VGmännlich) = μ_{t2} (FSAL, VGweiblich) = μ_{t2} (FSAL, VGmännlich). *Alternativhypothese 7:* $H_1^{a7.1}$: Es besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied. $H_1^{a7.1}$: μ_{t1} (FSAL, VGweiblich) $\neq \mu_{t1}$ (FSAL, VGmännlich) $\neq \mu_{t2}$ (FSAL, VGweiblich) $\neq \mu_{t2}$ (FSAL, VGmännlich)

Analog dazu verhalten sich die anderen Skalen des FSKN ($H_0^{a7.2} - H_0^{a7.10}$ und $H_1^{a7.2} - H_1^{a7.10}$), des SEE ($H_0^{b7.1} - H_0^{b7.7}$ und $H_1^{b7.1} - H_1^{b7.7}$), des Ropeloc ($H_0^{c7.1} - H_0^{c7.14}$ und $H_1^{c7.1} - H_1^{c7.14}$) und des Fragebogens zur Lebensorientierung ($H_0^{d7.1} - H_0^{d7.3}$ und $H_1^{d7.1} - H_1^{d7.3}$).

Fragestellung 8: Gibt es einen Unterschied in der KG zu t1 und t2? *Nullhypothese 8:* $H_0^{a8.1}$: Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen den Schülern der KG zu t1 und t2 hinsichtlich der Skala „FSAL“. $H_0^{a8.1}$: μ_{t1} (FSAL, KGweiblich) = μ_{t1} (FSAL, KGmännlich) = μ_{t2} (FSAL, KGweiblich) = μ_{t2} (FSAL, KGmännlich). *Alternativhypothese 8:*

$H_1^{a8.1}$: Es besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied. $H_1^{a8.1}$: μ_{t1} (FSAL, KGweiblich) $\neq \mu_{t1}$ (FSAL, KGmännlich) $\neq \mu_{t2}$ (FSAL, KGweiblich) $\neq \mu_{t2}$ (FSAL, KGmännlich)

Analog dazu verhalten sich die anderen Skalen des FSKN ($H_0^{a8.2} - H_0^{a8.10}$ und $H_1^{a8.2} - H_1^{a8.10}$), des SEE ($H_0^{b8.1} - H_0^{b8.7}$ und $H_1^{b8.1} - H_1^{b8.7}$), des Ropeloc ($H_0^{c8.1} - H_0^{c8.14}$ und $H_1^{c8.1} - H_1^{c8.14}$) und des Fragebogens zur Lebensorientierung ($H_0^{d8.1} - H_0^{d8.3}$ und $H_1^{d8.1} - H_1^{d8.3}$).

Fragestellung 9: Gibt es einen Unterschied zwischen VG und KG zu t1 und t2?

Nullhypothese 9: $H_0^{a9.1}$: Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen den Schülern der VG und der KG zu t1 und t2 hinsichtlich der Skala „FSAL“. $H_0^{a9.1}$: μ_{t1} (FSAL, VGweiblich) = μ_{t1} (FSAL, VGmännlich) = μ_{t1} (FSAL, KGweiblich) = μ_{t1} (FSAL, KGmännlich) = μ_{t2} (FSAL, VGweiblich) = μ_{t2} (FSAL, VGmännlich) = μ_{t2} (FSAL, KGweiblich) = μ_{t2} (FSAL, KGmännlich). *Alternativhypothese 9*: $H_1^{a9.1}$: Es besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied. $H_1^{a9.1}$: μ_{t1} (FSAL, VGweiblich) $\neq \mu_{t1}$ (FSAL, VGmännlich) $\neq \mu_{t1}$ (FSAL, KGweiblich) $\neq \mu_{t1}$ (FSAL, KGmännlich) $\neq \mu_{t2}$ (FSAL, VGweiblich) $\neq \mu_{t2}$ (FSAL, VGmännlich) $\neq \mu_{t2}$ (FSAL, KGweiblich) $\neq \mu_{t2}$ (FSAL, KGmännlich)

Analog dazu verhalten sich die anderen Skalen des FSKN ($H_0^{a9.2} - H_0^{a9.10}$ und $H_1^{a9.2} - H_1^{a9.10}$), des SEE ($H_0^{b9.1} - H_0^{b9.7}$ und $H_1^{b9.1} - H_1^{b9.7}$), des Ropeloc ($H_0^{c9.1} - H_0^{c9.14}$ und $H_1^{c9.1} - H_1^{c9.14}$) und des Fragebogens zur Lebensorientierung ($H_0^{d9.1} - H_0^{d9.3}$ und $H_1^{d9.1} - H_1^{d9.3}$).

5.4 Verwendete statistische Verfahren

Je nach Erfordernis kamen im Zuge der Auswertung deskriptive oder inferenzstatistische Verfahren zur Anwendung. Die Beschreibung der Stichprobe in Bezug auf ihre soziodemografischen Daten erfolgte anhand absoluter und prozentualer Häufigkeiten, aber auch Mittelwert und Standardabweichung, sowie Chi-Quadrat für Unabhängigkeit zwischen zwei Merkmalen (Kreuztabelle) kamen als statistische Kennwerte zum Tragen. Zur Überprüfung der Fragestellungen 1-9 wurde für zweifach-gestufte Merkmale der t-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Davor wurden jeweils die Voraussetzungen überprüft, ob dieses parametrische Verfahren zulässig ist. Mittels Levene-Test kann das Vorliegen einer Varianzhomogenität untersucht werden. Diese muss gegeben sein, um den t-Test für unabhängige Stichproben rechnen zu können. Außerdem wird die

Normalverteilung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test und Histogrammen mit Normalverteilungskurve überprüft. Sind die Voraussetzungen nicht gegeben, kommt alternativ der U-Test nach Mann und Whitney zur Anwendung. Mehrfach-gestufte Merkmale werden mittels allgemeinem linearem Modell (entweder univariat oder mit Messwiederholung) überprüft. Die Voraussetzungen dieses Verfahrens werden ebenfalls mittels Levene-Test ermittelt. Bortz und Döring (2005) beschreiben allerdings, dass „die Varianzanalyse bei gleich großen Stichproben gegenüber Verletzungen ihrer Voraussetzungen relativ robust ist“ (S.287). Wenn die Voraussetzungen nicht erfüllt sind, wird alternativ der Friedman-Test für nicht parametrische Verfahren angewandt. Außerdem werden auch Effektgrößen nach Cohen (Cohens d) berechnet, um auch Aussagen über die Größe und praktische Relevanz der aufgefundenen Unterschiede tätigen zu können. Dabei muss folgendes beachtet werden: Ein Wert von 0,2 deutet auf einen kleinen Effekt hin. Ab einem Wert von 0,5 kann von einem mittleren und ab 0,8 von einem starken Effekt ausgegangen werden (Bortz & Döring, 2003). In der Diplomarbeit wird allerdings eine noch feiner Abstufung zum Tragen kommen: Eine Effektstärke ist ab einem Wert von -0,15 bis 0,15 unbedeutend und ab 0,15 bis 0,4 klein. Von einer mittleren Effektstärke wird ab einem Wert von 0,40 bis 0,75 und von einem großen Effekt wird ab 0,75 bis 1,10 gesprochen. Der gefundene Effekt ist sehr groß, wenn er einen Wert von 1,10 bis 1,45 erreicht. Wenn der Effekt größer als 1,45 ist, spricht man von einem „sehr bedeutsamen“ Effekt (Cohen, 1988). Die Irrtumswahrscheinlichkeit wird mit $\alpha = 0,05$ angenommen und jede Testung erfolgt zweiseitig, da nicht im Vorhinein von einem Erfolg des erstmals durchgeführten Trainings ausgegangen werden kann. Ein Ergebnis ist dann signifikant, wenn der p-Wert unter 0,05 liegt. Ist der Wert kleiner als 0,01 spricht man von einem hoch signifikanten, ist er kleiner als 0,001 spricht man von einem höchst signifikantem Ergebnis. Jegliche Kennwerte der Auswertung, wie beispielsweise p-Werte, Signifikanzen oder Effektgrößen, werden zur Veranschaulichung in Tabellen und Abbildungen dargestellt.

6 ERGEBNISSE

Im folgenden Abschnitt werden die relevanten Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung auch anhand von ausgewählten Tabellen und Abbildungen präsentiert. Dargestellt werden im Besonderen die genauen Stichprobenmerkmale und die Unterschiede der Probanden zwischen Testzeitpunkt 1 (t1) und Testzeitpunkt 2 (t2) mittels der durchgeführten Verfahren. Auch die Differenzen zwischen Versuchs- (VG) und Kontrollgruppe (KG), sowie die Geschlechtunterschiede werden berücksichtigt.

6.1 Stichprobenmerkmale

Die Stichprobenmerkmale wurden aus dem eigens erstellten Fragebogen für soziodemografische Daten (siehe Anhang) gewonnen. Die, der Diplomarbeit zugrunde liegende Stichprobe bestand ursprünglich aus insgesamt 379 Teilnehmern. Aufgrund der schulischen Fluktuation muss die Stichprobe allerdings auf 331 Teilnehmer gekürzt werden. 34 Schüler nahmen nur am ersten, nicht aber beim zweiten Testzeitpunkt teil. 14 Schüler waren nur beim zweiten Testzeitpunkt dabei, nicht aber beim ersten. Um die Vergleichbarkeit zwischen den Testzeitpunkten zu gewährleisten werden diese 48 Schüler aus der Stichprobe herausgenommen. Die verbleibende Stichprobe setzt sich aus 259 (78,24%) weiblichen und 72 (21,76%) männlichen Schülern zusammen. Die Verteilung stellt sich, wie in Abbildung 2 veranschaulicht, dar:

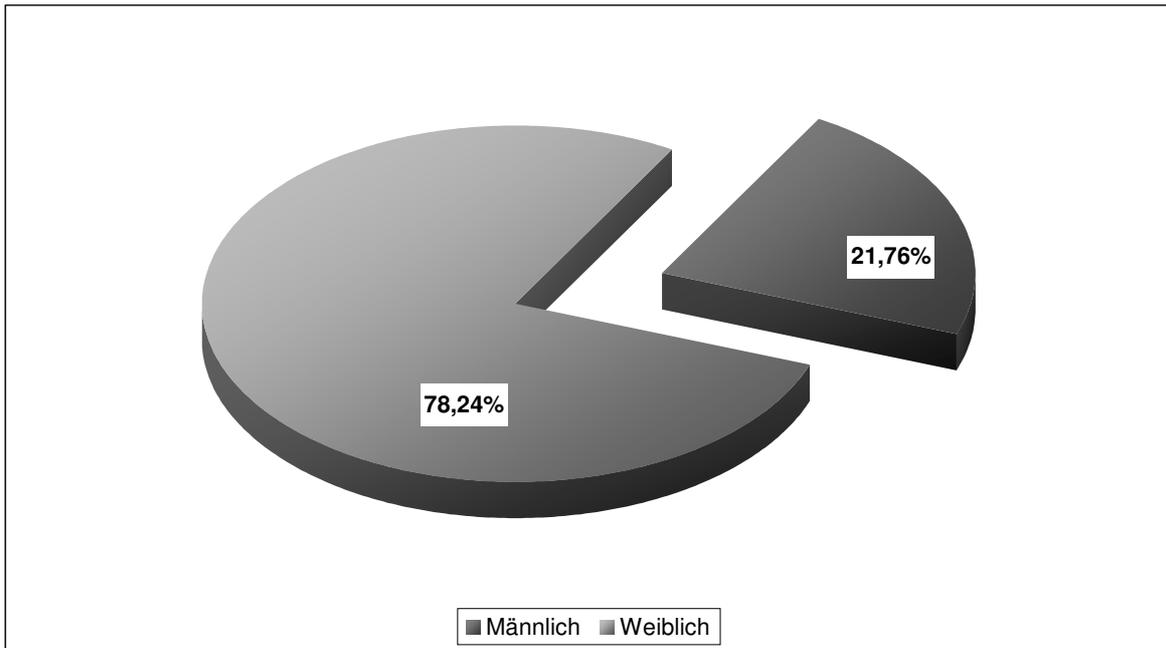


Abbildung 2: Verteilung Geschlecht

Neben dem Geschlecht wurde im soziodemografischen Fragebogen auch das derzeitige Alter erhoben. Die Spannweite reicht von 13 bis 19jährigen Schülern ($n = 323$). Leider haben 8 Schüler keine Angaben zu ihrem Alter gemacht. Das Durchschnittsalter der 323 Schülern, die den Fragebogen korrekt ausgefüllt haben, liegt bei 15 Jahren ($M = 14,59$, $SD = 1,03$). Wenn man das Geschlecht in dieser Berechnung berücksichtigt, ergibt sich, dass das Durchschnittsalter bei weiblichen Teilnehmern bei 14 Jahren ($M = 14,26$, $SD = 0,51$) und das der männlichen Teilnehmer bei 15 Jahren ($M = 14,67$, $SD = 1,11$) liegt (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Verteilung Alter-Geschlecht

		Geschlecht		Gesamt
		Männer	Frauen	
Alter	<i>M</i>	14,67	14,26	14,59
	<i>SD</i>	1,11	0,51	1,03
	Minimum	13	13	13
	Maximum	16	19	19
	Spannweite	3	6	6

Infolge dessen, dass die Altersverteilung der Schüler sehr ungleich ist (beispielsweise gibt es männliche Teilnehmer nur im Alter von 13, 14, 15 und 16 Jahren), wurden zwei Altersgruppen gebildet, die sich aus 13 bis 14jährigen (Altersgruppe 1) und 14 bis 20jährigen (Altersgruppe 2) Schülern zusammensetzen. Somit befinden sich in der ersten Gruppe 209 (64,50%) und in der zweiten 115 (35,50%) Teilnehmer (siehe Abbildung 3):

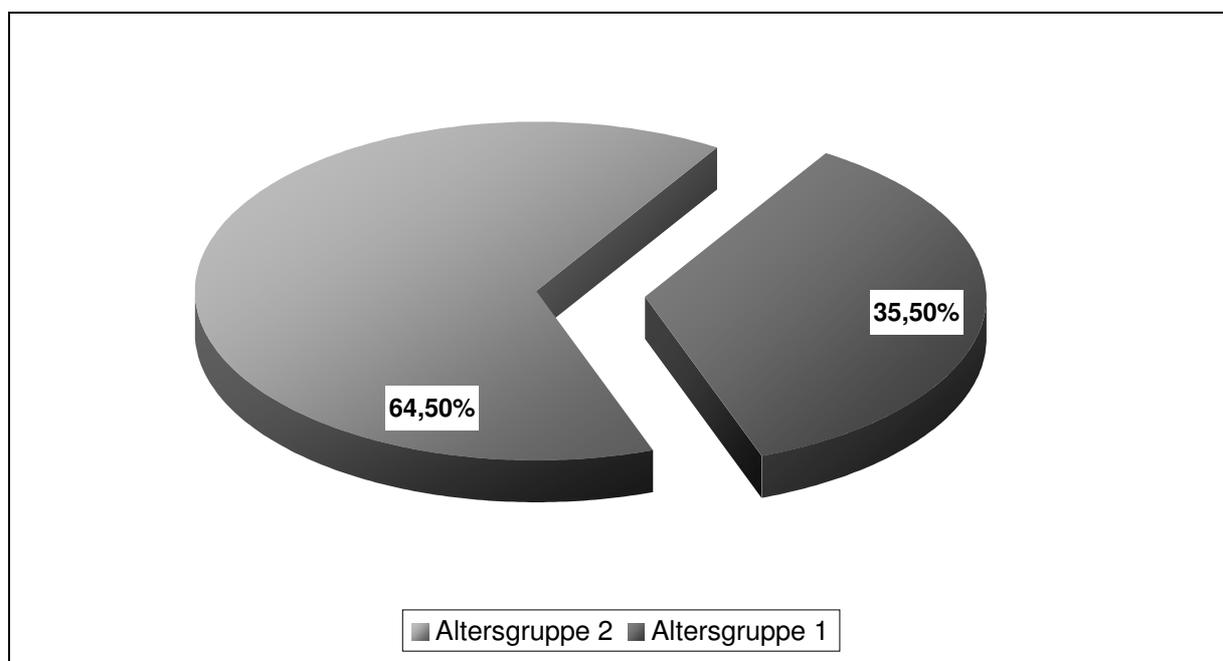


Abbildung 3: Verteilung Alter

Die Geschlechterverteilung in diesen beiden Altersgruppen teilt sich so auf, dass sich in der ersten Gruppe (AG 1) 116 Frauen und 48 Männer und in der zweiten Gruppe (AG 2) 98 Frauen und 17 Männer befinden (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Geschlechtsverteilung auf Altersgruppen

	Weiblich	Männlich
AG 1	116	48
AG 2	98	17

Des Weiteren ist es interessant, sich die Verteilungen in der Versuchs- (VG) und Kontrollgruppe (KG) genauer vor Augen zu führen. Insgesamt besteht die VG aus 154, die KG aus 177 Schülern. Das Ergebnis der Geschlechtsverteilung in der Versuchs- und Kontrollgruppe lässt sich dahingehend zusammenfassen, dass sich 132 (74,58%) weibliche und 45 (25,42%) männliche Schüler in der Kontrollgruppe (KG) befinden. Die Versuchsgruppe (VG) setzt sich aus 127 (82,25%) weiblichen und 27 (17,75%) männlichen Teilnehmern zusammen (siehe Abbildung 4).

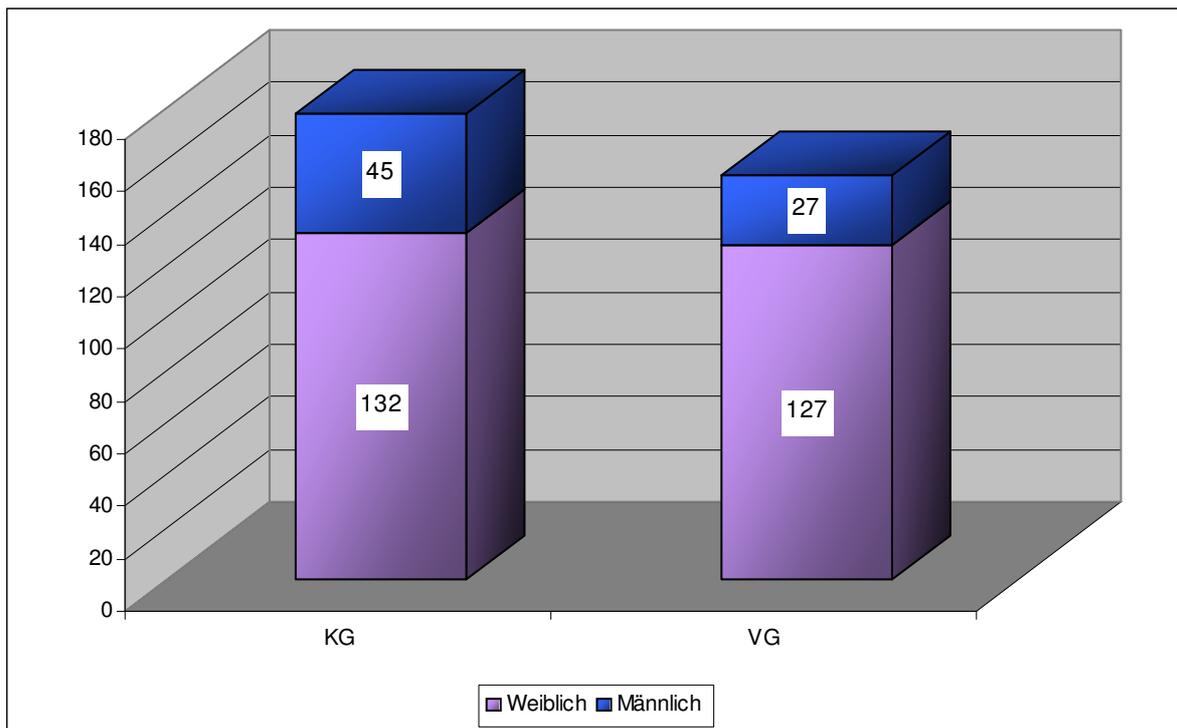


Abbildung 4: Geschlechterverteilung in der VG und KG

Außerdem erfasste der soziodemografische Fragebogen weitere persönliche Angaben wie Wohnverhältnis, Beziehungsstatus oder Allgemeines zum Thema Selbstsicherheit (zum Beispiel, ob sich die jungen Erwachsenen bereits mit dem Thema „Selbstsicherheit“ auseinandergesetzt haben). Ein interessantes Ergebnis findet sich in Zusammenhang mit dem Geschlecht und ob die Schüler derzeit eine Beziehung haben (dies war mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten).

Tabelle 4 veranschaulicht, dass sich wesentlich mehr weibliche als männliche Teilnehmer zur Zeit der Testung in einer Beziehung befinden. Dies führt zu einem hoch signifikantem Unterschied zwischen den Geschlechtern ($\chi^2(1, n = 320) = 5,60, p = 0,022$).

Tabelle 4: Beziehung und Geschlecht

	Weiblich	Männlich
Beziehung:Ja	52 (89,65%)	6 (10,35%)

Auch in den zwei Altersgruppen finden sich höchst signifikante Unterschiede hinsichtlich des Beziehungsstatus ($\chi^2(1, n = 320) = 18,10, p < 0,001$). Tabelle 5 zeigt, dass in Altersgruppe 2 wesentlich mehr Schüler eine Beziehung haben als die in Altersgruppe 1.

Tabelle 5: Beziehung und Altersgruppen

	Altersgruppe 1	Altersgruppe 2
Beziehung:Ja	22 (39,29%)	34 (60,71%)

6.2 Ergebnisse der FSKN

Ob das Kompetenztraining eine Verbesserung hinsichtlich des Selbstkonzeptes erzielen konnte, wird mittels der Frankfurter Selbstkonzeptskalen untersucht. Zuerst wird der Unterschied in der Versuchsgruppe zwischen weiblichen und männlichen Teilnehmern zum ersten Testzeitpunkt betrachtet (Fragestellung 1). In diesem Zusammenhang zeigt sich in der Skala der „Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ (FSKU) ein signifikanter Unterschied ($t(152) = -2,138, p = 0,034, d = 0,46$). Der resultierende Effekt kann als mittelgroß angesehen werden. Aufgrund des Ergebnisses, darf die Nullhypothese verworfen werden. Ein tendenziell signifikantes Ergebnis findet sich auch in der Skala zur „Empfindlichkeit und Gestimmtheit“ ($t(152) = 1,952, p = 0,052, d = 0,42$). Der Effekt kann ebenfalls als durchschnittlich angesehen werden. In den übrigen Skalen (FSAL, FSAP, FSVE, FSSW, FSST, FSWA, FSIA und FSGA) finden sich keine signifikanten Unterschiede, weshalb in diesen Fällen die Nullhypothese beibehalten werden muss. Auch die gefundenen Effekte können als vernachlässigbar beziehungsweise klein deklariert werden.

Betrachtet man den Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Schülern der Versuchsgruppe zum zweiten Testzeitpunkt (Fragestellung 2), so findet man hinsichtlich zwei Skalen signifikante Unterschiede. Die Nullhypothesen der Skala der „allgemeinen Leistungsfähigkeit“ (FSAL) ($t(152) = -2,052, p = 0,042, d = 0,44$) und die der „Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ (FSKU) ($t(152) = -2,300, p = 0,023, d = 0,49$) können demnach verworfen werden. Die Ergebnisse deuten auf einen mittleren Effekt hin. In den übrigen Skalen (FSAP, FSVE, FSSW, FSEG, FSST, FSWA, FSIA und FSGA) finden sich keine

signifikanten Unterschiede, weshalb die Nullhypothese beibehalten werden muss. Auch die gefundenen Effekte können größtenteils vernachlässigt werden. In den Skalen zur „Wertschätzung durch andere“ (FSWA), zur „Irritierbarkeit durch andere“ (FSIA) und zu „Gefühlen und Beziehungen zu anderen“ (FSGA) finden sich Tendenzen zu einem mittleren Effekt. Tabelle 6 veranschaulicht die Ergebnisse zum ersten (t1) und zweiten Testzeitpunkt (t2) in der Versuchsgruppe hinsichtlich des Unterschieds zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern.

Tabelle 6: Ergebnis des Vergleichs von weiblichen und männlichen Schülern der Versuchsgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt

Skala	t-Wert, z-Wert	Signifikanz	Effektgröße
FSAL (t1)	$t(152) = -0,774^*$	$p = 0,440$	$d = 0,17$
FSAP (t1)	$t(152) = -1,050$	$p = 0,295$	$d = 0,22$
FSVE (t1)	$t(152) = 0,472$	$p = 0,637$	$d = 0,06$
FSSW (t1)	$t(152) = -0,290$	$p = 0,772$	$d = 0,06$
FSEG (t1)	$t(152) = 1,959$	$p = 0,052$	$d = 0,42$
FSST (t1)	$t(152) = -1,430$	$p = 0,155$	$d = 0,3$
FSKU (t1)	$t(152) = -2,138$	$p = 0,034$	$d = 0,46$
FSWA (t1)	$z = -1,017$	$p = 0,309$	$d = 0,29$
FSIA (t1)	$t(152) = -0,991$	$p = 0,323$	$d = 0,21$
FSGA (t1)	$t(152) = -0,653$	$p = 0,514$	$d = 0,14$
FSAL (t2)	$t(152) = -2,052$	$p = 0,042$	$d = 0,44$
FSAP (t2)	$t(152) = -1,179$	$p = 0,240$	$d = 0,25$
FSVE (t2)	$t(152) = -0,369$	$p = 0,712$	$d = 0,08$
FSSW (t2)	$t(152) = -0,810$	$p = 0,419$	$d = 0,17$
FSEG (t2)	$t(152) = 0,489$	$p = 0,625$	$d = 0,1$
FSST (t2)	$t(152) = -0,884$	$p = 0,378$	$d = 0,19$
FSKU (t2)	$t(152) = -2,300$	$p = 0,023$	$d = 0,49$
FSWA (t2)	$t(152) = -1,524$	$p = 0,130$	$d = 0,32$
FSIA (t2)	$t(152) = -1,728$	$p = 0,086$	$d = 0,37$
FSGA (t2)	$t(152) = -1,619$	$p = 0,107$	$d = 0,33$

* Ein negativer *t*- beziehungsweise *z*-Wert bedeutet, dass der Mittelwert oder Median der männlichen Schüler geringer ist, als der Mittelwert oder Median der weiblichen Teilnehmer (zum Beispiel: FSAL *M* der weiblichen Teilnehmer = 44,34, FSAL *M* der männlichen Schüler = 43,08). Bei positivem Vorzeichen ist das Ergebnis in die entgegengesetzte Richtung zu betrachten.

Durch die Darstellung der Mittelwerte von den signifikanten Ergebnissen (Tabelle 7), kann genau bestimmt werden, wo die Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern der Versuchsgruppe zu den jeweiligen Testzeitpunkten liegen. Bis auf die Skala FSEG (t1) sind die Mittelwerte der weiblichen Schüler bei den beiden Testzeitpunkten höher als die der männlichen Schüler.

Tabelle 7: Mittelwerte der signifikanten Ergebnisse zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern der Versuchsgruppe zum ersten Testung (t1) und zweiten Testzeitpunkt (t2)

Skala	<i>M</i> -Wert weiblich	<i>M</i> -Wert männlich
FSEG (t1)	<i>M</i> = 23,89 <i>SD</i> = 5,36	<i>M</i> = 26,14 <i>SD</i> = 5,64
FSKU (t1)	<i>M</i> = 25,90 <i>SD</i> = 4,19	<i>M</i> = 23,93 <i>SD</i> = 5,14
FSAL (t2)	<i>M</i> = 48,41 <i>SD</i> = 7,62	<i>M</i> = 45,07 <i>SD</i> = 7,90
FSKU (t2)	<i>M</i> = 26,94 <i>SD</i> = 3,93	<i>M</i> = 24,96 <i>SD</i> = 4,59
FSWA (t2)	<i>M</i> = 29,47 <i>SD</i> = 4,48	<i>M</i> = 27,96 <i>SD</i> = 5,55
FSIA (t2)	<i>M</i> = 26,73 <i>SD</i> = 4,32	<i>M</i> = 25,11 <i>SD</i> = 4,98
FSGA (t2)	<i>M</i> = 29,05 <i>SD</i> = 4,02	<i>M</i> = 27,63 <i>SD</i> = 4,64

Dieselben zwei Fragestellungen (ob es Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern zum ersten, beziehungsweise zum zweiten Testzeitpunkt gibt) werden auch in Bezug auf die Kontrollgruppe untersucht (Fragestellung 3 und 4). Der einzig signifikante Unterschied findet sich zum ersten Testzeitpunkt hinsichtlich der Skala zur „Empfindlichkeit

und Gestimmtheit“ (FSEG). In diesem Fall darf die Nullhypothese verworfen werden ($t(175) = 2,063$, $p = 0,041$, $d = 0,35$). Der gefundene Effekt kann als tendenzielle mittelgroß angesehen werden. In den übrigen Skalen (FSAL (t1 und t2), FSAP (t1 und t2), FSVE (t1 und t2), FSSW (t1 und t2), FSST (t1 und t2), FSKU (t1 und t2), FSWA (t1 und t2), FSIA (t1 und t2), FSGA (t1 und t2) und FSEG (t2)) müssen, sowohl beim ersten als auch beim zweiten Testzeitpunkt, die Nullhypothesen beibehalten werden. Tabelle 8 stellt die Ergebnisse dar.

Tabelle 8: Ergebnis des Vergleichs von weiblichen und männlichen Schülern der Kontrollgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt

Skala	t-Wert, z-Wert	Signifikanz	Effektgröße
FSAL (t1)	$t(175) = -0,071^*$	$p = 0,944$	$d = 0,01$
FSAP (t1)	$t(175) = 0,492$	$p = 0,623$	$d = 0,08$
FSVE (t1)	$t(175) = 1,468$	$p = 0,144$	$d = 0,25$
FSSW (t1)	$t(175) = 0,017$	$p = 0,986$	$d = 0$
FSEG (t1)	$t(175) = 2,063$	$p = 0,041$	$d = 0,35$
FSST (t1)	$t(175) = 0,315$	$p = 0,753$	$d = 0,06$
FSKU (t1)	$t(175) = -0,026$	$p = 0,979$	$d = 0$
FSWA (t1)	$t(175) = -0,511$	$p = 0,610$	$d = 0,09$
FSIA (t1)	$t(175) = -1,280$	$p = 0,202$	$d = 0,22$
FSGA (t1)	$z = -0,177$	$p = 0,859$	$d = 0,01$
FSAL (t2)	$t(175) = -1,100$	$p = 0,273$	$d = 0,19$
FSAP (t2)	$t(175) = -0,266$	$p = 0,791$	$d = 0,04$
FSVE (t2)	$z = -0,461$	$p = 0,645$	$d = 0,08$
FSSW (t2)	$t(175) = -0,017$	$p = 0,986$	$d = 0$
FSEG (t2)	$t(175) = 0,754$	$p = 0,452$	$d = 0,13$
FSST (t2)	$t(175) = 0,327$	$p = 0,744$	$d = 0,06$
FSKU (t2)	$t(175) = -0,157$	$p = 0,876$	$d = 0,03$
FSWA (t2)	$t(175) = -0,773$	$p = 0,441$	$d = 0,13$
FSIA (t2)	$t(175) = -1,800$	$p = 0,074$	$d = 0,31$
FSGA (t2)	$t(175) = -0,871$	$p = 0,385$	$d = 0,15$

Ein negativer t - beziehungsweise z -Wert bedeutet, dass der Mittelwert oder Median der männlichen Schüler geringer ist, als der Mittelwert oder Median der weiblichen Teilnehmer (zum Beispiel: FSAL M der weiblichen Teilnehmer = 44,06, FSAL M der männlichen Schüler = 43,96). Bei positivem Vorzeichen ist das Ergebnis in die entgegengesetzte Richtung zu betrachten.

Um die signifikanten Ergebnisse noch besser deuten zu können, werden in der Tabelle 9 die Mittelwerte der männlichen und weiblichen Teilnehmer aufgelistet. In der Skala FSEG (t1) weisen die weiblichen Schüler einen signifikant niedrigeren Mittelwert auf als die männlichen. In der Skala FSIA hingegen, haben die männlichen Schüler einen signifikant niedrigeren Mittelwert als die weiblichen Teilnehmer.

Tabelle 9: Mittelwerte der signifikanten Ergebnisse zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern der Kontrolle zum ersten Testung (t1) und zweiten Testzeitpunkt (t2)

Skala	M -Wert weiblich	M -Wert männlich
FSEG (t1)	$M = 23,40$ $SD = 5,06$	$M = 25,15$ $SD = 4,49$
FSIA (t2)	$M = 25,70$ $SD = 4,37$	$M = 24,29$ $SD = 5,02$

Die nächsten beiden Fragestellungen (Fragestellung 5 und 6) beziehen sich auf den Unterschied zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe zu den jeweiligen Testzeitpunkten (t1 und t2). Betrachtet man den Unterschied zum ersten Testzeitpunkt, so finden sich zwei signifikante Ergebnisse hinsichtlich der Skala zur „Wertschätzung durch andere“ (FSWA) ($t(329) = 2,520$, $p = 0,012$, $d = 0,28$) und der „Irritierbarkeit durch andere“ (FSIA) ($t(329) = 2,311$, $p = 0,021$, $d = 0,25$). Allerdings finden sich nur kleine Effekte. Die übrigen Skalen (FSAL, FSAP, FSVE, FSSW, FSEG, FSST, FSKU und FSGA) zeigen keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Versuchs- und Kontrollgruppe zum ersten Testzeitpunkt, weshalb die Nullhypothesen beibehalten werden müssen. Auch die Effektgrößen sind klein, beziehungsweise vernachlässigbar.

Hinsichtlich der Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe zum zweiten Testzeitpunkt finden sich in acht der zehn Skalen teils höchst signifikante Unterschiede. Die Skala der „Standfestigkeit gegenüber Gruppen“ (FSST) ($t(329) = 3,525$, $p < 0,001$, $d = 0,53$) und die der „Kontakt und Umgangsfähigkeit“ (FSKU) ($t(329) = 4,532$, $p < 0,001$, $d = 0,5$) weisen diese höchst signifikanten Ergebnisse auf. Hoch signifikante Unterschiede finden

sich in der Skala des „Selbstwertes“ (FSSW) ($t(329) = 3,007$, $p = 0,003$, $d = 0,33$), der „Empfindlichkeit und Gestimmtheit“ (FSEG) ($t(329) = 3,100$, $p = 0,002$, $d = 0,33$) und der „Wertschätzung durch andere“ (FSWA) ($t(329) = 2,753$, $p = 0,006$, $d = 0,3$). Signifikante Unterschiede zeigen sich hinsichtlich der Skala zur „Irritierbarkeit durch andere“ (FSIA) ($t(329) = 2,221$, $p = 0,027$, $d = 0,25$) und zu „Gefühlen und Beziehungen zu anderen“ (FSGA) ($t(329) = 2,448$, $p = 0,015$, $d = 0,27$). Aufgrund dessen dürfen in den Skalen FSAL, FSST, FSKU, FSSW, FSEG, FSWA, FSIA und FSGA die Nullhypothesen verworfen werden. In den übrigen zwei Skalen (FSGA und FSVE) müssen die Nullhypothesen beibehalten werden. Die gefundenen Effektgrößen sind vor allem in den Skalen FSST und FSKU eindeutig durchschnittlich. Die übrigen Effektgrößen der signifikanten Ergebnisse zeigen zumindest Tendenzen zu einem mittleren Effekt. Die Effektstärken der Skalen FSAL und FSVE sind vernachlässigbar. Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse nochmals tabellarisch dargestellt.

Tabelle 10: Ergebnisse zum Vergleich der Versuchs- und Kontrollgruppe zum ersten (t1) und zweiten (t2) Testzeitpunkt

Skala	t-Wert, z-Wert	Signifikanz	Effektgröße
FSAL (t1)	$t(329) = 0,091^*$	$p = 0,928$	$d = 0,01$
FSAP (t1)	$t(329) = 0,443$	$p = 0,658$	$d = 0,05$
FSVE (t1)	$t(329) = 1,711$	$p = 0,088$	$d = 0,19$
FSSW (t1)	$t(329) = 0,654$	$p = 0,514$	$d = 0,07$
FSEG (t1)	$t(329) = 0,767$	$p = 0,444$	$d = 0,09$
FSST (t1)	$t(329) = 1,079$	$p = 0,281$	$d = 0,12$
FSKU (t1)	$t(329) = 1,628$	$p = 0,105$	$d = 0,18$
FSWA (t1)	$t(329) = 2,520$	$p = 0,012$	$d = 0,28$
FSIA (t1)	$t(329) = 2,311$	$p = 0,021$	$d = 0,25$
FSGA (t1)	$t(329) = 1,150$	$p = 0,251$	$d = 0,13$
FSAL (t2)	$t(329) = 1,871$	$p = 0,062$	$d = 0,21$
FSAP (t2)	$z = -1,351$	$p = 0,177$	$d = 0,36$
FSVE (t2)	$t(329) = 1,623$	$p = 0,106$	$d = 0,18$
FSSW (t2)	$t(329) = 3,007$	$p = 0,003$	$d = 0,33$
FSEG (t2)	$t(329) = 3,100$	$p = 0,002$	$d = 0,33$
FSST (t2)	$t(329) = 3,525$	$p < 0,001$	$d = 0,53$
FSKU (t2)	$t(329) = 4,532$	$p < 0,001$	$d = 0,5$
FSWA (t2)	$t(329) = 2,753$	$p = 0,006$	$d = 0,3$
FSIA (t2)	$t(329) = 2,221$	$p = 0,027$	$d = 0,25$
FSGA (t2)	$t(329) = 2,448$	$p = 0,015$	$d = 0,27$

* Ein positiver t - oder z -Wert bedeutet, dass der Mittelwert oder Median der Kontrollgruppe geringer ist, als der Mittelwert oder Median der Versuchsgruppe (zum Beispiel: FSAL M Kontrollgruppe = 44,03, FSAL M Versuchsgruppe = 44,12). Bei negativem Vorzeichen ist das Ergebnis in die entgegengesetzte Richtung zu betrachten.

Auch in diesem Zusammenhang werden die Mittelwerte der signifikanten Ergebnisse zum ersten und zweiten Testzeitpunkt dargestellt (Tabelle 11). Die Mittelwerte der

Versuchsgruppe sind sowohl bei der Prä- als auch bei der Posttestung höher als die der Kontrollgruppe.

Tabelle 11: Mittelwerte der signifikanten Ergebnisse zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt

Skala	M-Wert Versuchsgruppe	M-Wert Kontrollgruppe
FSWA (t1)	<i>M</i> = 27,71 <i>SD</i> = 4,93	<i>M</i> = 26,31 <i>SD</i> = 5,14
FSIA (t1)	<i>M</i> = 25,47 <i>SD</i> = 4,34	<i>M</i> = 24,35 <i>SD</i> = 4,47
FSSW (t2)	<i>M</i> = 50,82 <i>SD</i> = 8,38	<i>M</i> = 47,88 <i>SD</i> = 9,27
FSEG (t2)	<i>M</i> = 27,06 <i>SD</i> = 5,05	<i>M</i> = 25,37 <i>SD</i> = 4,86
FSST (t2)	<i>M</i> = 51,85 <i>SD</i> = 9,34	<i>M</i> = 47,54 <i>SD</i> = 9,39
FSKU (t2)	<i>M</i> = 26,59 <i>SD</i> = 4,10	<i>M</i> = 24,47 <i>SD</i> = 4,35
FSWA (t2)	<i>M</i> = 29,21 <i>SD</i> = 4,70	<i>M</i> = 27,67 <i>SD</i> = 5,40
FSIA (t2)	<i>M</i> = 26,45 <i>SD</i> = 4,47	<i>M</i> = 25,34 <i>SD</i> = 4,57
FSGA (t2)	<i>M</i> = 28,80 <i>SD</i> = 4,15	<i>M</i> = 27,60 <i>SD</i> = 4,66

Berücksichtigt man in der Berechnung zum Unterschied zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe zum jeweiligen Testzeitpunkt das Geschlecht, dann kommen folgende Ergebnisse zum Tragen: Zum ersten Testzeitpunkt gibt es einen hoch signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern in Bezug auf die Skala zur „Empfindlichkeit und Gestimmtheit“ (FSEG) ($F(1, 327) = 8,051, p = 0,005$). Beim zweiten Testzeitpunkt weisen zwei Skalen (FSAL und FSIA) signifikante Ergebnisse auf, wenn das Geschlecht berücksichtigt wird. FSAL ($F(1, 327) = 2,776, p = 0,030$) und FSIA ($F(1, 327) = 6,110, p = 0,014$). Aber auch, ob man derzeit eine Beziehung hat oder nicht, bringt ein

signifikantes und ein hoch signifikantes Ergebnis zum ersten Testzeitpunkt: FSSW ($F(1, 327) = 5,863, p = 0,016$) und FSWA ($F(1, 327) = 10,027, p = 0,002$).

Untersucht man die Unterschiede zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt innerhalb der Versuchsgruppe (Fragestellung 7), lassen sich in acht ($F(1, 152) = 25,670, p = 0,000$), FSAP ($F(1, 152) = 47,470, p < 0,001$), FSVE ($F(1, 152) = 8,947, p = 0,03$), FSSW ($F(1, 152) = 33,092, p < 0,001$), FSEG ($F(1, 152) = 29,851, p < 0,001$), FSST ($F(1, 152) = 30,271, p < 0,001$), FSKU ($F(1, 152) = 5,257, p = 0,023$) und FSWA ($\chi^2(1) = 11,594, p = 0,001$) der zehn Skalen hoch bis höchst signifikante Unterschiede feststellen. Deshalb darf die Nullhypothese in diesen Skalen verworfen werden. Die gefundenen Effektgrößen (siehe Tabelle 12) sind, bis auf die Skala FSKU (kleiner Effekt), als (tendenziell) durchschnittlich bis groß anzusehen.

Tabelle 12: Ergebnisse zwischen den Testzeitpunkten in der Versuchsgruppe

Skala	F-Wert	Signifikanz	Effektgröße
FSAL	$F(1, 152) = 25,670$	$p < 0,001$	$d = 0,64$
FSAP	$F(1, 152) = 47,470$	$p < 0,001$	$d = 0,87$
FSVE	$F(1, 152) = 8,947$	$p = 0,003$	$d = 0,38$
FSSW	$F(1, 152) = 33,092$	$p < 0,001$	$d = 0,72$
FSEG	$F(1, 152) = 29,851$	$p < 0,001$	$d = 0,69$
FSST	$F(1, 152) = 30,271$	$p < 0,001$	$d = 0,69$
FSKU	$F(1, 152) = 5,257$	$p = 0,023$	$d = 0,29$
FSWA	$\chi^2(1) = 11,594$	$p = 0,001$	$d = 0,43$
FSIA	$F(1, 152) = 3,546$	$p = 0,062$	$d = 0,22$
FSGA	$F(1, 152) = 3,5072$	$p = 0,063$	$d = 0,22$

Die Mittelwerte beziehungsweise der Median des ersten Testzeitpunktes waren durchwegs niedriger als die des zweiten Testzeitpunktes. Die Mittelwerte der Skalen FSSW und FSST weisen besonders große Unterschiede auf (FSSW (t1) ($M = 46,32, SD = 0,976$), FSSW (t2) ($M = 50,35, SD = 0,889$) und FSST (t1) ($M = 46,51, SD = 0,035$), FSST (t2) ($M = 50,62, SD = 0,951$)). Die Unterschiede der Mittelwerte in den Skalen FSVE und FSKU wirken zwar klein, sind aber dennoch signifikant (FSVE (t1) ($M = 25,17, SD = 0,442$), FSVE (t2) ($M = 26,40, SD = 0,484$) und FSKU (t1) ($M = 24,95, SD = 0,463$),

FSKU (t2) ($M = 25,95$, $SD = 0,429$)). Die genaue Darstellung dieser Werte in der Versuchsgruppe zwischen erster und zweiter Testung findet sich in Tabelle 13.

Tabelle 13: Mittelwerte der Prä- und Posttestung in der Versuchsgruppe

Skala	<i>M</i> -Wert, <i>MD</i> t1	<i>M</i> -Wert, <i>MD</i> t2
FSAL	$M = 43,71$ $SD = 0,81$	$M = 46,74$ $SD = 0,81$
FSAP	$M = 43,91$ $SD = 0,79$	$M = 45,63$ $SD = 0,75$
FSVE	$M = 25,17$ $SD = 0,44$	$M = 26,40$ $SD = 0,48$
FSSW	$M = 46,32$ $SD = 0,97$	$M = 50,35$ $SD = 0,88$
FSEG	$M = 25,01$ $SD = 0,57$	$M = 27,23$ $SD = 0,53$
FSST	$M = 46,51$ $SD = 0,03$	$M = 50,62$ $SD = 0,95$
FSKU	$M = 24,95$ $SD = 0,46$	$M = 25,95$ $SD = 0,42$
FSWA	$MD = 1,37$	$MD = 1,63$

Es findet sich eine Skala, in der sich auch ein signifikantes Ergebnis hinsichtlich des Geschlechts findet (siehe Abbildung 5): FSEG ($F(1, 152) = 4,491$, $p = 0,036$). In den übrigen Skalen zeigen sich die hoch bis höchst signifikanten Ergebnisse in Bezug auf die Veränderung zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt in der gesamten Gruppe.

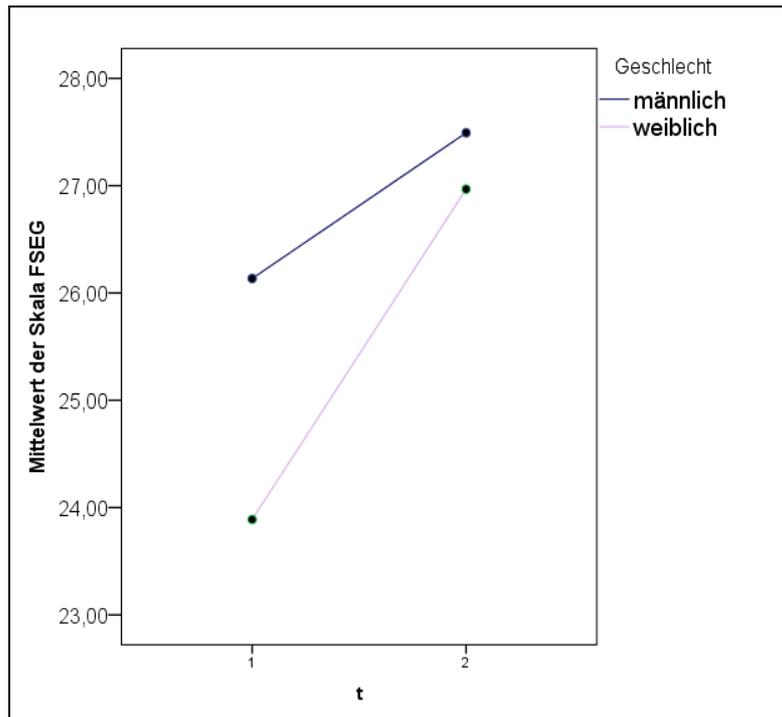


Abbildung 5: Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen der Versuchsgruppe in der Skala FSEG zwischen den beiden Testzeitpunkten

Aber auch in der Kontrollgruppe lassen sich durchwegs signifikante bis hoch signifikante Ergebnisse aus der Berechnung ableiten (Fragestellung 8). Sieben (FSAL ($F(1, 175) = 5,275, p < 0,001$), FSAP ($F(1, 175) = 4,549, p = 0,000$), FSVE ($\chi^2(1) = 12,736, p < 0,001$), FSSW ($F(1, 175) = 7,641, p < 0,001$), FSEG ($F(1, 175) = 11,061, p < 0,001$), FSWA ($F(1, 175) = 9,560, p < 0,001$) und FSIA ($F(1, 175) = 4,562, p = 0,023$)) der zehn Skalen zeigen diese Unterschiede auf, weshalb die Nullhypothesen verworfen werden dürfen. Die dazugehörigen Effektgrößen sind in den Skalen FSVE, FSEG und FSWA nur als „tendenziell“ durchschnittlich anzusehen. In den anderen Skalen finden sich geringe Effektgrößen. Die wichtigsten Kennwerte verdeutlicht Tabelle 14.

Tabelle 14: Ergebnisse zwischen den Testzeitpunkten in der Kontrollgruppe

Skala	F-Wert	Signifikanz	Effektgrößen
FSAL	$F(1, 175) = 5,275$	$p < 0,001$	$d = 0,26$
FSAP	$F(1, 175) = 4,549$	$p < 0,001$	$d = 0,24$
FSVE	$\chi^2(1) = 12,736$	$p < 0,001$	$d = 0,38$
FSSW	$F(1, 175) = 7,641$	$p < 0,001$	$d = 0,32$
FSEG	$F(1, 175) = 11,061$	$p < 0,001$	$d = 0,38$
FSST	$F(1, 175) = 3,204$	$p = 0,075$	$d = 0,19$
FSKU	$F(1, 175) = 0,642$	$p = 0,424$	$d = 0,09$
FSWA	$F(1, 175) = 9,560$	$p < 0,001$	$d = 0,35$
FSIA	$F(1, 175) = 4,562$	$p = 0,023$	$d = 0,24$
FSGA	$\chi^2(1) = 1,818$	$p = 0,178$	$d = 0,14$

Auch in diesem Fall sind die Mittelwerte des ersten Testzeitpunktes durchwegs geringer als zum zweiten Testzeitpunkt. Die Unterschiede der Mittelwerte sind zwar signifikant, aber nicht besonders groß. Betrachtet man die Mittelwerte hinsichtlich der Skala FSIA, so wird deutlich, dass der zweite Wert nur um 0,88 größer ist als der erste ($M(t1) = 24,12$, $SD = 0,39$, $M(t2) = 25,00$, $SD = 0,40$). Diese Kennwerte veranschaulicht Tabelle 15.

Tabelle 15: Mittelwerte der Prä- und Posttestung in der Kontrollgruppe

Skala	M-Wert t1	M-Wert t2
FSAL	$M = 44,01$ $SD = 0,66$	$M = 45,62$ $SD = 0,80$
FSAP	$M = 43,07$ $SD = 0,63$	$M = 44,49$ $SD = 0,71$
FSVE	$MD = 1,37$	$MD = 1,67$
FSSW	$M = 45,85$ $SD = 0,79$	$M = 47,87$ $SD = 0,80$
FSEG	$M = 24,27$ $SD = 0,43$	$M = 25,52$ $SD = 0,42$
FSWA	$M = 26,20$ $SD = 0,45$	$M = 27,49$ $SD = 0,47$
FSIA	$M = 24,12$ $SD = 0,39$	$M = 25,00$ $SD = 0,40$

Wird die Versuchs- und die Kontrollgruppe gemeinsam betrachtet und untersucht, ob sie sich hinsichtlich des ersten und zweiten Testzeitpunkt unterscheiden (Fragestellung 9), finden sich folgende Ergebnisse: In drei Skalen finden sich signifikante bis hoch signifikante Wechselwirkungen zwischen zeitlichem Verlauf und Gruppenzugehörigkeit. In den Skalen FSKU ($F(1, 327) = 4,962, p = 0,027, d = 0,17$), FSST ($F(1, 327) = 7,926, p = 0,005, d = 0,22$) und FSAP ($F(1, 327) = 34,827, p = 0,005, d = 0,46$) dürfen die Nullhypothesen verworfen werden. Die Effektgrößen sind, bis auf die Skala FSAP (mittlerer Effekt), als gering anzusehen (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Ergebnisse zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte

Skala	F-Wert	Signifikanz	Effektgrößen
FSAL	$F(1, 327) = 1,470$	$p = 0,226$	$d = 0,13$
FSAP	$F(1, 327) = 34,827$	$p = 0,005$	$d = 0,46$
FSVE	$\chi^2(1) = 0,044$	$p = 0,834$	$d = 0,02$
FSSW	$F(1, 327) = 3,680$	$p = 0,056$	$d = 0,21$
FSEG	$F(1, 327) = 2,960$	$p = 0,086$	$d = 0,19$
FSST	$F(1, 327) = 7,926$	$p = 0,005$	$d = 0,22$
FSKU	$F(1, 327) = 4,962$	$p = 0,027$	$d = 0,17$
FSWA	$F(1, 327) = 0,078$	$p = 0,780$	$d = 0,03$
FSIA	$F(1, 327) = 0,057$	$p = 0,811$	$d = 0,03$
FSGA	$\chi^2(1) = 0,741$	$p = 0,390$	$d = 0,1$

Die Mittelwerte der Versuchs- und Kontrollgruppe zeigen, dass die Versuchsgruppe sowohl beim ersten als auch beim zweiten Testzeitpunkt höhere Werte erzielt als die Kontrollgruppe (siehe

Tabelle 17). Die Kontrollgruppe weist zwar beim zweiten Testzeitpunkt höherer Mittelwerte auf als beim ersten, allerdings ist die Verbesserung in der Versuchsgruppe doch signifikant höher. Besonders in der Skala FSAP zeigt die Gruppe, die am Training teilgenommen hat, hinsichtlich der Steigerung der Mittelwerte den größten Sprung ($M(t1) = 43,28$, $M(t2) = 47,38$). In der Skala FSKU sind die Veränderungen in der Versuchsgruppe auf den ersten Blick nicht sehr hoch ($M(t1) = 25,56$, $M(t2) = 26,59$), diese sind aber immer noch signifikant gegenüber der Kontrollgruppe ($M(t1) = 24,39$, $M(t2) = 24,47$).

Tabelle 17: Mittelwerte der signifikanten Ergebnisse der Versuchs- und Kontrolle hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte

Skala	M-Wert Versuchsgruppe t1	M-Wert Kontrollgruppe t1	M-Wert Versuchsgruppe t2	M-Wert Versuchsgruppe t2
FSAP	$M = 43,28$ $SD = 7,46$	$M = 42,92$ $SD = 7,27$	$M = 47,38$ $SD = 7,17$	$M = 44,58$ $SD = 8,28$
FSST	$M = 47,47$ $SD = 9,80$	$M = 46,33$ $SD = 9,39$	$M = 51,18$ $SD = 9,34$	$M = 47,54$ $SD = 9,39$
FSKU	$M = 25,56$ $SD = 4,42$	$M = 24,39$ $SD = 4,40$	$M = 26,59$ $SD = 4,10$	$M = 24,47$ $SD = 04,35$

Die Abbildungen 6 bis 8 zeigen die Veränderung zwischen den Gruppen hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte nochmals in einem Diagramm dargestellt. Abbildung 6 konzentriert sich auf den Unterschied zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen den beiden Testzeitpunkten hinsichtlich der Skala FSAP.

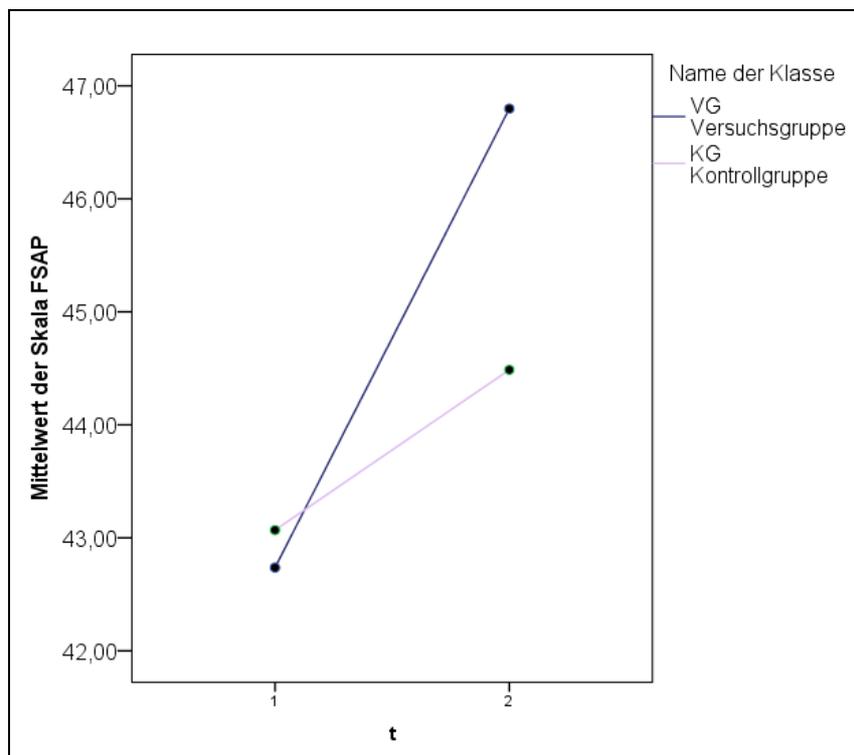


Abbildung 6: Unterschied zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen den beiden Testzeitpunkten in der Skala FSAP

Abbildung 7 verdeutlicht den Verlauf der Mittelwerte der Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen den beiden Testzeitpunkten hinsichtlich der Skala FSST.

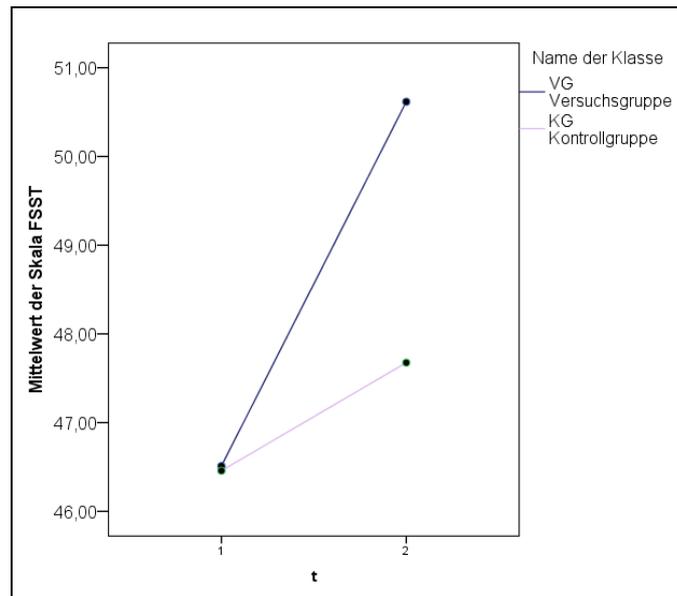


Abbildung 7: Unterschied zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen den beiden Testzeitpunkten in der Skala FSST

Die Abbildung 8 zeigt den grafischen Verlauf der Mittelwerte der Versuchs- und Kontrollgruppe in Bezug auf die beiden Testzeitpunkte (t1 und t2).

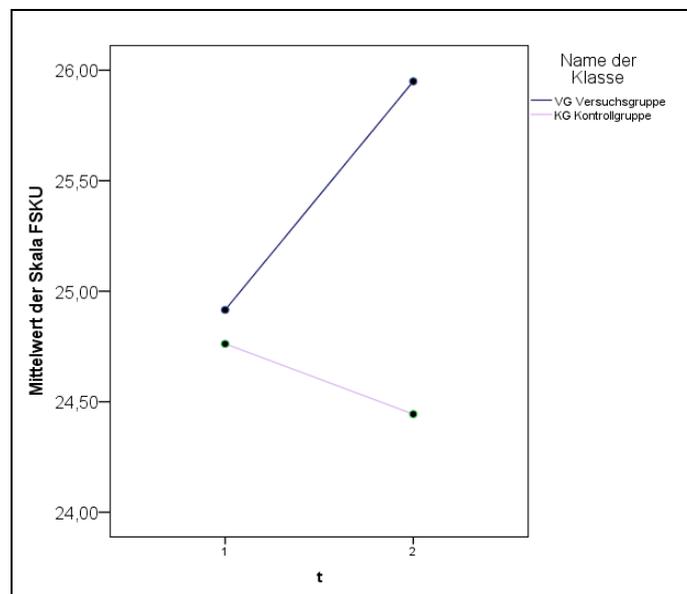


Abbildung 8: Unterschied zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen den beiden Testzeitpunkten in der Skala FSKU

6.3 Ergebnisse der SEE

Ein wichtiges Thema im Zusammenhang mit sozialen Kompetenzen stellt der Umgang mit Emotionen dar. Wie die Schüler diese wahrnehmen und wie sie mit ihnen umgehen, soll mittels der Skalen zum Erleben von Emotionen untersucht werden. Der Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Schülern der Versuchsgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt interessiert zuerst (Fragestellung 1 und 2). Ein hoch signifikantes Ergebnis findet sich im ersten Testzeitpunkt hinsichtlich des „Erlebens von Emotionsüberflutung“ (SEEEEÜ) ($t(151) = -2,933$, $p = 0,004$, $d = 0,63$). Ein weiterer signifikanter Unterschied stellt sich in Bezug auf die „körperbezogene Symbolisierung von Emotionen“ dar (SEEKSE) ($t(151) = -2,223$, $p = 0,028$, $d = 0,48$). In diesen beiden Fällen darf die Nullhypothese verworfen werden. Die gefundenen Effektstärken sind als mittelgroß anzusehen. Die übrigen Skalen (SEEAEE, SEEEEM, SEEISE und SEEEER) weisen keine signifikanten Unterschiede auf. Tendenziell mittlere Ergebnisse finden sich bei der Skala zum „Erleben von Emotionsregulation“ zum „Erleben von Selbstkontrolle“ und zum „Erleben von Emotionsmangel“. Die übrigen Effekte (SEEAEE und SEEISE) sind vernachlässigbar. Hinsichtlich des zweiten Testzeitpunktes findet sich ein tendenziell signifikantes Ergebnis in Bezug auf die „Akzeptanz eigener Emotionen“ (SEEAEE) ($t(152) = -1,960$, $p = 0,052$, $d = 0,42$) und ein signifikantes Ergebnis hinsichtlich der „körperbezogenen Symbolisierung von Emotionen“ (SEEKSE) ($t(152) = -2,411$, $p = 0,017$, $d = 0,51$). Die Effektstärken können in diesem Zusammenhang als durchschnittlich beschrieben werden. Auch in der Skala zum „Erleben von Emotionsmangel“ findet sich ein tendenziell mittlerer Effekt. Die Nullhypothese der Skala SEEKSE darf verworfen werden. In den übrigen Skalen müssen die Nullhypothesen bestehen bleiben und es zeigen sich vernachlässigbare Effektstärken. In Tabelle 18 werden nochmals die wichtigsten Kenngrößen aufgelistet.

Tabelle 18: Ergebnis des Vergleichs von weiblichen und männlichen Schülern der Versuchsgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt

Skala	t-Wert, z-Wert	Signifikanz	Effektgröße
SEEAEE (t1)	$t(151) = 0,279$	$p = 0,781$	$d = 0,06$
SEEEEM (t1)	$t(151) = 1,623$	$p = 0,107$	$d = 0,34$
SEEEEÜ (t1)	$t(151) = -2,933$	$p = 0,004$	$d = 0,63$
SEEKSE (t1)	$t(151) = -2,223^*$	$p = 0,028$	$d = 0,48$
SEEISE (t1)	$t(151) = -0,651$	$p = 0,516$	$d = 0,14$
SEEEER (t1)	$t(151) = -1,445$	$p = 0,151$	$d = 0,31$
SEEEKS (t1)	$t(151) = 1,685$	$p = 0,094$	$d = 0,36$
SEEAEE(t2)	$t(152) = -1,960$	$p = 0,052$	$d = 0,42$
SEEEEÜ (t2)	$z = -0,750$	$p = 0,453$	$d = 0,12$
SEEKSE (t2)	$t(152) = -2,411$	$p = 0,017$	$d = 0,51$
SEEISE t2)	$t(152) = -0,752$	$p = 0,453$	$d = 0,16$
SEEEER (t2)	$t(152) = -0,367$	$p = 0,714$	$d = 0,08$
SEEEKS (t2)	$t(152) = -0,591$	$p = 0,555$	$d = 0,13$
SEEEEM (t2)	$t(152) = 1,596$	$p = 0,113$	$d = 0,34$

* Ein negativer t - beziehungsweise z -Wert bedeutet, dass der Mittelwert oder Median der männlichen Schüler geringer ist, als der Mittelwert oder Median der weiblichen Teilnehmer (zum Beispiel: SEEEEÜ M der weiblichen Teilnehmer = 13,81, SEEEEÜ M der männlichen Schüler = 10,37). Bei positivem Vorzeichen ist das Ergebnis in die entgegengesetzte Richtung zu betrachten.

Tabelle 19 zeigt, dass die weiblichen Teilnehmer in jeder Skala und zu jedem Testzeitpunkt höhere Werte haben als die männlichen Teilnehmer. Besonders in der Skala SEEEEÜ (t1) zeigen sich große Unterschiede zwischen den Mittelwerten (M (t1) weiblich = 13,81, $SD = 5,65$, M (t1) männlich = 10,37, $SD = 4,93$).

Tabelle 19: Mittelwerte der signifikanten Unterschiede hinsichtlich der weiblichen und männlichen Teilnehmer der Versuchsgruppe zur ersten und zweiten Testung

Skala	M-Wert weiblich	M-Wert männlich
SEEEEÜ (t1)	<i>M</i> = 13,81 <i>SD</i> = 5,65	<i>M</i> = 10,37 <i>SD</i> = 4,93
SEEKSE(t1)	<i>M</i> = 15,07 <i>SD</i> = 3,76	<i>M</i> = 13,25 <i>SD</i> = 4,26
SEEAE (t2)	<i>M</i> = 17,72 <i>SD</i> = 4,22	<i>M</i> = 15,93 <i>SD</i> = 4,73
SEEKSE (t2)	<i>M</i> = 15,22 <i>SD</i> = 4,43	<i>M</i> = 13,03 <i>SD</i> = 3,39

Dieselben Fragestellungen (ob es einen Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Schülern zum ersten und zweiten Testzeitpunkt gibt) werden nun auch für die Kontrollgruppe dargestellt (Fragestellung 3 und 4). Zum ersten Testzeitpunkt findet sich ein hoch signifikantes Ergebnis in Bezug auf die „Skala zum Erleben von Emotionsmangel“ (SEEEEM) ($t(172) = -2,655, p = 0,009, d = 0,46$) mit einem mittleren Effekt. Außerdem finden sich zwei signifikante Ergebnisse hinsichtlich der Skala zur „imaginativen Symbolisierung von Emotionen“ (SEEISE) ($t(172) = 1,993, p = 0,048, d = 0,38$) mit einem tendenziell mittleren Effekt und zum Erleben von „Selbstkontrolle“ (SEEEESK) ($t(152) = 2,398, p = 0,018, d = 0,42$) mit einem mittleren Effekt. In diesen Skalen dürfen die Nullhypothesen verworfen werden. Die übrigen Skalen zeigen keine signifikanten Unterschiede auf, weshalb die Nullhypothese beibehalten werden muss. Ein tendenziell mittlerer Effekt wird bei der Skala zur „imaginativen Symbolisierung von Emotionen“ gefunden. Zum zweiten Testzeitpunkt zeigt sich ein Ergebnis als signifikant. In der Skala zum Erleben von Selbstkontrolle (SEEESK) ($t(152) = 2,433, p = 0,016, d = 0,42$) darf die Nullhypothese verworfen werden. Die übrigen Skalen zeigen keine signifikanten Ergebnisse, weshalb die Nullhypothese beibehalten werden muss. Die Effektstärken weisen kleine bis vernachlässigbare *d*-Werte auf. Tabelle 20 fasst die Ergebnisse nochmals zusammen.

Tabelle 20: Ergebnis des Vergleichs von weiblichen und männlichen Schülern der Kontrollgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt

Skala	t-Wert	Signifikanz	Effektgröße
SEEAE (t1)	$t(172) = -0,646^*$	$p = 0,519$	$d = 0,11$
SEEEEM (t1)	$t(172) = 2,655$	$p = 0,009$	$d = 0,46$
SEEEÜ (t1)	$t(172) = 0,682$	$p = 0,496$	$d = 0,12$
SEEKSE (t1)	$t(172) = -0,686$	$p = 0,494$	$d = 0,12$
SEEISE (t1)	$t(172) = 1,993$	$p = 0,048$	$d = 0,38$
SEEEER (t1)	$t(172) = 1,056$	$p = 0,292$	$d = 0,18$
SEEEKS (t1)	$t(172) = 2,398$	$p = 0,018$	$d = 0,42$
SEEAE(t2)	$t(174) = -1,504$	$p = 0,134$	$d = 0,26$
SEEEÜ (t2))	$t(174) = -0,721$	$p = 0,472$	$d = 0,13$
SEEKSE (t2)	$t(174) = -0,310$	$p = 0,757$	$d = 0,05$
SEEISE t2)	$t(174) = 1,368$	$p = 0,173$	$d = 0,24$
SEEEER (t2)	$t(174) = 0,497$	$p = 0,620$	$d = 0,08$
SEEEKS (t2)	$t(174) = 2,433$	$p = 0,016$	$d = 0,42$
SEEEEM (t2)	$t(174) = 1,426$	$p = 0,156$	$d = 0,25$

* Ein negativer t - beziehungsweise z -Wert bedeutet, dass der Mittelwert oder Median der männlichen Schüler geringer ist, als der Mittelwert oder Median der weiblichen Teilnehmer (zum Beispiel: SEEAE M der weiblichen Teilnehmer = 15,90, SEEAE M der männlichen Schüler = 15,44). Bei positivem Vorzeichen ist das Ergebnis in die entgegengesetzte Richtung zu betrachten.

In der Tabelle 21 wird eine Übersicht über die Mittelwerte der signifikanten Ergebnisse geboten. In der Kontrollgruppe weisen die weiblichen Teilnehmer in jeder Skala niedrigere Mittelwerte, sowohl bei der ersten als auch bei der zweiten Testung auf.

Tabelle 21: Mittelwerte der signifikanten Unterschiede hinsichtlich der weiblichen und männlichen Teilnehmer der Kontrollgruppe zur ersten und zweiten Testung

Skala	M-Wert weiblich	M-Wert männlich
SEEEEM (t1)	<i>M</i> = 8,10 <i>SD</i> = 2,73	<i>M</i> = 9,43 <i>SD</i> = 3,30
SEEISE (t1)	<i>M</i> = 10,10 <i>SD</i> = 4,95	<i>M</i> = 11,80 <i>SD</i> = 4,70
SEEEKS (t1)	<i>M</i> = 11,97 <i>SD</i> = 2,42	<i>M</i> = 13,08 <i>SD</i> = 3,27
SEEEKS (t2)	<i>M</i> = 11,78 <i>SD</i> = 2,28	<i>M</i> = 12,80 <i>SD</i> = 2,83

Betrachtet man den Unterschied zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe zum ersten und zum zweiten Testzeitpunkt (Fragestellung 5 und 6) lassen sich nur zum zweiten Testzeitpunkt Unterschiede feststellen. Ein hoch signifikantes Ergebnis zeigt sich in der Skala zur „Akzeptanz eigener Emotionen“ (SEEAEE) ($t(328) = 2,744$, $p = 0,006$, $d = 0,31$) und ein signifikantes Ergebnis findet man beim „Erleben von Selbstkontrolle“ (SEEEKS) ($t(328) = 2,454$, $p = 0,015$, $d = 0,29$). In diesen Skalen darf die Nullhypothese verworfen werden. Die gefundenen Effektstärken werden als klein angesehen. In den übrigen Skalen des ersten und zweiten Testzeitpunktes müssen die Nullhypothesen beibehalten werden und die gefunden Effekte als klein bis vernachlässigbar betrachtet. Die wichtigsten Kenngrößen zeigt Tabelle 22.

Tabelle 22: Ergebnisse zum Vergleich der Versuchs- und Kontrollgruppe zum ersten (t1) und zweiten (t2) Testzeitpunkt

Skala	t-Wert	Signifikanz	Effektgröße
SEEAEE (t1)	$t = 0,591$	$p = 0,555$	$d = 0,07$
SEEEEM (t1)	$t = -0,118^*$	$p = 0,916$	$d = 0,01$
SEEEÜ (t1)	$t = -0,268$	$p = 0,789$	$d = 0,03$
SEEKSE (t1)	$t = 0,126$	$p = 0,900$	$d = 0,02$
SEEISE (t1)	$t = -0,527$	$p = 0,599$	$d = 0,06$
SEEEER (t1)	$t = -1,172$	$p = 0,086$	$d = 0,19$
SEEEKS (t1)	$t = -0,713$	$p = 0,476$	$d = 0,08$
SEEAEE(t2)	$t = 2,744$	$p = 0,006$	$d = 0,31$
SEEEÜ (t2))	$t = -0,841$	$p = 0,401$	$d = 0,09$
SEEKSE (t2)	$t = 1,386$	$p = 0,167$	$d = 0,16$
SEEISE t2)	$t = 0,886$	$p = 0,376$	$d = 0,1$
SEEEER (t2)	$t = 1,584$	$p = 0,114$	$d = 0,18$
SEEEKS (t2)	$t = 2,454$	$p = 0,015$	$d = 0,29$
SEEEEM (t2)	$t = -0,177$	$p = 0,860$	$d = 0,02$

* Ein negativer t - beziehungsweise z -Wert bedeutet, dass der Mittelwert oder Median der Versuchsgruppe geringer ist, als der Mittelwert oder Median der Kontrollgruppe(zum Beispiel: SEEEEM M Kontrollgruppe = 8,44, SEEEEM M Versuchsgruppe = 8,40). Bei positivem Vorzeichen ist das Ergebnis in die entgegengesetzte Richtung zu betrachten.

Tabelle 23 zeigt, dass die Mittelwerte der Kontrollgruppe zum zweiten Testzeitpunkt signifikant höher sind, als die der Kontrollgruppe. Bei der Skala SEEEKS wirken die Unterschiede zwar gering, diese sind aber doch signifikant (M (t2)Versuchsgruppe = 12,37, $SD = 2,14$, M (t2) Kontrollgruppe = 12,04, $SD = 2,46$).

Tabelle 23: Mittelwerte der signifikanten Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt

Skala	M-Wert Versuchsgruppe	M-Wert Kontrollgruppe
SEEAEE (t2)	M = 17,40 SD = 4,35	M = 15,99 SD = 4,92
SEEEK (t2)	M = 12,67 SD = 2,14	M = 12,04 SD = 2,46

Berücksichtigt man in der Berechnung zum Unterschied zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe zum jeweiligen Testzeitpunkt das Geschlecht, dann sind folgende Ergebnisse bedeutsam: Eine hoch signifikante Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Versuchs- beziehungsweise Kontrollgruppe zeigt sich in der Skala SEEEEÜ ($F(1, 322) = 6,979, p = 0,009$). Zwei hoch signifikante Ergebnisse weisen beim ersten Testzeitpunkt hinsichtlich des Geschlechts die Skalen SEEEEM ($F(1, 322) = 8,690, p = 0,003$) und SEEEK ($F(1, 322) = 7,920, p = 0,005$) auf. Außerdem kommt ein signifikantes Ergebnis in der Skala SEEKSE zum Tragen ($F(1, 326) = 4,451, p = 0,036$). Bei der zweiten Testung finden sich drei signifikante Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts bei den Skalen SEEAEE ($F(1, 322) = 5,846, p = 0,016$), SEEEEM ($F(1, 322) = 4,6021, p = 0,033$) und SEEKSE ($F(1, 322) = 4,321, p = 0,039$). Aber nicht nur das Geschlecht, sondern auch ob man derzeit eine Partnerschaft führt oder nicht, bringt einen hoch signifikanten Unterschied beim zweiten Testzeitpunkt: SEEKSE ($F(1, 322) = 9,005, p = 0,003$).

Untersucht man die Veränderung zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt innerhalb der Versuchsgruppe (Fragstellung 7), lässt sich ein höchst signifikantes und ein hoch signifikantes Ergebnis aus der Berechnung ableiten. Deshalb darf in der Skala SEEER und SEEEEÜ die Nullhypothese verworfen werden (SEEEER: ($F(1, 151) = 14,516, p < 0,001$, SEEEEÜ: ($\chi^2(1) = 9,257, p = 0,002$). Die wichtigsten Kennwerte und auch die resultierende Effektgröße, die als mittelgroß anzusehen ist, stellt Tabelle 24 dar.

Tabelle 24: Signifikanter Unterschied zwischen erster und zweiter Testung in der Versuchsgruppe

Skala	F-Wert	Signifikanz	Effektgrößen
SEEEEÜ	$\chi^2(1) = 9,257$	$p = 0,002$	$d = 0,35$
SEEEER	$F(1, 151) = 14,516$	$p < 0,001$	$d = 0,44$
SEEEEM	$F(1, 151) = 2,152$	$p = 0,144$	$d = 0,17$
SEEKSE	$F(1, 151) = 0,021$	$p = 0,886$	$d = 0,01$
SEEISE	$F(1, 151) = 2,096$	$p = 0,150$	$d = 0,17$
SEEAAE	$F(1, 151) = 2,306$	$p = 0,131$	$d = 0,18$

Der Mittelwert ist bei der Vortestung kleiner als bei der Testung, die nach dem Training stattgefunden hat ($M(t1) = 8,07$, $SD = 2,54$, $M(t2) = 8,96$, $SD = 2,61$). Tabelle 25 zeigt diesen Unterschied nochmals tabellarisch dargestellt.

Tabelle 25: Mittelwert der Versuchsgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt

Skala	M-Wert t1	M-Wert t2
SEEEER	$M = 8,07$	$M = 8,96$
	$SD = 2,54$	$SD = 2,61$

Außerdem lassen sich in zwei Skalen signifikante Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts feststellen. Diese betreffen die Skalen SEEAAE ($F(1, 152) = 2,306$, $p = 0,025$, $d = 0,17$) und SEEEEÜ ($F(1, 152) = 1,312$, $p = 0,012$, $d = 0,13$). Die, in diesem Zusammenhang gefundenen Effektgrößen, sind als gering zu betrachten. Abbildung 9 zeigt den Verlauf der Skala SEEAAE.

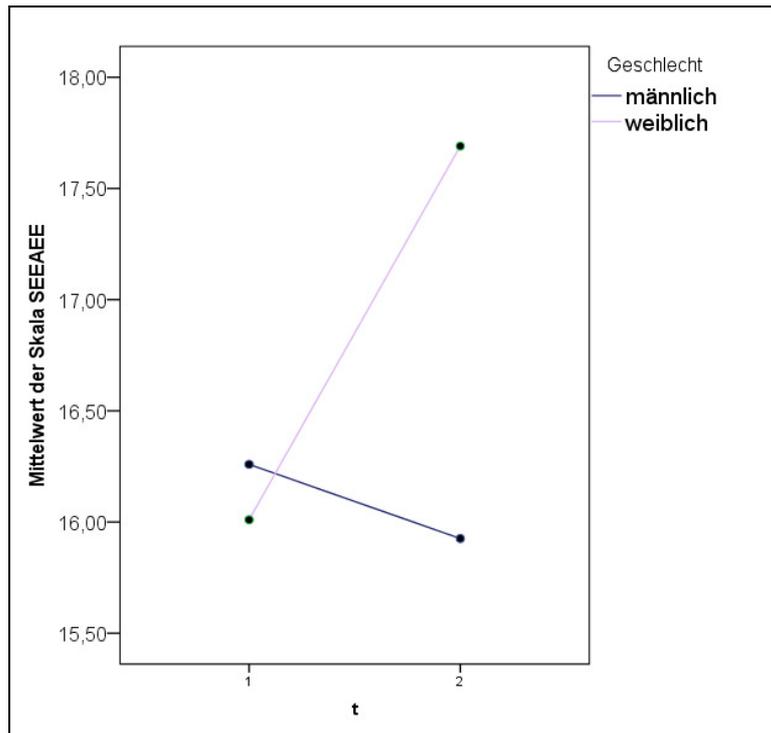


Abbildung 9: Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern der Versuchsgruppe zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt SEEAEE

Abbildung 10 veranschaulicht den Verlauf zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmer der Versuchsgruppe hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte.

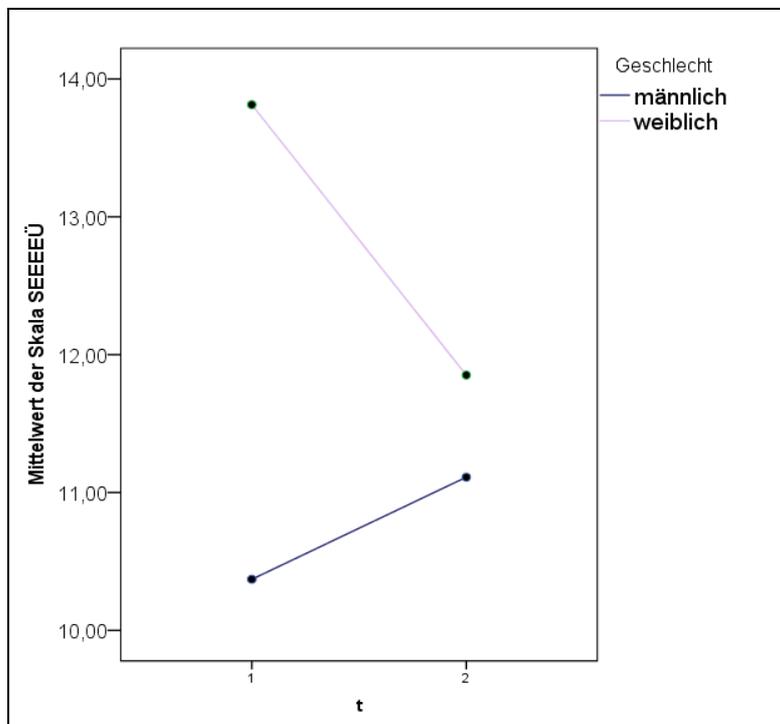


Abbildung 10: Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern der Versuchsgruppe zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt in der Skala SEEEEÜ

Betrachtet man dieselbe Fragestellung (Unterschied zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt) in der Kontrollgruppe (Fragestellung 8), so findet sich in dieser Gruppe ein signifikantes und ein hoch signifikantes Ergebnis. Deshalb dürfen in den Skalen SEEEEÜ ($\chi^2(1) = 4,840$, $p = 0,028$) und SEEEEEM ($F(1, 171) = 4,549$, $p = 0,024$) die Nullhypothese verworfen werden. Die damit verbundenen Effektgrößen sind als gering anzusehen (siehe Tabelle 26).

Tabelle 26: Signifikante Unterschiede in der Kontrollgruppe zwischen dem ersten und zweiten Testzeitpunkt

Skala	F-Wert	Signifikanz	Effektgrößen
SEEEEÜ	$\chi^2(1) = 4,840$	$p = 0,028$	$d = 0,24$
SEEEEM	$F(1, 171) = 4,549$	$p < 0,001$	$d = 0,23$
SEEAAE	$F(1, 171) = 0,002$	$p = 0,961$	$d = 0$
SEEISE	$F(1, 171) = 0,083$	$p = 0,774$	$d = 0,03$
SEEEER	$F(1, 171) = 0,151$	$p = 0,698$	$d = 0,04$
SEEKSE	$F(1, 171) = 0,953$	$p = 0,131$	$d = 0,11$

Die zur Skala SEEEEEM dazugehörigen Mittelwerte zeigen, dass diese beim ersten Testzeitpunkt höher waren, als beim zweiten. Auch der Median ist bei der zweiten Testung höher, als der Median bei der ersten Testung. Tabelle 27 veranschaulicht diesen Unterschied nochmals.

Tabelle 27: Mittelwerte der Kontrollgruppe zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt

Skala	M-Wert t1	M-Wert t2
SEEEEÜ	$MD = 1,38$	$MD = 1,62$
SEEEEM	$M = 8,69$ $SD = 0,280$	$M = 8,21$ $SD = 0,311$

Betrachtet man die Veränderung in der Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen den beiden Testzeitpunkten (Fragestellung 9), so finden sich auch relevante Ergebnisse. In der Skala SEEEEER ($F(1, 322) = 9,072$, $p = 0,003$, $d = 0,24$) findet sich ein hoch signifikantes Ergebnis

hinsichtlich der Wechselwirkung zwischen Zeit und Gruppenzugehörigkeit (siehe Tabelle 28). Die dazugehörigen Effektgrößen sind als niedrig zu bezeichnen.

Tabelle 28: Ergebnisse zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte

Skala	F-Wert	Signifikanz	Effektgrößen
SEEEEÜ	$F(1, 322) = 1,442$	$p = 0,231$	$d = 0,09$
SEEEEM	$F(1, 322) = 0,167$	$p = 0,683$	$d = 0,03$
SEEAAE	$F(1, 322) = 1,220$	$p = 0,270$	$d = 0,09$
SEEISE	$F(1, 322) = 1,471$	$p = 0,226$	$d = 0,1$
SEEEER	$F(1, 322) = 9,072$	$p = 0,003$	$d = 0,24$
SEEKSE	$F(1, 322) = 0,285$	$p = 0,594$	$d = 0,04$

Abbildung 11 verdeutlicht den unterschiedlichen Verlauf der Mittelwerte in der Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte in der Skala SEEEER.

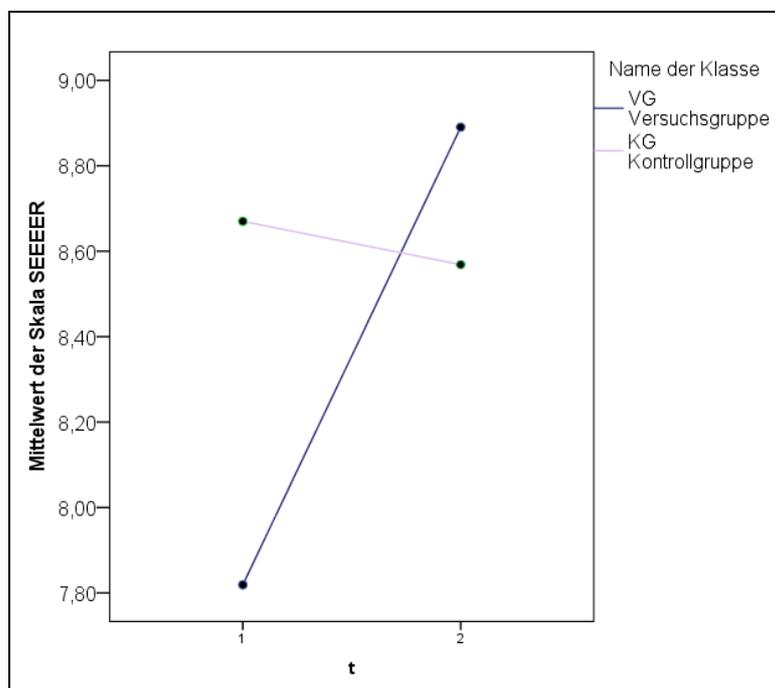


Abbildung 11: Vergleich der Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt in der Skala SEEEER

Tabelle 29 zeigt, dass die Versuchsgruppe beim ersten Testzeitpunkt einen niedrigeren Mittelwert hat als die Kontrollgruppe. Allerdings ändert sich dieses Verhältnis bei der zweiten Testung. Da erzielt die Versuchsgruppe einen höheren Mittelwert als die Kontrollgruppe (M (t1) Versuchsgruppe = 8,07, M (t1) Kontrollgruppe = 8,55 und M (t2) Versuchsgruppe = 8,96, M (t2) Kontrollgruppe = 8,50).

Tabelle 29: Mittelwert der signifikanten Skala im Vergleich der Versuchs- und Kontrollgruppe zu den beiden Testzeitpunkten

Skala	M-Wert Versuchsgruppe t1	M-Wert Kontrollgruppe t1	M-Wert Versuchsgruppe t2	M-Wert Versuchsgruppe t2
SEEER	M = 8,07	M = 8,55	M = 8,96	M = 8,50

In der Skala SEEER finden sich hoch signifikante Wechselwirkungen zwischen Zeit, Geschlecht und Gruppe ($F(1, 322) = 8,325, p = 0,004, d = 0,23$). Abbildung 12 verdeutlicht den Unterschied zwischen männlichen Teilnehmer der Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte.

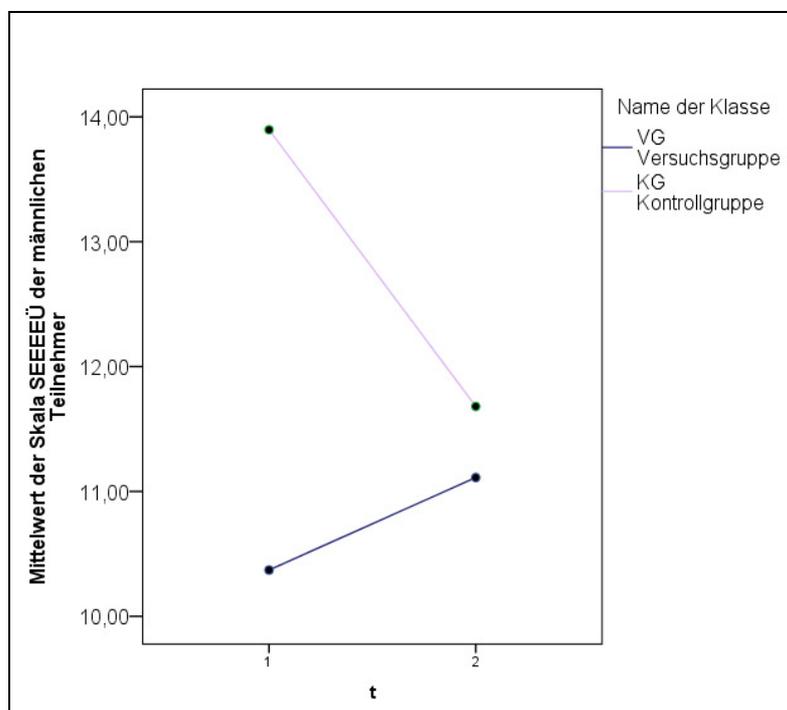


Abbildung 12: Vergleich der männlichen Teilnehmer in der Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt

Abbildung 13 zeigt den Verlauf der Mittelwerte hinsichtlich weiblicher Schüler der Versuchs- und Kontrollgruppe in Bezug auf die beiden Testzeitpunkte.

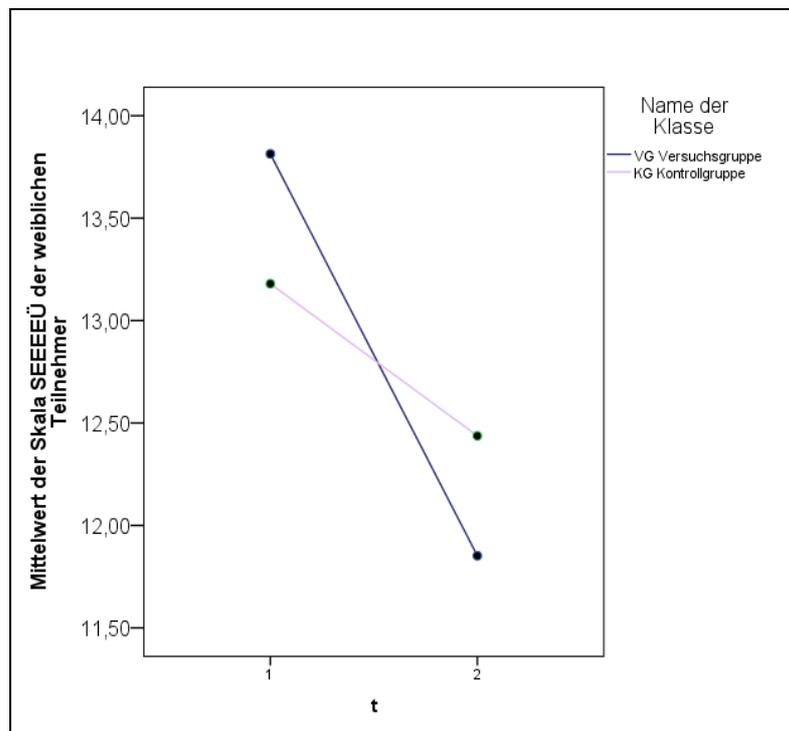


Abbildung 13: Vergleich der weiblichen Teilnehmer in der Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt

6.4 Ergebnisse zum Ropeloc

Ob die Schüler sich selbst verantwortlich sehen für ihren Erfolg und ihre Taten, oder ob sie eher externe Verursachungen dafür in Betracht ziehen, untersucht der Ropeloc. Zuerst interessiert die Frage inwieweit es Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Schülern in der Versuchsgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt gibt (Fragestellung 1 und Fragestellung 2). Einen signifikanten Unterschied und eine mittlere Effektstärke zeigen sich beim ersten Testzeitpunkt bei der Skala „Active Involvement“ ($t(152) = -2,099$, $p = 0,034$, $d = 0,45$). Des Weiteren finden sich zwei hoch signifikante Ergebnisse bei den Skalen „Open Thinking“ ($t(152) = -2,931$, $p = 0,004$, $d = 0,63$) und „Self Efficacy“ ($t(152) = -3,217$, $p = 0,002$, $d = 0,69$). Die gefunden Effektstärken sind als mittelgroß zu betrachten. In diesen vier Skalen darf die Nullhypothese verworfen werden. Bei den übrigen Skalen müssen die Nullhypothesen beibehalten werden und auch die Effektstärken sind höchstens niedrig bis vernachlässigbar anzusehen. Hinsichtlich des zweiten Testzeitpunktes finden sich drei signifikante Ergebnisse. In den Skalen „Open Thinking“

($t(152) = -2,422$, $p = 0,017$, $d = 0,52$), „Self Efficacy“ ($t(152) = -2,004$, $p = 0,047$, $d = 0,43$) und „Control Items“ ($t(152) = -2,147$, $p = 0,033$, $d = 0,46$) dürfen die Nullhypothesen verworfen werden. Die Effektstärken sind als mittelgroß anzusehen. Die übrigen Skalen weisen keine signifikanten Ergebnisse auf, weshalb die Nullhypothesen beibehalten werden müssen. Die Effektstärke bei der Skala „Self Confidence“ ist als mittelgroß anzusehen ($d = 0,42$). Die weiteren Effektgrößen können allerdings vernachlässigt werden. In Tabelle 30 zeigen sich nochmals die wichtigsten Kenngrößen.

Tabelle 30: Ergebnis des Vergleichs von weiblichen und männlichen Schülern der Versuchsgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt

Skala	t-Wert, z-Wert	Signifikanz	Effektgröße
ROPAI (t1)	$t(152) = -2,099^*$	$p = 0,037$	$d = 0,45$
ROPCT (t1)	$t(152) = -0,131$	$p = 0,896$	$d = 0,03$
ROPLA (t1)	$t(152) = -0,467$	$p = 0,641$	$d = 0,1$
ROPOT (t1)	$t(152) = -2,931$	$p = 0,004$	$d = 0,63$
ROPQS (t1)	$t(152) = -0,346$	$p = 0,729$	$d = 0,08$
ROPSC (t1)	$t(152) = 0,578$	$p = 0,564$	$d = 0,13$
ROPSF (t1)	$t(152) = -0,622$	$p = 0,535$	$d = 0,13$
ROPSE (t1)	$t(152) = -3,217$	$p = 0,002$	$d = 0,69$
ROPSM (t1)	$t(152) = -0,418$	$p = 0,676$	$d = 0,09$
ROPTe (t1)	$t(152) = -1,627$	$p = 0,106$	$d = 0,35$
ROPCH (t1)	$t(152) = -0,805$	$p = 0,422$	$d = 0,17$
ROPOE (t1)	$t(152) = -0,068$	$p = 0,945$	$d = 0,02$
ROPIL(t1)	$t(152) = -0,486$	$p = 0,627$	$d = 0,1$
ROPEL (t1)	$z = -1,828$	$p = 0,268$	$d = 0,45$
ROPci (t1)	$z = -0,907$	$p = 0,365$	$d = 0,2$
ROPAI (t2)	$t(152) = -1,079$	$p = 0,282$	$d = 0,23$
ROPCT (t2)	$t(152) = 0,331$	$p = 0,741$	$d = 0,07$
ROPLA (t2)	$t(152) = -1,447$	$p = 0,150$	$d = 0,31$
ROPOT (t2)	$t(152) = -2,422$	$p = 0,017$	$d = 0,52$
ROPQS (t2)	$t(152) = -0,727$	$p = 0,468$	$d = 0,16$

Fortsetzung Tabelle 30			
Skala	<i>t</i> -Wert, <i>z</i> -Wert	Signifikanz	Effektgröße
ROPSC (t2)	<i>t</i> (152) = -1,948	<i>p</i> = 0,053	<i>d</i> = 0,42
ROPSF (t2)	<i>t</i> (152) = -0,802	<i>p</i> = 0,424	<i>d</i> = 0,17
ROPSE (t2)	<i>t</i>(152) = -2,004	<i>P</i> = 0,047	<i>d</i> = 0,43
ROPSM (t2)	<i>t</i> (152) = -1,096	<i>P</i> = 0,275	<i>d</i> = 0,23
ROPTÉ (t2)	<i>t</i> (152) = -0,188	<i>p</i> = 0,851	<i>d</i> = 0,04
ROPCH (t2)	<i>t</i> (152) = -0,899	<i>p</i> = 0,370	<i>d</i> = 0,19
ROPOE (t2)	<i>t</i> (152) = -1,182	<i>p</i> = 0,239	<i>d</i> = 0,25
ROPIL(t2)	<i>t</i> (152) = -1,224	<i>p</i> = 0,223	<i>d</i> = 0,26
ROPEL (t2)	<i>t</i> (152) = 1,856	<i>p</i> = 0,065	<i>d</i> = 0,4
ROPCI (t2)	<i>t</i>(152) = -2,147	<i>p</i> = 0,033	<i>d</i> = 0,17

* Ein negativer *t*- beziehungsweise *z*-Wert bedeutet, dass der Mittelwert oder Median der männlichen Schüler geringer ist, als der Mittelwert oder Median der weiblichen Teilnehmer (zum Beispiel: ROPAI *M* der weiblichen Teilnehmer = 17,41, ROPAI *M* der männlichen Schüler = 15,96). Bei positivem Vorzeichen ist das Ergebnis in die entgegengesetzte Richtung zu betrachten.

Tabelle 31 veranschaulicht die Ergebnisse nochmals mit den dazugehörigen Mittelwerten. Die weiblichen Schüler haben durchwegs höhere Werte in den signifikanten Skalen als die männlichen Teilnehmer. Die Unterschiede sind in jeder Skala als ähnlich zu betrachten. Es gibt keine Skala in der der Mittelwert der weiblichen Teilnehmer um mehr als 2,28 differiert.

Tabelle 31: Mittelwerte der signifikanten Ergebnisse hinsichtlich der Versuchsgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt

Skala	M-Wert weiblich	M-Wert männlich
ROPAI (t1)	$M = 17,41$ $SD = 3,19$	$M = 15,96$ $SD = 3,55$
ROPOT (t1)	$M = 19,39$ $SD = 17,30$	$M = 17,30$ $SD = 4,44$
ROPSE (t1)	$M = 18,35$ $SD = 3,26$	$M = 16,07$ $SD = 3,71$
ROPOT (t2)	$M = 19,91$ $SD = 3,61$	$M = 18,00$ $SD = 4,16$
ROPSE (t2)	$M = 19,18$ $SD = 3,81$	$M = 17,56$ $SD = 3,90$
ROPPI (t2)	$M = 13,31$ $SD = 3,18$	$M = 11,81$ $SD = 3,81$

Dieselben Fragestellungen werden auf die Kontrollgruppe angewandt (Fragestellung 3 und Fragestellung 4). Diese weist beim ersten Testzeitpunkt drei signifikante Ergebnisse auf. In den Skalen „Cooperativ Teamwork“ ($t(175) = -2,196$, $p = 0,029$, $d = 0,30$), „Self Efficacy“ ($t(175) = -2,528$, $p = 0,012$, $d = 0,44$) und „Coping with Change“ ($t(175) = -2,110$, $p = 0,036$, $d = 0,36$) dürfen demnach die Nullhypothesen verworfen werden. Die gefundenen Effektgrößen können als tendenziell mittelgroß bis mittelgroß deklariert werden. Die übrigen Skalen müssen die Nullhypothese beibehalten und auch die gefundenen Effektstärken sind vernachlässigbar. Hinsichtlich des zweiten Testzeitpunktes findet sich ein signifikantes Ergebnis in Bezug auf „Leadership Ability“ ($t(175) = 2,041$, $p = 0,043$, $d = 0,31$). Die dazugehörige Effektgröße ist allerdings nur klein. Die weiteren 14 Skalen weisen keine signifikanten Unterschiede auf, weshalb man die Nullhypothesen beibehalten muss. Bis auf die Effektgröße der Skala „Overall Effectiveness“ ($d = 0,53$) können auch die übrigen Effektstärken als unbedeutend angesehen werden. Tabelle 32 veranschaulicht die wichtigsten Kenngrößen.

Tabelle 32: Ergebnis des Vergleichs von weiblichen und männlichen Schülern der Kontrollgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt

Skala	t-Wert, z-Wert	Signifikanz	Effektgröße
ROPAI (t1)	$t(175) = -1,402^*$	$p = 0,163$	$d = 0,24$
ROPCT (t1)	$t(175) = 0,114$	$p = 0,029$	$d = 0,30$
ROPLA (t1)	$t(175) = 0,112$	$p = 0,739$	$d = 0,06$
ROPOT (t1)	$z = -1,846$	$p = 0,065$	$d = 0,46$
ROPQS (t1)	$t(175) = -1,374$	$p = 0,171$	$d = 0,24$
ROPSC (t1)	$t(175) = -1,117$	$p = 0,265$	$d = 0,2$
ROPSF (t1)	$z = -0,706$	$p = 0,480$	$d = 0,08$
ROPSE (t1)	$t(175) = -2,528$	$p = 0,012$	$d = 0,44$
ROPSM (t1)	$t(175) = 1,448$	$p = 0,149$	$d = 0,25$
ROPTe (t1)	$t(175) = -0,191$	$p = 0,849$	$d = 0,03$
ROPCH (t1)	$t(175) = -2,110$	$p = 0,036$	$d = 0,36$
ROPOE (t1)	$t(175) = -1,272$	$p = 0,205$	$d = 0,22$
ROPIL(t1)	$z = -1,061$	$p = 0,289$	$d = 0,3$
ROPEL (t1)	$t(175) = -0,122$	$p = 0,903$	$d = 0,02$
ROPCL (t1)	$z = -1,044$	$p = 0,296$	$d = 0,19$
ROPAL (t2)	$t(175) = -1,039$	$p = 0,300$	$d = 0,2$
ROPCT (t2)	$t(175) = -0,792$	$p = 0,429$	$d = 0,14$
ROPLA (t2)	$t(175) = 2,041$	$p = 0,043$	$d = 0,31$
ROPOT (t2)	$t(175) = -0,655$	$p = 0,513$	$d = 0,12$
ROPQS (t2)	$t(175) = -0,647$	$p = 0,519$	$d = 0,11$
ROPSC (t2)	$t(175) = 0,437$	$p = 0,663$	$d = 0,08$
ROPSF (t2)	$t(175) = 0,225$	$p = 0,823$	$d = 0,04$
ROPSE (t2)	$t(175) = -0,840$	$P = 0,402$	$d = 0,15$
ROPSM (t2)	$t(175) = 0,998$	$P = 0,320$	$d = 0,18$
ROPTe (t2)	$t(175) = 0,294$	$p = 0,769$	$d = 0,15$
ROPCH (t2)	$t(175) = 0,186$	$p = 0,853$	$d = 0,03$
ROPOE (t2)	$t(175) = -0,195$	$p = 0,845$	$d = 0,53$

Fortsetzung Tabelle 32			
Skala	<i>t</i> -Wert, <i>z</i> -Wert	Signifikanz	Effektgröße
ROPIL(t2)	$t(175) = -0,227$	$p = 0,821$	$d = 0,04$
ROPEL (t2)	$t(175) = 1,105$	$p = 0,311$	$d = 0,18$
ROPCI (t2)	$t(175) = -1,558$	$p = 0,121$	$d = 0,27$

* Ein negativer *t*- beziehungsweise *z*-Wert bedeutet, dass der Mittelwert oder Median der männlichen Schüler geringer ist, als der Mittelwert der weiblichen Teilnehmer (zum Beispiel: ROPAI *M* der weiblichen Teilnehmer = 17,16, ROPAI *M* der männlichen Schüler = 16,31). Bei positivem Vorzeichen ist das Ergebnis in die entgegengesetzte Richtung zu betrachten.

Werden die Mittelwerte der Kontrollgruppe betrachtet (Tabelle 33), so fällt auf, dass bis auf die Skala ROPLA (t2) (*M* weiblich = 15,51, *SD* = 5,19, *M* männlich = 17,27, *SD* = 4,36) die Mittelwerte der weiblichen Teilnehmer höher sind, als die der männlichen Jugendlichen. Somit erzielten die weiblichen Schüler in den Skalen ROPSE und ROPCH höhere Werte als die männlichen Jugendlichen.

Tabelle 33: Mittelwerte der signifikanten Ergebnisse hinsichtlich der weiblichen und männlichen Schüler der Kontrollgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt

Skala	<i>M</i> -Wert weiblich	<i>M</i> -Wert männlich
ROPSE (t1)	<i>M</i> = 17,30 <i>SD</i> = 3,60	<i>M</i> = 15,72 <i>SD</i> = 3,68
ROPCH(t1)	<i>M</i> = 16,67 <i>SD</i> = 3,71	<i>M</i> = 15,33 <i>SD</i> = 3,51
ROPLA (t2)	<i>M</i> = 15,51 <i>SD</i> = 5,19	<i>M</i> = 17,27 <i>SD</i> = 4,36

Untersucht man den Unterschied zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich beider Testzeitpunkte (Fragestellung 5 und Fragestellung 6), so ergeben sich beim ersten Testzeitpunkt zwei signifikante und zwei hoch signifikante Unterschiede. Beim ersten Testzeitpunkt dürfen in den Skalen „Cooperative Teamwork“ ($z(331) = -2,301$, $p = 0,021$, $d = 0,29$), „Open Thinking“ ($t(329) = 2,211$, $p = 0,028$, $d = 0,24$), „Self Efficacy“ ($t(329) = 2,677$, $p = 0,008$, $d = 0,3$) und „External Locus of Control“ ($t(329) = -2,910$, $p = 0,004$, $d = 0,32$) die Nullhypothesen verworfen werden. Die Effektgrößen sind allerdings

nur klein. Die übrigen Skalen müssen die Nullhypothese beibehalten. Der zweite Testzeitpunkt weist ebenfalls zwei signifikante und zwei hoch signifikante Unterschiede auf, weshalb die Nullhypothesen verworfen werden dürfen: „Active Involvement“ ($t(329) = 2,700$, $p = 0,007$, $d = 0,3$), „Open Thinking“ ($z(331) = -1,846$, $p = 0,028$, $d = 0,33$), Self Efficacy“ ($t(329) = 2,308$, $p = 0,022$, $d = 0,26$) und „External Locus of Control“ ($t(329) = -2,530$, $p = 0,012$, $d = 0,29$). Auch hier finden sich nur kleine Effektgrößen. Die übrigen Skalen müssen die Nullhypothese beibehalten. Es findet sich nur ein mittelgroßer Effekt in Bezug auf „Quality Seeking“ ($d = 0,57$). Tabelle 34 zeigt die Kenngrößen.

Tabelle 34: Ergebnisse zum Vergleich der Versuchs- und Kontrollgruppe zum ersten (t1) und zweiten (t2) Testzeitpunkt

Skala	t-Wert, z-Wert	Signifikanz	Effektgröße
ROPAI (t1)	$t(329) = 0,571$	$p = 0,569$	$d = 0,07$
ROPCT (t1)	$z = -2,301^*$	$p = 0,021$	$d = 0,29$
ROPLA (t1)	$t(329) = -1,916$	$p = 0,056$	$d = 0,21$
ROPOT (t1)	$z = -1,846$	$p = 0,028$	$d = 0,24$
ROPQS (t1)	$t(329) = 1,372$	$p = 0,171$	$d = 0,15$
ROPSC (t1)	$t(329) = 0,710$	$p = 0,479$	$d = 0,05$
ROPSF (t1)	$t(329) = 1,016$	$p = 0,310$	$d = 0,11$
ROPSE (t1)	$t(329) = 2,677$	$p = 0,008$	$d = 0,3$
ROPSM (t1)	$t(329) = -0,122$	$p = 0,903$	$d = 0,01$
ROPTTE (t1)	$z = -1,509$	$p = 0,131$	$d = 0,15$
ROPCH (t1)	$t(329) = 1,448$	$p = 0,149$	$d = 0,17$
ROPOE (t1)	$t(329) = 0,706$	$p = 0,481$	$d = 0,08$
ROPIL(t1)	$t(329) = 0,482$	$p = 0,630$	$d = 0,05$
ROPEL (t1)	$t(329) = -2,910$	$p = 0,004$	$d = 0,32$
ROPCL (t1)	$t(329) = 0,235$	$p = 0,814$	$d = 0,03$
ROPAL (t2)	$t(329) = 2,700$	$p = 0,007$	$d = 0,3$
ROPCT (t2)	$t(329) = 1,727$	$p = 0,085$	$d = 0,19$
ROPLA (t2)	$t(329) = 1,748$	$p = 0,081$	$d = 0,19$
ROPOT (t2)	$z = -2,824$	$p = 0,005$	$d = 0,33$

Fortsetzung Tabelle 34			
Skala	<i>t</i> -Wert, <i>z</i> -Wert	Signifikanz	Effektgröße
ROPQS (t2)	$t(329) = 0,148$	$p = 0,882$	$d = 0,57$
ROPSC (t2)	$t(329) = 0,504$	$p = 0,615$	$d = 0,06$
ROPSF (t2)	$t(329) = 1,910$	$p = 0,057$	$d = 0,21$
ROPSE (t2)	$t(329) = 2,308$	$P = 0,022$	$d = 0,26$
ROPSM (t2)	$t(329) = 0,997$	$P = 0,320$	$d = 0,11$
ROPT E (t2)	$t(329) = 1,185$	$p = 0,237$	$d = 0,13$
ROPCH (t2)	$t(329) = 1,935$	$p = 0,054$	$d = 0,21$
ROPOE (t2)	$t(329) = 1,718$	$p = 0,087$	$d = 0,19$
ROPIL(t2)	$z = -1,429$	$p = 0,153$	$d = 0,24$
ROPEL (t2)	$t(329) = -2,530$	$p = 0,012$	$d = 0,29$
ROPCI (t2)	$t(329) = -0,200$	$p = 0,842$	$d = 0,02$

* Ein negativer *t*- beziehungsweise *z*-Wert bedeutet, dass der Mittelwert beziehungsweise Median der Kontrollgruppe geringer ist, als der Mittelwert oder Median der Versuchsgruppe (zum Beispiel: ROPAI Versuchsgruppe $MD = 178,92$, ROPAI Kontrollgruppe $MD = 154,76$). Bei positivem Vorzeichen ist das Ergebnis in die entgegengesetzte Richtung zu betrachten.

Tabelle 35 stellt die Mittelwerte der signifikanten Ergebnisse zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte dar. Bis auf die Skala ROPEL (M Versuchsgruppe = 11,66, $SD = 3,70$, M Kontrollgruppe = 12,86, $SD = 3,77$) sind die Mittelwerte der Versuchsgruppe beim ersten Testzeitpunkt höher als die der Kontrollgruppe. Auch beim zweiten Testzeitpunkt findet sich dieses Ergebnis ROPEL (M Versuchsgruppe = 11,37, $SD = 4,25$, M Kontrollgruppe = 12,59, $SD = 4,43$).

Tabelle 35: Mittelwerte der signifikanten Ergebnisse hinsichtlich der Versuchs- und Kontrollgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt

Skala	M-Wert und MD Versuchsgruppe	M-Wert und MD Kontrollgruppe
ROPCT (t1)	MD = 178,92	MD = 154,76
ROPOT(t1)	MD = 181,85	MD = 152,21
ROPSE (t1)	M = 17,95 SD = 3,45	M = 16,90 SD = 3,67
ROPEL (t1)	M = 11,66 SD = 3,70	M = 12,86 SD = 3,77
ROPAL (t2)	M = 18,44 SD = 3,77	M = 17,26 SD = 4,14
ROPOT (t2)	MD = 174,49	MD = 158,61
ROPSE (t2)	M = 18,89 SD = 3,86	M = 17,85 SD = 4,28
ROPEL (t2)	M = 11,37 SD = 4,25	M = 12,59 SD = 4,43

Wenn in diesem Zusammenhang das Geschlecht mitberücksichtigt wird, so finden sich beim ersten Testzeitpunkt drei, signifikante bis höchst signifikante Unterschiede. Diese zeigen sich in den Skalen ROPOT ($F(1, 327) = 15,139, p = 0,000$), ROPSE ($F(1, 327) = 16,329, p < 0,001$) und ROPCH ($F(1, 327) = 3,859, p = 0,05$). Bezüglich des zweiten Testzeitpunktes können vier signifikante Ergebnisse dargeboten werden: ROPOT ($F(1, 327) = 4,618, p = 0,032$), ROPSE ($F(1, 327) = 4,057, p = 0,045$), ROPEL ($F(1, 327) = 4,227, p = 0,041$) und ROPCI ($F(1, 327) = 6,749, p = 0,010$). Außerdem gibt es jeweils zwei signifikante Unterschiede zu den jeweiligen Testzeitpunkten, wenn man zur Berechnung hinzuzieht, ob man sich zur Zeit der Testung in einer Beziehung befindet oder nicht: ROPCT ($F(1, 327) = 5,132, p = 0,024$) und ROPEL ($F(1, 327) = 11,415, p = 0,019$) weisen diese Ergebnisse beim ersten Testzeitpunkt auf. ROPOT ($F(1, 327) = 6,567, p = 0,011$) und ROPIL ($F(1, 327) = 5,222, p = 0,023$) zeigen diese Unterschiede beim zweiten Testzeitpunkt.

Betrachtet man die Veränderung zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt in der Versuchsgruppe (Fragestellung 7), so finden sich zehn teils signifikante, teils hoch und

sogar höchst signifikante Ergebnisse. Die relevanten Skalen sind ROPOE ($F(1, 152) = 10,580, p = 0,001$), ROPCH ($F(1, 152) = 7,854, p = 0,006$), ROPTE ($F(1, 152) = 13,032, p < 0,001$), ROPSM ($F(1, 152) = 8,458, p = 0,004$), ROPSE ($F(1, 152) = 8,409, p = 0,004$), ROPSF ($F(1, 152) = 14,885, p < 0,001$), ROPLA ($F(1, 152) = 13,345, p < 0,001$) und ROPAI ($F(1, 152) = 15,718, p < 0,001$). In diesen Skalen dürfen die Nullhypothesen verworfen werden. Tabelle 36 zeigt die wichtigsten Kennwerte.

Tabelle 36: Signifikante Ergebnisse in Bezug auf den Unterschied zwischen Prä- und Posttestung in der Versuchsgruppe

Skala	F-Wert	Signifikanz	Effektgröße
ROPOE	$F(1, 152) = 10,580$	$p = 0,001$	$d = 0,35$
ROPCH	$F(1, 152) = 7,854$	$p = 0,006$	$d = 0,3$
ROPTE	$F(1, 152) = 13,032$	$p < 0,001$	$d = 0,38$
ROPSM	$F(1, 152) = 8,485$	$p = 0,004$	$d = 0,31$
ROPSE	$F(1, 152) = 8,409$	$p = 0,004$	$d = 0,31$
ROPSF	$F(1, 152) = 14,885$	$p < 0,001$	$d = 0,41$
ROPLA	$F(1, 152) = 13,345$	$p < 0,001$	$d = 0,39$
ROPAI	$F(1, 152) = 15,718$	$p < 0,001$	$d = 0,42$
ROPCT	$F(1, 152) = 0,291$	$p = 0,591$	$d = 0,06$
ROPQS	$F(1, 152) = 0,014$	$p = 0,907$	$d = 0,01$
ROPSC	$F(1, 152) = 2,729$	$p = 0,101$	$d = 0,19$
ROPIL	$F(1, 152) = 0,350$	$p = 0,555$	$d = 0,07$
ROPOT	$F(1, 152) = 2,097$	$p = 0,150$	$d = 0,17$
ROPCI	$\chi^2(1) = 2,312$	$p = 0,128$	$d = 0,17$
ROPEL	$F(1, 152) = 0,000$	$p = 0,990$	$d = 0$

Die Effektgrößen sind in den Skalen ROPOE, ROPTe und ROPLA als tendenziell durchschnittlich anzusehen. In den Skalen ROPSE und ROPAI finden sich mittelgroße Effektstärken. Die übrigen Skalen weisen nur geringe Effektgrößen auf.

Die Mittelwerte dieser Skalen sind bei der ersten Testung durchwegs geringer, als beim zweiten (siehe Tabelle 37). In keiner einzigen Skale zeigten sich Verschlechterungen hinsichtlich des zweiten Testzeitpunktes. Besonders hohe Veränderungen zeigen sich in den Mittelwerten der Skala ROPOE ($M(t1) = 15,76$, $SD = 0,433$, $M(t2) = 17,03$, $SD = 0,431$), ROPTe ($M(t1) = 13,95$, $SD = 0,407$, $M(t2) = 15,50$, $SD = 0,487$) und ROPSM ($M(t1) = 13,70$, $SD = 0,460$, $M(t2) = 15,09$, $SD = 0,487$). Die übrigen Skalen weisen zwar kleinere, aber signifikante Veränderungen der Mittelwerte auf.

Tabelle 37: Mittelwerte der Versuchsgruppe zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt

Skala	<i>M</i> -Wert t1	<i>M</i> -Wert t2
ROPOE	$M = 15,76$ $SD = 0,433$	$M = 17,03$ $SD = 0,431$
ROPCH	$M = 16,71$ $SD = 0,378$	$M = 17,78$ $SD = 0,408$
ROPTe	$M = 13,95$ $SD = 0,407$	$M = 15,50$ $SD = 0,487$
ROPSM	$M = 13,70$ $SD = 0,460$	$M = 15,09$ $SD = 0,487$
ROPSE	$M = 17,21$ $SD = 0,354$	$M = 18,37$ $SD = 0,405$
ROPSF	$M = 15,18$ $SD = 0,413$	$M = 16,73$ $SD = 0,435$
ROPLA	$M = 14,68$ $SD = 0,532$	$M = 16,43$ $SD = 0,529$
ROPAI	$M = 16,69$ $SD = 0,345$	$M = 18,16$ $SD = 0,400$

In einer Skala ROPSC ($F(1, 177) = 6,271$, $p = 0,013$, $d = 0,27$) findet sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Geschlechts (Abbildung 14). Der Effekt ist als gering anzusehen.

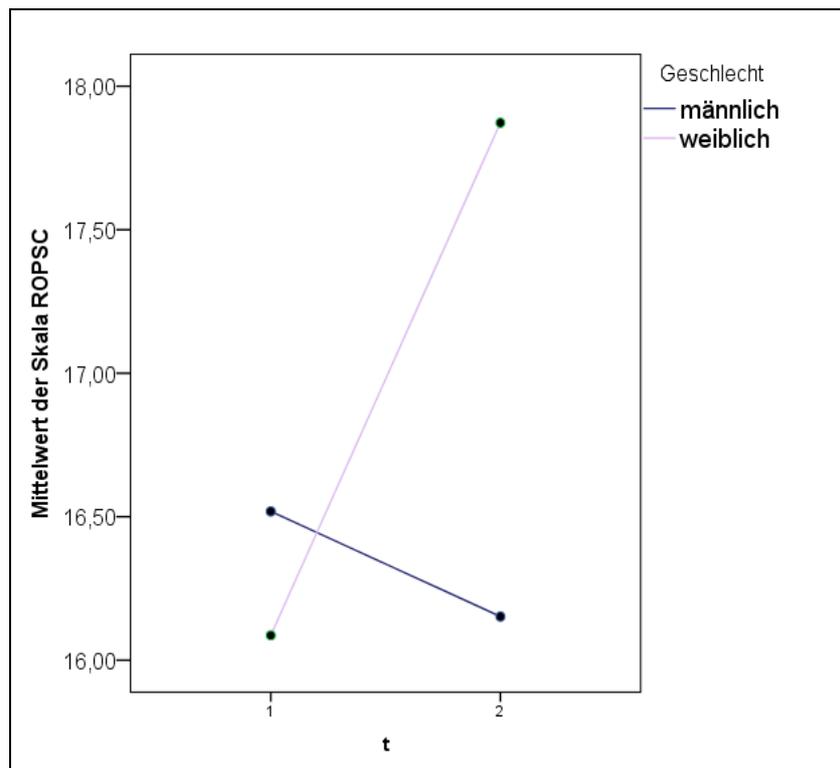


Abbildung 14: Geschlechtsunterschied in der Skala ROPSC der Versuchsgruppe zwischen den beiden Testzeitpunkten

Aber auch in der Kontrollgruppe (Fragestellung 8) finden sich acht signifikante Unterschiede, wenn man die Veränderung zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt betrachtet. In den Skalen ROPSC ($F(1, 177) = 12,865, p < 0,001$), ROPSF ($\chi^2(1) = 10,536, p = 0,001$), ROPSE ($F(1, 177) = 9,994, p < 0,001$), ROPSM ($F(1, 177) = 5,707, p = 0,018$), ROPTTE ($F(1, 177) = 10,821, p = 0,001$), ROPCH ($F(1, 177) = 9,975, p = 0,002$), ROPOE ($F(1, 177) = 11,931, p = 0,001$) und ROPOT ($\chi^2(1) = 4,139, p = 0,042$) können die Nullhypothesen verworfen werden. Die dazugehörigen Kennwerte, finden sich in Tabelle 38. Diese zeigt auch die Effektgrößen, welche als höchstens tendenziell durchschnittlich betrachtet werden können. Die Skala ROPSM weist einen geringen Effekt auf.

Tabelle 38: Signifikante Ergebnisse in Bezug auf den Unterschied zwischen Prä- und Posttestung in der Kontrollgruppe

Skala	F-Wert	Signifikanz	Effektgrößen
ROPSC	$F(1, 175) = 12,865$	$p < 0,001$	$d = 0,38$
ROPSF	$\chi^2(1) = 10,572$	$p = 0,001$	$d = 0,35$
ROPSE	$F(1, 175) = 9,994$	$p = 0,002$	$d = 0,34$
ROPSM	$F(1, 175) = 5,707$	$p = 0,018$	$d = 0,25$
ROPTE	$F(1, 175) = 10,821$	$p = 0,001$	$d = 0,35$
ROPCH	$F(1, 175) = 9,975$	$p = 0,002$	$d = 0,34$
ROPOE	$F(1, 175) = 11,931$	$p = 0,001$	$d = 0,37$
ROPEL	$F(1, 175) = 0,035$	$p = 0,852$	$d = 0,02$
ROPOT	$\chi^2(1) = 4,139$	$p = 0,042$	$d = 0,22$
ROPQS	$F(1, 175) = 1,306$	$p = 0,255$	$d = 0,12$
ROPIL	$\chi^2(1) = 0,400$	$p = 0,527$	$d = 0,07$
ROPAL	$F(1, 175) = 0,899$	$p = 0,344$	$d = 0,1$
ROPCT	$F(1, 175) = 3,152$	$p = 0,078$	$d = 0,19$
ROPCL	$\chi^2(1) = 0,159$	$p = 0,690$	$d = 0,04$
ROPLA	$F(1, 175) = 1,247$	$p = 0,266$	$d = 0,12$

Die dazugehörigen Mittelwerte sind beim ersten Testzeitpunkt durchwegs geringer als beim zweiten (siehe Tabelle 39). Diese werden in der folgenden dargeboten. Die Veränderungen der Mittelwerte, sind bis auf die Skala ROPSC ($M(t1) = 15,71$, $SD = 0,315$, $M(t2) = 17,40$, $SD = 0,451$) als zwar signifikant, aber eher gering zu bezeichnen. Hinsichtlich der Mediane lässt sich bei der zweiten Testung immer ein höherer Wert feststellen, als bei der ersten Testung.

Tabelle 39: Mittelwerte der Kontrollgruppe zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt

Skala	M-Wert t1	M-Wert t2
ROPSC	<i>M</i> = 15,71 <i>SD</i> = 0,315	<i>M</i> = 17,40 <i>SD</i> = 0,451
ROPSF	<i>MD</i> = 1,38	<i>MD</i> = 1,68
ROPSE	<i>M</i> = 16,51 <i>SD</i> = 0,312	<i>M</i> = 17,70 <i>SD</i> = 0,370
ROPSM	<i>M</i> = 14,14 <i>SD</i> = 0,364	<i>M</i> = 15,13 <i>SD</i> = 0,393
ROPTTE	<i>M</i> = 13,70 <i>SD</i> = 0,388	<i>M</i> = 14,99 <i>SD</i> = 0,438
ROPCH	<i>M</i> = 16,00 <i>SD</i> = 0,316	<i>M</i> = 17,19 <i>SD</i> = 0,363
ROPOE	<i>M</i> = 15,23 <i>SD</i> = 0,362	<i>M</i> = 16,51 <i>SD</i> = 0,391
ROPOT	<i>MD</i> = 1,43	<i>MD</i> = 1,57

Werden die Versuchs- und Kontrollgruppe gemeinsam betrachtet und interessiert in diesem Zusammenhang der Unterschied zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt (Fragestellung 9), dann finden sich zwei signifikante Wechselwirkungen zwischen zeitlichem Verlauf und den Gruppen in den Skalen ROPAI ($F(1, 327) = 4,600, p = 0,033, d = 0,17$) und ROPLA ($F(1, 327) = 4,450, p = 0,036, d = 0,16$). Außerdem ist der Friedman Test in den Gruppen ROPSF ($\chi^2(1) = 33,784, p < 0,001, d = 0,46$) und ROPOT ($\chi^2(1) = 14,125, p < 0,001, d = 0,29$) signifikant ausgefallen.

Tabelle 40: Ergebnisse der Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte

Skala	F-Wert	Signifikanz	Effektgrößen
ROPSC	$F(1, 327) = 2,192$	$p = 0,140$	$d = 0,11$
ROPSF	$\chi^2(1) = 33,784$	$p < 0,001$	$d = 0,46$
ROPSE	$F(1, 327) = 0,004$	$p = 0,951$	$d = 0$
ROPSM	$F(1, 327) = 0,404$	$p = 0,525$	$d = 0,05$
ROPTE	$F(1, 327) = 0,198$	$p = 0,657$	$d = 0,03$
ROPCH	$F(1, 327) = 0,048$	$p = 0,826$	$d = 0,02$
ROPOE	$F(1, 327) = 0,000$	$p = 0,991$	$d = 0$
ROPEL	$F(1, 327) = 0,146$	$p = 0,702$	$d = 0,03$
ROPOT	$\chi^2(1) = 14,125$	$p < 0,001$	$d = 0,29$
ROPQS	$F(1, 327) = 0,810$	$p = 0,369$	$d = 0,15$
ROPIL	$\chi^2(1) = 3,794$	$p = 0,051$	$d = 0,17$
ROPAI	$F(1, 327) = 4,600$	$p = 0,033$	$d = 0,17$
ROPCT	$F(1, 327) = 0,748$	$p = 0,388$	$d = 0,07$
ROPCI	$\chi^2(1) = 1,716$	$p = 0,190$	$d = 0,1$
ROPLA	$F(1, 327) = 4,450$	$p = 0,036$	$d = 0,16$

Die Mittelwerte der Skalen, in denen ein signifikantes Ergebnis zu finden ist, zeigt Tabelle 41. Die Mittelwerte der Versuchsgruppe der Skala ROPAI sind zu jedem Testzeitpunkt höher als die der Kontrollgruppe ($M(t1)$ Versuchsgruppe = 17,16, $M(t1)$ Kontrollgruppe = 16,94, $M(t2)$ Versuchsgruppe = 18,44, $M(t2)$ Kontrollgruppe = 17,26). In der Skala ROPLA zeigt sich, dass vor Durchführung der Testung der Mittelwert der Versuchsgruppe geringer ist, als der der Kontrollgruppe. Bei der zweiten Testung ist allerdings der Mittelwert der Versuchsgruppe höher als der der Kontrollgruppe ($M(t1)$ Versuchsgruppe = 14,84, $M(t1)$ Kontrollgruppe = 15,88, $M(t2)$

Versuchsgruppe = 16,93, $M(t_2)$ Kontrollgruppe = 15,96). Der Mittelwert der Kontrollgruppe hat sich nur geringfügig verbessert.

Tabelle 41: Mittelwerte der signifikanten Ergebnisse zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte

Skala	M-Wert Versuchsgruppe t1	M-Wert Kontrollgruppe t1	M-Wert Versuchsgruppe t1	M-Wert Versuchsgruppe t2
ROPAI	$M = 17,16$	$M = 16,94$	$M = 18,44$	$M = 17,26$
ROPLA	$M = 14,84$	$M = 15,88$	$M = 16,93$	$M = 15,96$

Abbildung 15 verdeutlicht den Verlauf zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte in der Skala ROPAI.

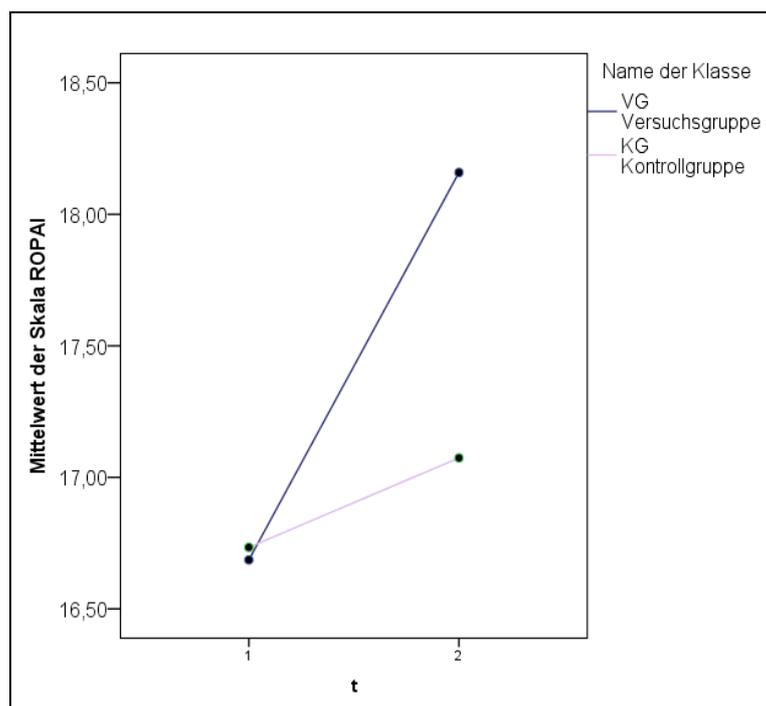


Abbildung 15: Unterschied zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen den beiden Testzeitpunkten in der Skala ROPAI

Die Abbildung 16 verdeutlicht die Veränderung zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt zwischen den Gruppen hinsichtlich der Skala ROPLA.

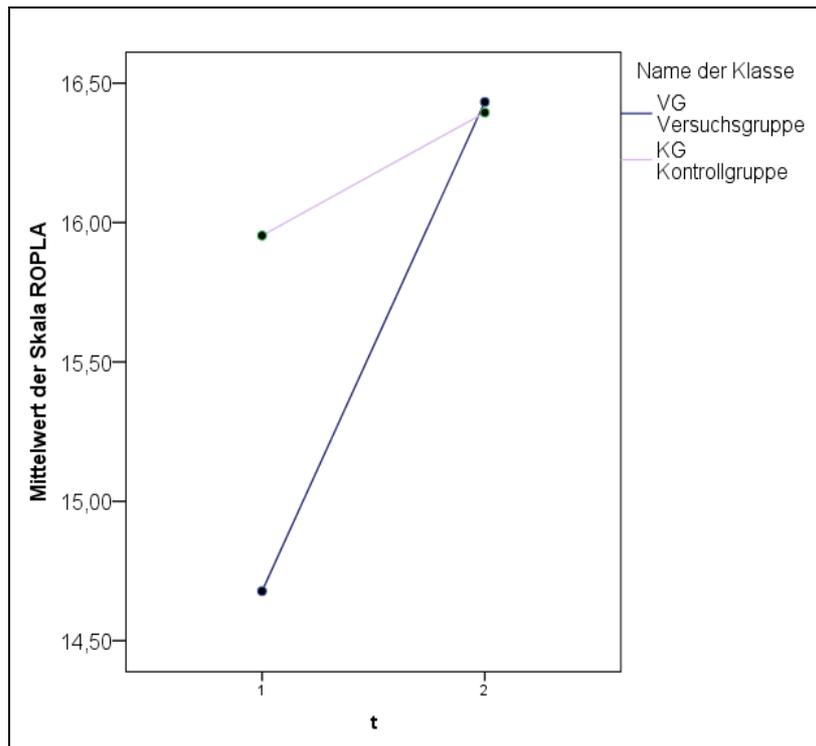


Abbildung 16: Unterschied zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen den beiden Testzeitpunkten in der Skala ROPLA

Die Mediane der Skalen ROPOT und ROPSF sind bei der ersten Testung niedriger als bei der zweiten. Tabelle 42 veranschaulicht diesen Unterschied nochmals, indem die Mediane tabellarisch dargestellt werden.

Tabelle 42: Mediane der signifikanten Skalen hinsichtlich des Unterschieds zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen den beiden Testzeitpunkten

Skala	MD t1	MD t2
ROPSF	MD = 1,35	MD = 1,65
ROPOT	MD = 1,40	MD = 1,60

Die Abbildung 17 zeigt, dass die Werte der Skala ROPOT in der Versuchsgruppe sowohl beim ersten, als auch beim zweiten Testzeitpunkt höher sind, als die der Kontrollgruppe.

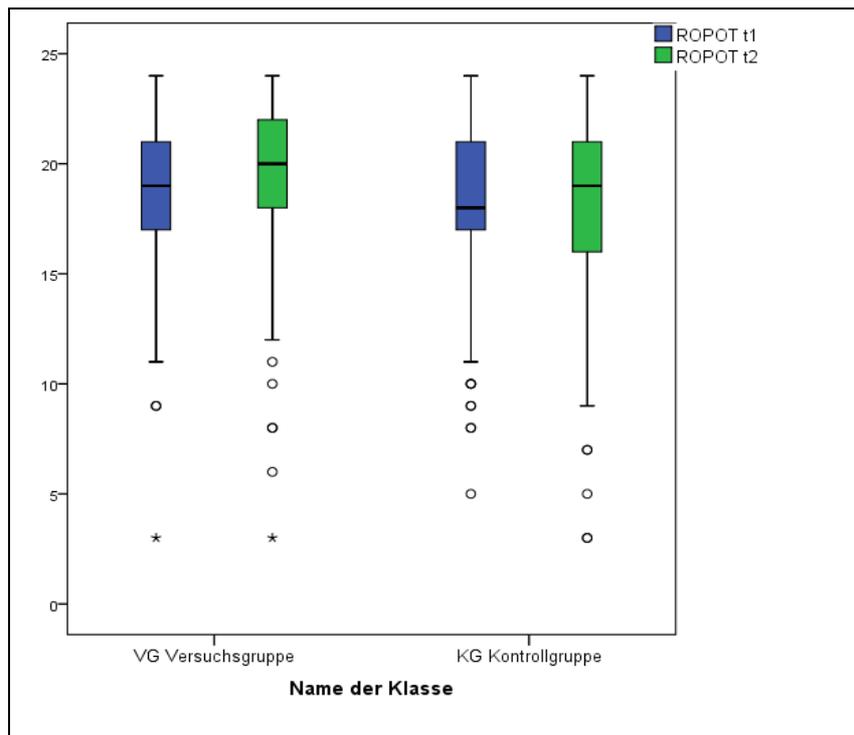


Abbildung 17: Werte der Skala ROPOT in der Versuchs- und Kontrollgruppe zu den beiden Testzeitpunkten

In der folgenden Abbildung 18 zeigen sich die Werte der Skala ROPSF. Ablesen kann man daraus, dass die Versuchs- und Kontrollgruppe beim ersten Testzeitpunkt ziemlich ähnliche Werte erzielen. Betrachtet man aber die Zweittestung, so verdeutlichen sich Unterschiede. Die Gruppe, die ein Training absolviert hat, erreicht höhere Werte als die Kontrollgruppe.

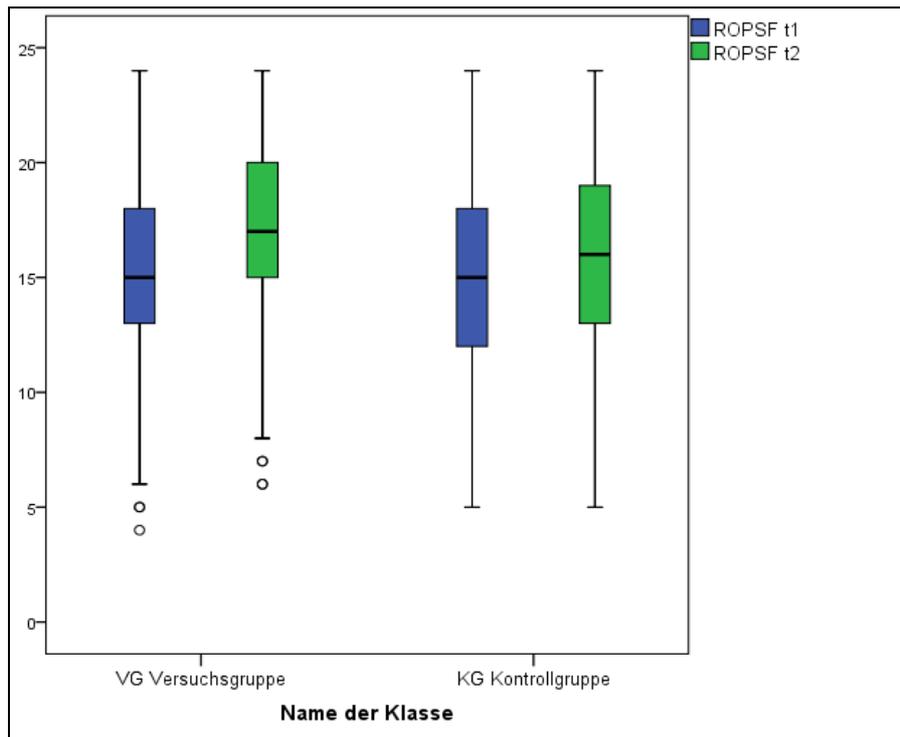


Abbildung 18: Werte der Skala ROPSF in der Versuchs- und Kontrollgruppe zu den beiden Testzeitpunkten

Außerdem findet sich eine signifikante Wechselwirkung zwischen zeitlichem Verlauf, Geschlecht und Gruppenzugehörigkeit in der Skala ROPSC ($F(1, 327) = 5,975, p = 0,015, d = 0,19$). Alle Effektgrößen sind in diesem Zusammenhang als niedrig zu bezeichnen. Abbildung 19 zeigt den Unterschied der männlichen Teilnehmer in der Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte.

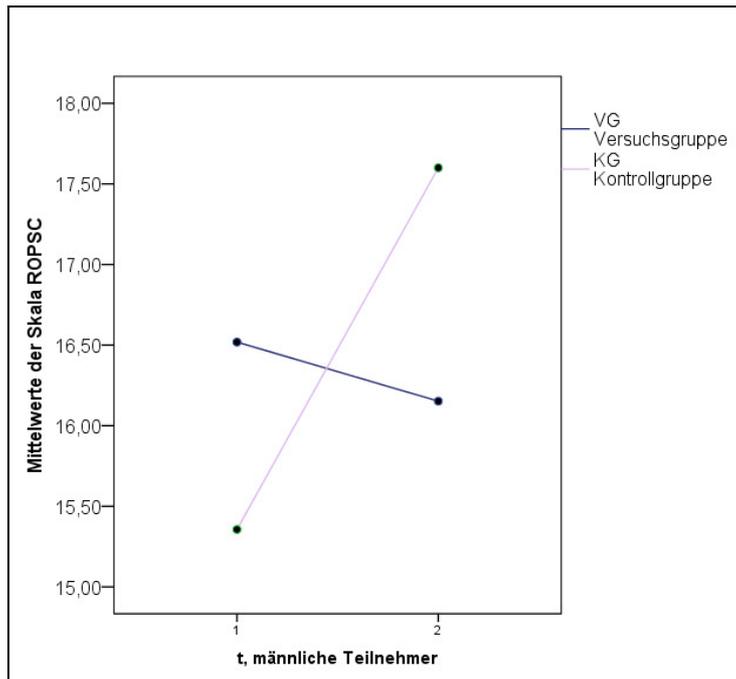


Abbildung 19: Unterschied der männlichen Teilnehmer der Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte

Abbildung 20 weist die Differenzen zwischen den Mittelwerten der weiblichen Teilnehmer in der Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte auf.

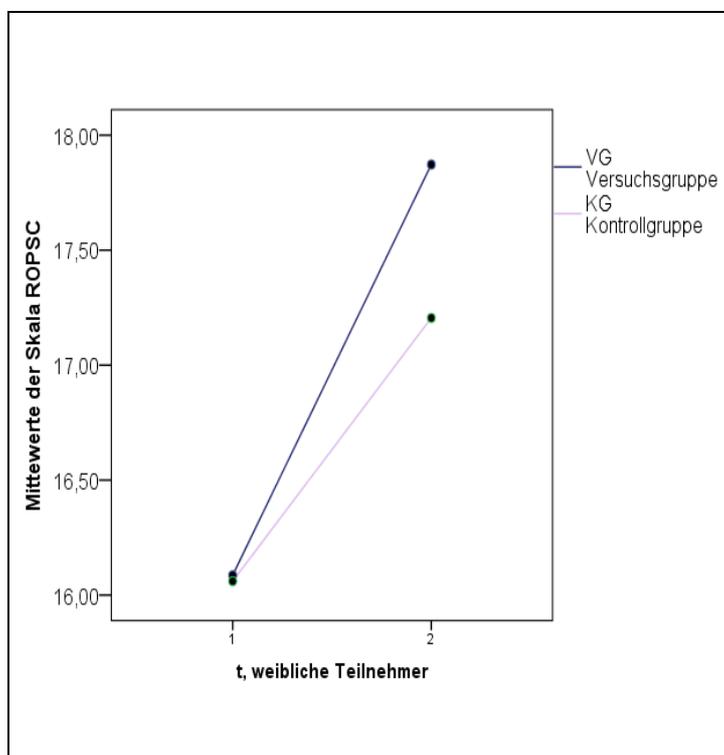


Abbildung 20: Unterschied der weiblichen Teilnehmer der Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte

6.5 Ergebnisse des FBLO

Von Interesse war auch, wie sehr die Schüler der Auffassung sind, dass sie ihr Leben aus eigener Kraft bewältigen können und auf ihre Ressourcen vertrauen. In diesem Zusammenhang wird der Fragebogen zur Lebensorientierung zur Untersuchung herangezogen. Als Erstes beschäftigt die Frage, ob es Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Schülern der Versuchsgruppe zu den beiden Testzeitpunkten gibt (Fragestellung 1 und Fragestellung 2). Hinsichtlich des ersten und zweiten Testzeitpunktes findet sich ein signifikante Unterschied zum zweiten Testzeitpunkt bei der Skala zur „Sinnhaftigkeit“ ($z(154) = -2,115$, $p = 0,034$, $d = 0,61$), weshalb die Nullhypothese verworfen werden dürfen. Der gefundene Effekt ist als mittelgroß anzusehen. Die übrigen Skalen müssen die Nullhypothese beibehalten und auch die gefundenen Effektstärken sind als gering anzusehen. In Tabelle 43 werden die Kenngrößen zur Veranschaulichung dargeboten.

Tabelle 43: Ergebnis des Vergleichs von weiblichen und männlichen Schülern der Versuchsgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt

Skala	<i>t</i> -Wert, <i>z</i> -Wert	Signifikanz	Effektgröße
FBLOS (t1)	$z(154) = -0,230^*$	$p = 0,818$	$d = 0,11$
FBLOV (t1)	$t(152) = 0,517$	$p = 0,606$	$d = 0,11$
FBLOH (t1)	$t(152) = 0,741$	$p = 0,460$	$d = 0,16$
FBLOS(t2)	$z = -2,115$	$p = 0,034$	$d = 0,61$
FBLOV (t2)	$t(152) = -1,190$	$p = 0,236$	$d = 0,25$
FBLOH (t2)	$t(152) = -1,421$	$p = 0,157$	$d = 0,3$

* Ein negativer *t*- beziehungsweise *z*-Wert bedeutet, dass der Mittelwert beziehungsweise Median der weiblichen Teilnehmer geringer ist, als der Mittelwert oder Median der männlichen Schüler (zum Beispiel: FBLOS der weiblichen Schüler $M = 83,94$, FBLOS der männlichen Schüler $M = 103,86$). Bei positivem Vorzeichen ist das Ergebnis in die entgegengesetzte Richtung zu betrachten.

Die mittleren Ränge in der signifikanten Skala FBLOS (t2) zeigen, dass weibliche Teilnehmer der Versuchsgruppe bei der zweiten Testung signifikant niedrigere Ränge erzielen, als die weiblichen Teilnehmer (siehe Tabelle 44).

Tabelle 44: Mittlerer Rang des signifikanten Ergebnisses zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern der Versuchsgruppe zum zweiten Testzeitpunkt (t2)

Skala	Mittleren Ränge weiblich	Mittleren Ränge männlich
FBLOS (t2)	MR = 77,12	MR = 79,28

Betrachtet man dieselben Fragestellungen für die Kontrollgruppe (Fragestellung 3 und Fragestellung 4), so ergibt sich ebenfalls ein signifikantes Ergebnis mit einer mittelgroßen Effektstärke in der Skala zur „Sinnhaftigkeit“ beim zweiten Testzeitpunkt ($z(177) = -2,266$, $p = 0,023$, $d = 0,46$). Somit darf die Nullhypothese verworfen werden. Die übrigen Skalen müssen die Nullhypothese beibehalten und auch die Effektgrößen sind nur als klein zu betrachten. Tabelle 45 zeigt die wichtigsten Kenngrößen nochmals zur Veranschaulichung.

Tabelle 45: Ergebnis des Vergleichs von weiblichen und männlichen Schülern der Kontrollgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt

Skala	t-Wert, z-Wert	Signifikanz	Effektgröße
FBLOS (t1)	$t(169) = 0,654$	$p = 0,514$	$d = 0,11$
FBLOV (t1)	$t(169) = 1,508$	$p = 0,133$	$d = 0,26$
FBLOH (t1)	$t(169) = -1,148^*$	$p = 0,253$	$d = 0,2$
FBLOS(t2)	$z = -2,266$	$p = 0,023$	$d = 0,46$
FBLOV (t2)	$t(169) = 1,478$	$p = 0,141$	$d = 0,26$
FBLOH (t2)	$t(169) = 0,284$	$p = 0,777$	$d = 0,05$

* Ein negativer t - beziehungsweise z -Wert bedeutet, dass der Mittelwert beziehungsweise Median der männlichen Teilnehmer geringer ist, als der Mittelwert oder Median der weiblichen Schüler (zum Beispiel: FBLOH der weiblichen Schüler $M = 17,54$, FBLOH der männlichen Schüler $M = 17,11$). Bei positivem Vorzeichen ist das Ergebnis in die entgegengesetzte Richtung zu betrachten.

Die mittleren Ränge der Skala FBLOS (t2) zeigen, dass die weiblichen Schüler beim zweiten Testzeitpunkt niedrigere Werte haben, als die männlichen Teilnehmer (siehe Tabelle 46).

Tabelle 46: Mittlerer Rang des signifikanten Ergebnisses zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern der Kontrollgruppe zum zweiten Testzeitpunkt (t2)

Skala	Mittleren Ränge weiblich	Mittleren Ränge männlich
FBLOS (t2)	<i>MR</i> = 83,94	<i>MR</i> = 103,86

Wenn man den Unterschied zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe zu beiden Testzeitpunkten untersucht (Fragestellung 5 und Fragestellung 6), so ergibt sich in Bezug auf den ersten Testzeitpunkt ein signifikantes Ergebnis in der Skala zur „Verstehbarkeit“ ($t(323) = 2,429$, $p = 0,016$, $d = 0,27$). Allerdings kann der Effekt als nur gering bezeichnet werden. Im zweiten Testzeitpunkt finden sich in jeder Skala signifikante bis hoch signifikante Unterschiede, weshalb in allen Skalen die Nullhypothese verworfen werden darf: FBLOS ($t(329) = 2,689$, $p = 0,008$, $d = 0,3$), FBLOV ($t(329) = 3,342$, $p = 0,001$, $d = 0,37$) und FBLOH ($t(329) = 2,109$, $p = 0,036$, $d = 0,23$). Allerdings sind die gefunden Effektgrößen höchstens als tendenziell mittelgroß zu betrachten. Tabelle 47 fasst die wichtigsten Kenngrößen zusammen.

Tabelle 47: Ergebnisse zum Vergleich der Versuchs- und Kontrollgruppe zum ersten (t1) und zweiten (t2) Testzeitpunkt

Skala	<i>t</i> -Wert, <i>z</i> -Wert	Signifikanz	Effektgröße
FBLOS (t1)	$t(323) = 0,642$	$p = 0,521$	$d = 0,08$
FBLOV (t1)	$t(323) = 2,429$	$p = 0,016$	$d = 0,27$
FBLOH (t1)	$t(323) = 1,054$	$p = 0,293$	$d = 0,12$
FBLOS(t2)	$t(329) = 2,698$	$p = 0,008$	$d = 0,3$
FBLOV (t2)	$t(329) = 3,342$	$p = 0,001$	$d = 0,37$
FBLOH (t2)	$t(329) = 2,109$	$p = 0,036$	$d = 0,23$

* Ein positiver *t*-Wert bedeutet, dass der Mittelwert der Kontrollgruppe geringer ist, als der Mittelwert der Versuchsgruppe (zum Beispiel: FBLOS Kontrollgruppe $M = 15,77$, FBLOH Versuchsgruppe Schüler $M = 15,96$).

Tabelle 48 zeigt die signifikanten Mittelwerte hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte. Beim ersten Testzeitpunkt findet sich in der Skala FBLOV ein höherer Mittelwert bei der Versuchsgruppe als bei der Kontrollgruppe. Zum zweiten Testzeitpunkt sind alle Mittelwerte der Versuchsgruppe höher als die der Kontrollgruppe.

Tabelle 48: Mittelwerte der signifikanten Ergebnisse zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte

Skala	M-Wert Versuchsgruppe	M-Wert Kontrollgruppe
FBLOV (t1)	<i>M</i> = 21,70 <i>SD</i> = 4,11	<i>M</i> = 20,62 <i>SD</i> = 3,89
FBLOS (t2)	<i>M</i> = 16,92 <i>SD</i> = 4,51	<i>M</i> = 15,82 <i>SD</i> = 2,79
FBLOV (t2)	<i>M</i> = 23,07 <i>SD</i> = 4,07	<i>M</i> = 21,45 <i>SD</i> = 4,64
FBLOH (t2)	<i>M</i> = 17,53 <i>SD</i> = 2,74	<i>M</i> = 16,89 <i>SD</i> = 2,77

Hinsichtlich dieser Fragestellungen wird bei der Berechnung auch das Geschlecht berücksichtigt, was zur Folge hat, dass es zum ersten Testzeitpunkt keine signifikanten Ergebnisse zu berichten gibt. Allerdings findet sich ein hoch signifikanter Unterschied hinsichtlich der Skala FBLOS ($F(1, 321) = 15,540, p < 0,001$) zum zweiten Testzeitpunkt.

Betrachtet man die Veränderung in der Versuchsgruppe zwischen den beiden Testzeitpunkten (Fragestellung 7), so weist die Berechnung ein hoch signifikantes Ergebnis hinsichtlich der Skala FBLOS ($\chi^2(1) = 5,740, p = 0,017$) auf. Aus diesem Grund darf die Nullhypothese verworfen werden. Der gefundene Effekt, weist auf eine tendenziell durchschnittliche Effektgröße hin. Die wichtigsten Kenngrößen werden in Tabelle 49 dargestellt.

Tabelle 49: Signifikanter Unterschied zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt in der Versuchsgruppe

Skala	F-Wert	Signifikanz	Effektgrößen
FBLOS	$\chi^2(1) = 5,740$	$p = 0,017$	$d = 0,28$
FBLOV	$F(1, 152) = 3,662$	$p = 0,058$	$d = 0,22$
FBLOH	$F(1, 152) = 0,031$	$p = 0,861$	$d = 0,02$

Der Median in dieser Skala ist beim ersten Testzeitpunkt geringer, als beim zweiten (siehe Tabelle 50).

Tabelle 50: Mittelwert der Skala FBLOS zum ersten und zweiten Testzeitpunkt innerhalb der Versuchsgruppe

Skala	M-Wert t1	M-Wert t2
FBLOS	$MD = 1,41$	$MD = 1,59$

In derselben Skala finden sich aber auch signifikante Wechselwirkungen zwischen zeitlichem Verlauf und Geschlechterzugehörigkeit ($F(1, 152) = 4,592$, $p = 0,034$, $d = 0,25$). Der resultierende Effekt ist als niedrig anzusehen. Abbildung 21 veranschaulicht diesen Unterschied.

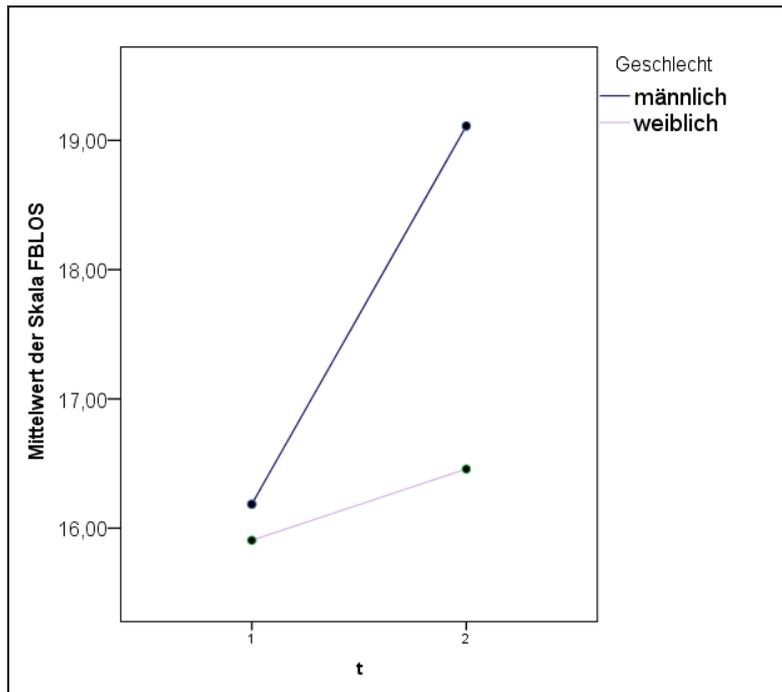


Abbildung 21: Wechselwirkung zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern der Versuchsgruppe zwischen Prä- und Posttest in der Skala FBLOS

Interessiert die Veränderung zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt in der Kontrollgruppe (Fragestellung 8), so findet sich ein signifikantes Ergebnis hinsichtlich der Skala FBLOV ($F(1, 169) = 4,888, p = 0,028$). Aus diesem Grund darf in dieser Skala die Nullhypothese verworfen werden. Der Effekt ist gering (siehe Tabelle 51).

Tabelle 51: Signifikanter Unterschied zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt in der Kontrollgruppe

Skala	F-Wert	Signifikanz	Effektgrößen
FBLOV	$F(1, 169) = 4,888$	$p = 0,028$	$d = 0,24$
FBLOS	$F(1) = 0,061$	$p = 0,805$	$d = 0,03$
FBLOH	$F(1, 169) = 0,053$	$p = 0,819$	$d = 0,02$

Tabelle 52 zeigt, dass der Mittelwert zur ersten Testung geringer ist, als bei der zweiten.

Tabelle 52: Mittelwert der Skala FBLOV zum ersten und zweiten Testzeitpunkt innerhalb der Kontrollgruppe

Skala	M-Wert t1	M-Wert t2
FBLOV	M = 15,95	M = 16,62

Eine signifikante Wechselwirkung zwischen zeitlichem Verlauf und Geschlecht findet sich in der Skala FBLOS ($F(1, 169) = 4,653, p = 0,032, d = 0,23$). Die Effektgröße ist hier ebenfalls gering (siehe Abbildung 22).

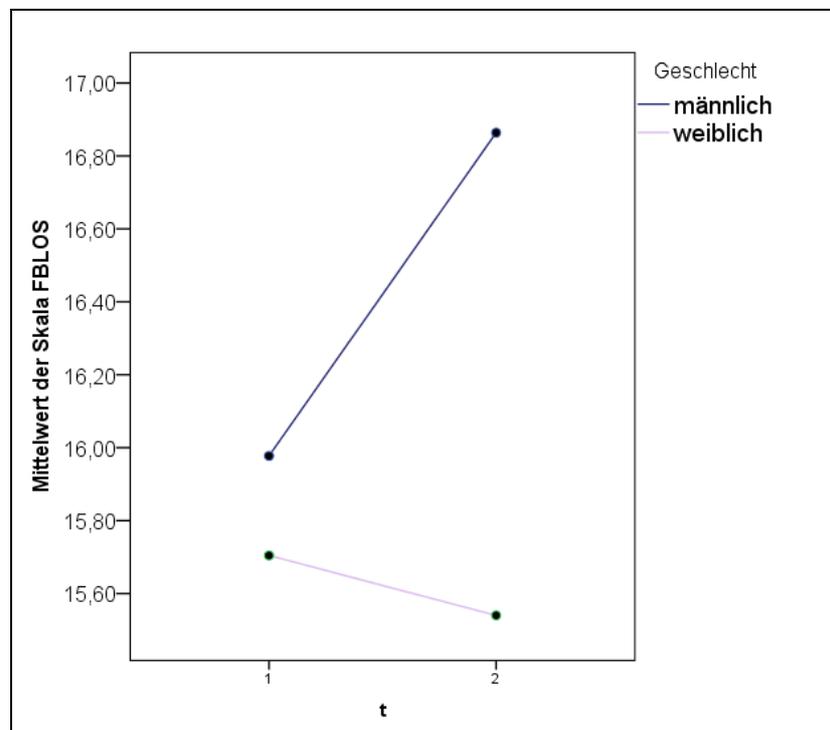


Abbildung 22: Wechselwirkung zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern der Versuchsgruppe zwischen Prä- und Posttest in der Skala FBLOS

Fragestellung 9 untersucht, ob es Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt gibt. Die Berechnung hat ergeben, dass in keiner der drei Skalen signifikante Unterschiede vorherrschen (siehe Tabelle 53).

Tabelle 53: Ergebnisse hinsichtlich des Unterschieds zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe in den beiden Testzeitpunkten

Skala	F-Wert	Signifikanz	Effektgrößen
FBLOV	$F(1, 321) = 0,000$	$p = 0,985$	$d = 0,24$
FBLOS	$F(1) = 3,285$	$p = 0,070$	$d = 0,14$
FBLOH	$F(1, 321) = 0,001$	$p = 0,979$	$d = 0$

7 INTERPRETATION UND DISKUSSION

Im folgenden Abschnitt werden alle relevanten Ergebnisse interpretiert und diskutiert. Ein zentraler Aspekt der Diplomarbeit liegt darin, die Auswirkungen auf soziale Kompetenzen bei Jugendlichen mittels eines Selbstsicherheitstrainings zu untersuchen. Der zentrale Hintergedanke ist, dass soziale Kompetenzen im täglichen Leben notwendig sind und auch vor möglichen negativen Entwicklungen schützen können. Als Indikatoren für soziale Kompetenz wurden vom SKY-Team die Bereiche gewählt, die auch mittels der vorliegenden Fragebögen gemessen werden können:

7.1 Interpretation der Ergebnisse der FSKN

Im Bereich des Selbstkonzeptes kann man zwischen weiblichen und männlichen Schülern in der Versuchsgruppe sowohl zum ersten, als auch zum zweiten Testzeitpunkt signifikante Unterschiede erkennen. Die „Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ ist bei weiblichen Teilnehmern der Versuchsgruppe beim ersten und zweiten Testzeitpunkt im Vergleich zu den männlichen Schülern höher. Ansonsten unterscheiden sich die Teilnehmer im ersten Testzeitpunkt nicht voneinander. Aber in Bezug auf den Post-Test zeigt sich auch bei der „allgemeinen Leistungsfähigkeit“ bei weiblichen Schülern ein signifikant höherer Mittelwert als bei den männlichen Jugendlichen. Höhere Werte bedeuten in diesem Fall ein höher ausgeprägtes Selbstkonzept, was darauf schließen lässt, dass weibliche Teilnehmer mehr davon überzeugt sind, situativ erforderliche Leistungen bringen zu können, als männliche.

Betrachtet man den Unterschied in der Kontrollgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt hinsichtlich weiblicher und männlicher Teilnehmer, so findet sich nur ein signifikanter Unterschied zum ersten Testzeitpunkt im Bereich der „Empfindlichkeit und Gestimmtheit“, welche bei männlichen Schülern höher ist, als bei weiblichen.

In der Versuchs- und Kontrollgruppe finden sich mehr Unterschiede bei der zweiten Testung, als bei der ersten. Bei der Prätestung sind nur zwei relevante Ergebnisse zu nennen, die die „Wertschätzung durch andere“ und die „Irritierbarkeit durch andere“ betreffen. Diese beiden Selbstkonzepte sind bereits vor Durchführung des Trainings in der Versuchsgruppe höher vorhanden, als in der Kontrollgruppe. Nach dem Selbstsicherheitstraining manifestieren sich diese Unterschiede zwischen den beiden Gruppen und sind auch wieder zu finden. Außerdem gibt es weitere signifikante

Unterschiede in den Bereichen der „Standfestigkeit gegenüber Gruppen“, der „Kontakt und Umgangsfähigkeit“, des „Selbstwertes“, der „Empfindlichkeit und Gestimmtheit“ und der „Gefühle und Beziehungen zu anderen“. In diesen Skalen erzielt die Versuchsgruppe jeweils signifikant höhere Werte als die Kontrollgruppe. Diese Ergebnisse lassen auf eine positive Wirkung des Trainings schließen, da die Unterschiede, bis auf zwei Bereiche (die aber auch nach dem Selbstsicherheitstraining bestehen), erst nach dem Training auftreten. Die Effektgrößen können als durchschnittlich interpretiert werden.

Wenn die Veränderung zwischen erster und zweiter Testung in der Versuchsgruppe genauer betrachtet wird, dann kommen insgesamt acht hoch bis höchst signifikante Ergebnisse zum Tragen. Verbesserungen (im Sinne von höheren Mittelwerten) finden sich in der „allgemeinen Leistungsfähigkeit“, der „allgemeinen Problembewältigung“, der „Verhaltens- und Entscheidungssicherheit“, des „Selbstwertes“, der „Empfindlichkeit und Gestimmtheit“, der „Standfestigkeit gegenüber Gruppen“, der „Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ und der „Wertschätzung durch andere“. Hinsichtlich der „Empfindlichkeit und Gestimmtheit“ finden sich auch Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts. Männliche Jugendliche weisen in dieser Skala höhere Werte auf als weibliche Teilnehmer. Auf den ersten Blick sehen diese Ergebnisse sehr vielversprechend aus, da daraus geschlossen werden kann, dass das Training in dieser Gruppe in fast jeder Skala Verbesserungen erzielt hat, allerdings finden sich auch in der Kontrollgruppe einige Veränderungen.

Diese Veränderung in der Kontrollgruppe deutet ebenso auf eine Verbesserung der Selbstkonzepte hinsichtlich der „allgemeinen Leistungsfähigkeit“, der „allgemeinen Problemlösefähigkeit“, der „Verhaltens- und Entscheidungssicherheit“, des „Selbstwertes“, der „Empfindlichkeit und Gestimmtheit“, der „Wertschätzung durch andere“ und der „Irritierbarkeit durch andere“. Fast jede Skala, die sich in der Versuchsgruppe verbessert hat, hat sich auch in der Kontrollgruppe verbessert. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass auch die Kontrollgruppe von anderen Instanzen (möglicherweise Lehrer) Informationen zu sozialer Kompetenz erhalten haben. Eventuell wollte die „Ungerechtigkeit“ ausgeglichen werden, dass manche Schüler kein Training erhalten, weil sie in der Kontrollgruppe sind. Aus diesem Grund interessiert das Ergebnis umso mehr, wenn die Versuchs- und Kontrollgruppe gemeinsam betrachtet wird und die Veränderung zwischen Prä- und Posttestung untersucht wird.

In diesem Zusammenhang finden sich nämlich drei, teils hoch signifikante Ergebnisse. Die Versuchsgruppe erzielte, im Vergleich zur Kontrollgruppe, in Bezug auf die „allgemeine Problemlösefähigkeit“, die „Standfestigkeit gegenüber Gruppen“ und die „Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ deutliche Verbesserungen. Auf diese Aspekte wurde während dem Training genau eingegangen. Die Kontrollgruppe weist keine signifikanten Verbesserungen im Vergleich zur Versuchsgruppe auf. Der Mittelwert im Bereich der „Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ weist in der Kontrollgruppe sogar einen niedrigeren Wert zum zweiten Testzeitpunkt auf als beim ersten. Dies deutet darauf hin, dass diese Gruppe eine Verschlechterung über die Zeit erlangte, wenn es darum geht, Kontakte zu knüpfen und mit anderen Leuten angemessen zu interagieren. Zusammenfassend kann daraus geschlossen werden, dass das Training vor allem hinsichtlich der Fähigkeit, Probleme zu lösen, des sicheren und nicht ängstlichen Gegenübertretens von Gruppen und der Fähigkeit im Umgang und Kontakt mit anderen Verbesserungen erzielt hat. Das Selbstsicherheitstraining hat also dazu beigetragen, dass sich Faktoren der sozialen Kompetenz verbessert haben.

Parallelen dieser positiven Ergebnisse finden sich vor allem beim Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) von Hinsch und Pfingsten (2007). Insbesondere die Verbesserung der Kontaktfähigkeit, die auch in der vorliegenden Studie deutlich durch das Training zugenommen hat, findet in der Literatur ihre Bestätigung. Hinsch und Pfingsten (2007) betonen, dass ein wichtiger Aspekt, der während dem Training zu lernen ist, das „Nein sagen“ ist. Auch Runde (1998) verweist darauf, dass Kommunikation eine wichtige Teilkomponente von sozialer Kompetenz darstellt. Durch die signifikante Verbesserung der „Standfestigkeit gegenüber Gruppen“ kann geschlussfolgert werden, dass diese Fähigkeit in der Versuchsgruppe wesentlich gestärkt ist. Herbert (1999) betont, dass sozial kompetente Jugendliche über mehr Fähigkeiten verfügen, die mit dem Lösen von Problemen in Verbindung stehen. Genau dieser Aspekt konnte mit Hilfe des Selbstsicherheitstrainings verbessert werden („Problemlösefähigkeit“). Runde (1998) betont ebenso, dass Konflikt- und Kritikmanagement wesentliche Komponenten der sozialen Kompetenz sind.

7.2 Interpretation der Ergebnisse der SEE

Wie die Schüler mit Emotionen umgehen, soll nun dargestellt werden. Weibliche und männliche Schüler der Versuchsgruppe unterscheiden sich in höchstens zwei Merkmalen bei der Prä- und Posttestung. Stabil geblieben ist der Unterschied hinsichtlich des „Erlebens von Emotionsüberflutung“. Weibliche Teilnehmer haben diesbezüglich, sowohl vor als auch nach der Durchführung des Trainings höhere Werte erzielt als männliche. Daraus kann man

schließen, dass sich weibliche Schüler eher von den eigenen Emotionen hin und hergeworfen oder sich eher von den eigenen Gefühlen überschwemmt fühlen als männliche Teilnehmer.

Hinsichtlich des Unterschiedes zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern der Kontrollgruppe zur ersten und zweiten Testung, finden sich bei der ersten mehr signifikante Unterschiede als bei der zweiten. Das „Erleben von Selbstkontrolle“ erwies sich als stabiles Unterscheidungsmerkmal in den Gruppen. Männliche Jugendliche erzielten durchschnittlich jeweils höhere Werte. Schließen kann man daraus, dass sie eher ihre eigenen Gefühle verbergen können, sich gut kontrollieren können und sie eher selbstbeherrscher sind als weibliche Schüler.

Wenn die Versuchsgruppe mit der Kontrollgruppe zum ersten Testzeitpunkt verglichen wird, dann lässt sich feststellen, dass vor der Durchführung des Trainings keine Unterschiede zu finden sind. Danach weisen allerdings zwei Skalen signifikante Ergebnisse auf. Die Versuchsgruppe erzielte signifikant höhere Werte, wenn es darum geht, zu seinen eigenen Gefühlen zu stehen und sich gut kontrollieren zu können. Dieses Ergebnis kann auch auf das durchgeführte Training zurückgeführt werden, da eben solche Bereiche positiv für die Zukunft gestärkt wurden. Eine hoch signifikante Wechselwirkung zwischen Versuchsgruppe, Kontrollgruppe und Geschlecht findet sich in Bezug auf das „Erleben von Emotionsüberflutung“ hinsichtlich des ersten Testzeitpunktes. Betrachtet man nochmals das Ergebnis des Unterschiedes in der Versuchsgruppe zum ersten Testzeitpunkt so sieht man, dass weibliche Schüler auch einen höheren Wert in dieser Skala erzielten.

Die Betrachtung der Veränderung zwischen dem ersten und zweiten Testzeitpunkt in der Versuchsgruppe lässt auf Verbesserungen in Bereich der Emotionsregulation schließen. Das bedeutet, dass die Teilnehmer höhere Werte erzielten, wenn es darum geht, sich selbst beruhigen zu können oder in eine lebendigere Stimmung zu bringen. Die Akzeptanz der eigenen Emotionen zeigte auch zwischen den Testungen signifikante Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht. Betrachtet man die Abbildung 9 genauer, so sieht man, dass die weiblichen Teilnehmer beim zweiten Testzeitpunkt einen viel höheren Durchschnittswert erzielten als die männlichen Jugendlichen. Daraus kann geschlossen werden, dass weibliche Schüler besser dazu in der Lage sind, zu ihren Gefühlen zu stehen und sich nicht für die eigenen Gefühle zu schämen. Der Durchschnittswert der männlichen Teilnehmer ist sogar niedriger nach dem Training als davor. Dies deutet auf eine Abnahme der Akzeptanz

der eigenen Emotionen hin. Die Skala SEEEEÜ, die auch bei den anderen Berechnungen immer wieder signifikant zu vermerken ist, weist auch in diesem Zusammenhang signifikante Unterschiede hinsichtlich des Geschlechtes auf. Bei genauerer Betrachtung der Abbildung 10 fällt auf, dass der Unterschied bei der ersten Testung zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern größer ist als nach dem Training. Die weiblichen Jugendlichen haben einen niedrigeren Durchschnittswert nach dem Selbstsicherheitstraining, die männlichen einen höheren. Daraus kann geschlossen werden, dass die weiblichen Schüler gelernt haben, sich nicht mehr so sehr von den eigenen Gefühlen überschwemmt zu fühlen und sich weniger über die eigenen Empfindungen zu ärgern. Bei den männlichen Jugendlichen scheint die Entwicklung genau in die entgegengesetzte Richtung zu gehen. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass sie sich aufgrund des Trainings mehr mit ihren Gefühlen auseinandergesetzt haben, weshalb sie sich eventuell von diesen überflutet fühlen.

Aber auch in der Kontrollgruppe finden sich signifikante Veränderungen, wenn man den Unterschied zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt untersucht. Das Erleben von Emotionsüberflutung scheint im Laufe der Zeit abgenommen zu haben. Aber auch das Erleben von Emotionsmangel weist niedrigere Mittelwerte bei der zweiten Testung auf, als bei der ersten. Daraus kann man schließen, dass sich die Teilnehmer der Kontrollgruppe nicht mehr so sehr von ihren Emotionen überschwemmt fühlen und die eigenen Gefühle eher wahrnehmen.

Interessant sind die Ergebnisse zum Vergleich der Versuchs- und Kontrollgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt. Veränderungen zeigen sich in der Skala zum Erleben von Emotionsüberflutung. Hier sind Wechselwirkungen über die Zeit zwischen Geschlecht und Gruppenzugehörigkeit zu finden. Wird die Abbildung 12 und 13 genauer betrachtet, so wird festgestellt, dass die weiblichen Teilnehmer der jeweiligen Gruppe eine Abnahme des Gefühls der Emotionsüberflutung ausweisen. Die männlichen Teilnehmer der Versuchsgruppe zeigen bei der zweiten Testung einen höheren Mittelwert als bei der Ersttestung. Das heißt, dass männliche Teilnehmer der Versuchsgruppe sich nach dem Training eher von ihren eigenen Emotionen überschwemmt fühlen, als die in der Kontrollgruppe und generell mehr als die weiblichen Teilnehmer. Ähnliche Ergebnisse finden sich auch schon weiter oben beschrieben. Ein Grund dafür könnte sein, dass sich männliche Jugendliche erst im Laufe des Selbstsicherheitstrainings mit ihren Emotionen auseinandergesetzt haben. Davor haben sie diese vielleicht nicht so wahrgenommen, sind dann aber durch das Training auf diese aufmerksam geworden, weshalb sie sich jetzt von

ihnen überflutet fühlen. Es gibt einen hoch signifikanten Unterschied, wenn es darum geht sich fähig zu fühlen, den eigenen Gefühlszustand zu regulieren. Die Versuchsgruppe weist in diesem Zusammenhang höhere Werte auf als die Kontrollgruppe. Allerdings erzielt die Versuchsgruppe vor dem Training einen niedrigeren Mittelwert als die Kontrollgruppe. Der Mittelwert der Versuchsgruppe „schnell“ nach Durchführung des Trainings in die Höhe und ist signifikant höher als der Mittelwert der Kontrollgruppe. Diese erzielten sogar einen niedrigeren Wert als bei der Ersttestung. Zusammenfassend kann deshalb der Schluss gezogen werden, dass das Training vor allem in Bezug auf die Fähigkeit, sich selbst beruhigen zu können beziehungsweise sich in eine lebendigere Stimmung zu bringen, Erfolge erzielen konnte. Dies stellt einen wesentlichen Aspekt der sozialen Kompetenz dar.

Andere Zugänge, um soziale Kompetenzen zu stärken, wurden beispielsweise mittels multiprofessioneller tiergestützter Intervention (MTI) durchgeführt, welche auch zum Erfolg geführt haben (Glaser, 2008). Die Fähigkeit, Emotionen zu regulieren, konnte mit Hilfe der MTI gesteigert werden. Auch in der vorliegenden Diplomarbeit findet dieses Ergebnis Bestätigung. Herbert (1999) betont, dass sich Inkompetenz unter anderem durch ein emotionales Unwohlsein ausdrückt. Wenn die Jugendlichen im Laufe des Trainings aber gelernt haben, ihre Emotionen zu regulieren und sich vor allem selbst beruhigen zu können, kann dem Indikator des emotionalen Unwohlseins entgegengewirkt werden.

7.3 Interpretation der Ergebnisse zum Ropeloc

Wie die Teilnehmer über sich selbst denken und wie ihre Gefühle diesbezüglich sind, wird nun genauer erläutert. In der Versuchsgruppe finden sich sowohl zum ersten als auch zum zweiten Testzeitpunkt signifikante Unterschiede in zwei Bereichen. Weibliche Jugendliche haben höhere Werte, wenn es darum geht, „Energie aufzuwenden, um Dinge durchzuführen“ und für „schwierige Situationen Lösungen zu finden“. Der gefundene Effekt ist als durchschnittlich anzusehen.

In der Kontrollgruppe finden sich zu beiden Testzeitpunkten unterschiedliche Ergebnisse, wenn man weibliche und männliche Teilnehmer miteinander vergleicht. Weibliche Jugendliche haben höhere Werte vor dem Training, wenn die „Team-Kooperation“, die „Problemlösefähigkeit“ und den „erfolgreichen Umgang mit Veränderungen“ gefragt sind. Bei der zweiten Testung sind diese Unterschiede nicht mehr vorhanden, allerdings weisen nun männliche Schüler höhere Führungsqualitäten auf als weibliche Teilnehmer.

Vergleicht man die Versuchsgruppe mit der Kontrollgruppe zum ersten Testzeitpunkt, so weisen die Teilnehmer der Versuchsgruppe höhere Werte in der „Team-Kooperation“ und in der „externen Kontrollüberzeugung“ auf. Die Kontrollgruppe hingegen hat höhere Werte hinsichtlich der Problemlösefähigkeit in schwierigen Situationen und der „Offenheit für Ideen“. Nach der Durchführung des Trainings finden sich ebenfalls hohe Werte in der „externen Kontrollüberzeugung“ in der Versuchsgruppe. Die „Team-Kooperation“ weist allerdings keine signifikanten Unterschiede mehr auf. Allerdings sind die Mittelwerte in Bezug auf die „Offenheit für Ideen“ nun bei der Versuchsgruppe höher als bei der Kontrollgruppe. Diese Gruppe hat auch bei der zweiten Testung signifikant höhere Werte bei der „Problemlösefähigkeit in schwierigen Situationen“ und außerdem noch bei der „Energieaufwendung, um Taten durchzuführen“. Anscheinend hat das Selbstsicherheitstraining vor allem in der „Offenheit für Ideen“ positive Wirkungen erzielt.

Wenn man die Veränderung über die Zeit ($t_1 - t_2$) in der Versuchsgruppe untersucht, finden sich signifikante, hoch signifikante und auch höchst signifikante Ergebnisse. Verbesserungen werden hinsichtlich der „allgemeinen Effektivität in jeglichen Aspekten des Lebens“, der „erfolgreiche Umgang mit Veränderungen“, der „effektiven Zeitplanung“, der „positiven Selbstkontrolle in Stresssituationen“, der „kommunikativen Kompetenz“, der „Problemlösefähigkeit in schwierigen Situationen“, der „Führungsqualitäten“ und der „Energieaufwendung, um Dinge durchzuführen“ erzielt. Ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Geschlechts findet sich in der Skala zur „Selbstsicherheit“. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass (betrachtet man die Abbildung 19) der Mittelwert der männlichen Teilnehmer zum zweiten Testzeitpunkt niedriger ist, als beim ersten. Daraus kann man schließen, dass das Selbstvertrauen abgenommen hat.

Auch hinsichtlich der Veränderung in der Kontrollgruppe zwischen den beiden Testungen finden sich in sieben Skalen Verbesserungen. Diese sind in Bezug auf die „Selbstsicherheit“, die Problemlösefähigkeit in schwierigen Situationen“, die „kommunikative Kompetenz“, die „positive Selbstkontrolle in Stresssituationen“, die „effektive Zeitplanung“, den „erfolgreichen Umgang mit Veränderungen“ und der „allgemeinen Effektivität in jeglichen Aspekten des Lebens“ zu finden. Veränderungen sind also demnach in beiden Gruppen aufzuweisen. Dass es auch in der Kontrollgruppe Verbesserungen zu verzeichnen gibt, kann wieder auf die schon weiter oben genannte Problematik der möglichen Informationsgabe seitens der Lehrer zurückzuführen sein.

Betrachtet man allerdings die beiden Gruppen gemeinsam und möchte die Veränderung über die Zeit untersuchen, so finden sich in der Versuchsgruppe signifikante Ergebnisse in der Skala zu den „Führungsqualitäten“ und in der Skala zum „Energieaufwand um Dinge durchzuführen“. Diese beiden Fähigkeiten haben sich in der Versuchsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte verbessert. Außerdem zeigen sich signifikante Ergebnisse hinsichtlich der „Offenheit für Ideen“ und der „Selbstwirksamkeit“. Aus den Abbildungen 17 und 18 kann interpretiert werden, dass die Versuchsgruppe zum zweiten Testzeitpunkt höhere Werte erreicht als die Kontrollgruppe. Demnach zeigt die Gruppe, die am Training teilgenommen hat, eine Verbesserung hinsichtlich der Selbstwirksamkeit und der Offenheit für Ideen. Besonders die positive Entwicklung in Bezug auf die Selbstwirksamkeit ist als besonderer Erfolg anzusehen. Dies bedeutet, dass die Schüler die Erwartung gesteigert haben, über genügend Kompetenzen zu verfügen, um Handlungen auszuführen. Die weiblichen und männlichen Teilnehmer der Versuchs- und Kontrollgruppe unterscheiden sich zudem noch, wenn es um das Selbstbewusstsein geht. Männliche Schüler der Versuchsgruppe weisen eine Abnahme der Selbstsicherheit im Laufe der Zeit auf, die bei der Kontrollgruppe nicht zu verzeichnen ist. Die weiblichen Schüler der Versuchsgruppe hingegen zeigen einen Zuwachs hinsichtlich des Selbstbewusstseins im Vergleich zur Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis in Bezug auf die männlichen Teilnehmer ist als nicht erfreulich zu interpretieren. Die weiblichen Schüler hingegen zeigen ein Ergebnis in die gewünschte Richtung.

Rudl (1998) betont, dass die Fähigkeit, zum Beispiel Gruppen zu führen ein, wesentlicher Faktor für soziale Kompetenz ist. Die Führungsqualitäten haben sich in der Versuchsgruppe signifikant verbessert. Deshalb kann man davon ausgehen, dass die Teilnehmer der Versuchsgruppe auch in der Lage dazu sind, Verantwortung in einer Gruppe zu übernehmen. Rudl (1998) ist ebenso der Auffassung, dass eine gewisse Aktivität im Leben als Teildisziplin zu sozialen Kompetenzen gehört. Mit Hilfe des Trainings kann dieser Aspekt („Energieaufwand, um Dinge in die Tat umzusetzen“) gesteigert werden.

7.4 Interpretation der Ergebnisse zum FBLO

Die Ergebnisse zum Fragebogen zur Lebensorientierung werden nachfolgend dargestellt. In der Versuchsgruppe gibt es zum zweiten Testzeitpunkt einen signifikanten Unterschied. Männliche Teilnehmer haben eher das Vertrauen als weibliche, dass „Anforderungen des Lebens Herausforderungen sind, für die sich das Engagement auch lohnt“. Auch in der

Kontrollgruppe findet sich das gleiche Ergebnis. Vielleicht deutet dies darauf hin, dass männliche Personen an sich ein höheres Vertrauen in diesem Punkt haben.

Positive Ergebnisse finden sich im Vergleich der Versuchs- und Kontrollgruppe zu den beiden Testzeitpunkten. Zum ersten Testzeitpunkt weist die Versuchsgruppe hinsichtlich des „Vertrauens darauf, Ereignisse und Anforderungen der Außenwelt und der eigenen Innenwelt als geordnete, konsistente und strukturierte Informationen verarbeiten zu können“, höhere Werte als die Kontrollgruppe auf. Infolge des Trainings manifestiert sich dieses Ergebnis und auch in den anderen Skalen gibt es signifikante Unterschiede. Die Versuchsgruppe erzielt höhere Werte beim „Vertrauen darauf, dass die Ressourcen verfügbar sind, um den Anforderungen des Lebens gerecht zu werden“ und beim „Vertrauen darauf, dass die Anforderungen des Lebens Herausforderungen sind, für die sich Engagement und Investitionen lohnen“.

Die Veränderung in der Versuchsgruppe vor und nach dem Training weist darauf hin, dass es eine Verbesserung hinsichtlich des „Vertrauens darauf gegeben hat, dass die Anforderungen des Lebens Herausforderungen sind, für die sich Engagement und Investitionen lohnen“. Das heißt, dass die emotionale-motivationale Kompetenz gestiegen ist. Der Unterschied ist auch geschlechtsspezifisch nachweisbar. Männliche Teilnehmer erzielen einen höheren Wert als weibliche. Daraus kann geschlossen werden, dass weibliche Teilnehmer weniger Vertrauen in diesem Punkt haben als männliche Jugendliche.

Die Veränderung zwischen Prä- und Posttest in der Kontrollgruppe ist zu finden im „Vertrauen darauf, dass Ereignisse und Anforderungen der Außenwelt und der eigenen Innenwelt als geordnete, konsistente und strukturierte Informationen verarbeiten werden können“. Dieses ist zum zweiten Testzeitpunkt höher als beim ersten. Einen signifikanten Geschlechtsunterschied findet man, wie bei der Versuchsgruppe, im „Vertrauen darauf, dass die Anforderungen des Lebens Herausforderungen sind, für die sich Engagement und Investitionen lohnen“. Auch in der Kontrollgruppe haben männliche Jugendliche in dieser Skala höhere Durchschnittswerte als die weiblichen.

Wenn der Unterschied zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen den beiden Testzeitpunkten berechnet wird, finden sich keine relevanten Unterschiede zwischen den Gruppen und den jeweiligen Testzeitpunkten. Somit hat es keine signifikanten

Verbesserungen in den drei Skalen des Fragebogens zur Lebensorientierung im Vergleich zur Kontrollgruppe gegeben.

7.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Untersuchung lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass das Training durchwegs Verbesserungen erzielen konnte. Hinsichtlich des Selbstkonzeptes werden höhere Werte (welche eine Verbesserung bedeuten) im Bereich der Fähigkeit, Probleme zu lösen, der „Standfestigkeit gegenüber Gruppen“ und der Fähigkeit im Kontakt und Umgang mit Personen nach Durchführung des Trainings und im Vergleich zur Kontrollgruppe gefunden. Außerdem hat die Versuchsgruppe gelernt, sich besser selbst beruhigen zu können und damit ihren Gefühlszustand zu regulieren. Des Weiteren erreicht die Gruppe, die am Training teilgenommen hat, eine Verbesserung in ihren Führungsqualitäten und ist eher bereit dazu, Energie aufzuwenden, um Dinge in die Tat umzusetzen. Auch die Selbstwirksamkeit und die Offenheit für Ideen können Erfolge hinsichtlich signifikant höherer Werte erzielen. Eine Verschlechterung, die aber schon in Abschnitt 7.2 diskutiert wurde, findet sich in Bezug auf männliche Teilnehmer und das Gefühl, von ihren Emotionen überflutet zu werden. Nach dem Training empfinden sie dieses höher als davor. Auch hinsichtlich des Selbstvertrauens weisen die männlichen Teilnehmer der Versuchsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe beim zweiten Testzeitpunkt niedrigere Werte auf. Dies bedeutet, dass das Selbstvertrauen nach dem Training abgenommen hat. Grundsätzlich kann aber geschlussfolgert werden, dass das Training durchaus erfolgreich war.

8 KRITIK UND AUSBLICK

Bei der durchgeführten Studie handelt es sich um eine quasiexperimentelle Feldstudie, welche natürlich Vor- aber auch Nachteile mit sich bringt. Die Teilnehmer konnten nicht randomisiert zugeteilt werden, da es sich um eine „reale“ Stichprobe handelt. Deshalb war es nicht möglich, Rücksicht darauf zu nehmen, ob sich die Teilnehmer hinsichtlich ihrer Herkunft, Intelligenz oder Motivation unterscheiden. Weiters können Störvariablen wie Lärm oder Stimmung in einer Schulsituation nicht kontrolliert werden. Bortz und Döring (2003) betonen, dass die externe Validität einer quasiexperimentellen Feldstudie nicht besonders hoch ist. Deshalb kann nicht ausgeschlossen werden, dass es möglicherweise alternative Erklärungsansätze für die Ergebnisse gibt. Die Ergebnisse können aber auf andere Personen, Situationen und Zeitpunkte generalisiert werden, was ein enormer Vorteil der Methode ist. Natürlich ist dieser Aspekt besonders für die Praxis relevant.

Betrachtet man die Geschlechterverteilung bei den Teilnehmern, so wird klar, dass die Anzahl männlicher Teilnehmer deutlich geringer ist als die der weiblichen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Testungen in Schulen durchgeführt wurden, die eher weibliche Personen besuchen (Kindergartenpädagogik). Aufgrund dessen mussten die 13 bis 19jährigen in zwei Altersgruppen aufgeteilt werden. Natürlich gehen dadurch auch wichtige Informationen verloren. Dieses Problem sollte bei einer möglichen weiteren Untersuchung berücksichtigt werden.

Ein Aspekt, warum auch in der Kontrollgruppe Verbesserungen (aber im Vergleich zur Versuchsgruppe keine signifikanten) zwischen erster und zweiter Testung erzielt wurden, liegt möglicherweise darin, dass auch die Gruppe ohne Training Informationen über soziale Kompetenz erhalten hat. Eventuell haben Lehrer der Schule, die die Kontrollgruppe im Unterricht haben, sozusagen als Gegenleistung das Thema „soziale Kompetenz“ im Unterricht durchgenommen. Dies führt natürlich auch zu verzerrten Ergebnissen, allerdings konnte die Informationsgabe das Selbstsicherheitstraining nicht signifikant beeinflussen. Diese Tatsache spricht in jedem Fall für die Durchführung des Trainings. Möglicherweise hätten den Lehrern noch mehr Informationen über die Wichtigkeit einer Kontrollgruppe gegeben werden sollen.

Eine Schwierigkeit beziehungsweise Herausforderung war sicherlich auch das Alter der Teilnehmer. Auf der einen Seite haben sich die Schüler größtenteils gegenseitig erst kurz kennengelernt (da zum Großteil die ersten Klassen der höheren Schulen teilgenommen haben). Deshalb musste eine gewisse Barriere im Training erst durchbrochen und Vertrauen auch zwischen den Schülern aufgebaut werden. Auf der anderen Seite ist das vierzehnte Lebensjahr auch aufgrund der Pubertät ein besonders schwieriges Alter. Andere Themen, wie die Entwicklung der eigenen Sexualität, sich selbst zu finden und ihre eigenen Wert- und Moralvorstellungen zu entdecken (Steck, o.A.), sind sicherlich vorrangig. Die jungen Erwachsenen befinden sich in einer Umbruchphase und deshalb war es sicherlich manchmal schwierig, sie für psychologische Themen zu interessieren und motivieren. Dass trotzdem Erfolge hinsichtlich einer Verbesserung erzielt werden konnten, spricht für das Projekt und das Training.

Die Diplomarbeit basiert auf dem Projekt SKY (Selbtsicher, Kompetent: For the Youth) Für SKY sind mehrere Mitarbeiter tätig, unter anderem Frau Dr. Birgit U. Stetina, die das Projekt leitet, sowie klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen der Lehr- und Forschungspraxis der Universität Wien. Dies ist natürlich ein Aspekt, der große Vorteile für die Durchführung bringt. Es waren zu jeder Zeit Ansprechpartner für die Diplomanden zur Stelle und somit konnten Unklarheiten sehr schnell beseitigt werden. Außerdem wurde in jeglichen Belangen Unterstützung geboten.

Im derzeitigen Schulsemester (Wintersemester 2009/2010) läuft gerade eine online Version des Trainings. Auf die Ergebnisse der Untersuchung, die unter anderem auch von Diplomanden durchgeführt wird, wird gespannt gewartet. Auch die Diplomarbeit von Bettina Prutsch befindet sich gerade in Arbeit und auf Verbesserungen hinsichtlich sozialer Phobien mit Hilfe des Trainings wird gehofft.

Zukünftig werden die Mitarbeiter des Projekts ein Manual zur Verfügung stellen, mit dessen Hilfe auch Lehrer das Selbstsicherheitstraining durchführen können. Aufgrund dessen soll gewährleistet werden, dass Jugendliche innerhalb der Schule gefördert werden können. Außerdem soll darauf hingewiesen werden, dass soziale Kompetenzen an sich im Unterricht Thema sein müssen. Auf die Wichtigkeit und Notwendigkeit wurde in der Diplomarbeit des Öfteren aufmerksam gemacht.

9 ZUSAMMENFASSUNG

Soziale Kompetenz ist ein Schlagwort, das in der heutigen Zeit nicht mehr wegzudenken ist. Was unter dem Begriff genau verstanden wird, ist allerdings schwer zu definieren. Perren, Groeben, Stadelmann und von Klitzing (2008) definieren soziale Kompetenz beispielsweise so, dass diese die Fähigkeit ist, „in sozialen Interaktionen seine eigenen Ziele zu erreichen und Bedürfnisse zu befriedigen und gleichzeitig die Ziele und Bedürfnisse von anderen zu berücksichtigen“ (S. 89). Caldarella und Merrell (1997) haben sich mit der Begriffsbestimmung von sozialer Kompetenz im speziellen Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen beschäftigt. Die „Fähigkeit zur Bildung positiver Beziehungen zu Gleichaltrigen“ oder „Durchsetzungsfähigkeit“ zählen für die Autoren zu wichtigen Komponenten, die bei sozialer Kompetenz vorhanden sein müssen.

Die Annahme, die aber den verschiedensten Definitionen zugrunde liegt ist, dass das Fehlen dieser Fähigkeit beim Menschen zu erheblichen Einbußen in vielen Lebenslagen führen kann. Beispielsweise leidet durch inkompetentes Verhalten die Qualität der Beziehungen zur Gleichaltrigen. Dieser Aspekt hat wiederum ein negatives emotionales Befinden zur Folge (Perren, Groeben, Stadelmann & von Klitzing, 2008) und kann deshalb zu sozialen Ängsten oder Schüchternheit führen. Außerdem sind soziale Kompetenzen Voraussetzung im Berufsleben und gelten als „Schlüssel zum Erfolg“. Fehlen diese, kann man keine erfolgreiche Karriere führen. Die Autoren Manns und Schultze (2004) beschreiben, dass derjenige als inkompetent angesehen wird, der für soziale Anforderungen keine als angemessen gesehene Reaktion zur Verfügung hat. Sailes und Kisons (2002) Annahmen über sozial inkompetentes Verhalten speziell bei Kindern basieren darauf, dass sich Defizite in kompetentem Verhalten auf drei Ebenen zeigen: kognitiv, emotional und motorisch. Die Autoren definierten genauer, dass kognitive Einbußen zur Folge haben, dass Kinder fälschlicherweise annehmen, dass anderen ihnen gegenüber feindlich eingestellt sind. Auf emotionaler Ebene spielen soziale Unsicherheiten eine große Rolle, es können aber auch soziale Ängste oder das Gefühl von Hilflosigkeit zum Tragen kommen. Vor allem inkompetente Kinder ziehen sich, hinsichtlich des motorischen Aspekts, schnell zurück und lassen sich von anderen Kindern dominieren. Außerdem zeichnen sie sich dadurch aus, dass sie eher leise und undeutlich sprechen, oder wenig Blickkontakt zu anderen Kindern halten.

Aufgrund dieser Aspekte ist es notwendig, die sozialen Kompetenzen schon im Jugendalter präventiv zu fördern und zu stärken, um mögliche Probleme in der Entwicklung nicht aufkommen zu lassen. Tendenzen zum sozial kompetentem Handeln werden im Laufe der Entwicklung erworben (beispielsweise durch Bestätigung oder Modelllernen), oder können in speziellen Trainings oder Therapien erlernt, beziehungsweise aufgefrischt werden. Hinsch und Pfingsten (2007) tragen zum Thema der sozialen Kompetenzen in großem Maße bei. Die beiden Autoren gehen davon aus, dass psychische Gesundheit, Lebensqualität und Selbstverwirklichung wesentlich von der Fähigkeit, mit anderen Menschen zu kontaktieren und gleichzeitig auch seine eigenen Ziele zu verwirklichen, abhängt. Soziale Kompetenz ist für Hinsch und Pfingsten (2007) so zu erklären, dass sie „die Fähigkeit eines Menschen ist, angemessene Kompromisse zwischen eigenen Bedürfnissen einerseits und sozialer Anpassung andererseits zu finden“ (S. 3). Hinsch und Pfingsten (2007) konzipierten ein Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Wichtige Bereiche, die in ihrem Training für soziale Kompetenzen unbedingt gefördert werden müssen, sind „Nein sagen“ zu lernen, unerwünschte Kontakte beenden zu können, Gefühle offen zu zeigen, Schwächen einzugestehen und Gespräche beginnen und aufrecht erhalten zu können. Die beiden Autoren Hinsch und Pfingsten (2007) gehen davon aus, dass soziale Situationen dann bewältigt werden können, wenn kognitive, emotionale und „offene“ Verhaltensweisen positiv zusammenspielen. Deshalb haben sie ihr Training auf diese drei Bereiche ausgerichtet und ihre Einheiten danach aufgebaut. Betont haben Hinsch und Pfingsten (2007) die Wichtigkeit von Rollenspielen, worauf sie großen Wert legen. In Rollenspielen kann man, wie der Name schon sagt, in andere Rollen schlüpfen und Verhaltensweisen ausprobieren. Dadurch erlangen die Teilnehmer mehr Sicherheit. Des Weiteren werden Rollenspiele mit Einzelpersonen, aber auch mit ganzen Gruppen durchgeführt. Außerdem können Rückmeldungen von den anderen Teilnehmern als wichtiges Feedback für die Spielenden angesehen werden. Dadurch, dass das Training in einer ganzen Gruppe durchgeführt wird, bekommen die Teilnehmer das Gefühl, dass sie nicht alleine mit ihrem Problem sind und werden möglicherweise durch die anderen Personen motiviert, zu einem „richtigen“ Verhaltensmuster zu gelangen. Das Projekt, das der Diplomarbeit zugrunde liegt, basiert auf den Annahmen von Hinsch und Pfingsten (2007) und beinhaltet viele wichtige Themen aus dem GSK.

Das Selbstsicherheitstraining, das in der Diplomarbeit vorgestellt wird, nennt sich SKY. Dies bedeutet „Selbstsicher und Kompetent-for the Youth“. SKY wurde vom Verein Komm-Mit-Ment mit Hilfe der Sparkling-Science Förderung des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung ins Leben gerufen (Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, 2007). Projektleiterin ist Frau Dr. Birgit U. Stetina. Mit Hilfe ihrer Kollegen wurde ein

Selbstsicherheitstraining konzipiert, welches soziale Kompetenzen bei Jugendlichen verbessern soll. Grundgedanke ist der, dass durch das Vorhandensein sozialer Kompetenzen viele negative Verlaufsformen (Schüchternheit, soziale Ängste) vermieden werden können. Im Speziellen wurde das Training für Teilnehmer erarbeitet, die im Alter von 14-18 Jahren sind und es besteht auf 14 Einheiten. Diese Einheiten beinhalten Themen zu sozialer Kompetenz. Beispielsweise wird darauf eingegangen, wie man sich selbst entspannen kann, oder wie man richtig „Nein“ sagt. Die Inhalte werden sowohl theoretisch als auch praktisch (mittels Rollenspiel) vermittelt (Lehenbauer, 2008). Im weiteren Verlauf wird ein Manual erstellt werden. Mit dessen Hilfe soll es auch für Lehrer möglich werden, ein Selbstsicherheitstraining in den Klassen durchführen zu können.

Das Training wurde an verschiedenen höheren Schulen in Wien und in Oberösterreich durchgeführt. Hauptsächlich Schüler der ersten Klasse dieser Schulen haben an der Untersuchung teilgenommen. Diese ist so durchgeführt worden, dass vor und nach dem Training in der Versuchsgruppe eine Testung mittels vorgegebener Fragebögen stattgefunden hat. Außerdem hat es, zum besseren Vergleich, eine Kontrollgruppe gegeben, die kein Training bekommen hat. Die verwendeten Fragebögen waren die Frankfurter Selbstkonzeptskalen, die Skalen zum Erleben von Emotionen, der Ropeloc und der Fragebogen zur Lebensorientierung. Außerdem wurde ein Bogen vorgegeben, der soziodemografische Daten gemessen hat (Alter, Beziehungsstatus und so weiter). Insgesamt haben 331 Schüler an den beiden Testzeitpunkten teilgenommen. Aufgrund der schulischen Fluktuation musste die Stichprobe leider von 379 auf die endgültigen 331 Teilnehmer gekürzt werden. Die Auswertung der Fragebögen erfolgte mittels statistischer Verfahren (zum Beispiel T-Test oder allgemein lineares Modell) und erbrachte einige interessante Ergebnisse. Wenn man die Versuchs- und Kontrollgruppe getrennt voneinander betrachtet, so finden sich in beiden Gruppen signifikante Verbesserungen hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte. Ein möglicher Erklärungsansatz dafür könnte sein, dass eventuell Lehrer mit den Schülern, die kein Training erhalten haben, das Thema „soziale Kompetenz“ im Unterricht besprochen haben. Dieser Aspekt könnte zu den gefundenen Ergebnissen geführt haben. Relevante Verbesserungen wurden aber nur in der Versuchsgruppe gefunden, wenn man beide Gruppen gemeinsam hinsichtlich der Veränderung über die beiden Testzeitpunkte betrachtet. In den Bereichen der Kontakt- und Umgangsfähigkeit, der Fähigkeit Probleme zu lösen und auch der Fähigkeit in Gruppen standfest zu bleiben können diese Ergebnisse verzeichnet werden. Des Weiteren lernten die Schüler ihre Gefühle besser zu regulieren und verbesserten ihre Führungsqualitäten. Außerdem bringen die Schüler der Versuchsgruppe nach dem Training mehr Energie auf, um Dinge in die Tat umzusetzen. Des Weiteren erzielten die Schüler der Versuchsgruppe

eine Verbesserung in der Selbstwirksamkeit und in der Offenheit für Ideen. Allerdings weisen männliche Schüler der Versuchsgruppe im Bereich der Emotionsüberflutung und des Selbstvertrauens signifikant niedrigere Werte auf als die Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis kann dadurch erklärt werden, dass sich männliche Schüler vor dem Training mit ihren Emotionen nicht in großem Maße auseinander gesetzt haben, aber im Laufe des Programms viel über ihre Gefühle gelernt haben. Natürlich richteten die männlichen Teilnehmer ihre Aufmerksamkeit dann mehr als davor auf ihre Emotionen, weshalb leicht das Gefühl einer „Überflutung“ entstehen kann. Möglicherweise entsteht dadurch eine gewisse Unsicherheit, welche sich dann wiederum in einem niedrigeren Selbstbewusstsein widerspiegelt. In vielen wichtigen Bereichen, die auch Autoren wie Hinsch und Pfingsten (2007) oder Runde (1998) als relevante Teilbereiche von sozialen Kompetenzen ansehen, konnten signifikante Verbesserungen in der Versuchsgruppe erzielt werden. Beispielsweise betonen die Autoren die Wichtigkeit von Kommunikation und Kontakt- und Umgangsfähigkeit, welche durch das Training verbessert werden konnten. Rudl (1998) hebt Führungsqualität und eine gewisse Aktivität im Leben als Teildisziplinen von sozialer Kompetenz hervor. Diese konnten auch mit Hilfe des Trainings gestärkt werden. Auch in anderen Untersuchungen zu sozialer Kompetenz konnte die Fähigkeit, seine eigenen Emotionen zu regulieren gestärkt werden. Dieses Ergebnis findet auch in der vorliegenden Diplomarbeit Bestätigung. Für Herbert (1999) spielt die Fähigkeit, Probleme zu lösen eine wesentliche Rolle bei Kompetenzen. Dieser Aspekt konnte ebenfalls durch das Training gestärkt werden. Das heißt, die Teilnehmer der Versuchsgruppe sind nach dem Programm besser dazu in der Lage Schwierigkeiten zu meistern als davor. Aufgrund der vielen positiven Ergebnisse kann durchaus von einem Erfolg des Selbstsicherheitstrainings gesprochen werden.

10 ABSTRACTS

Soziale Kompetenz ist ein sehr wichtiger Indikator für erfolgreiche Lebensbewältigung. Fehlen diese Kompetenzen, so kann dies zu erheblichen negativen Folgen für den Betroffenen führen. Sozial Kompetenz bewahrt Menschen, zum Beispiel vor sozialen Ängsten oder Schüchternheit. Autoren, wie Hinsch und Pfingsten (2007) vertreten die Annahme, dass soziale Kompetenz eine Fähigkeit ist, die mit Hilfe eines speziellen Trainings aufgebaut oder gefestigt werden kann. Basierend auf deren Grundgedanken wurde ein Projekt namens SKY (Selbtsicher und kompetent-for the Youth) gestartet. Dieses ist die Grundlage der vorliegenden Diplomarbeit. SKY wird von der Sparkling-Science Förderung des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung unterstützt (Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, 2007) und von Frau Dr. Birgit U. Stetina geleitet. Das Hauptziel ist, dass das Selbstsicherheitstraining soziale Kompetenzen stärkt, welche auch für die Lebensqualität stehen. Das Programm ist für Jugendliche im Alter von 14 bis 18 Jahren konzipiert worden. Durchgeführt wird dieses von speziell ausgebildeten Psychologen in höheren Schulen in Wien und Oberösterreich. Die Wirksamkeit des Selbstsicherheitstrainings wurde durch eine Prä-Posttestung in einer Versuchs- und Kontrollgruppe untersucht. Angewandte Verfahren waren unter anderem der T-Test und allgemeine lineare Modelle (univariat und mit Meßwiederholung). Die relevanten Ergebnisse lassen sich so zusammenfassen, dass Verbesserungen, im Vergleich von der Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt, in wichtigen Bereichen erzielt werden konnten. Hinsichtlich der Kontakt- und Umgangsfähigkeit, der Fähigkeit, Probleme zu lösen und auch der Fähigkeit, in Gruppen standfest zu bleiben, waren Besserungen zu finden. Auch die Fähigkeit ihre Gefühle zu regulieren und Führungsqualitäten anzuwenden, wurde mit Hilfe des Trainings verbessert. Außerdem bringen die Schüler der Versuchsgruppe nach dem Training mehr Energie auf, um Dinge in ihre Tat umzusetzen. Des Weiteren zeigen sich Verbesserungen hinsichtlich der Selbstwirksamkeit und der Offenheit für Ideen. Trotzdem finden sich auch zwei Verschlechterungen in Bezug auf männliche Schüler. Diese fühlen sich nach dem Training von ihren Emotionen mehr überschwemmt als vorher und verfügen über weniger Selbstvertrauen. Die Ergebnisse lassen aber zusammenfassend auf einen Erfolg des Trainings schließen.

Social competence is a very important indicator for successful life-coping. If this ability fails, many negative progresses can be the consequence. Social competence protects human

beings, for example, from social anxiety or shyness. Hinsch and Pflingsten (2007) accentuate that social competence is an ability, which can be learned or stabilized with special training programs. Based on the author's theories, a project named SKY "Self-Confidence and Competent-for the Youth" was produced. The presented thesis is predicated on this project. SKY is promoted by the "Sparkling-Science Förderung" (Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, 2007) and its project-leader is Dr. Birgit U. Stetina. The main target is that a self-confidence program upgrades social competence, which is also an important indicator of quality of life. The project is justified for young people, aged 14 to 18 years. The program is realized by trained psychologists in schools, which are located in Vienna or Upper Austria. SKY's efficacy is tested with a pre-posttest in an experimental and control group. Used statistical tests are t-test and general linear model (univariate and repeated measures). The most important issues have to be registered in domains like "problem-solving" or the ability "to communicate well". Also the "stability compared to groups", the ability to "adjust feelings" and "managerial skills" are improved. Youth in the experimental group are more likely to "raise energy to implement things". "Open thinking" and "self efficacy" have also improved due to the training. Two aggravations have to be registered. Masculine pupils in the experimental group are less self-confident and feel overflowed of their feelings after they took part in the program. Summing up, the results suggest that the project is effective.

11 LITERATURVERZEICHNIS

- Ahlborn, L. (2004). *Soziale Kompetenz-Zu ihrer Definition und den Verfahren ihrer Erfassung in der Personalentwicklung und der Personalauswahl*. Abgefragt am 19.02.2009 von <http://www.hausarbeiten.de/faecher/vorschau/46459.html>.
- Alt, C. (2005). *Kindererleben-Aufwachsen zwischen Familie, Freunden und Institutionen*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Altgeld, T. & Kolip, P. (2004). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz, & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. (S. 41-51). Bern: Hans Huber.
- American College of Sports Medicine (1998). The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness and flexibility in healthy adults. *Medicine Science Sports Exercise*, 30, 2975-991.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Anton, K.H. & Weiland, D. (1993). *Soziale Kompetenz: Vom Umgang mit Mitarbeitern*. Düsseldorf: Econ.
- Baldering, D. (1993). *Selbstkonzepte von Kindern im Grundschulalter: ein Vergleich zwischen psychisch auffälligen Kindern und Kindern der Normalpopulation*. Frankfurt (Main): Lang.
- Behr, M. & Becker, M. (2004). *SEE: Skalen zum Erleben von Emotionen*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Blair, S.N. (2000). Physical inactivity: The major Public Health problem of the next millenium. In J. Avela, P.V. Komi, & J. Komulainen (Eds.) *Proceedings, 5th Annual Congress of the European College of Sport Science*, Jyväskylä, 8.
- Bornewasser, M. & Glitsch, E. (2006). Erhöhte Risikobereitschaft und Risikosuche. In A. Lohaus, M. Jerusalem, & J. Klein-Heßling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 273-301). Göttingen: Hogrefe-Verlag.

- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Bortz, J. & Döring, N. (2005). *Statistik. Für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung (2007). Was ist an Sparkling Science so einzigartig? Abgefragt am 25.03.2009 von http://www.bmwf.gv.at/submenue/oesterreich_forscht/sparkling_science/.
- Burger, E. (2007). Soziale Kompetenz: Veränderungen im Rahmen eines tiergestützten Trainings (MTI). Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Buser, K., Schneller, T. & Wildgrube, K. (2003). *Kurzlehrbuch medizinisches Psychologie-medizinisches Soziologie*. München: Urban & Fischer.
- Brehm, W. & Sygusch, R. (2003). Prävention in Sportvereinen. In M. Jerusalem, & H. Weber, (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung* (S. 479-499). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Caldarella, P. & Merrel, K. W. (1997). Common Dimensions of Social Skills of Children and Adolescents: A Taxonomy of Positive Behaviors. *School Psychology Review*, 26 (2), 264- 278.
- Caplan, G. (1964). *Principles in Preventative Psychiatry*. London: Tavistock.
- Cierpka, M., Groß, S., Tiber Egle, U. & Stasch, M. (2006). Prävention seelischer Störungen bei Kindern. *Psychotherapeut*, 51, 433-439.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. Auflage). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Deusinger, I.M. (1986). *Frankfurter Selbstkonzeptskalen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- DuBois, D.L. & Felner, R.D. (1996). The quadripartite model of social competence. In M.A. Reinecke, F.M Dattilio, & A. Freeman (Eds.), *Cognitive therapy with children and adolescents* (pp. 124–152). New York: Guilford.
- Ducki, A. (2002). Betriebliche Gesundheitsförderung und Neue Arbeitsformen – Aktuelle Tendenzen in Forschung und Praxis. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 33 (4), 419-436.
- Durlak, J.A. & Wells, A.M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-152.

- Düngen, D. (2007). *Entwicklung der sozialen Kompetenz in der offenen Kinderarbeit*. Hamburg: LIT Verlag.
- Döpfner, M., Schlüter, S. & Rey, E.R. (1981). Evaluation eines sozialen Kompetenztrainings für selbstunsichere Kinder im Alter von neun bis zwölf Jahren: Ein Therapievergleich. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 9, 233–252.
- Eckermann, C.O. & Stein, M.R. (1982). The toddlers emerging interactive skills. In K.H. Rubin, & H.S. Ross (Eds.), *Peer relations and social skills in childhood* (pp. 41–73). New York: Springer.
- Egle, U.T., Hoffmann, S.O. & Joraschky, P. (2005). Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Langzeitfolgen früher Stresserfahrungen. Stuttgart: Schattauer.
- Eisler, M.E., Hersen, M., Miller, P.M. & Blanchard, E.B. (1975). Situational determinants of assertive behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 330-340.
- Elben, C.E. & Lohaus, A. (2003). Prävention im Kindesalter. In M. Jerusalem, & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung* (S. 381-399). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Evans, R.I. (1988). Prevention of smoking in adolescence: Conceptualization and intervention strategies of a prototypical research program. In S. Maes, C.D. Spielberger, P.B. Defares, & I.G. Sarason (Eds.), *Topics in Health Psychology* (pp. 107-125). Chichester: Wiley.
- Eysenbach, G. (2003). The impact of the internet on cancer outcomes. *A Cancer Journal for Clinicians*, 53, 356–371.
- Flösser, G. (1995). Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter: Begriffliche Entzauberung am Beispiel eines Forschungsprogramms. In A. Henschel, R. Krüger, C. Schmitt, & W. Stange (Hrsg.), *Jugendhilfe und Schule* (S. 61-65). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Freund, T., Linder, W. (2001). *Prävention. Zur kritischen Bewertung von Präventionsansätzen in der Jugendarbeit*. Opladen: Leske & Budrich.
- Fuchs, R. & Schwarzer, R. (1997). Tabakkonsum: Erklärungsmodelle und Interventionsansätze. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (2. Auflage, S. 209-244). Göttingen: Hogrefe.
- Gambrill, E. (1986). Social skills training with the elderly. In Hollin, P.R. & Trower, P. (Eds.), *Handbook of social skills training*, 2 (pp. 211-237). New York: Pergamon Press.

- Gert, B. (2005). The definition of morality. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. Abgefragt am 13.03.2009 von <http://plato.stanford.edu/archives/fall2005/entries/morality-definition/>.
- Glaser, Y. (2008). Langzeiteffekte eines tiergestützten Kompetenztrainings (MTI): Eine katamnestic Studie an der Wiener Volksschule. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Greiffenhagen, S. (1991). *Tiere als Therapie*. München: Droemer Knauer.
- Grossmann, K.E. (2000). Bindungsforschung im deutschsprachigen Raum und der Stand des bindungstheoretischen Denkens. *Psychologische Erziehung Unterricht*, 47, 221–237.
- Grossmann, K.E. (2000). Bindungstheorie in der psychotherapeutischen Praxis. Praktische Anwendungen der Bindungstheorie. In M. Endres & S. Hauser (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychotherapie* (S. 54-80). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Herbert, M. (1999). *Soziale Kompetenz. Den Umgang mit anderen üben*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hensen, G. (2008). Gesundheitsförderung und Prävention in der Tagesbetreuung. In S. Rietmann, & G. Hensen (Hrsg.), *Tagesbetreuung im Wandel. Das Familienzentrum als Zukunftsmodell*. (S. 133-154). Wiesbaden: VS Verlag.
- Hinsch, R. & Pflingsten, U. (2007). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)*. Weinheim: Beltz.
- Hugger, K.U. (2008). Medienkompetenz. In U. Sander, F. von Gross & K.U. Hugger (Hrsg.), *Handbuch Medienpädagogik* (S. 93-99). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hurrelmann, K. (2006). Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa Verlag.
- Hurrelmann, K. (2008). Veränderte Bedingungen des Aufwachsens. In C. Rohlf, M. Haring, & C. Palentien (Hrsg.), *Kompetenz-Bildung. Soziale, emotionale und kommunikative Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen* (S. 53-67). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ihle, W., Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159–169

- Jerusalem, M. & Klein-Heßling, J. (2002). Soziale Kompetenz. Entwicklungstrends und Förderung in der Schule. *Zeitschrift für Psychologie*, 210 (4), 164-174.
- Jerusalem, M. (2003). Prävention in Schulen. In M. Jerusalem, & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung* (S. 461-479). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Jugert, G., Rehder, A., Notz, P. & Petermann, F. (2007). Soziale Kompetenz für Jugendliche. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Jungbauer-Gans, M., Hackauf, H. (2008). *Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kern, C. (2005). Bindung, Sozialverhalten und Selbstkonzept in der Übergangssituation des Schuleintritts. Abgefragt am 10.03.2009 von http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=979720060&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=979720060.pdf.
- Kanning, U.P. (2000). Selbstwertmanagement. Die Psychologie des selbstwertdienlichen Verhaltens. Göttingen. Hogrefe Verlage.
- Kanning, U.P. (2002). Soziale Kompetenz-Definition, Strukturen und Prozesse. *Zeitschrift für Psychologie*, 210 (4), 154-163.
- Kanning, U.P. (2003). Selbstwertmanagement. Die Psychologie des selbstwertdienlichen Verhaltens. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Kirpal, A. & Vogel, A. (2006). Neue Medien in einer vernetzten Gesellschaft: Zur Geschichte des Internets und des World Wide Web. *NTM Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin*, 14 (3), 137-147.
- Klein-Heßling, J., Lohaus, A. & Beyer, A. (2003). Gesundheitsförderung im Jugendalter: Attraktivität von Stressbewältigungstrainings. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 11 (4), 365-380.
- Kruse, A. (2006). Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter – Perspektiven für die Erwachsenenbildung. Abgefragt am 26.02.2009 von <http://www.bildungsforschung.org/Archiv/2006-02/gesundheit>.
- Koob, D. (2008). Mit negativen Emotionen professionell umgehen. *Zeitschrift für Erwachsenenbildung*, 3.
- Kuschel, A., Miller, Y., Köppe, E., Lübke, A., Hahlweg, K. & Sanders, M.R. (2000). Prävention von oppositionellen und aggressiven Verhaltensstörungen bei Kindern: Triple P- ein rogramm zu einer positiven Erziehung. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 20-29.

- Kyseler-Schiemer, M.A. (2008). Jugend und (neue) Medien. Abgefragt am 22. 03. 2008 von http://www.lesenetzwerk.at/fileadmin/lesenetzwerk/pdf/JM_21_01-2008.pdf.
- Laireiter, A.R. (2005). *Gesundheitspsychologie und ihre Anwendungsgebiete*. Abgefragt am 19.02.09 von <http://www.boep.or.at/klinges/dok/Gesundheitspsychologie.pdf>.
- Laireiter, A.R. & Lager, C. (2006). Soziales Netzwerk, soziale Unterstützung und soziale Kompetenz bei Kindern. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 38 (2), 69-78.
- Lampert, T. & Kurth, B.M. (2007). Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (43), 2944-2949.
- Lehenbauer, M. (2008). *SKY: Selbstsicher, Kompetent – For the Youth!* Abgefragt am 24.03.2009 von <http://www.selbstsicherheit.at>.
- Lenzo, D. (2006). *Neue Medien-neue Kompetenzen*. Abgefragt am 24.03.2009 von http://www.medienheft.ch/dossier/bibliothek/d26_LenzoDaniele.html.
- Lersch, P. (1962). *Aufbau der Person* (8. überarbeitete Auflage). München: Barth.
- Livingstone, S. (2009). Junge Menschen und neue Medien: Prozesse der Verarbeitung, Aneignung und Nutzung. In A. Schorr (Hrsg.), *Jugendmedienforschung* (S. 301-333). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Maccoby, E.E. (2002). Parental effects: Issues and controversies. 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* (pp. 35-46). Mahwah: Erlbaum.
- Manns, M., Schultze, J. (2004). Prävention. In F. Petermann (Hrsg.), *Studien zur Jugend- und Familienforschung* (S. 13-50). Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Manns, M., Schultze, J. (2004). Soziale Kompetenz. In F. Petermann (Hrsg.), *Studien zur Jugend- und Familienforschung* (S. 53-125). Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Marsh, H.W., Ellis, L.A. & Craven, R.G. (2002). How do preschool children feel about themselves? Unraveling measurement and multidimensional self-concept structure. *Developmental Psychology*, 38, 376-393.
- Mohr, R. (1998). Der Kampf mit dem Ich. *Süddeutsche Zeitung*, 210, V1/1.
- Mösner, M., Zimmer, B., Wolf, M. & Bauer, S. (2008). Neue Medien für die gesundheitliche Versorgung. *Psychotherapeut*, 53, 277-283.
- Mummendey, H.D. (1995). *Psychologie der Selbstdarstellung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

- Oerter, R. (1982). *Moderne Entwicklungspsychologie*. Donauwörth: Auer.
- Otterstedt, C. (2003). Der Dialog zwischen Mensch und Tier. In E. Olbrich & C. Otterstedt (Hrsg.), *Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie*. (S. 90-106). Stuttgart: Kosmos.
- Palentien, C. (1997). Jugend und Stress. Ursachen, Entstehung und Bewältigung. Neu-wied: Luchterhand.
- Perren, S., Groeben, M., Stadelmann, S. & von Klitzing, K. (2008). Kompetenzen: Auswirkungen auf das emotionale Befinden. In C., Rohlf, M. Haring, & C. Paletien, (Hrsg.), *Kompetenz-Bildung. Soziale, emotionale und kommunikative Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen* (S. 89-106). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Peternell-Mölzer. [persönliche Mitteilung, 2008].
- Papadakis, A. (o.A.). *Prävention*. Abgefragt am 19.02.2009 von <http://www.psychology48.com/deu/d/praevention/praevention.htm>.
- Petermann, U. & Petermann, F. (1989). *Training mit sozial unsicheren Kindern*. München: Psychologie Verlagsunion.
- Petermann, F. & Petermann, U. (1990). *Training mit aggressiven Kindern*. München: Psychologie Verlagsunion.
- Petermann, F. & Koglin, U. (2006). Aggressivität und Gewalt. In A. Lohaus, J. Matthias & J. Klein-Heßling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (113-133). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Petermann, F., Koglin, U., Natzke, H. & von Marées, N. (2007). Verhaltenstraining in der Grundschule: Ein Präventionsprogramm zur Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Petermann, U. & Petermann, U. (2006). Erziehungskompetenz. *Kindheit und Entwicklung*, 15 (1). 1-8.
- Prasch, H. (2005). Multiprofessionelle tiergestützte Intervention (MTI) an einer kooperativen Mittelschule in Wien-Evaluation eines tiergestützten Trainings. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Ramey, C.T., Ramey, S.L. (1993). Home visiting programs and the health and development of young children. *Future Children*, 3, 129–139.
- Richards, G.E., Ellis, L.A., Neill, J.T. (2002). *The ROPELOC: Review of Personal Effectiveness and Locus of Control: A comprehensive instrument for reviewing life*

effectiveness. Abgefragt am 14.05.09 von <http://wilderdom.com/abstracts/RichardsEllisNeill2002ROPELOCComprehensiveInstrumentReviewingPersonalEffectiveness.htm>.

- Rohlf, C., Haring, M. & Palentien, C. (2008). Bildung, Kompetenz, Kompetenz-Bildung eine Einführung in die Thematik. In C. Rohlf, M. Haring & C. Palentien (Hrsg.), *Kompetenz-Bildung* (S. 1-9). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rosenbrock, R. (2002). Kann die soziale Krankenversicherung in der Marktgesellschaft überleben? In H.U. Deppe & W. Burkhardt (Hrsg.), *Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin* (S.24-35). Hamburg: VSA.
- Roth, M., Ruder, E. & Petermann, H. (2003). Prävention bei Jugendlichen. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung* (S. 399-419). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Reichelt, T. (2003). *Schwerpunktbezogene Diskussion über das „Health Belief Modell“ im Bezug auf sporttherapeutische Konsequenzen*. Abgefragt am 19.02.09 von <http://www.hausarbeiten.de/faecher/vorschau/114427.html>.
- Rosenstock, I.M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-127.
- Röhrle, B. & Sommer, G. (1994). Social support and social competence: Some theoretical and empirical contributions to their relationship. In F. Nestmann & K. Hurrelmann (Eds.), *Social networks and social support in childhood and adolescence* (pp. 111–129). Berlin: De Gruyter.
- Ruhle, D.M., McMahon, R.J. & Spieker, S.J. (2004). Relation of Adolescent Mothers`History of Antisocial Behavior to child Conduct Problems and Social Competence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33 (3), 524-535.
- Saile, H. & Kison, K. (2002). Erfassung sozialer Unsicherheit bei Kindern: Situative Aspekte und Verarbeitungsebenen. *Diagnostica*, 48 (1), 6-11.
- Schilling, S.R., Sparfeldt, J.R. & Rost, D.H. (2006). Facetten schulischen Selbstkonzepts. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 20(1/2), 9-18.
- Schmeeckle, J.M. (2003). Online Training: An Evaluation of the Effectiveness and Efficiency of Training Law Enforcement Personnel over the Internet. *Journal of Science Education and Technology*, 12 (3), 205-260.
- Schmitt, C. (2008). Prävention–Zauberformel oder Irrweg für die Kooperation? In A. Henschel, R. Krüger, C. Schmitt, & W. Stange (Hrsg.), *Jugendhilfe und Schule* (S. 227-244). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Schmitz; C. (2007). *Salutogenese in der Hochschule. Eine Untersuchung zum Kohärenzgefühl von Studierenden im Bachelor-Studiengang Sonderpädagogik*. Abgefragt am 14.05.2009 von http://www.heilpaedagogik-online.com/2007/heilpaedagogik_online_0107.pdf.
- Seiffge-Krenke. (1998). *Adolescent's health. A development perspective*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Silbereisen, R.K. (1997). Konsum von Alkohol und Drogen über die Lebensspanne. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (2. Auflage, S. 189-208). Göttingen: Hogrefe.
- Sommer, H. (2001). *Muddling through elegantly: Rationierung im Gesundheitswesen*. Basel: EHM.
- Stangl, W. (2000). *Soziale Kompetenz-Begriffsbestimmung*. Abgefragt am 27.02.2009 von <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/SozialeKompetenz.shtml>.
- Steck, M. (o.A.). *Die Pubertät*. Abgefragt am 11.10.09 von <http://schulpsychologie.lsr-noe.gv.at/downloads/pubertaet.pdf>.
- Stetina, B.U., Handlos, U. & Kryspin-Exner, I. (2005). Multiprofessionelle tiergestützte Intervention (MIT). *Erziehung und Unterricht*, 3-4, 313-326.
- Stetina, B.U. (2006). Gesundheitsförderung durch Multiprofessionelle Tiergestützte Intervention (MTI). Vortrag beim 2. DACH-Symposium zur Mensch-Heimtier-Beziehung, Ismaning, Deutschland, 5.-6. Mai 2006.
- Stetina, B.U., Handlos, U., Burger, E., Turner, K. & Kryspin-Exner, I. (2006). Soziale und emotionale Kompetenz: Veränderungen im Rahmen eines tiergestützten Trainings (MTI). *Tiere als Therapie*, 2 (2), 99–104.
- Strohmeier, D., Atria, M. & Spiel, C. (2008). WiSK-Ein ganzheitliches Schulprogramm zur Förderung sozialer Kompetenz und Prävention aggressiven Verhaltens. In C., Rohlf, M. Haring, & C. Paletien, (Hrsg.), *Kompetenz-Bildung. Soziale, emotionale und kommunikative Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen* (S. 214-228). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Turner, K. (2007). Emotionale Kompetenz: Veränderungen im Rahmen eines tiergestützten Trainings MIT. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Thöne, U. (2008). Schwerpunkt Medienkompetenz. *Erziehung und Wissenschaft*, 5.

- Van Aken, M.A.G. (1994). The transactional relations between social support and children's competence. In F. Nestmann & K. Hurrelmann (Eds.), *Social networks and social support in childhood and adolescence* (pp. 131–148). Berlin: De Gruyter.
- Walden, J. & Waltner, R. (2001). *Wer ist eigentlich sozial kompetent?* Abgefragt am 10.03.2009 von <http://www.mitglied.lycos.de/RolandWaltner/Foerderung%20sozialer%20Kompetenz%20in%20Unternehmen.pdf>.
- Walter, U. (2007). Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsförderung und (Krankheits-) Prävention im Alter. In: A. Kulhlmey & D. Schaeffer (Hrsg.), *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Huber Verlag: Bern.
- Walter, U., Schneider, N. (2008). Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In G. Hensen & P. Hensen (Hrsg.), *Gesundheitswesen und Sozialstaat* (287-299). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Walter, U., Scriba, P. (2004). Präventive Medizin. Sind wir noch nicht reif? *Der Internist*, 45 (2), 148 – 156.
- Wegner, R.E. (2005). Aufgaben des ÖGD im Rahmen der Kinder- und Jugendgesundheit. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 48 (10), 1103-1110.
- Winkler, M. (2008). *Selbstsicherheit, Selbstvertrauen und soziale Kompetenz*. Abgefragt am 13.03.2009 von <http://web4health.info/de/answers/life-assertive-right.htm>.
- World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion*. Abgefragt am 19.02.2009 von http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.
- Ziegenhain, U. (2004). Beziehungsorientierte Prävention und Intervention in der frühen Kindheit. *Psychotherapeut*, 48, 243-251.

12 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Realselbst, Idealselbst (Petermann & Petermann, 1989)	32
Tabelle 2: Verteilung Alter-Geschlecht.....	62
Tabelle 3: Geschlechtsverteilung auf Altersgruppen	63
Tabelle 4: Beziehung und Geschlecht	64
Tabelle 5: Beziehung und Altersgruppen	65
Tabelle 6: Ergebnis des Vergleichs von weiblichen und männlichen Schülern der Versuchsgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt.....	66
Tabelle 7: Mittelwerte der signifikanten Ergebnisse zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern der Versuchsgruppe zum ersten Testung (t1) und zweiten Testzeitpunkt (t2).....	67
Tabelle 8: Ergebnis des Vergleichs von weiblichen und männlichen Schülern der Kontrollgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt.....	68
Tabelle 9: Mittelwerte der signifikanten Ergebnisse zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern der Kontrolle zum ersten Testung (t1) und zweiten Testzeitpunkt (t2)	69
Tabelle 10: Ergebnisse zum Vergleich der Versuchs- und Kontrollgruppe zum ersten (t1) und zweiten (t2) Testzeitpunkt.....	71
Tabelle 11: Mittelwerte der signifikanten Ergebnisse zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt.....	72
Tabelle 12: Ergebnisse zwischen den Testzeitpunkten in der Versuchsgruppe	73
Tabelle 13: Mittelwerte der Prä- und Posttestung in der Versuchsgruppe.....	74
Tabelle 14: Ergebnisse zwischen den Testzeitpunkten in der Kontrollgruppe	76
Tabelle 15: Mittelwerte der Prä- und Posttestung in der Kontrollgruppe.....	77
Tabelle 16: Ergebnisse zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte	78
Tabelle 17: Mittelwerte der signifikanten Ergebnisse der Versuchs- und Kontrolle hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte	79
Tabelle 18: Ergebnis des Vergleichs von weiblichen und männlichen Schülern der Versuchsgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt.....	82

Tabelle 19: Mittelwerte der signifikanten Unterschiede hinsichtlich der weiblichen und männlichen Teilnehmer der Versuchsgruppe zur ersten und zweiten Testung	83
Tabelle 20: Ergebnis des Vergleichs von weiblichen und männlichen Schülern der Kontrollgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt.....	84
Tabelle 21: Mittelwerte der signifikanten Unterschiede hinsichtlich der weiblichen und männlichen Teilnehmer der Kontrollgruppe zur ersten und zweiten Testung	85
Tabelle 22: Ergebnisse zum Vergleich der Versuchs- und Kontrollgruppe zum ersten (t1) und zweiten (t2) Testzeitpunkt.....	86
Tabelle 23: Mittelwerte der signifikanten Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt.....	87
Tabelle 24: Signifikanter Unterschied zwischen erster und zweiter Testung in der Versuchsgruppe	88
Tabelle 25: Mittelwert der Versuchsgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt	88
Tabelle 26: Signifikante Unterschiede in der Kontrollgruppe zwischen dem ersten und zweiten Testzeitpunkt.....	90
Tabelle 27: Mittelwerte der Kontrollgruppe zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt	90
Tabelle 28: Ergebnisse zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte	91
Tabelle 29: Mittelwert der signifikanten Skala im Vergleich der Versuchs- und Kontrollgruppe zu den beiden Testzeitpunkten.....	92
Tabelle 30: Ergebnis des Vergleichs von weiblichen und männlichen Schülern der Versuchsgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt.....	94
Tabelle 31: Mittelwerte der signifikanten Ergebnisse hinsichtlich der Versuchsgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt	96
Tabelle 32: Ergebnis des Vergleichs von weiblichen und männlichen Schülern der Kontrollgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt.....	97
Tabelle 33: Mittelwerte der signifikanten Ergebnisse hinsichtlich der weiblichen und männlichen Schüler der Kontrollgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt.....	98
Tabelle 34: Ergebnisse zum Vergleich der Versuchs- und Kontrollgruppe zum ersten (t1) und zweiten (t2) Testzeitpunkt.....	99
Tabelle 35: Mittelwerte der signifikanten Ergebnisse hinsichtlich der Versuchs- und Kontrollgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt.....	101

Tabelle 36: Signifikante Ergebnisse in Bezug auf den Unterschied zwischen Prä- und Posttestung in der Versuchsgruppe.....	102
Tabelle 37: Mittelwerte der Versuchsgruppe zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt.	103
Tabelle 38: Signifikante Ergebnisse in Bezug auf den Unterschied zwischen Prä- und Posttestung in der Kontrollgruppe.....	105
Tabelle 39: Mittelwerte der Kontrollgruppe zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt ...	106
Tabelle 40: Ergebnisse der Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte	107
Tabelle 41: Mittelwerte der signifikanten Ergebnisse zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte	108
Tabelle 42: Mediane der signifikanten Skalen hinsichtlich des Unterschieds zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen den beiden Testzeitpunkten	109
Tabelle 43: Ergebnis des Vergleichs von weiblichen und männlichen Schülern der Versuchsgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt.....	113
Tabelle 44: Mittlerer Rang des signifikanten Ergebnisses zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern der Versuchsgruppe zum zweiten Testzeitpunkt (t2)	114
Tabelle 45: Ergebnis des Vergleichs von weiblichen und männlichen Schülern der Kontrollgruppe zum ersten und zweiten Testzeitpunkt.....	114
Tabelle 46: Mittlerer Rang des signifikanten Ergebnisses zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern der Kontrollgruppe zum zweiten Testzeitpunkt (t2)	115
Tabelle 47: Ergebnisse zum Vergleich der Versuchs- und Kontrollgruppe zum ersten (t1) und zweiten (t2) Testzeitpunkt.....	115
Tabelle 48: Mittelwerte der signifikanten Ergebnisse zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte	116
Tabelle 49: Signifikanter Unterschied zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt in der Versuchsgruppe	117
Tabelle 50: Mittelwert der Skala FBLOS zum ersten und zweiten Testzeitpunkt innerhalb der Versuchsgruppe	117
Tabelle 51: Signifikanter Unterschied zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt in der Kontrollgruppe	118
Tabelle 52: Mittelwert der Skala FBLOV zum ersten und zweiten Testzeitpunkt innerhalb der Kontrollgruppe.....	119

Tabelle 53: Ergebnisse hinsichtlich des Unterschieds zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe in den beiden Testzeitpunkten.....	120
---	-----

13 ABILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Erklärungsmodell sozialer Kompetenzen und Kompetenzprobleme (Hinsch & Pfingsten, 2007, S. 13).....	23
Abbildung 2: Verteilung Geschlecht.....	61
Abbildung 3: Verteilung Alter	62
Abbildung 4: Geschlechterverteilung in der VG und KG	64
Abbildung 5: Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen der Versuchsgruppe in der Skala FSEG zwischen den beiden Testzeitpunkten	75
Abbildung 6: Unterschied zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen den beiden Testzeitpunkten in der Skala FSAP	79
Abbildung 7: Unterschied zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen den beiden Testzeitpunkten in der Skala FSST	80
Abbildung 8: Unterschied zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen den beiden Testzeitpunkten in der Skala FSKU.....	80
Abbildung 9: Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern der Versuchsgruppe zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt SEEAEE	89
Abbildung 10: Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern der Versuchsgruppe zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt in der Skala SEEEEÜ ...	89
Abbildung 11: Vergleich der Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt in der Skala SEEEER.....	91
Abbildung 12: Vergleich der männlichen Teilnehmer in der Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt.....	92
Abbildung 13: Vergleich der weiblichen Teilnehmer in der Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen ersten und zweiten Testzeitpunkt.....	93
Abbildung 14: Geschlechtsunterschied in der Skala ROPSC der Versuchsgruppe zwischen den beiden Testzeitpunkten.....	104
Abbildung 15: Unterschied zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen den beiden Testzeitpunkten in der Skala ROPAI.....	108
Abbildung 16: Unterschied zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen den beiden Testzeitpunkten in der Skala ROPLA.....	109

Abbildung 17: Werte der Skala ROPOT in der Versuchs- und Kontrollgruppe zu den beiden Testzeitpunkten	110
Abbildung 18: Werte der Skala ROPSF in der Versuchs- und Kontrollgruppe zu den beiden Testzeitpunkten	111
Abbildung 19: Unterschied der männlichen Teilnehmer der Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte	112
Abbildung 20: Unterschied der weiblichen Teilnehmer der Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der beiden Testzeitpunkte	112
Abbildung 21: Wechselwirkung zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern der Versuchsgruppe zwischen Prä- und Posttest in der Skala FBLOS	118
Abbildung 22: Wechselwirkung zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern der Versuchsgruppe zwischen Prä- und Posttest in der Skala FBLOS	119

14 ANHANG A

LEBENS LAUF



ANGABEN ZUR PERSON

Name **FENZ TERESA JOHANNA**
Adresse **LINDBERGASSE 14, 2700 WIENER NEUSTADT, ÖSTERREICH**
Telefon **0699/11733700**
E-mail **teresaf@gmx.at**

Staatsangehörigkeit Österreich
Geburtsdatum 13.04.1985

ARBEITSERFAHRUNG

2006–Dato: Zentrum für angewandte Psychologie (AAP)
Kollonitschgasse 1/2, 2700 Wiener Neustadt
Teilzeitbeschäftigt
Bürotätigkeiten, sowie Erwerb von Kenntnissen im Bereich
verkehrspsychologischer Untersuchungen und Nachschulungen

2005: Hilfswerk Wiener Neustadt
Gröhmühlgasse 32, 2700 Wiener Neustadt
6–Wochen Praktikum

2004–Dato: Hilfswerk Wiener Neustadt
Gröhmühlgasse 32, 2700 Wiener Neustadt
Geringfügig Angestellte
Begleitende Besuchsrechte
Legasthietrainerin in Ausbildung

2003–2004: New Yorker Hansen & Knapp KG
Zehnergürtel 12 – 24, 2700 Wiener Neustadt
Geringfügig Angestellte; Verkaufsbereich

SCHUL- UND BERUFSBILDUNG

2003–DATO: Psychologiestudium an der Universität Wien
1995–2003: Bundesgymnasium Babenbergerring
Babenbergerring 10, 2700 Wiener Neustadt
1991–1995: Volksschule Baumkirchnerring
Baumkirchnerring 18, 2700 Wiener Neustadt