



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Veränderung sozialer und emotionaler Kompetenzen
verhaltensauffälliger Mädchen im Rahmen einer
tiergestützten Intervention (MTI)

Verfasserin

Saskia Ebner

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, im März 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Psychologie

Betreuerin / Betreuer:

Dr. Birgit U. Stetina

DANKSAGUNG

Ein herzliches Dankeschön geht an alle, die mich bei der Erstellung meiner Diplomarbeit unterstützt haben.

Ganz besonders möchte ich mich bei meinen Eltern für Eurer Interesse, Eure langjährige Unterstützung und Rückendeckung bedanken! Ich bin mir sicher, dass meine Begeisterung für Tiere, insbesondere für Hunde, dadurch geweckt wurde, dass ich von klein auf, dank Euch, an der Seite eines Hundes groß geworden bin.

An dieser Stelle danke ich auch Igor, meinem ersten vierbeinigen Hundefreund, für unsere gemeinsame Entdeckungsreise in meiner Kindheit. Dein täglich ausgeflippter Begrüßungstanz, sowie Deine Gutmütigkeit und wird mir immer in Erinnerung bleiben.

Ein herzliches Dankeschön auch an Birgit U. Stetina für die Vergabe dieses interessanten Diplomarbeitsthemas und für ihre Betreuung dieser Arbeit.

Besonders möchte ich mich meiner langjährigen Freundin Kerstin bedanken. Ich danke Dir für Dein Vertrauen, Deine Zuversicht und dafür, dass ich weiß, dass Du jederzeit ein Ohr für mich offen hast. Du hast entscheidend dazu beigetragen, dass ich meinen Weg gehe.

Ich danke Dir, Katrin, meinem Motivationscoach, für all Deine hilfreichen Anregungen während unser gemeinsamen Studienzeit und für die vielen, bereichernden, gemeinsamen Stunden, die bei mir immer auch für die nötige Ablenkung gesorgt haben.

An dieser Stelle möchte ich mich bei Barbara für die tolle Zusammenarbeit während der Diplomarbeitsphase bedanken. Schön, dass wir in den zahlreichen Stunden, die wir mit der Videobeobachtung verbracht haben, auch freundschaftlichen Kontakt hatten.

Auch Dir, Mandy, vielen Dank für die Hilfe bei der Dateneingabe.

Danke auch Dir, Luna für Deine grenzenlose Aufmerksamkeit und Dein freundliches Wesen. Wie oft hast Du Vierbeiner mich schon zum Lachen gebracht, mich verblüfft mit Deinen empathischen Fähigkeiten. Ich hoffe wir verbringen noch viele, gemeinsame „Qualitystunden“!

**Um klar zu sehen,
genügt oft ein Wechsel der Blickrichtung.**

Antoine de Saint-Exupery

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	1
1. SOZIALE UNSICHERHEIT/ VERHALTENSSTÖRUNGEN	4
1.1. Definition und Ausdruck von sozialer Unsicherheit	4
1.2. Klinisch, psychologische Klassifikation sozialer Unsicherheit.....	5
1.2.1. Kriterien der Trennungsangst	5
1.2.2. Kriterien der Soziale Phobie	6
1.2.3. Kriterien der Generalisierten Angststörung.....	7
1.2.4. Kriterien der Störung mit sozialer Ängstlichkeit.....	7
1.3. Entwicklungspathologie der sozialen Unsicherheit.....	10
1.3.1. Entwicklungsmodell einer generalisierten, sozialen Phobie	10
1.3.2. Bindungstheorie (Bowlby) & Einflussfaktoren traumatischer Erfahrungen	11
1.4. Interventionsansätze bei sozialer Unsicherheit.....	14
2. SOZIALE - UND EMOTIONALE KOMPETENZ	18
2.1. Soziale Kompetenz	18
2.1.1. Definitionen sozialer Kompetenz.....	18
2.1.2. Entwicklung sozialer Kompetenz.....	20
2.1.3. Schule als Lernumwelt für soziale Kompetenzen.....	22
2.2. Emotionale Kompetenz	24
2.2.1. Definitionen emotionaler Kompetenz	24
2.2.2. Entwicklung emotionaler Kompetenz	25
2.2.3. Beeinträchtigte emotionale Fertigkeiten bei Kindern mit Angststörungen	26
2.1. Zusammenhang sozialer – und emotionaler Kompetenz.....	27
3. AUFMERKSAMKEIT.....	30
3.1. Definitionen der Aufmerksamkeit.....	30
3.2. Entwicklungspsychologische Grundlagen.....	31
3.3. Aufmerksamkeit bei sozial unsicheren Kindern.....	32

4. TIERGESTÜTZTE INTERVENTIONEN	35
4.1. Wirkungsebenen tiergestützter Interventionen	35
4.2. Formen tiergestützter Interventionen	38
4.3. Kommunikation zwischen Mensch und Tier	38
4.4. Tiergestützte Interventionen bei sozial unsicheren Kindern und Jugendlichen	41
4.5. Multiprofessionelle tiergestützte Intervention MTI	43
4.5.1. Das Grundkonzept MTI.....	44
4.5.2. Ausgewählte Evaluationsergebnisse - MTI bei Kindern und Jugendlichen.....	45
5. SYSTEMATISCHE VERHALTENSBEOBSACHTUNG.....	47
5.1. Formen der systematischen Verhaltensbeobachtung	47
5.2. Quantifizierungstechniken der systematischen Verhaltensbeobachtung	48
5.3. Fehlerquellen bei der systematischen Verhaltensbeobachtung.....	48
6. FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	50
6.1. Fragestellungen und Hypothesen in Bezug auf „Soziale Kompetenz“	50
6.2. Fragestellungen und Hypothesen in Bezug auf „Emotionale Kompetenz“	51
6.3. Fragestellungen und Hypothesen in Bezug auf „Aufmerksamkeit“	52
7. PLANUNG DER UNTERSUCHUNG	54
7.1. Beschreibung der Stichprobe und des Settings	54
7.2. Beschreibung der Untersuchungsinstrumente.....	55
7.2.1. Theoretische Fundierung „Soziale Kompetenz“	55
7.2.2. Theoretische Fundierung „Emotionale Kompetenz“	58
7.2.3. Theoretische Fundierung „Aufmerksamkeit“	60
8. DIE PRAKTISCHE UMSETZUNG	62
8.1. Faktorenanalytische Beurteilung des Indexsystems.....	62
8.1.1. Faktorenanalyse der Skala „Kommunikationsfähigkeit“	62

8.1.2.	<i>Faktorenanalyse der Skala „emotionale Kompetenz“</i>	64
8.1.3.	<i>Faktorenanalyse der Skala „Aufmerksamkeit“</i>	65
8.2.	Faktorenanalytische Beurteilung des Ratingsystems	67
8.2.1.	<i>Faktorenanalyse der Skala „soziale Kompetenzen“</i>	67
8.2.2.	<i>Faktorenanalyse der Skala „emotionale Kompetenzen“</i>	69
8.2.3.	<i>Faktorenanalyse der Skala „Aufmerksamkeit“</i>	71
8.3.	Beobachterschulung	73
8.4.	Ablauf der systematischen Verhaltensbeobachtung	73
9.	DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	74
9.1.	Ergebnisse im Bereich der sozialen Kompetenzen	75
9.1.1.	<i>Resultate der Analyse des Indexsystems</i>	75
9.1.2.	<i>Resultate der Analyse des Ratingsystems</i>	76
9.2.	Ergebnisse im Bereich der emotionalen Kompetenzen	78
9.2.1.	<i>Resultate der Analyse des Indexsystems</i>	79
9.2.2.	<i>Resultate der Analyse des Ratingsystems</i>	80
9.3.	Ergebnisse im Bereich der Aufmerksamkeit	83
9.3.1.	<i>Resultate der Analyse des Indexsystems</i>	83
9.3.2.	<i>Resultate der Analyse des Ratingsystems</i>	85
10.	INTERPRETATION UND DISKUSSION	88
10.1.	Bewertung des Beobachtungsinstrumentes	88
10.2.	Interpretation der Ergebnisse im Bereich „soziale Kompetenz“	90
10.2.1.	<i>Interpretation der Ergebnisse des Indexsystems</i>	90
10.2.2.	<i>Interpretation der Ergebnisse des Ratingsystems</i>	91
10.3.	Interpretation der Ergebnisse im Bereich „emotionale Kompetenz“	92
10.3.1.	<i>Interpretation der Ergebnisse des Indexsystems</i>	92
10.3.2.	<i>Interpretation der Ergebnisse des Ratingsystems</i>	93
10.4.	Interpretation der Ergebnisse im Bereich „Aufmerksamkeit“	94
10.4.1.	<i>Interpretation der Ergebnisse des Indexsystems</i>	94
10.4.2.	<i>Interpretation der Ergebnisse des Ratingsystems</i>	94

11. KRITIK UND AUSBLICK.....	96
12. ZUSAMMENFASSUNG.....	98
13. ABSTRACTS	101
13.1. Deutscher Abstract.....	101
13.2. Englischer Abstract.....	102
LITERATURVERZEICHNIS.....	103
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	117
TABELLENVERZEICHNIS.....	118
ANHANG.....	119
ERKLÄRUNG.....	121
LEBENS LAUF	122

EINLEITUNG

Stellen Sie sich vor, sie betreten in einer Pause eine Schulklasse. Ihnen fällt ein wenig abseits ein Mädchen auf, das sich anders verhält, als die übrigen in der Klasse, die sich miteinander unterhalten, lachen, in der Klasse umherlaufen und offensichtlich die Unterrichtspause genießen. Zwei Mädchen spielen sich gegenseitig ihre Lieblingslieder auf ihren Smartphones vor, drei Burschen beobachten sie, lachen und tanzen im Rhythmus zu der Musik und beobachten gespannt die Reaktion der Mädchen. Das Mädchen verhält sich auffällig unauffällig. Sie haben zwar den Eindruck, dass es das Geschehen in der Klasse verfolgt. Aber sie sitzt regungslos da, mit hängenden Schultern und vorgebeugtem Oberkörper. Einzig ihre Augen scheinen umherzuwandern. Eine Klassenkameradin spricht sie an. Sie antwortet mit einem Kopfnicken und einem flüchtigem Blick. Nervös zupft sie an ihrer Jacke. Sobald sich ihr Blick mit einem anderen kreuzt, starrt sie blitzartig an eine der Wände. Offenbar ist ihr der Kontakt zu ihren Mitschülern unangenehm. Sie versuchen irgendeine Emotion in ihrem Gesicht zu entdecken. Ist sie ängstlich? Oder vielleicht müde? Möglicherweise ist ihr alles gleichgültig? Sie verspüren eine gewisse Unsicherheit dem Mädchen gegenüber, weil sie sie nicht einschätzen können.

Dieses Beispiel soll Ihnen einen ersten Einblick über das Verhalten eines sozial, unsicheren Mädchens mit mutistischen Zügen, stellvertretend für die Stichprobe, die in dieser wissenschaftlichen Studie untersucht wurde, vermitteln.

Ziel dieser Evaluation ist die Feststellung der Veränderungen bezüglich der sozialen- und emotionalen Kompetenz und der Aufmerksamkeit, die sich aufgrund einer multiprofessionellen, tiergestützten Intervention (MTI), einstellen.

Kapitel eins beschäftigt sich mit der Definition und dem Ausdruck von sozialer Unsicherheit. Petermann und Petermann (2006) definieren soziale Unsicherheit als Sammelbegriff für Verhaltensweisen, die Anzeichen von sozialer Ängstlichkeit, Trennungsangst, sozialer Phobie und der generalisierten Angststörung beinhalten. Abschnitt 1.2. widmet sich der Klassifikation internalisierender Verhaltensstörungen und dem selektiven Mutismus, der oft in Verbindung mit sozialer Unsicherheit auftritt und sich durch Schweigen gegenüber Fremden auszeichnet, wobei die Verständigung mit Bezugspersonen aufrecht erhalten bleibt (Bahr, 2002). Weiteres werden in diesem Abschnitt die Risikofaktoren des selektiven Mutismus näher beschrieben. Abschnitt 1.3. widmet sich der Entwicklungspathologie der sozialen Unsicherheit bzw. Angststörungen. Das Entwicklungsmodell der generalisierten, sozialen Phobie (Helbig und Petermann, 2008), das elterliche Erziehungsverhalten, das sich auf die Angstentstehung auswirken kann, wie auch der

Einfluss traumatischer Erfahrungen wird näher erörtert. Interventionsansätze bei sozialer Unsicherheit, insbesondere wird das multimodal-kognitiv-verhaltenstherapeutisch, orientierte Training (Petermann und Petermann, 2006) in Abschnitt 1.4. vorgestellt.

Nachdem das Konzept der sozialen Kompetenz innerhalb der letzten 30 Jahre in der klinischen Psychologie, vor allem in der Verhaltenstherapie, an Bedeutung gewonnen hat (Petermann, 2002), werden in Abschnitt 2.1.1. Definitionen der sozialen Kompetenz überblicksmäßig erläutert. Bisherige Studien haben gezeigt, dass Interventionen bei Kindern besonders gute Erfolge erzielen, wenn sie auf Basis eines Entwicklungsmodells der sozialen Kompetenz erfolgen. Diesbezüglich werden in Abschnitt 2.1.2. das Prisma Modell von Rose-Krasnor (1997) und das Modell der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung (Dodge, Pettit, Mc Claskey und Brown, 1986) vorgestellt. Abschnitt 2.1.3. widmet sich dem Thema Schule, als bedeutungsvolle Lernumwelt sozialer Kompetenzen, und liefert nähere Informationen über das „Mastery Klima“, das sich nach Satow (1999) durch eine individuelle Lehrer-Schüler-Beziehung und unterstützende Schüler-Schüler-Interaktionen auszeichnet und sich so förderlich auf die Entwicklung positiver, sozialer Selbstwirksamkeitserwartungen auswirkt. Definitionen und Entwicklungsmodelle der emotionalen Kompetenz sind in Abschnitt 2.1.1. und 2.2.2 nachzulesen. Die beeinträchtigten, emotionalen Fertigkeiten bei Kindern mit Angststörungen, wie z.B. mangelndes Emotionsverständnis und der eingeschränkte mimische Emotionsausdruck werden in Abschnitt 2.2.3. beschrieben. Im nachfolgenden Abschnitt ist über den Zusammenhang sozialer und emotionaler Kompetenzen und das Konzept der affektiven, sozialen Kompetenz (Halberstadt, Denham, Dunsmore, 2001) nachzulesen.

Da in der vorliegenden Evaluationsstudie auch die Auswirkungen der multiprofessionellen, tiergestützten Intervention auf die Aufmerksamkeit verhaltensauffälliger Mädchen untersucht werden, widmet sich Kapitel drei den Definitionen und entwicklungspsychologischen Grundlagen zur Aufmerksamkeit. Zusätzlich wird die Hypervigilanz, darunter versteht man die Konzentration fast ausschließlich auf bedrohliche Reize, die besonders bei sozial unsicheren Kindern auftritt, und die Hypervigilanz-Vermeidungs-Hypothese anhand einiger Studienergebnisse beschrieben.

Kapitel vier widmet sich den tiergestützten Interventionen und deren Wirkungen (Abschnitt 4.1.) und erläutert kurz die unterschiedlichen Formen der tiergestützten Intervention (Abschnitt 4.2.). Auf die Bedeutung der analogen Kommunikation zwischen Mensch und Tier zum Aufbau einer sozial, emotionalen Beziehung bzw. Bindung wird in Abschnitt 4.3. näher eingegangen. Anschließend wird die non-direktive, verhaltenstherapeutische, tiergestützte Therapie (Prothmann, 20047) überblicksmäßig skizziert (Abschnitt 4.4.).

Das Grundkonzept der multiprofessionellen, tiergestützten Therapie und ausgewählte, bisherige Evaluationsergebnisse bei Kindern und Jugendlichen, die MTI als wirksame Gesundheitsförderungsmaßnahme darstellen, werden ausführlich in Abschnitt 4.5. beschrieben.

Da in dieser Untersuchung eine videoanalytisch gestützte systematische Verhaltensbeobachtung durchgeführt wurde, wird in Kapitel fünf zu den unterschiedlichen Formen, Quantifizierungstechniken und Fehlerquellen der wissenschaftlichen Beobachtung Stellung genommen.

Die folgenden Kapitel widmen sich den Fragestellungen und den faktorenanalytischen Hypothesen (Abschnitt 6) und der Planung der Untersuchung, die die Beschreibung der Stichprobe (Abschnitt 7.1) und des Beobachtungsinstrumentes beinhaltet (Abschnitt 7.2.).

Die praktische Umsetzung dieser wissenschaftlichen Untersuchung wird in Kapitel acht erläutert. Zum besseren Verständnis der erlangten Erkenntnisse verhelfen die Darstellung der Ergebnisse (Kapitel 9), die Interpretation und Diskussion (Kapitel 10), Kritik und Ausblick (Kapitel 11) und für den eiligen Leser die Zusammenfassung (Kapitel 12).

Im Sinne der leichteren Lesbarkeit der vorliegenden Arbeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung beider Geschlechter.

1. SOZIALE UNSICHERHEIT/ VERHALTENSSTÖRUNGEN

Da im Zuge dieser Arbeit zum ersten Mal die Wirkungen der multiprofessionellen, tiergestützten Therapie bei einer Stichprobe, verhaltensauffälliger, sozial unsicherer Mädchen untersucht wird, widmet sich dieses Kapitel der Thematik der sozialen Unsicherheit im Grundschulalter. Im speziellen werden unterschiedliche Definitionen der sozialen Unsicherheit erläutert und die klinischen Klassifikationskriterien nach DSM IV und ICD 10 beschrieben. Außerdem können detailliertere Informationen zur Entwicklungspathologie und zu unterschiedlichen Interventionsansätzen nachgelesen werden.

1.1. Definition und Ausdruck von sozialer Unsicherheit

Petermann und Petermann (2006) bezeichnen *Soziale Unsicherheit* kann als einen Sammelbegriff, der Verhaltensweisen beschreibt, die Aspekte einer Sozialen Ängstlichkeit, einer Trennungsangst, einer sozialen Phobie oder einer generalisierten Angststörung aufweisen. Nissen (2002) weist darauf hin, dass neben der „Signalangst“, die eine für die psychische Entwicklung des Kindes „normale“, notwendige Gefühlsqualität darstellt, erst dann von *pathologischer Angst* in Form von Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter gesprochen werden kann, wenn ein Missverhältnis zwischen Angstdauer- und –intensität und angstausslösenden Ursache besteht. Im weiteren Verlauf verselbstständigt sich die Angstbereitschaft und breitet sich weiterhin aus, abhängig von der Einstellung und dem Verhalten der Umgebung. Für sozial unsichere Kinder besteht nach Rosenbaum et al. (1988) ein erhöhtes Risiko, im späteren Verlauf Angststörungen zu entwickeln. Meistens weisen sozial unsichere Kinder Eltern mit Panikstörungen und Agoraphobie (ohne Panikstörung) auf.

Petermann und Petermann (2009) deuten darauf hin, dass bei sozial unsicheren Kindern gewisse Handlungskompetenzen unzureichend entwickelt sind, wie eine differenzierte, soziale Wahrnehmung, ein geringes Ausmaß aus sozialer Ängstlichkeit, eine komplexe, soziale Urteilsfähigkeit, sowie ein umfassendes Verhaltensrepertoire.

Beobachtet man vier oder fünf dieser Hinweise im kindlichen Verhalten, kann man nach Kormann (1987) auf soziale Unsicherheit schließen: das Kind kann nur einen kurzen oder gar

keinen Blickkontakt herstellen, redet sehr wenig, redet mit leiser oder zittriger Stimme, kann sich von einem bestimmten Erwachsenen nur schwer trennen, verlässt ungern das Zuhause, spielt nervös mit nervös mit Gegenständen, vermeidet Aufgaben, resigniert schnell bei Aufgaben, erzählt wenig oder nichts, meidet andere Kinder und Erwachsene und möchte die Wohnung nicht verlassen.

1.2. Klinisch, psychologische Klassifikation sozialer Unsicherheit

Petermann und Petermann (2009) bezeichnen soziale Unsicherheit als keine Störung im Sinne der ICD-10 oder des DSM-IV, sondern als eine *subklinische Form der Sozialen Phobie* (ICD-10: F40.1; DSM-IV: 300.23) oder, falls nicht alle Kriterien des Störungsbildes vorliegen, *als Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters* (ICD-10: F93.2). Ob es sich bei Ängsten um normale, entwicklungsbedingte Störungen handelt oder um eine pathologische Angststörung, kann man bei Klein-, Vorschul-, Schulkinder und Jugendlichen nur unter Vorbehalt treffen (Nissen, 2002).

Nachdem, wie schon beschrieben, Aspekte der Sozialen Ängstlichkeit, der Trennungsangst, der sozialen Phobie und der generalisierten Angststörungen in Bezug auf soziale Unsicherheit eine bedeutende Rolle spielen, sollen nun diese verschiedenen, *internalisierte Verhaltensstörungen* näher erörtert werden und ihre Klassifikationskriterien angeführt werden. Zusätzlich wird Selektiver Mutismus näher beschrieben, der sehr oft in Verbindung von sozialer Unsicherheit auftritt.

1.2.1. Kriterien der Trennungsangst

Nach Essau und Petermann (zitiert nach Petermann, 1996) stellt *Trennungsangst* eine normale Erscheinung in der Kindesentwicklung dar. Erst wenn übermäßige Angst vor Trennung von Bezugspersonen (meistens von Eltern) besteht, kann von Trennungsangst ausgegangen werden. Trennungsangst kann sich nach und nach einstellen oder plötzlich, bedingt durch ein wichtiges Lebensereignis (z.B. Tod eines Angehörigen, Schulwechsel oder Umzug), auftreten (Essau, 2003). Wenn nach DSM-IV *mindestens drei von acht Symptomen* in einer Zeitspanne von 4 Wochen vorliegen, dann kann die Störung Trennungsangst diagnostiziert werden.

Mittels folgender Kriterien kann Trennungsangst erfasst werden: (A) das Kind reagiert wiederholt mit übertriebener Verzweiflung, wenn eine Trennung von einer Bezugsperson oder von zu Hause ansteht, (B) das Kind wird von übertriebener Besorgnis gequält, eine Bezugsperson zu verlieren oder, dass einer Bezugsperson etwas Schlimmes zustoßen könnte, (C) das Kind fürchtet sich vor einem unerwarteten Ereignis, das zu einer Trennung von der Bezugsperson führt, (D) andauernde Weigerung des Kindes aus Trennungsangst, die Schule zu besuchen oder das Haus zu verlassen (E) das Kind verspürt eine anhaltende Angst, ohne Bezugsperson zu sein, (F) das Kind weigert sich, ohne die Nähe einer Bezugsperson zu Bett zu gehen, (G) immer wiederkehrende Alpträume des Kindes, die von Trennungsangst handeln, (H) das Kind klagt über Herzklopfen, Schwindelgefühle und Übelkeit, wenn eine Trennung von Bezugsperson ansteht.

1.2.2. Kriterien der Soziale Phobie

Die *Soziale Phobie* zeichnet sich durch eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor sozialen (Leistungs-)Situationen aus, in denen peinliche Situationen (z.B. das Kind hat Angst zu erbrechen oder für dumm oder verrückt gehalten zu werden) auftreten können (Essau, 2003). Folgende Kriterien weisen auf eine Soziale Phobie hin: (A) eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor einer oder mehreren sozialen Leistungssituationen, in denen das betreffende Kind mit einer unbekannten Person konfrontiert ist oder beurteilt werden könnte, was das Kind als peinlich oder demütigend empfinden könnte. (B) Bei der Konfrontation mit der gefürchteten, sozialen Situation tritt meist eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die in Form einer situationsgebundenen oder situationsbegünstigten Panikattacke auftreten kann. (C) Die Person merkt, dass die Angst übertrieben oder unbegründet ist (dieses Kriterium darf bei Kindern fehlen). (D) Das Meiden von gefürchteten, sozialen Leistungssituationen bzw. das Ertragen dieser unangenehmen Situationen mit ausgeprägter Angst.

Laut DSM-IV kann die Soziale Phobie in den Spezifischen- und den Generealisierten Subtypus eingeteilt werden: bei der *spezifischen Sozialen Phobie* bezieht sich die Angst auf eine klar abgrenzende Situation (z.B. in der Klasse ein Referat halten), während die *Generalisierte Soziale Phobie* auf Kinder zutrifft, die unter vielfältigen Ängsten (z.B. Kinder gehen nicht gerne zur Schule, nehmen nur ungern an Freizeitaktivitäten teil, fühlen sich gegenüber Unbekannten unwohl, empfinden Angst, wenn sie mit fremden Personen reden müssen) leiden.

Bei Personen unter 18 Jahren müssen die Symptome für Soziale Phobie *mindestens 6 Monate* lang aufgetreten sein, die Lebensführung des betroffenen Kindes muss durch das angsterfüllte

Verhalten bzw. das Vermeidungsverhalten deutlich beeinträchtigt sein, was sich auch auf das soziale Umfeld oder die schulischen Fähigkeiten auswirkt. Die altersangemessene Fähigkeit, soziale Beziehungen mit vertrauten Menschen eingehen zu können, muss bei dem betroffenen Kind vorhanden sein.

1.2.3. Kriterien der Generalisierten Angststörung

Sobald sich die Angst bei Kindern und Jugendlichen auf die Vorkommnisse des Alltags bezieht und eine ständige unkontrollierbare Angst und Überbesorgtheit um die eigene oder die Gesundheit der Familie vorliegt, dann kann man von einer *Generalisierten Angststörung* sprechen (Nissen, 2002). Meistens kommen noch motorische (Zittern, Kopfschmerzen)- und vegetative Erscheinungsbilder hinzu (Schwindel, Bauchbeschwerden, Herzklopfen).

Folgende Kriterien weisen auf eine Generalisierte Angststörung nach DSM-IV: (A) Übermäßige Angst bezüglich mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten (Schulleistungen), während *mindestens sechs Monate* (an einer Mehrzahl an Tagen), (B) fehlende Kontrolle über die Sorgen, (C) die Angst ist *mit mindestens einem, der sechs Symptome* verbunden: (1) Ruhelosigkeit, (2) leichte Ermüdbarkeit, (3) Konzentrationsschwierigkeiten oder Leere, (4) Reizbarkeit, (5) Muskelspannung, (6) Schlafstörungen. (D) die Angst ist nicht auf Merkmale einer Achse I-Störung beschränkt (Panikattacken, Soziale Phobie, Zwangsstörung, Anorexia Nervosa, Hypochondrie und einer Posttraumatischen Belastungsstörung). (E) Die Angst oder die körperlichen Symptome beeinträchtigt in klinisch bedeutsamer Weise soziale, berufliche oder andere wichtige Funktionsbereiche. (F) Das Störungsbild erscheint nicht ausschließlich im Verlauf einer Psychotischen Störung, einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung oder einer affektiven Störung und ist nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) zurückzuführen.

1.2.4. Kriterien der Störung mit sozialer Ängstlichkeit

Wenn sich Schulkinder bei der Begegnung mit fremden Menschen hinter der Mutter verstecken, den Blickkontakt vermeiden und zur Begrüßung auch nicht die Hand geben, dann kann man nach Nissen (2002) von einer *Störung mit sozialer Ängstlichkeit* (ICD 10: F93.2) ausgehen, die sich im

weiteren Verlauf ausweiten - und sich problematisch in der weiteren Entwicklung zeigen kann. Als Beispiel für die Manifestation von sozialer Ängstlichkeit mit beeinträchtigenden Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung kann nach Steinhausen (2006) auf das sprechscheue, im Extremfall *mutistische Kind*, das durchaus über einen normalen Sprachausdruck und Sprachverständnis verfügt, hingewiesen werden. Die Verständigung läuft meistens über nonverbale Kommunikation.

Steinhauser (2006) beschreibt recht bildlich mutistische Kinder:

„Auf den Untersucher wirken mutistische Kinder mit gesenktem Kopf, halb geöffneten Augen mit verstohlener, abwartender und abtastender Musterung wie ein Gemisch von ängstlicher Abwehr und passiven Trotz.“ (S.155)

Die diagnostischen Kriterien, die bei der Störung mit sozialer Ängstlichkeit vorliegen können sind: (A) Anhaltende Ängstlichkeit des betroffenen Kindes in sozialen Situationen mit vermeidendem Verhalten, in denen es auf Gleichaltrige oder Fremde trifft. (B) Das Kind macht sich übertriebene Sorgen, ist verlegen bezüglich des angemessenen Verhaltens gegenüber Fremden. (C) Deutliche Beeinträchtigung und Reduktion sozialer Beziehungen; deutliches Unglücklich sein, das in neuen oder erzwungenen Situationen Weinen, Schweigen oder Rückzug zur Folge haben kann. (D) Befriedigende Beziehungen zu gut bekannten Gleichaltrigen und Familienmitgliedern, (E) Beginn der Störung in einer Entwicklungsphase, in der die ängstlichen Reaktionen durchaus als unbedenklich und angemessen zu beurteilen sind. Die übermäßige Ausprägung und die Manifestation der Beeinträchtigungen erfolgt vor dem sechsten Lebensjahr. (F) Eine generalisierte Angststörung darf nicht vorliegen. (G) Das Auftreten der Störung erfolgt nicht im Rahmen einer psychotischen Störung, einer substanzbedingten Störung, einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung oder einer Störung der Emotionen, des Sozialverhaltens oder der Persönlichkeit. (H) Die Symptome müssen *mindestens vier Wochen* andauern.

Meistens handelt es sich bei Mutismus um eine mehrfach determinierte Sprachverweigerung, die aber auch im Rahmen von Psychosen oder organischen Störungen auftreten kann. Es ist zwischen dem (*s*)elektiven Mutismus (die sprachliche Verständigung bleibt mit Bezugspersonen aufrecht, in der Schule oder in der Öffentlichkeit wird geschwiegen) und dem *totalen Mutismus* zu unterscheiden. Mädchen sind eineinhalbmal so oft betroffen, mutistische Verhaltenszüge zu entwickeln, als Jungen (Bahr, 2002).

Bisher gibt es keine wissenschaftlichen Belege für den Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und Schweigen. Allerdings geht Miller (1996) davon aus, dass Missbrauch durch Schweigen bewältigt werden kann und es sich bei mutistischem Verhalten um eine Form des Verschweigens handelt, weil Missbrauch noch immer zu den Tabuthemen zählt.

Bei mutistischen Kindern treffen nach Bahr (2002) verschiedene Risikofaktoren (z.B. vererbte Anlagen zur Schüchternheit, Komplikationen und damit verbundene Schädigungen vor/während/nach der Geburt), mit einem ungünstigen Anpassungsstil (z.B. beeinträchtigte Reizverarbeitung, herabgesetzte Aktivität) und gewissen Stressquellen (z.B. Trennungserfahrungen, verzögerter Spracherwerb, Migration, häufig wechselnde Wohnorte, Scheidung/Ehekrise der Eltern, emotionaler Stress der Mutter während der Schwangerschaft) zusammen.

Der Prozess des Schweigens stellt bei mutistischen Kindern eine Art Bewältigungsform dar, wodurch es ihnen gelingt, sich einerseits durch die Bindung an das Vertraute abzusichern ohne sich auf der anderen Seite nach außen hin öffnen zu müssen. Bahr vermutet, dass selektiv mutistische Kinder verglichen mit anderen Kindern eine *verminderte Selbstwirksamkeitserwartung* aufweisen, da sie davon überzeugt sind, kommunikative Anforderungen nicht erwartungsgemäß bewältigen zu können, sobald sie im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen (z.B. die Lehrerin stellt eine Frage und das Kind muss vor der Klasse laut antworten, wenn unbekannte Kinder das Mädchen ansprechen). In diesen Situationen erleben selektiv mutistische Kinder eine Diskrepanz zwischen „wie bin ich?“ und „wie sollte ich sein?“. In weiterer Folge verkrampfen sie, verharren in der ständigen „Hab-Acht-Haltung“ und versuchen sich so, vor bedrohlichen Situationen zu schützen.

Das Verhältnis zwischen Mutter und (selektiv mutistischem) Kind ist oft durch eine überaus intensive Zuwendung und allzu engen Form von Beziehung in Form von Überbehütung (Overprotection) charakterisiert und kann durch folgende Ursachen bedingt auftreten:

- Wenn die Mutter ihren Säugling als sehr ängstlich und schutzbedürftig wahrnimmt und sie sich ihm vermehrt annimmt. Er lernt dadurch, dass er durch häufiges Schreien Zuwendung einfordern kann und somit die Mutter steuern kann. Sobald er eine Trennung von der Mutter erlebt, kann er mit dieser Abwesenheit nicht umgehen, da es ihm an Sicherheit fehlt, dass die Mutter auch bei Abwesenheit für ihn da ist. Durch dieses Verhalten des Säuglings erfährt auch die Mutter Verunsicherung.
- Die Mutter versucht, das Kind vor dem allzu dominierenden Vater und seinen Ansprüchen zu schützen
- Die Mutter versucht ihre eigenen Kindheitserfahrungen, die sich durch unzureichende Fürsorge ausgezeichnet hat, mit besonderer Behütung ihres Kindes zu kompensieren bzw. identifiziert sich das Kind mit der besorgten Mutter.
- Wenn das Kind älter wird, traut die Mutter ihm gewisse Aufgaben nicht zu, hält Anforderungen von ihm fern, wodurch es gewisse Kompetenzen nicht erlernen kann. Dadurch stehen der Entwicklung von Scham und Selbstzweifeln nichts mehr im Weg.

Der Umgang mit mutistischen Kindern wird oft sehr anstrengend und enttäuschend erlebt, da sich schnell Gefühle der Hilflosigkeit und der Wut entwickeln. Schweigende Kinder, die sich, wie oben beschrieben, ständig in der „Hab-Acht-Stellung“ befinden, sind äußerst sensibel und nehmen diese Gefühle wahr. Für Bahr (2002) betont, dass es in solchen Situationen besonders wichtig ist, in sich hineinzuhören und sich mit seinen eigenen Gefühlen auseinanderzusetzen, da das wichtige Hinweise sein könnten, wie es im Inneren des Kindes aussehen könnte.

1.3. Entwicklungspathologie der sozialen Unsicherheit

Nachdem bisher umfassende Längsschnittstudien über die zentralen Risikofaktoren sozialer Unsicherheit bzw. von Angststörungen fehlen (nach Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002) haben Helbig und Petermann (2008) bisherige Detailergebnisse zu einem *Entwicklungsmodell einer generalisierten sozialen Phobie* zusammengefasst, das nun vorgestellt werden soll. Anschließend wird das elterliche Erziehungsverhalten, das sich nachweislich auf die Angstentstehung auswirkt und der Einfluss traumatischer Erfahrungen auf sozial ängstliches Verhalten erläutert.

1.3.1. Entwicklungsmodell einer generalisierten, sozialen Phobie

Geht man davon aus, dass aus sozialen Ängsten soziale Phobien entstehen können, dann spielen die *genetische Disposition*, das *frühkindliche Temperament* (mit seinem unsicheren, ängstlich-vermeidenden Charakter) und die *elterlichen Psychopathologie* (z.B. Mutter leidet an einer sozialen Phobie) eine bedeutende Rolle in der Entstehung der generalisierten sozialen Phobie.

Die Bedeutung der Eltern-Kind-Interaktion zeigt sich deutlich im häufigen Auftreten sozialer Ängste innerhalb der Familie. Negativ beeinflusst durch die Eltern und durch die eigene Verhaltenshemmung fällt das Kind durch sein auffälliges Sozialverhalten auf, da es sich zurückhaltend und kontaktscheu in Gegenwart unbekannter Personen verhält. Besonders interessant ist die Tatsache, dass *verwöhnendes Erziehungsverhalten (Overprotection)* in Kombination mit einer ungünstigen Psychopathologie der Eltern vermehrt zu Eltern-Kind-Interaktionsstörungen führt. Durch fehlende soziale Kompetenzen und das problematische Verhalten der Eltern kann das Kind nur unter erschwerten Bedingungen Kontakt und Beziehung zu gleichaltrigen Kindern aufbauen. Es entsteht eine sozial verzerrte Informationsverarbeitung,

die bewirkt, dass vermehrt soziale Situationen angstaussendend und bedrohlich auf das Kind einwirken, sodass es das Gefühl hat, die Kontrolle zu verlieren. Zukünftig werden diese Situationen, wenn möglich, vermieden und somit steht der Entstehung einer Sozialen Phobie nichts mehr im Weg. Zusätzlich können komorbide Störungen (z.B. Depression) auftreten.

1.3.2. Bindungstheorie (Bowlby) & Einflussfaktoren traumatischer Erfahrungen

Bowlby's Bindungstheorie (1976) besagt, dass sich das elterliche Erziehungsverhalten während der Kindheit entscheidend auf die weitere Entwicklung des Kindes auswirkt und die Entstehung und Manifestation von sozialen Angststörungen bewirken kann: innerhalb des ersten Lebensjahres baut der Säugling aufgrund seines biologisch angelegten Verhaltenssystems eine starke, emotionale Bindung zu seiner Hauptbindungsperson auf. Ist die primäre Bindungsperson nicht verfügbar, kann auch eine sekundäre Bindungsperson (Vater, Großmutter, Tagesmutter etc.) einspringen. Ainsworth (1977) untersuchte die Bedeutung des feinfühliges Pflegeverhaltens der Bezugsperson gegenüber dem Säugling und kam zu dem Ergebnis, dass sich Säuglinge an die Bindungsperson wenden, die seine Bedürfnisse auf feinfühliges Weise befriedigt, in dem seine Signale adäquat registriert und interpretiert werden. Eine besonders beziehungsförderliche Wirkung auf die Bindungsentwicklung wurde durch Meins (1997) bestätigt, sobald die Mutter die empathische Fähigkeit besitzt, die affektive Gefühlslage des Säuglings zu verbalisieren.

Laut Fonagy, M. Steele, H. Steele, Moran und Higgitt (1991) fördert eine *sichere Bindungsentwicklung* die Entwicklung der Empathie, die es dem Säugling ermöglicht, sich in andere hineinzuversetzen. Außerdem weisen Kinder mit diesem Bindungsmuster eine erhöhte Widerstandskraft („resilience“) bei emotional belastenden Ereignissen auf und eine erhöhte soziale Kompetenz in Konfliktlösungsprozesse (z.B. durch prosoziales Verhalten), als Kinder mit unsicheren Bindungsmustern (Grossmann, 2003, Werner, 2000, Werner & Smith, 2001).

Sobald der Säugling das erste Mal Angst bzw. Bedürfnis nach Nähe verspürt (z.B. Schmerz, Trennung), wird sein Bindungssystem aktiviert und er sucht nach seiner Bindungsperson, klammert sich an ihr fest, weint und schreit (Brisch, 2004). Die Nähe- und Schutzfunktion der Bindungsperson ist von lebenserhaltender Bedeutung für den noch unselbstständigen Säugling und das daraus sich entwickelnde Bindungssystem, dass sich innerhalb des ersten Lebensjahres entwickelt, manifestiert sich für das gesamte Leben.

Je eher die Bedürfnisse des Säuglings gestillt werden, desto eher kann man davon ausgehen, dass er zu seiner Bezugsperson *eine sichere Bindung (Typ B)* eingeht und diese aufsucht, sobald er Zuneigung, Schutz und Sicherheit braucht. Eine *unsicher, vermeidende Beziehungshaltung (Typ A)* entsteht, wenn die Bezugsperson nicht feinführend und zurückweisend auf die Signale des Säuglings reagiert. Der Säugling passt sich dem Verhalten an, verringert das Ausmaß der Bedürfnisäußerung und wird die Bezugsperson nach Trennungssituationen meiden, nachdem er erwartet, dass sein Bedürfnis nach Geborgenheit und Schutz nicht zufriedenstellend befriedigt werden kann, wodurch wiederum seine Cortisolausschüttung angeregt wird und er Stress empfindet. In Situationen der Gefahr wird die Mutter ihrem Säugling Schutz bieten. Die Schwelle für dieses Bindungsverhalten liegt höher als bei einer sicheren Beziehungshaltung. Eine *unsichere-ambivalente Bindung (Typ C)* entwickelt sich dann, wenn die Mutter aus die Bindungsbedürfnisse ihres Säuglings einerseits mit Zuneigung und Zuverlässigkeit, andererseits mit Ablehnung und Zurückweisung reagiert. In Trennungsphasen reagieren die Säuglinge lautstark, treten mit den Füßen nach der Mutter (oder der Bezugsperson), klammern sich aber auch an sie und sind kaum zu beruhigen. Main und Salomon (1986) entdeckten ein weiteres Bindungsmuster, das *desorganisierte und desorientierte Beziehungsmuster (Typ D)*, bei dem das Verhalten des Kindes durch „motorische Sequenzen stereotyper Verhaltensweisen“ charakterisiert ist. Dieser Sequenz folgend, versteinern die Kinder in ihrem Bewegungsablauf und halten inne und erstarren.

In den täglichen Interaktionen zwischen Mutter und Kind können Erlebnisse aus der eigenen Kindheit wahrgenommen werden und Bindungserfahrungen mit den eigenen Eltern werden erinnert. Sowohl die damals wahrgenommenen positiven oder negativen Gefühle wirken sich nun durch Projektion auf die Feinfühligkeit der Mutter oder Bezugsperson gegenüber dem Kind aus (Lieberman, 1993). Das kann dazu führen, dass Verlassens-, wie auch Missbrauchserfahrungen an dem (eigenen) Kind wiederholt werden.

Werden Bedürfnisse nach Nähe und Schutz nicht hinreichend gestillt, dann können sich aus Bindungsunsicherheiten *Bindungsstörungen* entwickeln (Brisch, 1999), die ab dem 8. Lebensmonat diagnostiziert werden können. Bei der *Reaktiven Bindungsstörung des Kindesalters* (ICD 10: F94.1) sind innerhalb der ersten fünf Lebensjahre aufgrund von schwerer Vernachlässigung, Missbrauch und schwerer Misshandlung, Auffälligkeiten im sozialen und emotionalen Verhalten ersichtlich (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2011) die Kinder entwickeln gegenüber sich und anderen Aggressionen, Wachstumsverzögerungen treten auf, sowie eine erhöhte Furchtsamkeit und Übervorsichtigkeit. Bei der *Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung* (ICD 10: F.94.2) kann innerhalb der ersten fünf Lebensjahre ein abnormes, soziales Funktionsmuster festgestellt werden: die Kinder

weisen emotionale – und Verhaltensstörungen auf, auffällig ist ihr wahllos, freundliches Verhalten vor allem auch Fremden gegenüber. Dozier, Stovall und Albus (1999) konnte nachweisen, dass verschiedene Angststörungen Erwachsener einen Erziehungsstil bedingen, der sich durch stärkere Kontrolle und geringe, emotionale Wärme auszeichnet. Die meisten Personen mit Angststörung verfügten laut den Ergebnissen der Studien von Fonagy et al. (1996) über einen *unsicher-ambivalenten Bindungsstil*.

Dick et al. (2005) untersuchten in ihrer Studie, inwiefern sich Erwachsene mit/ohne Angststörung hinsichtlich ihres Erziehungsverhaltens und aktueller Bindungsorganisation voneinander unterscheiden und bestätigten die Ergebnisse von Dozier, Stovall und Albus (1999): Eltern mit Angststörungen zeigten gegenüber ihren Kindern wenig emotionale, mütterliche Wärme, was möglicherweise die Entstehung von Schulschwierigkeiten bedingen könnte. Außerdem konnte eine höhere Ablehnung der Mutter gegenüber den Kindern festgestellt werden, die über einen geringeren Bildungsstatus verfügten. Nicht ängstliche Personen mit hoher Bindungssicherheit berichteten über hohe, emotionale Wärme des Vaters während ihrer Kindheit. Bei ängstlichen Erwachsenen konnten diese Ergebnisse leider nicht nachgewiesen werden. Somit kann man davon ausgehen, dass die emotionale Wärme der Eltern gegenüber ihrem Kind als „*protektiver Faktor*“ gesehen werden kann, der das Kind vor Angststörungen und Bindungsunsicherheiten schützt. Nach Brisch et al. (2003) wird die Bindungsentwicklung traumatisierter Kinder, Frühgeborenen oder pädiatrisch erkrankter Kinder ausschlaggebend durch erfahrene, soziale Unterstützung, elterliche Beziehungskompetenzen und die elterliche Bindungsrepräsentation beeinflusst.

Die häufigste Ursache einer *desorganisierten Bindungsstörung* ist Kindesmisshandlung (Lyons-Ruth & Block, 1996), zweithäufigste erlebte Traumata der Eltern, wodurch sich häufig externalisierte Verhaltensstörungen (Hyperaktivität, Aggressionen, Aufmerksamkeitsstörungen) entwickeln. Auch Lyons-Ruth und Jacobovitz, 1999, konnten einen Zusammenhang zwischen desorganisierten Bindungsmustern bei Kindern und ungelösten Traumata ihrer Eltern nachweisen (Vernachlässigung, Missbrauch, Verluste, Misshandlungen). Sobald das Kind schreit, werden unbewusste Traumata unbewusst „getriggert“ (d.h. kleinste Begebenheiten können erlebte Traumata erneut auslösen), wodurch Verhaltensweise auftreten, die das Kind ängstigen. Bei vorübergehender Deprivation, Misshandlung und schwerwiegender Eltern – Kind – Interaktionen kann ebenso ein desorganisiertes Bindungsverhalten entstehen. Tritt Deprivation über mehrere Jahre hindurch auf, können Bindungsstörungen selbst unter besseren, emotionalen Bedingungen (Adoption) weiter bestehen bleiben (Steele, Hodges, Kaniuk, Henderson, Hillman und Bennet, 2002).

Nachdem Bindungsstörungen zu *extremen Verzerrungen im Verhaltensausdruck* führen, werden die wahren Bindungsbedürfnisse des Kindes oft nicht erkannt und in Folge nicht gestillt, wodurch schwere Persönlichkeitsstörungen entstehen können (Brisch & Hellbrügge, 2003). Schore (2001) führt die negative Affektregulation und das negative Bindungsverhalten auf die Auswirkungen der Misshandlungen und Traumata auf die rechte Gehirnhälfte zurück.

Nach Perry, Pollard, Blakley, Baker und Wigilante (1995) entwickelt ein Kind nach einer traumatischen Erfahrung neuropsychiatrische Symptome Richtung posttraumatische Belastungsstörung. Die neuronale Aktivierung und die Stressreduktion können längerfristig fortbestehen, wodurch eine Fehlanpassung entsteht und das Kind auf spezielle Ereignisse nicht mehr adäquat reagieren kann.

1.4. Interventionsansätze bei sozialer Unsicherheit

Im englisch- und deutschsprachigen Raum werden einige Trainingsprogramme für sozial unsichere, sozial ängstliche Kinder angeboten. Meistens werden dabei nach Ortbrandt und Petermann (2009) *kognitive Interventionen* (z.B.: Selbstinstruktionstechniken) mit *verhaltenstherapeutischen Interventionen* (z.B. operante Techniken, Entspannungsübungen, Konfrontationsverfahren) kombiniert, wobei oft auch die Eltern in die Interventionen eingebunden werden. Bisher konnten gute Erfolge zur Behandlung sozialer Ängste/Unsicherheiten mit *kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien* erzielt werden (Albano et al., 1995). Damit vergleichbar sind nach Cresswell und Cartwright-Hatton (2007) *kind- und familienkonzentrierte kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätze*.

Für die erfolgreiche Therapie sind nach Nauta (2003) die Therapiedauer bzw. ein zusätzliches Elternt raining nicht ausschlaggebend. Britton & Moore (2005) empfehlen den Miteinbezug gruppentherapeutischer Module, da sie nachweisen konnten, dass Gruppentherapieprogramme sowohl einen angstreduzierenden Effekt, als auch den Rückgang depressiver Verhaltensweisen erzielen.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen bei einer depressiven Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen sind mit Interventionen zur Behandlung von Angststörungen ähnlich, da sie ebenso soziale Kompetenzen aufbauen, um so Aktivität der depressiven Kinder anzukurbeln, sie dadurch mehr Anerkennung - und erhöhte Selbstwirksamkeit erfahren (Groen und Petermann, 2008).

Die kurz- und langfristige Wirksamkeit kognitiver Behandlungsformen, sowie die Reduzierung depressiver Symptome wurde durch einige Studien bewiesen (Britton & Moore, 2005).

Kombiniert man die Sichtweisen der Bindungstheorie mit selektivem Mutismus (siehe Kapitel 1.2.4.), so können die Kinder pädagogisch unterstützt werden, in dem sie lernen, ihre unsicheren Bindungsmuster durch sichere Bindungsmuster zu ersetzen und Widerstände gegenüber neue Beziehungen abzubauen (Spangler und Zimmermann, 1999).

Das in Kapitel 1.3.1 vorgestellte *Entwicklungsmodell zur Beschreibung einer generalisierten Sozialen Phobie* eignet sich besonders für den Einsatz in der Kinderverhaltenstherapie (Petermann & Petermann, 1997). Das *multimodale kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Training* (Petermann & Petermann, 2006) ist ein äußerst viel versprechendes Programm zur Behandlung von sozialen Angststörungen im Kindesalter zwischen 7 und 12 Jahren. Ziel dieses Trainings ist der schrittweise Aufbau sozial kompetenter Verhaltensweisen, sowohl auf der motivationalen Ebene (positives Selbstkonzept, Selbstvertrauen, Selbstsicherheit), als auch auf der Handlungsebene. Das Behandlungskonzept baut auf der *Theorie der erlernten Hilflosigkeit* von Seligman (1992) auf: nachdem beim Training die Problematik des Hilflosigkeitsverhalten besteht, die sich durch eine verminderte Reaktionsbereitschaft und durch die Erwartung seitens des Kindes auszeichnet, dass die Reaktionen zu keinem erwünschten Ergebnis führen, versucht der Therapeut diese negative Erwartungshaltung therapeutisch zu verändern, damit die Reaktionsbereitschaft wieder ansteigt. Das Kind sollte irgendwann bereit sein, aus eigenem Antrieb zu handeln, wodurch neue Lernfortschritte ermöglicht werden.

Bei den Einzeltrainings wird die soziale Wahrnehmung des Kindes verbessert, sozial, kompetentes Verhalten vermittelt und die Ängste des Kindes werden thematisiert. Das Kind lernt, entgegen seinen bisherigen Erwartungen, dass Situationen von ihm selbst beeinflusst werden können. Für diesen „Prozess der Hilflosigkeit zur Selbstwirksamkeit“, sind 3 Schritte im Training notwendig: das Kind bekommt eine hierarchisch gestaffelte, zunehmend schwierigere Aufgaben, die es lösen muss. Dabei nimmt der Therapeut eine fordernde, aber nicht überfordernde Rolle ein. Im nächsten Schritt nimmt sich der Therapeut zurück, Ziel ist die Reduktion der nachhaltigen Aufforderung, bis das Kind nur mehr einen kleinen Hilfeanstoß zur Bewältigung der Aufgabe benötigt. Der Lernprozess ist abgeschlossen, sobald das Kind, aufgrund seiner positiven Erfahrungen, eigenständig und ohne Hilfestellung die Aufgaben bewältigt. Durch die Förderung der Selbstkontrolle und die positiven, neuen Erfahrungen werden negative Erwartungen und irrationale, kognitiven Strukturen verändert, und das Kind lernt, in wie weit seine Ängste begründet sind und inwieweit soziale Situationen kontrollierbar sind. Folgende Methoden werden in diesem Behandlungskonzept eingesetzt (Essau 2003): Modelllernen (mittels Videofilmsituationen kann der Therapeut mit den Kindern über sozial, unsicheres Verhalten zu

sprechen, anhand dieser Videos lernen die Kinder, sich in die Lage anderer, sozial, unsicherer Kinder zu versetzen und bekommen die Aufgabe, Handlungsalternativen zu finden), Diskriminationslernen (mit Arbeitsblättern, Comics soll die Wahrnehmung der für gerechtfertigt und ungerechtfertigt bedrohlich erlebte Situationen schulen), differenzielle Verstärkung (Lob, Anerkennung, gemeinsame Spielaktivitäten für angemessene Verhaltensweisen in angstausslösenden Situationen), Selbstbeobachtung und Selbstinstruktion (mittels Detektivbögen und Instruktionskarten) und Verhaltensübungen (Rollenspiele, In-vivo-Aufgaben). Es ist notwendig, dass die im Training erworbenen sozialen Kompetenzen auch im Alltag mit der Unterstützung der Eltern weiterhin geübt werden, um bestehen zu bleiben. Auch im Gruppentraining wird sozial kompetentes Verhalten in Form von Rollenspielen trainiert (z.B. ein Kind muss Freude gegenüber einer bestimmten Person zeigen oder Kontakt zu einem Fremden aufnehmen oder Kritik gegenüber einer fremden Person äußern.) In der Elternberatung soll anfangs das Verständnis für die Angststörung vermittelt werden. Die Eltern erhalten generelle Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten sozialer Ängste sowie Rückmeldung über den Trainingsfortschritt. Zusätzlich werden Erziehungskompetenzen gefördert: die Eltern werden ermutigt, ihrem Kind mehr (Selbstständigkeit) zuzutrauen und ihr Kind bezüglich Freizeitaktivitäten zu ermutigen (z.B. Sport im Verein zu betreiben). Eltern haben hier die Möglichkeit, dem Trainer Verhaltensbeobachtungen aus dem Alltag mitzuteilen, Probleme zu schildern, um anschließend Hilfestellung diesbezüglich zu erhalten.

Petermann & Petermann (2006) weisen darauf hin, dass ein *Gruppentraining bei sozial unsicheren Kindern* aus zwei Gründen unter Umständen nicht zielführend ist: einerseits sind sozial, unsichere Kinder mit dem Beginn der Intervention durch ein Gruppentraining möglicherweise überfordert. Es besteht das Risiko, dass sozial verunsicherte Kinder mit einem noch stärker ausgeprägten Verweigerungsverhalten reagieren. Nur in einem Einzeltraining kann eine angemessene, auf Vertrauen aufgebaute Kind-Therapeut-Beziehung aufgebaut werden. Außerdem ist unbedingt darauf zu achten, dass alle Kinder vergleichbare Lernvoraussetzungen mitbringen: um von den Verhaltensübungen zu profitieren, benötigen sie relevante Informationen und Fähigkeiten für soziale kompetentes Verhalten. Beispielsweise müssen sie imstande sein, verbale und nonverbale Verhaltensweisen ihrer Interaktionspartner richtig wahrzunehmen und deuten zu können. Jedes Kind sollte im Einzeltraining die Prinzipien zur Selbstinstruktion und Selbstbeobachtung erlernt haben, damit es sie dann im Gruppentraining anwenden kann.

Ortbandt und Petermann (2009) untersuchten die Wirksamkeit dieses multimodalen kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Trainings mit sozial unsicheren Kindern und konnten nachweisen, dass sich die Angstsymptomatik aus der Sicht der Eltern deutlich verringert hat. Besonders große Effekte wurden in den Bereichen soziale Phobie, Trennungsangst und generalisierte Angststörung nachgewiesen.

2. SOZIALE - UND EMOTIONALE KOMPETENZ

Da man in der Literatur unzählige, unterschiedliche Definitionen der sozialen und emotionalen Kompetenz findet, werden im folgenden Kapitel nur einige aufgelistet. Weiterführende bzw. detailliertere Informationen können in den Arbeiten von Burger (2007), Turner (2007) und Raffetseder (2008) nachgelesen werden.

2.1. Soziale Kompetenz

In der klinischen Psychologie und speziell in der Verhaltenstherapie hat das Konzept „Soziale Kompetenz“ seit den letzten 30 Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen (Petermann, 2002). Das könnte erfreulicherweise daran liegen, dass seit dem nicht mehr die Defizite, sondern die vorhandenen konstruktiven Verhaltensweisen (Dierk, Sommer, Heinings, 2002) im Blickpunkt des Interesses liegen. Nachfolgend werden einige Definitionen der sozialen Kompetenz vorgestellt und die Entwicklung sozialer Fertigkeiten wird näher beleuchtet. Damit ein Kind soziale Anforderungen bewältigen kann, muss es über gewisse sprachliche Fähigkeiten und die Fähigkeit der Perspektivenübernahme verfügen (Caldarella und Merell, 1997). Zusätzlich wirkt sich die qualitative Eltern-Kind-Interaktion auf die kindlichen, sozialen Fertigkeiten aus. Darüber hinaus spielt die Schule, als Lernumfeld für soziale Kompetenzen, ebenfalls eine entscheidende Rolle in der Entwicklung des Kindes.

2.1.1. Definitionen sozialer Kompetenz

Gresham und Reschly (1987) definieren die soziale Kompetenz in der klinischen Kinderpsychologie als übergeordnetes Konstrukt, das sich aus mehreren Komponenten zusammensetzt: (a) *adaptives Verhalten* (schulische, körperliche und sprachliche Fertigkeiten), (b) *soziale Fertigkeiten*, dass sich unterteilt in interpersonelles Verhalten (Kooperationsbereitschaft, Akzeptanz von Autoritäten), selbstbezogenes Verhalten (Emotionsausdruck, positive Einstellung sich selbst gegenüber) und aufgabenbezogenes

Verhalten (Befolgen von Regeln, selbstständiges Arbeiten, Beenden einer Aufgabenstellung und (c) Akzeptanz durch Gleichaltrige.

Petermann (2000) bezeichnet soziale Kompetenz als Fähigkeit, die eigene Person als auch die Interaktionspartner angemessen wahrzunehmen und zu bewerten. Das gezeigte Verhalten sollte mit vielen positiven-und möglichst wenig negativen Konsequenzen einhergehen.

Caldarella und Merrell (1997) untersuchten die soziale Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen in einer Metaanalyse und fanden 5 Basisfertigkeiten, die bei sozial kompetenten Kindern und Jugendlichen vorhanden sein müssen und nun anhand folgender Dimensionen beschrieben werden:

- *Fähigkeit zur Bildung positiver Beziehungen zu Gleichaltrigen:*

Verfügen über Humor; sich in andere hineinversetzen können; anderen Unterstützung oder Hilfe anbieten; sozial verantwortlich agieren; besitzen von Führungsqualitäten; anderen Komplimente machen, Perspektivenübernahme.

- *Fertigkeiten des Selbstmanagements:*

Grenzen einhalten; berechtigte und unberechtigte Kritik von anderen akzeptieren; Kompromisse eingehen; Kooperationsbereitschaft; gute, organisatorische Fertigkeiten, Ärgerkontrolle.

- *Schulische Fähigkeiten:*

Zeitmanagement; Anweisungen von Lehrern befolgen; selbstständige Ausführung von Aufgaben; den Lehrer um Hilfe bitten können.

- *Kooperations- und Mitwirkungsbereitschaft:*

Konstruktiver Umgang mit Kritik; angemessenes Ordnungsverhalten; Beenden von Aufgaben; Befolgen von Regeln.

- *Durchsetzungsfähigkeit:*

Offensein für Komplimente; Zufriedenheit mit sich selbst; von sich aus Gespräche beginnen und an Aktivitäten teilnehmen, neue Freunde gewinnen.

Allgemeine, soziale Kompetenzen sind nach Kanning (2003) Verhaltensweisen, die situationsübergreifend stattfinden (z.B. Extraversion, Perspektivenübernahme). *Spezifische soziale Kompetenzen* treten dort auf, wo Menschen über gewisse, entsprechende Lernerfahrung verfügen.

Man spricht von *sozial kompetenten Verhalten bzw. sozialen Fertigkeiten*, wenn Basisfertigkeiten, z.B. Blickkontakt, adäquat in konkreten Situationen, in Handeln umgesetzt werden (Hinsch & Pfingsten, 2002). Soziale Kompetenz kann *selbst-* oder *fremdeingeschätzt* –und mit Hilfe von Fragebögen oder Verhaltensbeobachtungen in Realsituationen oder Rollenspielen erfasst werden (Dierk et al., 2002).

2.1.2. Entwicklung sozialer Kompetenz

Interventionen bei Kindern greifen besonders gut, wenn sie gezielt auf der Basis eines Entwicklungsmodells der sozialen Kompetenz aufbauen.

Eines der vielen Entwicklungsmodelle, *das Prisma-Modell* von Rose-Krasnor (1997), soll nun kurz erläutert werden: das Fundament des sozialen Kompetenzprismas besteht aus der *Skill-Ebene*, die sich aus sozialen, emotionalen und kognitiven Fertigkeiten zusammensetzt und die Voraussetzung für sozial kompetentes Verhalten darstellt. In der *Indexebene*, die auf dem Fundament aufbaut, sind Aspekte des Gruppenstatus, der Beziehungsgestaltung und der Selbstwirksamkeit im Sozialkontakt angesiedelt. Diese Ebene ist verantwortlich für die soziale Interaktion mit anderen. An der Spitze dieses hierarchisch aufgebauten Modells steht die *soziale Kompetenz*, die als Effektivität in sozialen Aktionen definiert wird.

Nach dem *Modell der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung* unterliegen soziale Kompetenzen einem mehrstufigen Prozess (Dodge, Pettit, McClaskey & Brown, 1986): ausgehend von sozialen Schlüsselreizen, die richtig wahrgenommen und interpretiert werden müssen, stehen unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung, die auf ihre Angemessenheit überprüft werden. Schlussendlich wird die angemessenste Handlung ausgeführt.

Bereits im Vorschulalter sind meist große Fortschritte in der Entwicklung der sozialen Kompetenz (z.B. in der interpersonalen Problemlösung) bemerkbar (Jerusalem und Klein-Heßling, 2002). Demnach können Kinder soziale Schlüsselreize besser interpretieren und je nach Problemlage passende Handlungsalternativen entwickeln. Hier sind aber *große interindividuelle Unterschiede je nach Altersgruppe* festzustellen (z.B. sozial unsichere Kinder, verfügen in sozialen Problemlagen über nicht ausreichend entwickelte Handlungsmöglichkeiten). Zusätzlich sind die

erworbenen sozialen Kompetenzen *situationsspezifisch* (ein Kind kennt viele Handlungsmöglichkeiten, wenn man ihm das Spielzeug wegnimmt; sobald ein Konflikt mit den Eltern auftritt, kennt es kaum Handlungsmöglichkeiten). Einen weiteren Einfluss auf die soziale Kompetenz üben *die soziale Selbstwirksamkeitserwartungen, die Impulsivität und das Ausmaß an emotionaler Erregung* aus (Musun-Miller, 1993). Unter Selbstwirksamkeitserwartungen versteht man die Überzeugung, dass man selbst in schwierigen Situationen soziale Anforderungen durch eigenes Handeln bewerkstelligen kann. Selbstwirksamkeitsüberzeugungen führen erfolgreiches Verhalten auf die eigene Kompetenz zurück. Zweifel an seinen eigenen sozialen Fähigkeiten bewirken Vermeidung sozialer Situationen und in Folge *sozial unsicheres Verhalten* (Connolly, 1998).

Für Caldarella und Merrell (1997) sind folgende drei Einflussgrößen für die Bewältigung sozialer Anforderungen von Bedeutung: (a) *die Fähigkeit zur sozialen Perspektivenübernahme*, (b) *sprachliche Kompetenzen* und (c) *die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung*.

Selman (1980) unterscheidet bezüglich der Fähigkeit zur (a) soziale Perspektivenübernahme fünf Niveaus:

- Im Alter von drei bis acht Jahren schließen Kinder von ihren Beobachtungen auf den „subjektiv-psychologischen Hintergrund“: Dreijährige erkennen anhand des Gesichtsausdrucks verschiedene Gefühle (z.B. Freude), sind sich aber nicht bewusst, dass eine andere Person die gleiche Situation subjektiv anderes interpretiert.
- Kinder im Alter von fünf bis neun Jahren, das entspricht dem nächsten Niveau nach Selman, unterscheiden zwischen äußerlich sichtbaren und verborgenen Emotionen (z.B. eine Person lacht, obwohl sie enttäuscht ist).
- Auf dem nächsten Niveau im Alter von sieben bis zwölf Jahren erkennt das Kind, dass die Perspektive, sich in einen anderen Menschen hineinzusetzen, wechselseitig ist (d.h. es erkennt, dass sich jemand bezüglich seiner Befindlichkeit verstellen kann, um etwas Bestimmtes zu bewirken).
- Im Alter von zehn bis fünfzehn Jahren sehen Kinder Personen, als Systeme von Einstellungen und Werten, die sich über einen längeren Zeitraum halten.
- Auf der höchsten Stufe tritt nach Selman die gesellschaftlich-symbolische Perspektivenübernahme ein: das Kind erkennt, dass Beziehung zwischen Personen auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden (z.B. von der Ebene oberflächlicher Informationen bis zu tiefen Emotionen) und dass nicht alle Emotionen durch Selbstreflexion wahrnehmbar sind.

Sprachliche Fähigkeiten (b) ermöglichen die Initiierung und Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen, ermöglichen eine differenzierte Selbstdarstellung mit dem Ziel, der sozialen Akzeptanz und begünstigen das Erleben sozialer Integriertheit (Jerusalem, Klein-Heßling, 2002).

Einen besonderen Einfluss auf die soziale Kompetenz übt die Qualität der (c) *Eltern-Kind-Interaktion* aus. Eine sichere Eltern-Kind-Bindung wird durch eine unmittelbare, einfühlsame elterliche Reaktionsfähigkeit auf die Signale des Säuglings begünstigt und bildet die Basis für eine positive, kognitive, emotionale, und soziale Entwicklung (Spangler und Zimmermann, 1999). Ist ein Kind bindungssicher, wirkt sich das auch positiv auf sein Explorationsverhalten aus, sowie auch auf die Interaktion mit anderen Kindern (Schölmerich, 1998). Besonders förderlich wirken sich der autoritative Erziehungsstil (emotionale Zuwendung und Verständnis bei gleichzeitigen hohen Erwartungen, klaren Anforderungen, Autonomie innerhalb klar gesetzter Grenzen) und ein positives Familienklima (Erziehung durch Lob, Ermutigung, Offenheit, Sensibilität, Verständnis, demokratische Kommunikationsstrukturen) auf die Kompetenzentwicklung aus (Eickhoff, 2000).

2.1.3. Schule als Lernumwelt für soziale Kompetenzen

Nach Krappmann und Oswald (1995) zählt die Schule objektiv zu dem wichtigsten Lebensbereich eines Kindes, da hier soziale Beziehungen geknüpft werden und Freundschaften entstehen können. Die Qualität der Schule aus der subjektiven Sicht der Schüler ist abhängig von der Qualität der Beziehungen zu den Mitschülern. Auf der einen Seite können *Peers* (darunter versteht man Jugendliche mit vergleichbaren Interessen) die Entwicklung der Interessen, der Einstellungen und der Werte beeinflussen (Connolly, 1989; Wheeler & Ladd, 1982). Gleichzeitig wird der Aufbau eines angemessenen Selbstbildes durch die Auseinandersetzung mit den Verhaltensweisen und Meinungen vor allem von engen Freunden beeinflusst. Auf der anderen Seite kann sich die soziale Ausgrenzung negativ auf die seelische Gesundheit (Depression, sozialer Rückzug, erhöhte Angst) auswirken und zu psychosomatischen Beeinträchtigungen führen (Mynard, Stephen & Alexander, 2000).

Bandura (1997, zitiert nach Jerusalem & Klein Heßling, 2002, S. 167) betont die Relevanz der Interaktionen in der Peergruppe hinsichtlich der Persönlichkeitsentwicklung:

Soziale Selbstwirksamkeitserwartungen verändern sich deutlich, sobald Kinder in größeren Gemeinschaften (z.B. Kindergartengruppe, Schulklasse) in Kontakt mit Gleichaltrigen im Sinne sozialen Lernens das Wissen über ihre eigenen Fähigkeiten erweitern und differenzieren.

Satow (1999) ist aufgrund einer Längsschnittuntersuchung der Ansicht, dass sich das sogenannte *Mastery-Klima*, das sich durch *unterstützende Schüler-Schüler-Interaktionen* (ein starker Klassenzusammenhalt ist auf gegenseitige Rücksichtnahme, soziale Verantwortung, gegenseitige Hilfestellung zurückzuführen) und *individualisierte Lehrer-Schüler-Beziehungen* (Passung von Anforderungen an die individuellen Kompetenzen des Schülers, Förderung des Schülers, Fürsorglichkeit des Lehrers, der sich auch mit den schulischen Problem der Schüler auseinandersetzt) auszeichnet, längerfristig positiv auf die Entwicklung positiver, sozialer Selbstwirksamkeitserwartungen auswirkt. Voraussetzung für das Mastery-Klima ist eine wichtige, weitere soziale Kompetenz, in Problemlagen Hilfe anzufordern und auch in Anspruch zu nehmen (Klein-Heßling & Lohaus, 2002). Weitere Maßnahmen zur Förderung des Mastery-Klimas, sind Regeln für den Umgang mit Klassenkameraden, die freundliche gestaltete Atmosphäre im Klassenzimmer, außerschulische Projekte und kooperative und tutorielle Lernformen, die zur Minderung des Konkurrenzdrucks und des Wettbewerbs beitragen und Außenseiter besser in der Klasse integrieren (Neber, 2001).

Mittlerweile gibt es eine große Auswahl gut überarbeiteter sozialer Kompetenztrainings für Kinder und Jugendliche, die die unterschiedlichsten, ansprechenden Trainingsmaterialien bereitstellen (Merrell & Gimpel, 1998, Petermann, 2002, Webster-Stratton, 2000). In der Regel sind die sozialen Kompetenztrainings *multimodal*, d.h. sie bestehen aus den unterschiedlichsten Ansätzen und das Umfeld des Kindes wird in das Training miteinbezogen (Petermann, 2002).

Die meist angewendeten Trainingsprogramme sozialer Kompetenz sind (1) Verhaltensorientierte Trainings (durch Verhaltenseinübung werden fehlende Fertigkeiten geübt), (2) Selbstkontrolltrainings (Verhaltensmodifikation durch kognitive Steuerung), (3) Soziale Perspektivenübernahmetrainings (Empathietrainings) und (4) Soziale Problemlösetrainings (Generierung neuer Verhaltensmöglichkeiten, Planung von Lösungen durch Beachtung von Hindernissen bei der Problemlösung).

Besonders bei der Behandlung sozialer Ängste und sozialer Unsicherheit wird häufig das *multimodale kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Training* (Petermann & Petermann, 2006) zur Förderung sozialer Kompetenzen eingesetzt, das bereits in dem Kapitel 1.4. ausführlich beschrieben wurde.

2.2. Emotionale Kompetenz

Eine Reihe von Untersuchungen konnte zeigen, dass eine Beeinträchtigung der emotionalen Kompetenz oft auch mit einer verminderten sozialen Kompetenz einhergeht und dass in Folge eine schulische und psychische Fehlanpassung-, im äußersten Fall sogar auch eine klinisch manifeste Verhaltensstörung entstehen kann. Einen besonders großen Einfluss auf die sozio-emotionale Entwicklung, besonders auf die Emotionsregulation, üben die mütterlichen, sozialen Fertigkeiten aus. Eine besonders gut ausgeprägte Emotionsregulation bewirkt eine gut entwickelte Anpassungsfähigkeit des Kindes. Je besser die emotionale Kompetenz entwickelt ist, desto größer ist nachweislich die Akzeptanz bei Mitschülern und desto mehr Sozialkontakte können entstehen.

2.2.1. Definitionen emotionaler Kompetenz

Nach Petermann & Wiedebusch (2002) setzt sich die emotionale Kompetenz aus verschiedenen Komponenten zusammen: dem Emotionsausdruck (angemessene Zeigen eigener Gefühle), dem Emotionsverständnis (Fähigkeit, Gefühle unterscheiden und benennen zu können) und aus der Emotionsregulation (Steuerung von Gefühlen). Salisch (2002) bezeichnet das Verständnis des Prozesses der emotionalen Erfahrung als *Emotionsregulation* und unterscheidet die internale und die externale Emotionsregulation. Unter der *internalen Emotionsregulation* versteht sie die Regulierung des eigenen, subjektiven Erlebens von Gefühlen. Die *externalen Emotionsregulation* betrifft die Handhabung des eigenen Ausdrucks der Gefühle meist in kommunikativen Prozessen.

Für Saarni (1999) setzt sich die emotionale Kompetenz aus acht Schlüsselfertigkeiten zusammen, die sich vor allem nützlich auf soziale Interaktionen auswirken:

- Das Bewusstsein über den eigenen emotionalen Zustand.
- Die Fähigkeit, die Emotionen seiner Mitmenschen aufgrund des Ausdrucksverhaltens richtig zu interpretieren.
- Die Fähigkeit, seinen Emotionen so auszudrücken, dass sie für die Umwelt verständlich sind.
- Die Fähigkeit, auf seine Mitmenschen empathisch eingehen zu können.
- Das Wissen, dass ein innerlich erlebter Zustand nicht dem gezeigten Ausdrucksverhalten entsprechen muss und dass das eigene emotionale Ausdrucksverhalten andere beeinflussen kann.

- Die Bewältigung belastender Situationen durch effektive Problemlösestrategien und mit Hilfe der Selbstregulation.
- Das Bewusstsein, dass zwischenmenschliche Beziehungen von der Kommunikation der Gefühle (z.B. Echtheit des Ausdrucksverhaltens) abhängen.
- Die Fähigkeit zur *emotionalen Selbstwirksamkeit*, d.h. dass man das eigene emotionale Erleben akzeptiert, unabhängig davon, ob es exzentrisch, normal, positiv oder negativ ist (z.B. Menschen lassen sich nicht von negativen Emotionen überwältigen, weil sie sie nicht als ungerechtfertigt sehen).

Zu den Risikofaktoren eines Kindes, eine Störung der emotionalen Kompetenzen zu entwickeln, zählen nach Petermann (2000): *Entwicklungsstörungen* (z.B. Autismus) oder *Entwicklungsretardierungen* (z.B. Down Syndrom), *internalisierende und externalisierende Verhaltensstörungen* sowie eine *temperamentsbedingte Vulnerabilität* (z.B. gehemmtes Temperament). In emotionalen Situationen bewirken diese Risikofaktoren bei Kindern häufig den Ausdruck negativer Emotionen, in Bezug auf den Umgang mit ihren Gefühlen reduzierte Regulationsstrategien, eine hohe physiologische Erregung und minder responsive Reaktionen auf das Verhalten ihrer Bezugspersonen (Thompson & Calkins, 1996). Aber auch *psychische Störungen der Eltern* (z.B. ein unangemessenes Interaktionsverhalten bei depressiven Müttern) oder *Vernachlässigung oder Misshandlung der engsten Bezugspersonen*, wirken sich negativ auf die kindliche, emotionale Kompetenzentwicklung aus. In diesen Fällen zeigen diese Eltern häufig negative Gefühle, unterstützen ihre Kinder selten in ihrer Emotionsregulation und reagieren wenig responsiv auf die kindlichen Bedürfnisse (Field, 1998). Innerhalb dieser Familien wird kaum über Gefühle gesprochen und der angemessene Umgang der Eltern mit Gefühlen scheint beeinträchtigt (Shipman & Zeman, 2001). Diese Risikofaktoren bewirken bei Kindern zumeist mangelnde emotionale Fertigkeiten, die sich zusätzlich negativ auf die soziale Kompetenz auswirken, was wiederum zu Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten bis hin zu klinisch manifesten Verhaltensstörungen führen kann (Petermann & Wiedebusch, 2003).

2.2.2. Entwicklung emotionaler Kompetenz

Saarni (1999) geht davon aus, dass sich das Kind in seinem familiären und kulturellen Umfeld Fertigkeiten aneignet und versucht, diese in der Praxis anzuwenden. In Bezug auf die familiären Interaktionen imitieren Kinder das emotionale Verhalten ihrer Eltern und übernehmen ihre

emotionalen Bewertungen. Gleichzeitig verstärken Eltern mittels Lob und Tadel die emotionale Kompetenz ihrer Kinder. Eltern übernehmen gegenüber ihren Kindern die Position der „Diskurspartner“ ein, wobei ein (non) verbaler Austausch über Gefühle erfolgt. Saarni betont, dass es keine richtigen oder falschen Emotionen gibt, sondern nur Emotionen, die in der Persönlichkeit verankert sind und mit dem Empfinden von Selbstwirksamkeit entweder übereinstimmen oder nicht. Abhängig von der moralischen Einstellung von Werten wird das emotionale Verhalten und Empfinden bewertet. Die emotionalen Fertigkeiten hängen demnach eng mit den moralisch beeinflussten Fähigkeiten wie Empathie, Gerechtigkeit, Selbstkontrolle und Reziprozität (deren gegenseitigen Begünstigung) zusammen.

2.2.3. *Beeinträchtigte emotionale Fertigkeiten bei Kindern mit Angststörungen*

Besonders Kinder mit Angststörungen und Kinder mit (weit weniger oft auftretenden) Depressionen verfügen über eine verminderte, emotionale Kompetenz (Melfesen, 1999).

Melfesen, Osterlow und Florin (2003) kamen in ihrer Studie, an der acht- bis zwölf Jährige teilnahmen, zu der Erkenntnis, dass sozial ängstliche Kinder im Gegensatz zu der Kontrollgruppe gesunder Kinder, über einen *eingeschränkten, mimischen Emotionsausdruck* verfügten. So konnte eine niedrigere Gesamtanzahl an mimischen Bewegungen festgestellt werden. Nachdem auch bei den Müttern der sozial ängstlichen Kindern, eine geringere Intensität der willentlich produzierten Emotionsausdrücke beobachtbar war, wie bei den Müttern gesunder Kinder, gehen Melfesen et al. davon aus, dass das der Grund sein könnte, wodurch sozial ängstlichen Kindern das Erlernen eines angemessenen, mimischen Ausdrucksverhalten erheblich erschwert wird. Insgesamt scheinen nach Melfesen et. al. (2003) soziale ängstliche Kinder Schwierigkeiten zu haben (in nicht sozialen Situationen), positive Emotionen, wie Freude zu zeigen. Möglicherweise liegt das daran, dass sozial ängstliche Kinder die Kontrolle über ihren Gesichtsausdruck nicht verlieren möchten.

In ihrer Studie konnten Simonian, Beidel, Turner, Berkes und Long (2001) feststellen, dass Kinder und Jugendliche, bei denen eine soziale Phobie (nach DMS-IV) festgestellt wurde, die Fähigkeit, den *mimischen Gesichtsausdruck anderer Personen zu interpretieren*, eingeschränkt war. Die Kinder und Jugendlichen mussten auf Bildern emotionale Gesichtsausdrücke (z.B. Freude, Ekel, Überraschung, Angst, Ärger, Traurigkeit) feststellen. Vor allem bei den Emotionen Traurigkeit, Ekel, Freude erzielten die sozial ängstlichen Kinder signifikant schlechtere Ergebnisse wie die Kontrollgruppe gesunder Gleichaltriger.

Interessanterweise konnten Melfsen und Florin (2003) diese Ergebnisse in ihrer Studie nicht bestätigen, da in ihrer Studie die acht bis zwölfjährigen sozial ängstlichen Kinder sowohl positive, wie auch negative Gefühle gleich gut wahrnehmen konnten, wie die Kontrollgruppe gesunder Gleichaltriger. Allerdings konnten sie feststellen, dass die sozial ängstlichen Kinder neutralen Gesichtsausdrücken entweder einen positiven oder einen negativen Emotionsausdruck zuordneten. Die sozial ängstlichen Kinder benötigten wesentlich *mehr Zeit*, um die Emotionen, die mimisch dargestellt wurden, zu deuten, als die Kontrollgruppe. Melfsen et al. schließen daraus, dass sozial ängstliche Kinder aufgrund der Reaktionszeit Schwierigkeiten in der Interpretation mimischer Gesichtsausdrücke haben. Möglicherweise hängt das damit zusammen, dass sozial, ängstliche Kinder vermeiden, ihre Aufmerksamkeit auf Gesichtszüge zu lenken.

In mehreren Studien konnte nachgewiesen werden, dass Kinder und Jugendliche mit einer diagnostizierten, generalisierten Angststörung nach DSM-IV im Alter von acht- bis 18 Jahren emotional zweideutige und neutrale Informationen eher als bedrohlich wahrnahmen, als die Kontrollgruppe gesunder Gleichaltriger (Taghave, Neshat-Doost, Moradi, Yule & Dalgleish, 1999; Taghavi, Neshat-Doost, Moradi, Yule & Dalgleish, 2000). Möglicherweise liegt das nach Thompson (2001) daran, dass bei diesen Kindern und Jugendlichen durch die selektive Aufmerksamkeit für bedrohliche, emotionale Informationen eine *verzerrte Wahrnehmung* und eine *emotionale Übererregung* ausgelöst wird, die die Emotionsregulation erschwert.

Southam-Gerow und Kendall (2000) konnten bei einer Stichprobe von Sieben bis Vierzehnjährigen mit Angststörungen (soziale Angststörung, generalisierte Angststörung, Trennungsangst nach DSM -IV) *mangelndes Emotionsverständnis* nachweisen, d.h. ihre Emotionsregulation reichte nicht aus, um Ihre Emotionen zu verstecken bzw. zu verändern. Nach Greenberg, Kusche, Cook & Quamma (1995) sollte eine Therapie für sozial ängstliche Kinder Übungen beinhalten, die den mimischen Emotionsausdruck und das Erkennen von mimischen Emotionsausdrücken fördern, wie auch Übungen, die diesen Kindern die Überwindung der vorhandenen, emotionalen Defizite erleichtern.

2.1. Zusammenhang sozialer – und emotionaler Kompetenz

Unzureichende emotionale- und soziale Kompetenzen wirkt sich nachweislich auf *die soziale, schulische und psychische Fehlanpassung* von Kindern und Jugendlichen aus (Denham et al., 2000; Merrell, 2003; Petermann & Wiedebusch, 2002). Ein Mangel sozial-emotionaler Fertigkeiten tritt häufig mit *internalisierenden und externalisierenden Verhaltensproblemen* auf

(Reichle & Gloger-Tippelt, 2007). Darauf aufbauend wurden sozial-emotionale Trainings entwickelt, die den Kindern gezielt Fertigkeiten (in Form von präzisen Verhaltensfeedbacks, Verstärkung des Zielverhaltens und durch die Übertragung der erlernten Fertigkeiten auf Alltagssituationen) vermitteln.

In Anlehnung an das Prisma-Modell entwickelten Halberstadt, Denham und Dunsmore (2001) das *Konzept der affektiven, sozialen Kompetenz (ASK)* (siehe Kap.2.1.2), das von einer dynamischen Beziehung zwischen emotionaler und sozialer Kompetenz ausgeht. Im Mittelpunkt dieses Modells steht die Interaktion zwischen zwei Beteiligten, die aus drei Prozessen besteht: dem Senden, dem Empfangen und dem Erleben von Gefühlen. In mitten dieser 3 Komponenten steht das Selbst, das über Wissensinhalte, Temperament, Selbstkonzept und Weltanschauung verfügt. Innerhalb dieser Prozesse interagieren vier Fertigkeiten: 1) die Bewusstheit, 2) Identifizierung der beteiligten Emotionen, 3) die Abstimmung mit dem Kontext und 4) die Fähigkeit zur Konzentration auf relevante Botschaften. Demnach wirkt sich der Stand der emotionalen Entwicklung auf die Beteiligung in Interaktionen mit anderen sowie auf die Selbstdarstellung aus. Die Autoren verstehen unter dem Begriff der *affektiven, sozialen Kompetenz*, die Fähigkeit, sich seiner Gefühle bewusst zu sein, diese auch äußern zu können, aber auch die Fähigkeit, Gefühle anderer zu interpretieren und adäquat reagieren zu können. Eisenberg et al. (2001) konnten zeigen, dass sich eine optimale *Emotionsregulation* positiv auf die soziale Kompetenz und auf die Anpassungsfähigkeit auswirkt. Externalisierende Verhaltensstörungen sind besonders häufig bei Kindern mit einer mangelnden Fähigkeit zur Emotionsregulation festzustellen.

Wird ein Kind häufig mit intensivem Erleben von Angst konfrontiert, kann eine soziale Hemmung prognostiziert werden, hingegen das häufige Erleben von Ärger bedingt meistens eine gering ausgeprägte soziale Kompetenz. Die Emotionsregulation des Kindes wird von der Qualität des Gefühlsausdruckes der Mutter ihrem Kind gegenüber beeinflusst. Prinstein und La Greca (1999) gehen überhaupt davon aus, dass *mütterliche, soziale Fertigkeiten* den größten Einfluss auf die Entwicklung sozialer Kompetenzen ihres Kindes ausüben.

Smith (2001) betont, dass die Kinder im Alter zwischen vier und fünf Jahren, von Gleichaltrigen als Spielgefährte bevorzugt - und besser akzeptiert werden, die über gute soziale und emotionale Fertigkeiten (größeres Emotionswissen, bessere Emotionsregulation, geringes Ausmaß an aggressiver Konfliktlösungen) verfügen. Zehnjährige, die Emotionen in der Stimmlage erkennen konnten, wurden generell von Gleichaltrigen bevorzugt und besser akzeptiert (Collins & Nowicki, 2001).

Izard et al. (2001) kamen in ihrer Längsschnittstudie zu der Erkenntnis, dass Fünfjährige, die im Vorschulalter die emotionale Kompetenz besitzen, den mimischen Ausdruck diverser Emotionen

richtig zu deuten und zu benennen, im Grundschulalter über mehr Kontakte zu ihren Mitschülern verfügen. Dieses Ergebnis bestätigten auch Schultz, Izard, Ackermann und Youngstrom (2001), die in ihrer Studie feststellten, dass mit Hilfe des Emotionsverständnisses sechs- bis siebenjähriger Kinder, soziale Probleme und soziale Zurückgezogenheit im ersten Schuljahr prognostiziert werden kann.

3. Aufmerksamkeit

In dieser Arbeit sollen nicht nur Veränderungen der sozialen und emotionalen Kompetenz, die im Zuge der MTI bei sozial unsicheren Mädchen aufgetreten sind, evaluiert werden, sondern auch die durch die Intervention hervorgerufene Veränderungen der Aufmerksamkeit, da diese allen kognitiven Prozessen zugrunde liegt, sich dementsprechend auf die Informationsverarbeitung auswirkt, die wiederum ein entscheidender Faktor für den Erfolg dieses tiergestützten Kompetenztrainings darstellt. Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über das Konstrukt der Aufmerksamkeit gegeben werden. Weiterführende Informationen sind bei Scherrer (2009) nachzulesen, die im Zuge einer MTI-Evaluation Veränderungen betreffend der Aufmerksamkeit bei geistig abnormen Rechtsbrechern untersucht hat.

3.1. Definitionen der Aufmerksamkeit

Nachdem das Konstrukt der Aufmerksamkeit sich teilweise mit anderen Konstrukten überschneidet, soll nun kurz näher erläutert werden, was genau unter Aufmerksamkeit, Konzentration, und Arbeitsgedächtnis zu verstehen ist.

„Humans are constantly flooded with an infinite number of signals from outside and within. Attention frames this input with regard to the available capacity of the individual...Therefore, attention acts as a gate for information flow in the brain“ .

Cohen (1993, S. 3) sieht den Zweck der Aufmerksamkeit darin, unter den unendlichen Reizen, die auf uns einströmen, nur die relevanten Reize zur weiteren Informationsverarbeitung zuzulassen, damit das kognitive System nicht überlastet wird.

Schmidt-Atzert, Krumm und Bühner (2008) verstehen unter *Aufmerksamkeit* die willentliche oder unwillentliche Selektion von unmittelbar, wahrgenommenen, relevanten, externen Reizen. Die Relevanz der Stimuli hängt dabei von einem bestimmten Bestreben (z.B. bei Verlangen nach Nikotin wird Ausschau nach einem Zigarettenautomat gehalten) ab oder erfolgt unwillentlich (z.B. durch Lernprozesse wie das Gefahrensymbol für Gift). Das *Arbeitsgedächtnis* hingegen ist mit dem kurzfristigen Speichern an der Anwendung relevanter Informationen beschäftigt.

Aufmerksamkeit und Konzentration werden von diversen Autoren nicht unterschieden. Schmidt-Atzert et al. (2004) trennen diese zwei Konstrukte und bezeichnen die *Aufmerksamkeit* als Wahrnehmungsprozess. Den Prozess, der an die Wahrnehmung anschließt und bis zur Auswahl einer Reaktion führt, bezeichnen sie als *Konzentration*. Westhoff und Hagemeyer (2005) bezeichnen *Konzentration* als den Einsatz willentlicher Anstrengung. Überschneiden sich diese zwei Konstrukte, dann kann man von der *konzentrierten Aufmerksamkeit* sprechen, die eingesetzt wird, sobald Aufmerksamkeitsleistungen unter besonders schweren Bedingungen (z.B. Zeitdruck, lang anhaltender Lärm) stattfinden.

Weitere Teilaspekte der Aufmerksamkeit sind nach Cohen (1993), Kausler (1991), van Zomeren und Brouwer (1994) die *Vigilanz*, die selektive/ fokussierte Aufmerksamkeit und die geteilte Aufmerksamkeit: unter *Vigilanz* (Daueraufmerksamkeit) versteht man einen bestimmten Aktivierungsgrad, der es dem Menschen ermöglicht, eine Veränderung in einer Reihe von gleichförmigen Reizen wahrzunehmen (z.B. bei der Qualitätskontrolle von Waren müssen die Fehlerhaften aussortiert werden, Heubrock & Petermann, 2001). Die *selektive oder fokussierte Aufmerksamkeit* bezeichnet die Fähigkeit, schnell aus einer Vielzahl von Reizen, lediglich auf den relevanten Reiz zu reagieren und sich dabei nicht durch irrelevante Reize ablenken zu lassen (z.B. bei einer Party konzentriert man sich nur auf den direkten Gesprächspartner und lässt sich nicht durch andere Gespräche ablenken). Gelingt es uns, mehrere Aufgaben gleichzeitig zu bearbeiten, spricht man von der Fähigkeit zur *geteilten Aufmerksamkeit* (z.B. während beim Autofahren können wir uns gleichzeitig auf den Verkehr konzentrieren, einen Parkplatz suchen und mit unserem Beifahrer über den Valentinstag plaudern).

Posner und Petersen (1990) postulieren drei Grundfunktionen der Aufmerksamkeit: (a) die Zuwendung zu sensorischen Stimuli (b) die Entdeckung von Reizen und (c) das Aufrechterhalten des wachsam (vigilanten) Zustandes.

3.2. Entwicklungspsychologische Grundlagen

Die Entwicklung der Aufmerksamkeit wird meistens im Zusammenhang mit der Wahrnehmungsentwicklung (die, Flavell, 1979, als Entwicklung der Aufmerksamkeitsselektivität darstellt) bzw. mit der Entwicklung der Handlungssteuerung in Verbindung gebracht (Schöll, 1997).

Anfangs wird die selektive Aufmerksamkeit des Säuglings durch die Gestaltung der Umwelt beeinflusst (Flavell, 1979): z.B. die Eltern leiten ihre Kinder an, indem sie die zu beachtenden Stimuli betonen.

Mit zunehmenden Alter steigen die Erfahrungen des Säuglings und somit die Aufmerksamkeitsselektivität: der Säugling lernt, seine Aufmerksamkeit gezielt auf bestimmte Umweltreize zu lenken. Mit der Zeit verlieren die Außenreize ihre Bedeutung (Wagner, 1991) und innere, kognitive Funktionen steuern und kontrollieren die Aufmerksamkeitsselektivität.

Wright und Vliestra (1975) beschreiben diesen Prozess als Entwicklung vom Erkunden zum Suchen: zuerst erkundet der Säugling unsystematisch seine Umgebung bis seine Aufmerksamkeit zielorientiert, systematisch und aufgabenorientiert erfolgt. Die Entwicklung der Aufmerksamkeit wird nachhaltig von den wechselseitigen Interaktionen zwischen Kind und Eltern beeinflusst. In der Schulzeit wirken sich physikalisch-materielle Bedingungen und soziale Systeme (vor allem die Wechselbeziehung zwischen Kind und Lehrer) auf die Aufmerksamkeitsleistung aus (Nickel, 1991). Die ersten Ansätze zur sprachlichen Selbststeuerung, als Strategie der Aufmerksamkeitssteuerung sind bereits im Vorschulalter bemerkbar (Wagner, 1977). Je älter die Kinder werden (vor allem im Schulalter), desto besser können sie sich auf die Aufmerksamkeitsanforderungen einstellen und desto flexibler werden ihre Aufmerksamkeitsstrategien: sie erlangen *Kontrollfähigkeiten* (z.B. sie lernen, irrelevante Reize auszuschalten und unterscheiden zwischen aufgaberelevanten und- irrelevanten Inhalten); ihr Aufmerksamkeitssystem wird *anpassungsfähiger* (z.B. das Kind kann seine Selektivität wenn gefordert auf spezifische Aufgabenstellungen richten) und ihre *planmäßiges Handeln* nimmt zu (Flavell, 1979).

3.3. Aufmerksamkeit bei sozial unsicheren Kindern

Viele kognitive Theorien von Angststörungen bei Erwachsenen und Kindern gehen davon aus, dass potenziell bedrohliche Stimuli die Aufmerksamkeit der sozial ängstlichen Person dermaßen einnimmt, so dass sie sich ausschließlich auf den bedrohlichen Reiz konzentrieren kann (*Hypervigilanz*) und damit eine Wahrnehmungsverzerrung einsetzt (Mathews & Mackintosh, 1998, Öhman, 2005).

Einige Studien konnten die *Hypervigilanz* bestätigen, bei der sich Kinder bedrohlichen Reizen zuwenden:

Demnach ist pathologische Angst auf eine enorme, chronische Aktivierung kognitiver Schemata zurückzuführen, die sich thematisch auf Bedrohung und Gefahr fokussiert (Kendall, 1985). Ängstliche Kinder reagieren in Folge mit zwei Arten kognitiven Fehlverhaltens: 1) sie neigen dazu, ihre *selektive Aufmerksamkeit auf bedrohliche Reize* zu richten 2) und *mehrdeutige Situationen als bedrohlich* einzustufen.

In der Studie von Vasey und Mitarbeitern (1995) wurde die Aufmerksamkeit bei einer Stichprobe klinisch ängstlicher Kinder mit einer Kontrollgruppe gesunder Kinder untersucht. Dabei wurden die Reaktionszeit und die visuelle Aufmerksamkeit bei neutralen und emotional, bedrohlichen Wörtern gemessen. In der Kontrollgruppe konnte kein Unterschied bezüglich der Aufmerksamkeit gegenüber den neutralen und den bedrohlichen Worten festgestellt werden. Hingegen bei den Kindern mit Angststörung deuteten die Ergebnisse auf eine *Hypervigilanz* bezüglich der bedrohlichen Wörter hin.

Die Autoren gehen deshalb davon aus, dass der *Aufmerksamkeitsfokus* (generalisierte Tendenz zur Wahrnehmung bedrohlicher Reize) übermäßige Angst bewirkt und dadurch die Aufrechterhaltung der Angststörung begünstigt.

Auch in der Studie von Dubner und Motta (1999) konnte die selektive Aufmerksamkeit in Bezug auf bedrohliche Reize ängstlicher Kinder nachgewiesen werden. Dabei wurden sexuell missbrauchte Kinder mit und ohne Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) einer „Stroop-Aufgabe“ unterzogen, bei der die Kinder die Farbe eines neutralen - oder eines Reizes, der mit dem Trauma in Verbindung steht, benennen sollten. Dabei stellte sich heraus, dass die sexuell missbrauchten Kinder mit PTBS signifikant *länger* brauchten, um die Farbe des (auf das Trauma bezogenen) Reizes zu benennen, als die Kontrollgruppe ohne PTBS.

Chansky und Kendall (1997) untersuchten negative, soziale Erwartungen von Kindern mit Angststörungen (Störung mit Trennungsangst, Störung mit Überängstlichkeit, Störung mit Kontaktvermeidung) und von Kindern ohne Angststörungen. Den Kindern wurde ein Videofilm gezeigt, auf dem sie Gleichaltrige beim Spielen beobachten konnten. Zusätzlich bekamen sie die Information, dass sich diese spielenden Kinder im Nebenzimmer befinden. Mittels Fragebögen und einer Gedankenliste wurden die negativen, sozialen Erwartungen erhoben. Die Ergebnisse zeigten, dass sich sozial ängstliche Kinder in Bezug auf ihre soziale Kompetenz in einer neuen sozialen Situation unterschätzen. Negative Gedanken und die Erwartung von Gleichaltrigen abgelehnt und zurückgewiesen zu werden, war bei den Kindern mit Angststörung wesentlich größer als in der Kontrollgruppe. Die Autoren schließen daraus, dass die *negative Selbstwahrnehmung* und die *vermehrten negativen Erwartungen* damit zusammenhängen, dass Kinder mit Angststörungen eine Beurteilung und eine Bedrohung durch ihr Umfeld wahrnehmen. Außerdem konnte die Tendenz festgestellt werden, dass sozial ängstliche Kinder die Wahrscheinlichkeit, dass negative Konsequenzen auftreten, wesentlich überschätzen (Eisen & Kearney, 1995). Möglicherweise verlangen überängstliche Kinder deshalb öfters nach Bestätigung bzw. Rückversicherung und werden aufgrund dieses Verhaltens als *auffällig selbstbezogen* charakterisiert.

Barrett, Dadds, Rapee und Ryan (1996) verglichen die Kognitionen von Kindern mit Angststörungen (Überängstlichkeitsstörung, einfacher Phobie, sozialer Phobie, Trennungsangst) mit einer Kontrollgruppe unauffälliger Kinder und mit Kindern mit oppositionellem Trotzverhalten.

Die Kinder wurden mit mehrdeutigen Situationen konfrontiert, die soziale und körperliche Bedrohungen beinhalteten. Die Kinder wurden gebeten, den Inhalt dieser Situationen wiederzugeben und Vorschläge zu bringen, wie sie die Situationen verändern würden. Dabei zeigte sich, dass ängstliche Kinder öfters mit Vermeidungsverhalten reagieren und mehrdeutige Situationen von den Kindern mit Angststörungen und den Kindern mit dem oppositionellem Trotzverhalten bedrohlicher eingestuft wurden, als von der nicht-klinische Stichprobe.

Andere Theorien wenden sich von der *Hypervigilanz* ab und gehen von der *Hypervigilanz-Vermeidungs-Hypothese* aus, die besagt, dass der Ängstlichkeit ein komplexeres Muster von Aufmerksamkeitsverzerrungen zugrunde liegt (Amir, Foa & Coles, 1998; Mogg, Bradley, De Bono & Painter, 1997). Demnach wenden ängstliche Personen ihre Aufmerksamkeit auf den bedrohlichen Reiz und vermeiden diesen anschließend, wodurch sie keine Veränderung in dem bedrohlichen Stimulus wahrnehmen können und eine Habituation (Gewöhnung) verhindert wird. Die Verarbeitung der furchteinflößenden Reize kann demnach nicht einsetzen und die Angst bleibt bestehen. Eine experimentelle Überprüfung dieser Hypothese ist nur mit einer direkten Messung der Aufmerksamkeit mittels der Erfassung der Augenbewegungen möglich. Dabei zeigten bisherige Ergebnisse, dass ängstliche Personen anfangs länger den bedrohlichen Stimulus fokussieren, als wenig ängstliche Personen.

Bei ängstlichen Kindern wurde die Hypervigilanz-Vermeidungs-Hypothese erst in wenigen Studien überprüft und bestätigt (In-Albon et al., in press; Gamble & Rapee, 2009). Heinrichs und Reinhold (2010) konnten allerdings das Hypervigilanzmodell in ihrer Studie nicht bestätigen. Die Ergebnisse ihrer Pilotstudie zeigen, dass sich sowohl sozial ängstliche, wie auch nicht ängstliche Kinder auf stark aversive Stimuli mit einer Vigilanzreaktion orientieren. Die wenig sozial ängstlichen Kinder passten ihre Aufmerksamkeit an den Reiz an, während die hoch sozial ängstlichen Kinder nach einer kurzen Vermeidungsphase erneut ihre Aufmerksamkeit dem Reiz widmeten. Diese Vigilanzreaktion für wütende Gesichter in der kontrollierten Informationsverarbeitung konnten auch teilweise in der Studie von Gamble und Rapee (2009) nachgewiesen werden. Ebenso kamen Heinrichs und Reinhold (2010) in ihrer Studie zu der Erkenntnis, dass sozial bedrohliche Reize *abhängig vom Kontext* verarbeitet werden: ist der Kontext sozial indifferent, lenken Kinder mit ausgeprägter sozialer Ängstlichkeit ihre Aufmerksamkeit auf den sozial negativen Stimulus. Im positiven Kontext hingegen können sie sich vom negativen Reiz lösen. Davon ausgehend, empfehlen die Autoren ein Aufmerksamkeitstraining in Kombination mit anderen Therapieansätzen für sozial ängstliche Kinder, weisen aber auch darauf hin, dass man hier die Kontextabhängigkeit der Informationsverarbeitung berücksichtigen und in weiteren Studien evaluieren müsse.

4. TIERGESTÜTZTE INTERVENTIONEN

In diesem Kapitel werden bisherige Forschungsergebnisse bezüglich der unterschiedlichen Wirkmechanismen tiergestützter Interventionen (im speziellen auch im Bereich verhaltensauffälliger, sozial unsicherer Kinder) zusammengefasst. Die Kommunikation zwischen Mensch und Tier, die wesentlich am Erfolg tiergestützter Programme beteiligt ist, wird näher beschrieben. Außerdem werden die Formen tiergestützter Intervention überblicksmäßig erläutert und das Konzept der multiprofessionellen, tiergestützter Intervention (MTI) vorgestellt.

4.1. Wirkungsebenen tiergestützter Interventionen

Innerhalb der letzten drei Jahrzehnte konnten durch zahlreiche Studien die Effekte von Tierkontakt und tiergestützten Therapien nachgewiesen werden (Prothmann, 2007).

Mc Culloch (1983) entwarf basierend auf dem *bio-psycho-sozialen Modell der Gesundheit* eine Einteilung der vielfältigen Tiereffekte: Tiere wirken dabei nicht nur auf die einzelnen psychischen, biologischen und sozialen Ebenen, sondern setzen vielmehr eine Wechselwirkung dieser drei Ebenen, die nun beschrieben werden soll, frei.

Auf der biologischen Ebene konnte eine blutdruck- und herzfrequenzsenkende Wirkung, die durch ein Tier, das sich im gleichen Raum befindet, ausgelöst wird und mit einer 40 – minütigen Hypnose zu vergleichen ist, in einer Studie von Katcher, Segal und Beck (1984) nachgewiesen werden. Zahnärzte stellen aus diesem Grund oft Aquarien in ihr Wartezimmer. Das Streicheln von Tieren und aber auch ihren Anblick allein wirkt muskelentspannend. Es konnte nachgewiesen werden, dass Tiere allgemein das Gesundheitsverhalten ihrer Besitzer beeinflussen: sie werden aktiver, verlassen häufiger das Haus, ernähren sich gesünder und folge dessen nehmen die Arztbesuche ab (Dembicki und Anderson, 1996, Raina, Waltner-Toews, Bonnett, Woodward und Abernathy, 1999). Eine gesündere Eigenernährung, eine verbesserte Eigenversorgung und eine intensivere Eigenpflege konnte durch die Pflege, das Versorgen und Sich-Kümmern um ein Tier nachgewiesen werden (Cusack & Smith, 1984; Chinner & Dalziel, 1991). Einen wesentlichen Einfluss auf die Genesung bei Erkrankungen übt die verminderte Ausschüttung von Stresshormonen aus (Friedmann et al.).

Eindeutig belegt werden konnten die gesundheitsförderlichen und lebensverlängernden Effekte durch den Vergleich von Blutdruck, Triglyceriden und Cholesterinwerten bei Herz- Kreislauferkranken, die sich durch das Beobachten und das Streicheln von Tieren und den direkten Körperkontakt einstellten (Haase, 1995; Anderson, Reid & Jennings, 1992; Jennings & Reid, 1998). Einige Forscher (Hansen, Messinger, Baun, Megel, 1999, Nagengast, Baun, Megel, Leibowitz, 1997) kamen zu den Ergebnissen, dass Tiere besonders in stressreichen Situationen bei Kindern, etwa bei einer körperlichen Untersuchungen oder bei postoperativen Trainings, motivierend, angstlösend, herz- und blutdrucksenkend wirken. Die stressmindernde Wirkung von Hunden wurde auch bei speziellen Leseprojekten für Kinder mit Legasthenie eingesetzt (Kuntze, 2006). Kinder haben Spaß daran, Hunden etwas vorzulesen, ohne unterbrochen zu werden und weil sie das Gefühl haben, dass ihnen der Hund geduldig zuhört.

Gerade in der westlichen Welt neigen wir dazu, dem anderen nicht zu nahe zu kommen und bei der Begrüßung gerade nur die Hand zu schütteln. Für Tiere ist der Körperkontakt ein Mittel zur Kontaktaufnahme. Es spielt für sie keine Rolle, ob ihr Gegenüber ein sozial ausgegrenzter Mensch ist, ein Obdachloser, ein an Demenz erkrankter Mensch oder ein sozial unsicheres Kind. Tiere erfüllen auf *psychologischer Ebene* das Bedürfnis nach Kontakt und nach bedingungsloser Nähe und tragen so zu einem menschwürdigen Dasein und stabiler Befindlichkeit bei (Prothmann, 2007). Durch die tiergestützte Therapie konnte die Blickkontaktvermeidung und zwanghafte Bewegungswiederholungen nachweislich reduziert werden (Prothmann, Ettrich & Prothmann, 2009). Tiere fördern nach Nestmann (1994) unser positives Selbstbild, Selbstwertgefühl und unser Selbstbewusstsein, in dem sie uns konstant Wertschätzung entgegenbringen, uns das Gefühl geben, gebraucht zu werden. In Momenten, in denen ein Hund unser Kommando befolgt, steigt unsere Selbstwirksamkeit, weil wir das Gefühl haben, etwas bewirken zu können. Durch die Stressreduktion und damit hervorgerufene Entspannung, gelingt es uns mit der Hilfe von Tieren, unsere Wahrnehmung zu verändern, gelassener zu reagieren und sich kleiner Freuden bewusst zu werden (Allen, Shykoff und Izzo, 2001). Ebenso konnte durch Kotschral und Ortbauer (2003) die aggressionshemmende Wirkung von Tieren bestätigt werden. Nicht zu unterschätzen ist die antidepressive- und antisuizidale Wirkung von Tieren, die sich durch Vertrautheit, emotionale Zuwendung, durch die Förderung von Aktivität, Erleben von Freude und Spaß im Umgang mit dem Tier entfaltet. Auch in geriatrischen Institutionen konnten nachweislich die förderlichen Wirkungen von regelmäßigen Tierbesuchen im Bereich des emotionalen Wohlbefindens und geistiger Aktivität, festgestellt werden (Olbrich & Otterstedt, 2003). Die angstlösende und entspannende Wirkung konnte durch Wilson (1991) nachgewiesen werden. Aber auch Melson, Windecker-Nelson und Schwarz (1997) führen größeres Selbstvertrauen, weniger Ängstlichkeit und geringeren Rückzug auf die enge Bindung zwischen Kind und Hund zurück.

Für Philippe (1995) ist die Vertrautheit dem Therapietier gegenüber und die Vorhersagbarkeit des Verhaltens des Tieres für den Wunsch einer häufigeren Interaktion und an reduzierteren Ängsten und Hemmungen verantwortlich, wodurch auch die Aufmerksamkeit verstärkt und Lernprozesse angeregt werden. Dass sich Heim- und Therapietiere auch positiv auf die Reduzierung aggressiver und depressiver Episoden auswirken, zeigten die Ergebnisse bei geistig beeinträchtigten und verhaltensauffälligen Kindern und Alzheimerpatienten (Fritz, Farver & Kass, 1995).

Endenburg (2003) geht davon aus, dass Tiere die Basis für die pädagogische und therapeutische Arbeit schaffen, in dem sie z.B. die Situation eines Erstgesprächs, einer Eingangsdiagnose entschärfen, in dem sie Angst nehmen, eine Vertrauensbasis schaffen und über die analoge Kommunikation (siehe Kapitel 4.3.) eine Mittlerfunktion zwischen Kind und Therapeuten übernehmen, in dem Fragen und über das Tier beantwortet werden. Vor allem schwer traumatisierte Kinder (nach sexuellem Missbrauch, Kriegserfahrungen, Umweltkatastrophen) können sich so zuerst gegenüber dem Therapietier öffnen und in spätere Folge auch sich selbst - und anderen gegenüber.

Messent (Nestmann, 1994) konnte in seiner Studie im Londoner Hyde Park durch die Beobachtung von Spaziergängern mit/ohne Hund in Begleitung nachweisen, dass Hunde durch ihre „Eisbrecherfunktion“ das Herstellen zwischenmenschlicher, sozialer Kontakte erleichtern und somit Einsamkeit und Isolation entgegenwirken und so auf der *sozialen Ebene* auf den Menschen wirken. Auch Otterstedt (2003) belegt die Förderung sozialer Kontaktbereitschaft und die Vermittlung von positiver sozialer Attribution. Selbst in Spitälern, Pflegeeinrichtungen, Heimen fördert die Tierhaltung die soziale Interaktion (Olbrich und Jonas, 1998): das Pflegepersonal unterhält sich öfters mit den Bewohnern und Familien besuchen öfters ihre Angehörige mit ihren Kindern, die gerne Tiere beobachten, wodurch die intrafamiliäre Kommunikation und der Familienzusammenhalt gestärkt wird. Die Bewohner unterhalten sich untereinander vermehrt, der Inhalt der Gespräche dreht sich meistens um die Tiere, als um gesundheitliche Probleme. Hergovich, Monshi, Semmler & Zieglmayer, 2002 konnten bei den Schülern einen höheren Integrationsgrad in der Klasse feststellen. Die allgemeine Steigerung des positiven Sozialverhaltens konnte eindeutig in Studien belegt werden (Kongable, Stolley & Buckwalter, 1990). Klassentiere wirken in der Funktion der Kontaktvermittler in der Schulklasse und helfen Schülern mit Kontaktschwierigkeiten, zu einer verbesserten Integriertheit in der Klasse und einer verbesserten, sozialen Verantwortung (Endenburg, 2003). Hoff und Bergler (2006) konnten nachweisen, dass sich eine vertrauensvolle, kontinuierliche Mensch-Tier-Beziehung förderlich auf das prosoziale Verhalten auswirkt.

4.2. Formen tiergestützter Interventionen

Im angloamerikanischen Raum werden tiergestützte Interventionen in zwei Gruppen unterteilt: *Animal-Assisted-Activities (AAA)* sind Interventionen, mit dem Ziel, die Lebensqualität durch den Besuch von Tieren und ihren Tierhaltern (geschultem Fachpersonal, Freiwillige, Paraprofessionelle) zu verbessern. Spezielle Ziele sind nicht geplant, es besteht keine Dokumentationspflicht, die Besuche erfolgen meist spontan und die Dauer richtet sich nach dem Wunsch des Besuchten.

Im Gegensatz dazu ist die *Animal-Assisted-Therapy (AAT)* eine zielgerichtete Intervention, die nach Cole und Gawlinski (2000) soziale, physische, emotionale und kognitive Kompetenzen fördert. Die Dauer der Intervention richtet sich individuell nach der Befindlichkeit des Trainingsteilnehmers. Es besteht Dokumentationspflicht und der Fortschritt der Intervention wird fortlaufend evaluiert. Durchgeführt wird AAA von Professionisten aus dem Gesundheits- und Sozialbereich (Delta Society, 2011). Weiterführende Informationen zu den Formen tiergestützter Interventionen sind in den Arbeiten von Scherrer (2009) und Raffetseder (2008) zu entnehmen.

4.3. Kommunikation zwischen Mensch und Tier

Watzlawick, Beavin und Jackson (2003) stellen die Behauptung auf, dass der Mensch über zwei verschiedene Wege kommuniziert. Bei der *verbalen (digitalen) Kommunikation* findet eine Digitalisierung statt, da eine Transformierung der Botschaft des Senders in gesprochene oder geschriebene Zeichen stattfindet. Der Empfänger muss dann in der Lage sein, diese Botschaft zu entschlüsseln. Menschen geben mittels verbaler Kommunikation Informationen über Dinge und um Wissen weiter. Bei der *nonverbalen oder analogen Kommunikation* wird die Nachricht mittels Blickkontakt, Mimik, Gestik, Berührung, Körperhaltung, Körperbewegung, die räumliche Distanz zum Empfänger, Stimmhöhe, Stimmlage, Lautstärke, Sprechtempo und aber auch über Kleidung und Statussymbole vermittelt (Frindte, 2001).

Laut Watzlawick et al. (2003) kann die nonverbale Kommunikation nur schwer willentlich beeinflusst werden, da z.B. die Trauer, die jemand empfindet, auch nonverbal vermittelt wird, obwohl der Sender diese Botschaft verbal gar nicht aussendet. Nach Delhees (1994) ist die analoge Kommunikationsform weniger präzise, wodurch z.B. die Interpretation eines freudigen Gesichtsausdrucks subjektiv auch falsch interpretiert werden kann.

Watzlawick et al. (2003) weisen darauf hin, wie wichtig in unserer wissenschaftlich und technologisch kontrollierten Welt, die Bezogenheit und die Empathie, die durch analoge Kommunikation zu Mitmenschen, zu den Tieren und generell zu unserer Umwelt erfolgt, ist und eine wesentliche Voraussetzung für die menschliche Entwicklung ist. Wenn eine Person ihren Mitmenschen und Tieren über analoge Kommunikation ihr tiefstes, inneres Erleben preisgeben kann, dann erst wird es ihr möglich sein, über ihr Innerstes zu reflektieren.

Vorsprachliche Kinder sind in der Lage, obwohl sie nur wenig verstehen, aus dem Kontext (per Körpersprache) Information zu interpretieren und darauf zu reagieren (Prothmann, 2007). Ermuntert eine Mutter mit freundlich, aufmunternden Mimik ihr krabbelndes Kind über eine visuelle Klippe zu krabbeln, die mit einer Plexiglasplatte abgedeckt ist, dann wird das Kind dem Wunsch seiner Mutter nachkommen (Gopnik, Kuhl und Meltzoff, 2003). Hingegen bei gleicher Aufforderung, allerdings bei ängstlich, erschrockenen, mütterlichen Gesichtszügen wird das Baby nicht über den abgesicherten Abgrund krabbeln.

Mit zwei Jahren können Kinder nach (Prothmann, 2007) den Blickkontakt des Senders verfolgen und erkennen, worauf er blickt. Eibl-Eibesfeldt (1997) weist auf die Bedeutung des Geruchssinnes hin, der essentiell beim Aufbau intensiver, zwischenmenschlicher Beziehungen ist (Sexualität, Partnerwahl, Mutter-Kind-Bindung).

Während der Mensch akustisch, aber auch visuell Informationen der Sender aufnimmt und diese akustisch und/oder visuell weitergibt (Fleischer, 1993), rezipiert der Hund vor allem über den Geruchssinn (er verfügt über mehr als 200 Millionen mehr Riechzellen als der Mensch), bevor er Informationen über den visuellen oder den akustischen Kanal aufnimmt. Der Hund wiederum sendet hauptsächlich visuelle Signale (Mimik, Körperhaltung), an zweiter Stelle Geruchssignale und zuletzt akustische Signale an den Empfänger. Durch den außerordentlich gut entwickelten Geruchssinn können Hunde Informationen über den Menschen erhalten, die vom Menschen nicht zu beeinflussen sind. Beispielsweise kann der Hund durch die veränderte Zusammensetzung des Schweißes (bedingt durch einen Adrenalinausstoß) beim Menschen die Emotion Angst wahrnehmen. Das könnte die Erklärung dafür sein, warum Hunde epileptische Anfälle oder Störungen des Blutzuckerspiegels bei Diabetikern „vorankündigen“. Es konnte nachgewiesen werden, dass Familien mit Hund unter der Erkrankung eines epileptischen Kindes weniger litten, weil sie durch die verlässlichen Ankündigungen des Hundes vor künftigen Anfällen weniger Angst empfanden und zuversichtlicher reagierten (Kirton, Wirrel, Zhang, & Hamiwka, 2004).

Aufgrund der langen, gemeinsamen Evolution zwischen Mensch-Hund hat sich nach Fleischer (1993) ein Kommunikationskonsens gebildet, wodurch es Mensch und Tier gelingt, sich mittels analoger Kommunikation miteinander zu verständigen, um so eine emotionale und soziale Bindung aufzubauen.

Wenn z.B. einem Hund missfällt, dass er von einem Kind zu fest umarmt wird, dann wird er unmittelbar und körpersprachlich eindeutig reagieren, in dem er auf Abstand geht und sich dieser unangenehmen Interaktion entzieht (Prothmann, 2007). Somit erfüllen Hunde zwei Komponenten kindlichen Lernens: sie vermitteln *unmittelbar* nach einer Reaktion eine *eindeutige Botschaft*.

Nach Otterstedt (2003, S. 98-105) ist eine klare Körpersprache unumgänglich für eine gute Verständigung zwischen Mensch und Hund. Mit Hilfe von Handzeichen, die dem Menschen bei der nonverbalen Kommunikation unterstützen, können verbale Kommandos ersetzt werden. Besonders der Blickkontakt ist für die Mensch-Hunde-Beziehung relevant, der sich, da so sensible Informationen über die soziale Beziehungskonstellation ausgetauscht werden können. Folgende verbale und nonverbale Zeichen wirkt sich positiv auf die Kommunikation mit einem Tier aus: unverständliche Gesten sollten vermieden werden (hektische Bewegungen, hochgestreckte Arme, entspanntes Gesicht, ruhiger Lidschluss, kein starres Hinschauen, die Geste des Streichelns wirkt beruhigend (imitiert das Lecken mit der Zunge), zwischen durch entspanntes Schweigen bei bleibender Aufmerksamkeit, ruhige Stimme, warmer Ton, vokale Reihe Wörter, eindeutige Kommandos (am besten Handzeichen), dem Tier Zeit zur Reaktion geben.

Hunde besitzen auch die Fähigkeit, zu verstehen, wohin wir mit dem Zeigefinger zeigen, um z.B. verstecktes Futter zu finden (Prothmann, 2007). Auch ist es ihnen möglich, Futter mittels Hinweisen, die der Besitzer so anbringt, dass der Hund den Vorgang beobachten kann, aufzuspüren. Erwachsene kommunizieren übrigens auch mit ihren Babys, die über enorme nonverbale Kommunikationsfähigkeiten verfügen, mittels Mimik, Gestik, Blickkontakt, Berührungen und Körperhaltung, was sich nachweislich beziehungsförderlich auswirkt.

Rooney, Bradshaw und Robinson (2001) beobachteten bei Hundebesitzer Kommunikationssignale, die sich positiv auf die Dauer und die Häufigkeit des Spieles mit dem Hund auswirkten: Körperhaltung mit tiefgestelltem Oberkörper, Klopfen am Boden und Flüstersprache. Laut Cyrulnik, Matignon, und Fougere (2003) verfügen Kinder über die besonders intuitive Fähigkeit, sich Hunden mit unsicherem Gang und wackelndem Kopf zu nähern, wodurch sich Hunde nicht bedroht fühlen. Im Gegensatz dazu begehen Erwachsene, die nur wenig Erfahrung mit Hunden aufweisen, oft den Fehler, den Hund zu intensiv mit dem Blick zu fixieren, was für den Hund bedrohlich wirkt. Nach Prothmann (2007) müsse zuerst mittels analoger Kommunikation, Nähe und folglich Körperkontakt zu dem Hund aufgebaut werden, damit daraus eine gesunde Mensch-Tier-Beziehung entsteht, was uns Menschen erleichtert, die Perspektive eines Tieres einzunehmen, um dann erst das Tier zu einer Aufgabe zu motivieren. Übrigens sind Menschen mit kognitiven Defiziten (z.B. Demenzerkrankte, Menschen in unterschiedlichen Komastadien) auch in der Lage, analog zu kommunizieren und empfinden die Nähe eines Tieres als besonders angenehm.

4.4. Tiergestützte Interventionen bei sozial unsicheren Kindern und Jugendlichen

Nach Prothmann (2007) hat die *nondirektive, verhaltenstherapeutische, tiergestützte Therapie* mit Hunden einen hoch signifikanten Einfluss auf das Erleben von allgemeiner Angst. Bisherige Beobachtungen zeigten, dass sozial unsichere Kinder zwecks Selbstberuhigung die Nähe des Hundes aufsuchen und ihn intensiv streicheln. Odendaal (2000) konnte in seiner Studie nachweisen, dass das Streicheln eines Tieres zur Freisetzung von Oxytocin führt, was die Bildung von stressassoziierten Hormonen hemmt und zusätzlich angsthemmend und beruhigend auf den menschlichen Organismus wirkt.

Die non-direktive, verhaltenstherapeutische, tiergestützte Therapie ist als Spieltherapie aufgebaut und eignet sich primär als Einzeltherapie, ohne fest definierten Ablauf oder Zielsetzung. Anlehnend an die *Selbstaktualisierungstendenz* von Rogers, sollen sich die Kinder in der Therapie die Atmosphäre schaffen, die sie für ihre Entwicklungsbedürfnisse brauchen. Die Therapie wird in fünf Therapiesitzungen, jeweils einmal wöchentlich für eine Dauer von 30min durchgeführt. Eine längere Zeitspanne überfordert nach den Ergebnissen einer Pilotstudie von Prothmann, Schaumberg und Ettrich (2004) sowohl das Kind, als auch den Hund. Es wird davon ausgegangen, dass Tiere ihre deutlichsten Wirkungen dort entfalten, wo sie einem Menschen frei in Kontakt treten können. Die Kinder erhalten die Instruktionen, dass sie alles machen dürfen in der Therapiestunde, wozu sie Lust haben, was sowohl Kind, als auch Hund gefällt. Das Kind bekommt Spielutensilien und einen Beutel mit Futter für den Hund. Der Therapeut hält sich während den Therapiesitzungen eher im Hintergrund, stellt dem Kind den Hund vor, erzählt ihm wie er heißt, wie alt er ist und wartet ab, ob das Kind Interesse zeigt. Er kann non-direktiv das Kind anleiten (in dem er z.B. Spielanregungen liefert) oder Unterstützung bieten, wenn das Kind danach verlangt. Mit zunehmenden Sitzungen werden die Kinder in der Regel mutiger, das Vertrauen zwischen Hund und Kind hat sich stabilisiert und es weitet Aktivitäten aus. Erfahrungen zeigen, dass sich in der 3./ 4. Therapiesitzungen die Kinder engeren Kontakt zu den Hunden suchen und z.B. versuchen, dem Hund ein Kunststück beizubringen. Gegen Ende der vorletzten Einheit sollte das Therapieende angekündigt werden und auch in der letzten Einheit sollte das Thema Abschied aufgenommen werden, da auch Kinder lernen müssen (mit der Unterstützung des Therapeutenteams), mit Trauer umzugehen. Es sollte auch ein dem Kind angepasstes Reflexionsgespräch stattfinden, in dem das Kind äußern kann, was ihm gefallen hat, was ihm nicht so gut gefallen hat, etc. Besonders freuen sich die Kinder über Fotografien von den Tieren, da diese das Wachsen und Reifen im durchgemachten therapeutischen Verlauf repräsentieren.

Kinder, die einen Hund streicheln, agieren im Sinne einer *Selbstbehandlungsstrategie* (ausgenommen, sie leiden an einer Tierphobie) und beruhigen sich so selbst, entspannen sich und können die unangenehme, angstausslösende Situation besser ertragen. Tiere können so als positiv besetzter, angenehmer Stimulus in der klassischen Konditionierung zum Einsatz kommen (Virues-Ortega und Buéla-Casal, 2006). Prothmann (2007) weist darauf hin, dass, sobald Kinder in Interaktion mit einem Hund die initiale Angst verloren haben, vermehrt Kontakt und langandauernde, intensive Gespräche mit dem Therapeuten/Hundeführer suchen. Tiere wirken dementsprechend unmittelbar kommunikationsfördernd auf einzelne Personen, wie auch auf das familiäre System des Kindes mit einer Angststörung und können familiäre Beziehungsmuster ändern. Natürlich ist für diesen Prozess ein Therapeut notwendig, der die Familien in schwierigen Situationen stützt, anleitet und verschiedene intrafamiliäre Interaktionsmuster deutlich macht. Beispielsweise kann die liebevolle Konsequenz, mit der eine Mutter einen Welpen erzieht (durch Unterstützung des Therapeuten) sich ebenso positiv auf die Erziehung eines ängstlich, überbehütenden Kindes, als auch das gesamte Familiensystem auswirken.

Da Ängste vorwiegend gelernt werden und bei diesem Prozess *Modell-Lernen* oft eine wichtige Rolle einnimmt, kann man auch den Spieß umdrehen und Modell-Lernen therapeutisch in der Behandlung von Phobien einsetzen. Angenommen ein Kind leidet an einer Hundephobie, dann kann es sich das angstfreie Verhalten anderer Kinder gegenüber dem Hund anschauen und versuchen, das nachzuahmen. Auf dieser These aufbauend hat Zimmermann (2003) eine Gruppentherapie entwickelt, die innerhalb von 8 Wochen die Symptomatik einer Hundephobie nachweislich verbessert.

Sozial unsichere Kinder meiden soziale Situationen und verpassen daher die Möglichkeit, zu lernen, sich adäquat zu verhalten. Hier kann tiergestützte Therapie durch ihre *sozial-katalysierende Wirkung* ansetzen (Prothmann, 2007), da sie Kontaktaufnahmen erleichtern. Beispielsweise müssen Kinder das Haus verlassen, um mit Ihrem Vierbeiner spazieren zu gehen und kommen so leichter mit anderen Menschen in Kontakt. Kinder haben die Möglichkeit, gemeinsam mit Ihrem Hund sportliche Beschäftigung zu betreiben (Fly Ball, Agility Training) und soziale Kontaktaufnahmen werden dadurch ermöglicht. Zusätzlich verbreiten Tiere einen *Sympathiebonus*, wodurch Menschen mit Tieren positiver als Menschen ohne Tiere wahrgenommen werden. Das Interesse und die Neugier von Klassenkameraden werden bei Kindern mit Haustieren geweckt, was sich positiv auf den Aufbau freundschaftlicher Beziehungen auswirkt.

Tiere sind auch für Menschen mit posttraumatischen Erfahrungen (Folge extremer Erlebnisse wie körperlicher Gewalt oder Lebensbedrohung durch Katastrophen, die die persönlichen Verarbeitungs- und Bewältigungsmöglichkeiten überfordern) durch ihre „anxiolytische und sozialkommunikativ fördernde Wirkung eine große Unterstützung (Altschuler, 1999).

Eine besondere Rolle spielen Tiere in der Therapie bei sexuell missbrauchten Menschen (Prothmann, 2007), da Tiere die angstfreie Möglichkeit bieten, Zuneigung und Nähe zu bieten, ohne, dass dabei eine Retraumatisierung hervorgerufen wird. Zusätzlich kommt natürlich auch hier die (durch das Streicheln der Tiere hervorgerufene) Ausschüttung beruhigend wirkender Hormone ins Spiel. Zusätzlich konnte Prothmann (2007) durch eine Befindlichkeitsstudie nachweisen, dass Kinder und Jugendliche in der (oben beschriebenen) non-direktiven Therapie ihre belastenden Erlebnisse besonders schnell ansprechen, sobald sie sich in einer angstfreien Gemütslage befinden, was essentiell für die Verarbeitung der traumatischen Ereignisse ist. Barker (1999) weist in einer Studie über sexuelle, missbrauchte Kinder darauf hin, dass das Haustier für diese Kinder den wichtigsten Support darstellt. Jene Kinder, die in ihrer Kindheit eine starke Bindung zu ihrem Haustier aufweisen konnten, konnten später die Folgen des sexuellen Missbrauches besser verarbeiten, als Kinder ohne vergleichbar starke Bindung.

Reichert (1994) konnte in ihrem gruppentherapeutischen, tiergestützten Ansatz zur Behandlung von sexuellem Missbrauch bei neun bis 13-jährigen Kindern feststellen, dass die Kinder sich erst ihrem Therapiehund (einem Dackel) mit ihrem Erlebnissen anvertrauten, bevor sie die Gruppe mit ihrem Geheimnis einweihten. Das verdeutlicht, dass die Kinder dem Hund ein großes Vertrauen entgegenbringen, weil sie wissen, dass das Erzählte bei ihm bleibt und sie nicht mit weiteren Konsequenzen rechnen müssen. Durch die aktivierende, entängstigende und kommunikationsfördernde Wirkung des Therapiehundes konnten die Kinder leichter von der Rolle des Opfers in die Rolle des aktiven Bewältigens übergehen, was einen entscheidenden Schritt in der Therapie darstellt.

4.5. Multiprofessionelle tiergestützte Intervention MTI

Die multiprofessionelle, tiergestützte Therapie (MTI), die 2004 durch eine Kooperation der Lehr- und Forschungspraxis der Universität Wien mit dem Stadtschulrat in Wien ins Leben gerufen wurde, begann erstmalig die tiergestützte Intervention auch im deutschsprachigen Raum in die Gesundheitsförderung miteinbeziehen und die positiven Wirkungen zu evaluieren (Stetina, Handlos, Kryspin-Exner, 2005). Das Ziel dieser Intervention ist die Stärkung (Empowerment) sozialer, emotionaler und anderer Kompetenzen und Fähigkeiten, die einen gesundheitsfördernden Einfluss ausüben, wodurch ein soziales Netzwerk entstehen kann und der Erhalt sozialer Unterstützung erleichtert wird. Das heißt, dass ein Kind, das z.B. an sozialer Unsicherheit, Ängsten oder Mutismus leidet, durch die tiergestützte Intervention lernt, mit dem Interaktionspartner zu kommunizieren.

Im weiteren positiven Verlauf des Trainings wird der Kontakt nach außen durch die neu erworbenen Fähigkeiten (skills) verstärkt.

Die Spezies Hund wurde aufgrund wissenschaftlicher Belege als Instrument für dieses Kommunikations- und Kompetenztraining gewählt. Schon Gatterer und Urianek (2002) weisen auf die positive, physische Aktivierung durch Hunde, sowohl bei Hundebesitzern, als auch Nicht-Hundebesitzern, hin, die in tiergestützten Interventionen gegeben ist. Das multiprofessionelle Projektteam setzt sich aus dem Therapiehund Nikolaus, der Gründerin und Beratungslehrerin Ursula Handlos, der Klinischen- und Gesundheitspsychologin Birgit U. Stetina und der Klinischen- und Gesundheitspsychologin und Verhaltenstherapeutin Ilse Kryspin-Exner zusammen.

4.5.1. Das Grundkonzept MTI

Das Grundkonzept der MTI baut auf einem klar strukturierten Training auf, das einmal in der Woche stattfindet. Das Kind bekommt dabei die Möglichkeit, mit dem Hund eine Verbindung einzugehen, was die Basis für einen gesunden Umgang mit emotionalen Beziehungen darstellt. Die Freiwilligkeit aller beteiligten Personen (Interventionsteam, Eltern, Kindern, Lehrern, Direktoren) ist eine Grundvoraussetzung für die erfolgreiche, tiergestützte Intervention. Anfangs werden die vorhandenen Ressourcen der Teilnehmer mit Hilfe eines Evaluationssystems eruiert und in Folge des Trainings verbessert und ausgebaut. In Verbindung mit der Stärkung der Ressourcen werden den Teilnehmern Werte vermittelt (z.B. der achtsame, wertschätzende Umgang miteinander, aber auch die Wertschätzung sich selbst gegenüber), wodurch der Selbstwert und das positive Selbstkonzept gestärkt werden. Während des Trainings wird darauf Wert gelegt, dass sich die Kinder in einer respektvollen, gewaltlosen Atmosphäre mit dem eigenen Gefühl der Sicherheit und des Wohlbefindens auseinandersetzen und zusätzlich Rücksicht auf die Bedürfnisse aller anderen in der Intervention beteiligten Lebewesen nehmen. Durch die ständige verbale, aber auch analoge Kommunikation zwischen Mensch und Tier im geschützten Rahmen, wird die Beziehungs-, aber auch die Kommunikationsfähigkeit gestärkt. Der Hund übt bei dem tiergestützten Training eine entscheidende Erziehungsfunktion aus, da er, im Gegensatz zum Menschen wesentlich konsequenter agiert (Guttmann, Predovic und Zemanek (1983), siehe Kap. 4.3.).

4.5.2. Ausgewählte Evaluationsergebnisse - MTI bei Kindern und Jugendlichen

In einer Pilotstudie von Prasch (2005) wurde MTI als Gesundheitsförderungsmaßnahme in einer Kooperativen Mittelschule bei unauffälligen Kindern und Jugendlichen untersucht. Die Versuchsgruppe fühlte sich durch die tiergestützte Intervention physisch leistungsfähiger und vor allem die Mädchen nahmen ihr körperliches Erscheinungsbild am Ende des Trainings positiver wahr. Außerdem konnten positive Veränderungen in der Team- und Durchsetzungskraft, in der kognitiven Kompetenzeinschätzung, im Selbstwert und Selbstkonzept, in der Kontaktstärke und in der verbalen und nonverbalen Kommunikationsfähigkeit gezeigt werden. Burger (2007) konnte bei ihrer Fragebogenstudie Verbesserungen bezüglich der sozialen Kompetenzen in vielen Bereichen des Selbstkonzeptes, im Selbstwert, der sozialen Struktur der Klassen (Volkschule/ Kooperativen Mittelschule in Wien), im psychischen Wohlbefinden in der sozialen Orientierung der Schüler feststellen. Turner (2007) setzte diese Fragebogenstudie bei der gleichen Stichprobe durch und evaluierte die emotionalen Kompetenzen der Schüler. Die Kinder fühlten sich in der Interventionsgruppe generell wohler, ihre Einstellung zu den Tieren veränderte sich im Zuge der MTI positiv, die Wahrnehmung, die Deutung von Emotionen und die Emotionsregulation nahm zu. Sinabell (2007) untersuchte erstmals soziale und emotionale Kompetenzen bei Jugendlichen mittels Verhaltensanalyse und stellte fest, dass es im Bereich der sozialen Kompetenzen zu einer Steigerung der Teamfähigkeit, der Durchsetzungsfähigkeit, der Kommunikationsfähigkeit gekommen ist. Bei der emotionalen Kompetenz konnten sich Verbesserungen im Bereich der Aufmerksamkeit und in der Mitarbeit feststellen. Insgesamt waren ein verstärkter Ausdruck von Freude und Glück und ein vermehrter Blickkontakt zu verzeichnen. Die Langzeiteffekte der MTI wurden von Glaser (2008) anhand der Stichprobe von Burger (2007) und Turner (2007) evaluiert. Sie konnte innerhalb der sozialen Kompetenzen positive Veränderungen in der subjektiven Einstellung und Fähigkeiten dem eigenen Körper gegenüber, in der Peerakzeptanz, in der Beziehung zu Gleichaltrigen und in psychosozialen Interaktionen nachweisen. Auch im Bereich der emotionalen Kompetenz kam es zu einem Anstieg der Emotionsregulation. Widmann (2008) erweiterte Sinabells (2007) Beobachtungssystem und konnte in allen Dimensionen der sozialen Kompetenz Verbesserungen feststellen. Im Bereich der emotionalen Kompetenz waren im Bereich des Emotionsausdrucks, in der Emotionsregulation, in der Durchsetzungsfähigkeit und in der Kritikfähigkeit positive Veränderungen zu verzeichnen. Bei einer Stichprobe von verhaltensauffälligen, aggressiven Buben untersuchte Raffetseder (2008) die Auswirkungen der MTI und stellte positive Veränderungen bezüglich der sozialen Kompetenz in der Kommunikationsfähigkeit, Teamfähigkeit, Durchsetzungsfähigkeit, Kritikfähigkeit und bezüglich der Empathie fest.

Im Bereich der emotionalen Kompetenzen konnte sie weniger negative Emotionen, weniger maladaptive Emotionsregulationsstrategien, vermehrtes problemorientiertes Handeln bei den Schülern beobachten. Insgesamt konnte eine Abnahme des aggressiven Verhaltens durch die tiergestützte Intervention festgestellt werden. Auch Bauer (2009) konnte in ihrer Evaluation des MTI Trainings bei Jugendlichen in einer kooperativen Mittelschule einen Anstieg der Kommunikationsfähigkeit, der Durchsetzungsfähigkeit, der Kritikfähigkeit und der Teamfähigkeit im Bereich der sozialen Kompetenzen registrieren. Bei den emotionalen Kompetenzen stellte sie signifikante Veränderungen bei den adaptiven Emotionsregulationsstrategien, vor allem bei den Mädchen, fest. Insgesamt veränderte sich auch die maladaptive Emotionsregulation in negative Richtung und der Ausdruck positiver Emotionen nahm zu.

5. SYSTEMATISCHE VERHALTENSBEOBSACHTUNG

Die Alltagsbeobachtung ist nach Bortz und Döring (2003) eine Form der visuellen Wahrnehmung, bei der neben dem Prozess der Wahrnehmung, beeinflusst von Werten und Interessen, entschieden werden muss, worauf die Aufmerksamkeit gelenkt werden soll und wie das Beobachtete zu deuten ist. Im Gegensatz dazu befolgt die standardisierte, systematische Verhaltensbeobachtung einen genauen Beobachtungsplan, der vorgibt, wo und wann, etwas genau beobachtet werden soll und wie es zu interpretieren bzw. zu protokollieren ist.

5.1. Formen der systematischen Verhaltensbeobachtung

Bei der teilnehmenden Beobachtung nimmt der Beobachter oder die Beobachter aktiv am Geschehen teil, mit dem Vorteil, Einblicke zu erhalten, die einem Außenstehenden vorenthalten bleiben. Der „normale“ Ablauf des beobachteten Verhaltens kann verändert - und erst nach der Beobachtung protokolliert werden. Von der nichtteilnehmenden Beobachtung hingegen profitiert der Beobachter, in dem er seine Aufmerksamkeit vollständig auf den Prozess des Beobachtens und des Protokollierens richten kann. Weiß der Beobachtete nicht, dass er tatsächlich beobachtet wird, spricht man von einer verdeckten Beobachtung, die den Vorteil hat, dass sich der Beobachtete nicht sozial erwünscht bzw. antikonform verhalten kann, wie es bei der offenen Beobachtung möglich ist. Bei einer verdeckten Beobachtung müssen die Beobachteten in jedem Fall aus ethischen Gründen informiert werden.

Eine Möglichkeit, um Details registrieren zu können und sich schnell ablaufende Sequenzen mehrmals auch in Ruhe ansehen zu können, bietet die apparative Beobachtung. Das Vorhandensein einer Videokamera kann zu reaktiven Effekten führen, d.h., auf Wunsch des Beobachteten, muss die Beobachtung abgebrochen werden.

In der vorliegenden Arbeit wurde eine offene, nichtteilnehmende, systematische Verhaltensbeobachtung mittels technischen Hilfsmitteln (apparativer Unterstützung) in Form von Videoaufnahmen durchgeführt. Um die Subjektivität von Beobachtungen zu kontrollieren, wurden in der vorliegenden Arbeit zwei Beobachter eingesetzt.

5.2. Quantifizierungstechniken der systematischen Verhaltensbeobachtung

Grundsätzlich besteht laut Kubinger (2006) die Problematik, dass die Verhaltensbeobachtung kein Geschehen vollständig erfassen kann, da immer etwas Relevantes übersehen werden kann bzw. die Bewertung des beobachteten Verhaltens immer auch subjektiv ist. Auch Bortz und Döring (2006) gehen davon aus, dass man mit dem Prozess des Beobachtens das zu beobachtende Verhalten realitätsgetreu abbilden kann. Deshalb müsse vorher genau festgelegt werden, welches Verhalten fokussiert werden soll und wie das Beobachtete zu deuten ist. Laut Faßnacht (1995) stehen drei Methoden zur Verfügung, um Verhalten messbar zu machen: „event sampling“, „time sampling“ und „rating“. Beim „event sampling“ geht's es um die zeitliche und häufigkeitsmäßige Quantifizierung von Verhalten, wobei Anfangs- und Endzeitpunkte von voraus definierten Verhaltensweisen gemessen werden. Beim „time sampling“ wird der Beobachtungszeitraum in fixe, zeitliche Intervalle eingeteilt. Pro Intervall werden die auftretenden Verhaltensweisen notiert. Dieses Verfahren kam auch in der vorliegenden Arbeit um Einsatz. Das Rating Verfahren ist das am häufigsten verwendete Quantifizierungsverfahren in der Psychologie, vermutlich wegen der leichten Handhabung. Dabei trägt der Beobachter den Ausprägungsgrad einzelner Verhaltensweisen auf einer Messskala ab. Zusätzlich wurden sowohl soziale- und emotionale Kompetenzen, als auch das Konstrukt der Aufmerksamkeit durch ein Nominalsystem (Indexsystem) erfasst, wodurch es möglich war, gleich mehrere auftretende Verhaltensweisen, die vor der Beobachtung festgelegt wurden, zu notieren. In der vorliegenden Evaluation wurden 20 Minuten pro Video für die systematische Verhaltensbeobachtung eingeräumt. Pro Minute wurde das Verhalten dreimal im Indexsystem kodiert, d.h. alle 20 Sekunden wurde zwecks Notation das Video angehalten und die Häufigkeiten in das Beobachtungssystem eingetragen. Zusätzlich wurden in diesen 20 Minuten, alle 5 Minuten, die Ratingbögen von beiden Beobachtern ausgefüllt, in denen sie das beobachtete Verhalten anhand einer 7-Punkte-Ratingskala beurteilten.

5.3. Fehlerquellen bei der systematischen Verhaltensbeobachtung

Der Prozess des Beobachtens kann nach Greve und Wentura (1991) durch vier Fehlerquellen, die dem Beobachter zuzuschreiben sind, negativ beeinflusst werden: den Wahrnehmungsfehler, den Deutungs- und Interpretationsfehler, den Erinnerungsfehler und den Wiedegabefehler.

Zu den Wahrnehmungsfehlern zählen der „Halo-Effekt“, bei dem sich nach Bortz und Döring (2006) der Beurteiler seine Bewertungen abhängig von herausstechenden Merkmalen trifft und der „Leniency-Severity-Fehler“, bei dem die Personen zu positiv oder zu negativ eingestuft werden. „Die zentrale Tendenz“ fällt nach Greve und Wentura (1991) unter die Interpretationsfehler, wobei extreme Ausprägungen beim Prozess des Urteilens vermieden werden. Der „Primacy-Recency-Effekt“ zählt zu den Erinnerungsfehlern und beschreibt ein Phänomen, bei dem sich der Beobachter besonders gut an die ersten oder die letzten Reize erinnern kann. Zusätzlich können auch „reale“ Einflüsse die Beobachtung negativ beeinflussen, wie beispielsweise schlechte Lichtverhältnisse oder störende Hintergrundgeräusche. Ein sorgfältiger, systematischer Beobachtungsplan, der nach Bortz und Döring (2006) mittels Vorversuche eine genaue Anleitung gibt, wie und was genau zu protokollieren ist und ein gezieltes Beobachtertraining können die oben genannten Fehlerquellen, die vor allem bei der Anwendung von Ratingskalen vorkommen, reduzieren. Nicht zu vernachlässigen ist auch die sorgfältige Wahl der Beobachter. Um die Subjektivität des beobachteten Verhaltens kontrollieren zu können, ist der Einsatz mehrerer Beobachter empfehlenswert. Sowohl während der Trainingsphase, als auch nach der systematischen Verhaltensbeobachtung kann die Übereinstimmung der Beobachtungen (Reliabilität) rechnerisch ermittelt werden, um den Zusammenhang der Beobachtungen der beiden Rater zu ermitteln und die Zuverlässigkeit des beobachteten Sachverhalts zu demonstrieren (siehe Ergebnisse Kap. 10).

6. FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

Die Konstrukte zu den Forschungsfragen bezüglich „Soziale Kompetenz“, „Emotionale Kompetenz“ und „Aufmerksamkeit“ wurden bereits ausführlich im Theorieteil beschrieben. In diesem Kapitel sollen die Forschungsfragen zu diesen drei Bereichen näher erläutert werden. Insgesamt wurden 20 Fragestellungen aufgrund der Ergebnisse der Faktorenanalysen, siehe Kapitel 9.1. und Kapitel 9.2. generiert. Die Fragestellung A bis G widmet sich dem Bereich der sozialen Kompetenz, die Fragestellungen H bis N erfassen das Konstrukt der emotionalen Kompetenz und die Fragestellung O bis T behandeln den Bereich der Aufmerksamkeit.

6.1. Fragestellungen und Hypothesen in Bezug auf „Soziale Kompetenz“

Fragestellung A: Führt MTI zu einer signifikanten Veränderung der „erwünschten, verbalen Kommunikationsfähigkeiten“ (EVK) der verhaltensauffälligen Mädchen?

H0A: MTI führt zu keiner signifikanten Veränderung der Ergebnisse der verhaltensauffälligen Mädchen in Bezug auf die „erwünschten, verbalen Kommunikationsfähigkeiten“ (EVK) über die Beobachtungszeitpunkte.

$H0A : \mu_A T1 (EVK) = \mu_A T2 (EVK) = \mu_A T3 (EVK) = \mu_A T4 (EVK) = \mu_A T5 (EVK) = \mu_A T6 (EVK) = \mu_A T7 (EVK) = \mu_A T8 (EVK) = \mu_A T9 (EVK) = \mu_A T10 (EVK) = \mu_A T11 (EVK) = \mu_A T12 (EVK) = \mu_A T13 (EVK) = \mu_A T14 (EVK) = \mu_A T15 (EVK) = \mu_A T16 (EVK) = \mu_A T17 (EVK) = \mu_A T18 (EVK)$

H1A: MTI führt zu einer signifikanten Veränderung der Ergebnisse der verhaltensauffälligen Mädchen in Bezug auf die „erwünschten, verbalen Kommunikationsfähigkeiten“ (EVK) über die Beobachtungszeitpunkte.

$H1A : \mu_A T1 (EVK) \neq \mu_A T2 (EVK) \neq \mu_A T3 (EVK) \neq \mu_A T4 (EVK) \neq \mu_A T5 (EVK) \neq \mu_A T6 (EVK) \neq \mu_A T7 (EVK) \neq \mu_A T8 (EVK) \neq \mu_A T9 (EVK) \neq \mu_A T10 (EVK) \neq \mu_A T11 (EVK) \neq \mu_A T12 (EVK) \neq \mu_A T13 (EVK) \neq \mu_A T14 (EVK) \neq \mu_A T15 (EVK) \neq \mu_A T16 (EVK) \neq \mu_A T17 (EVK) \neq \mu_A T18 (EVK)$

Analog zu der Fragestellung A wurden folgende Fragestellungen und Hypothesen formuliert:

Fragestellung B: Führt MTI zu einer signifikanten Veränderung der „stockenden Aussprache“ (SA) der verhaltensauffälligen Mädchen?

Fragestellung C: Führt MTI zu einer signifikanten Veränderung der „keine Äusserung“ (AMA) der verhaltensauffälligen Mädchen?

Fragestellung D: Führt MTI zu einer signifikanten Veränderung der „Kooperationsbereitschaft“ (KB) der verhaltensauffälligen Mädchen?

Fragestellung E: Führt MTI zu einer signifikanten Veränderung der „Aufmerksamkeit & der Fähigkeit, Verbales durch Mimik und Gestik zu unterstreichen“ (AMG) der verhaltensauffälligen Mädchen?

Fragestellung F: Führt MTI zu einer signifikanten Veränderung der „angemessenen Reaktion auf Kritik“ (ARK) der verhaltensauffälligen Mädchen?

Fragestellung G: Führt MTI zu einer signifikanten Veränderung der „Anteilnahme an Langeweile“ (AL) der verhaltensauffälligen Mädchen?

6.2. Fragestellungen und Hypothesen in Bezug auf „Emotionale Kompetenz“

Fragestellung H: Führt MTI zu einer signifikanten Veränderung bezüglich der Emotion „Ärger“ (ÄR) der verhaltensauffälligen Mädchen?

H0H: MTI führt zu keiner signifikanten Veränderung der Ergebnisse der verhaltensauffälligen Mädchen bezüglich der Emotion „Ärger“ (ÄR) über die Beobachtungszeitpunkte.

$$H0H : \mu_H T1 (\ddot{A}R) = \mu_H T2 (\ddot{A}R) = \mu_H T3 (\ddot{A}R) = \mu_H T4 (\ddot{A}R) = \mu_H T5 (\ddot{A}R) = \mu_H T6 (\ddot{A}R) = \mu_H T7 (\ddot{A}R) = \mu_H T8 (\ddot{A}R) = \mu_H T9 (\ddot{A}R) = \mu_H T10 (\ddot{A}R) = \mu_H T11 (\ddot{A}R) = \mu_H T12 (\ddot{A}R) = \mu_H T13 (\ddot{A}R) = \mu_H T14 (\ddot{A}R) = \mu_H T15 (\ddot{A}R) = \mu_H T16 (\ddot{A}R) = \mu_H T17 (\ddot{A}R) = \mu_H T18 (\ddot{A}R)$$

H1H: MTI führt zu einer signifikanten Veränderung der Ergebnisse der verhaltensauffälligen Mädchen in Bezug auf die „Ärger“ (ÄR) über die Beobachtungszeitpunkte.

$H1H : \mu_H T1 (\ddot{A}R) \neq \mu_H T2 (\ddot{A}R) \neq \mu_H T3 (\ddot{A}R) \neq \mu_H T4 (\ddot{A}R) \neq \mu_H T5 (\ddot{A}R) \neq \mu_H T6 (\ddot{A}R) \neq \mu_H T7 (\ddot{A}R) \neq \mu_H T8 (\ddot{A}R) \neq \mu_H T9 (\ddot{A}R) \neq \mu_H T10 (\ddot{A}R) \neq \mu_H T11 (\ddot{A}R) \neq \mu_H T12 (\ddot{A}R) \neq \mu_H T13 (\ddot{A}R) \neq \mu_H T14 (\ddot{A}R) \neq \mu_H T15 (\ddot{A}R) \neq \mu_H T16 (\ddot{A}R) \neq \mu_H T17 (\ddot{A}R) \neq \mu_H T18 (\ddot{A}R)$

Analog zu der Fragestellung H wurden folgende Fragestellungen und Hypothesen formuliert:

Fragestellung I: Führt MTI zu einer signifikanten Veränderung des „Ausdrucks negativer Emotionen“ (NE) der verhaltensauffälligen Mädchen?

Fragestellung J führt MTI zu einer signifikanten Veränderung der Emotion „Freude“ (FR) der verhaltensauffälligen Mädchen?

Fragestellung K: Führt MTI zu einer signifikanten Veränderung des „Ausdrucks von Emotionen“ (AE) der verhaltensauffälligen Mädchen?

Fragestellung L: Führt MTI zu einer signifikanten Veränderung der „Fähigkeit, sich zurückzuziehen“ (ZZ) der verhaltensauffälligen Mädchen?

Fragestellung M: Führt MTI zu einer signifikanten Veränderung bezüglich der „Kontrolle in schwierigen Situationen“ (SIS) der verhaltensauffälligen Mädchen?

Fragestellung N: Führt MTI zu einer signifikanten Veränderung der „Empathie“ (EM) der verhaltensauffälligen Mädchen?

6.3. Fragestellungen und Hypothesen in Bezug auf „Aufmerksamkeit“

Fragestellung O: Führt MTI zu einer signifikanten Veränderung in Bezug auf die „Blickrichtung woandershin“ (BW) der verhaltensauffälligen Mädchen?

H0O: MTI führt zu keiner signifikanten Veränderung der Ergebnisse der verhaltensauffälligen Mädchen in Bezug auf die „Blickrichtung woandershin“ (BW) über die Beobachtungszeitpunkte.

H0O : $\mu O T1 (BW) = \mu O T2 (BW) = \mu O T3 (BW) = \mu O T4 (BW) = \mu O T5 (BW) = \mu O T6 (BW) = \mu O T7 (BW)$
 $= \mu O T8 (BW) = \mu O T9 (BW) = \mu O T10 (BW) = \mu O T11 (BW) = \mu O T12 (BW) = \mu O T13 (BW) = \mu O T14$
 $(BW) = \mu O T15 (BW) = \mu O T16 (BW) = \mu O T17 (BW) = \mu O T18 (BW)$

H1O: MTI führt zu einer signifikanten Veränderung der Ergebnisse der verhaltensauffälligen Mädchen in Bezug auf die „Blickrichtung woandershin“ (BW) über die Beobachtungszeitpunkte.

H1O : $\mu O T1 (BW) \neq \mu O T2 (BW) \neq \mu O T3 (BW) \neq \mu O T4 (BW) \neq \mu O T5 (BW) \neq \mu O T6 (BW) \neq \mu O T7 (BW)$
 $\neq \mu O T8 (BW) \neq \mu O T9 (BW) \neq \mu O T10 (BW) \neq \mu O T11 (BW) \neq \mu O T12 (BW) \neq \mu O T13 (BW) \neq \mu O T14$
 $(BW) \neq \mu O T15 (BW) \neq \mu O T16 (BW) \neq \mu O T17 (BW) \neq \mu O T18 (BW)$

Analog zu der Fragestellung O wurden folgende Fragestellungen und Hypothesen formuliert:

Fragestellung P: Führt MTI zu einer signifikanten Veränderung der „entspannten Körperhaltung“ (EKH) der verhaltensauffälligen Mädchen?

Fragestellung Q: Führt MTI zu einer signifikanten Veränderung der „ruhigen Extremitäten“ (RE) der verhaltensauffälligen Mädchen?

Fragestellung R: Führt MTI zu einer signifikanten Veränderung der „abgewandten Körperhaltung“ (AKH) der verhaltensauffälligen Mädchen?

Fragestellung S: Führt MTI zu einer signifikanten Veränderung bezüglich „fehlender Genauigkeit“ (FG) der verhaltensauffälligen Mädchen?

Fragestellung T: Führt MTI zu einer signifikanten Veränderung bezüglich „fehlender Aufmerksamkeit“ (FA) der verhaltensauffälligen Mädchen?

7. PLANUNG DER UNTERSUCHUNG

Im Rahmen dieser Diplomarbeit erfolgte eine wissenschaftliche Evaluation der multiprofessionellen, tiergestützten Intervention (MTI) anhand einer klinischen Stichprobe, verhaltensauffälliger Mädchen, in einer Volksschule in Wien. Im Fokus stand die Untersuchung der durch das tiergestützte Training erfolgten Veränderungen bezüglich der sozialen und emotionalen Kompetenzen, so wie der Aufmerksamkeit junger Teilnehmerinnen, die mittels systematischer Verhaltensbeobachtung registriert wurden. Die Autorin hofft durch diese Arbeit eine weitere, nachvollziehbare Evidenz für die gesundheitsförderliche Wirkung der multiprofessionellen, tiergestützten Intervention zu leisten, damit diese Form der Therapie in Zukunft noch mehr fachliches Ansehen erreicht und noch häufiger erfolgreich praktiziert wird.

7.1. Beschreibung der Stichprobe und des Settings

Die Stichprobe dieser Untersuchung setzte sich aus sechs Schülerinnen der „Nestklasse“ zusammen, die einmal wöchentlich an der multiprofessionellen, tiergestützten Intervention unter der Leitung von Dr. Birgit Stetina und Ursula Handlos teilnahmen. Die Mädchen waren im angegebenen Untersuchungszeitraum zwischen 6 und 9 Jahre alt und wiesen alle eine klinisch relevante Störung des Verhaltens auf, zurückzuführen auf innerfamiliäre Gewalterfahrungen. Das Projekt „Nestklasse“ ist eine Kooperation der Lehr- und Forschungspraxis an der Universität Wien mit dem Wiener Stadtschulrat (in einem Sonderpädagogischen Zentrum, dessen Name hier nicht erwähnt werden wird), bei dem die Mädchen trotz unterschiedlichen Alters, gemeinsam in einer Klasse, mit speziellem Augenmerk auf ihre individuellen Bedürfnisse, unterrichtet wurden. In die Beobachtung wurden von den sechs Mädchen, fünf in die Untersuchung miteinbezogen, da ein Mädchen der insgesamt 18 Sitzungen, nur dreimal anwesend sein konnte. In diesem Fall hätte es keinen Sinn gemacht, die Beobachtungen dieses Mädchens in die Auswertung miteinzubeziehen. Alle anderen Teilnehmerinnen nahmen zwischen mindestens 9 und maximal an 18 Sitzungen des tiergestützten Kompetenztrainings teil. Neben den zwei Leiterinnen des MTI-Teams waren noch der Therapie- und Begleithund Nikolaus, ein Lehrer und eine Protokollführerin während der Intervention anwesend. Die Intervention wurde in den Räumlichkeiten des Sonderpädagogischen Zentrums durchgeführt. Entsprechend dem MTI-Konzept teilten sich die Trainingseinheiten jeweils in einen theoretischen-, einen praktischen- und einen Feedbackteil.

7.2. Beschreibung der Untersuchungsinstrumente

Nachdem das Beobachtungsinstrument der bisherigen MTI-Evaluationen ständig überarbeitet und optimiert wurde, wurde in der vorliegenden Arbeit kein neues Untersuchungsinstrument entworfen, sondern größtenteils das Adaptierte von Scherrer (2009) übernommen, weil es interessant erschien, nun auch bei einer klinisch, verhaltensauffälligen Stichprobe neben Veränderungen der sozialen – und emotionalen Kompetenz, die Veränderungen der Aufmerksamkeit zu untersuchen, die sich Laufe der tiergestützten Intervention einstellen. Im Folgenden soll überblicksmäßig das Beobachtungsinstrument mit seinen Konstrukten und den dazugehörigen Items erklärt werden. Detailliertere Informationen über die theoretischen Grundstrukturen sind den jeweiligen MTI-Evaluationsstudien zu entnehmen.

7.2.1. Theoretische Fundierung „Soziale Kompetenz“

Erstmals versuchte Sinnabell (2007) das Konstrukt der sozialen Kompetenz für die systematische, apparative Videobeobachtung zu operationalisieren und verwendete dafür die von Kanning (2003) empfohlenen Items. Auf der einen Seite wurde das Konstrukt der Kommunikationsfähigkeit mittels Indexsystem erfasst, das die Häufigkeiten des zu beobachtenden Verhaltens zusammenfasst. Auf der anderen Seite setzte sie ein 7 stufiges Ratingsystem (Erfassung des Verhaltens durch Beurteilen) für die Skalen Durchsetzungsfähigkeit, Teamfähigkeit und Kritikfähigkeit ein. Widmann (2008) und Sinabell (2008) wählten ein Zeitintervall von zwanzig Minuten, um die ausgewählten Einheiten zu beurteilen. Diese zwanzig Minuten wurden geviertelt, so dass in sogenannten Notationspausen alle fünf Minuten das Verhalten kodiert werden konnte. Diese zeitlichen Beurteilungsphasen wurden für die vorliegende Evaluation übernommen. Raffetseder (2008) adaptierte Sinabells (2007) Beobachtungssystem in ihrer Evaluation, welches größtenteils aufgrund der guten Eignung auch wieder in dieser Arbeit angewendet wurde:

„Durchsetzungsfähigkeit“:

- Kann andere auf ihre Seite ziehen
- Kritisiert abweichende Meinungen

- Angemessene Reaktion auf Kritik
- Unangemessene Reaktion auf Kritik
- Lässt sich unterbrechen

„Teamfähigkeit“:

- Trägt aktiv zur Zielerreichung in Gruppenübungen bei
- Versucht Konflikte zu schlichten
- Geht Kompromisse ein
- Stellt Wissen zur Verfügung/Beteiligung
- Geht auf Vorschläge ein
- Lacht gerne mit anderen

„Kritikfähigkeit“:

- Macht anderen oder sich Komplimente
- Kritisiert sich selbst oder andere angemessen

„Kommunikationsfähigkeit“:

- Spricht in angemessener Lautstärke
- Spricht deutlich
- Spricht flüssig
- Lässt andere ausreden
- Hält Augenkontakt zu Gesprächspartner

Raffetseder (2008) erweiterte Sinabells (2007) Ratingssystem um die Skala Empathie, die über prosoziales Verhalten zu erfassen versucht wurde. Die Basis für diesen Versuch bildet Kannings (2003) postulierter Bereich der Perspektivenübernahme, der über die Empathie erfasst wird. Zur Erfassung des Mitgefühls wurde nach Ulich und Kollegen (2002, zitiert nach Scherrer, 2009, S. 61) zusätzlich das Item „Beobachtet die Gefühlsregungen anderer aufmerksam“ eingefügt. Ebenso wurde zwecks Beurteilung der Empathie die Items „Zeigt Anteilnahme an“ in das

gegenwärtige Beobachtungssystem aufgenommen, wie auch schon von Sinabell (2007), Raffetseder (2008), Widmann (2009) und Scherrer (2009).

Widmann (2008) verwendete für diese Items die Emotionen „Ärger“, „Angst/Unsicherheit“, „Langeweile“, „Freude“, „Interesse“ und „Zufriedenheit“, die schon Mayering und Kollegen (2005) in ihrem Beobachtungssystem verwendeten.

„Empathie“:

- Beobachtet die Gefühlsregungen anderer aufmerksam
- Zeigt Anteilnahme in Bezug auf Angst/Unsicherheit
- Zeigt Anteilnahme in Bezug auf Ärger
- Zeigt Anteilnahme in Bezug auf Langeweile
- Zeigt Anteilnahme in Bezug auf Interesse
- Zeigt Anteilnahme in Bezug auf Freude
- Zeigt Anteilnahme in Bezug auf Zufriedenheit
- Zeigt prosoziales Verhalten bei negativen Emotionen anderer Personen

Nach Sinabell (2007) wurde auch die Skala zur „Kritikfähigkeit“, die nach Gambrell (1995) zu den sozialen Fähigkeiten zählt, gebildet und auch hier übernommen:

„Kritikfähigkeit“:

- Macht anderen oder sich Komplimente
- Kritisiert sich selbst oder andere angemessen
- Feedback annehmen (unter zusätzlicher Berücksichtigung von Aufmerksamkeit, Akzeptanz, Körperhaltung erhoben)
- Kritik annehmen (Aufmerksamkeit, Akzeptanz, Körperhaltung)

7.2.2. Theoretische Fundierung „Emotionale Kompetenz“

Im Zuge der Operationalisierung der emotionalen Kompetenzen wurde sowohl der Emotionsausdruck, als auch die Emotionsregulation erhoben. Das Beobachtungssystem von Mayring und Kollegen (2005), das auch von Raffetseder (2008), Widmann (2008) und Scherrer (2009) für die Beobachtung des Emotionsausdrucks bezüglich des Ratingsystems angewendet wurde, erschien auch hier passend.

„Emotionsausdruck verbal“:

- Angst/Unsicherheit
- Ärger
- Freude
- Interesse
- Langeweile
- Zufriedenheit
- Zeigt prosoziales Verhalten bei negativen Emotionen anderer Personen

„Emotionsausdruck Mimik/Gestik“:

- Angst/Unsicherheit
- Ärger
- Freude
- Interesse
- Langeweile
- Zufriedenheit

Zusätzlich wurden 4 Items wurden aus dem EKF – Emotions-Kompetenz-Fragebogen nach Rindermann (2007) eingesetzt:

- Sie kann Gefühle anderer gut beschreiben
- Auch in schwierigen Situationen kann sie sich gut steuern

- Sie kann ihre Gefühle in Worte fassen
- Sie zeigt offen, wie es ihr geht

Die Emotionsregulation ist in der vorliegenden Arbeit von besonderer Bedeutung, da eine große Anzahl von Befunden dafür spricht, dass die Art und Weise, wie Kinder mit belastenden Ereignissen umgehen und ihre Emotion regulieren in einem engen Zusammenhang mit ihrem Wohlbefinden steht (u.a. Kraaij, V. Garnefski, N., De Wilde, E.J., Dijkstra, A., Gebhardt, W., Maes, S. & Doest, 2003).

Das bedeutet, dass ein besonderes Augenmerk auf das Kompetenztraining in Bezug auf Emotionsregulation bei der Stichprobe der vorliegenden Arbeit gelegt werden sollte. Generell kann man davon ausgehen, dass die Fähigkeit, Emotionen adäquat zu regulieren, essentiell für eine gesunde Entwicklung ist. Die Skalen, die Widmann (2008) aus dem „FEEL-KJ“ Fragebogen (Grob & Smolenski, 2005) im Ratingverfahren in adaptierter Version verwendete, wurden auch hier erhoben:

„Reaktion auf negatives Feedback“:

- Stellt Mitarbeit ein, gibt auf (maladaptive Strategien)
- Zieht sich zurück (maladaptive Strategien)
- Wut oder Ärger (maladaptive Strategien)
- Verhaltensänderung (adaptive Strategien)
- Holt sich Unterstützung/ erzählt, wie es ihr geht (adaptive Strategien)
- Zeigt keine Emotionen (adaptive Strategien)

„Reaktion auf positives Feedback“:

- Holt sich Zustimmung
- Freude, Zufriedenheit
- Zeigt gesteigertes Interesse
- Hält Verhalten aufrecht

„Zeigt auf positives bez. negatives Feedback Reaktionen, wie...“:

- Angst/Unsicherheit
- Ärger
- Freude
- Interesse
- Langeweile
- Zufriedenheit
- Lässt sich von Gefühlen anderer mitreißen

Emotionsausdruck und Emotionsregulation wurden analog zu Scherrer (2009) mittels Indexsystem erhoben.

7.2.3. Theoretische Fundierung „Aufmerksamkeit“

Für die Operationalisierung des Konstruktes der Aufmerksamkeit im Indexsystem wurden basierend auf dem anerkannten Beobachtungssystem von Erhardt und Kollegen (1981, zitiert nach Scherrer, 2009, S. 63) folgende Items zusammengestellt:

„Blickrichtung“

- zum Leiter
- zum Hund
- zu anderen Teilnehmern
- blickt woandershin
- nicht erkennbar

„Körperhaltung und –ausdruck“

- sitzend

- stehend
- auf Leiter gerichtet
- auf Hund gerichtet
- auf andere Teilnehmer gerichtet
- abgewandt
- angespannt
- entspannt
- psychomotorische Unruhe
- Füße ruhig
- Füße unruhig
- nicht erkennbar

„Tätigkeit“

- arbeitet mit
- tut etwas anderes
- nicht erkennbar

In der vorliegenden Arbeit wurden, wie auch bei Scherrer (2009), die Items zwecks Erhebung der Aufmerksamkeit im Ratingsystem nach den diagnostischen Kriterien des DSM-IV-TR (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) folgendermaßen zusammengestellt:

- Scheint nicht zuzuhören, wenn sie andere anspreche
- Lässt sich durch äußere Reize ablenken
- Führt Anweisungen nicht vollständig durch
- Beobachtet Einzelheiten nicht
- Macht Flüchtigkeitsfehler
- Vermeidet oder beschäftigt sich nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde, geistige Anforderungen erfordern

8. DIE PRAKTISCHE UMSETZUNG

Im folgenden Abschnitt sollen die Ergebnisse der Faktorenanalysen in den Bereichen soziale Kompetenz, emotionale Kompetenz, wie auch im Bereich der Aufmerksamkeit näher erläutert werden. Prinzipiell kann die Faktorenextraktion auf unterschiedliche Weise erfolgen, z.B. mittels Screeplot (darunter versteht man die graphische Darstellung des Eigenwertverlaufs, der letzte Faktor links vor dem „Verlaufknick“, an dem sich die Eigenwerte asymptotisch der Abszisse nähern, stellt üblicherweise die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren dar) oder mittels Eigenwertkriterium (d.h. es werden so viele Faktoren extrahiert, wie Eigenwerte ≥ 1 vorhanden sind). In der vorliegenden Auswertung wurde aufgrund der inhaltlichen Plausibilität der zu extrahierenden Faktoren das Eigenwertkriterium herangezogen.

8.1. Faktorenanalytische Beurteilung des Indexsystems

8.1.1. Faktorenanalyse der Skala „Kommunikationsfähigkeit“

Im Bereich der Skala Kommunikationsfähigkeit haben sich drei Faktoren mit einem Eigenwert größer als 1 herauskristallisiert. Insgesamt erklären diese Faktoren 94,8% der Gesamtvarianz. Es konnten Ladungen der Items zwischen 0,66 und 0,96 festgestellt werden.

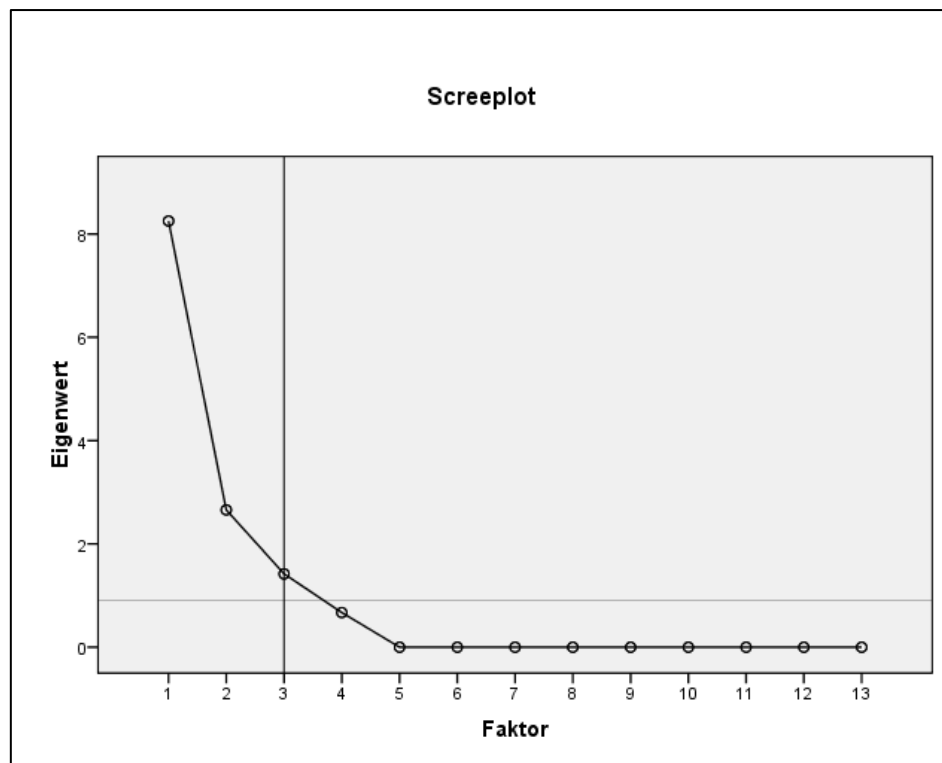


Abbildung 1: Eigenwertdiagramm - Kommunikationsfähigkeit

Der erste Faktor „erwünschte, verbale Kommunikationsfähigkeiten“ erklärt eine Gesamtvarianz von 45,0%. Es konnten Ladungen zwischen 0,68 und 0,95 festgestellt werden. Das Cronbach Alpha von 0,96 deutet darauf hin, dass die Items dieser Skala gut harmonisieren.

Der zweite Faktor „stockend“ kann eine Gesamtvarianz von 27,3% erklären. Hier ist ein Zusammenhang zwischen dem Item „stockend“ mit der Ladung 0,92 und dem Item „Gestik angemessen“ mit der Ladung 0,69 erkennbar.

Der vierte Faktor „deutliche Aussprache/angemessene Mimik“ erklärt 22,5% der Gesamtvarianz und weist Ladungen zwischen 0,66 und 0,96 auf.

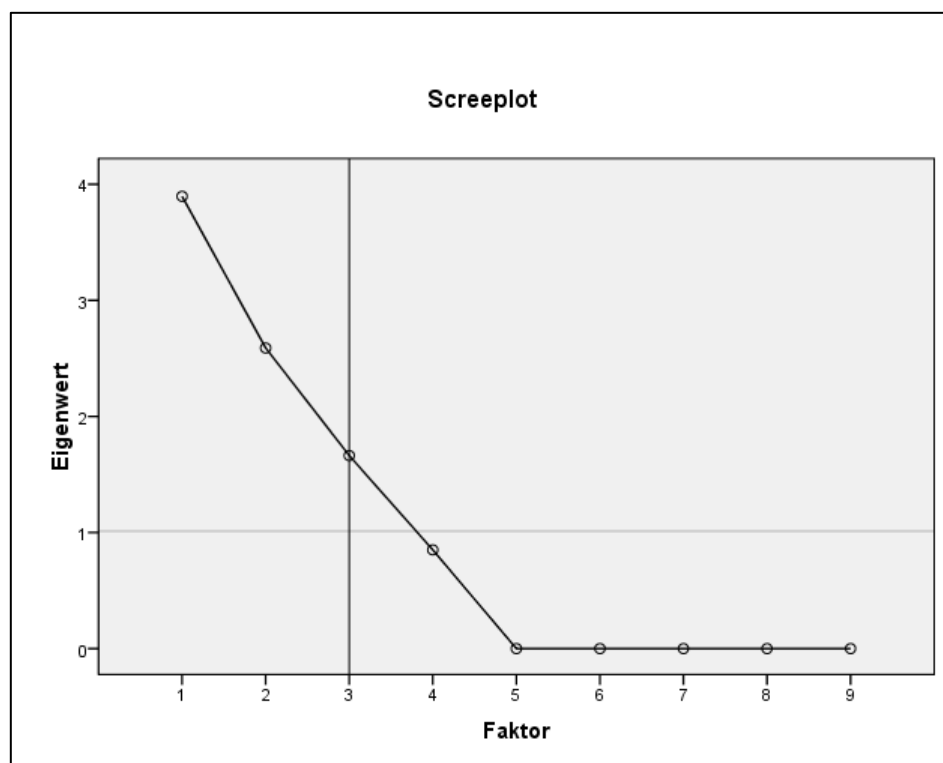
In folgender Tabelle werden jeweils die Kennzahlen für Ladungen, Trennschärfe, den erklärten Varianzanteil und das Cronbach Alpha, wie auch die Beurteilerübereinstimmung pro Faktor angegeben.

Tabelle 1: Faktorenanalyse - Kommunikationsfähigkeit (Index)

FAKTORENANALYSE INDEXSYSTEM KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEIT					
	Ladung	Trennschärfe	Cronbach Alpha	% der Varianz	Beobachterübereinstimmung
erwünschte, verbale Kommunikationsfähigkeiten					
Lautstärke angemessen	,869	,997	,956	45,019	,985
deutlich	,774	,959			
flüssig	,770	,958			
Eigeninitiative	,952	,704			
lässt andere ausreden	,684	,920			
Aufforderung umkodiert	,930	,967			
kein Kontakt Kontaktaufnahme umkodiert	,848	,703			
stockend & angemessene Mimik und Gestik					
stockend	,923	,653	,804	27,296	,895
Mimik & Gestik unangemessen umkodiert	,689	,653			
keine Äußerung					
keine Äußerung	,660	,839	,767	22,530	,889
keine Äußerung Kontaktaufnahme	,717	,879			
Mimik & Gestik angemessen	,843	,299			
undeutlich umkodiert	,956	,819			

8.1.2. Faktorenanalyse der Skala „emotionale Kompetenz“

Die Faktorenanalyse der Items der Emotionsregulation und des Emotionsausdrucks ergab ebenso drei Faktoren mit einem Eigenwert größer eins, die insgesamt ansehnliche 90,5% der Gesamtvarianz erklären.

**Abbildung 2: Eigenwertdiagramm - Emotionale Kompetenz (Index)**

Der erste Faktor „Ärger“ erklärt 31,7% der Gesamtvarianz, die Ladungen liegen beim Item „zieht sich nicht zurück“ bei 0,74, beim Item „Ärger“ bei 0,94 und bei dem Item „Interesse“ bei 0,83.

Faktor zwei „negative Emotionen“ weist ein Cronbach Alpha von 0,63 auf, beschreibt 29,8% der Gesamtvarianz. Die Ladungen der einzelnen Items dieser Skala bewegen sich zwischen 0,69 und 0,99.

Der dritte Faktor „Freude“ wird durch die Items „Freude“ (Ladung=0,93) und „keine Langeweile“ (Ladung=0,98) beschrieben. 29,0% der Gesamtvarianz können mit diesem Faktor abgeklärt werden, das Cronbach Alpha weist einen sehr guten Wert von 0,94 auf.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Faktorenanalyse der emotionalen Kompetenzen.

Tabelle 2: Faktorenanalyse - Emotionale Kompetenz (Index)

FAKTORENANALYSE INDEXSYSTEM		EMOTIONALE KOMPETENZ		
	Ladung	Trennschärfe	Cronbach Alpha	% der Varianz
Ärger				
Interesse	0,83	0,60	0,76	31,69
Ärger	0,94	0,87		
zieht sich zurück umkodiert	0,74	0,45		
Angst & Unsicherheit				
keine erkennbare Emotion	0,70	0,77	0,63	29,81
Angst Unsicherheit	1,00	0,69		
problemorientiertes Handeln umkodiert	0,77	-0,54		
Zufriedenheit umkodiert	0,69	0,70		
Freude				
Freude	0,93	0,90	0,94	29,05
Langeweile umkodiert	0,98	0,90		

8.1.3. Faktorenanalyse der Skala „Aufmerksamkeit“

Im Bereich der Aufmerksamkeit war es möglich, mittels Faktorenanalyse vier Faktoren mit dem Eigenwert größer eins zu extrahieren, die zusammen beachtliche 100% der Gesamtvarianz erklären. Die Ladungen der rotierten Komponentenmatrix reichen von 0,64 bis 0,99.

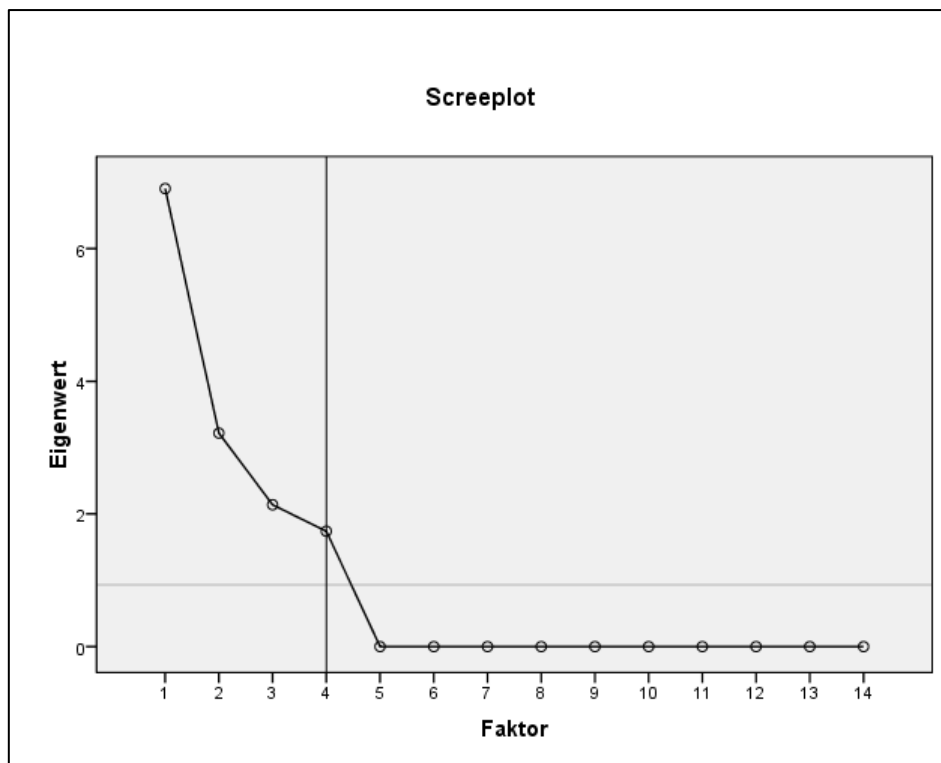


Abbildung 3: Eigenwertdiagramm - Aufmerksamkeit (Index)

Der erste Faktor behandelt Items, die „Unruhe“ und „Blick woanders“ und „Blick zum Hund“ beschreiben und deren Ladungen zwischen 0,64 und 0,99 liegen. Das Cronbach Alpha liegt bei einem guten Wert von 0,89. 35,6% der Gesamtvarianz können durch diesen Faktor geklärt werden.

Faktor zwei beschreibt die „entspannte Körperhaltung“ der Mädchen während dem MTI Training. Die Ladungen auf diesem Faktor liegen zwischen

0,70 und 0,98; das Cronbach Alpha beträgt 0,85. Insgesamt können 31,5% der gesamten Varianz erklärt werden.

Der dritte Faktor bildet „ruhige Extremitäten“ ab und erklärt 19,8% der Gesamtvarianz. Die Ladungen der Items der rotierten Komponentenmatrix liegen zwischen 0,64 und 0,99.

Mit dem vierten Faktor kann die „abgewandte Körperhaltung“ beschreiben werden. Bei einer erklärten Varianz von 13,1% befinden sich die Ladungen des Items „abgewandt“ bei 0,98.

Die folgende Tabelle soll zur besseren Verständlichkeit der Ergebnisse der Faktorenanalyse des Konstrukts „Aufmerksamkeit“ des Indexsystems beitragen.

Tabelle 3: Faktorenanalyse - Aufmerksamkeit (Index)

FAKTORENANALYSE INDEXSYSTEM AUFMERKSAMKEIT				
	Ladung	Trennschärfe	Cronbach Alpha	% der Varianz
psychomotorische Unruhe				
Blickrichtung zu Hund	0,80	0,83	0,89	35,56
stehend	0,81	0,89		
Blickrichtung woanders hin	1,00	0,88		
psychomotorische Unruhe	0,94	0,72		
unruhige Hände	0,64	0,71		
entspannte Körperhaltung				
entspannt	0,87	0,91	0,85	31,53
Körperausdruck auf Leiterin	0,77	0,68		
Blickrichtung zu Mitschülerin	0,70	0,49		
angespannt umkodiert	0,75	0,65		
Körperhaltung auf Hund umkodiert	0,98	0,89		
ruhige Extremitäten				
ruhige Füße	0,99	0,60	0,69	19,77
ruhige Hände	0,64	0,73		
unruhige Füße umkodiert	0,68	0,79		
abgewandte Körperhaltung				
abgewandt	0,98			13,14

8.2. Faktorenanalytische Beurteilung des Ratingsystems

8.2.1. Faktorenanalyse der Skala „soziale Kompetenzen“

Die Faktorenanalyse ergab im Bereich der sozialen Kompetenzen unter Berücksichtigung des Eigenwertdiagramms eine 4-Faktorenlösung, durch die 100 % der Gesamtvarianz erklärt werden können. Die Ladungen der Faktoren liegen zwischen 0,59 und 0,97.

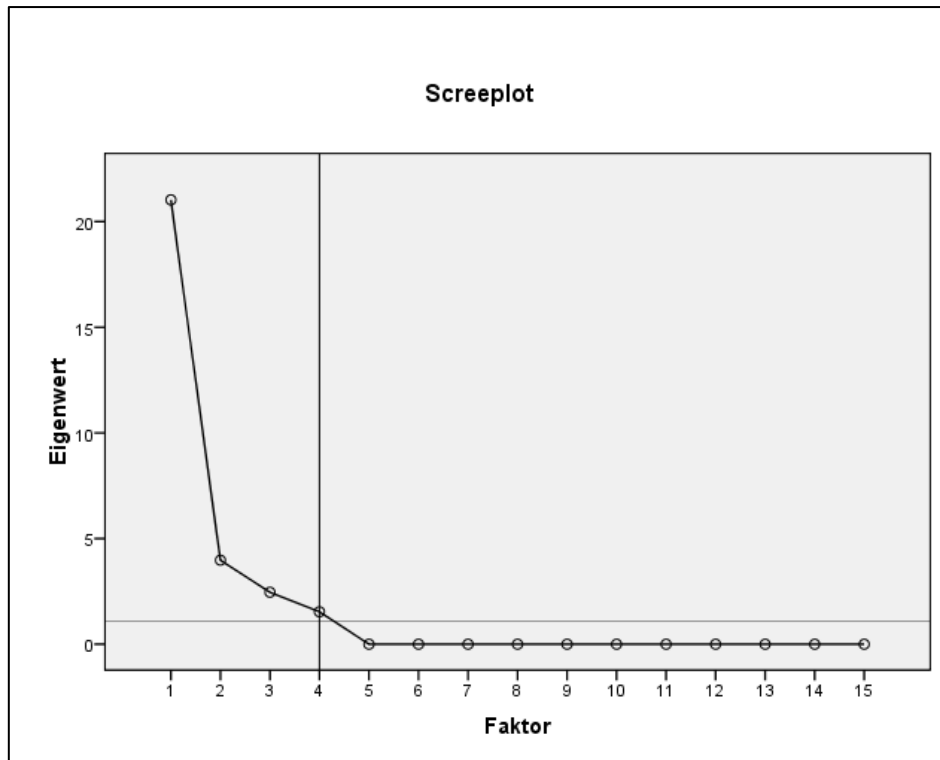


Abbildung 4: Eigenwertdiagramm - Soziale Kompetenz (Rating)

Der erste Faktor beschreibt das „Interesse und die Kooperationsbereitschaft“ und erklärt 39,99% der Gesamtvarianz. Die Ladungen liegen innerhalb dieses Faktors zwischen 0,59 und 0,95. Das Cronbach Alpha von 0,90 weist auf eine hohe innere Konsistenz hin.

Mit dem zweiten Faktor „Aufmerksamkeit; unterstreicht Verbales durch Mimik und Gestik; Kritikfähigkeit“ werden 33,6% der Gesamtvarianz erklärt. Durch das Cronbach Alpha von 0,97 kann von innerer Konsistenz ausgegangen werden. Die Ladungen auf diesem Faktor liegen zwischen 0,66 und 0,90.

Auf dem dritten Faktor laden jene Items, die die Fähigkeit beurteilen, „angemessen auf Kritik“ zu reagieren. Die Ladungen bewegen sich zwischen 0,67 und 0,92. Das Cronbach Alpha liegt bei einem mittelmäßigen Wert von 0,69. Insgesamt können 13,6% der Gesamtvarianz erklärt werden.

Der 4. Faktor „Langeweile“ beinhaltet die Items „zeigt Anteilnahme in Bezug auf Langeweile“, „Akzeptanz von Kritik“ und „spricht undeutlich“; was interessanterweise darauf hindeutet, dass die Mädchen, die undeutlich sprechen, Kritik akzeptieren und Anteilnahme in Bezug auf Langeweile zeigen. Der erhöhte Varianzanteil liegt bei 12,9%, die Ladungen weisen Werte zwischen 0,71 und 0,92 auf. Das Cronbach Alpha nimmt einen guten Wert von 0,84 an.

Die Ergebnisse der Faktorenanalyse des Konstrukts „soziale Kompetenzen“ werden anschließend in der Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 4: Faktorenanalyse - Soziale Kompetenz (Rating)

FAKTORENANALYSE RATINGSYSTEM SOZIALE KOMPETENZ						
	Ladung	Trennschärfe	Cronbach Alpha	% der Varianz		
Kooperationsbereitschaft						
Kann andere auf ihre Seite ziehen	0,85	0,97	0,90	39,99		
Trägt aktiv zur Gruppenübungen bei	0,82	0,97				
Stellt Wissen zur Verfügung Beteiligung	0,95	0,94				
Zeigt prosoziales Verhalten	0,80	-0,88				
Zeigt Anteilnahme Zufriedenheit	0,60	0,90				
Zeigt Anteilnahme Freude	0,72	0,90				
Zeigt Anteilnahme Interesse	0,60	0,88				
Geht auf Vorschläge ein Beteiligung	0,88	0,86				
Spricht in angemessener Lautstärke	0,90	0,95				
Reaktion auf Feedback	0,87	1,00				
Akzeptanz dabei	0,90	0,97				
Spricht flüssig umkodiert	0,68	-0,96				
Unterstreicht Verbales durch Mimik & Gestik, Aufmerksamkeit						
Hält Gespräche aufrecht	0,76	0,98	0,97	33,58		
Kritisiert sich selbst oder andere angemessen	0,75	0,99				
Macht anderen oder sich Komplimente	0,72	0,95				
Macht anderen Komplimente Kritik	0,78	0,98				
Macht sich selbst Komplimente Kritik	0,70	0,93				
Zeigt Anteilnahme Angst Unsicherheit	0,71	0,96				
Unterstreicht Verbales durch Mimik und Gestik	0,90	0,97				
Lacht gerne mit anderen	0,66	0,87				
Aufmerksamkeit Kritik	0,97	0,86				
lässt andere ausreden	0,81	1,00				
Aufmerksamkeit hierbei	0,97	0,83				
angemessene Reaktion auf Kritik						
Angemessene Reaktion auf Kritik	0,92	0,53			0,70	13,57
Reaktion auf Kritik	0,79	0,82				
Unangemessene Reaktion auf Kritik umkodiert	0,67	0,83				
Anteilnahme an Langeweile						
Zeigt Anteilnahme Langeweile	0,92	0,90	0,88	12,87		
Akzeptanz Kritik	0,77	0,83				
Spricht deutlich umkodiert	0,72	0,66				

8.2.2. Faktorenanalyse der Skala „emotionale Kompetenzen“

Die Faktorenanalyse des Ratingsystems im Bereich der emotionalen Kompetenzen ergab vier Faktoren mit dem Eigenwert größer eins. Der gemeinsam erklärte Varianzanteil liegt bei 100 Prozent.

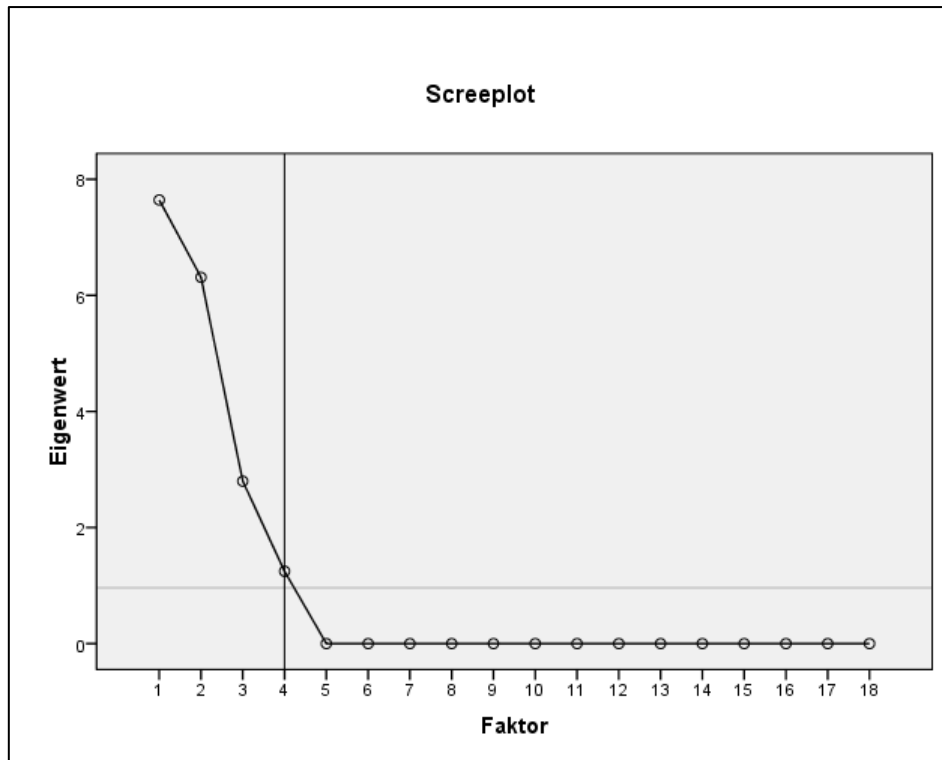


Abbildung 5. Eigenwertdiagramm - Emotionale Kompetenz (Rating)

Der erste Faktor, der den „Ausdruck von Emotionen“ beschreibt, deckt 31,8% der Gesamtvarianz ab. Das Cronbach Alpha beträgt 0,84 und die Ladungen dieses Faktors variieren zwischen 0,69 und 0,95.

Mit dem zweiten Faktor „zieht sich zurück“ werden insgesamt 30,6% der Gesamtvarianz erklärt. Bei dem Cronbach Alpha von 0,95 kann von innerer Konsistenz ausgegangen werden. Die Ladungen des Faktors liegen zwischen 0,79 und 0,98.

Der dritte Faktor „Kann sich in schwierigen Situationen steuern“ erklärt 25,6% der Gesamtvarianz, seine Ladungen liegen in einem Bereich von 0,67 und 0,98. Das Cronbach Alpha von 0,93 liegt im sehr guten Bereich.

Der vierte Faktor „Kann Gefühle anderer gut beschreiben/ Empathie“ deckt 12,1% der Gesamtvarianz ab, das Cronbach Alpha beträgt 0,37. Die Ladungen dieses Faktors liegen zwischen 0,64 und 0,98.

Zur besseren Verständlichkeit werden die Ergebnisse der Faktorenanalyse der emotionalen Kompetenzen des Ratingsystems in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 5: Faktorenanalyse - Emotionale Kompetenz (Rating)

FAKTORENANALYSE RATINGSYSTEM EMOTIONALE KOMPETENZ				
	Ladung	Trennschärfe	Cronbach Alpha	% der Varianz
Ausdruck von Emotionen (Verbal & Gestik)				
Emotion Langweile Gestik	0,69	0,60	0,84	31,77
Emotion Ärger Gestik	0,78	0,59		
Emotion Zufriedenheit Verbal	0,79	0,95		
Emotion Freude Verbal	0,89	0,83		
Emotion Langeweile Verbal	0,95	0,91		
Emotion Ärger verbal	0,90	0,83		
Holt sich Unterstützung umkodiert	0,70	0,88		
Zieht sich zurück				
Zieht sich zurück	0,96	0,90	0,95	30,60
Emotion Zufriedenheit Gestik	0,77	0,89		
Emotion Interesse Gestik	0,93	0,87		
Emotion Interesse Verbal	0,85	0,86		
zeigt offen,wie es ihr geht umkodiert	0,89	0,98		
Kann sich in schwierigen Situationen steuern				
Verhaltensänderung	0,98	0,89	0,94	25,58
schwierigen Situationen steuern	0,67	0,74		
Emotion Angst Unsicherheit verbal	0,99	0,99		
Stellt Mitarbeit ein umkodiert	0,94	0,97		
Kann Gefühle anderer gut beschreiben				
Gefühle anderer gut beschreiben	0,98	0,62	0,37	12,06
Emotion Angst Unsicherheit Gestik	0,65	0,62		

8.2.3. Faktorenanalyse der Skala „Aufmerksamkeit“

Im Bereich der Aufmerksamkeit wurden zwei Faktoren mittels Faktorenanalyse extrahiert. Mittels der Faktorenstruktur können 85,1% der Gesamtvarianz erklärt werden. Die Ladungen reichen von einem Wert von 0,75 bis 0,98.

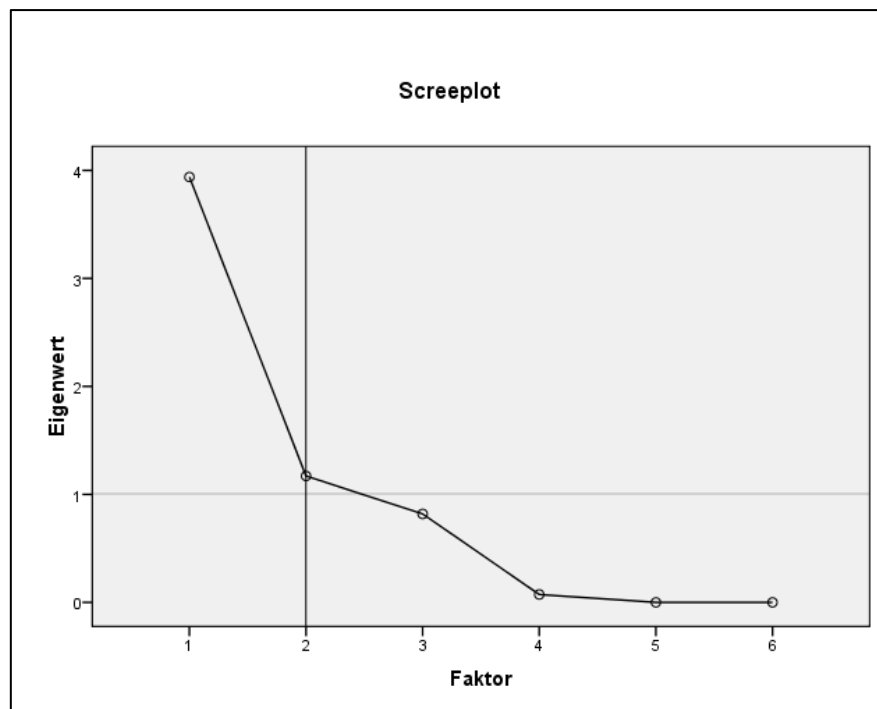


Abbildung 6: Eigenwertdiagramm - Aufmerksamkeit (Rating)

Faktor eins „fehlende Genauigkeit“ besteht aus den Items „vermeidet Aufgaben“, „Führt Anweisungen nicht vollständig durch“ und „Macht Flüchtigkeitsfehler“. Insgesamt können durch diesen Faktor 48,9% der Gesamtvarianz aufgeklärt werden, das Cronbach Alpha liegt bei einem zufriedenstellenden 0,88. Die Ladungen reichen von 0,84 bis 0,98.

Der Zweite Faktor „fehlende Aufmerksamkeit“ deckt einen etwas geringeren Gesamtvarianzanteil von 36,2% ab. Das Cronbach Alpha liegt bei 0,77 und die Ladungen liegen zwischen 0,75 und 0,83.

Tabelle 6: Faktorenanalyse - Aufmerksamkeit (Rating)

FAKTORENANALYSE RATINGSYSTEM AUFMERKSAMKEIT				
	Ladung	Trennschärfe	Cronbach Alpha	% der Varianz
fehlende Genauigkeit				
Vermeidet Aufgaben	0,88	0,81	0,88	48,93
Führt Anweisungen nicht vollständig durch	0,98	0,89		
Macht Flüchtigkeitsfehler	0,84	0,86		
fehlende Aufmerksamkeit				
Scheint nicht zuzuhören, wenn andere sie ansprechen	0,82	0,68	0,78	36,21
Lässt sich durch äussere Reize ablenken	0,83	0,63		
Beobachtet Einzelheiten nicht	0,75	0,85		

8.3. Beobachterschulung

Wie schon in den bisherigen MTI - Untersuchungen wurden 2 Psychologiestudenten für den Beobachtungsprozess rekrutiert, deren Schwerpunkt im 2. Abschnitt im klinischen Bereich bzw. im Gesundheitsbereich liegt. Gleich zu Beginn wurde das Konzept MTI, das Beobachtungssetting vorgestellt und das Beobachtungssystem (Index- und Ratingsystem) erläutert. Nachdem die unterschiedlichsten Fehlerquellen der systematischen Verhaltensbeobachtung erklärt wurden, wurde jedes einzelne Item des Beobachtungssystems auf Verständlichkeit und mögliche Schwierigkeiten abgeklärt, ausdiskutiert und bei Bedarf adaptiert. Danach wurde ein Probelauf gestartet, bei dem darauf geachtet wurde, dass keine großen Unterschiede zwischen den Beurteilungen bestanden. Zu große Unterschiede würden die Beobachterübereinstimmung herabsenken, was sich wieder negativ auf die Repräsentativität der Ergebnisse auswirkt. Nach der Beobachtung des dritten Videos wurde ein Zeitplan für die Beobachtungsphase erstellt, der sich aber in Endeffekt wegen Prüfungen, Urlaub, Arbeit der beiden Beobachter um ein Monat verzögerte.

8.4. Ablauf der systematischen Verhaltensbeobachtung

Im Zeitraum vom November 2008 bis April 2009 wurde in der Lehr- und Forschungspraxis des Instituts für Klinische und Gesundheitspsychologie an der Universität Wien die systematische Verhaltensbeobachtung bezüglich der MTI (Nestklasse) durchgeführt. Insgesamt standen 18 Videos, die über ausreichende Bild- und Tonqualität verfügten, für die Beobachtung zu Verfügung. Pro Video wurde eine 20 minütige Sequenz ausgesucht, die sowohl Teile der Theorie, Übungen und Feedback beinhaltete. Die 18 Videos wurden nicht in chronologischer Abfolge gezeigt, sondern wurden randomisiert ausgewählt, um die Beurteilungen nicht zu beeinflussen. Bei Ermüdungserscheinungen der Beobachter wurden Pausen eingelegt. Sobald Unklarheiten bei Beobachtungsprozess auftraten, beispielsweise, wenn ein Beobachter die Mimik eines Mädchens nicht klar einschätzen konnte, wurden die Sequenzen solange wiederholt, bis die Unsicherheiten beseitigt waren. Insgesamt umfassen die Dokumentationsblätter 3100 Seiten, die Beobachtungszeit für die 18 Videos betrug 150h.

9. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Sowohl die Dateneingabe, als auch die Berechnung der durch die systematische Verhaltensbeobachtung ermittelten Messwerte, wurde mit dem Statistikprogramm SPSS 17 durchgeführt. Die Dateneingabe erfolgte größtenteils durch die zwei rekrutierten Beobachter im Zeitraum von zweieinhalb Monaten. Mittels allgemeinem linearen Modell wurden für die faktorenanalytischen Skalen die Veränderungen über die 18 Sitzungen eruiert. Es wurde ein Signifikanzniveau von Alpha = 0,05 angenommen. Die Daten des Index-, als auch des Ratingsystems wurden pro Einheit gemittelt und in Folge zu drei Gruppen („Anfang“, „Mitte“, „Ende“) zwecks besserer Interpretation der Ergebnisse zusammengefasst. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Einteilung der drei Gruppen.

Tabelle 7: Gruppeneinteilung MTI Nestklasse

MTI Nestklasse Gruppeneinteilung																		
Datum	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Gruppe	"Anfang"						"Mitte"						"Ende"					

Mittels unabhängiger Varianzanalyse wurde zusätzlich die Beobachterübereinstimmung zwischen den beiden Beobachtern ermittelt. Zusätzlich wurden die Effektstärken (partielles Etaquadrat) berechnet, wodurch nach Bortz und Döring (2005) von einem kleinen Effekt bei $\geq 0,01$, einem mittleren Effekt bei $\geq 0,06$ und einem großen Effekt bei $\geq 0,14$ ausgegangen werden kann. Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Varianzanalyse für die Daten des Indexsystems, als auch des Ratingsystems ausführlich beschrieben und mittels graphischer- bzw. tabellarischer Unterstützung zwecks besserer Nachvollziehbarkeit durch Ergebnisse des Post-Hoc-Test nach Scheffé dargestellt. Der Post-Hoc-Test Scheffé wurde gewählt, weil er für unabhängige Stichproben gilt. Bei abhängigen Stichproben hingegen kommen die Post-Hoc-Tests Bonferroni und die Bonferroni-Holm-Korrektur zum Einsatz (Ziegler und Bühner, 2009).

9.1. Ergebnisse im Bereich der sozialen Kompetenzen

9.1.1. Resultate der Analyse des Indexsystems

Bezüglich der „erwünschten, verbalen Kommunikationsfähigkeiten“ konnten keine signifikanten Veränderungen über die Beobachtungszeitpunkte festgestellt werden ($F(2; 7,180) = 0,84$, $p = 0,772$, $\eta^2 = 0,07$).

Tabelle 8: Mittelwerte (Scheffé) - erwünschte, verbale Kommunikationsfähigkeiten

erwünschte, verbale Kommunikationsfähigkeiten		
<i>Scheffé</i>		<i>Untergruppe</i>
Zeitpunkt2	N	1
1		4,96
3		5,1903
2		5,2623
Sig.		,622

Die Mittelwertvergleiche nach Scheffé zeigen, dass es in der ersten Trainingshälfte ($M = 4,96$, $SD = 1,19$) zu einer Steigerung der „erwünschten Kommunikationsfähigkeiten“ kommt ($M = 5,26$, $SD = 1,34$), die dann gegen Ende hin nachlässt ($M = 5,19$, $SD = 0,73$).

Für die Skala „stockend“ konnten keine Kennwerte für $\alpha = 0,05$ berechnet werden.

Im Bereich „keine Äusserung“ konnte eine signifikante Veränderung über die Untersuchungszeitpunkte ($F(2; 9,180) = 48,64$, $p = 0,000$, $\eta^2 = 0,91$) beobachtet werden. Hier konnte zwischen Anfang ($M = 12,75$, $SD = 1,56$) und Mitte der Intervention ($M = 12,99$, $SD = 1,71$) eine leichte Verschlechterung (d.h. die Häufigkeit, keine Äusserung zu tätigen, nimmt zu) festgestellt werden, gegen Ende tritt eine Verbesserung ein (d.h. die Häufigkeit, keine Äusserung zu tätigen, nimmt ab) ($M = 10,89$, $SD = 2,73$).

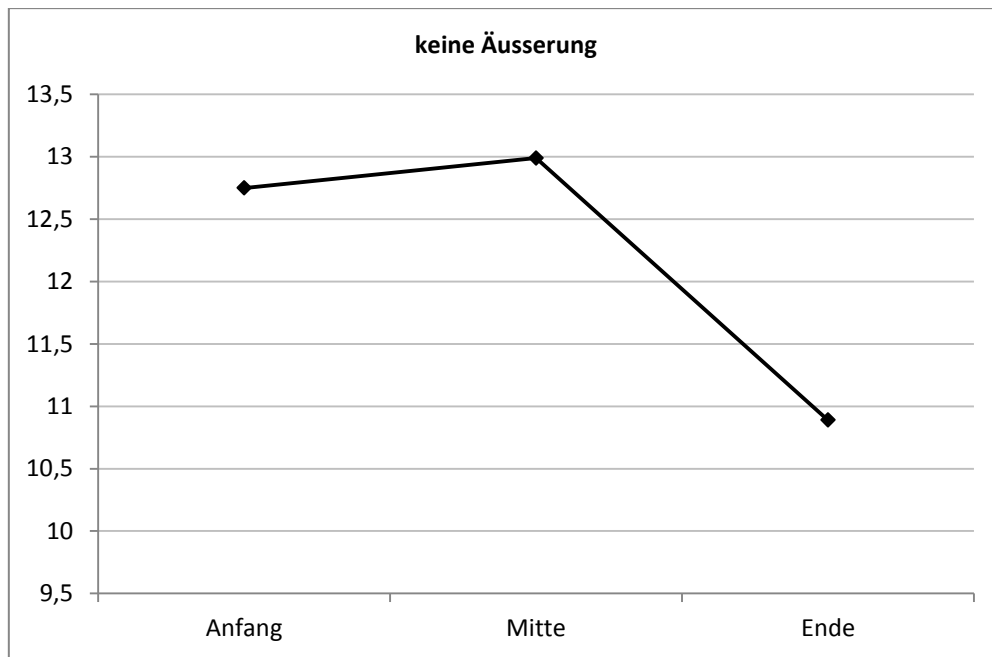


Abbildung 7: Mittelwerte - keine Äusserung

9.1.2. Resultate der Analyse des Ratingsystems

Bezüglich des Faktors „Kooperationsbereitschaft“ konnten über die Untersuchungszeitpunkte hinweg signifikante Veränderungen ($F(2; 7,878) = 22,68$, $p = 0,001$, $\eta^2 = 0,85$) nachgewiesen werden. Der Vergleich der Mittelwerte macht deutlich, dass es vom Anfang ($M = 3,86$, $SD = 0,70$) an über die Mitte ($M = 4,04$, $SD = 0,75$) bis zum Ende ($M = 4,22$, $SD = 0,76$) eine Zunahme der Kooperationsbereitschaft beobachtbar ist.

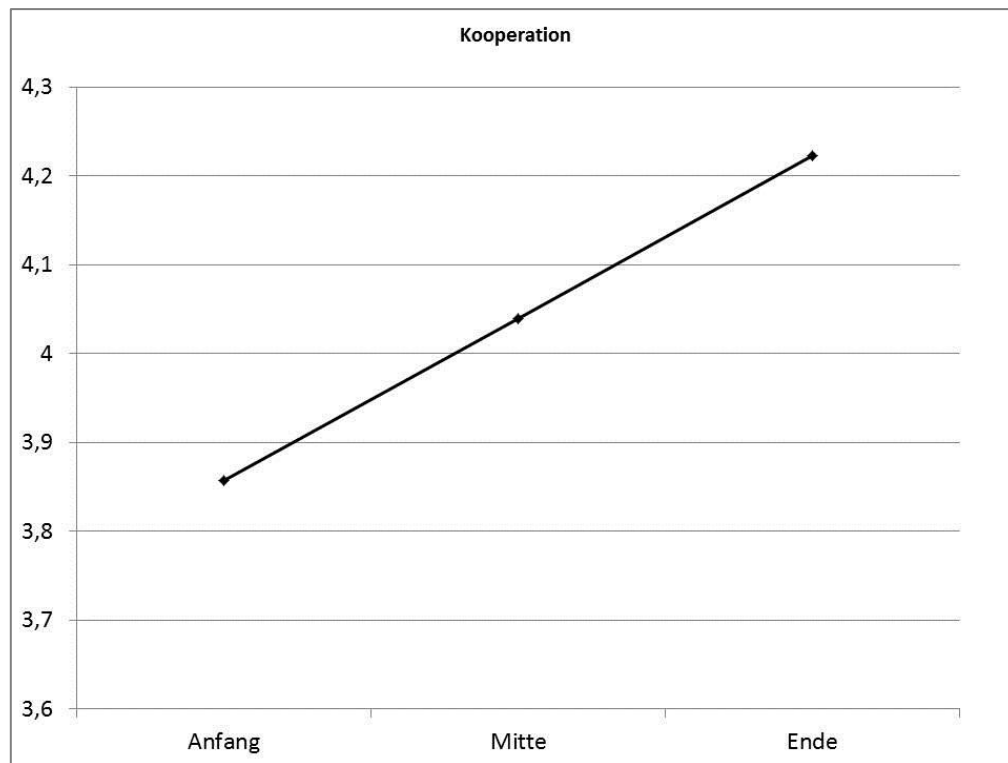


Abbildung 8: Mittelwerte - Kooperation

Die Varianzanalyse ergibt eine signifikante Veränderung ($F(2; 7,347) = 9,12, p = 0,010, \eta^2 = 0,71$) im Bereich „Aufmerksamkeit & unterstreicht Verbales durch Mimik und Gestik“. Eine leichte Abnahme bezüglich dieses Faktors ist vom Anfang ($M = 3,71, SD = 0,97$) zur Mitte ($M = 3,57, SD = 1,14$) feststellbar. Gegen Ende der Intervention nehmen die Werte zu und erreichen bessere Werte, als am Anfang ($M = 3,99, SD = 0,87$).

Tabelle 9: Mittelwerte (Scheffé) - Aufmerksamkeit & unterstreicht Verbales durch Mimik und Gestik

Aufmerksamkeit & unterstreicht Verbales durch Mimik und Gestik			
Scheffe		Untergruppe	
Zeitpunkt2	N	1	2
2	25	3,5701	
1	22	3,7075	3,7075
3	23		3,9833
Sig.		0,626	,159

Keine signifikanten Ergebnisse ($F(2; 7,133) = 0,80$, $p = 0,487$, $\eta^2 = 0,18$) ergaben sich im Bereich „angemessene Reaktion auf Kritik“. Vom Anfang ($M = 5,66$, $SD = 0,75$) zum Ende ($M = 5,74$, $SD = 0,53$) ist eine leichte Steigerung in dieser Skala ersichtlich.

Tabelle 10: Mittelwerte (Scheffé) - angemessene Reaktion auf Kritik

angemessene Reaktion auf Kritik		
<i>Scheffé</i>		<i>Untergruppe</i>
Zeitpunkt2	N	1
2	15	5,4874
1	18	5,6644
3	11	5,7409
Sig.		,516

In der Skala „Anteilnahme an Langeweile“ konnten signifikante Veränderungen ($F(2; 6,074) = 5,30$, $p = 0,047$, $\eta^2 = 0,64$) über die Messzeitpunkte festgestellt werden. Der Vergleich der Mittelwerte zeigt deutlich, dass es zwischen Anfang ($M = 2,30$, $SD = 0,79$) und Ende ($M = 1,72$, $SD = 1,02$) eine Abnahme der Anteilnahme an Langeweile beobachtbar ist.

Tabelle 11: Mittelwerte (Scheffé) - Anteilnahme an Langeweile

Anteilnahme an Langeweile		
<i>Scheffé</i>		<i>Untergruppe</i>
Zeitpunkt2	N	1
2	25	1,658
3	17	1,7176
1	21	2,3033
Sig.		,090

9.2. Ergebnisse im Bereich der emotionalen Kompetenzen

Die Auswertung der Ergebnisse bezüglich der Skalen der emotionalen Kompetenz, sowohl des Index-, als auch des Ratingsystems, erfolgte analog den Berechnungen der Skalen der sozialen Kompetenzen.

9.2.1. Resultate der Analyse des Indexsystems

Im Bereich „Ärger“ konnten mittels Indexsystems eine signifikante Veränderung ($F(2; 9,100) = 31,49$, $p = 0,000$, $\eta^2 = 0,87$) über die 18 Beobachtungszeitpunkte festgestellt werden. In der ersten Hälfte ($M = 13,59$, $SD = 1,09$) des tiergestützten Trainings stieg der Ärger zwar leicht an, in der zweiten Hälfte erreichte aber dieser Faktor einen geringeren Mittelwert ($M = 11,89$, $SD = 2,34$), als am Anfang ($M = 13,32$, $SD = 1,33$).

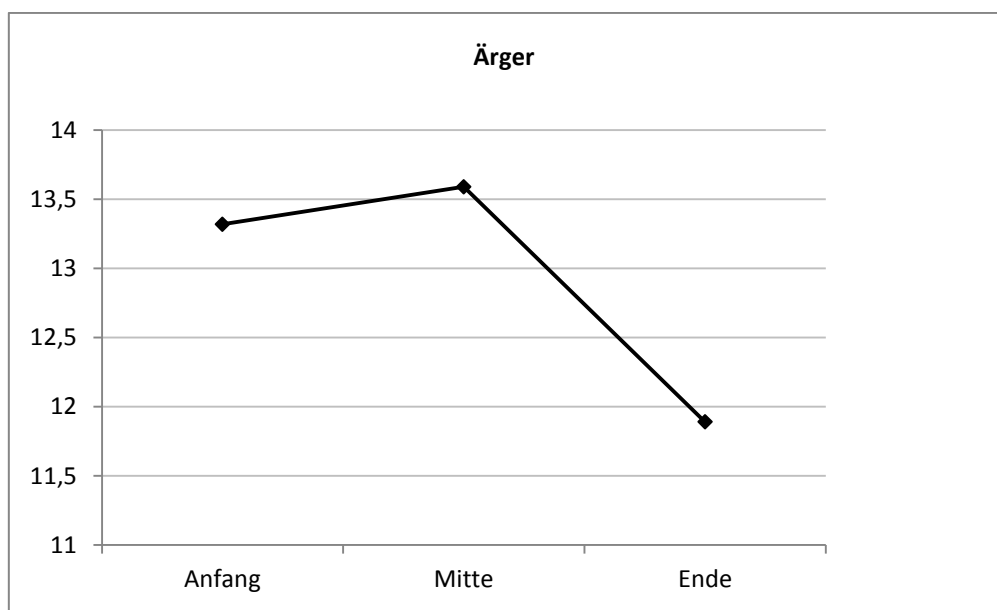


Abbildung 9: Mittelwerte - Ärger

Bezüglich des Faktors „negative Emotionen“ konnte keine signifikante Veränderungen ($F(2; 9,397) = 1,03$, $p = 0,395$, $\eta^2 = 0,18$) über die Untersuchungszeitpunkte eruiert werden.

Tabelle 12: Mittelwerte (Scheffé) - negative Emotionen

negative Emotionen		
<i>Scheffé</i>		<i>Untergruppe</i>
Zeitpunkt2	N	1
2	25	7,5557
3	24	7,583
1	22	8,1617
Sig.		,491

Werden die Mittelwerte miteinander verglichen, wird deutlich, dass die negativen Emotionen zwischen Anfang ($M = 8,16$, $SD = 2,18$) und Mitte ($M = 7,56$, $SD = 1,89$) abnehmen, gegen Ende ($M = 7,58$, $SD = 2,00$) minimal zunehmen.

Der Faktor „Freude“ zeigte eine keine signifikante Veränderung ($F(2; 7,512) = 4,47$, $p = 0,053$, $\eta^2 = 0,54$) über die Messzeitpunkte hinweg. Wenn man die Mittelwerte von Anfang ($M = 7,14$, $SD = 4,35$) mit den Mittelwerten am Ende ($M = 3,24$, $SD = 2,05$) vergleicht, wird eine Verschlechterung bezüglich der Emotion Freude ersichtlich.

Tabelle 13: Mittelwerte (Scheffé) - Freude

Freude			
<i>Scheffé</i>		<i>Untergruppe</i>	
Zeitpunkt2	N	1	2
3	20	3,2375	
2	18	4,3528	
1	15		7,1388
Sig.		0,351	1,000

9.2.2. Resultate der Analyse des Ratingsystems

Beim ersten faktorenanalytisch ermittelten Faktor „Ausdruck von Emotionen“ konnte eine signifikante Veränderung ($F(2; 7,538) = 5,63$, $p = 0,032$, $\eta^2 = 0,60$) während des tiergestützten Trainings festgestellt werden. Beim Vergleich der Mittelwerte konnte ein stetiger Anstieg zwischen Anfang ($M = 6,21$, $SD = 0,59$) und Ende ($M = 6,63$, $SD = 0,22$) ermittelt werden.

Tabelle 14: Mittelwerte (Scheffé) - Ausdruck von Emotionen

Ausdruck von Emotionen			
<i>Scheffé</i>		<i>Untergruppe</i>	
Zeitpunkt2	N	1	2
1	22	6,2086	
2	25	6,3389	
3	23		6,6294
Sig.		0,445	1,000

Im Bereich “zieht sich zurück“ konnte eine signifikante Veränderung ($F(2; 7,213) = 7,14$, $p = 0,019$, $\eta^2 = 0,66$) nachgewiesen werden. Es kam hier zwischen Anfang ($M = 3,78$, $SD = 0,99$), Mitte ($M = 3,42$, $SD = 1,13$) und Ende ($M = 3,32$, $SD = 0,99$) zu einer Abnahme der Werte.

Tabelle 15: Mittelwerte (Scheffé) - Zieht sich zurück

zieht sich zurück			
<i>Scheffé</i>		<i>Untergruppe</i>	
Zeitpunkt2	N	1	2
3	23	3,3161	
2	25	3,4197	3,4197
1	22		3,7845
Sig.		0,81	,081

Bei der dritten Skala „kann sich in schwierigen Situationen steuern“ wurde ein signifikantes Ergebnis ($F(2; 7,390) = 8,19$, $p = 0,013$, $\eta^2 = 0,69$) über den Untersuchungszeitraum ermittelt. Zwischen Anfang ($M = 5,24$, $SD = 0,75$) und Mitte ($M = 5,01$, $SD = 0,69$) kommt es zu einer Abnahme der Mittelwerte, die jedoch gegen Ende ($M = 5,39$, $SD = 0,76$) wieder ansteigen.

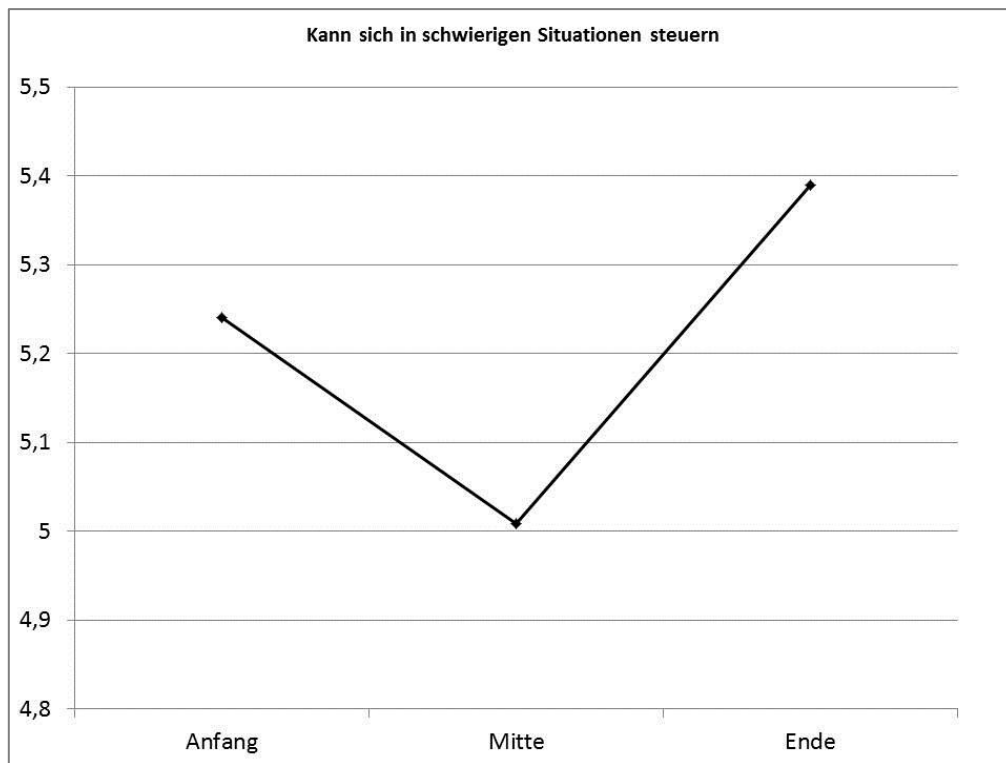


Abbildung 10: Mittelwerte - Kann sich in schwierigen Situationen steuern

In Bezug auf „Empathie/kann Gefühle anderer gut beschreiben“, der vierten faktorenanalytisch ermittelten Skala, wurde eine signifikante Veränderung ($F(2; 7,867) = 6,07, p = 0,025, \eta^2 = 0,61$) festgestellt. Erfreulicherweise stiegen die Mittelwerte zwischen Anfang ($M = 4,21, SD = 1,42$), Mitte ($M = 4,22, SD = 1,04$) und Ende ($M = 4,93, SD = 1,15$) an.

Tabelle 16: Mittelwerte (Scheffé) - Empathie

Empathie		
Scheffé		Untergruppe
Zeitpunkt2	N	1
1	22	4,2098
2	25	4,2236
3	23	4,9348
Sig.		,148

9.3. Ergebnisse im Bereich der Aufmerksamkeit

9.3.1. Resultate der Analyse des Indexsystems

Bei der faktorenanalytisch postulierten Skala „Blick woanders hin“ wurde über den Untersuchungszeitraum keine signifikante Veränderung ($F(2; 7,104) = 3,53$, $p = 0,086$, $\eta^2 = 0,50$) festgestellt.

Tabelle 17: Mittelwerte (Scheffé) - Blick woanders hin

Blickrichtung woanders hin			
Scheffé		Untergruppe	
Zeitpunkt2	N	1	2
3	23	6,7195	
2	25		7,6669
1	22		8,034
Sig.		1	,577

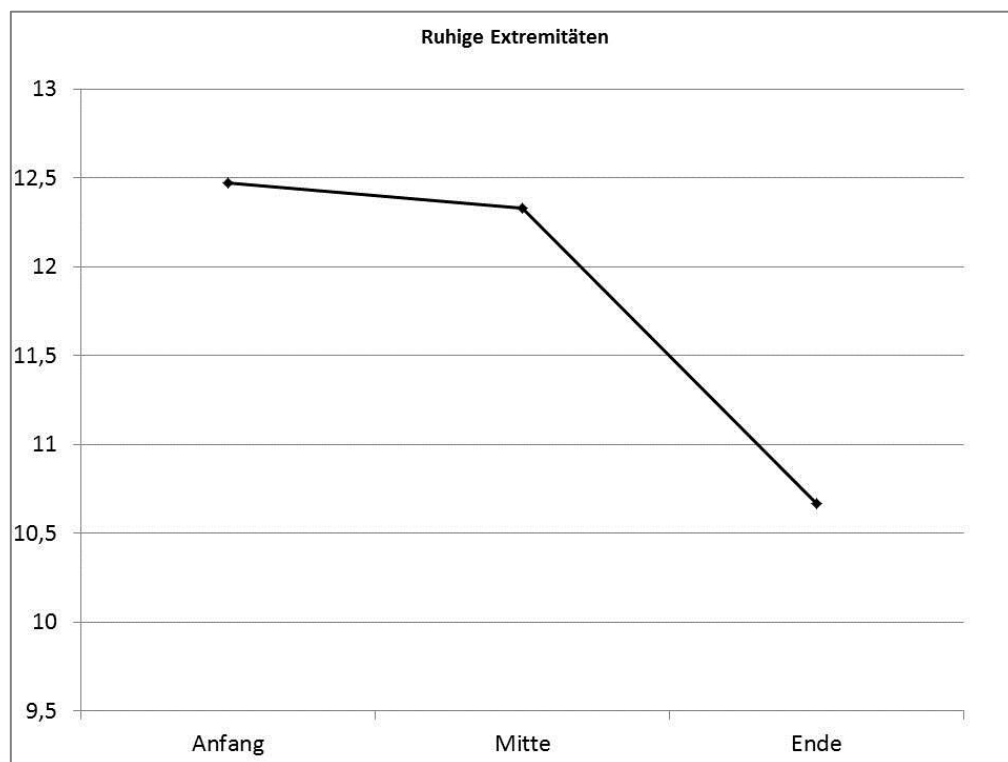
Beim Mittelwertvergleich konnte eine kontinuierliche Abnahme der „Blickrichtung woandershin“ zwischen Anfang ($M = 8,03$, $SD = 1,67$), Mitte ($M = 7,67$, $SD = 1,20$) und Ende ($M = 6,72$, $SD = 1,16$) nachgewiesen werden.

Der zweite Faktor „entspannte Körperhaltung“ weist keine signifikante Veränderung ($F(2; 7,342) = 4,63$, $p = 0,050$, $\eta^2 = 0,56$) über die Beobachtungszeitpunkte vor. Bei der Betrachtung der Mittelwerte wird deutlich, dass die entspannte Körperhaltung der Mädchen vom Beginn ($M = 9,20$, $SD = 1,54$) bis zur Mitte ($M = 10,00$, $SD = 1,69$) der Intervention öfters beobachtet werden konnte, zum Ende ($M = 8,86$, $SD = 1,13$) hin findet eine Abnahme statt.

Tabelle 18. Mittelwerte (Scheffé) - entspannte Körperhaltung

entspannte Körperhaltung			
<i>Scheffé</i>		<i>Untergruppe</i>	
Zeitpunkt2	N	1	2
3	23	8,8642	
1	22	9,1994	9,1994
2	26		9,9981
Sig.		0,652	,095

Bezüglich „ruhige Extremitäten“ lässt sich eine signifikante Veränderung ($F(2; 7,270) = 7,97$, $p = 0,015$, $\eta^2 = 0,69$) im Verlauf des Trainings feststellen. Zwischen Anfang ($M = 12,47$), Mitte ($M = 12,33$) und gegen Ende ($M = 10,67$) nehmen die Mittelwerte der einzelnen Datumsgruppen ab.


Abbildung 11: Mittelwerte - ruhige Extremitäten

Im Bereich der „abgewandten Körperhaltung“ konnte während der 18 Trainingseinheiten keine signifikante Veränderung ($F(2; 5,051) = 1,80$, $p = 0,257$, $\eta^2 = 0,42$) festgestellt werden.

Tabelle 19. Mittelwerte - abgewandte Körperhaltung

abgewandte Körperhaltung		
<i>Scheffé</i>		<i>Untergruppe</i>
Zeitpunkt2	N	1
3	4	1,3333
1	10	1,7067
2	6	1,8333
Sig.		,085

Zwischen Anfang ($M = 1,71$, $SD = 1,54$) und Mitte ($M = 1,83$, $SD = 2,04$) stiegen die Mittelwerte an, gegen Ende ($M = 1,33$, $SD = 0,47$) nahmen sie wieder ab, was in diesem Fall positiv zu bewerten ist, da es sich hier um die abgewandte Körperhaltung handelt.

9.3.2. Resultate der Analyse des Ratingsystems

In Bezug auf „fehlende Genauigkeit“ ist eine signifikante Veränderung ($F(2; 7,377) = 7,62$, $p = 0,016$, $\eta^2 = 0,67$) über die Zeit der Beobachtung festzustellen. Zwischen Anfang ($M = 1,09$) und Ende ($M = 1,70$) der Intervention ist eine Abnahme der Werte ersichtlich, was in diesem Fall positiv ist, da diese Skala aus Items wie „vermeidet Aufgaben“, „führt Anweisungen nicht vollständig durch“, „macht Flüchtigkeitsfehler“ besteht.

Tabelle 20: Mittelwerte (Scheffé) - fehlende Genauigkeit

fehlende Genauigkeit			
<i>Scheffé</i>		<i>Untergruppe</i>	
Zeitpunkt2	N	1	2
3	23	1,7027	
1	25	1,9057	1,9057
2	22		2,137
Sig.		0,34	,249

Der zweite Faktor „fehlende Aufmerksamkeit“ zeigte ebenso eine signifikante Veränderung ($F(2; 7,338) = 13,27$, $p = 0,004$, $\eta^2 = 0,78$) über den Zeitraum der Untersuchung.

Der Mittelwertvergleich nach Scheffé zeigt auch hier eine Verringerung der Aufmerksamkeit über den Zeitraum der tiergestützten Intervention zwischen Anfang ($M = 2,23$, $SD = 0,61$), Mitte ($M = 2,03$, $SD = 0,55$) und Ende ($M = 1,54$, $SD = 0,26$). Auch hier positiv zu interpretieren, da die Items bezüglich dieser Skala „scheint nicht zuzuhören, wenn andere sie ansprechen“, „lässt sich durch äußere Reize ablenken“, „beobachtet Einzelheiten nicht“ besteht.

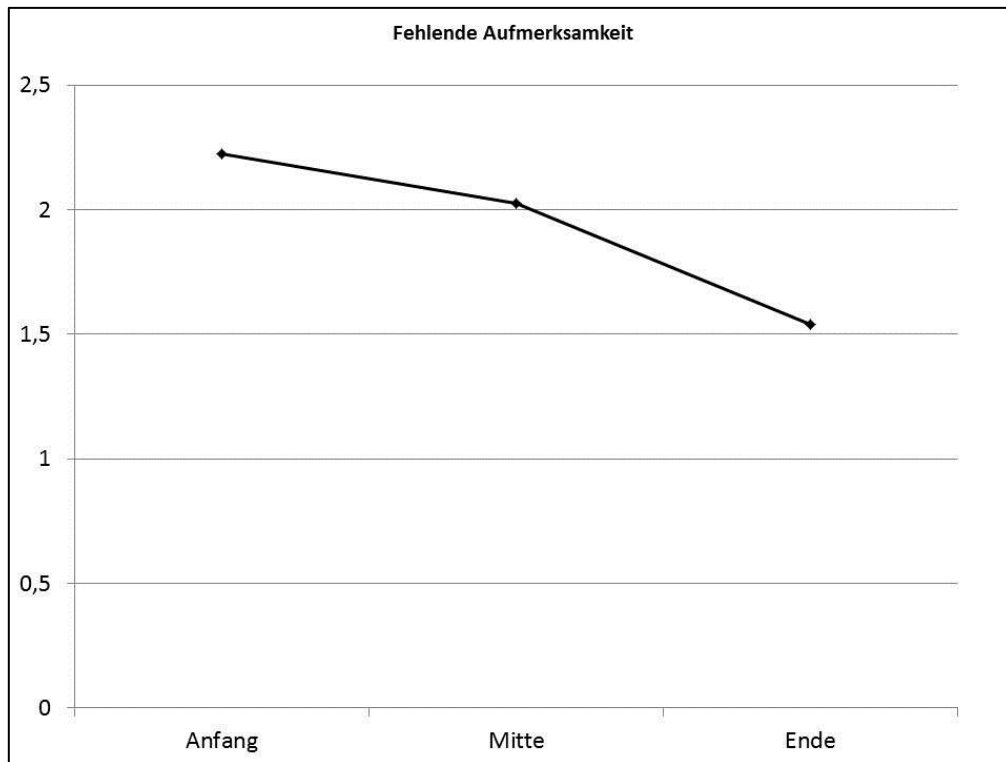


Abbildung 12: Mittelwerte - fehlende Aufmerksamkeit

Folgende Tabelle stellt einen Gesamt überblick über die Beobachterübereinstimmung im Index- und Ratingsystem dar. Da bei Nominalskalenniveau nach Artelt (2004) für die Beobachterübereinstimmung das Cohens Kappa angewendet wird, werden hier für die vorliegenden metrischen Daten die Interkorrelationen berechnet. Der Wertebereich liegt zwischen 0 und +1; Werte ab .70 gelten als gut. Betrachtet man in der linken Spalte in der Tabelle die Reliabilitätsmaße wird ersichtlich, dass die Bewertungen der beiden Beobachter miteinander korrelieren und das Verhalten der Mädchen bezüglich soziale Kompetenz, emotionale Kompetenz und Aufmerksamkeit gleich bewertet wurde. Dementsprechend können Beobachtungsfehler, siehe Kapitel 6.3., weitgehend ausgeschlossen werden.

Tabelle 21: Gesamtübersicht Beobachterübereinstimmung

BEOBACHTERÜBEREINSTIMMUNG	
ITEMS	Reliabilität
Index/Kommunikationsfähigkeit	
erwünschte verbale Kommunikationsfähigkeiten	0,99
stockend	0,90
deutlich, angemessene Mimik & Gestik/ deutliche Aussprache	0,89
Index/Emotionale Kompetenzen	
Ärger	0,78
negative Emotionen	0,89
Freude	0,94
Index/Aufmerksamkeit	
psychomotorische Unruhe	0,94
entspannte Körperhaltung	0,93
ruhige Extremitäten	0,87
abgewandte Körperhaltung	1,00
Rating/Soziale Kompetenzen	
Kooperationsbereitschaft	0,96
Aufmerksamkeit, unterstreicht Verbales durch Mimik und Gestik	0,98
angemessene Reaktion auf Kritik	0,92
Anteilnahme an Langeweile	0,78
Rating/Emotionale Kompetenz	
Ausdruck von Emotionen	0,92
zieht sich zurück	0,98
Kann sich in schwierigen Situationen steuern	0,96
Empathie	0,79
Rating/Aufmerksamkeit	
fehlende Genauigkeit	0,95
fehlende Aufmerksamkeit	0,89

10.INTERPRETATION UND DISKUSSION

In der vorliegenden Arbeit wurde erstmals die gesundheitsförderliche Wirkung der multiprofessionellen, tiergestützten Intervention in Form von Veränderungen der sozialen und emotionalen Kompetenz, so wie der Aufmerksamkeit, an einer Stichprobe von verhaltensauffälligen Mädchen in einer Volksschulklasse untersucht. Das dafür angewendete Beobachtungsinstrument resultiert aus den bisherigen Forschungsarbeiten in diesem Bereich von Sinabell (2007), Widmann (2008), Raffetseder (2008) und Scherrer (2009).

10.1. Bewertung des Beobachtungsinstrumentes

Wie schon in den vorangegangenen Evaluationen wurden die Dimensionen „Soziale Kompetenz“ und „Emotionale Kompetenz“ analog zu den vorhergehenden Arbeiten getrennt voneinander untersucht. Angelehnt an Scherrer (2009) wurde zusätzlich das Konstrukt der „Aufmerksamkeit“ in die Evaluation aufgenommen. Insgesamt erfolgten zwecks Untersuchung der Skaleneigenschaften des bisher schon mehrmals erprobten Beobachtungsinstrumentes sechs Faktorenanalysen mit Varimax – Rotation sowohl für den Bereich der „Sozialen Kompetenz“, als auch für die „Emotionale Kompetenz“, so wie für den Bereich der „Aufmerksamkeit“.

Bei der Faktorenanalyse des Indexsystems der Skala „Kommunikationsfähigkeit“, die zu den sozialen Kompetenzen zählt, konnten 3 Faktoren extrahiert werden. Der erste Faktor beschreibt „erwünschte, verbale Kommunikationsfähigkeiten“ und setzt sich beispielsweise aus folgenden Items zusammen „angemessene Lautstärke“, „Eigeninitiative“, „Kontakt bei Kontaktaufnahme“. Die zweite Skala „stockend“ weist auf einen Zusammenhang zwischen stockender Aussprache der Mädchen aber dennoch angemessener Mimik hin. „Deutliche Aussprache, angemessene Mimik und Gestik“ wird mit dem letzten Faktor behandelt. Da die Cronbach Alpha Werte zwischen 0,77 und 0,96 liegen, kann man von einer hohen, inneren Konsistenz (Messgenauigkeit) ausgehen. Insgesamt klären die extrahierten Faktoren 94,8% der gesamten Varianz.

Die Analyse der emotionalen Kompetenzen, die mittels Ratingsystem ermittelt wurden, ergab drei Faktoren, deren innere Konsistenz Werte zwischen 0,63 und 0,94 und daher als gut bezeichnet werden können. Die Faktorenstruktur erklärt insgesamt 90,5% der Gesamtvarianz auf.

Bei dem ersten Faktor „Ärger“ zeigt sich, dass auf einen Zusammenhang zwischen „Ärger“, „Interesse“ und „zieht sich nicht zurück“ besteht. Mit der zweiten Skala werden die „negative Emotionen“ der Mädchen beschrieben; sobald sie unsicher werden oder Angst empfinden, zeigt sich die Tendenz, dass die Mädchen aus Selbstschutz erstarren, wenig Emotion zeigen und problemorientiertes Handeln unmöglich erscheint. Der dritte Faktor „Freude“ hängt mit der Beobachtung des Verhaltens „nicht vorhandener Langeweile“ zusammen.

Bei der Faktorenanalyse des Indexsystems bezüglich der Aufmerksamkeit konnten bei einer Gesamtvarianz von beachtlichen 100%, vier Faktoren extrahiert werden. Der erste Faktor beschreibt Situationen, in denen die verhaltensauffälligen, vorwiegend ängstlichen Mädchen, bei praktischen Übungen mit dem Vierbeiner oft mit psychomotorischer Unruhe, unruhigen Händen und Blickrichtung zum Hund bzw. woandershin reagierten. Der zweite Faktor „entspannte Körperhaltung“ ist dadurch zu erklären, dass die Mädchen während der tiergestützten Intervention fast ausschließlich der Leiterin zugewendet waren, gelegentlich mit ihren Mitschülerinnen kommunizierten und sich dabei sichtlich entspannten, was auf die beobachtbare, gute Klassengemeinschaft zurückzuführen ist. Die dritte Skala weist auf einen Zusammenhang zwischen „ruhigen Füßen“ und „ruhigen Händen“ hin, der vierte Faktor beschreibt die „abgewandte Körperhaltung“ der Mädchen. Aufgrund der Cronbach Alpha Werte zwischen 0,69 und 0,89 kann eindeutig von interner Konsistenz ausgegangen werden.

Im Bereich der sozialen Kompetenzen, die mittels Ratingsystem ermittelt wurden, konnten mittels Faktorenanalyse vier Faktoren ermittelt werden, die erneut 100% der gesamten Varianz erklären. Die Cronbach Alpha Werte zwischen 0,70 und 0,97 deuten auf homogene Items hin. Der erste Faktor beschreibt die „Kooperationsbereitschaft“ der Mädchen, bei der sie beispielsweise andere auf ihre Seite ziehen können, sich aktiv bei Gruppenübungen beteiligen, Wissen zur Verfügung stellen, in angemessener Lautstärke sprechen und sich prosozial verhalten. Ein hoher Zusammenhang besteht auch bei dem zweiten Faktor, der sich exemplarisch aus Items wie „unterstreicht Verbales durch Mimik und Gestik“, „Aufmerksamkeit“ und „lässt andere Ausreden“ zusammensetzt. Der dritte Faktor widmet sich der „angemessenen Reaktion auf Kritik“ der Mädchen, der letzte Faktor beschreibt Situationen, in denen die Mädchen Anteilnahme an Langeweile (gegenüber ihrer Mitschülerinnen) zeigen. Dieses Verhalten ist gekoppelt mit undeutlicher Aussprache, die erneut auf Unsicherheit hinweist und mit (von den Mädchen akzeptierter) Kritik von Seite der Leiterin bei Unaufmerksamkeit.

Betreffend den, mittels Ratingsystem ermittelten, emotionalen Kompetenzen wurden faktorenanalytisch vier Faktoren extrahiert, deren innere Konsistenz zwischen (nicht homogenen) 0,37 und 0,95 variiert. Mit dem ersten Faktor wird der „Ausdruck von Emotionen“ der Mädchen beschrieben: sie äußern Gefühle wie Freude, Ärger oder Langeweile, bzw. durch ihre Gestik sind Ärger oder Langeweile beobachtbar. Situationen, in denen die Mädchen zwar nicht offen zeigen, wie es ihnen geht, aber dennoch Interesse an der Intervention zeigen, werden mit dem zweiten Faktor

„Zieht sich zurück“ umschrieben. Auch hier spielt die Unsicherheit der Mädchen eine große Rolle. Der dritte Faktor beschreibt den Zusammenhang zwischen den Items „aktive Mitarbeit“, „Emotion Angst, Unsicherheit verbal“ und „Verhaltensänderung“ und wird mit dem Faktor „Kann sich in schwierigen Situationen steuern“ zusammengefasst. Das Item „Kann Gefühle anderer gut beschreiben“ steht im Fokus des vierten Faktors „Empathie“, bei dem der Zusammenhang zu dem Item „Angst, Unsicherheit, Gestik“ geringer ausfällt. Insgesamt erklärt die Faktorenstruktur 100% der Gesamtvarianz.

Die faktorenanalytische Berechnung der Skala Aufmerksamkeit führt zu zwei Faktoren, die insgesamt 85,14% der gesamten Varianz erklären. Aufgrund der Cronbach Alpha Werte von 0,78 und 0,88 kann auf homogene Items geschlossen werden. Faktor eins „fehlende Genauigkeit“ beschreibt Situationen, in denen die Mädchen Anweisungen nicht vollständig durchführen, Aufgaben vermeiden und bei den praktischen Übungen Flüchtigkeitsfehler machen. Der zweite Faktor widmet sich der „fehlenden Aufmerksamkeit“ der Mädchen, wenn sie Einzelheiten nicht beobachten oder sich von äußeren Reizen ablenken lassen und es scheint, dass sie nicht zuhören, wenn sie andere ansprechen.

Insgesamt wird die Messgenauigkeit und Güte des Beobachtungssystems aufgrund der Resultate der Reliabilitätsanalyse und der Beobachterübereinstimmung bestätigt, die über alle Zeitpunkte und Skalen durchgeführt wurde.

10.2. Interpretation der Ergebnisse im Bereich „soziale Kompetenz“

Um die Veränderungen bezüglich der sozialen Kompetenz über die 18 Beobachtungszeitpunkte zu berechnen, wurden die faktorenanalytisch konstruierten Skalen mittels unabhängigen Varianzanalysen untersucht.

10.2.1. Interpretation der Ergebnisse des Indexsystems

Die Skala „*Kommunikationsfähigkeit*“ setzt sich nach der faktorenanalytischen Berechnung aus 3 Subskalen zusammen, wobei die erste Subskala „erwünschte, verbale Kommunikationsfähigkeiten“ (Eigeninitiative, angemessene Lautstärke, deutlich, flüssig) zwar keine signifikante Veränderung über den Untersuchungszeitraum zeigt, aber insgesamt ein leichter Anstieg vom Beginn bis zum Ende der

Intervention zu verzeichnen ist. In Anbetracht dessen, dass es sich hier um klinisch, verhaltensauffällige Kinder handelt, die aufgrund ihrer starken Gewalterfahrungen größtenteils reaktiv, mutistische Züge entwickelt haben, stellt in diesem Fall schon dieser kleine Anstieg der „erwünschten, verbalen Kommunikationsfähigkeiten“ einen kleinen Erfolg im Zuge von MTI dar.

Für den zweiten Faktor „*stockend*“ konnten aufgrund der zu kleinen Stichprobe keine Kennwerte berechnet werden. Im Bereich „*keine Äusserung*“ ist es im Zuge der Intervention zu einem signifikanten, aber diskontinuierlichen Verlauf gekommen, der in der ersten Trainingshälfte zu einem Anstieg führt und gegen Ende hin abfällt, d.h. die Häufigkeit, keine Äusserung zu tätigen, hat sich verringert. Die multiprofessionelle, tiergestützte Intervention konnte erfreulicherweise bewirken, dass die Mädchen gegen Ende der Intervention öfters verbal kommunizierten.

10.2.2. *Interpretation der Ergebnisse des Ratingsystems*

Den Mädchen war es möglich, ihre „*Kooperationsbereitschaft*“ kontinuierlich vom Anfang bis zum Ende der Therapie zu steigern. Da die Kooperationsbereitschaft eines der wichtigen Interventionsziele des tiergestützten, multiprofessionellen Intervention darstellt, ist es besonders erfreulich, dass die Mädchen, die sich besonders anfangs der Intervention äußerst scheu und kontaktarm zeigten, in diesem Bereich ein signifikantes Ergebnis erreichten.

Die „*Aufmerksamkeit und die Fähigkeit, Verbales durch Mimik und Gestik zu unterstreichen*“, haben sich über die Zeit signifikant und kontinuierlich gesteigert. Vor allem die Verbesserung bezüglich der verstärkten Mimik und Gestik ist, in Anbetracht der Tatsache, dass es sich hier um verhaltensauffällige, ängstliche Kinder handelt, die zu Beginn besonders affektflach erschienen, beeindruckend.

Dass es über die Beobachtungszeitpunkte hinweg nur zu einer leichten, nicht signifikanten Zunahme der „*angemessenen Reaktion auf Kritik*“ kommt, ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Mädchen durch ihre Gewalterfahrungen in der frühen Kindheit viel Selbstbewusstsein verloren haben und sich in Situationen, in denen sie Kritik in der Gruppe ausgesetzt sind, unwohl fühlen.

Petermann und Petermann (2006) (siehe Kap.1.4.) weisen kritisch darauf hin, dass ein Gruppentraining bei sozial unsicheren Kindern unter Umständen nicht zielführend sein kann. Erstens, weil die Kinder möglicherweise durch ein Gruppentraining überfordert sind und es dadurch zu einem stärker ausgeprägten Verweigerungsverhalten kommen kann.

Außerdem sollten die Kinder über vergleichbare Fähigkeiten im sozial kompetenten Verhalten verfügen. Beispielsweise sollte jedes Kind Prinzipien zur Selbstbeobachtung erlernt haben und anwenden können oder jedes Kind sollte die Fähigkeit besitzen, verbale und nonverbale Verhaltensweisen der Mitschüler wahrnehmen und deuten können. Dass die Mädchen sich schwer tun, angemessen auf Kritik zu reagieren und sich im Laufe des Trainings nur eine leichte Verbesserung dieser Fähigkeit einsetzt, könnte auf fehlendes Vertrauen in die Gruppe, Überforderung im Gruppensetting und auf die unterschiedlich ausgeprägte Kritikfähigkeit zurückzuführen sein.

Mutmaßlich hätten bessere Ergebnisse erzielt werden können, wenn vor dem Gruppentraining, wie bei multimodal-kognitiv-verhaltenstherapeutisch-orientierten Training, ein Einzeltraining stattgefunden hätte. Dies hätte den Vorteil, dass eine intensivere Kind-Therapeut-Beziehung aufgebaut wird, wodurch jedes Kind im Einzeltraining individuell noch intensiver gefördert werden könnte in den sozialen und emotionalen Verhaltensweisen, die es nötig hat. Dadurch bekäme man vergleichbare Fähigkeiten im sozial kompetenten Verhalten in der Gruppe, wodurch das Vermeidungsverhalten, auch durch das in der Einzeltherapie aufgebaute Vertrauen zum Therapeuten, in der Gruppe reduziert werden könnte und MTI noch bessere Wirkungen erzielen könnte. Diesbezüglich wäre es interessant, in Folgestudien die unterschiedlichen Wirkmechanismen von MTI mit und ohne Einzeltherapie zu untersuchen.

Die Betrachtung der Mittelwerte bezüglich des 4. Faktors zeigt eine signifikante Veränderung, bei der eine Abnahme der „*Anteilnahme an Langeweile*“ ersichtlich ist. Es ist davon auszugehen, dass das Interesse der Mädchen (korrelierend mit dem guten Beziehungsaufbau zwischen den Mädchen und dem MTI-Team) an der tiergestützten Intervention über die Zeit hinweg gestiegen ist.

10.3. Interpretation der Ergebnisse im Bereich „emotionale Kompetenz“

10.3.1. Interpretation der Ergebnisse des Indexsystems

Im Bereich des ersten Faktors „*Ärger*“ kommt es im Laufe der Intervention zu einem signifikanten, erwünschtem Ergebnis. Vergleicht man die Mittelwerte des Anfangs mit den Mittelwerten am Ende, ist eine Abnahme dieser Emotion erkenntlich.

Über den Beobachtungszeitraum hinweg ist es zu keinem signifikanten Ergebnis betreffend „*negativen Emotionen*“ gekommen. Mit diesem Verhalten sind keine erkennbaren Emotionen, Gefühle der Angst und der Unsicherheit, fehlende Zufriedenheit und ausbleibendes, problemorientiertes Handeln der verhaltensauffälligen Mädchen gemeint. Wenn man den Verlauf der Mittelwerte näher betrachtet, so kommt es im ersten Drittel der Therapie zu einer leichten Abnahme und gegen Ende hin zu einer geringen Zunahme der Mittelwerte. Insgesamt ist eine minimale Abnahme der unerwünschten Emotionen beobachtbar.

Die dritte Subskala beschreibt eine minimale Senkung der Emotion „*Freude*“ und erreicht über die Beobachtungszeitpunkte hinweg kein signifikantes Ergebnis. Möglicherweise besteht hier ein Zusammenhang zwischen der abnehmenden Freude und der verängstigten, depressiven Persönlichkeitsstruktur dieser speziellen Stichprobe aufgrund ihrer traumatischen Erfahrungen.

10.3.2. *Interpretation der Ergebnisse des Ratingsystems*

Zwischen Beginn und Ende der multiprofessionellen, tiergestützten Intervention konnte eine signifikante, kontinuierliche Veränderung im Bereich „*Ausdruck von Emotionen*“ erzielt werden, was in Anbetracht dieser Stichprobe besonders erfreulich ist.

Die zweite Dimension widmet sich Beobachtungen von „*Situationen, in denen sich die Mädchen vom Geschehen zurückziehen*“. Dieses beobachtbare Verhalten verringert sich kontinuierlich und führt zu einer signifikanten, erwünschten Veränderung.

Die Fähigkeit, „*sich in schwierigen Situationen zu steuern*“ nahm im ersten Drittel der Therapie ab, erreichte aber innerhalb der letzten 6 Sitzungen einen besseren Mittelwert, als am Anfang. Insgesamt ist ein signifikantes Ergebnis in die gewünschte Richtung in der dieser Skala erreicht worden.

Die empathische Fähigkeit, „*Gefühle anderer gut zu beschreiben*“, welche eine besondere Herausforderung für diese Mädchen mit ihrer Entwicklungsgeschichte ist, konnte ebenso einen kontinuierlichen Anstieg über die Zeit verzeichnen und erzielte auch hier ein signifikantes Ergebnis.

10.4. Interpretation der Ergebnisse im Bereich „Aufmerksamkeit“

10.4.1. Interpretation der Ergebnisse des Indexsystems

Im Bereich der „*psychomotorischen Unruhe*“ (Blickrichtung woandershin) kommt es erfreulicherweise im Trainingsverlauf zu einer kontinuierlichen, signifikanten Abnahme. Offenbar wirkt sich die tiergestützte Intervention beruhigend auf die Mädchen aus. Außerdem wenden sie ihre Aufmerksamkeit (feststellbar durch den Blickkontakt) häufiger auf das aktuelle Geschehen (Interaktionen Leiterin/Hund/andere Mädchen).

Betrachtet man die nicht signifikanten Veränderungen in der Skala „*entspannte Körperhaltung*“, ist ein leichter Anstieg in den ersten sechs Sitzungen erkennbar. Gegen Ende der Intervention fallen die Mittelwerte geringer aus, als am Anfang. Das ist dadurch zu erklären, dass die Kinder in der Intervention kontinuierlich öfters an Übungen teilgenommen haben, wodurch sie weniger oft als „entspannt“ beurteilt wurden.

Im Laufe des tiergestützten Trainings erreichte der 3. Faktor „*ruhige Extremitäten*“ ein signifikantes Ergebnis. Über die Beobachtungszeitpunkte hinweg fallen die Mittelwerte kontinuierlich ab. Diese Entwicklung ist darauf zurückzuführen, dass bei den Mädchen in Situationen, in denen sie nicht aktiv an Übungen teilnahmen, wesentlich ruhigere Hände und Füße gegen Ende der Therapie zu beobachten waren.

Bezüglich des vierten Faktors „*abgewandte Körperhaltung*“ konnte zwar keine signifikante Änderung während des Untersuchungszeitraumes festgestellt werden. Doch ist es gegen Ende der Intervention zu einer Abnahme der Mittelwerte gekommen, was dafür spricht, dass sich die Mädchen öfters, als am Anfang, dem Geschehen zugewendet haben.

10.4.2. Interpretation der Ergebnisse des Ratingsystems

Die faktorenanalytische Auswertung der Ratingskalen im Bereich Aufmerksamkeit ergab zwei Faktoren. Bei der ersten Skala „*fehlende Genauigkeit*“ konnte eine signifikante Veränderung festgestellt werden. Die Mädchen konnten während der Intervention ihre Flüchtigkeitsfehler und die

Tendenz, Aufgaben zu vermeiden verringern und die Bereitschaft Anweisungen vollständig durchzuführen anheben.

Auch bei dem zweiten Faktor „*fehlende Aufmerksamkeit*“ sinkt die Auftrittshäufigkeit kontinuierlich beim Vergleich von Anfang und Ende des tiergestützten Trainings. Zusammengefasst sinkt die Häufigkeit an Situationen, in denen die Mädchen Einzelheiten nicht beobachten und sie nicht zuzuhören scheinen, wenn andere sie ansprechen. Zusätzlich ist zu beobachten, dass sie sich gegen Ende der Therapie signifikant weniger oft durch äußere Reize ablenken lassen. Insofern konnten die Mädchen während der Therapie ihre Fähigkeiten bezüglich Genauigkeit ausbauen und verbesserte Aufmerksamkeitsleitungen zeigen.

11.KRITIK UND AUSBLICK

Obwohl die vorliegende Evaluation nach bestem Gewissen geplant und durchgeführt wurde, werden im folgenden Kapitel Kritikpunkte erläutert, woraus Verbesserungsvorschläge für Folgestudien abgeleitet werden können.

Um Beobachterfehler möglichst gering zu halten, wurde, wie schon in Kap. 6.3. erwähnt, eine Beobachterschulung durchgeführt. Auch während der Beobachtung wurden die durchführenden Beobachter mehrmalig an mögliche Fehlerquellen erinnert. Trotzdem ist es nicht auszuschließen, dass sich Beobachterfehler, wie die „Tendenz zur Mitte“ oder der „Leniency-Severity-Fehler“ oder der „Primacy-Recency-Effekt“ (siehe Kapitel 6.3.) in die Untersuchung eingeschlichen haben. Aufgrund der guten Ergebnisse der Beurteilerübereinstimmung kann man aber davon ausgehen, dass keine großen Beobachterfehler aufgetreten sind.

Die Qualität der Videoaufnahmen begünstigte nicht immer den Prozess der Beobachtung. Auf die Beobachtung zwei Videos musste gänzlich verzichtet werden, da bei einem kein Ton aufgezeichnet wurde und beim anderen, das im Freien stattfand, konnte man aufgrund der Hintergrundgeräusche das Gesagte der Mädchen nicht verstehen. Generell erschwerten einige Male Hintergrundgeräusche im Klassenzimmer das Gesagte der Mädchen. Zwar ist von einer Beeinflussung durch die apparative Aufzeichnung auszugehen, die aber in den meisten Fällen nach den ersten Interventionen wieder abnimmt.

Bei dieser Untersuchung handelte es sich um ein Ein-Gruppen-Design. Idealerweise hätte die beobachtete Stichprobe mit einer parallelisierten Kontrollgruppe verglichen werden müssen, die die Intervention ohne tiergestütztem Training erhalten hätte müssen. In dieser Untersuchung war es aber nicht möglich, eine adäquate Kontrollgruppe zu bilden, da nur diese speziell zusammengestellte „Nestklasse“ mit 5 Mädchen zur Verfügung stand.

Für die Auswertung als nicht vorteilhaft zu bewerten, ist die kleine Stichprobe von 5 Mädchen, so dass aufgrund von diesen „missing values“ (fehlenden Werten), einige Kennwerte nicht berechnet werden konnten, die in die Analysen miteinbezogen hätten werden sollen.

Möglicherweise wird sich so manch aufmerksamer Leser fragen, warum die Effektgrößen so hoch ausgefallen sind. Das ist dadurch zu erklären, dass offensichtlich die Unterschiede zwischen den Zeitpunkten, hinsichtlich der Unterschiede zwischen bzw. innerhalb der Mädchen recht groß ausgefallen sind, was wiederum auf die Zusammensetzung dieser Stichprobe zurückzuführen ist.

In Anlehnung an die Empfehlung von Heinrichs und Reinhold (2010) (siehe Kap. 3.3), könnte das MTI Training für sozial unsichere Kinder in einer Folgestudie mit einem speziellen Aufmerksamkeitstraining gekoppelt werden. Möglicherweise sind durch diese Maßnahme noch bessere Ergebnisse im Bereich der Aufmerksamkeit zu erreichen. Es ist aber darauf zu achten, dass die Kontextabhängigkeit der Informationsverarbeitung berücksichtigt wird, da nachgewiesen werden konnte, dass sozial, ängstliche Kinder in einem positiven Kontext sich besser vom negativen Reiz lösen können.

In Folgestudien wäre es interessant, die unterschiedlichen Wirkmechanismen von MTI mit und ohne Einzeltherapie (siehe Kap. 10.2.2.) zu untersuchen.

Außerdem könnte das Verhalten der Kinder während der tiergestützten Intervention neben der Videoanalyse durch eine zusätzliche Fragebogenerhebung der Eltern und anderer Bezugspersonen (Lehrer) erhoben werden.

Nachdem es sich hier, wie bei vielen Stichproben in der klinischen Forschung, nicht um eine Zufallsstichprobe, sondern um eine sogenannte „ad-hoc“-Stichprobe handelt, (d.h. anstatt, dass man von einer Population zufällig eine Stichprobe auswählt, wurden hier, weil es nicht anders möglich gewesen wäre, die Mädchen aus der gerade zugänglichen „Nestklasse“ in die Evaluation miteinbezogen), kann von dieser Stichprobe in dieser Untersuchung nach Bortz und Lienert (1998) im Prinzip nur auf eine fiktive Population geschlossen werden, für die die Ad-hoc-Stichprobe eine Zufallsstichprobe darstellt. Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse dieser Stichprobe auf die Grundpopulation ist dementsprechend mit Vorsicht zu genießen. Nachdem aber in zahlreichen Vorgängerstudien (Burger, 2007, Kuchta, 2008, Sinnabell, 2007, Turner, 2007, Widmann, 2008, Blauensteiner, 2009) die gesundheitsfördernde Wirkung an Zwei Gruppen-Designs bestätigt wurde, kann man auch hier mit einer hohen Wahrscheinlichkeit ausgegangen werden, dass die positiven Veränderungen bezüglich sozialer und emotionaler Kompetenzen und Aufmerksamkeit größtenteils auf das multiprofessionelle, tiergestützte Training zurückzuführen sind.

Im klinischen Bereich sind noch weitere Evaluationsstudien unter besonderer Berücksichtigung größerer Stichproben und Miteinbeziehung von Kontrollgruppen wünschenswert, damit die gesundheitsförderliche Wirkung des tiergestützten Trainings bei verhaltensauffälligen Kindern weitergehend wissenschaftlich nachgewiesen werden kann.

12. ZUSAMMENFASSUNG

Sozial unsichere Kinder weisen Verhaltensweisen auf, die Anzeichen einer sozialen Ängstlichkeit, einer Trennungsangst, einer sozialen Phobie oder einer generalisierten Angststörungen beinhalten (Petermann und Petermann, 2006). Ihr Verhalten ist gekennzeichnet durch ein unauffällig, auffälliges Sozialverhalten, durch einen scheuen oder gar fehlenden Blickkontakt, sie können sich von ihren Bezugspersonen nur schwer trennen, zeigen große soziale Ängstlichkeit, resignieren schnell bei Aufgaben, fühlen sich in neuen Situationen unwohl, sprechen leise und erzählen fast nichts von sich aus. Ihre differenzierte, soziale Wahrnehmung und ihre komplexe Urteilsfähigkeit scheinen beeinträchtigt. Ob es sich bei Kindern und Jugendlichen um normale, entwicklungsbedingte Ängste handelt oder wirklich um eine pathologische Angststörung, kann nur unter Vorbehalt geäußert werden (Nissen, 2002). Manifestiert sich die Angst, kann in Verbindung mit sozialer Unsicherheit von selektivem Mutismus, eine mehrfach determinierte Sprachverweigerung, ausgegangen werden, die aber auch im Rahmen von organischen Störungen und Psychosen auftreten kann. Bahr (2002) geht davon aus, dass mutistische Kinder eine verminderte Selbstwirksamkeitserwartung aufweisen, da sie davon ausgehen, dass sie, sobald sie in der Öffentlichkeit stehen, kommunikative Anforderungen nicht, wie erwartet, erfüllen können. Es scheint, dass das Schweigen für diese Kinder eine Form von Bewältigung darstellt, wodurch es ihnen besser gelingt, sich durch die Bindung an das Vertraute (z.B. Bezugsperson) abzusichern, ohne sich nach außen (durch die Sprache) öffnen zu müssen.

Nachdem bisher umfassende Längsschnittstudien über die Risikofaktoren der sozialen Unsicherheit/ Angststörungen fehlen (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002), gehen Helbig und Petermann (2008) von bisherigen Studienergebnissen aus, dass die genetische Disposition, das frühkindliche Temperament (mit seinem unsicheren, ängstlich-vermeidenden Charakter) und die elterliche Psychopathologie (z.B. Phobien) einen entscheidenden Einfluss auf die Entstehung der sozialen Unsicherheit ausüben. Zusätzlich ist die ungünstige Psychopathologie der Eltern oft mit einem überbehütendem Erziehungsstil (Overprotection) gekoppelt, die zu Eltern-Kind-Interaktionsstörungen führen kann, so dass es dem Kind durch seine fehlenden sozialen Kompetenzen, unheimlich schwer fällt, zu Gleichaltrigen Kontakt aufzunehmen. Dadurch entsteht eine verzerrte Informationsverarbeitung, die bewirkt, dass soziale Situationen angstaussendend auf das Kind einwirken. Es hat das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren und wird in Zukunft alles daran setzen, solche unangenehme Situationen zu vermeiden. Auch Bowlby (1976) geht in seiner Bindungstheorie davon aus, dass sich das elterliche Erziehungsverhalten entscheidend auf die

Entwicklung des Kindes auswirkt und die Entstehung von sozialen Angststörungen bewirken kann.

Kinder mit einer sicheren Bindungsentwicklung weisen eine höhere, soziale Kompetenz in Konfliktlösungsprozessen und eine erhöhte Resilienz (Widerstandskraft) gegenüber belastenden Ereignissen auf (Grossmann, 2003, Werner, 2000, Werner & Smith, 2001) und auch die Empathie (die Fähigkeit, sich in andere hineinzuversetzen) ist nachweislich besser ausgeprägt (Fonagy, M. Steele, H. Steele, Moran und Higgitt, 1991), als bei sozial unsicheren Kindern.

Ein Mangel an sozial-emotionaler Fertigkeiten wirkt sich auf die soziale, schulische und psychische Fehlanpassung von Kindern und Jugendlichen aus (Denham et al., 2000; Merrell, 2003; Petermann & Wiedebusch, 2002) und geht oft mit internalisierenden und externalisierenden Verhaltensproblemen einher (Reichle & Gloger-Tippelt, 2007).

In der vorliegenden Arbeit wurde die Wirkung der multiprofessionellen, tiergestützten Intervention (MTI) im Hinblick auf die Veränderungen der sozialen und emotionalen Kompetenzen und der Aufmerksamkeit anhand einer Stichprobe von fünf verhaltensauffälligen, sozial unsicheren Mädchen in einer speziell zusammengestellten Volksschulklasse in Wien untersucht. Im Zeitraum der Untersuchung waren die Mädchen zwischen 6 und 9 Jahre alt und wiesen alle eine klinisch relevante Verhaltensstörung auf. Als Beobachtungsinstrument diente das ursprünglich von Sinnabell (2007) erstellte- und von Scherrer (2009) mit dem Konstrukt der Aufmerksamkeit erweiterte Beobachtungsinstrument. Nach einer umfangreichen Beobachterschulung und einigen Probedurchläufen wurde die Videoanalyse im Zeitraum von November 2008 bis April 2009 in den Räumlichkeiten der Lehr- und Forschungspraxis an der Universität Wien durchgeführt. Anschließend wurden die faktorenanalytisch ermittelten Skalen des Index- und Ratingsystems einer unabhängigen Varianzanalyse unterzogen, wodurch die Veränderungen der Messwerte über die 18 Therapiesitzungen berechnet werden konnten.

Im Rahmen des hundegestützten Trainings konnten bei den Mädchen im Bereich der sozialen Fertigkeiten signifikante Veränderungen im Bereich der Kooperationsbereitschaft, was zu einem, der wichtigsten Ziele der MTI zählt und deshalb besonders erfreulich ist, festgestellt werden. Die Anteilnahme an Langeweile nahm signifikant ab, wodurch ersichtlich wird, dass das Interesse der Mädchen während der Intervention kontinuierlich gestiegen ist. Zusätzlich konnten Verbesserungen in Bezug auf die Fähigkeit, Verbales durch Mimik und Gestik zu unterstreichen, beobachtet werden. Im Bereich der emotionalen Kompetenzen konnte eine signifikante Abnahme der Emotion Ärger verzeichnet werden. Die Mädchen lernten durch die Intervention Gefühle anderer zu beschreiben und ihren Ausdruck von Emotionen besser zu kontrollieren. Auch die Fähigkeit, sich in schwierigen Situationen zu steuern, nahm signifikant zu.

Signifikante Verbesserungen konnte auch im Bereich Aufmerksamkeit festgestellt werden: während die psychomotorische Unruhe der Mädchen kontinuierlich abnahm, konnte in der Skala „ruhige Extremitäten“ eine signifikante Abnahme verzeichnet wurde.

Das ist dadurch zu erklären, dass die Mädchen im Zuge der tiergestützten Intervention sich vermehrt an Übungen beteiligten, ihre nonverbale, analoge Kommunikation mit dem Hund zunahm und sie sich zunehmend aktiver im Raum bewegten. Die Mädchen zeigten, dass ihre Tendenz, Aufgaben zu vermeiden, sich verringerte und dass sie Anweisungen vermehrt vollständig durchführen konnten. Es konnte beobachtet werden, dass sie, sobald sie angesprochen wurden, öfters zuhörten, dass sie lernten, Einzelheiten zu fokussieren und sich insgesamt durch äußere Reize signifikant weniger oft ablenken ließen.

Nachdem die Stichprobe aus 5 Mädchen bestanden hat, muss kritisch angemerkt werden, dass eine Verallgemeinerung der Ergebnisse der vorliegenden Studie auf die Gesamtpopulation mit Vorsicht zu genießen ist. Zusätzlich hätte die beobachtete Stichprobe mit einer parallelisierten Kontrollgruppe verglichen werden müssen, was aber bei dieser speziell zusammengesetzten Stichprobe nicht möglich gewesen wäre. Allerdings konnte in diversen Vorgängerstudien (Burger, 2007; Kuchta, 2008, Sinnabell, 2007; Turner, 2007; Widmann, 2008, Blauensteiner, 2009) die gesundheitsförderliche Wirkung der MTI anhand von Zwei-Gruppen-Designs belegt werden, wodurch davon ausgegangen werden kann, dass die positiven Veränderungen der sozialen und emotionalen Kompetenzen auf die tiergestützte Intervention zurückzuführen sind und MTI als gesundheitsfördernde Maßnahme bei sozial unsicheren, verhaltensauffälligen Mädchen empfohlen werden kann.

13.ABSTRACTS

13.1. Deutscher Abstract

In der vorliegenden Untersuchung wurden die Effekte der multiprofessionellen, tiergestützten Intervention (MTI) auf die soziale und emotionale Kompetenz und die Aufmerksamkeit mittels systematischer Verhaltensbeobachtung in einer Wiener Volksschulklasse untersucht. Diese „Nestklasse“ ist ein in Österreich einzigartiges Projekt, eine Kooperation der Lehr- und Forschungspraxis an der Universität Wien mit dem Wiener Stadtschulrat, bei dem 5 Mädchen zwischen 6 und 9 Jahren, unter besonderer Rücksichtnahme auf Ihre klinisch relevanten Verhaltensauffälligkeiten gemeinsam in einer Klasse unterrichtet wurden. Das Beobachtungssystem, das auch schon bei Sinabell (2007), Widmann (2008), Raffetseder (2008) und Scherrer (2009) unter ständiger Adaptierung erfolgreich angewendet wurde, wurde auch in diese Evaluation übernommen, um den Verlauf der interessierenden Konstrukte zu den 18 Beobachtungszeitpunkten zu beurteilen. Bezüglich der sozialen Kompetenzen konnten gute Effekte im Bereich Kooperationsbereitschaft und Aufmerksamkeit erzielt werden. Die Mädchen konnten ihre Fähigkeit, Verbales durch ihre Mimik und Gestik zu unterstreichen, verbessern. Die Mädchen lernten mit Hilfe der tiergestützten Intervention öfters mit angemessener Mimik und Gestik zu reagieren und ihre Aussprache in Form von Deutlichkeit zu verbessern. Bezüglich der emotionalen Kompetenzen konnte durch die Intervention die Emotion Ärger verringert werden, insgesamt nahm der Ausdruck von Emotionen zu. Die Mädchen lernten sich im Verlauf der tiergestützten Therapie in schwierigen Situationen besser steuern und auch ihre empathischen Fähigkeiten nahmen zu. Im Bereich der Aufmerksamkeit nahm die psychomotorische Unruhe der Mädchen ab, sie machten weniger Flüchtigkeitsfehler, ließen sich durch äußere Reize weniger oft ablenken und die Tendenz, Anweisungen, vollständig durchzuführen, stieg an. In Anbetracht dieser positiven Ergebnisse kann MTI als gesundheitsfördernde Maßnahme bei verhaltensauffälligen Volksschulkindern empfohlen werden.

13.2. Englischer Abstract

In the present study, the influence of a multi-professional, animal-assisted intervention (MTI) was investigated regarding the social and emotional skills and attention via a systematic behavioural observation in a Viennese primary school class. This "nest class" is a unique Austria Project, a collaboration of a teaching- and research practice at the University of Vienna with the Vienna School Board, in which 5 girls between the age of 6 and 9, were taught together in one class with special consideration for their clinically significant behavioral problems. The observational system, based under constant adaptation of Sinabell (2007), Widmann (2008), Raffetseder (2008) and Scherrer (2009), was also applied in this evaluation to assess the progress of the interesting constructs of the 18 observation stages. Regarding the social skills, better team abilities and more attention could be achieved. The girls improved their ability to emphasize their verbal expressions and gestures. The subjects learned to respond with appropriate facial expressions and gestures and improved their pronunciation in the form of clarity. Regarding the emotional competencies the emotion anger could be reduced by the intervention and the expression of emotions successfully increased. During the course of animal assisted therapy the girls were able to control themselves better in difficult situations and their empathy increased. In the field of attention the psychomotor agitation of the subjects decreased, the girls made less careless mistakes, they were less frequently distracted by external stimuli and performed instructions completely more often. Given these positive results, MTI can be recommended as an effective health promotion measure on children with behavioral problems.

LITERATURVERZEICHNIS

- Ainsworth, M.D.S. (1977). Feinfühligkeit versus Unempfindlichkeit gegenüber Signalen des Babys. In K.E. Grossmann (Ed.), *Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt* (Vol. Geist und Psyche, S.98-107). München: Kindler.
- Albano, A. M., Marten, P.A., Holt, C. S., Heimberg, R.G. & Barlow, D.H. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescence. A preliminary study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 138, 649-656.
- Allen, K., Shykoff, B. E. & Izzo, J. L. (2001). Pet Ownership, But Not ACE Inhibitor Therapy Blunts Home Blood Pressure Response to Mental Stress. *Hypertension*, 38, 815-820.
- Altschuler, E. (1999). Pet-facilitated Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Annals of Clinical Psychiatry* 11 (1), 29-30.
- Amir, N., Foa, E.B. & Coles, M.E. (1998). Automatic activation and strategic avoidance of threat-relevant information in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 285-290.
- Anderson, W.P., Reid, C.M. & Jennings, G.L. (1992). Pet ownership and risk factors for cardiovascular disease. *The Medical Journal of Australia*, 157(5), 298-301.
- Artelt, C. (2004). *Kodierung und Beurteilerübereinstimmung*. Abgerufen im Dezember, 2010, von http://www.mpib-berlin.mpg.de/pisa/artelt/PISA_Seminar_Referat.pdf
- Bahr, R. (2002). *Wenn Kinder schweigen. Redehemmungen verstehen und behandeln*. Düsseldorf, Zürich: Walter Verlag.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barker, S. (1999). Therapeutic Aspects of the Human-Companion Animal Interaction. *Psychiatric Times*, 16 (2), 89-69.
- Barrett, P.M., Dadds, M.R., Rapee, R.M., Ryan, S. (1996). Family treatment of childhood anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- Bauer, J. (2009). *Soziale und emotionale Kompetenzen: Videoanalyse einer tiergestützten Intervention (MTI) bei Jugendlichen*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Blauensteiner, D. C. (2009). *Multiprofessionelle Tiergestützte Intervention (MTI) bei geistig abnormen Rechtsbrechern*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Bowlby, J. (1976; engl. Orig. 1973). *Trennung*. München: Kindler.

- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Lienert, G.A. (1998). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung*. Berlin: Springer.
- Brisch, K.H. (1999). *Bindungsstörungen – Von der Bindungstheorie zur Therapie*. (5.Auflage 2003). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (2004). Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf die Neurobiologie und die Entstehung von Bindungsstörungen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychische Medizin*, 1, 29- 44.
- Brisch, K.H. & Hellbrügge, T. (Hrsg.) (2003). *Bindung und Trauma*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K.H., Munz, D., Bemmerer-Mayer, K., Terinde, R., Kreienberg, R. & Kächele, H. (2003). Coping styles of pregnant women after prenatal ultrasound screening for fetal malformation. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(2), 91-97.
- Britton, E. P. & Moore, P.S. (2005). A meta-analysis of Group cognitive behavior therapy for children and adolescents with social phobie. *Depression and Anxiety*, 22, 200-201.
- Burger, E. (2007). *Soziale Kompetenzen: Veränderung im Rahmen eines tiergestützten Trainings (MTI)*. Diplomarbeit. Universität Wien.
- Caldarella, P. & Merrel, K.W. (1997). Common dimensions of social skills of children and adolescents: A taxonomy of positive behaviors. *School Psychology Review*, 26, 264-278.
- Chansky, S., T.E., Kendall, P.C. (1997). Social expectancies and self-perceptions in anxiety-disordered children. *Journal of Anxiety Disorders* 11, 347-363.
- Chinner, T. & Dalziel, F. (1991). An exploratory study on the viability and efficacy of a pet-facilitated therapy project within a hospice. *Journal of Palliative Care*, 7(4), 13-20.
- Cole, P. M. & Gawlinski, A. (2000). Animal-assisted therapy: the human-animal bond. *AACN Clinical Issues*, 11 (1), 139-149.
- Cohen, R.A. (1993). *The neuropsychology of attention*. New York: Plenum.
- Collins, M. & Nowicki, S. (2001). African American children's ability to identify emotion in facial expressions and tones of voice of European Americans. *Journal of Genetic Psychology*, 162, 334-346.
- Connolly, J. (1989). Social self-efficacy in adolescence: Relations with self-concept, social adjustment, and mental health. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 21, 258-269.

- Cresswell, C. & Cartwright-Hatton, S. (2007). Family treatment of child anxiety: Outcomes, limitations and future directions. *Clinical Child and Family Psychology*, 10, 22-252.
- Cusack, O. & Smith, E. (1984). *Pets and the elderly*. New York: The Harworth Press.
- Cyrlunik, B., Matignon, KL. und Fougea, F. (2003). *Tiere und Menschen. Die Geschichte einer besonderen Beziehung*. München: Kneesebeck Verlag.
- Delhees, K.H. (1994). *Soziale Kommunikation*. Opladen Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Delta Society. (2011). *Animal-Assisted Activities*. Retrieved Feb 2, 2011, from <http://www.deltasociety.org/Page.aspx?pid=321>
- Denham, S.A., Workman, E., Cole, P.M., Weissbrod, C., Kendziora, K.T. & Zahn-Waxler, C. (2000). Prediction of externalizing behavior problems from early to middle childhood: The role of parental socialization and emotion expression. *Development and Psychopathology*, 12, 23-45.
- Dembicki D und Anderson J (1996). Pet Ownership may be a factor in improved health oft he edler. *Journal of Nutrition for the Elderly* 15, 15-31.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2011). *ICD 10WHO Ausgabe*. Retrieved Feb 16, from <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl/fr-icd.htm?gf10.htm>+
- Dick, A., Vanderbilt, S., Jacot, C., Hurni, F., Jäggi, C., Leiggener, E. (2005). Erinneretes, elterliches Erziehungsverhalten und aktuelle Bindungsorganisation im Erwachsenenalter. Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Angststörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34 (1), 35-38.
- Dierk, J-M., Sommer, G., Heinrigs, S. (2002). Soziale Kompetenz und Circumplexmodell interpersonalen Verhaltens. Zum Zusammenhang der Konstrukte. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23 (1), 67-81.
- Dodge, K.A., Pettit, G.S., McClaskey, C.L. & Brown, M.M. (1986). Social competence in children. *Monographs of the Society fort he Research in Child Development*, 51,(2, Serial No.213).
- Dozier, M., Stovall, K. C. & Albus, K. E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachmant. Theory, research, and clinical applications* (pp. 497-519). New York, London: The Guildford Press.
- Dubner, A.E., Motta, R.W. (1999). Sexually and physiacally abused foster care children and post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, 367-373.
- Eibl-Eibesfeldt (1997). *Die Biologie des menschlichen Verhaltens. Grundriss der Humanethologie*. Weyarn: Seehamer Verlag.

- Eickhoff, C. (2000). *Schutz oder Risiko? Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Eisen, A.R., Kearney, C.A. (1995). *Practitioner's guide to treating fear and anxiety in children and adolescents*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Eisenberg, N., Gershoff, E.T., Fabes, R.A., Shepard, S.A., Cumberland, A.J., Losoya, S.H., Guthrie, I.K. & Murphy, B.C. (2001). Mothers' emotional expressivity and children's behavior problems and social competence: Mediation through children's regulation. *Developmental Psychology*, 37, 475-498.
- Endenburg, N. (2003). Der Einfluss von Tieren auf die Frühentwicklung von Kindern als Voraussetzung für tiergestützte Psychotherapie. In E. Olbrich & C. Otterstedt (Hrsg.), *Menschen brauchen Tiere – Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie* (S. 121-130). Stuttgart: Franckh-Kosmos.
- Essau, C. A. (2003). *Angst bei Kindern und Jugendlichen*. München: Reinhardt.
- Faßnacht, G. (1995). *Systemische Verhaltensbeobachtung*. München: Reinhardt.
- Field, T. (1998). Early interventions for infants of depressed mothers. *Pediatrics*, 102,1305-1310.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Matton, G. et al. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G.S. & Higgitt, A.C. (1991). The capacity for understanding mental states. The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218.
- Flavell, J.H. (1979). *Kognitive Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fleischer, M. (1993). Kommunikation zwischen Mensch und Hund. *Zeitschrift für Semiotik* 15 (1-2), 23-40.
- Friedmann E, Katcher AH, Lynch JJ und Thomas SA (1980). Animal companions and one-year survival of patients after discharge from a coronary care unit. *Public Health reports* 95, 307-312.
- Frindte, W. (2001). *Einführung in die Kommunikationspsychologie*. Wertheim und Basel: Beltz Verlag.
- Fritz, C.L., Farver, T.B. & Kass, P.H. (Ed.). (1995). Association with companion animals and the expression of noncognitive symptoms in Alzheimer's patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(7), 459-463.
- Gopnik, A., Kuhl, P. und Meltzoff, A. (2003). *Forschergeist in Windeln*. München: Serie Piper.

Gresham, F.M. & Reschly, D.J. (1987). Dimensions of social competence: Method factors in the assessment of adaptive behavior, social skills, and peer acceptance. *Journal of School Psychology*, 25, 367-381.

Grossmann, K.E. (2003). Emmy Werner. Engagement für ein Lebenswerk zum Verständnis menschlicher Entwicklungen über den Lebenslauf. In K.H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (S.15-33). Stuttgart: Klett-Cotta.

Gamble, A.L. & Rapee, R. M. (2009). The time-course of attentional bias in anxious children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 841-847.

Gambrill, E.D. (1995). Assertion skills. In: O'Donohue W. & Krasner L. (Eds.) *Handbook of social skills training*. (S. 81-118). Boston: Allyn & Baco.

Gatterer, G. & Urianek, B. (2002). Psychologische Aspekte der Bewertung von Tieren bei jüngeren und älteren Menschen. In: Verein Tiere als Therapie (Hg.), *Proceedings der ersten internationalen TAT-Symposium „Tiere als Therapie – Theorie und Praxis“* 20. Und 21. April 2001 (S.87-95): Wien: Eigenverlag.

Glaser, Y.G. (2008). *Langzeiteffekte eines tiergestützten Kompetenztrainings (MTI): Eine katamnestiche Studie an einer Wiener Volksschule*. Diplomarbeit. Universität Wien.

Greenberg, M. T., Kusche, C.A., Cook, E.T. & Quamma, J.P. (1995). Promoting emotional competence in school-aged-children: The effects of the PATHS curriculum. *Development and Psychopathology*, 7, 117-136.

Greve, W. & Wentura, D. (1991). *Wissenschaftliche Beobachtung in der Psychologie*. Weinheim. Psychologie Verlags Union.

Groen, G. & Petermann, F. (2008). Was wirkt in der Therapie von Depression bei Kindern und Jugendlichen wirklich? *Kindheit und Entwicklung*, 17, 243–251. Göttingen: Hogrefe.

Grob, A. & Smolenski, C. (2005). *FEEL-KJ. Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen*. Bern: Hans-Huber.

Guttmann, G., Predovic, M. & Zemanek, M. (1983). Der Einfluß der Heimtierhaltung auf die nonverbale Kommunikation und die soziale Kompetenz bei Kindern, *Die Mensch-Tier-Beziehung. Internationales Symposium aus Anlaß des 80. Geburtstages von Konrad Lorenz*. (S. 62-67). Wien: IETM.

Halberstadt, A.G., Denham, S.A. & Dunsmore, J.C. (2001). Affective social competence. *Social Development*, 10, 79-119.

Hansen KM, Messinger CJ, Baun MM und Megel M (1999). Companion Animals alleviating distress in children. *Anthrozoös* 12 (3), 142-148.

- Haase, G. (1995). *Heimtiere als Prävention*. Universität Bonn, Psychologisches Institut.
- Heinrichs, N. & Reinhold, N. (2010). Experimentelle Augenbewegungsmessungen bei Kindern und Jugendlichen. Relevanz für psychopathologische Prozesse am Beispiel der Sozialen Angst. *Kindheit und Entwicklung*, 19 (1), 12-20.
- Heubrock, D.; Petermann, F. (2001). *Aufmerksamkeitsdiagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Hinsch, R. & Pfungsten, U. (2002). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Helbig, S. & Petermann, F. (2008). Entwicklungspsychopathologie Sozialer Angststörungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 211-226.
- Hergovich, A., Monshi, B. Semmler, G. & Zieglmayer, V. (2002). *The effects of the presence of a dog in the classroom*. *Anthrozoös*, 15 (1), 37-50.
- Hoff, T. & Bergler, R. (2006). *Heimtiere und schulisches Leistungs- und Sozialverhalten*. Regensburg: S. Roderer.
- In-Albon, T., Kossowsky, J. & Schneider, S. (in press.). Vigilance and avoidance of threat in the eye movements of children with separation anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*.
- Izard, C., Fine, S., Schultz, D., Mostow, A., Ackermann, B. & Youngstrom, E. (2001). Emotion knowledge as a predictor of social behavior and academic competence in children at risk. *Psychological Science*, 12, 18-23.
- Jennings, G.L.R. & Reid, C.M. (1998). Animals and cardiovascular health. In C.C. Wilson & D.C. Turner (Eds.), *Companion animals in human health* (pp. 161-171). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Jerusalem, M., Klein-Heßling, J.K. (2002). Soziale Kompetenz. Entwicklungstrends und Förderung in der Schule. *Zeitschrift für Psychologie*, 210 (4), 164-174.
- Kanning, U.P. (2003). *Diagnostik sozialer Kompetenzen*. Göttingen: Hogrefe.
- Katcher AH, Segal H und Beck AM (1984). Contemplation of an Aquarium for the reduction of anxiety. In: RK Anderson, BL Hart und LA Hart (Hrsg.): *The Pet Connection: Its Influence on Our Health and Quality of Life*. Minneapolis: CENSHARE, University of Minnesota.
- Kausler, D. H (1991). *Experimental psychology, cognition, and human aging*. New York: Springer.
- Kendall, P.C. (1985). Toward a cognitive-behavioral model of child psychopathology and critique of related interventions. *Journal of Abnormal Child Psychology* 13, 357-372.

- Kirton, A., Wirrel, E., Zhang, J. und Hamiwka, L. (2004). Seizure-alerting and response behaviours in dogs living with epileptic children: *Neurology* 62, 2303-2305.
- Klein-Heßling, J. & Lohaus, A. (2002). Adaptivität der Bewältigung von Alltagsbelastungen im Kindes- und Jugendalter: Entwicklung und Evaluation eines Erhebungsinstrumentes. *Kindheit und Entwicklung*, 11, 29-37.
- Kongable, L.G., Stolley, J.M. & Buckwalter, K.C. (1990). Pet therapy for Alzheimer's patient: A survey. *Journal of Long Term Care Administration*, 3, 17-21.
- Kormann, A. (1987). *Beurteilen und Fördern in der Erziehung. Orientierungshilfen bei Erziehungs- und Schulproblemen*. Salzburg: Otto Müller Verlag.
- Kotrschal, K. & Ortbauer, B. (2003). Behavioral effects of the presence of a dog in a classroom. *Anthrozoös*, 16(2), 147-159.
- Krappmann, L. & Oswald, H. (1995). *Alltag der Schulkinder: Beobachtungen und Analysen von Interaktionen und Sozialbeziehungen*. Weinheim: Juventa.
- Kubinger, K.D. (2006). *Psychologische Diagnostik. Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuchta, B.V. (2008) *Tiergestütztes Kompetenztraining (MTI) bei inhaftierten drogenabhängigen Straftätern*. Diplomarbeit. Universität Wien.
- Kuntze S (2006). Einsatz von Hunden in der Sprach-und Leseförderung. *Tiere als Therapie-Schriftenreihe für Tiergestützte Therapie, Tiergestützte Pädagogik und Tiergestützte Fördermaßnahmen* 2 (2), 83-86.
- Kraaij, V. Garnefski, N., De Wilde, E.J., Dijkstra, A., Gebhardt, W., Maes, S. & Doest, L. (2003). Negative Life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 185-193.
- Lieberman, A.F. & Pawl, J.H. (1993). Infant-parent psychotherapy. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp.427-442). New York, London: The Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K. & Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 257-275.
- Lyons-Ruth, K. & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications* (pp.520-554). New York, London: Guilford.

Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganised/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. In T.B. Brazelton & M.W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp.95-124). Norwood: Ablex.

Mayring P, Gläser-Zikuda M. & Ziegelbauer S. (2005) *Auswertung von Videoaufnahmen mit Hilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse -ein Beispiel aus der Unterrichtsforschung*. Abgerufen im Dezember, 2010, von <http://www.medienpaed.com/04-1/mayring04-1.pdf>

Meins, E. (1997). Security of attachment and maternal tutoring strategies: Interaction within the zone of proximal development. *British Journal of developmental Psychology*, 15, 129-144.

Melfsen, S.S. (1999). *Sozial ängstliche Kinder: Untersuchungen zum mimischen Ausdrucksverhalten und zur Emotionserkennung*. Marburg: Tectum.

Melfsen, S., Osterlow, J. & Florin, I. (2000). Deliberate emotional expressions of socially anxious children and their mothers. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 249-291.

Melfsen, S. & Florin, I. (2002). Do socially anxious children show deficits in classifying facial expressions of emotions? *Journal of Nonverbal Behaviour*, 26, 109-126.

Melfsen, S. und Florin, I. (2003). Aspekte emotionaler Kompetenz bei sozial ängstlichen Kindern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (4), 307-314.

Melson, G.F., Windecker-Nelson, B. & Schwarz, R. (1997). *Support and stress in mothers and fathers of young children*. Paper presented at the Annual meeting of the American Psychological Association, Chicago, IL.

Merrell, K.W. & Gimpel, G.A. (1998). *Social skills of children and adolescents. Conceptualization, assessment, treatment*. Mahwah: Erlbaum.

Merrell, K.W. (2003). *Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Miller, A. (1996): *Abbruch der Schweigemauer. Die Wahrheit der Fakten* (3.Aufl.) Hamburg: Hoffmann & Campe.

Mogg, K., Bradley, B.P., De Bono, J. & Painter, M. (1997). Time course of attentional bias for threat information in non-clinical anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 297-303.

Musun-Miller, L. (1993). Social acceptance and social problemsolving in preschool children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 14, 59-70.

Mynard, H., Stephen, J. & Alexander, J. (2000). Peer-victimization and posttraumatic stress in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 29, 815-821.

Nagengast SL, Baun MM, Megel M und Leibowitz MJ (1997). The effects of the presence of a companion animal on physiological and behavioral distress in children during a physical examination. *Journal of Pediatric Nursing* 12, 323-330.

Nauta, M.H., Scholing, A., Emmelkamp, P.M.G. & Minderaa, R.B. (2003). Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1270-1278.

Neber, H. (2001). Kooperatives Lernen. In D. H. Rost (Hrsg.), *Handwörterbuch Pädagogische Psychologie* (361-366). Weinheim: Beltz PVU.

Nestmann, F. (1994). Tiere helfen heilen. *Wissenschaftliche Zeitschrift der Technischen Universität Dresden* 43 (4), 64-74.

Nickel, H. (1991). Die Entwicklung von Aufmerksamkeit und Konzentration aus ökologisch-systemischer Perspektive. In H. Barchmann, W. Kinze & N. Roth (Hrsg.). *Aufmerksamkeit und Konzentration im Kindesalter* (S.64-71). Berlin: Verlag Gesundheit.

Nissen, G. (2002). *Seelische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Alters- und entwicklungsabhängige Symptomatik und ihre Behandlung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Odendaal JSJ (2000). Animal-assisted therapy – magic or medicine? *Journal of Psychosomatic Research* 49, 275-280.

Olbrich, E. und Jonas, I. (1998): Senioren und Heimtiere. Ein Plädoyer für die Heimtierhaltung in Alten- und Pflegeheimen. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Olbrich, E. & Otterstedt, C. (Hrsg.). (2003). *Menschen brauchen Tiere – Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie*. Stuttgart: Franckh-Kosmos.

Ollendick, T. H. & Hirshfeld-Becker, D.R. (2002). The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 51, 44-58.

Otterstedt, C. (2003). Kommunikationselemente zwischen Mensch und Tier. In E. Olbrich und C. Otterstedt (Hrsg.), *Menschen brauchen Tiere: Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie* (S. 98-105). Stuttgart: Kosmos.

Otterstedt, C. (2003). Der heilende Prozess in der Interaktion zwischen Mensch und Tier. In: Olbrich, E. & Otterstedt, C. (Eds.), *Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie* (pp. 58-68). Stuttgart: Kosmos.

Ortbandt, C. & Petermann, U. (2009). Effekte des Trainings mit sozial unsicheren Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 18(1), 21-30.

Petermann F., (1996). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Modelle psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F. (2000). Klinische Kinderpsychologie-Begriffsbestimmung und Grundlagen. In F. Petermann (Hrsg.), *Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie* (2., überarb. Aufl; 13-26). Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F. (Hrsg.) (2002). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie* (5., korr. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Petermann, U.; Petermann F. (2000). *Training mit sozial unsicheren Kindern. Einzeltraining, Kindergruppe, Elternberatung*. Wertheim: Beltz.

Petermann, U., Petermann F. (2009). Soziale Angst/ Soziale Unsicherheit. *Kindheit und Entwicklung* 18 (1), 1-5. Göttingen: Hogrefe.

Petermann, U. & Petermann, F. (2006). *Training mit sozial unsicheren Kindern* (9., vollst. Veränd. Aufl.), Wertheim: Psychologie Verlags Union.

Petermann, F. & Wiedebusch, S. (2002). Störungen beim Erwerb emotionaler Kompetenz im Kindesalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 50, 1-28.

Petermann, F. & Wiedebusch, S. (2003). *Emotionale Kompetenz bei Kindern*. Göttingen: Hogrefe.

Perry, B.D., Pollard, A.R. Blakely, T.L., Baker, W.L. & Wigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaption and use dependant development oft he brain: How states become traits. *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271-291.

Philippe, S. (1995). Animal-assisted therapy with dogs für psychotic and autistic children. In *Abstract Book, Animals, Health and Quality of Life, Genf* (S. 29ff).

Posner, M.I. & Peterson, S.E. (1990). The attention system oft he human brain. *Annual Review of Neuroscience*, 13, 25-42.

Prasch, H. (2005). *Multiprofessionelle tiergestützte Intervention (MTI) an einer Kooperativen Mittelschule in Wien*. Diplomarbeit. Universität Wien.

Printstein, M. J. & La Greca, A. M. (1999). Links between mother´s and children´s social competence and associations with maternal adjustment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28,197-210.

Prothmann, A. (2007). *Tiergestützte Kinderpsychotherapie. Theorie und Praxis der tiergestützten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Prothmann, A., Ettrich, C. & Prothmann S. (2009). Preference and responsiveness to people, dogs and objects in children with autism. *Anthrozoös*, 22, 161-171.

Prothmann, A, Schaumberg, A. und Ettrich, C. (2004). The diagnostic value of pet-facilitated therapy with dogs. *The SCAS-Journal*, 16 (1), 3-6.

Raina P, Waltner-Toews D, Bonnett B, Woodward C und Abernathy T (1999). Influence of companion animals on the physical and psychological health of older people: An analysis of a one-year longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society* 47, 323-329.

Reichle, B. & Gloger-Tippelt, G. (2007). Familiäre Kontexte und sozial-emotionale Entwicklung. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 199-208.

Rosenbaum, J.F., Biederman, J., Gersten, M., Hirshfeld, D.R.; Meminger, S.R., Herman, J.B. et al. (1988). Behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and agoraphobia. A controlled Study. *Archives of General Psychiatry*, 45, 463-470.

Rindermann. (2007). *Emotionale-Kompetenz-Fragebogen. Ein Verfahren zur Einschätzung emotionaler Kompetenzen und emotionaler Intelligenz aus Selbst- und Fremdsicht*. Unveröffentlichtes Manual, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.

Raffetseder, S. (2008). *Emotionale und soziale Kompetenzen: Videoanalyse verhaltensauffälliger und aggressiver Buben im Rahmen eines tiergestützten Trainings*. Diplomarbeit. Universität Wien.

Reichert, E. (1994). Play and Animal-Assisted Therapy: A Group-treatment Model for Sexually Abused Girls Aged 9-13. *Family Therapy*, 21 (1), 55-62.

Rooney, NJ., Bradshaw, JWS. und Robinson, IH. (2001). Do dogs respond to play signals given by humans? *Animal Behaviour*, 61, 715-722.

Rose-Krasnor, L. (1997). The nature of social competence: A theoretical review. *Social Development*, 6, 111-135.

Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Houben I. (2003). *Diagnostische Kriterien: DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.

Salisch, M. (2002). *Emotionale Kompetenzen entwickeln. Grundlagen in der Kindheit und Jugend*. Stuttgart: Kohlhammer.

Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: Guildford.

Satow, L. (1999). Zur Bedeutung des Unterrichtsklimas für die Entwicklung schulbezogener Selbstwirksamkeitserwartungen: Eine Mehrebenenanalyse mit latenten Variablen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 31, 171-179.

Scherrer, B. (2009). *Veränderung sozialer und emotionaler Kompetenzen geistig abnormer Rechtsbrecher im Rahmen einer tiergestützten Intervention (MTI)*. Diplomarbeit. Universität Wien.

- Schmidt-Atzert, L. Büttner, G. & Bühner, M. (2004), Theoretische Aspekte von Aufmerksamkeits-/Konzentrationsdiagnostik. In G. Büttner & L. Schmidt Atzert (Hrsg.), *Diagnostik von Aufmerksamkeit und Konzentration* (S.3-22). Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt-Atzert, L., Krumm, S. und Bühner, M. (2008). Aufmerksamkeitsdiagnostik. Ableitung eines Strukturmodells und systematische Einordnung von Tests. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 19 (2), 2008, 59-82.
- Schöll, G. (1997). *Förderung von Aufmerksamkeit in der Grundschule. Ein metakognitiver Trainingsansatz*. Münster: Waxmann.
- Schölmerich, A. (1998). Die Entwicklung von Spiel-und Explorationsverhalten. In H. Keller (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S.547-562). Bern: Huber.
- Schore, A.N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66.
- Schultz, D., Izard, C.E., Ackermann, B.P. & Youngsrom, E.A. (2001). Emotion knowledge in economically disadvantaged children: Self-regulatory antecedents and relations to social difficulties and withdrawal. *Development and Psychopathology*, 13, 53-67.
- Seligman, M. E. P. (1992). *Erlernte Hilflosigkeit*. (4. Auf..) (B. Rockstroh, Übers.). Weinheim: Psychologie-Verl.-Uni
- Selman, R.L. (1980). The growth of interpersonal understanding. *Development and clinical analyses*. New York: Academic Press.
- Simonian, S.J., Beidel, D.C. Turner, S.M., Berkes, J.L. & Long, J.H. (2001). Recognition of facial affect by children and adolescents diagnosed with social phobia. *Child Psychiatry and Human Development*, 32, 137-145.
- Sinabell, C. (2007). *Systematische Beobachtung sozialer und emotionaler Kompetenzen: Videoanalyse eines tiergestützten Trainings (MTI) bei Jugendlichen*. Diplomarbeit. Universität Wien.
- Shipman, K.L. & Zeman, J. (2001). Socialization of children's emotion regulation in mother-child dyads: A developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, 13, 317-336.
- Smith, M. & Walden, T. (2001). An exploration of african american preschool-aged children's behavioral regulation in emotionally arousing situations. *Child Study Journal*, 31, 13-45.
- Southam-Gerow, M.A. & Kendall, P.C. (2000). A preliminary study of the emotion understanding of youths referred for treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 319-327.
- Spangler, G. & Zimmermann, O. (1999): *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Steinhausen, H. (2006). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie*. München: Urban & Fischer.

Steele, M., Hodges, J., Kaniuk, J., Henderson, K., Hilman, S. & Bennett, P. (2002). Weitererzählungen von Geschichten als Methode zur Erfassung der inneren Welt des Kindes – Implikationen für die Adoption. In K.H. Brisch, K.E. Grossmann, K. Grossmann & L. Köhler (Hrsg.), *Bindung und seelische Entwicklungswege – Grundlagen, Prävention und klinische Praxis* (S.339-352). Stuttgart: Klett-Cotta.

Stetina, B.U., Handlos, U. & Kryspin-Exner, I. (2005). Multiprofessionelle tiergestützte Intervention – MTI. Vorstellung eines tiergestützten Trainings zur Förderung der Gesundheit. *mitSprache*, 37 (1), S. 15–29.

Taghavi, M.R., Neshat-Doost, H.T., Moradi, A.R., Yule, W. & Dalgleish, T. (1999). Biases in visual attention in children and adolescents with clinical anxiety and mixed anxiety-depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 215-223.

Thompson, R.A. & Calkins, S.D. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Developmental and Psychopathology*, 8, 163-182.

Thompson, R.A. (2001). Childhood anxiety disorders from the perspective of emotion regulation and attachment. In M.W. Vasey & M.R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (PP: 160-1829: New York: Oxford University Press. Petermann: emotionale Kompetenz bei Kindern.

Turner, K. (2007). *Emotionale Kompetenz: Veränderungen im Rahmen eines Tiergestützten Trainings*. Diplomarbeit. Universität Wien.

Vasey, M. W., Daleiden, E.L., Williams, L.L., Brown, L. (1994). Biased attention in childhood anxiety disorders: A preliminary study. *Journal of Abnormal Child Psychology* 23, 267-279.

Van Zomeren, A. H. & Brouwer, W.H. (1994). *Clinical neuropsychology of attention*. New York: Oxford University Press.

Virues-Ortega, J. & Buela-Casal, G. (2006). Psychophysiological Effects of Human-animal Interaction: Theoretical Issues and long-term Interaction Effects. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194 (1), 52-57.

Wagner, I. (1977). Aufmerksamkeitsförderung. Zur entwicklungsabhängigen Wirksamkeit verschiedener Trainingsfaktoren. *Unterrichtswissenschaft*, 5, 23-33.

Watzlawick, P., Beavin, JH. & Jackson, DD (2003). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Nachdruck der 10. Unv. Auflage. Bern: Hans Huber.

Webster-Stratton, C. (2000). *How to promote children's social and emotional competence*. London: Paul Chapman.

Werner, E.E. (2000). Protective factors and individual resilience. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood interventions* (2 ed., pp.115-132). Cambridge Press.

Werner, E.E. & Smith, R.S. (2001). *Journeys from childhood to midlife-Risk, resilience, and recovery*. Ithaca, New York: Cornell University Press.

Westhoff, K. & Hagemeister, C. (2005). *Konzentrationsdiagnostik*. Lengerich: Pabst.

Wheeler, V.A. & Ladd, G.W. (1982). Assessment of children's self-efficacy for social interactions with peers. *Developmental Psychology*, 18, 795-805.

Wilson, C.C (1991). The pet as an anxiolytic intervention. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 182-189.

Widmann, V. (2008). *Videobasierte systematische Verhaltensbeobachtung emotionaler und sozialer Kompetenzen anhand eines tiergestützten Trainings (MTI) mit Kindern*. Diplomarbeit. Universität Wien.

Wright, J.C. & Vliestra, A.G. (1975). The development of selective attention: From perceptual exploration to logistical search. In H.W. Reese (Ed.), *Advances in child development and behavior* (pp.195-239) /Vol.10). New York: Plenum Press.

Ziegler, M. & Bühner, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson Studium.

Zimmermann, F.; (2003). Behandlungskonzept für hundephobische Kinder. In: Olbrich E. und Otterstedt C. (Hrsg.). *Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie*. Stuttgart: Franck-Kosmos.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Eigenwertdiagramm - Kommunikationsfähigkeit	63
Abbildung 2: Eigenwertdiagramm - Emotionale Kompetenz (Index)	64
Abbildung 3: Eigenwertdiagramm - Aufmerksamkeit (Index)	66
Abbildung 4: Eigenwertdiagramm - Soziale Kompetenz (Rating)	68
Abbildung 5: Eigenwertdiagramm - Emotionale Kompetenz (Rating)	70
Abbildung 6: Eigenwertdiagramm - Aufmerksamkeit (Rating)	72
Abbildung 7: Mittelwerte - keine Äusserung	76
Abbildung 8: Mittelwerte - Kooperation	77
Abbildung 9: Mittelwerte - Ärger	79
Abbildung 10: Mittelwerte - Kann sich in schwierigen Situationen steuern	82
Abbildung 11: Mittelwerte - ruhige Extremitäten	84
Abbildung 12: Mittelwerte - fehlende Aufmerksamkeit	86

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Faktorenanalyse - Kommunikationsfähigkeit (Index).....	64
Tabelle 2: Faktorenanalyse - Emotionale Kompetenz (Index).....	65
Tabelle 3: Faktorenanalyse - Aufmerksamkeit (Index).....	67
Tabelle 4: Faktorenanalyse - Soziale Kompetenz (Rating).....	69
Tabelle 5: Faktorenanalyse - Emotionale Kompetenz (Rating)	71
Tabelle 6: Faktorenanalyse - Aufmerksamkeit (Rating)	72
Tabelle 7: Gruppeneinteilung MTI Nestklasse.....	74
Tabelle 8: Mittelwerte (Scheffé) - erwünschte, verbale Kommunikationsfähigkeiten.....	75
Tabelle 9: Mittelwerte (Scheffé) - Aufmerksamkeit & unterstreicht Verbales durch Mimik und Gestik	77
Tabelle 10: Mittelwerte (Scheffé) - angemessene Reaktion auf Kritik.....	78
Tabelle 11: Mittelwerte (Scheffé) - Anteilnahme an Langeweile	78
Tabelle 12: Mittelwerte (Scheffé) - negative Emotionen	80
Tabelle 13: Mittelwerte (Scheffé) - Freude.....	80
Tabelle 14: Mittelwerte (Scheffé) - Ausdruck von Emotionen	81
Tabelle 15: Mittelwerte (Scheffé) - Zieht sich zurück	81
Tabelle 16: Mittelwerte (Scheffé) - Empathie.....	82
Tabelle 17: Mittelwerte (Scheffé) - Blick woanders hin	83
Tabelle 18. Mittelwerte (Scheffé) - entspannte Körperhaltung.....	84
Tabelle 19. Mittelwerte - abgewandte Körperhaltung.....	85
Tabelle 20: Mittelwerte (Scheffé) - fehlende Genauigkeit.....	85
Tabelle 21: Gesamtübersicht Beobachterübereinstimmung	87

ANHANG

Datum:

Beobachter:

Kind:

Video:

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

1

2

3

1

2

3

1

2

3

1

2

3

1

2

3

1

2

3

1

2

3

Beobachtungssystem Seite 3

Datum: Beobachter: Kind: Video:										
BEOBACHTUNGSSYSTEM Seite 5										
SOZIALE KOMPETENZEN										
Durchsetzungsfähigkeit	Immer	Sehr häufig	Häufig	Manchmal	Selten	kaum	Nie	NV		
Kann andere auf ihre Seite ziehen	7	6	5	4	3	2	1	0		
Kritisiert abweichenden Meinungen	7	6	5	4	3	2	1	0		
Angemessene Reaktion auf Kritik	7	6	5	4	3	2	1	0		
Unangemessene Reaktion auf Kritik	1	2	3	4	5	6	7	0		
Lässt sich unterbrechen	1	2	3	4	5	6	7	0		
Teamfähigkeit	Immer	Sehr häufig	Häufig	Manchmal	Selten	kaum	Nie	NV		
Trägt aktiv zur Zielerreichung in Gruppenübungen bei	7	6	5	4	3	2	1	0		
Versucht Konflikte zu schlichten	7	6	5	4	3	2	1	0		
Geht Kompromisse ein	7	6	5	4	3	2	1	0		
Stellt Wissen zur Verfügung/Beteiligung	7	6	5	4	3	2	1	0		
Geht auf Vorschläge ein	7	6	5	4	3	2	1	0		
Lacht gerne mit anderen	7	6	5	4	3	2	1	0		
Kritikfähigkeit	Immer	Sehr häufig	Häufig	Manchmal	Selten	kaum	Nie	NV		
Macht anderen oder sich Komplimente	7	6	5	4	3	2	1	0		
Kritisiert sich selbst oder andere angemessen	7	6	5	4	3	2	1	0		
Kommunikationsfähigkeit	Immer	Sehr häufig	Häufig	Manchmal	Selten	kaum	Nie	NV		
Spricht in angemessener Lautstärke	7	6	5	4	3	2	1	0		
Spricht deutlich	7	6	5	4	3	2	1	0		
Spricht flüssig	7	6	5	4	3	2	1	0		
Lässt andere ausreden	7	6	5	4	3	2	1	0		
Hält Augenkontakt zu Gesprächspartner	7	6	5	4	3	2	1	0		
Unterstreicht Verbales durch Mimik und Gestik	7	6	5	4	3	2	1	0		
Zeigt prosoziales Verhalten bei negativen Emotionen anderer Personen	7	6	5	4	3	2	1	0		
Hält Gespräche aufrecht	7	6	5	4	3	2	1	0		
Beendet Gespräche	7	6	5	4	3	2	1	0		
Feedback Akzeptieren	Immer	Sehr häufig	Häufig	Manchmal	Selten	kaum	Nie	NV		
Reaktion auf Feedback	Nimmt immer an	Nimmt sehr häufig an	Nimmt häufig an	Nimmt manchmal an	Nimmt selten an	Nimmt kaum an	Nimmt nie an	NV		
Aufmerksamkeit hierbei	7	6	5	4	3	2	1	0		
Körperhaltung dabei	Sehr stark vorhanden	Stark vorhanden	Vorhanden	Mäßig vorhanden	Schwach vorhanden	Sehr schwach vorhanden	Nicht vorhanden	NV		
	7	6	5	4	3	2	1	0		
Körperhaltung dabei	Sehr entspannt	Entspannt	Eher entspannt	Unaufällig	Eher verkrampft	Angespannt	Sehr angespannt	NV		
	7	6	5	4	3	2	1	0		
Akzeptanz dabei	Nimmt immer an	Nimmt sehr häufig an	Nimmt häufig an	Nimmt manchmal an	Nimmt selten an	Nimmt kaum an	Nimmt nie an	NV		
	7	6	5	4	3	2	1	0		
Reaktion auf Kritik	Nimmt immer an	Nimmt sehr häufig an	Nimmt häufig an	Nimmt manchmal an	Nimmt selten an	Nimmt kaum an	Nimmt nie an	NV		
	7	6	5	4	3	2	1	0		
Aufmerksamkeit hierbei	Sehr stark vorhanden	Stark vorhanden	Vorhanden	Mäßig vorhanden	Schwach vorhanden	Sehr schwach vorhanden	Nicht vorhanden	NV		
	7	6	5	4	3	2	1	0		
Körperhaltung dabei	Sehr entspannt	Entspannt	Eher entspannt	Unaufällig	Eher verkrampft	Angespannt	Sehr angespannt	NV		
	7	6	5	4	3	2	1	0		
Akzeptanz dabei	Nimmt immer an	Nimmt sehr häufig an	Nimmt häufig an	Nimmt manchmal an	Nimmt selten an	Nimmt kaum an	Nimmt nie an	NV		
	7	6	5	4	3	2	1	0		

ERKLÄRUNG

Ich bestätige, dass ich die vorliegende Arbeit alleine und ohne die Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt. Alle Ausführungen dieser Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Wien, im März 2011

Saskia Ebner

LEBENS LAUF

PERSÖNLICHE DATEN:

Name: Saskia Giovanna Ebner
Geburtsort: Sorrenco
derzeitiger Wohnort: Wien
M@il: saskia_ebner@hotmail.com

AUSBILDUNG:

1998 – jetzt Studium der Psychologie an der Universität Wien
Schwerpunkt: Klinische Psychologie
1996 – 1998 Studium der Medizin an der Uni Wien
1996 Matura am Realgymnasium Perchtoldsdorf

PRAKTISCHE ERFAHRUNG:

08/2007 – jetzt Die Villa/ Jugendtreff Korneuburg
• Tätigkeit: Jugendbetreuerin;
Betreuung & Leitung (seit Beginn 2010) eines Jugendzentrums,
aufsuchende Jugendarbeit, Beratung, Öffentlichkeitsarbeit,
administrative Tätigkeiten, Projektplanung, Netzwerkarbeit.

05/2006 – 03/2007 MAFOS – Institut für Systemische Marktforschung
• Tätigkeit: Studienassistentin;
Organisation von Gruppendiskussionen, Screening von Probanden,
Protokollführung bei Gruppendiskussionen, Auswertung von
Fragebögen mittels SPSS, Erstellung von Excel Tabellen für das
Reporting, Mitarbeit an der Finalisierung von
Untersuchungsberichten.

03/2005 – 06/2005 Praktikum MÖWE/
Kinderschutzzentrum für sexuell missbrauchte Kinder
• Tätigkeit: telefonische Beratung von Klienten, Mitarbeit &
Anwesenheit bei Erst- und Beratungsgesprächen, Diagnostik,
organisatorische Aufgaben.

06/2006 – bis jetzt Schlosserei
• Tätigkeit: Service

09/2004 – 05/2006 Restaurant Neu Wien
• Tätigkeit: Service

05/2004 – 11/2004	Praktikum GZW/ Psychologische Ambulanz (Dr. Gatterer) • Tätigkeit: Durchführung psychometrischer Tests, deren Auswertung und Befundung, Führung klinisch – psychologischer Gespräche, Erfahrungen im Bereich der psychosozialen Rehabilitation und Entlassungsvorbereitung von Patienten, Erfahrungen in den Bereichen Demenz- und Differentialdiagnostik.
03/2004 – 05/2004	Praktikum TAT (Tiere als Therapie)/ Vetmed. Universität • Tätigkeit: Erfahrungen in der Ausbildung von Therapiehunden, Begleitung der Therapieteams in div. Institutionen, organisatorische Tätigkeiten im Officebereich des TAT.
05/2002 – 07/2004	Restaurant Indochine 21 • Tätigkeit: Service
02/2002 – 04/2002	Cube Company • Tätigkeit: Telefonistin/ Call Center
04/2001 – 06/2002	Dr. Niehus (Orthopäde) • Tätigkeit: Sprechstundenhilfe, Ordinationsassistentin
04/2000 – 03/2001	On Duty • Tätigkeit: Promotion
06/1999 – 09/1999	Lauda Air • Tätigkeit: Flugbegleiterin
08/1996	Dr. Schindler (Internist) • Tätigkeit: Ordinationshilfe
1996 – 1998	Gallup Institut • Tätigkeit: Telefonmarktuntersuchungen
seit 1995	diverse Babysitting- / Nachhilfejobs

ZUSÄTZLICHE FÄHIGKEITEN UND AKTIVITÄTEN:

1996	USI - Snowboardlehrerausbildung
Sprachen	Deutsch – Muttersprache Englisch – fließend in Wort und Schrift Französisch – Grundkenntnisse
PC Kenntnisse	Word, Excel, Powerpoint, Outlook, SPSS und Internet
Führerschein B	