

# **Indizierte Prävention von sozialen Ängsten**

Entwicklung und Evaluation eines  
Gruppenprogramms  
für Kinder und Jugendliche

DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades  
der Naturwissenschaften  
(Dr. rer. nat.)

an der Fakultät  
für Psychologie und Sportwissenschaft  
Abteilung Psychologie

Universität Bielefeld

vorgelegt von  
Sigrid Kühl

September 2005



## DANKSAGUNG

Diese Arbeit wäre ohne die Unterstützung von einer Reihe von Personen nicht möglich gewesen, denen ich an dieser Stelle meinen herzlichen Dank ausdrücken möchte. Dieser gilt zunächst meiner Anleiterin Frau Professor Brunna Tuschen-Caffier, die mich zu diesem Vorhaben ermutigt und bei der Planung und Durchführung unterstützt hat. Ihr verdanke ich hilfreiche Anregungen sowohl für die Gestaltung der einzelnen Kinder- und Elterntreffen als auch für die wissenschaftliche Arbeit. Mein Dank gilt auch Herrn Professor Manfred Döpfner, der sich freundlicherweise zur Begutachtung der Arbeit bereit erklärt hat.

An den diagnostischen Terminen sowie an der Durchführung der Gruppentermine waren diverse Personen beteiligt, zuallererst die Leiterin des Siegener Instituts der Christoph-Dornier-Stiftung, Frau Dr. Kathrin Kötting. Vielen Dank für die stets hilfsbereite und unkomplizierte Unterstützung in der Anfangsphase! Außerdem zählen hierzu die Diplomanden bzw. Praktikanten<sup>1</sup> Hinna Wolf, Katja Henschel, Hendrik Schneider, Caroline Schneider, Stephan Stevens, Silke Mouson, Thomas Völkner, Anna Förg und Katja Kühne. Bedanken möchte ich mich auch bei der Sozialpädagogin Frau Anja Sack für ihre große Hilfsbereitschaft und ihr organisatorisches Talent bei einer Vielzahl von Aufgaben.

Es war immer gut zu wissen, dass ich mit meiner Arbeit nicht allein auf weiter Flur war. Daher möchte ich auch meine Kolleginnen in der Christoph-Dornier-Stiftung erwähnen, die mir mit humorvoller und emotionaler Unterstützung zur Seite standen: Nora Dannigkeit, Grit Köster und Barbara Weinbrenner. Grit war durch ihre kompetente Mitarbeit bei den Gruppenterminen eine wichtige Stütze. Barbara danke ich vor allem für die Auswertung der Verhaltensbeobachtungen und ihre zügigen und hilfreichen Korrekturen im Text. Nicht zuletzt bin ich der Christoph-Dornier-Stiftung für ihre Unterstützung im Rahmen eines Promotionsstipendiums verbunden.

Bei den Korrekturen halfen ferner Karen Guckes-Kühl, Stefanie Winter und Charlotte Schramm, die außerdem bei der Auswertung der Verhaltensbeobachtungen unermüdlich war. Nicht nur das Entdecken der orthographischen Patzer, sondern auch Eure Rückmeldungen waren in der Zeit des Zusammenschreibens sehr wichtig. Das „Sponsoring“ durch meine Eltern hielt mir den Rücken für die Endphase der Arbeit frei – auch hierfür herzlichen Dank! Besonders meinem Partner Matthias Kobs verdanke ich schließlich die nötige Kraft und Ausdauer zur Vollendung der Arbeit. Bei Durststrecken in dieser langen Zeit war er eine nie versiegende Quelle der Ermunterung.

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Text stellvertretend überwiegend die maskuline Form verwendet.



## Inhalt

<b>0. EINLEITUNG .....</b>	<b>11</b>
<b>1. THEORIE.....</b>	<b>13</b>
1.1 SOZIALE ÄNGSTE IM KINDES- UND JUGENDALTER .....	13
1.1.1 Begriffsbestimmung.....	13
1.1.2 Erscheinungsbild.....	15
Verhalten und auslösende Situationen .....	16
Physiologie.....	16
Kognitionen.....	17
1.1.3 Klinisch-psychologische Perspektive .....	20
Entwicklung der Klassifikation sozialer Angst.....	20
Klassifikation sozialer Angst im DSM-IV-TR bzw. ICD-10 .....	21
Subtypen .....	24
Subklinische soziale Ängste .....	26
Differentialdiagnose.....	26
1.1.4 Persönlichkeitspsychologische Perspektive.....	32
Begriff der Schüchternheit.....	32
Manifestation von Schüchternheit .....	33
Schüchternheit als Temperamentseigenschaft .....	34
Umwelteinflüsse auf Schüchternheit .....	35
Zusammenhang zwischen Schüchternheit und sozialer Angst .....	36
1.1.5 Entwicklungspsychologische Perspektive .....	39
1.1.6 Epidemiologie .....	42
Prävalenz und Inzidenz .....	42
Erstmanifestation und Verlauf .....	44
Soziodemographische Korrelate .....	46
Komorbidität .....	48
Beeinträchtigung und Hilfesuchverhalten.....	50
1.1.7 Ätiologie und Aufrechterhaltung .....	53
Neurobiologie und das Konzept der Verhaltenshemmung .....	53
Lerntheorie .....	56
Bindungsverhalten und Erziehungseinflüsse .....	58
Kognitive Faktoren .....	61
Soziale Kompetenzdefizite .....	63
Vermeidungsverhalten .....	65
Zusammenfassung der Entstehung und Aufrechterhaltung sozialer Angst .....	65

1.2	DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG SOZIALER ÄNGSTE IM KINDES- UND JUGENDALTER .....	67
1.2.1	Diagnostik .....	67
	Interviews und Fragebögen .....	67
	Verhaltensdiagnostik .....	69
	Eltern-Kind-Übereinstimmung .....	71
1.2.2	Therapie .....	72
	Überblick .....	72
	Training sozialer Kompetenzen .....	73
	Exposition .....	74
	Kognitive Intervention .....	75
	Operante Methoden .....	75
	Entspannung .....	76
	Unterstützung durch Moderatoren .....	76
	Setting .....	77
	Komplexe Therapieprogramme für Angststörungen .....	77
	Komplexe Therapieprogramme für die soziale Angststörung .....	82
1.2.3	Prävention .....	88
	Relevanz und Grundlagen präventiver Maßnahmen .....	88
	Stand der Präventionsforschung .....	89
1.3	HERLEITUNG DER FRAGESTELLUNG .....	93
2.	<b>PROGRAMMBESCHREIBUNG .....</b>	<b>97</b>
2.1	RAHMENBEDINGUNGEN .....	97
	Umfang, Frequenz und Ablauf der Treffen .....	97
	Kindgerechte Gestaltung und Förderung der Gruppenkohäsion .....	98
	Hausaufgaben und Kontingenzmanagement .....	98
2.2	INHALTE DES PROGRAMMS FÜR KINDER UND JUGENDLICHE .....	100
	Kognitive Vorbereitung im Einzelkontakt .....	100
	Kognitive Intervention in der Gruppe .....	100
	Übungen zur Verbesserung der sozialen Kompetenz bzw. Performanz .....	101
	Expositionenübungen .....	101
	Abschluss- und Wiederauffrischungstreffen .....	102
2.3	INHALTE DES PROGRAMMS FÜR ELTERN .....	104
3.	<b>PILOTSTUDIE .....</b>	<b>107</b>
3.1	METHODEN .....	107
3.1.1	Untersuchungsdesign .....	107

---

3.1.2	Diagnostische Verfahren.....	109
	Interviews.....	109
	Fragebögen.....	110
	Verhaltensdiagnostik.....	112
	Ratings zur Veränderungsmessung.....	115
3.1.3	Untersuchungsablauf.....	116
	Rekrutierung und Eingangsuntersuchung.....	116
	Durchführung des Programms.....	117
	Abschluss- und Follow-up-Untersuchung .....	117
3.1.4	Stichprobe .....	118
	Auswahl und Gruppenaufteilung .....	118
	Stichprobenbeschreibung .....	119
3.1.5	Hypothesen .....	122
3.1.6	Auswertung.....	124
3.2	ERGEBNISSE .....	126
3.2.1	Überprüfung der Voraussetzungen .....	126
	Einsetzbarkeit der Ratingskala für soziale Kompetenz .....	126
	Validitätsüberprüfung der Verhaltensdiagnostik .....	127
	Überprüfung der Voraussetzungen der Evaluationskriterien.....	129
	Überprüfung der Randomisierung .....	129
3.2.2	Evaluationsergebnisse im Elternurteil .....	131
	Veränderungen über die Zeit .....	131
	Gruppenvergleich.....	135
	Bewertung des Programms .....	137
3.2.3	Evaluationsergebnisse im Kindurteil .....	139
	Veränderungen über die Zeit .....	139
	Gruppenvergleich.....	142
	Bewertung des Programms .....	144
3.2.4	Evaluationsergebnisse im Fremdurteil.....	145
	Veränderungen über die Zeit .....	145
	Gruppenvergleich.....	146
3.2.5	Weitere Ergebnisse der Verhaltensdiagnostik .....	148
	Selbsteinschätzung der Angstausprägung.....	148
	Kognitive Selbsteinschätzung .....	148
3.3	DISKUSSION .....	150
3.3.1	Zusammenfassung der Ergebnisse .....	150
	Hypothese (1): Reduktion der Angst und des Leidensdrucks.....	150
	Hypothese (2): Verbesserung aus Sicht der Eltern und der Kinder .....	151
	Hypothese (3): Verbesserung der sozialen Kompetenz bzw. Performanz.....	151

Hypothese (4): Vergleich von Interventions- und Wartezeitraum .....	151
Hypothese (5): Aufrechterhaltung der Ergebnisse .....	153
Sonstige Ergebnisse .....	154
3.3.2 Diskussion der Befunde .....	155
3.3.3 Implikationen für die Durchführung der Hauptstudie .....	161
<b>4. HAUPTSTUDIE .....</b>	<b>165</b>
4.1 METHODEN .....	165
4.1.1 Untersuchungsdesign .....	165
4.1.2 Diagnostische Verfahren .....	167
4.1.3 Untersuchungsablauf .....	170
Rekrutierung und Eingangsuntersuchung .....	170
Zweiter Diagnostiktermin, Gruppenprogramm und Selbstkontrollphase .....	170
Abschluss- und Follow-up-Untersuchung .....	171
4.1.4 Stichprobe .....	172
Auswahl und Gruppenaufteilung .....	172
Stichprobenbeschreibung .....	172
Rücklaufquote .....	176
4.1.5 Hypothesen .....	177
Herleitung .....	177
Haupthypothesen .....	179
Nebenhypothesen .....	180
4.2 ERGEBNISSE .....	182
4.2.1 Überprüfung der Voraussetzungen .....	182
4.2.2 Evaluationsergebnisse im Elternurteil .....	183
Veränderungen im Interventionszeitraum und im langfristigen Verlauf .....	183
Veränderungen im Wartezeitraum .....	187
Bewertung des Programms .....	189
Qualitative Ergebnisse der Eltern .....	190
4.2.3 Evaluationsergebnisse im Kindurteil .....	192
Veränderungen im Interventionszeitraum und im langfristigen Verlauf .....	192
Veränderungen im Wartezeitraum .....	195
Bewertung des Programms .....	196
Qualitative Ergebnisse der Kinder .....	197
4.2.4 Evaluationsergebnisse im Fremdurteil .....	199
Veränderungen im Interventionszeitraum .....	199
Veränderungen im Wartezeitraum .....	200

4.2.5	Weitere Ergebnisse der Verhaltensdiagnostik .....	201
	Selbsteinschätzung der Angstausprägung.....	201
	Kognitive Selbsteinschätzung.....	201
4.2.6	Ergebnisse zu den Nebenhypothesen.....	203
	Einfluss der Komorbidität.....	203
	Einfluss der Schwere der Problematik.....	204
	Einfluss des Alters .....	205
4.3	DISKUSSION .....	208
4.3.1	Zusammenfassung der Ergebnisse .....	208
	Haupthypothese (1): Reduktion der Angst und des Leidensdrucks.....	208
	Haupthypothese (2): Verbesserung aus verschiedenen Perspektiven .....	210
	Haupthypothese (3): Verbesserung der sozialen Kompetenz bzw. Performanz.....	210
	Haupthypothese (4): Vergleich von Interventions- und Wartezeitraum.....	211
	Haupthypothese (5): Aufrechterhaltung der Verbesserungen.....	211
	Sonstige Ergebnisse .....	212
	Nebenhypothese (1): Einfluss der Komorbidität .....	213
	Nebenhypothese (2): Einfluss der Schwere der Problematik .....	214
	Nebenhypothese (3): Einfluss des Alters .....	214
4.3.2	Vergleich der Ergebnisse von Pilot- und Hauptstudie .....	216
4.3.3	Diskussion der Befunde .....	220
5.	<b>FAZIT UND AUSBLICK.....</b>	<b>227</b>
6.	<b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>235</b>
7.	<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>237</b>
8.	<b>ANHANG.....</b>	<b>267</b>



## 0. EINLEITUNG

Diese Arbeit widmet sich der Prävention von sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter. Derartige Schwierigkeiten können den Alltag der Betroffenen in vielerlei Hinsicht erschweren und eine gelungene Bewältigung diverser Entwicklungsaufgaben behindern. Solche Probleme sind auch vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Herausforderungen für Kinder und Jugendliche zu sehen. Daher sei zur Einleitung aus einem Artikel zitiert, in dem aktuelle Erwartungen an die Fähigkeiten und Dispositionen von jungen Menschen formuliert werden. Ein Auszug daraus ist im Folgenden wiedergegeben:

Aus dem Artikel „Aufruf zur Bildungsrevolution“ der Frankfurter Rundschau vom 01.09.2003:

„Was wir wollen, wissen wir: starke junge Menschen, ihrer Selbst sicher, ausgestattet mit Zu-  
trauen in ihre Möglichkeiten und Mut zu Neuem. Gerne sollen sie lernen und Lust am Entdecken  
haben: für ein ganzes Leben. Einmischungs- und kooperationsbereit wünschen wir sie uns, team-  
fähig, tolerant und offen im Umgang mit der Vielfalt der Menschen – kreativ im Finden von  
Lösungen, angstfrei gegenüber möglichen Fehlern oder Irrwegen. Gruppenfähig sollen sie selbst-  
verständlich sein, empathisch und verantwortungsbereit...“

(Susanne Thurn, Leiterin der Bielefelder Laborschule)

Wie aus der Darstellung des Erscheinungsbilds sozialer Ängste im theoretischen Überblick der vorliegenden Arbeit hervorgeht, können die Symptome sozial ängstlicher Kinder und Jugendlicher der Bewältigung dieser gesellschaftlichen Anforderungen deutlich im Wege stehen. So lassen sich diese z.B. durch Angst vor negativer Bewertung, geringen Selbstwert, Unbehagen in neuen Situationen und Vermeidung von sozialen Konflikten sowie sozialen Rückzug charakterisieren. Unter 1.1 werden diese Anzeichen hinsichtlich ihrer klinischen, persönlichkeits- und entwicklungspsychologischen Bedeutung näher beleuchtet. Außerdem wird auf die Verbreitung und den Verlauf des Phänomens eingegangen, der ohne Behandlung eine ungünstige Prognose besitzt. Die Aufführung von möglichen Begleit- und Folgeerscheinungen unterstützt die Vermutung, dass gerade diese Kinder durch ihre Problematik auch angesichts der genannten gesellschaftlichen Anforderungen ernstzunehmende langfristige Schwierigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen bekommen können. Das Kapitel wird schließlich mit der Darstellung des aktuellen Stands zu ätiologischen und aufrechterhaltenen Bedingungen für soziale Ängste abgeschlossen.

In Kapitel 1.2 wird zunächst auf diagnostische Aspekte bei der Erfassung sozialer Angst eingegangen. Es folgt ein Überblick über Elemente kognitiv-behavioraler Interventionen für behandlungsbedürftige soziale Ängste und eine Aufzählung aktueller komplexer Therapieprogramme. Aus den Befunden zur Epidemiologie, etwa zum frühen Störungsbeginn oder der Gefahr der Chronifizierung, ergibt sich die Notwendigkeit frühzeitig einsetzender Interventionen. Daher wendet sich das Kapitel anschließend der Relevanz und den Grundlagen präventiver Maßnahmen zu und stellt den gegenwärtigen Stand der Präventionsforschung dar. Hieraus geht ein Fehlen entsprechender Maßnahmen für die Vorbeugung der sozialen Angststörung im Kindes- und Jugendalter hervor.

Aus diesem theoretischen Überblick wird unter 1.3 das Forschungsvorhaben der vorliegenden Arbeit abgeleitet. Dieses umfasst die Entwicklung eines Gruppenprogramms zur indizierten Prävention von sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter. Die erste Fassung dieses Programms wird im zweiten Kapitel im Hinblick auf die Rahmenbedingungen und die Programminhalte für die Kinder und Erwachsenen beschrieben. Darüber hinaus wird eine Wirksamkeitsüberprüfung im Rahmen zweier Studien vorgenommen. Dies geschieht zunächst in Form einer Pilotstudie, deren Untersuchungsdesign und Ablauf sowie andere methodische Aspekte unter 3.1 vorgestellt werden. Anschließend werden die Ergebnisse unter 3.2 aus der Perspektive der Eltern, der Kinder und gemäß dem klinischen Urteil wiedergegeben. In der Diskussion unter 3.3 werden die Resultate schließlich im Hinblick auf die Hypothesen zusammengefasst und unter Berücksichtigung aktueller Ergebnisse anderer Studien diskutiert. Zuletzt enthält dieser Abschnitt Implikationen für die weitere Gestaltung des Programms im Rahmen der Hauptstudie. Auch deren Darstellung gliedert sich in die Teile Methoden (4.1), Ergebnisse (4.2) und Diskussion (4.3). Letztere vergleicht die Ergebnisse der beiden Studien miteinander und betrachtet schließlich die Veränderungen durch die Teilnahme an dem Programm auf kognitiver, emotionaler und auf der Verhaltensebene des Angsterlebens der Kinder. Auch hier wird anschließend der Vergleich mit aktuellen Befunden anderer Studien gezogen. Aus beiden Studien wird im 5. Kapitel ein Fazit gezogen und ein Ausblick auf zukünftige Forschungsprojekte gegeben, die sich aus den noch offenen Fragen der vorliegenden Arbeit ergeben.

## 1. THEORIE

### 1.1 SOZIALE ÄNGSTE IM KINDES- UND JUGENDALTER

#### 1.1.1 Begriffsbestimmung

Möchte man das Konzept „soziale Angst“ definieren, stößt man auf eine Vielzahl von Begriffen, die mangels genauer Abgrenzungen häufig synonym gebraucht werden. So zählen z.B. Münchau, Demal und Hand (1998) bei einem Definitionsversuch der sozialen Gehemmtheit die Bezeichnungen soziale Angst, Selbstunsicherheit, mangelndes Selbstvertrauen, soziale InkKompetenz und soziale Phobie auf. Petermann (1997) bemerkt bei der Eingrenzung des Phänomens sozial unsicheren Verhaltens, dass betroffene Kinder „...häufig als schüchtern, sozial isoliert, kontaktängstlich, trennungsängstlich, gehemmt und inkompetent bezeichnet werden“ (S. 244). Turner, Beidel und Townsley (1990) führen schließlich mehrere Definitionen zur Schüchternheit und sozialen Phobie auf und kommen zu folgendem Schluss: „...nothing in the descriptions of shyness could be used to differentiate it from social phobia“ (S. 498).

Ein verbindendes Element der erwähnten Konzepte ist das empfundene Unbehagen Betroffener in der Gegenwart anderer Personen. So beschreibt Mattejat (2002), dass sozial ängstliche Kinder und Jugendliche „...soziale Kontakte fürchten und meiden. Im Zentrum steht dabei die Befürchtung, in sozial peinliche Situationen zu geraten, beschämmt zu werden oder sich zu blamieren. Häufig machen sich die Kinder Sorgen darüber, dass sie z.B. durch Erröten, durch ihre Kleidung oder ihr sonstiges Aussehen auffallen könnten...“ (S. 220). Sind derartige Anzeichen stark ausgeprägt, werden sie im klinisch-psychologischen Kontext als Angstsymptome im Rahmen einer sozialen Angststörung betrachtet. In Kapitel 1.1.3 wird das entsprechende Syndrom näher beleuchtet. Das Konstrukt der sozialen Kompetenz wird ebenfalls häufig im klinisch-psychologischen Rahmen verwendet und bezeichnet nach Fydrich (2002) „...die Verfügbarkeit eines Verhaltensrepertoires, welches notwendig ist, um eine soziale Situation vorteilhaft zu gestalten...“ (S. 183). Unter 1.1.7 wird erläutert, inwiefern ein Fehlen derartiger Kompetenzen zur Entstehung sozialer Angst beitragen kann. Dem Konzept der Schüchternheit wurde vor allem aus persönlichkeitspsychologischer Perspektive Aufmerksamkeit geschenkt. In jüngerer Zeit werden in der Forschung Zusammenhänge zwischen der sozialen Angststörung und der Schüchternheit beleuchtet, wie unter 1.1.4 näher erörtert wird. Die soziale Gehemmtheit oder „behavioral inhibition“ aus der Arbeitsgruppe um Kagan ist ferner ein Begriff, der vor allem bei der Erforschung von Temperamentsunterschieden bei

Kleinkindern eine Rolle spielt (z.B. Kagan, Reznick & Snidman, 1988). Auf die Frage, inwiefern entsprechend gehemmte Kinder ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung sozialer Ängste haben, wird unter 1.1.7 eingegangen.

Es bleibt festzuhalten, dass sich verschiedene Forschungsdisziplinen mit Unbehagen in sozialen Situationen bei Kindern und Jugendlichen beschäftigen, wobei unterschiedliche Bezeichnungen für dieses Phänomen gebräuchlich sind. Eine eindeutige Abgrenzung der erwähnten Konstrukte ist bisher nicht erschöpfend möglich. Vielmehr wird im Folgenden das Erscheinungsbild sozialer Ängste beschrieben, um es anschließend aus den verschiedenen Forschungsperspektiven zu beleuchten. Dabei wird auf Überschneidungen zwischen den Konzepten eingegangen.

### 1.1.2 Erscheinungsbild

#### *Fallbeispiel:*

Der elfjährige Julian (Name geändert) war schon immer ein sehr zurückhaltender Junge. Auch heute ist er am liebsten allein in seinem Zimmer und spielt am PC. Wenn andere etwas mit ihm unternehmen wollen, lehnt er ab. Auch in der Schule ist Julian sehr still. Im Unterricht meldet er sich nicht und wenn er aufgerufen wird, wird er rot und spricht nur sehr leise und undeutlich. In letzter Zeit haben sich seine Schulnoten verschlechtert. Auch in den Pausen spricht oder spielt Julian kaum mit seinen Mitschülern. Obwohl er das Zusammensein mit anderen Kindern selbst ablehnt, fühlt er sich nicht gut. Er hat mehrmals in der Woche Bauchschmerzen, grübelt viel und kann abends schlecht einschlafen. Auf den Vorschlag seiner Mutter, in einen Sportverein zu gehen, reagiert er wütend: Er ist sauer und befürchtet, von den anderen nicht gemocht zu werden.

In dem Fallbeispiel werden typische Anzeichen sozialer Angst auf der Ebene des Verhaltens, der körperlichen Reaktionen und der Kognitionen deutlich, die vor, während oder nach einer ängstigenden sozialen Situation auftreten können. Tabelle 1 gibt einen Überblick über derartige Anzeichen.

Tabelle 1: Überblick über typische Anzeichen sozialer Angst (vgl. Albano, DiBartolo, Heimberg & Barlow, 1995a)

Verhalten	Physiologie	Kognitionen
Weinen, Jammern	Herzklopfen	Selbstkritik
Anklammern	Übelkeit	Gedanken an...
Stottern	Schwitzen	- Flucht
Verringelter Blickkontakt	Zittern	- Negative Bewertung
Leise, zittrige Stimme	Atemnot	- Misserfolg, Inadäquatheit
Nägelkauen	Flaues Gefühl im Magen	- Demütigung
Vermeidung sozialer Situationen	Anspannung	
Nervöse Bewegungen	Kopfschmerzen	
Erstarren	Erröten	

Im Folgenden werden einige empirische Befunde zu typischen Auslösersituationen sowie zur Manifestation sozialer Angst auf den verschiedenen Ebenen bei Kindern und Jugendlichen angeführt.

### *Verhalten und auslösende Situationen*

Müller (2002) untersucht das Erscheinungsbild sozialer Ängste in einer repräsentativen Studie an über 800 Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit sozialen Ängsten im Rahmen der EDSP-Studie<sup>2</sup>. Ungefähr die Hälfte der Jugendlichen mit klinisch relevanten sozialen Ängsten gibt im Interview an, gefürchtete soziale Situationen häufig oder immer zu vermeiden. Unter den Jugendlichen mit subklinisch ausgeprägten sozialen Ängsten sind es etwa 10%. Am häufigsten werden Leistungssituationen wie Prüfungen oder Redesituationen vor Publikum, gefolgt von Interaktionssituationen wie Party-Besuchen als angstauslösend beschrieben. Jüngere Kinder empfinden ähnliche Situationen als ängstigend, so geben 88% sozial ängstlicher Kinder zwischen acht und zwölf Jahren öffentliches Sprechen, 39% Essen vor anderen, jeweils 28% Schreiben vor anderen bzw. Besuchen öffentlicher Toiletten, 21% Sprechen zu Autoritäten und 13% informelles Sprechen als ängstigend an (vgl. Beidel & Randall, 1994). Diese Bandbreite an Situationen, in denen die Betroffenen der potentiellen Bewertung durch andere ausgesetzt sind, findet sich auch bei Erwachsenen wieder (vgl. Stangier & Fydrich, 2002). Strauss und Last (1993) merken an, dass die meisten sozial ängstigenden Situationen von Kindern und Jugendlichen in der Schule stattfinden. Mattejat (2002) zählt dazu folgende Beispiele auf: sich melden, an die Tafel treten, etwas laut lesen, Sportunterricht, an Ausflügen teilnehmen oder Klassenfahrten. Melfsen (2002) vermutet, dass vor allem ältere Kinder das geschilderte Vermeidungsverhalten in derartigen Situationen zeigen, während sich jüngere Kinder eher an die Eltern oder Bezugspersonen klammern (siehe auch APA, 2003).

Albano, DiBartolo, Heimberg und Barlow (1995a) postulieren als weitere Auffälligkeit auf der Verhaltensebene, dass sozial ängstliche Kinder Freizeitaktivitäten bevorzugen, die sie allein ausüben können (z.B. Computerprogrammieren, Sammeln von historischen Fakten). Viele haben noch nie an Aktivitäten wie Rollerskaten oder Kegeln teilgenommen (Beidel & Turner, 1998). Empirische Belege für diese Beobachtungen fehlen allerdings. Die Frage, inwieweit die in Tabelle 1 aufgeführten Verhaltensweisen wie geringer Blickkontakt oder eine leise Stimme Ausdruck erhöhter Angst in sozialen Situationen darstellen, oder ob sie Ausdruck zugrunde liegender Kompetenzdefizite sind, wird in Kapitel 1.1.7 erörtert.

### *Physiologie*

Vor allem junge Kinder haben häufig Schwierigkeiten, spezifische körperliche Symptome zu beschreiben (Beidel & Turner, 1998; Döpfner, 2000). Trotzdem existieren Befunde zu typischen

---

<sup>2</sup> EDSP-Studie: Münchener „Early Developmental Stages of Psychopathology-Studie“ (Wittchen, Stein & Kessler, 1999)

physiologischen Symptomen bei sozialer Angst im Kindes- und Jugendalter. Beidel, Christ und Long (1991) vergleichen beispielsweise 42 prüfungsängstliche Kinder, von denen 15 die Diagnose einer sozialen Phobie erfüllen, mit 34 unauffälligen Kindern zwischen 8 und 13 Jahren hinsichtlich körperlicher Reaktionen in ängstigenden Situationen. Insgesamt berichten die ängstlichen Kinder von einer signifikant häufigeren und größeren Bandbreite an körperlichen Symptomen als die Kontrollgruppe. Übelkeit, Zittern, Herzklopfen, Schwitzen, Hitze- oder Kälteschauer sind charakteristisch für die sozial phobischen Kinder. Analog hierzu kann der empirisch belegte Befund einer erhöhten physiologischen Aktivierung bei sozial ängstlichen Erwachsenen in sozialen Belastungssituationen angeführt werden (z.B. Boone et al., 1999). Sozial ängstliche Erwachsene berichten auch von qualitativ ähnlichen körperlichen Anzeichen in ängstigenden Situationen (Beidel & Turner, 1998). Aus dem Erwachsenenbereich ist außerdem bekannt, dass sozial ängstliche Personen Symptome wie Erröten, Zittern, Schwitzen und Herzklopfen am stärksten wahrnehmen, wobei besonders das selbst erlebte Erröten und Schwitzen als störend empfunden wird. Die Wahrnehmung und Bewertung dieser beiden Anzeichen unterscheidet sozial ängstliche Erwachsene am ehesten von anderen Angstpatienten (vgl. Gerlach, 2002). In diesem Zusammenhang sei auf eine Studie mit Jugendlichen verwiesen, die unauffällige Personen mit solchen mit leicht und mit deutlich ausgeprägten sozialen Ängsten hinsichtlich ihrer physiologischen Reaktivität vergleicht (Caster, 2001). Die drei Gruppen zeigen keine unterschiedlichen physiologischen Reaktionen in sozialen Situationen, allerdings nehmen sich die Jugendlichen mit ausgeprägten sozialen Ängsten als physiologisch erregter wahr. Zum derzeitigen Stand bleibt unklar, inwiefern der Einfluss einer erhöhten Selbstwahrnehmung körperlicher Anzeichen auf die Selbstberichte bei der Frage nach physiologischen Auffälligkeiten eine Rolle spielt. Zudem fehlen Studien zur Spezifität körperlicher Anzeichen für soziale Ängste im Vergleich zu anderen Ängsten bei Kindern und Jugendlichen.

### *Kognitionen*

Kognitive Auffälligkeiten werden im Zusammenhang mit sozialer Angst bei Erwachsenen als zentrales Merkmal beschrieben (z.B. Stangier & Fydrich, 2002), wobei die Angst, (negativ) bewertet zu werden, im Vordergrund steht. Alfano und Kollegen kommen in ihrem aktuellen Überblick über entsprechende kognitive Auffälligkeiten bei kindlichen Ängsten zu dem Schluss, dass „...research on cognitive aspects of childhood anxiety has produced divergent and sometimes confusing results“ (Alfano, Beidel & Turner, 2002, S. 1230).

So findet Beidel (1991) keinen Unterschied in der Anzahl an negativen Gedanken, die nach einer Vorleseübung bei sozial phobischen und Kontrollkindern retrospektiv erhoben werden. Bei

einem Vokabeltest fallen sozial phobische, aber auch überängstliche Kinder durch ein höheres Ausmaß an negativen Gedanken im Vergleich zu Kontrollkindern auf, insgesamt äußern sie aber wenig negative Gedanken. Kendall und Chansky (1991) haben ängstliche und unauffällige Kinder ebenfalls aufgefordert, ihre Gedanken nach einer Redeübung aufzulisten: Auch hier gibt es keinen Gruppenunterschied in der Anzahl an negativen Kognitionen. Allerdings fallen die ängstlichen Kinder durch ein erhöhtes Maß an negativen Kognitionen vor der Aufgabe auf. Alfano und Kollegen kommen diesbezüglich zu folgender Vermutung: „One hypothesis for the lack of negative thoughts during the task may be that the children are so overcome by emotion that they cannot think, or at least are unable to recall what they might have been thinking“ (Alfano et al., 2002, S. 1215). Diese Vermutung ist analog zur Beobachtung von Turner, Beidel und Jacob (1994), die dazu den Ausdruck der Gedankenleere („paucity of thoughts“) bei sozial phobischen Kindern verwenden. Zuletzt sei auf eine Studie von Walljasper (2000) verwiesen, in der beim Vergleich zwischen Jugendlichen mit und ohne soziale Angststörung kein Unterschied bezüglich Aufmerksamkeits-, impliziter oder expliziter Gedächtnisleistung bei Aufgaben mit sozialen Stimuli gefunden wird.

Andere Autoren wiederum führen Belege für ähnliche kognitive Verzerrungen bei sozial ängstlichen Kindern und Erwachsenen an (Albano et al., 1995a; Bögels & Zigerman, 2000; Muris, Merckelbach & Damsma, 2000; Perrin & Last, 1997; Rheingold, Herbert & Franklin, 2003; Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 1999). In der Untersuchung von Muris und Kollegen (2000) interpretieren sozial ängstliche Kinder zwischen 8 und 13 Jahren z.B. mehrdeutige soziale Situationen als furchterregender als unauffällige Kinder. Zudem äußern sie mehr negative Gedanken und Gefühle bei der Aufforderung, sich selbst in einer der Situationen vorzustellen. Ähnlich fällt das Ergebnis einer Studie mit sozial ängstlichen Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren aus, die 20 negative Ereignisse bezüglich ihrer Wahrscheinlichkeit und der negativen Folgen einschätzen sollen (Rheingold et al., 2003). Auch nach Kontrolle des Einflusses von komorbider Depression schätzen die sozial ängstlichen Jugendlichen die Wahrscheinlichkeit von sozialen negativen Ereignissen im Vergleich zu anderen (nicht-sozialen) Ereignissen sowie im Vergleich zu unauffälligen Jugendlichen höher ein. Auch die Einschätzung der Auswirkung der negativen Folgen der sozialen Ereignisse fällt bei den sozial ängstlichen Jugendlichen gravierender aus. In einer Studie von Tuschen-Caffier, Kühl, Schulze und Hoffmann (eingereicht) zeigen sozial phobische Kinder verglichen mit unauffälligen Kindern ein höheres Ausmaß an negativen Kognitionen und schätzen ihre eigene Leistung in sozialen Situationen als schlechter ein. Beispiele für die Inhalte von dysfunktionalen Kognitionen bei sozial ängstlichen Kindern oder Jugendlichen können der oben erwähnten

Studie von Müller (2002) entnommen werden: Am häufigsten nennen die Betroffenen, durcheinander zu sein (59.7%), gefolgt von der Angst zu erröten (44.9%) und der Befürchtung, dass etwas Peinliches oder Beschämendes passieren könnte (39.8%). Selten wird befürchtet, für verrückt gehalten zu werden (4.3%), sich erbrechen zu müssen (3.5%) oder die Kontrolle über Darm oder Blase zu verlieren (3.2%).

Zusammenfassend kann damit festgehalten werden, dass sich in neueren Studien die Anzeichen für ähnliche kognitive Verzerrungen bei sozial ängstlichen Kindern und Erwachsenen mehren, auch wenn die Befunde insgesamt nicht einheitlich sind. Alfano und Kollegen führen als Gründe für die heterogenen Ergebnisse deutliche Unterschiede in der Konzeption und in der Erfassung von Kognitionen an. So werden die Kinder z.B. teilweise per Fragebogen, teilweise mit Hilfe der Gedanken-Auflistungs-Technik untersucht, oder es werden in einer Studie kognitive Inhalte, in einer anderen kognitive Prozesse erfasst.

### 1.1.3 Klinisch-psychologische Perspektive

#### *Entwicklung der Klassifikation sozialer Angst*

Im Folgenden wird auf das klinische Störungsbild der sozialen Angst und seine Klassifikation eingegangen. Pierre Janet, Psychotherapeut und Herausgeber der Zeitschrift „Journal de psychologie normale et pathologique“ verwendete 1903 als Erster den Begriff der „phobie des situations sociales“ (vgl. Heckelmann & Schneier, 1995). Eine weitere Beschreibung von großem Bekanntheitsgrad erfolgte etwa 60 Jahre später von Marks und Gelder, die den Begriff der sozialen Phobie als eigenständiges Störungsbild prägten. Sie beschreiben sie als „phobia of social situations, expressed variably as shyness, fear of blushing in public, of eating meals in restaurants, of meeting men or women, of going to dances or parties, or of shaking when in the center of attention“ (Marks & Gelder, 1966, S. 218). Die soziale Phobie fand schließlich 1980 Eingang in die dritte Ausgabe des Klassifikationssystems der „American Psychiatric Association“ (APA), das „Diagnostische und Statistische Manual“ (DSM-III; APA, 1980; deutsch: 1984). Es folgten mehrere Veränderungen an den Klassifikationskriterien, die am umfassendsten zwischen der Ausgabe des DSM-III und des DSM-III-R ausfielen. Dies ist als Ergebnis des erwachten Forschungsinteresses an dieser Störung nach dem viel zitierten Überblicksartikel von Liebowitz, Gorman, Fyer und Klein im Jahre 1985 zu sehen, in dem die soziale Phobie noch als „vernachlässigte Störung“ bezeichnet wurde. Durch epidemiologische Studien, die die hohe Häufigkeit der sozialen Angststörung belegen (z.B. Myers et al., 1984), erreichte die soziale Phobie weitere Aufmerksamkeit. Im DSM-IV (APA, 1994; deutsch: 1998) wurden einige Neuerungen vorgenommen. So wurde z.B. als Alternativformulierung zur sozialen Phobie der Begriff der „sozialen Angststörung“ eingeführt, um den empirisch inzwischen abgesicherten umfassenderen Charakter der Störung besser auszudrücken, als dies im Begriff einer eng umschriebenen Phobie geschieht (Stangier & Fydrich, 2002).

Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen erfuhren in der Forschung erst später Beachtung. Im DSM-III gab es für sie erstmals eine eigene Kategorie für Angststörungen, worin die Störungen mit Trennungsangst, mit Überängstlichkeit und mit Kontaktvermeidung enthalten waren. Beim Vorliegen anderer Ängste, z.B. einer sozialen Phobie oder einer Panikstörung, galten die gleichen Kriterien wie für Erwachsene. Ein Hauptkritikpunkt an der Klassifikation von Angststörungen bei Kindern nach dem DSM-III-R stellten die hohen Komorbiditätsraten zwischen den verschiedenen Angststörungen sowie starke Überschneidungen zwischen der Kategorie der Angststörungen bei Kindern und der bei Erwachsenen dar (Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1992). Letzteres wurde z.B. an großen Ähnlichkeiten zwischen der Diagnose der

Störung mit Kontaktvermeidung bei Kindern und der sozialen Phobie bei Erwachsenen deutlich. Als Konsequenz wurde im DSM-IV die eigene Kategorie für Angststörungen in der Kindheit und Adoleszenz wieder aufgegeben und stattdessen entwicklungsspezifische Hinweise in die Kriterien der Angststörungen bei Erwachsenen integriert. Lediglich die Störung mit Trennungsangst ist nach wie vor unter der Kategorie „Andere Störungen im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz“ zu finden.

In der internationalen Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (ICD) kann die Diagnose der sozialen Phobie seit der aktuellen Version vergeben werden (ICD-10, 1993). Vorher gab es im ICD-9 nur ein allgemeines „phobisches Syndrom“. Für Kinder und Jugendliche existiert im ICD-10 zum einen die Möglichkeit, eine soziale Phobie mit den gleichen Kriterien wie bei Erwachsenen zu kodieren. Zum anderen kann die Diagnose einer „Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters“ aus der Kategorie „emotionale Störungen des Kindesalters“ vergeben werden, wenn die Störung vor dem sechsten Lebensjahr begonnen hat. Unter dieser Kategorie findet sich auch die Trennungsangst und die phobische Störung des Kindesalters. Wie im DSM-III steht dahinter der Versuch, entwicklungsspezifische Besonderheiten bei Kindern zu beachten. Die Inhalte der Ängste in dieser Kategorie werden als typisch für Kinder in einer bestimmten Entwicklungsstufe gesehen, den pathologischen Status einer Angststörung erhalten sie durch ihre unangemessen hohe Ausprägung.

#### *Klassifikation sozialer Angst im DSM-IV-TR bzw. ICD-10*

Tabelle 2 gibt die aktuellen Klassifikationskriterien der sozialen Angststörung gemäß des DSM-IV-TR (APA, 2000; deutsch: 2003) wieder. Demnach wird darunter eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor sozialen oder Leistungssituationen verstanden, in denen die Betroffenen befürchten, von anderen negativ bewertet zu werden oder sich peinlich zu benehmen. Als Folge wird die Vermeidung solcher Situationen angestrebt bzw. die Konfrontation mit derartigen Auslösern als sehr unangenehm empfunden. Die Diagnose darf nur gestellt werden, wenn die Angst oder Vermeidung deutlichen Leidensdruck oder eine gravierende Funktionsbeeinträchtigung im schulischen, beruflichen oder sozialen Leben mit sich bringt. Eine Person mit Angst vor öffentlichem Sprechen würde z.B. die Diagnose nur dann erfüllen, wenn diese Situation eine regelmäßige Anforderung in der Ausbildung oder im Beruf darstellt.

Tabelle 2: DSM-IV-TR-Kriterien der sozialen Angststörung

<b>DSM-IV-TR-Kriterien: Soziale Phobie (Soziale Angststörung; 300.23)</b>	
<b>A:</b> Dauerhafte und übertriebene Angst vor einer oder mehreren sozialen oder Leistungssituationen, bei denen die Person mit unbekannten Personen konfrontiert ist oder von anderen Personen beurteilt werden könnte. Die Person fürchtet, ein Verhalten (oder Angstsymptome) zu zeigen, das demütigend oder peinlich sein könnte.	<i>Bei Kindern muss gewährleistet sein, dass das Kind über altersgemäße soziale Beziehungen mit vertrauten Personen verfügt. Die Angst tritt bei Gleichaltrigen und nicht nur bei der Interaktion mit Erwachsenen auf.</i>
<b>B:</b> Die Konfrontation mit der gefürchteten Situation ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild einer situationsgebundenen oder eines situativ vorbereiteten Panikanfalls annehmen kann.	<i>Bei Kindern kann sich die Angst in Form von Schreien, Wutanfällen, Gelähmtsein oder Zurückweichen vor sozialen Situationen mit unvertrauten Personen ausdrücken.</i>
<b>C:</b> Die Person sieht ein, dass die Angst übertrieben und unvernünftig ist.	<i>Bei Kindern kann dieses Merkmal fehlen.</i>
<b>D:</b> Die gefürchtete soziale oder Leistungssituation wird vermieden oder nur unter intensiver Angst oder Unbehagen ertragen.	
<b>E:</b> Das Vermeidungsverhalten, die ängstliche Erwartungshaltung oder das Unbehagen in den gefürchteten sozialen oder Leistungssituationen beeinträchtigt deutlich die normale Lebensführung der Person, ihre berufliche (oder schulische) Leistung oder soziale Aktivitäten oder Beziehungen, oder die Phobie verursacht deutliches Leiden.	
<b>F:</b> Bei Personen unter 18 Jahren hält die Phobie über mindestens 6 Monate an.	
<b>G:</b> Die Angst oder Vermeidung geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Drogen, Medikamenten) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück und kann nicht besser durch eine andere psychische Störung (z.B. Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie, Störung mit Trennungsangst, körperdysmorphie Störung, tiefgreifende Entwicklungsstörung oder schizoide Persönlichkeitsstörung) erklärt werden.	
<b>H:</b> Falls ein medizinischer Krankheitsfaktor oder eine andere psychische Störung vorliegt, so steht diese nicht im Zusammenhang mit der unter Kriterium A beschriebenen Angst, z.B. nicht Angst vor Stottern oder Zittern bei einem Parkinson-Syndrom oder dem Zeigen von abnormen Essverhalten bei Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa.	
Bestimme, ob:	
Generalisiert: Wenn die Angst fast alle sozialen Situationen betrifft (ziehe auch die zusätzliche Diagnose einer Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung in Betracht).	

Diese Kriterien gelten sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche. Gemäß den zusätzlichen Hinweisen für Kinder muss sichergestellt sein, dass das betroffene Kind in der Lage ist, mit bekannten Personen Kontakt aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Ferner muss es mindestens eine altersgemäße soziale Beziehung außerhalb des Familienkreises aufweisen. Damit wird eine Abgrenzung von anderen Störungen mit Auffälligkeiten in der Interaktion wie z.B. Autismus vorgenommen. Die Angst darf sich zudem nicht nur auf den Kontakt mit Erwachsenen beziehen, sondern muss sich auch auf Gleichaltrige erstrecken. Damit wird die Forderung nach klinischer Relevanz der Störung berücksichtigt, da Zurückhaltung gegenüber fremden Erwachsenen bei Kindern häufig vorkommt und nicht zwangsläufig pathologischen Charakter besitzt. Anders als bei Erwachsenen äußert sich die Angst von Kindern und

Jugendlichen unter Umständen in Form von Weinen, Wutanfällen, Erstarren oder Anklammern an vertraute Personen. Bei Jugendlichen und Erwachsenen muss als Abgrenzung von Wahnvorstellungen außerdem gewährleistet sein, dass die Angst von den Betroffenen als übertrieben und unbegründet erkannt wird. Dieses Kriterium darf bei Kindern aufgrund ihres geringeren kognitiven Entwicklungsstands fehlen. Für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren gilt zudem, dass die Symptome mindestens sechs Monate andauern. Dadurch soll die Diagnose ausgeschlossen werden, wenn die soziale Angst nur als vorübergehendes Merkmal in einer Entwicklungsphase auftritt.

Wie Tabelle 3 zu entnehmen ist, entsprechen die Kriterien der sozialen Phobie im ICD-10 weitgehend denen im DSM-IV-TR. Allerdings fällt die Operationalisierung der Kriterien im ICD weniger detailliert aus als im DSM. So sind die situativen Aspekte weniger konkret, es fehlt die Angst vor körperlichen Symptomen und es ist keine Differenzierung in Subtypen vorgesehen. Dagegen ist das Vorliegen von körperlichen Angstanzeichen im ICD-10 ein verbindliches Kriterium.

Tabelle 3: ICD-10-Kriterien der sozialen Phobie

<b>ICD-10-Kriterien: Soziale Phobie (F40.1)</b>	
<b>A:</b> Entweder (1) oder (2):	
(1) deutliche Angst, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich peinlich oder beschämend zu verhalten,	
(2) deutliche Vermeidung, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder vor Situationen, in denen die Angst besteht, sich peinlich oder beschämend zu verhalten.	
Diese Ängste treten in sozialen Situationen auf, wie Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit, Begegnung von Bekannten in der Öffentlichkeit, Hinzukommen oder Teilnahme an kleinen Gruppen, wie z.B. bei Parties, Treffen oder in Klassenräumen.	
<b>B:</b> Mindestens zwei Angstsymptome in den gefürchteten Situationen mindestens einmal seit Auftreten der Störung sowie zusätzlich mindestens eines der folgenden Symptome:	
(1) Erröten oder Zittern,	
(2) Angst zu erbrechen,	
(3) Miktion- oder Defäkationsdrang bzw. Angst davor.	
<b>C:</b> Deutliche emotionale Belastung durch die Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten. Einsicht, dass die Symptome oder das Vermeidungsverhalten übertrieben und unvernünftig sind.	
<b>D:</b> Die Symptome beschränken sich vornehmlich auf die gefürchtete Situation oder auf die Gedanken an diese.	
<b>E:</b> Die Symptome des Kriteriums A sind nicht bedingt durch Wahn, Halluzinationen oder andere Symptome der Störungsgruppen organische psychische Störungen, Schizophrenie und verwandte Störungen, affektive Störungen oder eine Zwangsstörung und sind keine Folge einer kulturell akzeptierten Anschauung.	

Die Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters wird im ICD-10 (F93.2) als durchgängige oder wiederkehrende Furcht vor fremden Gleichaltrigen oder Erwachsenen bezeichnet, die mit Vermeidung solcher Kontakte einhergeht. Auch hier wird betont, dass eine altersgemäße

Bindung an Bezugspersonen existieren soll, dass die Vermeidung oder Furcht ein altersuntypisches Ausmaß erreichen und bedeutsame soziale Beeinträchtigung bedeuten soll. Eine Mindestdauer der Symptome von vier Wochen soll gegeben sein und es darf zeitgleich keine generalisierte Angststörung vorliegen (vgl. Schneider & Döpfner, 2004). Die Ähnlichkeit der Kriterien mit den kindspezifischen Hinweisen im DSM-IV-TR ist augenfällig. Allerdings steht hinter der Subsummierung der sozialen Ängste bei Kindern unter die Diagnose der Erwachsenen im DSM die Annahme einer kontinuierlichen Entwicklung der Ängste, während aus der Teilung in kind- und erwachsenenspezifische Ängste im ICD die Annahme hervorgeht, dass es sich um qualitativ unterschiedliche Manifestationen handelt. Die Kontinuitätsannahme entspricht eher dem derzeitigen Stand der Empirie. Döpfner (2000) empfiehlt dagegen die Bevorzugung der Kriterien der sozialen Ängstlichkeit im Kindesalter vor den Erwachsenenkriterien des ICD, da z.B. die starke Gewichtung der körperlichen Kriterien bei der sozialen Phobie die Tatsache außer Acht lässt, dass Kinder weniger über körperliche Symptome berichten als Erwachsene.

### *Subtypen*

Die Heterogenität des Störungsbilds führte zu zahlreichen Vorschlägen zur Bildung von Subtypen (vgl. Hope, Herbert & White, 1995). So werden Sozialphobiker z.B. nach ihrer überwiegenden Reaktion in einem Rollenspiel in verschiedene Untergruppen eingeteilt (z.B. Mersch, Emmelkamp, Bögels & van der Sleen, 1989; Öst, Jerremalm & Johansson, 1981). Dabei unterscheidet man „behavioral reactors“, bei denen die Verhaltensdefizite im Vordergrund stehen, „physiological reactors“ mit deutlichen physiologischen Angstanzeichen oder „cognitive reactors“ mit auffälligen kognitiven Dysfunktionen. Allerdings können nur wenige Patienten diesen Kategorien eindeutig zugeordnet werden (Hope, Holt & Heimberg, 1993).

Im DSM-III wurde, wie oben erwähnt, ein generalisierter Subtyp eingeführt, falls die Angst „fast alle Situationen betrifft“. Der komplementäre Subtyp wird in der Literatur als „nicht-generalisiert“, „spezifisch“ oder „diskret“ bezeichnet (Stangier & Fydrich, 2002). Unterschiede zwischen den beiden Subtypen bezüglich demographischer und klinischer Charakteristika werden in mehreren Studien nachgewiesen (z.B. Herbert, Hope & Bellack, 1992). So sind Personen mit einer generalisierten Sozialphobie z.B. seltener verheiratet und berichten von einem früheren Störungsbeginn (Mannuzza et al., 1995). In der Studie von Mannuzza und Kollegen gibt die Hälfte der Betroffenen mit generalisierter Sozialphobie an, dass ihre Probleme bereits vor dem Alter von zehn Jahren voll ausgeprägt waren, während bei Betroffenen mit nicht-generalisierter Sozialphobie ein Alter von über 15 geäußert wird. Zudem wird generalisierten Sozialphobikern ein größerer Schweregrad der Störung und eine deutlichere Beeinträchtigung in

verschiedenen Lebensbereichen zugeschrieben (z.B. Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer & Liebowitz, 1993). Bei dieser Subtypendifferenzierung stellt sich die Schwierigkeit, ab wie vielen Situationen das Kriterium „generalisiert“ zutrifft bzw. wie verschiedene Situationen überhaupt eindeutig voneinander abgegrenzt werden können. Andere Autoren schlagen daher statt eines quantitativen Merkmals eine Einteilung nach der Art der angstauslösenden Situation vor. Häufig trifft man auf die Unterscheidung zwischen Leistungs- und Interaktionssituationen (z.B. Mattick & Clarke, 1998). In Leistungssituationen werden Handlungen ausgeführt, die der Beobachtung und Bewertung durch andere wie z.B. beim öffentlichen Reden ausgesetzt sind. In Interaktionssituationen treten Personen direkt in Interaktion mit einer oder mehreren anderen Personen wie z.B. bei einer Unterhaltung. Während man bei dem ersten Situationstyp das Verhalten auch allein ausführen kann, gehört zur Gestaltung einer Situation aus der Kategorie der Interaktionssituationen ein Gegenüber dazu. Im Allgemeinen wird die Unterteilung nach dem DSM-IV beibehalten, da ein empirischer Vergleich der verschiedenen Klassifikationstypen keine verbesserten Gütekriterien erbrachte (Schneier et al., 1995). Ein aktueller Vorschlag besteht darin, Patienten mit isolierter Redeangst und geringerer Beeinträchtigung von anderen Sozialphobikern zu unterscheiden. (Eng, Heimberg, Coles, Schneier & Liebowitz, 2000; Kessler, Stein & Berglund, 1998).

Bei Jugendlichen wird in einer Studie die Übertragbarkeit der Unterteilung in einen generalisierten und einen spezifischen Subtyp untersucht (Hofmann et al., 1999). Von 33 sozial phobischen Jugendlichen trifft auf 15 die Diagnose einer generalisierten Sozialphobie und auf den Rest die einer spezifischen Sozialphobie zu. Analog zu den Ergebnissen bei Erwachsenen ist die generalisierte Sozialphobie mit einer ausgeprägteren Psychopathologie verbunden. Auch in der epidemiologischen Studie von Wittchen, Stein und Kessler (1999) können bei 38 Jugendlichen Parallelen zu der Klassifikation in generalisierten und spezifischen Subtyp im Erwachsenenalter hergestellt werden. Untersuchungen mit jüngeren Kindern stehen bislang noch aus.

An dieser Stelle sei auf das Konzept der Prüfungsangst bei Kindern und Jugendlichen hingewiesen. Suhr und Döpfner (2000) definieren diese als unangenehmen emotionalen Zustand, der von kognitiven, behavioralen und physiologischen Symptomen begleitet wird und im Zusammenhang mit Prüfungssituationen oder anderen bewertenden Situationen erlebt wird. Die Autoren schlagen vor, Prüfungsangst als Form der sozialen Angststörung einzuordnen (Albano et al., 1995a; vgl. Heckelman & Schneier, 1995;). Bei Beidel, Turner und Trager (1994) treffen allerdings nur auf unter 30% der Kinder mit Prüfungsangst in ihrer Studie die Diagnose soziale Phobie zu.

### *Subklinische soziale Ängste*

Soziale Ängste, die nicht das Vollbild der sozialen Angststörung erreichen, werden als subklinische soziale Ängste bezeichnet. Hierunter fallen z.B. Ängste von geringerer Ausprägung, die Vermeidungsverhalten und Leidensdruck mit sich ziehen, oder solche, die das Zeitkriterium noch nicht erfüllen („dauerhaft“ bzw. bei Kindern über sechs Monate). Betroffene mit einer anderen psychischen Auffälligkeit, wie z.B. Stottern, leiden häufig unter subklinischen sozialen Ängsten. Die Diagnose einer voll ausgeprägten sozialen Angststörung kann seit dem DSM-IV für diese Betroffenen nicht vergeben werden, da die Angst oder Vermeidung nicht auf die Besorgnis über die sozialen Auswirkungen durch eine andere psychische Störung wie z.B. Stottern begrenzt sein darf (Kriterium H). Dieses Kriterium ist nicht unkritisiert geblieben (z.B. Moutier & Stein, 1999).

Kriterium E operationalisiert im DSM-IV-TR das für das Zutreffen der Diagnose geforderte Ausmaß an Beeinträchtigung und zielt damit auf die Abgrenzung zu subklinischen sozialen Ängsten ab. Eine eindeutige Differenzierung ist damit allerdings nicht möglich, der Übergang zur klinisch auffälligen Störung verläuft eher fließend (Müller, 2002; Stangier & Fydrich, 2002). Einige Autoren weisen zudem auf die Neigung sozial ängstlicher Menschen hin, den Leidensdruck durch ihre Ängste realitätsunangemessen gering einzuschätzen (Davidson, Hughes, George & Blazer, 1993; Sareen & Stein, 2000). Bei Kindern muss bei der Diagnosestellung nicht gewährleistet sein, dass sie selbst ihre Ängste als übertrieben einschätzen. Genauso schwer ist für sie allerdings die Beurteilung der Beeinträchtigung durch die soziale Angst in verschiedenen Lebensbereichen, so dass die Differenzierung zwischen subklinischer und klinisch relevanter sozialer Angst insbesondere beim Selbsturteil der Kinder schwer zu bewerkstelligen ist. Festzuhalten bleibt, dass von einem quantitativen Kontinuum zwischen subklinischen und klinisch relevanten sozialen Ängsten ausgegangen wird (Stangier & Fydrich, 2002).

### *Differentialdiagnose*

Es gibt Überschneidungen, aber auch Unterschiede zwischen der sozialen Angststörung und anderen Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Bei der Störung mit *Trennungsangst* beispielsweise vermeiden betroffene Kinder ebenfalls soziale Situationen und zeigen ähnliche Angstsymptome wie sozial ängstliche Kinder. Für beide kann der Schulbesuch z.B. ein großes Problem darstellen. Im Vordergrund steht bei Trennungsängstlichen die Befürchtung, von einer Bezugsperson getrennt zu werden oder in einer ihrem Entwicklungsstand nicht angemessenen Weise die Anwesenheit einer Bezugsperson zu benötigen. Darüber hinaus sorgen sie sich darüber, dass sie durch ein Unglück, wie z.B. durch eine Entführung auf dem Schulweg, von

ihrer Bezugsperson getrennt werden könnten (APA, 2003). Bei einer ausgeprägten Schulverweigerung aus derartigen Gründen spricht man von einer *Schulphobie* (Remschmidt, 2000). Sozial ängstliche Kinder hingegen fürchten ihr eigenes Versagen und Demütigung durch andere. Sie fühlen sich in ängstigenden sozialen Situationen auch zuhause nicht wohl, wo trennungsängstliche Kinder in der Regel unauffällig sind. Seltener als Trennungsängstliche leiden sie unter Albträumen über Trennungen (Beidel & Turner, 1998; Petermann, Essau & Petermann, 2000).

Kinder und Jugendliche mit einer *generalisierten Angststörung* können ebenfalls Angst vor Bewertung haben. Im Gegensatz zu sozial Ängstlichen ist diese Angst aber nur ein Beispiel von mehreren verschiedenen Sorgenthemen aus dem Alltag der Kinder (z.B. Sorgen über Freundschaften, Familie, Zukunft). Situationen werden z.B. weniger gefürchtet, weil sie als sozial bedrohlich empfunden werden, sondern weil sie subjektiv andere Gefahren etwa in Bezug auf die eigene Gesundheit bedeuten (Stangier & Fydrich, 2002). Zudem treten die Ängste auch dann auf, wenn die Kinder nicht von anderen beobachtet und beurteilt werden. Charakteristisch für die generalisierte Angststörung sind ferner die Schwierigkeit, die sorgenvollen Gedanken zu stoppen und das Grübeln zu unterbrechen, sowie körperliche Anzeichen wie Ruhelosigkeit, Konzentrationsprobleme oder Schlafstörungen. Diese körperlichen Symptome sind für Kinder mit einer generalisierten Angststörung verglichen mit betroffenen Erwachsenen aber weniger kennzeichnend (Petermann, Essau & Petermann, 2000), so dass die Abgrenzung von sozialer Ängstlichkeit vor allem durch die Inhalte der Ängste vorgenommen werden kann. Albano und Kollegen (1995a) führen an, dass Kinder mit generalisierten Ängsten eine Bewertungssituation eher über sich ergehen lassen, während sozial ängstliche diese deutlicher zu vermeiden suchen. Schließlich werden in einer Studie von Beidel (1991) sozial phobische mit überängstlichen Kindern hinsichtlich verschiedener klinischer Variablen verglichen. Kinder mit einer sozialen Phobie zeichnen sich durch geringeres Selbstvertrauen in ihre kognitiven Kompetenzen, geringeren Ruhepuls und geringere Trait-Ängstlichkeitswerte im Vergleich zu den Überängstlichen aus.

Personen mit *spezifischer Phobie* erleben massive und übertriebene Angstreaktionen, wenn sie mit einem bestimmten Objekt oder einer klar umschriebenen Situation konfrontiert werden. Die Angst führt dabei zu starken Vermeidungs- oder Fluchtreaktionen und beeinträchtigt die Funktionstüchtigkeit im Alltag. Im Kindes- und Jugendalter treten z.B. häufig Tierphobien, Höhenangst, Angst vor Dunkelheit oder vor einem Zahnarztbesuch auf (Mattejat, 2002). Die Abgrenzung zur sozialen Angststörung erfolgt durch den angstauslösenden Stimulus, der bei einer spezifischen Phobie keine soziale Situation darstellen darf. Strauss und Last (1993) zeigen

bei einem Vergleich von Kindern mit einer sozialen oder einer spezifischen Phobie, dass beide Diagnosen durch soziodemographische und klinische Variablen valide voneinander abgegrenzt werden können. So weisen die sozial phobischen Kinder einen späteren Störungsbeginn, ein höheres Maß an Ängstlichkeit, Einsamkeit und Depression sowie eine höhere Wahrscheinlichkeit für komorbide Angststörungen auf.

Auch bei Personen mit *Panikstörung und Agoraphobie* können soziale Situationen aus Angst, während einer Panikattacke beobachtet zu werden, gefürchtet und vermieden werden (APA, 2003). Die Panikattacken sind aber anders als bei einer sozialen Phobie nicht nur auf soziale Situationen beschränkt, sondern treten typischerweise in Situationen auf, in denen eine Flucht oder die Erreichbarkeit von Hilfe schwierig wäre. Oft wird die Angst durch die Wahrnehmung körperlicher Reaktionen ausgelöst, die für Panikpatienten lebensbedrohlichen Charakter haben. Während Personen mit einer sozialen Angststörung in der Regel keine Angstsymptome erleben, wenn sie allein sind, ist eine solche Situation für Panikpatienten meist sehr bedrohlich.

Ein geringeres Ausmaß an sozialer Aktivität ist auch bei Kindern und Jugendlichen mit *depressiver Problematik* zu finden. Im Vergleich zu sozial ängstlichen Kindern steht dahinter bei depressiven Kindern allerdings weniger die Angst vor Bewertung als vielmehr ihre Antriebslosigkeit und dysphorische Stimmung (Beidel & Turner, 1998). Zudem haben sie weitgehend das Interesse an sozialen Aktivitäten verloren, wohingegen sozial ängstliche Kinder und Jugendliche ein ausgeprägtes Bedürfnis nach sozialen Kontakten zeigen. Dysfunktionale Kognitionen wie z.B. Misserfolgserwartungen sind dagegen für beide Gruppen charakteristisch. Wegen der starken Überschneidung zwischen den Diagnosen Depression und Angststörung wird ähnlich wie bei Erwachsenen auch bei Kindern und Jugendlichen ein übergeordnetes Konstrukt mit der Bezeichnung „negative Affektivität“ angenommen (Chorpita, Plummer & Moffitt, 2000; Cole, Truglio & Peeke, 1997; Joiner, Catanzaro & Laurent, 1996). Ursprünglich von Clark und Watson (1991) als „Tripartite theory“ bezeichnet wird in dieser Theorie davon ausgegangen, dass sich bei Betroffenen mit einer Angst- oder depressiven Störung zum einen generelle Stresssymptome als Zeichen der negativen Affektivität und zum anderen jeweils spezifische Symptome für die jeweilige Störung finden lassen. Inderbitzen und Hope (1995) gaben zur Überprüfung des Modells über 400 Schülern und Schülerinnen Fragebögen zur Erfassung ihrer allgemeinen und sozialen Angst sowie ihrer Depressivität. Die Ergebnisse bestätigen das Modell durch den gefundenen höheren Zusammenhang zwischen den depressiven und den allgemeinen Angstsymptomen (50% gemeinsame Varianz) im Vergleich zur Überschneidung zwischen den depressiven und den sozialen Angstsymptomen (16% gemeinsame Varianz). Auch der Extremgruppenvergleich bestätigt, dass sich depressive Symptome deutlicher von sozialen als

von allgemeinen Angstsymptomen unterscheiden lassen. Diese Studien machen deutlich, dass trotz bestehender Ähnlichkeit eine Differenzierung in (soziale) Angststörung und Depression sinnvoll ist.

Bei anderen psychischen Störungen bei Kindern stehen soziale Kontaktprobleme im Vordergrund. Unter der Kategorie „Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ wird im ICD-10 z.B. die *reaktive Bindungsstörung des Kindesalters* aufgeführt (F94.2; WHO, 1993). Betroffene Kinder zeigen vor ihrem fünften Lebensjahr anhaltende Auffälligkeiten in sozialen Beziehungen, die gekennzeichnet sind durch stark ambivalente Reaktionen. Sie reagieren z.B. auf Zuspruch von Bezugspersonen mit einer Mischung aus Vermeidung und Annäherung, zeigen Interesse an Interaktionen mit Gleichaltrigen, sind gleichzeitig aber nicht in der Lage, sich ohne negative emotionale Reaktionen auf soziales Spiel einzulassen. Die Kinder erleben Gefühle von Apathie, Unglücklichsein oder Furchtsamkeit. Diese Störung tritt dem ICD-10 zufolge nahezu immer bei grob unangemessener Kinderbetreuung (Vernachlässigung, Misshandlung) auf und „bildet sich in einer normal förderlichen Umgebung zum größten Teil zurück“ (WHO, 1993, S. 294). Auch wenn Angst und Vermeidung hierbei eine große Rolle spielen, ist für diese Störung die früh erworbene Beziehungs- bzw. Bindungsstörung charakteristisch. Dies ist bei sozial ängstlichen Kindern nicht zwingend erforderlich (siehe 1.1.7). Zudem sind die zentralen Symptome bei der reaktiven Bindungsstörung früher voll ausgebildet.

In der gleichen Kategorie wie die reaktive Bindungsstörung wird im ICD-10 der „*elektive Mutismus*“ klassifiziert (DSM-IV: „selektiver Mutismus“). Hierunter wird die Weigerung verstanden, trotz vorhandenen Sprachvermögens in bestimmten sozialen Situationen zu sprechen (Black & Uhde, 1992). Dies tritt z.B. in der Gegenwart Fremder oder unmittelbar nach der Einschulung in schulischen Situationen auf und kann sich legen, wenn die Kinder vertrauter mit der Situation sind (Melfsen, 2002). Von einigen Autoren wird vorgeschlagen, diese Störung als Subtyp der sozialen Angststörung mit extremer Ausprägung einzuordnen (Bernstein, Borchardt & Perwien, 1996; Black & Uhde, 1995). Black und Uhde (1995) untersuchen z.B. 20 Kinder mit elektivem Mutismus und diagnostizieren bei 19 Kindern aufgrund von Elterninterviews eine soziale Angststörung. Eltern und Lehrer schreiben den Kindern ferner hohe Angstausprägungen, insbesondere in sozialen Situationen, aber keine deutlichen anderen psychopathologischen Auffälligkeiten zu. Ebenso treffen in einer anderen Studie die Kriterien der sozialen Angststörung auf alle 50 der untersuchten mutistischen Kinder zu (Dummit et al., 1997). Beidel und Turner (1998) erwähnen dagegen ihren klinischen Eindruck, dem zufolge mutistische Kinder im Gegensatz zu sozial ängstlichen Kindern auch gegenüber Fremden oppositionelles Verhalten an

den Tag legen. Zusammen mit ihrer Beobachtung, dass Eltern mutistischer Kinder häufig deren problematisches Verhalten mit unangemessenen Erziehungsstrategien aufrecht erhalten, schlagen sie daher trotz aller Ähnlichkeit in der Manifestation eine qualitativ andere Behandlung für mutistische Kinder vor.

Die „American Psychiatric Association“ (APA, 2003) grenzt schließlich *tiefgreifende Entwicklungsstörungen* von der sozialen Angststörung durch den Mangel an Interesse am Kontakt mit anderen Menschen und durch defizitäre soziale Fähigkeiten ab. Albano und Kollegen (1995a) erwähnen außerdem als Differenzierungskriterium das Vorliegen stereotyper Verhaltensweisen oder außergewöhnlicher verbaler Perseverationen bei tiefgreifenden Entwicklungsstörungen.

Auch Kinder und Jugendliche mit *externalisierenden Störungen*, wie z.B. Hyperaktivität, leiden häufig unter Angstsymptomen. Gemäß den Ergebnissen einer Meta-Analyse von Angold, Costello und Erkanli (1999) weisen jeweils knapp 20% der Kinder mit hyperkinetischen oder dissozialen Störungen eine komorbide Angststörung auf. Durch ihr impulsives Handeln und Defizite im Sozialverhalten rufen hyperaktive Kinder oft Zurückweisung ihrer Umgebung hervor. Als Folge erleben sie soziale Situationen häufig als belastend und fürchten die Ablehnung durch andere. Diese Angst vor Ablehnung entspricht aber in der Regel eher der Wirklichkeit, während die Furcht bei sozial ängstlichen Kindern häufig übertriebene und unangemessene Ausmaße annimmt (Beidel & Turner, 1998). Wie im Abschnitt 1.1.7 erläutert wird, können intensive Ablehnungserfahrungen aber auch zur Ausbildung von sozialen Ängsten führen. Einen weiteren Überschneidungsbereich zwischen sozialen Ängsten und externalisierenden Störungen stellt die Manifestation der sozialen Angst auf der Verhaltensebene in Form von motorischer Unruhe oder oppositionellen Verhaltens dar. Eine genaue Analyse der auslösenden Situationen für solche Verhaltensweisen ermöglicht eine Differenzierung zwischen beiden Störungen. So tritt die motorische Unruhe bei hyperaktiven oder aufmerksamkeitsgestörten Kindern nicht nur in ängstigenden Situationen, sondern als übergreifendes Verhaltensmuster auf.

Im Erwachsenenalter wird im Zusammenhang mit der Diagnose einer sozialen Angststörung häufig auf die differentialdiagnostische Abklärung von Persönlichkeitsstörungen, insbesondere der *selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung*, hingewiesen (Heckelman & Schneier, 1995; Heidenreich & Stangier, 2002; Pfingsten, 2000; Stangier & Fydrich, 2002). Selbstunsichere Personen vermeiden aus Angst vor Kritik oder Ablehnung soziale und berufliche Aktivitäten, die zwischenmenschliche Kontakte voraussetzen, und fühlen sich meist unbeholfen und minderwertig im Vergleich zu ihren Mitmenschen (F60.6; WHO, 1993). Auch wenn die

Diagnose erst im Erwachsenenalter nach Ausreifung der Persönlichkeit gestellt wird, sind die Charakteristika der Störung in der Regel bereits im Kindes- oder Jugendalter zu erkennen. Vor der Einführung des generalisierten Subtyps der sozialen Angststörung galt das stärkere Ausmaß an Generalisierung der sozialen Angst und die Akzentuierung des negativen Selbstwertgefühls als Unterscheidungskriterium zwischen der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung und der sozialen Phobie (Stangier & Fydrich, 2002). Seit dem DSM-IV können beide Diagnosen gleichzeitig gestellt werden. Da sich in Studien starke Überschneidungen insbesondere zwischen dem generalisierten Subtyp und der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung ergeben haben, wird die Unterscheidung in zwei verschiedene Störungsbilder kritisch betrachtet (Boone et al., 1999; Hofmann, Newman, Ehlers & Roth, 1995; Reich, 2001).

Soziale Angst und Vermeidung treten im Rahmen *weiterer psychischer Störungen* z.B. bei der körperdysmorphen Störung oder bei Essstörungen auf. Geschieht dies ausschließlich im Verlauf der anderen Störung, so wird die Diagnose der sozialen Angststörung nicht zusätzlich vergeben. Nicht zuletzt muss bei der Diagnosestellung wegen der körperlichen Symptome auch eine *organische Differentialdiagnose* erfolgen (Margraf, 2000; Strian, 1995). Auch wenn das Vorliegen einer Angststörung nicht das gleichzeitige Vorliegen einer körperlichen Störung ausschließt, so dürfen die Angstsymptome nicht besser durch eine körperliche Ursache erklärt werden. Angstsymptome können unter Umständen zurückgehen auf endokrinologische Faktoren, wie z.B. Schilddrüsenfunktionsstörungen oder Hypoglykämie, auf kardiovaskuläre Erkrankungen, Atemwegs- oder Stoffwechselerkrankungen, wie z.B. Vitaminmangel, oder auf neurologische Krankheitsfaktoren, wie z.B. Enzephalitis oder Parkinson. Zudem muss für die Diagnose einer primären Angststörung ausgeschlossen sein, dass die körperlichen Angst-anzeichen durch Nebenwirkungen von Medikamenten oder durch psychotrope Substanzen entstanden sind.

#### 1.1.4 Persönlichkeitspsychologische Perspektive

##### *Begriff der Schüchternheit*

Mit dem Konzept sozialen Unbehagens ist im persönlichkeitspsychologischen Kontext der Begriff der Schüchternheit verbunden. Während dieser in der Alltagssprache häufig verwendet wird, bleibt seine Definition und Abgrenzung von anderen Konzepten ungenau. Leary (1986) stößt in der Literatur auf mindestens 14 Definitionen mit Akzentuierung unterschiedlicher Aspekte des Konstrukts. Lépine und Simon (1998) bemerken dazu, dass „Schüchternheit jedem Versuch einer Kategorisierung zu widerstehen scheint“ (S. 52). Aufgrund der mangelnden Begriffsklarheit wurden daher in Studien zu Schüchternheit häufig die Laienkonzepte der Versuchspersonen verwendet (Heckelman & Schneier, 1995; Zimbardo, 1978).

Historisch gesehen wagte Darwin 1872 als Erster eine Definition, indem er zum einen eine Überempfindlichkeit hinsichtlich der Meinung anderer und zum anderen die Anwesenheit nicht vertrauter Personen als Bedingungen für das Auftreten schüchternen Verhaltens formulierte (vgl. Lépine & Simon, 1998). Ähnlich betonte der französische Psychiater Hartenberg (1921) als Auslöser für Schüchternheit die „Gegenwart eines menschlichen Wesens“ und zählte typische soziale Situationen wie „sich Menschen zeigen, mit ihnen sprechen, sich vor ihren Augen aufzuhalten, sie anschauen und Antwort erhalten“ auf. Weisen Betroffene eine „gewisse Regung“ in solchen Situationen auf, reagieren sie nach Hartenberg mit somatischen Symptomen wie Herzklopfen, Zittern oder kaltem Schweiß und empfinden Gefühle von „Schande, Verwirrung, Scham, Gewissensbisse oder Rotwerden“ (vgl. Lépine & Simon, 1998, S. 48). Neben diesem spontan auftretenden Zustand von Schüchternheit wies Hartenberg zudem auf Einflüsse bestimmter Persönlichkeitsprofile im Sinne einer Prädisposition zur Schüchternheit hin.

Aktuelle Theorien zur Schüchternheit definieren diese auf ähnliche Weise z.B. als Überempfindlichkeit gegenüber Ansichten anderer mit überhöhter Selbstbezogenheit (Lépine & Simon, 1998). Asendorpf (1998, 2002) beschreibt Schüchternheit als soziale Gehemmtheit, der ein Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt zugrunde liegt. Schüchterne Personen nehmen nach diesem Konzept gerne Kontakt zu anderen auf, verspüren aber gleichzeitig eine stark ausgeprägte Hemmung, sich anderen tatsächlich anzunähern. Der Autor versteht Schüchternheit dabei als einen Pol einer graduell abgestuften Dimension des Sozialverhaltens mit dem Gegenpol der Distanzlosigkeit als Fehlen jeglicher Hemmung in der Interaktion. Mit Hilfe seiner motivationspsychologischen Sichtweise grenzt Asendorpf Schüchternheit ferner von Desinteresse oder Ungeselligkeit ab, bei denen sowohl eine geringe Annäherungs- als auch eine geringe Vermeidungstendenz vorliegt. So interessieren sich manche Kinder im Kindergartenalter

mehr für ihr Spielzeug als für Gleichaltrige, ohne dabei Probleme zu haben. Auch im Grundschulalter lässt sich Schüchternheit von Ungeselligkeit trennen (Asendorpf & Meier, 1993). Nicht zuletzt sei auf die Abgrenzung der Schüchternheit von dem Konzept der sozialen Isolation verwiesen, das dadurch charakterisiert ist, dass sich andere von dem Betroffenen, z.B. aufgrund von dessen Andersartigkeit, abwenden (Rubin & Asendorpf, 1993).

### *Manifestation von Schüchternheit*

Bei der Beschreibung schüchternen Verhaltens muss zwischen einer schüchternen Disposition und dem vorübergehenden Zustand der Schüchternheit unterschieden werden (Asendorpf, 1989a). Ein *schüchterner Zustand* wird durch soziale Situationen, z.B. durch die Konfrontation mit Fremden, mit Autoritätspersonen oder mit großen Gruppen ausgelöst. Schüchterne Personen reagieren umso gehemmter, je unbekannter die Anwesenden sind und je stärker sich die Betroffenen von ihnen bewertet fühlen (Asendorpf, 1998). Im Erleben zeigen sich gemischte Gefühle, wie z.B. Angst bezüglich der aktuellen oder zukünftigen Interaktion, aber auch gleichzeitig Interesse an Kontaktaufnahme. Ein verhaltensgehemmtes Kind möchte gerne auf andere zuzugehen, setzt aber entsprechende Verhaltensweisen nicht oder nur ansatzweise um. Typisch sind kleine Versuche der Annäherung, wie z.B. andere aus sicherer Entfernung beobachten, sich neben einer Gruppe von Gleichaltrigen aufzuhalten oder parallel ohne direkte Interaktion neben anderen Kindern zu spielen. In der LOGIK-Studie<sup>3</sup>, in der u.a. die Kontakt- aufnahme zu fremden Personen in einer Verhaltensbeobachtung untersucht wird, sind Beschreibungen schüchternen Verhaltens bei Kindergartenkindern zu finden. Das Vorliegen von Schüchternheit beim Spiel der Kinder gilt hier z.B. als bestätigt, wenn ein Kind sich räumlich einem möglichen Spielpartner nähert, kurz vorher stoppt und mindestens drei Sekunden lang zuschaut ohne zu sprechen. Beim Kontakt mit Erwachsenen gilt die Latenzzeit bis zur ersten Kontaktaufnahme als Indiz für schüchternes Verhalten (Asendorpf, 1990, 1998). In der klassischen Forschung von Pilkonis (1977) zeichnen sich schüchterne Studierende in sozialen Interaktionssituationen im Vergleich zu Kontrollpersonen durch seltenere Wortbeiträge, längere Pausen und Latenzzeiten bis zur ersten Äußerung aus.

*Schüchternheit als Disposition* wird anders als der bloße Zustand erlebt. Asendorpf (1985) lässt Studierende ihre typischen Reaktionen in verschiedenen sozialen Situationen berichten und zeigt, dass das Ausmaß an positiven Gefühlen mit dem Ausmaß des schüchternen Zustands zunimmt, während Schüchternheit als Eigenschaftsmerkmal mit keinen positiven Emotionen verbunden ist.

<sup>3</sup> Longitudinalstudie zur Genese individueller Kompetenzen (Weinert, 1998)

Im Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit ist Schüchternheit mittelhoch positiv mit Neurotizismus und mittelhoch negativ mit Extraversion korreliert. Ferner wird eine erhöhte Aufmerksamkeit auf den Eindruck beschrieben, den man bei anderen von sich selbst hinterlässt, sowie eine Unterschätzung der eigenen sozialen Kompetenzen und internal stabile Attributionsmuster bei der Zuschreibung sozialer Missgeschicke (Asendorpf, 1989b). In einer aktuellen Studie (Scarpelli-Dwyer, 2001) wird auf auffällige Reaktionen von schüchternen Kindern auf den Ausdruck von Emotionen bei anderen hingewiesen. Insbesondere bei negativen Emotionen geraten schüchterne Kinder in stärkere Erregung, erleben stärkere Belastung als nicht schüchterne Kinder und ziehen sich bei der Konfrontation mit belastenden Ereignissen zurück. Zudem zeichnen sich die schüchternen Kinder durch ein geringeres emotionales Verständnis aus. Schmidt, Fox, Schulkin und Gold (1999) untersuchen die Reaktionen siebenjähriger Kinder in sozialen Bewertungssituationen, wobei schüchterne Kinder einen stärkeren Anstieg in psychophysiologischen Parametern, wie z.B. im Herzschlag, als nicht schüchterne Kinder zeigen. In Bezug auf die Gestaltung von Kontakten zu anderen wird berichtet, dass schüchterne Kinder eher andere Kinder beobachten, weniger mit ihnen sprechen und sie von sich wegstoßen (Broberg, Lamb & Hwang, 1990; Hinde, Stevenson-Hinde & Tamplin, 1985).

### *Schüchternheit als Temperamentseigenschaft*

Schüchternheit wird häufig dem Temperament als Teil der Persönlichkeit zugeordnet (Asendorpf, 2002; Bruch & Cheek, 1995; Lépine & Simon, 1998; Stangier & Fydrich, 2002; Turner, Beidel & Townsley, 1990). Für eine solche Klassifikation müssen zwei Bedingungen erfüllt sein (Buss & Plomin, 1984): Erstens muss eine genetische Veranlagung gegeben sein, zweitens muss das Merkmal bereits in früher Kindheit erkennbar sein. Plomin und Daniels (1986) erbringen nach Durchsicht mehrerer Zwillings-, Familien- und Adoptivstudien Belege für die Erblichkeit von Schüchternheit mit Erblichkeitsraten zwischen 40 und 60%. In der erwähnten Längsschnittstudie im Rahmen des LOGIK-Projekts (Asendorpf, 1998) werden 99 Kinder im Alter von vier, fünf, sechs, sieben, neun und elf Jahren hinsichtlich ihrer Gehemmtheit gegenüber fremden Erwachsenen und Kindern in einer Laborsituation beobachtet, und das Elternurteil hinsichtlich ihrer Schüchternheit erhoben. Schüchternheit ist in allen Altersstufen zu beobachten. Die Korrelationen zwischen den verschiedenen Zeitpunkten fallen mittel bis hoch aus und nehmen mit zunehmendem Alter ab. Sie bleiben aber auch nach acht Jahren noch bedeutsam. Somit erreicht das Konzept der Schüchternheit eine Stabilität, die vergleichbar ist mit Konstrukten wie Aggressivität oder Intelligenz. Gleichzeitig ist sie aber noch niedrig genug, um Persönlichkeitsveränderungen nicht auszuschließen. Einige Autoren merken allerdings an,

dass diese Stabilität nur für Kinder mit extrem hohen Ausprägungen gilt (z.B. Sanson, Pedlow, Cann, Prior & Oberklaid, 1996).

In diesem Zusammenhang sei auf das Konzept der Verhaltenshemmung („behavioral inhibition“) von Kagan und Mitarbeitern verwiesen (Kagan, Reznick & Snidman, 1988). Bei etwa 10 – 15% einer Altersgruppe ab acht Monaten zeigt sich eine starke Gehemmtheit gegenüber neuartigen, unbekannten Situationen. Sie äußert sich durch Weinen und die Suche nach der Bezugsperson und schlägt sich in physiologischen Reaktionen, wie z.B. verstärkter Muskelspannung und erhöhten Noradrenalin- und Kortisolwerten, nieder (Kagan, Reznick & Snidman, 1990). Längsschnittstudien bis ins Alter von 7.5 Jahren weisen die Stabilität dieses Merkmals nach (Garcia-Coll, Kagan & Reznick, 1984; Kagan, Reznick, Clarke, Snidman & Garcia-Coll, 1984; Reznick et al., 1986). Auch dieses Merkmal wird daher als relativ erfahrungsunabhängiges Temperamentsmerkmal eingestuft, wobei bisher keine spezifischen Gene identifiziert wurden (Smoller et al., 2001). Die Verhaltenshemmung weist Ähnlichkeiten mit dem Temperamentsmerkmal Schüchternheit auf, stellt insgesamt aber ein breiteres Konzept als das der Schüchternheit dar, da es sich auch auf nicht soziale Situationen erstreckt.

### *Umwelteinflüsse auf Schüchternheit*

Verschiedene Befunde zeigen, dass das Temperament als alleinige Erklärung für inter-individuelle Schüchternheitsunterschiede nicht ausreicht. In seiner Längsschnittstudie beobachtet Asendorpf (1998) z.B., dass bei manchen Kindern das gehemmte Kontaktverhalten im Verlauf der drei Kindergartenjahre nicht abnimmt, obwohl die Umgebung den Kindern mit der Zeit vertraut geworden ist. Befragungen von Erwachsenen ergeben, dass diese Kinder zusätzlich Bewertungsangst aufgebaut haben. Eine weitere Beobachtung in der Laborsituation bestätigt diese Vermutung: Die Arbeitsgruppe setzt beobachtete Ablehnungserfahrungen der Kinder in Beziehung zur beobachteten Schüchternheit. Im ersten Kindergartenjahr gibt es keinen Zusammenhang, wohl aber im zweiten und dritten Jahr. Zudem lässt sich die Schüchternheit im zweiten bzw. dritten Jahr durch die Ablehnung im ersten bzw. zweiten Jahr vorhersagen, während dies in umgekehrter Richtung nicht gelingt. Ablehnungserfahrungen der Kinder können also zur Verstärkung der Schüchternheit führen. Aufgrund dieser Beobachtung entwickelte Asendorpf seine Zwei-Faktoren-Theorie (Asendorpf, 1989a): Schüchternheit beruht demnach zum einen auf einem Temperamentsmerkmal, zum anderen auf sozialen Ablehnungserfahrungen. Die beiden Faktoren können sich wechselseitig beeinflussen, z.B. erhöht ein stark ausgeprägtes Verhaltenshemmungssystem die Sensitivität gegenüber sozialer Ablehnung (Asendorpf, 1999). Beide Faktoren können aber auch unabhängig voneinander ausgeprägt sein. So können

verhaltensgehemmte Kinder durch positive soziale Erfahrungen in der Kindergruppe unauffällig, in der Gegenwart Fremder aber schüchtern auftreten. Ebenso können Kinder gegenüber Fremden aufgeschlossen, in der Kindergruppe aufgrund schlechter Erfahrungen aber stark gehemmt sein. Umwelteinflüsse auf Schüchternheit sind auch aus früheren Studien bekannt. Plomin und Daniels (1986) berichten z.B. von Einflüssen hoher Kohäsion und ausgeprägtem emotionalen Ausdruck in Familien, die gleichzeitig durch wenig Konflikte und durch intellektuelle Förderung ihrer Kinder gekennzeichnet sind. Eltern solcher Familien schätzen ihre Kinder im Alter von ein bis zwei Jahren als weniger schüchtern ein. In einer prospektiven Studie über zwei Jahre wird der Einfluss von Erziehung auf die Ausprägung von Schüchternheit untersucht (Mills & Rubin, 1993). Bei der Beobachtung von Mutter-Kind-Interaktionen fallen die Mütter schüchterner Kinder durch direktiveres Verhalten bei der Vermittlung sozialer Fertigkeiten auf. Zudem reagieren sie ärgerlicher und enttäuschter auf ungeschicktes Verhalten ihrer Kinder und schreiben ein solches Verhalten eher Eigenschaften der Kinder als alters- oder stimmungsabhängigen Variablen zu.

Auch wenn diese Ergebnisse repliziert werden müssen, und die Wirkungsrichtung der erwähnten Variablen nicht eindeutig ist (Bruch & Cheek, 1995), kann Schüchternheit gemäß diesen Befunden als Temperamentsmerkmal unter dem Einfluss von Umweltaspekten eingeordnet werden.

### *Zusammenhang zwischen Schüchternheit und sozialer Angst*

Wie bereits angemerkt wurde, wird sowohl bei Ausführungen zur Schüchternheit der Begriff der sozialen Angst als auch schüchternes Verhalten bei Überlegungen zur sozialen Angst erwähnt. Zum Zusammenhang zwischen beiden Konstrukten gibt es mehrere Vermutungen. So wird Schüchternheit z.B. als subklinische Form der sozialen Angststörung betrachtet und ein quantitativer Unterschied postuliert (Lépine & Simon, 1998; Melfsen, 2002; Rapee, 1995). Andere vermuten, dass die generalisierte Form der sozialen Angststörung eine extreme Form der Schüchternheit darstellt (Marshall & Lipsett, 1994). Analog dazu betrachten Henderson und Zimbardo (1998) Schüchternheit als ein Kontinuum von milder sozialer Unbeholfenheit bis hin zu stark beeinträchtigender sozialer Phobie. Rapee (1998) drückt durch seine Formulierung die Annahme eines gleichen zugrunde liegenden Konstrukt aus: „Many words and terms have been used to describe shyness, including social phobia, social anxiety, avoidant personality disorder...they all refer basically to the same thing“ (S. 11). Beidel und Turner (1998) nennen soziale Zurückhaltung als mögliches zugrunde liegendes Konstrukt. Aber auch die gegensätzliche Vermutung von zwei komplett unabhängigen Konzepten wird ausgesprochen

(Carducci, 1999). Schließlich existiert noch die Annahme, dass das Konzept der Schüchternheit sehr heterogen ist, z.T. Überschneidungen mit der sozialen Angststörung besitzt, z.T. aber qualitativ andere Aspekte aufweist (Heckelman & Schneier, 1995).

Turner, Beidel und Townsley (1990) widmen sich in einem Überblicksartikel der Frage nach empirischen Zusammenhängen zwischen beiden Konstrukten. Zunächst fällt bei ihrer Durchsicht von Studien aus den 80er-Jahren die geringere Befundlage zur Schüchternheit im Vergleich zur sozialen Angststörung auf. Dennoch finden sie Ähnlichkeiten zwischen beiden Konzepten hinsichtlich kognitiver und körperlicher Anzeichen. Die Vermeidung von sozialen Situationen spielt ihrer Ansicht nach bei schüchternen Personen eine geringere Rolle. Zudem nehmen sie bei ihnen eine geringere Beeinträchtigung an und betrachten den Zustand der Schüchternheit im Gegensatz zur sozialen Angststörung als vorübergehend. Ob letztere nun eine Extremform der Schüchternheit oder qualitativ ein anderes Konstrukt darstellt, bleibt dennoch offen. Die Autoren führen dieses Dilemma auf die Heterogenität des Konstrukts Schüchternheit zurück und fordern eine weitere Klärung der verschiedenen vorgeschlagenen Subtypen von Schüchternheit (Buss, 1980, 1986; Leary, 1986; Zimbardo, 1978).

Eine aktuelle Studie von Heiser, Turner und Beidel (2003) hat einen direkten Vergleich zwischen Schüchternheit und sozialer Angststörung zum Gegenstand. Mit Hilfe von Fragebögen und Interviews werden klinische und Persönlichkeitsmerkmale von 200 Studierenden erfasst. Die Autoren verwerfen anhand der Ergebnisse zum einen die Hypothese, dass es sich um zwei gänzlich unterschiedliche Konstrukte handelt. Denn schüchterne Personen erfüllen mit deutlich höherer Wahrscheinlichkeit die Kriterien der sozialen Angststörung als nicht schüchterne und übertreffen entsprechende Prävalenzangaben in der Allgemeinbevölkerung. Da aber trotzdem etwa 80% der schüchternen Versuchsteilnehmer die Kriterien der Angststörung nicht erfüllen, wird auch ausgeschlossen, dass beide Konzepte das Gleiche darstellen. Die gemeinsame Varianz zwischen beiden Konstrukten wird ferner nur zu etwa 20% durch die Schwere der Schüchternheit erklärt, so dass die Autoren auch die Annahme ablehnen, wonach die soziale Angststörung eine extreme Form der Schüchternheit darstellt. Zudem werden 15% der sozial ängstlichen Personen nicht als schüchtern eingestuft. Heiser und ihre Kollegen schließen sich letztendlich der Vermutung von Heckelman und Schneier (1995) an, dass es sich bei Schüchternheit um ein breites Konzept handelt, das nur zum Teil Überschneidungen mit der sozialen Angststörung aufweist. Eine klare Abgrenzung zwischen den beiden Konstrukten ist bisher allerdings nicht möglich, so dass das Zitat von Heckelman und Schneier weiterhin Gültigkeit besitzt: „...it is unclear where shyness ends and social phobia begins“ (S. 10). Ebenso fehlen Studien zur

Klärung des direkten Zusammenhangs zwischen beiden Konzepten bei Kindern und Jugendlichen.

Einem weiteren Ergebnis der Studie von Heiser und Mitarbeitern gemäß stellt Schüchternheit ein erhöhtes Risiko für weitere psychische Schwierigkeiten außer der sozialen Angststörung dar. Zumindest existiert damit ein erster Hinweis auf eine mögliche Unterschätzung der psychischen Beeinträchtigungen durch Schüchternheit. Heiser und Mitarbeiter finden zudem Hinweise auf eine spezifische Beziehung zwischen der sozialen Angststörung und dem Konzept der Introversion, das in diesem Zusammenhang bisher wenig Beachtung gefunden hat.

### 1.1.5 Entwicklungspsychologische Perspektive

Bei der Betrachtung von Ängsten im Kindes- und Jugendalter soll nicht außer Acht gelassen werden, dass diese weit verbreitet sind und ein normales Phänomen der kindlichen Entwicklung darstellen. Wie auch bei Erwachsenen dienen Ängste der Sicherheit eines Individuums und beugen Verletzung oder Schädigung vor (Schneider, Florin & Fiegenbaum, 1993). Die typischen Inhalte kindlicher Ängste verändern sich im Zuge der kognitiven Entwicklung und treten häufig im Zusammenhang mit bestimmten Entwicklungsaufgaben der jeweiligen Altersgruppe auf (Mattejat, 2002; Miller, 1983; Stine, 1997), wie im Folgenden erläutert wird.

Die Angst vor Fremden tritt z.B. in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahrs auf, wenn das Kind im Zuge der motorischen Entwicklung anfängt, sich von der Bezugsperson und damit aus seiner primären Sicherheitszone fortzubewegen. Die Angst legt sich in der Regel, sobald das Kind mit fortgeschrittenen kognitiver Entwicklung in der Lage ist, zwischen bedrohlichen und sicheren Personen zu unterscheiden (Berk, 2000). Mit der Ausbildung eines bildlichen und lebendigen Vorstellungsvermögens tauchen bei Kleinkindern Ängste vor Dunkelheit, Monstern oder Geistern auf, da die Kinder noch nicht zwischen ihrer Phantasie und der Realität differenzieren können. Mit Eintritt in die Schule sind die Kinder schließlich mit neuen sozialen Aufgaben, wie z.B. dem Antworten auf Fragen vor der Klasse oder dem Vergleich mit Gleichaltrigen, konfrontiert. Zudem müssen Kinder zunehmend eigenständig neue Kontakte initiieren, während dies vormals oft von den Eltern übernommen wurde (Velting & Albano, 2001). Entsprechend treten Ängste vor Versagen oder Zurückweisung durch die Peers auf. Diese Ängste haben die Funktion, für die neuen Sozialisationsaufgaben zu sensibilisieren und auf eine gelungene Anpassung hinzuwirken. Wenn Kinder schließlich zunehmend mit Ereignissen der Realität wie Krankheit oder Tod konfrontiert werden, kommen Ängste um die Gesundheit oder vor medizinischen Eingriffen hinzu. Die Medien vermitteln den Kindern ferner viele Informationen über weltweite Zusammenhänge, wodurch Ängste vor Terror oder Krieg geschürt werden. Im Jugendalter gewinnt die Peergruppe neben den elterlichen Bezugspersonen weiter an Bedeutung, so dass Ablehnung durch andere zunehmend gefürchtet wird.

Studien über typische Sorgen im Kindes- und Jugendalter stützen die Beobachtung, dass sich die Inhalte von Ängsten mit dem Alter verändern (Bell-Dolan, Last & Strauss, 1990; Bögels & Zigterman, 2000; Vasey, 1993; Vasey, Crnic & Charter, 1994). Vasey und Kollegen (1994) untersuchen z.B. fünf- bis zwölfjährige Kinder und weisen Sorgen für jede Altersstufe nach. Während sich die Fünf- und Sechsjährigen um ihr physisches Wohlbefinden sorgen (z.B. über Verletzung oder Entführung), machen sich die Acht- bis Neunjährigen Gedanken über eigene

Handlungskompetenzen. Die Elf- bis Zwölfjährigen schließlich bestätigen ähnliche Gedanken wie die Acht- und Neunjährigen, bei ihnen kommen aber Sorgen um eine mögliche Abwertung der eigenen Person durch andere und Sorgen um ihr psychisches Wohlbefinden hinzu. Die Studie zeigt zudem einen Zusammenhang zwischen dem Entwicklungsstand des Selbstkonzepts der Kinder und den Inhalten ihrer Sorgen: Ist das Selbstkonzept noch verhältnismäßig einfach strukturiert, dominieren Sorgen um physisches Wohlbefinden, dagegen nehmen Sorgen um soziale Bewertung bzw. um psychisches Wohlbefinden mit Ausreifung des Selbstkonzepts zu.

Im Folgenden wird genauer auf die kognitiven Voraussetzungen für das Auftreten sozialer Angst eingegangen. Wie auch beim Auftreten anderer Ängste und Sorgen ist zunächst die Fähigkeit relevant, negative Konsequenzen in bestimmten Situationen, wie z.B. eine mögliche negative Bewertung durch andere, zu antizipieren. Eine vage Empfindung von bevorstehender Bedrohung ist bereits in früher Kindheit existent, aber erst ab dem Alter von ungefähr acht Jahren sind Kinder in der Lage, differenzierte Schlussfolgerungen über bevorstehende mögliche Bedrohungen zu treffen (Bennett & Gillingham, 1991; Crozier & Burnham, 1990; Vasey, 1993; Velting & Albano, 2001).

Eine wichtige Voraussetzung für soziale Angst ist zudem die Entwicklung des Selbstbewusstseins. Erst wenn eine Wahrnehmung der eigenen Person mit ihren Fähigkeiten, Eigenschaften und Rollen existiert, erhält das Urteil anderer über die eigene Person Bedeutung. Mit vier oder fünf Jahren können sich Kinder als soziales Objekt wahrnehmen und empfinden Gefühle von Verlegenheit (Lewis, Stanger, Sullivan & Barone, 1991; Velting & Albano, 2001). Das Selbstkonzept umfasst in diesem Alter beobachtbare Charakteristika wie Körpergröße oder Haarfarbe. Der Selbstwert ist in der Regel hoch ausgeprägt und beginnt sich allmählich zu differenzieren. Im Grundschulalter gewinnen Persönlichkeitsbeschreibungen an Bedeutung, außerdem wird der Selbstwert hierarchisch in drei Hauptbereiche (akademisch, physisch und sozial) organisiert. In diesem Alter werden soziale Vergleiche für die Kinder wichtig, was häufig zu Kränkungen des Selbstwerts führt (Berk, 2000; Vasey, 1993).

Für die Entwicklung sozialer Angst muss weiterhin die Fähigkeit ausgebildet sein, die Perspektive anderer zu übernehmen. Selman (1980; vgl. Rice, 2001) definiert den Perspektivenwechsel als Fähigkeit, sich und andere als Subjekte zu verstehen, auf andere ähnlich wie auf sich selbst einzugehen und auf eigenes Verhalten vom Standpunkt anderer zu reagieren. In seiner Theorie zur Entwicklung sozialer Kognition beschreibt er verschiedene Stadien bei der Ausbildung des Perspektivenwechsels. Kinder unter sechs Jahren können demnach nicht klar zwischen der eigenen Interpretation einer sozialen Situation und der von anderen differenzieren. Auf die Frage, wie andere sich in einer Situation fühlen, geben sie ihr eigenes Befinden in der Situation

an. Diese egozentrische Sichtweise erweitert sich im Alter zwischen sechs und acht Jahren durch die Einsicht, dass Menschen dasselbe Ereignis unterschiedlich interpretieren können. Die Kinder haben allerdings noch wenig Verständnis für die Motive anderer. Für diese Altersgruppe spielen ferner Gefühle, Intentionen und Gedanken anderer eine Rolle, Überlegungen dazu basieren aber ausschließlich auf beobachtbaren Charakteristika. So realisieren diese Kinder z.B. nicht, dass andere Gefühle haben, die sie nicht unmittelbar mitteilen. Erst ab ungefähr acht Jahren ist das Verständnis sozialer Beziehungen schließlich so weit entwickelt, dass man von einer Fähigkeit zum Perspektivenwechsel ausgehen kann. Kinder haben in diesem Alter ein reziprokes Verständnis dafür, dass ihre Mitmenschen andere Sichtweisen einnehmen können, und dass diesen bewusst ist, dass man selbst ebenfalls eine andere Perspektive einnehmen kann. Kinder können also über eigene Verhaltensweisen und Motive aus der Sicht anderer reflektieren (Vasey, 1993). Im Alter zwischen zehn und zwölf Jahren können sie nach Selman (1980) zudem die Perspektive eines neutralen Dritten einnehmen, so dass Annahmen über sich und andere aus der Sicht eines durchschnittlichen Beobachters gebildet werden. In den nächsten Jahren differenziert sich das Bewusstsein weiter dafür aus, dass die eigene Erscheinung und das Verhalten die Grundlage für die Bewertung anderer darstellen (Velting & Albano, 2001). Ab der Adoleszenz werden Bewertungen von sich und anderen an sozialen Standards gemessen, indem die Jugendlichen zunehmend die Perspektive einer sozialen Gruppe mitberücksichtigen.

Die entwicklungspsychologische Perspektive verdeutlicht, dass das Auftreten sozialer Angst per se nichts Ungewöhnliches darstellt, sondern im Laufe der sozialen und kognitiven Entwicklung ab dem Grundschulalter und vor allem in der Adoleszenz eine wichtige Funktion einnimmt. Wie im Abschnitt 1.1.6 aufgezeigt wird, ist das Auftreten sozialer Angst bei einzelnen Kindern und Jugendlichen jedoch mit erheblichen Einschränkungen verbunden. Eine Entscheidung darüber, ob die soziale Angst bei dem einem Kind ein normales Durchgangsphänomen darstellt, bei dem anderen aber störungsrelevanten Charakter aufweist, ist bislang nicht eindeutig zu treffen (Albano et al., 1995a; Joormann & Unnewehr, 2002). Kriterien wie eine starke Intensität oder das Vorliegen von Chronifizierung (Mattejat, 2002) bzw. starke und anhaltende Alltags-einschränkung, die die motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung negativ beeinflussen (Petermann, Essau & Petermann, 2000), werden vorgeschlagen.

### 1.1.6 Epidemiologie

#### *Prävalenz und Inzidenz*

Prävalenzangaben für die soziale Angststörung im Kindes- und Jugendalter variieren je nach befragter Altersgruppe, nach verwendeten Erhebungsinstrumenten oder Klassifikationskriterien bzw. nach untersuchter Zeitperiode. Steinhausen geht in seiner Übersicht über Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen von einer Häufigkeit zwischen 1 und 5% für die soziale Angststörung aus (Steinhausen, 2000). Amerikanische Studien erwähnen Zahlen um 1% (Bernstein, Borchardt & Perwien, 1996; Kashani & Orvaschel, 1990; Kashani, Orvaschel, Rosenberg & Reid, 1989; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley & Andrews, 1993). In einer Studie von Shaffer und Kollegen (1996) fallen die Prävalenzraten mit 7.6% im Kindesalter und 3.7% im Jugendalter deutlich höher aus, dies könnte an der Datenquelle in Form von Selbstberichten liegen. Aus Neuseeland gibt es ebenfalls Angaben in Höhe von 1% bei elfjährigen sozial phobischen Kindern, diese Rate blieb in etwa über einen Zeitraum von vier Jahren stabil (Anderson, Williams, McGee & Silva, 1987; McGee et al., 1990). Auch aus Deutschland liegen Studien wie z.B. die Bremer Jugendstudie von Essau, Conradt und Petermann (1998) vor. Von den befragten Jugendlichen im Alter zwischen zwölf und 17 Jahren (N=1035) geben 1.6% an, schon einmal die Kriterien für eine Sozialphobie erfüllt zu haben. Wittchen, Nelson und Lachner (1998) schließlich nennen eine Lebenszeitprävalenz von 4% und eine 12-Monatsprävalenz von 3% bei Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 24 Jahren (N=3021). Nach der spezifischen Phobie gehört die soziale Angststörung damit in dieser Altersgruppe zur zweithäufigsten Angststörung. Insgesamt entsprechen die Prävalenzraten für die soziale Angststörung im Kindes- und Jugendalter in etwa den Angaben für Erwachsene, wobei einzelne Angaben zur Lebenszeitprävalenz nach DSM-IV bei Erwachsenen sogar bis zu 12% betragen (z.B. Becker et al., 1999).

Es werden interkulturelle Unterschiede in der Häufigkeit der sozialen Angststörung angenommen. So fallen die Angaben asiatischer Studien geringer als die westlicher Nationen aus (z.B. 0.6% in Taiwan, gemäß der Studie von Hwu, Yeh und Chang, 1989, oder 0.5% in Korea, gemäß der Studie von Lee und Mitarbeitern, 1990). Dies kann an kulturellen Unterschieden z.B. aufgrund der östlichen kollektiven bzw. westlichen individualistischen gesellschaftlichen Orientierung oder an methodischen Unterschieden zwischen den Studien liegen. Ein eigenständiger Störungsbegriff im japanischen Sprachraum („Taijin-Kyofu“ oder „Taijin-Kyofu-Sho“) berücksichtigt eine Spezifität von Befürchtungen sozial ängstlicher Personen. So befürchten viele Japaner weniger die persönliche Blamage, sondern dass sie durch Fehlverhalten

---

die soziale Harmonie irritieren könnten. Ansonsten unterscheidet sich diese Störung phänomenologisch nicht von der sozialen Angststörung der westlichen Welt mit Ausnahme ihrer höheren Auftretenswahrscheinlichkeit (vgl. Friedmann, 1998).

In klinischen Stichproben tritt die soziale Angststörung unter Kindern und Jugendlichen häufiger auf, in amerikanischen Studien werden dazu Angaben zwischen 9 und 17.9% gemacht (vgl. Albano & Barlow, 1996). In einer deutschen Studie an einer Inanspruchnahme-Stichprobe der Heidelberger Kinder- und Jugendpsychiatrie werden bei 28% der 8- bis 16-Jährigen soziale Ängste festgestellt, die bei 13% deutlich bis stark ausgeprägt sind (Resch, 1998).

Wie bei Erwachsenen kommt der spezifische Subtyp der sozialen Angststörung auch bei Jugendlichen häufiger im Vergleich zum generalisierten Subtyp vor. In der Untersuchung von Hofmann und Kollegen (1999) werden dem nicht generalisierten Subtyp 55% und dem generalisierten Typ 45% einer klinischen Stichprobe zugeordnet, in einer anderen Untersuchung erfüllen etwa 2/3 der Jugendlichen den spezifischen versus 1/3 den generalisierten Subtyp (Müller, 2002). Angaben zu Leistungs- und Prüfungsängsten sind z.B. der PAK-KID-Studie<sup>4</sup> zu entnehmen, gemäß dieser knapp 4% aller befragten Jungen und Mädchen zwischen vier und zehn Jahren die Angst äußern, in die Schule zu gehen, rund 20% die Angst, durch eine Prüfung zu fallen und ca. 15% die Angst, schlechte Noten zu bekommen (Suhr & Döpfner, 2000; Lehmkuhl et al., 1998).

Häufigkeitsangaben zu subklinischen sozialen Ängsten werden durch fehlende Aussagen zur genauen Definition des erfassten Konstrukts erschwert. Insgesamt ist davon auszugehen, dass subklinische Formen sozialer Ängste wesentlich häufiger als die soziale Angststörung vorkommen. In der Bremer Jugendstudie (Essau et al., 1998) gibt fast die Hälfte aller Jugendlichen an, unter sozialen Ängsten zu leiden (47.2%), wobei die Operationalisierung des Konstrukts nicht genau dargestellt wird. In der epidemiologischen Untersuchung der sozialen Angststörung von Müller (2002) bejahen 27% der Stichprobe die Frage nach subklinischen sozialen Ängsten.

Zur Prävalenz von Schüchternheit wird geschätzt, dass 24 – 35% aller deutschen und nordamerikanischen Kinder im Lehrer-, Eltern- oder Kindurteil als schüchtern und zurückgezogen gelten. Bei 18% tritt ein solches Verhalten nach dem Lehrerurteil häufig und sehr intensiv auf (Caspi, Elder & Bem, 1988; Lazarus, 1982; vgl. Petermann, 1997). Somit liegen die Häufigkeitsangaben zur Schüchternheit im Vergleich zur sozialen Angststörung höher, was wiederum auf die Breite des Konzepts der Schüchternheit hinweist.

---

<sup>4</sup> PAK-KID-Studie: Psychische Auffälligkeiten und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Döpfner et al., 1998)

Für die Frage nach der Inzidenzrate der sozialen Angststörung liegen bislang wenig epidemiologische Befunde vor. In der prospektiven Untersuchung von Müller (2002) wird bei 14- bis 24-Jährigen eine Neuerkrankungsrate von 2.8% innerhalb eines Zeitraums von etwa vier Jahren ermittelt. Die Hälfte der Fälle gibt an, zu keinem früheren Zeitpunkt unter sozialen Ängsten gelitten zu haben, während die andere Hälfte vormals unter sozialen Ängsten litt, aber erst zum zweiten Messzeitpunkt die Diagnose einer sozialen Angststörung erfüllt. Der Anteil an Neuerkrankungen unter der jüngeren Kohorte (14 – 17 Jahre) liegt mit 3.4% etwas höher als mit 2.6% bei der älteren Kohorte (18 – 24 Jahre). Im Vergleich zu Inzidenzraten bei Erwachsenen fallen die Angaben insgesamt höher aus, so ermittelten Neufeld und Mitarbeiter z.B. eine Ein-Jahres-Rate von 0.5% bei erwachsenen Personen mit sozialer Angststörung (Neufeld, Swartz, Bienvenu, Eaton & Cai, 1999). Diese Befunde weisen auf ein frühes Erstmanifestationsalter der sozialen Angststörung (s.u.) und auf einen sich allmählich entwickelnden Prozess aus subklinischer sozialer Angst zum Vollbild einer sozialen Angststörung hin.

### *Erstmanifestation und Verlauf*

Die entwicklungspsychologischen Erläuterungen unter 1.1.5 machen deutlich, dass soziale Ängste ab dem Alter von etwa acht Jahren auftreten. Gemäß retrospektiven Aussagen erwachsener Patienten beginnt die soziale Angststörung im frühen bis mittleren Jugendalter, wobei die Altersspanne zwischen 10 und 17 Jahren liegt (Davidson et al., 1993; DeWit, MacDonald & Offord, 1999; Faravelli et al., 2000; Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle & Kessler, 1996; Müller, 2002; Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz & Weissman, 1992). Der generalisierte Subtyp scheint dabei mit einem Durchschnittsalter von elf bis zwölf Jahren früher als der spezifische Subtyp mit einem entsprechenden Alter von 14 bis 17 Jahren aufzutreten (siehe oben; Mannuzza et al., 1995; Wittchen, Nelson & Lachner, 1998). In klinischen Stichproben streuen die Angaben zur Erstmanifestation stark. Es gibt Angaben zum Auftreten mit acht Jahren (Beidel & Turner, 1988), im Durchschnitt tritt sie im klinischen Kontext zwischen elf und zwölf Jahren auf (Strauss & Last, 1993). Ca. 47% der betroffenen Personen geben zudem an, schon vor ihrem zehnten Lebensjahr unter zumindest subklinischen sozialen Ängsten gelitten zu haben und seit früher Kindheit schüchtern gewesen zu sein (vgl. Rapee, 1995). Nach der Zwei-Faktoren-Theorie von Asendorpf (1989a) entwickelt sich die Bewertungsangst von schüchternen Kindern etwa ab Beginn der zweiten Klasse, während das Temperamentsmerkmal der sozialen Gehemmtheit schon seit früher Kindheit vorhanden sein kann.

Der unbehandelte Verlauf der sozialen Angststörung wird in der Literatur als chronisch beschrieben (Beidel, Fink & Turner, 1996; Davidson et al., 1993; Juster & Heimberg, 1995;

Schneier et al., 1992; Wittchen, Essau, von Zerssen, Krieg & Zaudig, 1992). In einer retrospektiven Untersuchung an über 1000 Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz der sozialen Phobie nach DSM-III-R ergibt sich eine mittlere Störungsdauer von 25 Jahren, die Hälfte der Betroffenen erfüllt auch zum Zeitpunkt der Untersuchung noch die Kriterien der Störung (DeWit et al., 1999). Andere retrospektive Studien an der Allgemeinbevölkerung ergeben ähnliche Befunde (z.B. Davidson et al., 1993), und auch in klinischen Stichproben ist die durchschnittliche Dauer mit 10 – 21 Jahren sehr hoch (z.B. Lelliot, McNamee & Marks, 1991). Das „Harvard/Brown Anxiety Research Program“ (HARP) untersucht in einer prospektiven Studie u.a. den Verlauf der sozialen Angststörung von 176 Personen über einen Zeitraum von 11 bis 13 Jahren (Keller, 2003). Sechs Monate nach der ersten Untersuchung remittiert die Störung lediglich bei 8% der Stichprobe, nach zwei Jahren betrifft dies 20%, nach fünf Jahren 27% und nach acht Jahren 36%. Bei weniger als 50% ist die Störung nach acht Jahren teilweise remittiert. Der Verlauf der sozialen Angststörung fällt damit insgesamt ungünstiger aus als bei Patienten mit Panikstörung oder schwerer Depression, die ebenfalls in diesem Projekt untersucht werden. Zudem erleiden knapp 30% derjenigen, bei denen die soziale Angststörung vollständig remittierte, innerhalb von vier bis fünf Jahren erneut einen Rückfall in die Problematik. In der ebenfalls prospektiv angelegten Zürich-Studie (Degonda & Angst, 1993) kann diese Stabilität zwar nicht auf diagnostischer, wohl aber auf symptomatischer Ebene über einen Zeitraum von elf Jahren nachgewiesen werden.

Erste Untersuchungen an sozial ängstlichen Kindern und Jugendlichen erbringen folgende Ergebnisse: In der Bremer Jugendstudie (Essau et al., 1998) bleibt retrospektiven Aussagen gemäß bei mehr als einem Viertel der Jugendlichen die soziale Angst bzw. das Vermeidungsverhalten über Monate bis Jahre bestehen. Ebenso dauert nach retrospektiven Aussagen die Problematik bei weniger als 2% der in der Münchener EDSP-Studie untersuchten Jugendlichen weniger als ein Jahr, nach 15 Jahren liegt die Wahrscheinlichkeit des Andauerns noch bei 55%. In der Befragung zum zweiten Messzeitpunkt der Untersuchung vier Jahre später besteht eine Stabilität der sozialen Angststörung von 11%, 36% sind zumindest teilweise remittiert. Zudem wird eine Stabilität von ebenfalls 36% unter den Jugendlichen mit subklinischen sozialen Ängsten ermittelt, bei etwa 7% verschlechtern sich die subklinischen Ängste zum Vollbild der sozialen Angststörung (Müller, 2002). Beidel, Fink und Turner (1996) können in einer ebenfalls prospektiv angelegten Untersuchung mit Kindern im Alter zwischen 7 und 12 Jahren zeigen, dass 62% der Kinder nach sechs Monaten einen stabilen Zustand ihrer sozialen Ängste aufweisen, bei 21% die Symptome noch subklinisches Ausmaß erreichen und bei nur 17% eine völlige Remission eintritt.

Als Risikofaktoren für eine Chronifizierung der sozialen Angststörung werden ein früher Störungsbeginn, komorbide psychische oder körperliche Störungen und ein niedriger Bildungsgrad genannt (Davidson et al., 1993; DeWit et al., 1999; Müller, 2002). In der erwähnten Untersuchung von DeWit und Kollegen (1999) bedeutet ein Störungsbeginn vor dem siebten Lebensjahr eine mehr als achtfach geringere Chance auf Remission im Vergleich zu einem Beginn nach dem 13. Lebensjahr. Außerdem hat der generalisierte Subtyp mit vier oder mehr Situationen eine günstigere Prognose als der generalisierte Typ mit vornehmlich einer sozialen Auslösersituation, dies ist analog zu den Ergebnissen der EDSP-Studie (Müller, 2002). Bzgl. der Komorbidität nennt die Autorin den zeitlichen Verlauf der Probleme als entscheidend: Entwickelt sich z.B. eine schwere Depression nach der sozialen Angststörung, impliziert dies einen ungünstigeren Verlauf für die Angststörung als bei einer sekundären sozialen Angststörung. Die Ergebnisse des „Harvard/Brown Anxiety Research-Program“ legen zwar keinen Einfluss von komorbider Depression auf das Rückfallrisiko im Erwachsenenalter nahe, wohl aber für eine komorbide Depression im Kindesalter (Keller, 2003). Außerdem wird in der EDSP-Studie die subjektiv wahrgenommene Belastung durch die soziale Angst aber auch objektiv belastende Lebensbedingungen in Schule, Ausbildung und Beruf mit einem schwereren Verlauf der sozialen Angststörung bzw. einer Verschlimmerung bereits bestehender sozialer Ängste assoziiert.

### *Soziodemographische Korrelate*

Im Kindesalter bestehen so gut wie keine Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen in der Häufigkeit der sozialen Angststörung (Boyle et al., 1987; Offord et al., 1987; Poulton et al., 1997). Im Jugendalter dagegen sind Mädchen kulturübergreifend ungefähr doppelt so häufig betroffen (Anderson et al., 1987; Beidel & Turner, 1998; Essau et al., 1998; Müller, 2002). Von subklinischen sozialen Ängsten scheinen Mädchen ebenfalls häufiger als Jungen betroffen zu sein: Müller (2002) ermittelt, dass etwa 32% der jungen Frauen gegenüber 22% der jungen Männer soziale Situationen fürchten. Für klinische Stichproben liegen dagegen Studien mit Erwachsenen vor, denen zufolge das Geschlechtsverhältnis genau umgekehrt ist: Mehr Männer mit sozialen Ängsten suchen demnach professionelle Hilfe auf (z.B. Amies, Gelder & Shaw, 1983; Solyom, Ledwidge & Solyom, 1986).

Bzgl. des sozioökonomischen Status von sozial ängstlichen Personen liegen in epidemiologischen Studien v.a. Befunde über Erwachsene und nur vereinzelt über Kinder und Jugendliche vor. Dabei wird über geringeren Bildungsstand, Zugehörigkeit zu sozial niedrigerer Schicht, geringeres Einkommen, schlechtere finanzielle Situation und höhere Arbeitslosenzahlen berichtet (Davidson et al., 1993; Furmark, 2002; Furmark et al., 1999; Magee et al., 1996; Müller,

2002; Schneier et al., 1992; Weiller, Bisserbe, Boyer, Lépine & Lecrubier, 1996; Wittchen, Fuetsch, Sonntag, Müller & Liebowitz, 2000). Aus der Beobachtung der Daten in der Studie von Müller (2002), wonach ein geringer Status in der Herkunftsfamilie nicht mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer sozialen Angststörung verbunden ist, folgern die Autoren, dass der ungünstige sozioökonomische Status bei Personen mit sozialen Ängsten eher als Folge denn als Prädiktor der sozialen Angststörung anzusehen ist. Es gibt zudem Belege dafür, dass ein niedriger sozioökonomischer Status einen Risikofaktor v.a. in Verbindung mit psychisch auffälligen Eltern darstellt (Beidel & Turner, 1997). Der niedrigere Status könnte zumindest teilweise im Zusammenhang mit angstbedingten Schulproblemen im Kindes- und Jugendalter stehen. Patienten mit sozialer Angststörung besuchen z.B. seltener weiterführende Schulen bzw. schließen diese seltener ab. 91% einer Stichprobe von 99 sozial phobischen Personen äußern akademische Beeinträchtigungen als Folge ihrer Angst und führen z.B. schlechte Schulnoten mangels Unterrichtsbeteiligung oder Fernbleiben vom Unterricht als Begründung hierfür an (Turner, Beidel, Borden, Stanley & Jacob, 1991).

Auch bzgl. des beruflichen Werdegangs werden Erschwernisse von schüchternen bzw. sozial ängstlichen Personen erwähnt. In einer Längsschnittstudie über einen Untersuchungszeitraum von über 30 Jahren schlagen schüchterne Personen etwa drei Jahre später eine stabile berufliche Laufbahn als nicht schüchterne Personen ein, was insgesamt mit geringerem beruflichen Erfolg verbunden ist (Caspi, Elder & Bem, 1988). Schüchterne College-Studierende zeichnen sich überdies durch ungünstigere Karriere-Orientierung in Form von weniger ausgeprägter beruflicher Informationssuche oder selteneren karriereorientierten Entscheidungen als nicht schüchterne Studierende aus (Phillips & Bruch, 1988; vgl. Rapee, 1995). Gemäß Schneier und Mitarbeitern (1994) sehen sich Betroffene zwar meist in der Lage zu arbeiten, gehen aber häufig einer Beschäftigung unter ihrer eigentlichen Qualifikation nach.

Erwachsene Personen mit sozialer Angststörung sind zudem seltener verheiratet und leben seltener mit einem Partner, statt dessen häufiger mit den Eltern zusammen (Davidson et al., 1993; Degonda & Angst, 1993; Magee et al., 1996). Wenn sie eine feste Partnerschaft eingegangen sind, sind sie später gemäß Lépine und Lellouch (1995) häufiger geschieden oder getrennt als Kontrollpersonen, wobei die zeitliche Reihenfolge der Ereignisse Trennung und Manifestation der Erkrankung unklar bleibt.

### *Komorbidität*

Kinder und Jugendliche haben neben einer sozialen Angststörung oft weitere psychische Probleme. Von den in einer Studie von Beidel, Turner und Morris (1999) als sozial ängstlich diagnostizierten Kindern erfüllen z.B. 60% eine zusätzliche Diagnose. Noch bedeutsamer ist die Rate in der Untersuchung von Müller (2002), in der 80% der Jugendlichen mit einer sozialen Angststörung mindestens eine weitere psychische Störung vorweisen.

Am häufigsten wird bei Kindern und Jugendlichen die Komorbidität mit einer *depressiven Erkrankung* erwähnt (Beidel & Turner, 1988; Essau et al., 1998; Kovacs & Devlin, 1998; Strauss & Last, 1993). Auch in der erwähnten Studie an der Heidelberger Inanspruchnahmestichprobe weisen 80% der Kinder und Jugendlichen mit starker sozialer Angst komorbid eine depressive Verstimmung auf (Resch, 1998). In der Regel scheint sich die Angst vor der Depression entwickelt zu haben (Müller, 2002; Perrin & Last, 1993). Darauf weisen u.a. Ergebnisse aus prospektiven Längsschnittstudien hin, nach denen soziale Unsicherheit in der Kindheit einen Prädiktor für Einsamkeits- und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zur Depression darstellt (Asendorpf, 1989b; Rubin, Hymel & Mills, 1989). Rubin & Mills (1988) zeigen, dass sich Depression und Einsamkeit bei Kindern der 5. Klasse anhand ihrer Schüchternheit in der 2. Klasse vorhersagen lassen. Dies wird durch weitere aktuelle Studien unterstützt, wonach in der Mehrheit der Fälle die soziale Angststörung komorbid schweren depressiven Episoden, aber auch Abhängigkeitserkrankungen und z.T. auch anderen Angststörungen vorausgeht (Chartier, Walker & Stein, 2003; Wittchen, Stein & Kessler, 1999). Negativ auf die Komorbiditätsrate von Angst und Depression wirken sich Alter und Symptomschwere aus (Brady & Kendall, 1992).

Ängstliche Kinder erfüllen überdies oft die Kriterien für mehrere *Angststörungen*. So treffen bei Kashani und Orvaschel (1990) bei 36% der ängstlichen Kindern die Diagnosen für zwei oder mehr Angststörungen zu, in der Bremer Jugendstudie erfüllen 65% der Jugendlichen mit einer sozialen Angststörung eine weitere Angstdiagnose (Essau et al., 1998). Last und Mitarbeiter weisen in dem Zusammenhang auf die hohe Komorbidität von sozialer Angst und Trennungsangst (86%) sowie sozialer Angst und der nach DSM-III-R benannten Störung mit Überängstlichkeit (57%) hin (Last et al., 1992). Auch bei Müller (2002) besteht bei Vorliegen einer sozialen Angststörung und einer komorbid Störung die höchste Wahrscheinlichkeit für eine komorbide Angststörung, wobei die spezifische Phobie mit einer Prävalenz von 44% andere Angststörungen übertrifft. In der „Virginia Twin Study“ (Simonoff et al., 1997) gibt es im Bereich der Phobien ebenfalls starke Übereinstimmungen. Mögliche Erklärungen für die hohe Komorbidität der Angststörungen könnten darin liegen, dass den verschiedenen Angststörungen

ähnliche Risikofaktoren zugrunde liegen, oder dass bestimmte Verhaltensweisen bei einer Angststörung einen Risikofaktor für die Entwicklung weiterer Ängste darstellen.

Ferner wird auf den Zusammenhang zwischen sozialer Angststörung und *Substanzstörung* hingewiesen. In der Studie von Müller (2002) geben 39% der Jugendlichen Abhängigkeit von legalen Substanzen, darunter besonders häufig Nikotinabhängigkeit an. Weitere 8% geben Substanzstörungen durch illegale Substanzen an. Die erhöhte gemeinsame Auftretensrate in Höhe von 23.5% mit Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit unter den Jugendlichen in dieser Studie weist in die gleiche Richtung (siehe auch DeWit et al., 1999). Betroffene geben auch hierbei an, dass ihre soziale Angst vor den Alkoholproblemen vorhanden war (Clark & Sayette, 1993; Stravynski, Lamontagne & Lavallee, 1986). Dies wird unterstützt durch eine weitere aktuelle Auswertung der Daten der EDSP-Studie (Zimmermann et al., 2003), gemäß dieser die Existenz einer sozialen Angststörung (ebenso wie einer Panikstörung) einen signifikanten Prädiktor für das Auftreten von übermäßigem Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit darstellt, während andere Angststörungen hierauf keinen bedeutsamen Einfluss zeigen.

Beachtung sollte auch der Komorbidität der sozialen Angststörung mit einer *Essstörung* geschenkt werden. So trifft auf bis zu 60% der Patientinnen mit Bulimie oder Anorexie eine komorbide soziale Angststörung zu (Flament & Godart, 1995; Godart, Flament, Lecrubier & Jeammet, 2000), die in der Regel ebenfalls vor der Essstörung vorhanden ist. Es wird angenommen, dass keine andere Angststörung so häufig mit einer Essstörung verbunden ist wie die soziale Angststörung (Schwalberg, Barlow, Alger & Howard, 1992).

Kinder und Jugendliche mit sozialen Ängsten nennen häufig auch *körperliche Symptome* wie Schwindelgefühle, Kopfschmerzen, Übelkeit oder Rückenschmerzen (Bernstein et al., 1997). In der Bremer Jugendstudie (Essau et al., 1998) zeigen 41% der Jugendlichen mit einer sozialen Angststörung somatoforme Störungen, die entsprechende Rate von 25% ist auch bei Müller (2002) überzufällig hoch. Die Autorin fasst letztendlich zusammen, dass Angst- und somatoforme Störungen i.d.R. primär, hingegen affektive, Substanz- und Essstörungen sekundär zum Beginn der sozialen Angststörung auftreten.

Es ist davon auszugehen, dass auch Kinder und Jugendliche mit subklinischen sozialen Ängsten einen erheblichen Leidensdruck haben. In der Bremer Jugendstudie zeigt sich, dass soziale Ängste häufig mit depressiven Störungen (24.3%), anderen Angststörungen (25.4%), somatoformen Störungen (17.8%) oder Substanzmissbrauch (12.3%) einhergehen. Auch bei Müller (2002) erfüllen 72% der von subklinischen sozialen Ängsten Betroffenen die Kriterien für mindestens eine weitere psychische Störung.

Allgemein gilt, dass ängstliche Klienten mit komorbidem Störungsbild eine ungünstigere Prognose haben (Last, Hansen & Franco, 1997). Die Existenz von komorbiden Problemen bei sozialer Angststörung (z.B. anderen Angststörungen, affektiven Störungen oder Essstörungen) steigert in der Untersuchung von Wittchen und Mitarbeitern (2000) z.B. die Beeinträchtigung in beruflichen und sozialen Kontexten und bringt ein erhöhtes Suizidrisiko mit sich.

### *Beeinträchtigung und Hilfesuchverhalten*

Als Folge der sozialen Angst wird oftmals eine verminderte Lebensqualität v.a. in Bezug auf die Bereiche Ausbildung, Arbeit und Beziehungen beschrieben (Safren, Heimberg, Brown & Holle, 1997; Schneier et al., 1993; Wittchen et al., 2000). Stein und Kean (2000) erheben verschiedene Indices bzgl. funktionaler Beeinträchtigung und Lebenszufriedenheit (z.B. Arbeit, Einkommen, Familienleben oder Freizeit) und zeigen, dass sich Personen mit sozialer Angststörung in allen Bereichen beeinträchtigter als Personen ohne soziale Angststörung beschreiben. Im „Harvard/Brown Anxiety Research Program“ (Keller, 2003) sind die Angaben über die empfundene Beeinträchtigung von Personen mit sozialer Angststörung denen mit Panikstörung vergleichbar und fallen ungünstiger aus als Aussagen von depressiven Personen oder Personen mit chronischen somatischen Erkrankungen wie Diabetes. Von ähnlichen Befunden berichten Antony, Roth, Swinson, Huta und Devins (1998), die in ihre Studie neben Patienten mit sozialer Angststörung auch Panik- und Zwangspatienten mit einbeziehen und von vergleichbar hohen Beeinträchtigungen wie auch bei chronischen körperlichen Erkrankungen sprechen. Keller weist nicht zuletzt auf die erhöhte Rate an Suizidversuchen bei Patienten mit sozialer Angststörung hin, wobei er Raten von 20% bei Betroffenen im Vergleich zu 8% bei Kontrollpersonen bzw. 8% bei Personen mit Panikstörung nennt (Keller, 2003; siehe auch Schneier et al., 1994). Andere Autoren nennen ein vergleichbares Ausmaß an Suizidalität bei sozial ängstlichen und Panikpatienten (z.B. Weissman, Klerman, Markowitz & Oullette, 1989).

Kinder und Jugendliche mit sozialer Angststörung geben ebenfalls v.a. in den Bereichen Schule, Ausbildung bzw. Arbeit Beeinträchtigung an, wobei dies insbesondere für von dem generalisierten Subtyp Betroffene gilt. Zusätzliche komorbide Probleme steigern die Beeinträchtigung weiter (Müller, 2002; Wittchen et al., 1999). Im Kindes- und Jugendalter ergibt sich einer kanadischen Studie gemäß kein Zusammenhang zwischen Suizidalität und einer Angststörung im Allgemeinen oder speziell einer sozialen Angststörung (Strauss et al., 2000). Allerdings wird erwähnt, dass von einer sozialen Angststörung Betroffene besonders häufig längerfristige negative Lebensbedingungen wie z.B. Überforderung in Ausbildung und Beruf oder Leiden unter fehlenden Partnerbeziehungen beschreiben und nach Remission weniger positive Lebens-

bedingungen als Kontrollpersonen vorfinden. Allerdings besteht eine hohe zeitliche Fluktuation der subjektiven Beeinträchtigung bei den Jugendlichen, obwohl die Diagnosen stabil bleiben. Dies könnte an der variablen Herausforderung durch aktuelle soziale Situationen, an Wahrnehmungsverzerrungen oder auch am Arrangieren mit dem Dauerzustand der sozialen Angst liegen (Müller, 2002).

Bezogen auf Kinder mit sozialen Ängsten existiert überdies eine Reihe von Befunden zu Beeinträchtigungen in Peer-Beziehungen. So haben diese Kinder kaum Kontakte mit Gleichaltrigen, sind weniger in alterstypische soziale Aktivitäten mit einbezogen, zeigen Probleme mit Bezugspersonen und weisen oft inadäquate soziale Fähigkeiten auf (Albano et al., 1995a; Bowen, Offord & Boyle, 1990; Kashani & Orvaschel, 1990). Nach Rubin und Mitarbeitern (1990) schwächt soziale Angst z.B. die Fähigkeit, Freundschaften zu bilden und aufrechtzuerhalten. Hierzu passt die Beobachtung einer klinischen Untersuchung von Beidel, Turner und Morris (1999), bei der von 50 Kindern mit einer sozialen Angststörung im Alter zwischen 9 und 14 Jahren 75% keine oder nur wenige Freunde nennen. Insbesondere Mädchen geben wenig Freundschaften an, die darüber hinaus als wenig eng und unterstützend beschrieben werden (Ginsburg, La Greca & Silverman, 1998; La Greca & Lopez, 1998). Schüchternheit korreliert ebenfalls negativ mit der Anzahl an Verabredungen (Jones & Russell, 1982). Sozial ängstliche Kinder fühlen sich darüber hinaus auch selbst als weniger sozial akzeptiert und berichten von häufigen negativen Peer-Interaktionen. Ängstliche Kinder werden gemäß des Lehrerurteils auch als weniger beliebt unter ihren Klassenkameraden eingeschätzt (Strauss, Frame & Forehand, 1987). Es scheint insgesamt reziproke Beziehungen zwischen Peer-Beziehungen und sozialer Angst zu geben (Vernberg, Abwender, Ewell & Beery, 1992), so leiden von Peers zurückgewiesene Kinder nach LaGreca, Dandes, Wick, Shaw und Stone (1988) z.B. auch stärker unter sozialer Angst.

Häufig haben betroffene Kinder zudem schlechte Schulleistungen und zeigen wenig Vertrauen in ihre kognitiven Fähigkeiten (Beidel, 1991; Beidel & Turner, 1998; Bowen et al., 1990). In diesem Zusammenhang sei eine experimentelle Untersuchung erwähnt, in der der Einfluss von Schüchternheit auf die Leistung von Grundschulkindern untersucht wird (Crozier & Hostettler, 2000). Hierbei zeigen schüchterne Kinder in einem Vokabeltest in einer Face-to-Face-Bedingung schlechtere Leistungen als nicht schüchterne, während in einer anonymen Gruppenbedingung keine Unterschiede zu finden sind. Last und Mitarbeiter berichten von einer Spezialklinik für Kinder mit Angststörungen, in der etwa 30% der schulverweigernden Kinder soziale Ängste als Grund für ihr Fehlen am Unterricht angeben (Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1992). Auf eventuelle Auswirkungen derartiger Schwierigkeiten auf den Schulabschluss oder den

beruflichen Werdegang wurde bereits hingewiesen. Folgender Befund stellt ferner einen Hinweis auf berufliche Beeinträchtigung bei Jugendlichen dar: 8.3% der Gruppe mit klinisch relevanten sozialen Ängsten in der Untersuchung von Müller (2002) geben an, aufgrund der Störung mit einer durchschnittlichen Fehlzeit von knapp zwölf Stunden pro Woche in den letzten Wochen der Arbeit ferngeblieben zu sein. 23.3% fühlten sich aufgrund ihrer Angstsymptome in ihrer Arbeitsleistung stark eingeschränkt.

Stine (1997) betont, dass Kinder und Jugendliche mehr noch als Erwachsene durch ihre sozialen Ängste beeinträchtigt sind, weil die Ängste und der damit oft verbundene negative Selbstwert dem Leistungsanspruch der Schule und auch altersgemäßen sozialen Anforderungen im Wege stehen. Bestehen die Ängste unvermindert fort, stellen sie eine ernst zu nehmende Hürde für die Fähigkeitsentwicklung und für die Entwicklung der emotionalen und sozialen Reife dar (Albano et al., 1995a; Kendall et al., 1991; LaGreca & Lopez, 1998; Rubin et al., 1990).

Bei den genannten negativen Auswirkungen durch die Angststörung ist folgende Beobachtung verwunderlich: So ist bekannt, dass sich Erwachsene mit sozialer Angststörung selten in Behandlung begeben (Magee et al., 1996; Pollard, Henderson, Frank & Margolis, 1989; Schneier et al., 1992). In der Studie von Müller (2002) berichtet nur jeder fünfte der betroffenen Jugendlichen von der Konsultation eines Experten aufgrund der sozialen Angststörung. Beim Vorliegen komorbider Probleme suchen Betroffene eher professionelle Unterstützung (Katschnig, 1998; Lecribier et al., 2000), wobei die sozialen Ängste bei der Vorstellung häufig nicht als primärer Grund genannt werden. So werden nur bei etwa der Hälfte der in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellten Kinder und Jugendlichen mit klinisch relevanten sozialen Ängsten diese tatsächlich als Konsultationsgrund genannt, stattdessen werden die Kinder wegen Lernschwierigkeiten, Enuresis oder Kopfschmerzen vorgestellt (Schuch, 1998). Dieses Phänomen ist bei anderen psychischen Störungen ähnlich, so beklagen auch Esser, Schmidt und Woerner (1990) sowie Wittchen und Kollegen (1998) die niedrige Behandlungsquote bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen.

### 1.1.7 Ätiologie und Aufrechterhaltung

Für die Entstehung einer sozialen Angststörung im Kindes- und Jugendalter kommen sowohl biologische als auch psychologische Mechanismen in Betracht. Im Folgenden werden zunächst neurobiologische Aspekte und das Konzept der Verhaltenshemmung sowie lerntheoretische und Erziehungseinflüsse im Sinne ätiologischer Bedingungen erörtert, anschließend werden aufrechterhaltende Bedingungen wie kognitive Aspekte, soziale Kompetenzdefizite und Vermeidungsverhalten erläutert. Besonders die aufrechterhaltenden Bedingungen sind für die Behandlung der sozialen Angststörung relevant.

#### *Neurobiologie und das Konzept der Verhaltenshemmung*

Zwillingsstudien zufolge spielen genetische Einflüsse bei der Entwicklung einer sozialen Angststörung eine Rolle (Kendler, Neale, Kessler, Heath & Eaves, 1992; Kendler, Karkowski & Prescott, 1999; Rose & Dilto, 1983; Skre, Onstad, Torgersen, Lygren & Kringlen, 2000; Torgersen, 1983). In der amerikanischen Studie von Kendler und Mitarbeitern (1992) mit mehr als 2000 weiblichen Zwillingen werden nach Interviews 11.5% der Kategorie der sozialen Angststörung neben drei weiteren Angstkategorien (Agoraphobie, Tierphobie, Situationsphobie) zugeordnet. Die Autoren ermitteln für die soziale Angststörung eine Konkordanzrate von 24.4% bei monozygoten gegenüber 15.3% bei dizygoten Zwillingen, was in etwa den Raten für eine Agora- bzw. Tierphobie entspricht. Sie schätzen die Erblichkeit einer Vulnerabilität für eine soziale Angststörung wie auch für eine Agora- oder Tierphobie auf 30 bis 40%, wobei sie in einer späteren Analyse mit einer verbesserten Reliabilität aufgrund mehrmaliger Befragung die Zahl auf etwa 50% erhöhen (Kendler, Karkowski & Prescott, 1999). Diese Angaben liegen in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der norwegischen Untersuchung von Skre und Kollegen (2000) an vierzehn Zwillingspaaren mit sozialer Angststörung. Außerdem sei auf eine Zwillingsstudie mit Kindern hingewiesen: Warren, Schmitz und Emde (1999) haben mit über 300 siebenjährigen Zwillingspaaren einen Angstfragebogen ausgefüllt und zeigen, dass über ein Drittel der Varianz der Items der physiologischen und sozialen Angstsymptome genetischen Einflüssen zuzuschreiben ist. Gemäß eines aktuellen Reviews über Zwillingsstudien zur sozialen Angststörung wird allerdings eher von einer allgemeinen genetischen Prädisposition zu Angststörungen als von einer spezifischen genetischen Weitergabe von sozialen Ängsten ausgegangen (Hudson & Rapee, 2000).

Auch Familienstudien können Hinweise auf eine eventuelle Erblichkeit psychischer Störungen geben. Fyer, Mannuzza, Chapman, Liebowitz und Klein (1993) haben beispielsweise 83

Verwandte ersten Grades von 30 sozial phobischen Personen sowie 77 Verwandte von Kontrollpersonen ohne psychische Störung interviewt. Sie ermitteln eine Erkrankungsrate von 16% bei Verwandten der Sozialphobiker gegenüber 5% bei Verwandten der Kontrollpersonen, während es keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Rate an anderen Angststörungen zwischen beiden Gruppen gibt. Dies deutet wiederum auf eine spezifische Weitergabe einer Vulnerabilität für eine soziale Angststörung hin. Mancini, van Ameringen, Szatmani, Fugere und Boyle (1996) bestätigen eine erhöhte Rate an sozialer Angststörung bei Kindern von Erwachsenen mit derselben Diagnose. Auf eine gemeinsame genetische Basis zwischen mütterlicher Angststörung, insbesondere einer sozialen Angststörung, und kindlicher Schüchternheit weist zudem eine Untersuchung von Cooper und Eke hin (1999).

Die familiäre Häufung unterscheidet sich allerdings je nach Subtyp der Störung. Gemäß einer Studie von Stein und Mitarbeitern (1998a) haben Verwandte ersten Grades von Personen mit generalisierter sozialer Angststörung ein ein- bis zu zehnmal höheres Risiko als Kontrollpersonen, ebenfalls eine soziale Angststörung zu entwickeln. Wie auch bei Mannuzza und Kollegen (1995) besteht dagegen kein bedeutsamer Unterschied in der Häufigkeit spezifischer sozialer Ängste bei Verwandten von Personen mit einer sozialen Angststörung oder ohne eine psychische Störung.

Bzgl. der genetisch vermittelten Weitergabe einer Vulnerabilität für eine soziale Angststörung wird im Einzelnen die Beteiligung von Serotonin-Transporter-Proteinen (Schmidt, Storey, Greenberg, Santiago, Li & Murphy, 2000) bzw. die Dichte an Dopamin-Rezeptoren (Tiihonen et al., 1997) diskutiert, wobei einer spezifischen Gen-Identifikation bisher eine Absage erteilt wird (z.B. Stein, Chartier, Kozak, King & Kennedy, 1998b).

Neben genetischen Einflüssen werden eine Reihe anderer neurobiologischer Aspekte hinsichtlich der Entstehung der sozialen Angststörung untersucht, wie z.B. eine chemische Hypersensitivität, die Bedeutung spezieller Transmittersysteme oder neuroendokrinologische Besonderheiten. Bei sozial ängstlichen Personen scheint z.B. eine Übererregbarkeit neuronaler Angstschaltkreise vorzuliegen (z.B. Davidson, Marshall, Tomarken & Henriques, 2000). Sowohl limbische Strukturen wie die Amygdala als auch der präfrontale Kortex sind in erhöhtem Maße bereits bei nur wenig bedrohlichen sozialen Reizen aktivierbar. Auch das Rückzugs- und Verhaltenshemmsystem, das rechtsfrontal lokalisiert wird, wird bei Personen mit einer sozialen Angststörung mit einer erhöhten Aktivierung in einer bedrohlichen Situation assoziiert. Eindeutige Aussagen über neurobiologische Besonderheiten sind aber aufgrund der geringen Anzahl an Studien oder der uneinheitlichen Befunde schwerer möglich als z.B. bei einer Panikstörung (vgl. Hermann, 2002).

Aus der Temperamentsforschung wird auf das Konzept der Verhaltenshemmung „behavioral inhibition“ verwiesen (Garcia-Coll, Kagan & Reznick, 1984), bei dem ebenfalls eine genetische Basis angenommen wird (DiLalla, Kagan & Reznick, 1994; Robinson, Kagan, Reznick & Corley, 1992). In Kapitel 1.1.4 wurde bereits auf dieses Konzept eingegangen. Es wird vielfach diskutiert, ob verhaltensgehemmte Kinder ein höheres Risiko für die Entwicklung psychischer Probleme besitzen, wobei v.a. die Entwicklung von Angststörungen, speziell die einer sozialen Angststörung, untersucht wird (z.B. Kagan, 1997; Muris, Merckelbach, Schmidt, Gadet & Bogie, 2001). In einem Überblicksartikel fassen Biederman, Rosenbaum, Chaloff und Kagan (1995) die Ergebnisse der Arbeitsgruppe zum Risiko für Angststörungen bei „behavioral inhibition“ zusammen. Verhaltensgehemmte Kinder im Alter von 21 Monaten zeigen demnach im Kindesalter zwar ein erhöhtes Risiko für Angststörungen im Vergleich zu ungehemmten Kindern, allerdings erweist sich der Vergleich als nicht signifikant. Das höhere Risiko wird dabei durch die Untergruppe der Kinder verursacht, deren Gehemmtheit sich bis ins Alter von 7.5 Jahren als stabil erwies. Dies bedeutet, dass gehemmtes Verhalten an sich noch keinen Risikofaktor darstellt, sondern erst dann, wenn es die Charakteristik eines stabilen und konsistenten Temperamentsmerkmals besitzt.

Im Rahmen des australischen Temperament-Projekts (Prior, Smart, Sanson & Oberklaid, 2000) wurde eine prospektive Analyse an einer repräsentativen Stichprobe über einen Zeitraum von 15 Jahren durchgeführt. Dabei wird ein mittlerer Zusammenhang zwischen Schüchternheit als Temperamentsmerkmal, das die Autoren mit dem Konzept der Verhaltenshemmung gleichsetzen, im Alter von drei Jahren und Angstproblemen im Alter von 10 bis 13 Jahren postuliert. 42% der Kinder, die an mindestens sechs der insgesamt acht Zeitpunkte als schüchtern eingestuft werden, haben Angstprobleme im frühen Jugendalter. Die Persistenz der Schüchternheit steigert dabei das Risiko für eine Angstproblematik. Von den Kindern mit einer klinisch manifesten Angststörung werden allerdings 2/3 in den vergangenen Jahren niemals oder nur selten als schüchtern eingestuft. Somit scheint Gehemmtheit im Kindesalter nur einen von vielen Einflussfaktoren auf die Entwicklung einer Angstproblematik darzustellen.

Für eine spezifische Verbindung zwischen Verhaltenshemmung und sozialer Angst weisen aktuelle Untersuchungen, wie z.B. von Biederman und Kollegen (2001), hin. Die diagnostische Untersuchung ergibt bei 17% der Stichprobe der gehemmten Kinder gegenüber 5% der ungehemmten Kinder eine soziale Angststörung. Auch bei Mick und Telch (1998) resultiert bei retrospektiv als gehemmt eingestuften Jugendlichen ein stärkerer Zusammenhang mit einer sozialen Angststörung als mit einer anderen Angststörung. Schwartz, Snidman und Kagan (1999) klassifizieren Zweijährige als gehemmt oder ungehemmt und untersuchen sie im Alter von 13

Jahren bzgl. der Rate an psychischen Auffälligkeiten erneut. Auch dieses prospektive Design ergibt eine deutlich erhöhte Rate an generalisierter sozialer Angststörung bei der gehemmten Gruppe im Vergleich zu der ungehemmten Gruppe, wohingegen keine Unterschiede bzgl. Trennungsangst, spezifischen Phobien oder Redeangst bestehen. Trotzdem entwickelt die Mehrzahl der als gehemmt klassifizierten Jugendlichen keine soziale Angststörung, was wiederum andere mitbeteiligte ätiologische Faktoren bei der Entstehung einer solchen Problematik unterstreicht.

### *Lerntheorie*

Neben dem Beitrag des Temperaments spielen eine Reihe psychischer Faktoren eine Rolle bei der Entstehung von Ängsten. Entwickeln sich die Ängste rasch und erreichen schnell eine hohe Ausprägung, so sind in der Regel Konditionierungsprozesse beteiligt. Als klassischer Beitrag gilt hierbei die Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer (1960), nach der bei einer traumatischen Erfahrung bestimmte Reize aufgrund klassischer Konditionierung zu Angstauslösern werden. Außerdem erlernt das Individuum, dass die konditionierte Angst durch Vermeidung der auslösenden Reize reduziert werden kann. Nach Stemberger, Turner, Beidel und Calhoun (1995) berichten 44% der Sozialphobiker ihrer Stichprobe retrospektiv von einer traumatischen Erfahrung, die ihre Ängste auslösten, zu einem ähnlichen Ergebnis kommt Townsley (1992). Auch wenn sich in der letztgenannten Studie Personen mit generalisierter sozialer Angststörung häufiger an ein traumatisches Erlebnis als Kontrollpersonen erinnern (40% vs. 20%), trifft dies am deutlichsten auf Personen mit einer spezifischen sozialen Angst zu (56%). Klassische Konditionierungsprozesse scheinen demnach besonders bei dieser Form der sozialen Angst eine Rolle zu spielen.

Als traumatische Ereignisse im Zusammenhang mit einer sozialen Angststörung kommen z.B. Ablehnungserfahrungen durch Peers in Betracht. Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Erfahrungen von Hänselei oder Bullying mit sozialer Angst existieren (Asher & Coie, 1990; Slee, 1994). Einen Anhaltspunkt für die Spezifität solcher Erfahrungen für die Entwicklung einer sozialen Angststörung erbringt eine aktuelle Untersuchung, in der 92% einer Gruppe von Erwachsenen mit einer sozialen Angststörung retrospektiv Erfahrungen von gravierenden Hänseleien im Kindesalter gegenüber 50% einer Gruppe mit Zwangsstörung bzw. 35% einer Gruppe mit Panikstörung berichten (McCabe, Antony, Summerfeldt, Liss & Swinson, 2003). Hierbei sei außerdem auf die Zwei-Faktoren-Theorie der Schüchternheit von Asendorpf (1989a) verwiesen, gemäß dieser Ablehnungserfahrungen zur Verstärkung von Schüchternheit beitragen (siehe 1.1.4).

Traumatische Ereignisse reichen allerdings als alleinige Erklärung für die Entstehung sozialer Ängste nicht aus, wie folgende Beobachtung von Stemberger und Mitarbeitern (1995) zeigt: 20% der Personen ohne eine soziale Angststörung erwähnen ebenfalls traumatische soziale Erfahrungen. Hermann (2002) erwähnt hierzu in ihrem Überblicksartikel zu behavioralen Grundlagen der sozialen Angststörung das lerntheoretische Prinzip der latenten Inhibition: Aversive soziale Ereignisse führen dann weniger wahrscheinlich zu überdauernden Angstreaktionen, wenn die Betroffenen bereits über positive Erfahrungen mit entsprechenden sozialen Situationen verfügen. Zudem weist die Autorin darauf hin, dass die negativen Erfahrungen nicht unbedingt traumatischen Charakter besitzen müssen, um zur Entstehung einer sozialen Angststörung beizutragen. Beispielsweise kann eine negative Interpretation eines leicht unangenehmen sozialen Ereignisses die konditionierte Reaktion in ihrer Intensität im Nachhinein verstärken. Generalisierungsprozesse tragen schließlich dazu bei, dass nach einer singulären negativen Erfahrung soziale Interaktionen im Allgemeinen bedrohlich werden. Die beobachtete Löschungsresistenz der einmal erworbenen Angstreaktion ist u.a. mit der Komplexität sozialer Situationen zu erklären, da selten eine genaue Wiederholung einer Situation geschieht.

In Verbindung mit negativen Erfahrungen in der Vorgeschichte sei kurz auf die Forschung zu kritischen „life events“ hingewiesen. Magee (1999) untersucht z.B. retrospektiv den Einfluss verschiedener Kategorien kritischer Lebensereignisse auf die Entwicklung von spezifischen Angststörungen. Als Risikofaktoren für die soziale Angststörung kristallisieren sich hierbei sexuelle Übergriffe Verwandter bei Mädchen und verbale Aggressionen zwischen den Eltern und gegenüber dem Kind heraus. Beide Aspekte haben in dieser Studie keine Vorhersagekraft für die Entwicklung von spezifischen Phobien oder der Agoraphobie. Magee nimmt an, dass v.a. die Unvorhersehbarkeit und Unkontrollierbarkeit der Ereignisse die psychologischen Mechanismen bei der Entwicklung der Angststörung beeinflussen. Andere Autoren beurteilen allerdings Einflüsse von negativen Lebensereignissen als weniger spezifisch für die Entstehung einer sozialen Angststörung (z.B. Kessler, Davis & Kendler, 1997).

Mit Bezug auf die „Preparedness-Theorie“ (Seligman, 1971), nach der sich Stimuli hinsichtlich ihres angstauslösenden Potentials aufgrund ihrer evolutionsgeschichtlichen Bedeutung unterscheiden, wird ferner ein Zusammenhang zwischen sozialer Angst und Dominanzhierarchien hergestellt (Öhman & Dimberg, 1978). Hierbei wird besonders der Mimik eine wichtige Funktion beim Ausdruck und bei der Kommunikation dominanten oder submissiven Verhaltens eingeräumt. Das rechtzeitige Erkennen von dominantem Verhalten und die Hemmung, selbst andere zu dominieren, sicherte das Überleben in der Rangordnung niedrig stehender Individuen. Eine biologisch determinierte Assoziation von mimischem Ausdruck und Angst soll diesen

Überlebensvorteil erleichtern. Experimentelle Untersuchungen erbringen Hinweise auf eine gewisse biologische Prädisponiertheit bestimmter Mimiken. Aversive Konditionierung auf ärgerliche Gesichtsausdrücke erweist sich z.B. als löschungsresistenter als bei der Verwendung freudiger oder neutraler Gesichter, ist aber nicht mit einer schnelleren Konditionierbarkeit assoziiert (Dimberg, 1986; Öhman, 1986). Bisher ist noch nicht nachgewiesen, dass sozial ängstliche Personen leichter Angstreaktionen auf bedrohliche Gesichtsausdrücke als Kontrollpersonen entwickeln. Personen mit einer sozialen Angststörung unterscheiden sich z.B. in einer Untersuchung von De Jong, Merckelbach, Bögels und Kindt (1998) nicht von Kontrollpersonen in ihrer Reaktion auf ärgerliche Mimik. Ärger bei anderen auszulösen, gehört bei sozial ängstlichen Personen außerdem weniger zu den zentralen Sorgen, vielmehr befürchten sie, sich vor anderen zu blamieren. Zudem ist mit dem Konzept der biologischen Prädisponiertheit von bestimmten Gesichtsausdrücken noch nicht erklärt, wie neutrale soziale Reize Angst auslösen.

Beim Erlernen komplexer Reaktionen sind in der Regel auch Prozesse des sozialen Lernens von Bedeutung. Für den Erwerb von Furchtreaktionen durch Beobachtung existieren v.a. tier-experimentelle Befunde (z.B. Mineka & Cook, 1988). Aus dem Humanbereich weist eine Studie von Muris, Steerneman, Merckelbach und Meesters (1996) auf die Weitergabe ängstlichen Verhaltens von Müttern auf ihre Kinder über stellvertretendes Lernen hin. So finden die Autoren eine positive Beziehung zwischen dem Ausmaß, in dem die Mütter ihre Angst offen ausdrücken und der Schwere der kindlichen Angst. Auch beim Erwerb sozialer Ängste spielen derartige Mechanismen vermutlich eine Rolle. Einer retrospektiven Umfrage zufolge geben z.B. 13% der sozial phobischen Probanden an, dass der Beginn ihrer Problematik mit stellvertretenden Lernerfahrungen zusammenhängt (Öst & Hughdahl, 1981). Kinder ahnen dabei ängstliches Verhalten in ihrer Umgebung nach und können so z.B. Gewohnheiten in der elterlichen Gestaltung von Sozialkontakten übernehmen. Es existieren einzelne retrospektive Befunde zu Auffälligkeiten in der elterlichen sozialen Interaktion von sozial ängstlichen Personen, z.B. wird erwähnt, dass entsprechende Eltern weniger soziale Kontakte haben, oder dass sie den Ansichten ihrer Mitmenschen große Bedeutung zumessen (Bruch & Heimberg, 1994; Caster, Inderbitzen & Hope, 1999; Rapee & Melville, 1997).

### *Bindungsverhalten und Erziehungseinflüsse*

Nach der klassischen Bindungstheorie von Bowlby (1973) kann ein ungünstiges Bindungsverhalten der Bezugsperson zur Entstehung ängstlichen Verhaltens beim Kind führen. In ihrer systematischen Erforschung der Mutter-Kind-Beziehung mit Hilfe des „Fremde-Situation-Tests“ kategorisieren Ainsworth, Blehar, Waters und Wall (1978) unterschiedliche Bindungstypen.

Sicher gebundene Kinder zeichnen sich neueren Studien gemäß z.B. durch höhere Beliebtheit unter Gleichaltrigen, ausgeprägteres Sozialverhalten, mehr Freunde und bessere Schulleistungen als Kinder mit problematischem Bindungsstil aus (Cohn, Patterson & Christopoulos, 1991; Elicker, Englund & Sroufe, 1992). Eine prospektive Studie über einen Zeitraum von 20 Jahren zeigt, dass 28% von Kindern mit ängstlich-vermeidendem Bindungsmuster gegenüber 13% von Kontrollkindern später eine Angststörung (Trennungsangst, Störung mit Überängstlichkeit oder soziale Phobie) vorweisen (Warren, Huston, Egeland & Sroufe, 1997). Diese Zusammenhänge zwischen Mutter-Kind-Bindung und kindlicher sozialer Interaktion lassen Bindungseinflüsse auf die Entstehung der sozialen Angststörung vermuten, wenngleich die Spezifität des Zusammenhangs unklar bleibt.

Wie oben erwähnt, leiden manche Eltern von Kindern mit einer Angststörung selbst unter einer Angstproblematik, was Einflüsse der Vererbung oder des Modellernens nahe legt. Eltern mit eigenen pathologischen Ängsten verstärken außerdem häufig das Vermeidungsverhalten ihrer Kinder, weil sie z.B. aufgrund der eigenen Problematik viel Verständnis für die Schwierigkeiten der Kinder haben. Dadurch fehlt den ängstlichen Kindern die Ermutigung zum Ausprobieren sozialer Verhaltensweisen und zur Überwindung eigener Ängste. Barrett, Rapee, Dadds und Ryan (1996a) bezeichnen dies als „FEAR effect“ – „Family Enhancement of Avoidant Responses“. Sie belegen in einer experimentellen Studie, dass ängstliche Kinder nach Interaktion mit ihren Eltern eine Zunahme an Vermeidungsverhalten zeigen. Kortlander, Kendall und Panichelli-Mindel (1997) untersuchen in diesem Zusammenhang angstfördernde Kognitionen bei Müttern von Kindern mit einer Angststörung. Die Mütter äußern im Vergleich zu Kontrollpersonen negativere Erwartungen an die Bewältigung ihrer Kinder in einer sozialen Situation. Gelingt den Kindern der geforderte fünfminütige Vortrag, so tendieren die Mütter zu externalen und stabilen Attributionen. In Kapitel 1.1.4 ist bereits auf den Zusammenhang zwischen Schüchternheit und bestimmten Erziehungsverhaltensweisen eingegangen worden. Retrospektiv erinnern sozial ängstliche Erwachsene darüber hinaus häufig einen überbehütenden oder ablehnenden Erziehungsstil ihrer Eltern (Bruch, 1989; Dadds & Barrett, 1996; Gerlsma, Emmelkamp & Arrindell, 1990; Rapee & Melville, 1997; Siqueland, Kendall & Steinberg, 1996). Krohne und Hock (1994) sagen anhand eines inkonsistenten und extrem tadelnden Erziehungsstils die Ängstlichkeit bei Kindern vorher. V.a. aufgrund der Inkonsistenz sollen den Kindern den Autoren nach Sicherheitssignale fehlen, anhand derer sie das für sie bedrohliche Verhalten der Eltern vorhersagen könnten. Diese Unkontrollierbarkeit kann die Entwicklung von Angst fördern (Seligman, 1992). Seligman (1992) führt ferner die so genannten „Sonntagskinder“ an, bei denen jegliche Tätigkeit positiv verstärkt wird. Probleme oder Entscheidungen

werden den Kindern abgenommen. Dadurch soll es ihnen schwer fallen, Bewältigungsstrategien zu erlernen, und sie können bei den ersten sozialen Schwierigkeiten im Kindergarten scheitern. Am Rande sei hierbei vermerkt, dass stilles und zurückhaltendes Verhalten zudem generell positiv bewertet und damit auch gefördert wird (Lübben & Pfingsten, 1999).

Lieb und Kollegen (2000) interessieren sich im Rahmen der EDSP-Studie auch für den prospektiven Zusammenhang zwischen Erziehungsstil sowie Psychopathologie der Eltern und sozialer Angst bei Jugendlichen. Neben der Existenz der sozialen Angststörung bei einem Elternteil trägt gemäß ihrer Ergebnisse auch das Vorliegen einer Depression oder von Alkoholismus zur Entstehung sozialer Ängste beim Jugendlichen bei. Außerdem stellt ein überbehütender und zurückweisender Erziehungsstil einen Prädiktor für eine soziale Angststörung beim Kind dar. Der Erziehungsstil erweist sich dabei unabhängig von der Psychopathologie der Eltern als relevant. Bögels, van Oosten, Muris und Smulders (2001) weisen allerdings darauf hin, dass elterliche Zurückweisung, fehlende emotionale Wärme bzw. gering ausgeprägte Geselligkeit nicht nur spezifisch für Familien mit sozial ängstlichen Kindern sind, zumindest unterscheiden sich diese Familien in ihrer Studie nicht von einer klinischen Kontrollgruppe.

In verschiedenen Studien wird zudem die Interaktion ängstlicher Eltern mit ihren Kindern während familiärer Diskussionen über kritische oder angstbesetzte Themen beobachtet. Ängstliche Eltern zeichnen sich dabei durch eine kritischere Haltung, weniger positive Aufmerksamkeit oder Zuneigung, weniger Lächeln und mehr katastrophisierende Bemerkungen aus als nicht ängstliche Eltern (z.B. Hirshfeld, Biederman, Brody, Faraone & Rosenbaum, 1997; Whaley, Pinto & Sigman, 1999). In einer aktuellen Studie steht die Frage im Mittelpunkt, ob ängstliche Eltern ihre Kinder in einer Spielsituation von altersangemessenen Aktivitäten abhalten (Turner, Beidel, Roberson-Nay & Tervo, 2003). Dies wird nicht bestätigt, auch verhalten die Eltern sich hierbei nicht auffallend kritisch oder besorgt. Die Autoren schließen daraus, dass sich das Verhalten ängstlicher Eltern nicht generell von dem nicht ängstlicher unterscheidet, sondern nur in für sie kritischen Situationen. Allerdings sind ängstliche Eltern während der Spielsituation angespannter und geben stärkere Besorgnis bei anderen Aktivitäten ihrer Kinder, wie z.B. Skateboardfahren oder Campen, an. Diese subtilen Gefühle werden allerdings nicht offen ausgedrückt, was durch das Ergebnis eines weiteren Fragebogens zum familiären Klima bestätigt wird: Hierin zeichnen sich Familien mit ängstlichem Elternteil durch niedrigere Werte im emotionalen Ausdruck aus, d.h. Familienmitglieder werden weniger darin unterstützt, ihre Gefühle offen zu zeigen. Dies wird durch die Beobachtung in einer Studie von Melfsen, Osterlow und Florin (2000) bestätigt, in der sich die Mütter sozial ängstlicher Kinder ebenfalls durch Mängel im emotionalen Ausdruck auszeichnen. Dies kann für die Verhinderung einer

Weitergabe von Ängsten der Eltern förderlich sein, allerdings mag auch das Kind bei Defiziten im Ausdruck eigener Ängste weniger soziale oder emotionale Unterstützung erfahren.

Rapee und Sweeney (2001) weisen schließlich auf den umgekehrten Einfluss von ängstlichem Verhalten der Kinder auf die Eltern hin. Zurückhaltung und Angst auf Seiten des Kindes kann die Eltern z.B. veranlassen, ins Geschehen einzugreifen. Hieraus mag sich eine kontrollierende und direktive Haltung ergeben, die wiederum Auswirkungen auf das Kind besitzt. Ein interessantes Ergebnis liefert diesbezüglich eine Längsschnittuntersuchung mit schüchternen Kindern im Alter von zwei und vier Jahren (Rubin, Nelson, Hastings & Asendorpf, 1999). Die elterliche Wahrnehmung der Schüchternheit ihres Kindes im Alter von zwei Jahren stellt dabei einen Prädiktor für geringe Ermunterung zur Selbstständigkeit der Kinder im Alter von vier Jahren dar.

### *Kognitive Faktoren*

Kognitive Faktoren spielen insbesondere bei der Aufrechterhaltung sozialer Ängste eine bedeutende Rolle. Für Erwachsene existieren verschiedene, empirisch größtenteils abgesicherte Modelle zum Beitrag der verzerrten Informationsverarbeitung für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer sozialen Angststörung, wohingegen dies für den Kinder- und Jugendbereich noch aussteht. Da aber auch bei sozial ängstlichen Kindern und Jugendlichen dysfunktionale Kognitionen vorzufinden sind (siehe 1.1.2), ist zumindest teilweise von einer Übertragbarkeit der Modelle auszugehen. Daher werden die wichtigsten Modelle hier kurz vorgestellt.

Schlenker und Leary (1982) formulieren in ihrem Selbstdarstellungs-Modell den Grundgedanken, wonach soziale Angst dann entsteht, wenn eine Person einen bestimmten Eindruck bei anderen Personen erwecken will und sich gleichzeitig aufgrund von überzogenen Standards oder einem Mangel an sozialen Fertigkeiten nicht dazu in der Lage sieht.

Beck und Emery (1985) sprechen in ihrem Modell von so genannten Gefahren-Schemata, die bei meist harmlosen Auslösern aktiviert werden und zur selektiven Wahrnehmung und einseitigen Interpretation führen. Diese Gefahrenschemata sind den Autoren gemäß bei sozial Ängstlichen chronisch aktiviert, so dass ihre selektive Aufmerksamkeit ständig auf eigene Schwächen oder früheres Versagen gelenkt wird. Andere Informationen werden ausgeblendet, so dass andauernd ein Eindruck von Gefahr und Unkontrolliertheit vorherrscht. Ein sozial ängstliches Kind mag z.B. die Einladung zu einer Geburtstagsfeier als äußerst bedrohlich empfinden, weil es sich vorstellt, wie es sich bei den Spielen im Kreis aller Kinder blamieren könnte. Als Resultat werden solche Situationen als ängstigend erlebt und führen zu Vermeidungs- und Flucherverhalten.

Clark und Wells (1995) beschreiben bestimmte Annahmen, die sozial ängstliche Personen über sich und ihre soziale Welt vor dem Hintergrund früherer Erfahrungen entwickeln. Dabei nennen sie übertrieben hohe Standards für das soziale Auftreten (z.B. „Ich muss mich immer perfekt ausdrücken“), negative Überzeugungen über Konsequenzen ihres eigenen Verhaltens oder der Erscheinung (z.B. „Wenn meine Hände zittern, denken alle, dass ich unfähig bin“) und generell negative Überzeugungen über die eigene Person (z.B. „Ich bin unintelligent“). Dies führt zur Wahrnehmung sozialer Bedrohung und zur Antizipation eigenen Versagens. Die Autoren betonen hierbei v.a. die kognitive Repräsentation des Selbst, die aufgrund einer übersteigerten Selbstaufmerksamkeit, inadäquater Gedächtnisprozesse und Fehlattritionen von Körperreaktionen verzerrt ist. Nicht zuletzt sind wichtige Bestandteile des Modells so genannte Sicherheitsverhaltensweisen, die das Eintreten gefürchteter Konsequenzen verhindern sollen. Hierzu zählt z.B. das Vermeiden von Blickkontakt oder das Tragen geschlossener Kleidung, um gerötete Haut zu verbergen. Dieses Verhalten steigert zum einen die Selbstaufmerksamkeit, zum anderen kann es die Aufmerksamkeit der Umgebung auf die Betroffenen lenken und damit gefürchtete Konsequenzen bestätigen. Die Angst äußert sich schließlich in körperlicher Erregung und kognitiven Symptomen wie Blackouts, die wiederum als Zeichen von Versagen interpretiert werden. Wenn außerdem Informationen aus der Umgebung beachtet werden, werden sie verzerrt wahrgenommen und interpretiert. Beispielsweise bemerken sozial ängstliche Personen Reaktionen anderer vermehrt, wenn sie sie als Ablehnungszeichen interpretieren und behalten diese auch besser im Gedächtnis.

Rapee und Heimberg (1997) stellen den Wunsch nach positiver Bewertung und die Erwartung negativer Bewertung durch andere in das Zentrum ihres Modells und betonen den Prozesscharakter in der fortlaufenden Informationsverarbeitung eines Individuums. Begibt sich demnach eine Person in eine soziale Situation, so konzentriert sie sich zum einen auf die mentale Repräsentation des eigenen Selbst (äußere Erscheinung oder Verhalten), zum anderen auf externe Hinweise für eine mögliche negative Bewertung. Zudem stellt die Person dem Modell nach Vermutungen über die Erwartungen der Umgebung an und vergleicht diese mit der mentalen Repräsentation der eigenen Person. Schließlich erfolgt ein Urteil über die Wahrscheinlichkeit und die Konsequenz negativer Bewertung aus der wahrgenommenen Diskrepanz zwischen Erwartungen und eigenem Verhalten oder äußerer Erscheinung. Fällt die angenommene Wahrscheinlichkeit für eine negative Bewertung hoch aus, so entsteht Angst mit behavioralen, kognitiven und physiologischen Symptomen. Die Autoren postulieren dabei bei sozial ängstlichen Personen ähnlich wie in den anderen Modellen eine Häufung von negativen Fehlinterpretationen mehrdeutiger oder indirekter Rückmeldungen, eine auffallende Unter-

schätzung eigener sozialer Kompetenzen bei gleichzeitiger Überschätzung der Sichtbarkeit von Symptomen. Zudem weisen Rapee und Heimberg (1997) durch die erhöhte Selbstaufmerksamkeit auf eine Überforderung der Verarbeitungskapazität für Informationen hin, was mit sozial adäquatem Verhalten interferieren kann.

### *Soziale Kompetenzdefizite*

In den beschriebenen kognitiven Modellen werden dysfunktionale Kognitionen und ein übersteigerter Selbstfokus auf die eigene Kompetenz betont. Tatsächliche Defizite in der sozialen Kompetenz werden dabei insgesamt wenig beachtet. Wie eingangs erwähnt, wird nach Fydrich (2002) unter sozialer Kompetenz „...die Verfügbarkeit eines Verhaltensrepertoires verstanden, welches notwendig ist, um eine soziale Situation vorteilhaft zu gestalten.“ Er grenzt davon die soziale Performanz ab als „...das konkret gezeigte und daher auch von anderen beobachtbare Verhalten in sozialen Situationen...“ (S. 183). In frühen Theorien wurden soziale Ängste hauptsächlich als Folge von Defiziten in der sozialen Kompetenz angesehen, da dadurch soziale Anforderungen nicht bewältigt werden und ungünstige Konsequenzen resultieren (Trower, Bryant & Argyle, 1978). Fydrich (2002) kommt in seinem Überblicksbeitrag über den Zusammenhang zwischen sozialer Kompetenz und sozialer Angst bei Erwachsenen zu dem Schluss, dass soziales Verhalten von sozial ängstlichen Personen bei globaler Erfassung konsistent als wenig angemessen und ungünstiger als das von unauffälligen und klinischen Kontrollpersonen beurteilt wird (z.B. Norton & Hope, 2001; Rapee & Lim, 1992). Bei spezifischen Maßen zur sozialen Kompetenz, etwa zum Blickkontakt oder zur Klarheit der Sprache, sind die Befunde weniger einheitlich, was an der mangelnden Reliabilität der Unterkategorien oder an der unterschiedlichen Operationalisierung der Konstrukte liegen kann.

Im Kinder- und Jugendbereich ist die empirische Basis hinsichtlich sozialer Kompetenzdefizite noch relativ gering. In einer nicht klinischen Stichprobe von 110 Schulkindern zwischen acht und elf Jahren, die an einer Redeübung teilnehmen, wird z.B. kein Zusammenhang zwischen sozialer Angst und objektiv erfassten sozialen Fertigkeiten, wohl aber zwischen der Angst und subjektiv eingeschätzten Fertigkeiten deutlich (Cartwright-Hatton, Hodges & Porter, 2003). Zu der gleichen Schlussfolgerung kommt die Arbeitsgruppe in einer aktuellen Veröffentlichung, in der objektive Beobachter eine Gruppe von sozial ängstlichen Kindern im Alter zwischen zehn und elf Jahren nicht von einer als wenig sozial ängstlich eingestuften Gruppe von Kindern durch ihre Leistung in einer Konversationsaufgabe mit einem unbekannten Erwachsenen unterscheiden können. Die sozial ängstlichen Kinder schätzen sich aber erneut als weniger sozial kompetent ein, wobei sie irrtümlicherweise v.a. annehmen, dass andere ihre Nervosität bemerken

(Cartwright-Hatton, Tschernitz & Gomersall, 2005). Ebenso unterscheiden sich in einer aktuellen eigenen Untersuchung an insgesamt 59 Teilnehmern Kinder mit einer sozialen Angststörung nicht von subklinisch sozial ängstlichen bzw. Kontrollkindern hinsichtlich ihrer sozialen Fertigkeiten, die mit Basisvariablen wie Blickkontakt oder Klarheit der Äußerung erfasst werden (Tuschen-Caffier, Kühl, Schulze & Hoffmann, eingereicht). Auch hier zeichnet sich sowohl die klinische als auch die subklinische Gruppe durch eine negativere Selbsteinschätzung der Fertigkeiten aus. Spence, Donovan und Brechman-Toussaint (1999) untersuchen ebenfalls Merkmale kindlicher Sozialphobie bezüglich kognitiver Verzerrung, spezifischer sozialer Fertigkeiten und globaler sozialer Kompetenz bei 27 Kindern mit einer sozialen Angststörung und 27 Kontrollkindern. Ihre Ergebnisse legen geringer ausgeprägte Fertigkeiten bei den sozial ängstlichen Kindern nahe, die sich in geringerer Selbstbehauptung, weniger Initiativverhalten und weniger verbalen Äußerungen in der Peer-Interaktion zeigen. Bzgl. der Erfassung spezifischer Verhaltensweisen wie Blickkontakt, Anzahl der Wörter oder Latenzzeit bis zur ersten Äußerung in der kontrollierten Laborsituation lassen sich dagegen mit Ausnahme der Länge der Äußerungen keine Gruppenunterschiede finden.

Insgesamt ist die Befundlage zu Defiziten in sozialen Fertigkeiten bei sozial ängstlichen Kindern und Jugendlichen nicht eindeutig, zumal nicht beobachtete Verhaltensweisen nicht implizieren, dass die Betroffenen nicht über ein entsprechendes Verhaltensrepertoire verfügen. Der Zusammenhang zwischen Kompetenz und Performanz ist auch für den Erwachsenenbereich nicht erschöpfend beantwortet. Fydrich (2002) legt einen mittleren Zusammenhang zwischen beiden Konzepten nahe. Wenn Kinder in ihrem Sozialverhalten auffällig werden, unabhängig davon, ob dies aus Kompetenzdefiziten oder anderen Gründen wie fehlender Motivation, Verstärkung unangemessener Verhaltensweisen oder emotionaler Hemmung geschieht, impliziert dies jedenfalls negative Konsequenzen. In der Studie von Spence und Kollegen (1999) erhalten die sozial ängstlichen Kinder z.B. insgesamt weniger positive Reaktionen durch ihre Peers. Dies ist analog zu der unter 1.1.6 erwähnten Beobachtung der sozialen Funktionsbeeinträchtigung bei sozial ängstlichen und schüchternen Kindern. Bierman und Montminy (1993) stellen überblicksartig die unterschiedliche Bedeutung einzelner sozialer Fertigkeiten für verschiedene Entwicklungsstufen im Kindes- und Jugendalter dar und betonen die Wichtigkeit positiver Peer-Reaktionen für eine adäquate sozio-emotionale Entwicklung. Der beobachtbare Einsatz sozialer Fertigkeiten ist besonders im Kindesalter für den Aufbau von Freundschaften, der Identifikation mit einer Peergruppe oder der eigenen Identitätsentwicklung wichtig (Francis, 1990).

### *Vermeidungsverhalten*

Ein Klassifikationskriterium der sozialen Angststörung beinhaltet die Vermeidung bzw. das Ertragen von sozialen Situationen unter intensiver Angst. Im Abschnitt 1.1.2 wurde auf typische Auslösersituationen und empirische Hinweise auf entsprechendes Vermeidungsverhalten bei Kindern verwiesen, das durch das Verhalten der Eltern z.T. gefördert wird. Das Vermeidungsverhalten des Kindes wird durch die Reduktion der Angst negativ verstärkt und verhindert eine Löschung der Angstreaktion bzw. den Erwerb neuer Erfahrungen. Kashdan und Herbert (2001) machen darauf aufmerksam, dass ausgeprägtes Vermeidungsverhalten insbesondere bei Kindern schädliche Konsequenzen durch die Gefahr mit sich bringen kann, wichtige Fertigkeiten für eine bestimmte Entwicklungsstufe nicht zu erwerben. Nehmen Eltern ihr Kind beispielsweise stets vor Bemerkungen von Peers in Schutz und erlauben ihm häufig, die Schule aus Angst vor den Peers nicht zu besuchen, mag es wenig Gelegenheit erhalten, sich selbst behaupten zu lernen. Zudem können sich durch Vermeidungsverhalten realitätsferne kognitive Schemata entwickeln, die wiederum wie oben ausgeführt ängstliches Verhalten fördern können. Nach Ollendick und Hirshfeld-Becker (2002) ist sozialer Rückzug zwischen dem frühen und späten Grundschulalter zunehmend mit negativer Peer-Wahrnehmung und Schwierigkeiten in der Peer-Interaktion verbunden. Ab der fünften Klasse ist Schüchternheit und sozialer Rückzug den Autoren nach mit vermindertem Selbstwertgefühl und internalisierenden Symptomen verbunden. Dies unterstreicht die Bedeutung angemessenen sozialen Verhaltens für Kinder und Jugendliche.

### *Zusammenfassung der Entstehung und Aufrechterhaltung sozialer Angst*

Die genetische Weitergabe einer Vulnerabilität für eine soziale Angststörung, neurobiologische Auffälligkeiten, wie z.B. ein Hyperarousal neuronaler Angstschaltkreise, oder ein durch Geheimtheit gekennzeichnetes Temperament haben sich als relevante ätiologische Faktoren für eine soziale Angststörung ergeben. Ebenso wird die Beobachtung oder tatsächliche Erfahrung ungünstiger sozialer Interaktion sowie ein Erziehungsstil, der vermeidendes und übervorsichtiges Verhalten in sozialen Situationen fördert, hinzugezählt. Hat ein Kind eine Disposition zu einer sozialen Angststörung durch einzelne oder eine Kombination dieser ätiologischen Faktoren erworben, so können dysfunktionale Kognitionen, soziale Kompetenzdefizite oder Vermeidungsverhalten zur Manifestation und Aufrechterhaltung der Störung beitragen. Durch einen Aufschaukelungsprozess verstärken sich die einzelnen Bedingungen und erschweren eine selbstständige Überwindung der sozialen Angst. So kann beispielsweise eine negative Erfolgs-erwartung in einer sozialen Situation das Auftreten von Angst hervorrufen, was zur Vermeidung der Situation führt und somit die negative Einschätzung korrigierende Erfahrungen verhindert.

Bei erneuter Herausforderung durch die soziale Situation steigt die Wahrscheinlichkeit für Fluchtverhalten, so dass im Laufe der Zeit der Erwerb von Kompetenzen für die Bewältigung derartiger Situationen ausbleibt. Dies wiederum fördert Misserfolgserwartungen, die einen Teufelskreis durch erneute Verstärkung der Angst in Gang setzen.

## 1.2 DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG SOZIALER ÄNGSTE IM KINDES- UND JUGENDALTER

### 1.2.1 Diagnostik

Zur Erfassung des vielfältigen Erscheinungsbilds sozialer Ängste, zur differentialdiagnostischen Abklärung und zur Analyse ätiologischer und aufrechterhaltender Bedingungen ist eine ausführliche Diagnostik ebenso notwendig wie zur Therapieplanung und -kontrolle. Es wird wie auch bei anderen psychischen Störungen gefordert, soziale Angst auf unterschiedlichen Ebenen, d.h. auf motorischer, emotionaler, kognitiver und physiologischer Ebene, und mit Hilfe unterschiedlicher Methoden zu erfassen (Heidenreich & Stangier, 2002; McNeil, Ries & Turk, 1995). Insbesondere im Kindes- und Jugendalter wird dabei Wert auf die Einbeziehung des Fremdurteils, z.B. von Bezugspersonen oder Lehrern, gelegt (Döpfner, 2000). Bei der Befragung von sozial ängstlichen Kindern wird zudem darauf hingewiesen, dass die Begegnung mit fremden Personen und der Bewertungscharakter der Situation für die Kinder eine hohe Belastung darstellen können. Daher sollte ausreichend Zeit für den Beziehungsaufbau, z.B. durch Spiele oder kindgerechtes Material bei der Befragung, verwendet werden (Albano et al., 1995a). Im Folgenden wird ein Überblick über geläufige deutschsprachige Diagnostikverfahren für Kinder und Jugendliche gegeben.

#### *Interviews und Fragebögen*

Strukturierte Interviews eignen sich für einen Überblick über psychische Störungen bzw. für die Diagnosestellung nach DSM oder ICD. Für das Kindes- und Jugendalter steht hierfür z.B. das „Diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter“ (Kinder-DIPS; Unnewehr, Schneider & Margraf, 1995) zur Verfügung, das bei Kindern im Alter zwischen 6 und 18 Jahren spezifische psychische Störungen nach DSM-IV oder ICD-10 erfasst, wie z.B. expansive Verhaltensstörungen, affektive oder Angststörungen, darunter auch die soziale Angststörung. Außerdem existiert aus der Arbeitsgruppe von Döpfner das „Psychopathologische Befund-System für Kinder und Jugendliche“ (CASCAP-D; Döpfner, Berner, Flechtner, Lehmkuhl & Steinhausen, 1999), ein halbstrukturiertes Interview zur Beurteilung einzelner psychopathologischer Symptome. Anhand von 13 Bereichen werden hierbei die wichtigsten Merkmale psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter erhoben, wobei keine Diagnosestellung ermöglicht wird. Beide Verfahren können getrennt mit Bezugsperson und Kind durchgeführt werden. Ein weiteres Beispiel ist das „Mannheimer Elterninterview“ (Esser, Blanz,

Geisel & Laucht, 1989) für Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 16 Jahren, das relevante Hinweise auf behandlungsbedürftige psychische Störungen aus Sicht der Eltern gibt.

Auch Fragebögen liefern einen Überblick über mögliche psychische Beschwerden bei Kindern, die im Zusammenhang mit sozialer Angst stehen können. Dafür existieren v.a. Fremdbeurteilungsverfahren, etwa die „Child Behavior Checklist“ mit verschiedenen Versionen, so z.B. für Kinder und Jugendliche zwischen 4 und 18 Jahren aus Sicht der Eltern (CBCL; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998a) oder als Selbstbeurteilungsverfahren für Jugendliche („Youth Self Report“, YSR; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b). Ein älteres Beispiel stellt die „Marburger Verhaltensliste“ von Ehlers, Ehlers und Markus (1978) zur Abklärung kindlichen Problemverhaltens im Grundschulalter dar.

Verschiedene Fragebögen erlauben darüber hinaus die Erfassung von Ängsten im Kindes- und Jugendalter. Dazu gehört der klassische „Angstfragebogen für Schüler“ (AFS; Wieczkowski, Nickel, Janowski, Fittkau & Rauer, 1974), der manifeste Angst, Prüfungsangst, Schulunlust und soziale Erwünschtheit erfasst. Mit Hilfe des „State-Trait-Anxiety Inventory“ in der deutschen Version für Kinder (STAIK; Unnewehr, Schneider & Margraf, 1992) kann Angst als überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal sowie als vorübergehender emotionaler Zustand erfasst werden, wobei v.a. letzteres für die Verwendung im Rahmen von Behandlungen z.B. bei Expositionenübungen nützlich ist. Eine aktuelle Studie liefert eine erste deutsche Normierung für diese Version (Weinbrenner, 2005a). Der Kinder-Angst-Test von Thurner und Tewes (KAT-II; 2000) erlaubt ebenfalls die Erfassung von allgemeiner Ängstlichkeit und von Zustandsängsten. Außerdem sei der Angstsensitivitätsindex für Kinder (CASI; Schneider & Hensdiek, 1994) erwähnt, der die Tendenz, körperliche Empfindungen als bedrohlich wahrzunehmen, erfasst. Aus dem „Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter“ von Döpfner und Lehmkuhl (DISYPS-KJ; 2000) kann zudem ein Selbstbeurteilungsbogen für Angststörungen genutzt werden, der auch in einer Fremdbeurteilungsform vorliegt. Aus demselben System steht ferner eine Checkliste für Angststörungen zur Verfügung.

Für die Erfassung speziell sozialer Ängste bei Kindern und Jugendlichen gibt es im deutschen Sprachraum bislang wenige Verfahren. Ein Beispiel ist die deutsche Übersetzung der „Social Anxiety Scale for Children“ von Melfsen und Florin (SASC-R-D; 1997). Darin werden Fragen zur Angst vor negativer Bewertung, zu negativen Gefühlen im Kontakt mit anderen und zur Vermeidung sozialer Situationen gestellt. Ein anderes ins Deutsche übersetzte Verfahren, das „Sozialphobie- und -angstinventar für Kinder“ (SPAIK; Melfsen, Florin & Warnke, 2001) orientiert sich im Gegensatz zur SASC-R speziell am Störungsbild der sozialen Phobie. Dieser Fragebogen ist bei Kindern ab acht Jahren einzusetzen und erfasst Kognitionen, somatische

Symptome sowie Vermeidungs- und Fluchtverhalten in verschiedenen Situationen. Ein neues Verfahren wird derzeit für die Beurteilung sozialer Ängste aus Sicht der Eltern vorbereitet („Elternfragebogen zu sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter“, ESAK; Weinbrenner, 2005b). Für Jugendliche können zudem Fragebögen aus dem Erwachsenenbereich wie z.B. die Übersetzungen der „Social Interaction Scale“ und der „Social Phobia Scale“ von Stangier, Heidenreich, Berardi, Golbs und Hoyer (1999) verwendet werden. Darüber hinaus geben Subskalen von Fragebögen Hinweise auf das Vorliegen sozialer Ängste. Dazu sei auf den „Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche“ (PHOKI; Döpfner, Schnabel & Ollendick, 2000) verwiesen, eine Übersetzung der „Fear Survey Schedule for Children“ (FSSC-R; Ollendick, 1983), der neben sozialer Ängste auch Schul- und Leistungsängste im Selbsturteil umfasst. Auch die „Child Behavior Checklist“ enthält eine Sekundärskala „Internalisierende Störungen“, die sich aus den Primärskalen „Sozialer Rückzug“, „Körperliche Beschwerden“ und „Angst/Depressivität“ zusammensetzt.

Zur Erfassung von Prüfungsängsten kann der bereits erwähnte „Angstfragebogen für Schüler“ oder das „Differentielle Angstinventar“ von Rost und Schermer (DAI; 1997) herangezogen werden. Mit Hilfe von Persönlichkeitsfragebögen lässt sich ferner gehemmtes Verhalten erfassen. So enthält der „Persönlichkeitsfragebogen für Kinder“ (PFK 9-14; Seitz & Rausche, 1992) die Skala „Zurückhaltung und Scheu im Sozialkontakt“. Mit der deutschen Fassung des „Emotionalitäts-Aktivitäts-Soziabilitäts-Temperamentinventars“ (EAS; Angleitner, Harrow, Hempel & Spinath, 1991) steht außerdem ein weiteres Verfahren zur Erfassung von Schüchternheit zur Verfügung. Kritisch anzumerken ist hierbei allerdings die mangelnde Differenzierung zwischen den Skalen „Soziabilität“ und „Schüchternheit“ (Spinath, 2000).

### *Verhaltensdiagnostik*

Neben Interviews und Fragebögen wird der Verhaltensdiagnostik in der Verhaltenstherapie ein großer Stellenwert eingeräumt (Heidenreich & Stangier, 2002), da hierdurch ein unmittelbarer Zugang zu dem interessierenden Merkmal (z.B. Kompetenzdefizite) gewährleistet wird und eine Validierung des Selbsturteils erfolgt. Es werden dabei Beobachtungen im natürlichen Umfeld von denen in einer Laborsituation unterschieden, letztere finden in der Regel als diagnostische Rollenspiele statt. Neben der Erfassung der Häufigkeit spezifischer Verhaltensaspekte (molekularer Ansatz) werden auch zusammengefasste Aspekte (molarer Ansatz), wie z.B. Gesprächsanteile, erfasst, die in der Regel hinsichtlich ihrer Qualität beurteilt werden (Fydrich & Bürgener, 1999). Die unterschiedlichen Kodierungsarten erschweren dabei häufig den Vergleich verschiedener Studien (McNeil et al., 1995).

Als klassisches Beispiel für eine kontrollierte Beobachtung gilt der „Behavioral Avoidance Test“ (BAT; Lang & Lazovik, 1963), bei dem phobisches Verhalten in Anforderungssituationen unter kontrollierten Bedingungen beobachtet wird. So wird z.B. empfohlen, Kinder einen fünfminütigen Vortrag zur eigenen Person halten zu lassen, der auf Video aufgezeichnet und nach vorher festgelegten Kriterien ausgewertet wird. Im Anschluss können die Kinder nach ihren Gefühlen und Gedanken während der Situation befragt werden (Albano et al., 1995a; Kendall & Treadwell, 1997). Interessante Aspekte bei einem BAT sind das Annäherungs- bzw. Vermeidungsverhalten in Form von z.B. Latenzzeiten, Distanzverhalten oder Dauer des Ausharrens in der Situation. Ein Vorteil des BAT liegt in der Möglichkeit der multimodalen Erfassung, da sowohl Aspekte auf der Verhaltensebene als auch z.B. physiologische Aspekte erhoben werden können. Als nachteilig wird der hohe Aufforderungscharakter der Situation und die Künstlichkeit der Laborsituation gesehen, beides schmälert die Validität der Ergebnisse. Zudem stellt der BAT eine allgemeine Erfassungsstrategie und kein einheitliches Verfahren dar, was zu großer Variation hinsichtlich der verwendeten Situationen oder Variablen führte (Barrios, 1998; McNeil et al., 1995). Ein v.a. bzgl. der Auswertung standardisiertes Verfahren stellt die Ratingskala für soziale Kompetenzen in der deutschen Fassung von Fydrich und Bürgener (RSK; 1999) dar. Probanden erhalten hierbei die Aufgabe, mit einer unbekannten, gegengeschlechtlichen Person ein dreiminütiges Gespräch zu beginnen und aufrechtzuerhalten, wobei nonverbale Indikatoren für soziale Kompetenzen, wie z.B. Blickkontakt oder Tonfall, erfasst werden. Das Verfahren gewährleistet eine Trennung zwischen Personen mit sozialer Angststörung und Personen ohne psychische Störung (Fydrich, 2002). Schowalter (2001) überprüft den Einsatz der Ratingskala mit Jugendlichen.

Mit Hilfe der Verhaltensdiagnostik lassen sich auch Kognitionen in sozialen Situationen erheben, wobei zwei Arten der Erfassung unterschieden werden: Bei Produktionsmethoden wird kein Antwortformat vorgegeben, sondern Wert auf die individuelle Wiedergabe der in einer sozialen Situation erlebten Gedanken gelegt. Dahingegen werden in Bestätigungsmethoden Kognitionen vorgegeben, die hinsichtlich ihrer Auftretenshäufigkeit beurteilt werden sollen. Kendall und Chansky (1991) führen Hilfsmittel an, die den Zugang zu Kognitionen von Kindern erleichtern können. Das kann z.B. die Vorstellung eines Kassettenrekorders sein, der im Kopf Aufnahmen von Gedanken macht, oder Cartoons mit leeren Sprechblasen zu kritischen sozialen Szenen, die die Kinder ausfüllen sollen. Außerdem kann das Ausmaß der empfundenen Angst während der sozialen Situation mit Hilfe z.B. eines Angstthermometers (Döpfner, 2000) erfasst werden.

Beidel und Turner (1998) empfehlen nicht zuletzt den Einsatz von Tagebüchern bei sozial ängstlichen Kindern, um ihre Reaktionen in relevanten Alltagssituationen zu erfassen.

### *Eltern-Kind-Übereinstimmung*

Eine wichtige Frage bei der Betonung verschiedener Informationsquellen für die Erfassung sozialer Angst ist die nach dem Grad der Übereinstimmung zwischen den Informationsquellen. Die Konkordanz zwischen den Aussagen von z.B. Eltern und Kind wird allgemein als gering angegeben, so kommt Klein (1991) in ihrem Review zu folgendem Schluss: „...good agreement between parent and child is almost never the rule...“ (S. 195). Auch aktuelle Studien bestätigen die hohe Varianz zwischen den Aussagen von betroffenen Kindern und ihren Eltern (z.B. Choudhury, Pimentel & Kendall, 2003; Comer & Kendall, 2004; DiBartolo, Albano, Barlow & Heimberg, 1998; Grills & Ollendick, 2003). Das Ausmaß der Diskrepanz variiert dabei in Abhängigkeit der erfassten Symptome, so fällt die Übereinstimmung hinsichtlich beobachtbarer Merkmale stärker aus als bei Fragen zu Emotionen oder physiologischen Symptomen (z.B. Comer & Kendall, 2004; Klein, 1991; Plück et al., 1997).

Rapee, Barrett, Dadds und Evans (1994) weisen zudem darauf hin, dass die Eltern-Kind-Übereinstimmung stärker ausfällt, wenn die Kinder älter als zehn Jahre sind. Jüngere Kinder spielen den Autoren zufolge ihre Ängste im Vergleich zu den Aussagen ihrer Eltern eher herunter. Da die Furcht vor negativer Bewertung das zentrale kognitive Merkmal der sozialen Angststörung darstellt, ist die Frage nach der Validität der Aussagen betroffener Kinder und Jugendlicher nahe liegend. Ein Hinweis auf eine eingeschränkte Validität bei den Aussagen von Kindern liefert der negative Zusammenhang zwischen den Vermeidungsratings der Kinder und einer Lügenskala eines Angstfragebogens in der Studie von DiBartolo und Kollegen (1998). Zudem kovariiert die Lügenskala mit dem klinischen Urteil über den Schweregrad der kindlichen sozialen Angst, d.h. bei ausgeprägterer Symptomatik gemäß des klinischen Urteils ist auch die Tendenz, sich zu verstehen, bei den Kindern stärker. Diese Befunde machen erneut auf die Bedeutung einer angenehmen diagnostischen Situation für die Kinder aufmerksam, da zumindest manche Kinder eine Bekräftigung eigener Ängste als beschämend empfinden mögen. Zudem wird die Notwendigkeit einer Berücksichtigung mehrerer Informationsquellen bekräftigt. Die Frage nach der relativen Validität der Aussagen von Eltern im Vergleich zu ihren Kindern bleibt allerdings nach wie vor unklar, wie aus dem aktuellen Review über den Stand der Diagnostik bei Angststörungen von Brooks und Kutcher (2003) hervorgeht.

### 1.2.2 Therapie

Als Richtlinien für die Behandlungsbedürftigkeit kindlicher Ängste werden starke und anhaltende Beeinträchtigungen genannt, die langfristig die normale Entwicklung verhindern und Probleme in der Familie oder anderen Lebensbereichen, wie z.B. in der Schule, auslösen (Barrios & O'Dell, 1989; Ronen, 1997). Im Folgenden wird zunächst auf Elemente kognitiv-behavioraler Interventionen für behandlungsbedürftige soziale Ängste bei Kindern und Jugendlichen eingegangen. Anschließend werden komplexe kognitiv-behaviorale Behandlungsprogramme sowie deren empirische Absicherung vorgestellt. Auf tiefenpsychologische, personenzentrierte oder systemische Therapien für die Behandlung der sozialen Angststörung wird an dieser Stelle aufgrund der mangelnden empirischen Absicherung dieser Verfahren (vgl. Kashdan & Herbert, 2001) nicht näher eingegangen.

#### *Überblick*

In den letzten 20 Jahren wurden zahlreiche Fortschritte in der Behandlung der sozialen Angststörung für Erwachsene gemacht, so dass eine positive Bilanz für die kognitiv-behaviorale Therapie gezogen werden kann. So belegen Meta-Analysen zur Überprüfung der Wirksamkeit entsprechender Behandlungen deren kurz- und langfristige Effektivität (Chambless & Hope, 1996; Fedoroff & Taylor, 2001; Feske & Chambless, 1995; Gould, Buckminster, Pollack, Otto & Yap, 1997; Taylor, 1996). Dabei kommen sowohl verhaltensorientierte Interventionen wie Exposition- oder Entspannungsverfahren sowie soziale Kompetenztrainings als auch kognitiv betonte Interventionen wie Selbstinstruktionstrainings oder Methoden zur kognitiven Umstrukturierung zum Einsatz. Die Untersuchung der differentiellen Wirksamkeit einzelner Therapiebausteine von kombinierten Programmen in der Erwachsenenpsychotherapie erbringt eine vergleichbare Wirkung von Expositionsbefehlungen und kombinierten Programmen (z.B. Exposition mit kognitiver Therapie oder sozialem Kompetenztraining). Unklar bleibt die Frage, ob ein zusätzlicher Einsatz von kognitiver Therapie Expositionsbefehlungen verbessert (Harb & Heimberg, 2002).

Die systematische Überprüfung kognitiv-behavioraler Therapien für die soziale Angststörung im Kindes- und Jugendalter liegt dagegen noch in den Anfängen (Kashdan & Herbert, 2001). In der Regel stellen die Interventionsansätze für Kinder mit sozialen Ängsten eine Modifikation von Erwachsenenprogrammen dar, obwohl häufig betont wird, dass z.B. Unterschiede im kognitiven Entwicklungsstand oder in der Relevanz des sozialen Umfelds besondere Berücksichtigung bei der Behandlung der kindlichen sozialen Angststörung bedürfen (z.B. Melfsen, 2002). Zudem

werden oftmals Behandlungen für Kinder oder Jugendliche mit gemischten Angststörungen, selten dagegen spezifisch für die soziale Angststörung angeboten. Weitergehende Aussagen zur Wirkungsweise einzelner Behandlungstechniken sind derzeit noch nicht möglich, da sich die Forschung bei Kindern und Jugendlichen auf die Evaluation einzelner komplexer Behandlungsprogramme beschränkt (Döpfner & Lehmkuhl, 2002), eine Ausnahme stellen Überprüfungen sozialer Kompetenztrainings (Beelmann, Pfingsten & Lösel, 1994; Döpfner, Schlüter & Rey, 1981) sowie eine erste Analyse von Therapiesegmenten bei Kendall und Kollegen (1997) dar.

Als typische Interventionen nennen Barrios und O'Dell (1989) in ihrem Überblick über Angststörungen bei Kindern systematische Desensibilisierung, Expositionstherapien, Kontingenzmanagement oder Modelllernen. Aktuelle Übersichten ergänzen Verfahren wie Psychoedukation, kognitive Umstrukturierung, Training sozialer Fertigkeiten und Rückfallprävention (Albano & Kendall, 2002; Velting & Albano, 2001). Im Folgenden werden einzelne Interventionen näher erläutert.

### *Training sozialer Kompetenzen*

Soziale Kompetenztrainings dienen dem Aufbau verbaler und nonverbaler sozialer Fertigkeiten sowie der Förderung von Vertrauen in eigene Kompetenzen (Lübben & Pfingsten, 1999). Im Mittelpunkt stehen hierbei Rollenspiele, bei denen die Kinder relevante soziale Situationen aus ihrem Alltag nachstellen. Rollenspiele sind v.a. wegen ihres strukturierten Vorgehens, der differenzierten Rückmeldung und der Fremd- und Selbstverstärkung effektiv (Petermann, 1993). Als Ergänzung wird der Einsatz von Video empfohlen (Ullrich & Ullrich de Muynck, 1999), um die eigene Selbstwahrnehmung und Therapiefortschritte zu überprüfen. Konkrete Instruktionen für das Zielverhalten, korrigierendes und verstärkendes Feedback sowie Modelllernen in verschiedenen Varianten tragen schließlich zum Kompetenzaufbau bei (Barrios & O'Dell, 1989; Petermann et al., 2000). Beim stellvertretenden Modelllernen beobachten die Kinder, wie eine andere Person, z.B. der Therapeut, in einer sozialen Situation agiert. Der Lerneffekt aus solchen Übungen ist umso größer, je ähnlicher das Modell dem Kind im Alter, Angstgrad oder der Vorerfahrung im Umgang mit einer solchen Situation ist (Bulkeley & Cramer, 1990; Fox, Faw & Weber, 1991). Daher empfiehlt es sich, solche Trainings in Gruppen durchzuführen, so dass jedes Kind sowohl eine aktive als auch passiv-beobachtende Rolle einnehmen kann. Andere Varianten sind das symbolische Modelllernen, bei dem man sich Filmmaterial bedient, oder das „covert modeling“, bei dem sich ein Kind die Bewältigung der sozialen Aufgabe durch eine sozial kompetente Person aus seinem Bekanntenkreis vorstellt. Schließlich gehören auch Verhaltensübungen in realen sozialen Situationen als wichtige Bestandteile solcher

Interventionen dazu (Döpfner, 1987). Durch das Ausprobieren eigenen Verhaltens in sozialen Situationen bedeuten Rollenspiele ein Unterbrechen von Vermeidungsverhalten und enthalten daher auch Elemente von Exposition (Harb & Heimberg, 2002).

In einer Meta-Analyse von Beelmann und Kollegen (1994) über die Wirksamkeit sozialer Kompetenztrainings für Kinder ergeben sich insgesamt bedeutsame Effekte in mittlerer Ausprägung, so schneiden die behandelten Kinder nach der Intervention im Mittel besser als 68% der unbehandelten Kinder ab. Diese Veränderungen zeigen sich auch im Vergleich mit behandelten Kontrollgruppen, so dass man von spezifischen Verbesserungen ausgehen kann. Kritisch wird von Beelmann und Kollegen die langfristige Wirkung der Trainings sowie die mangelnde Generalisierung der Effekte gesehen. Die Autoren fordern daher eine spezifische und alltagsnahe Anpassung der Trainings für die individuellen Probleme der Kinder. Leider kann für unseren Zusammenhang keine Aussage über die spezifische Eignung dieses Verfahrens für die soziale Angststörung gemacht werden, da lediglich zwischen Kindern mit internalisierenden Störungen (sozialer Rückzug, Depression, Vernachlässigung) und externalisierenden Störungen unterschieden wird.

Döpfner, Schlüter und Rey (1981) vergleichen die Interaktionseffektivität und –frequenz, das Ausmaß sozialer Angst, negativer Selbstwertgefühle sowie allgemeiner Psychopathologie von zwölf selbstunsicheren Kindern zwischen neun und zwölf Jahren, die entweder an einem sozialen Kompetenztraining oder einer klientenzentrierten Spieltherapie teilgenommen haben. Auch nach acht Wochen zeigt sich zumindest der Tendenz nach eine Überlegenheit des sozialen Kompetenztrainings bzgl. aller genannten Variablen mit Ausnahme der sozialen Angst, die sich auch bei den mit Spieltherapie behandelten Kindern verringert.

### *Exposition*

Expositionsverfahren stellen die Konfrontation mit der ängstigenden Situation in den Vordergrund, um Habituationserfahrungen zu vermitteln und Angstreaktionen zu löschen. Aus kognitiver Sicht können zudem verzerrte Kognitionen durch korrigierende Erfahrungen während der Exposition verändert werden (Clark & Wells, 1995). Diese Form der Behandlung stellt für Kinder mit Angststörungen eine zentrale Komponente dar (King & Ollendick, 1997), wobei Schneider (2000) für die Durchführung ein graduiertes Vorgehen empfiehlt. Hierbei werden zunächst leichte Situationen aufgesucht, anschließend erfolgt eine schrittweise Annäherung an die schwierigsten Übungen. Die systematische Desensibilisierung beinhaltet ebenfalls konfrontative Elemente, da die Methode der Konfrontation in sensu zum Einsatz kommt, wobei die ersten Anzeichen von Angst mit Entspannungsreaktionen verbunden werden. Eine kindgerechte

Variante hiervon stellt das so genannte „emotive imagery“ dar, bei dem mit Hilfe von Vorstellungsbildern eine Angstreduktion erfolgt. So stellen sich die Kinder z.B. vor, wie ihr „Superheld“ die schwierige Situation meistert (z.B. Cornwall, Spence & Schotte, 1996).

### *Kognitive Intervention*

Für die Bearbeitung ungünstiger Gedanken werden kognitive Ansätze herangezogen (Kendall, 1993; Petermann & Petermann, 2000). Durch Selbstbeobachtung in umgrenzten Situationen mit Hilfe kindgerechten Materials, wie z.B. einem Detektivbogen, werden zunächst relevante Kognitionen identifiziert und auf ihre Angemessenheit hin überprüft. Dabei erweist sich das reale Aufsuchen von Situationen für den Zugang zu dysfunktionalen Kognitionen als hilfreich. Anschließend erfolgt eine Modifikation der ungünstigen Kognitionen in für die Situation hilfreichere Varianten. Petermann und Kollegen (2000) empfehlen außerdem das Einüben von Selbstverbalisationen nach dem Konzept von Meichenbaum (1979), bei dem die Kinder ihre Angst in kritischen Situationen durch positive innere Selbstgespräche zu reduzieren lernen. Außerdem wird bei kognitiven Ansätzen der charakteristischen einseitigen Wahrnehmung und Interpretation der sozialen Umwelt Beachtung geschenkt. Dazu gehört die Vermittlung eines Gespürs für nonverbale Körpersprache, so wird in dem Programm von Kendall, Kane, Howard und Siqueland (1990) z.B. eine Sitzung auf die Schulung der emotionalen Wahrnehmung und des emotionalen Ausdrucks verwendet. Nicht zuletzt dienen kognitive Ansätze der Informationsvermittlung über Angstsymptome sowie deren Entstehung und Funktion. Kendall und Kollegen (1997) vergleichen in ihrem komplexen Therapieprogramm für Kinder mit Angststörungen zwei Teile, wobei der eine kognitiver Natur ist und der andere Rollenspiele und Expositionübungen enthält. Dabei zeigt sich, dass der erste Teil für die erzielten Erfolge nicht ausreichend ist, während der zweite Teil im Anschluss an den ersten Teil die entscheidenden Veränderungen erbringt.

### *Operante Methoden*

Operante Methoden werden besonders in der Behandlung von Kindern häufig nahe gelegt (Barrios & O'Dell, 1989; Beidel & Turner, 1998). Mit Hilfe von positiver Verstärkung bei Annäherung an eine gefürchtete Situation und Zurückhalten von Belohnungen beim Ausbleiben der erwünschten Reaktion soll sozial adäquates Verhalten ausgeformt werden. Dieses Kontingenzmanagement empfiehlt sich z.B. zur Motivation für schwierige Expositionübungen, wobei die positive Verstärkung durch die Vergabe von Tokens erfolgt. Die Kinder tauschen diese anschließend nach einem vorher festgelegten Verstärkerplan in attraktive Dinge ein, wobei

dies immer mit sozialer Verstärkung gekoppelt erfolgen sollte, um später einen Übergang in Selbstverstärkung zu erleichtern (Knölker, Mattejat & Schulte-Markwort, 1997).

### *Entspannung*

Entspannungsverfahren wie etwa die progressive Muskelrelaxation werden bei Kindern in der Regel in Kombination mit anderen Verfahren eingesetzt (z.B. Kendall et al., 1997). Sie zielen auf einen verbesserten Umgang mit körperlicher Erregung in sozialen Situationen ab und sind vor allem in der direkten Anwendung in der sozialen Situation effektiv (Harb & Heimberg, 2002). Bei dieser Form der angewandten Entspannung ist eine Sensibilisierung für erste Anzeichen von Anspannung sowie ein rasches Erreichen eines entspannten Zustands im Alltag nötig. Durch den Einsatz der Entspannung in angstauslösenden Situationen sind auch hier konfrontative Elemente beteiligt.

### *Unterstützung durch Moderatoren*

Darüber hinaus wird das Einbeziehen von Moderatoren in die Behandlung diskutiert. Durch das erhöhte Risiko für die Entwicklung und Aufrechterhaltung kindlicher Ängste bei familiärer Häufung von Angststörungen liegt es z.B. nahe, die Eltern mit in die Therapie zu integrieren. Dabei kann sich zum einen eine Reduktion der elterlichen Ängste auf die Kinder auswirken. So belegt Windheuser (1977) als Erster den Einfluss von Modelllernen bei der Therapie von phobischen Kindern: Die kindlichen Ängste verbessern sich durch die Beobachtung der Kinder, wie die Eltern ihr eigenes Vemeidungsverhalten überwinden. Auch In-Albon und Schneider (2004) zeigen in einer prospektiven Studie, dass sich die Psychopathologie der Kinder bei erfolgreicher Therapie der elterlichen Angststörung reduziert. Durch die Schulung der Eltern in Bezug auf einen günstigen Umgang mit der Angst ihrer Kinder können zum anderen positive Effekte in der Behandlung der Kinder verstärkt werden. Die Befundlage ist hierzu allerdings nicht eindeutig. So wird auf der einen Seite von einer verbesserten Effektivität durch elterliche Unterstützung in der Therapie berichtet (Barrett, Dadds & Rapee, 1996b; Cobham, Dadds & Spence, 1998; Howard & Kendall, 1996). Mendlowitz und Kollegen (1999) vergleichen z.B. die Wirkung kognitiv-behavioraler Interventionen mit ängstlichen Kindern allein, mit Eltern und Kind sowie mit Eltern allein. In allen Gruppen nehmen die Angstsymptome der Kinder ab, die Kinder der Gruppe mit Elternbeteiligung zeichnen sich darüber hinaus durch einen ausgeprägteren Erwerb von aktiven Coping-Strategien aus. Andere Autoren können den positiven Effekt der Einbeziehung von Eltern dagegen nicht bestätigen (z.B. Bögels, 2004; Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 2000). Auch eine Nacherhebung an der Stichprobe

von Barrett und Kollegen (1996b) sechs Jahre später erbringt keinen Vorteil mehr durch den Einbezug der Familie (Barrett, Duffy, Dadds & Rapee, 2001).

Die Beteiligung von Peers in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen erleichtert die Aufrechterhaltung und Generalisierung von Behandlungserfolgen (Vaughn & Lancelotta, 1991). Peers dienen dabei als ideale Modelle für angemessenes soziales Verhalten insbesondere in der Peergruppe und erzielen mit sozialer Verstärkung eine besondere Wirkung bei den ängstlichen Kindern, da sie damit Gefühle von Peer-Akzeptanz vermitteln (Beidel & Morris, 1995; Greco & Morris, 2002). Bislang liegen einzelne Befunde über Interventionen mit sozial isolierten Kindern vor, die die Wirksamkeit von Peer-Interventionen belegen (Christopher, Hansen & MacMillan, 1991; Morris, Messer & Gross, 1995). Anwendungen bei sozial ängstlichen Kindern sind dagegen noch nicht veröffentlicht worden.

### *Setting*

Bei der Behandlung von sozialen Ängsten stellt sich auch die Frage nach dem Setting. Es wird angenommen, dass sich das Gruppensetting für die Behandlung der sozialen Angststörung besser bewährt, da die mehrmalige Begegnung der Teilnehmer in der Gruppensituation allein schon angstreduzierend wirkt (Harb & Heimberg, 2002; Peitz, Heidenreich & Stangier, 2002). Zumal stehen für Rollenspiele andere Modelle und Spielpartner neben dem Therapeuten zur Verfügung, es kann differenzierte Rückmeldung aus verschiedenen Perspektiven erfolgen und ausgeprägte soziale Unterstützung gegeben werden (Flannery-Schroeder & Kendall, 2000). Nicht zu vernachlässigen sind außerdem allgemeine Wirkfaktoren in der Gruppentherapie wie z.B. das verbindende Element der Universalität des Leidens in der störungsspezifischen Gruppe (Fiedler, 1996). Empirisch ist das Setting in der Behandlung der erwachsenen sozialen Angststörung systematisch untersucht worden, wobei sich allerdings keine eindeutigen Vorteile der Gruppentherapie ergeben (Federoff & Taylor, 2001; Gould et al., 1997). Flannery-Schroeder und Kendall (2000) vergleichen an einer Stichprobe mit 8- bis 14-jährigen Angstpatienten beide Arten des Settings und finden ebenfalls keine eindeutige Überlegenheit des Einzel- oder Gruppensettings. Die unten vorgestellten Behandlungsprogramme stellen Gruppenverfahren bzw. eine Kombination aus Gruppen- und Einzelbehandlung dar.

### *Komplexe Therapieprogramme für Angststörungen*

Aktuelle Programme kombinieren verschiedene der beschriebenen Interventionen, um differenzierte Wirkungen und gegebenenfalls Synergieeffekte zu erzielen (Petermann, 1993).

Tabelle 4 gibt einen Überblick über gegenwärtig geläufige kognitiv-behaviorale Programme<sup>5</sup>. Die beiden Programme aus der Arbeitsgruppe um Kendall sowie um Silverman stellen Interventionen für Kinder und Jugendliche mit gemischten Angststörungen dar (Kendall, Kane, Howard & Siqueland; 1990; Silverman et al., 1999a) und werden hier kurz miteinander verglichen. Das als Erstes entworfene „Coping-Cat-Programm“ von Kendall wird einem aktuellen Review von Kazdin (2002) gemäß zu den „empirisch validierten“ Behandlungen nach den Kriterien der „APA Task Force“ zur Beurteilung der empirischen Validierung (Chambless et al., 1998) gezählt. Anhand von Fallanalysen, zwei kontrollierten Gruppenstudien sowie Replikationen durch eine unabhängige Arbeitsgruppe aus Australien (Barrett, Dadds & Rapee, 1996b; Barrett, 1998; siehe Tabelle 4) ist die Wirksamkeit dieses Gruppenprogramms nachgewiesen, die auch über einen Zeitraum von sechs Jahren anhält (Barrett, Duffy, Dadds & Rapee, 2001).

Die Interventionen unterscheiden sich zunächst in ihrem Umfang: Kendall und Kollegen führen ihr Programm über 16 bis 20 Sitzungen à 60 Minuten durch, während Silverman und Kollegen mit zehn bis zwölf Sitzungen à 55 Minuten auskommen. Die australische Arbeitsgruppe um Barrett verkürzt die Länge in ihrer Version des „Coping-Cat-Programms“ zwar auf zwölf Sitzungen, allerdings dauert ein Treffen 120 Minuten. Zudem beziehen Silverman und Kollegen eine breitere Altersgruppe von 6- bis 16-jährigen mit ein. Gemeinsame Elemente der Programme von Kendall bzw. Silverman und Mitarbeitern sind kognitive Umstrukturierung, Exposition und Kontingenzmanagement. Im „Coping-Cat-Programm“ werden zusätzlich ein Entspannungs-training sowie Rollenspiele integriert, während Silverman in ihrem Programm v.a. die Selbstkontrolle der Kinder betont. Die zuletzt genannte Arbeitsgruppe bezieht die Eltern in parallel durchgeführten Sitzungen mit ein, wobei die Notwendigkeit dieses Schrittes noch nicht untersucht ist. In einer Evaluationsstudie (Silverman et al., 1999b) vergleichen die Autoren verschiedene Inhalte bei der Elternbeteiligung (Kontingenzmanagement, Förderung der Selbstkontrolle, Informationsvermittlung) und variieren damit das Ausmaß der Beteiligung und Fertigkeitsvermittlung. Bzgl. der Verbesserung der Angst- und Depressionswerte ergibt sich kein Unterschied zwischen den Gruppen, allerdings im Anteil der remittierten Störungen: So erfüllen 88% der Kinder in der Gruppe mit dem elterlichen Schwerpunkt auf Förderung der Selbstkontrolle keine Diagnose mehr gegenüber 55 bzw. 56% in den anderen beiden Gruppen. Die Vermittlung von Fertigkeiten durch das Kontingenzmanagement erbringt demnach keinen Vorteil gegenüber bloßer Informationsvermittlung. Vier Studien aus der Arbeitsgruppe um Kendall bzw. aus der australischen Arbeitsgruppe widmen sich ebenfalls der Frage nach der

---

<sup>5</sup> Die Zusammenstellung der Behandlungsprogramme orientiert sich am Forschungsstand zum Zeitpunkt vor der Durchführung der vorliegenden Studie.

---

Einbeziehung der Eltern. Wie oben bereits erwähnt, erbringt dies kurzfristig einen verstärkten Therapieerfolg, der sich allerdings langfristig nicht zeigen lässt (Barrett et al., 1996b; Barrett et al., 2001). Inhaltlich umfasst die Familienberatung bei Barrett zum einen Kontingenzmanagement, d.h. die Eltern lernen, mutiges Verhalten der Kinder systematisch zu verstärken und Vermeidungsverhalten zu löschen. Zum anderen nehmen die Eltern selbst an einem Angstbewältigungstraining sowie einem Kommunikations- und Problemlösetraining teil. Diese Erweiterung ist sowohl in individualisierter Form als auch im Gruppensetting erprobt (Barrett et al., 1996b; Barrett, 1998). Howard und Kendall (1996) beziehen alle Familienmitglieder an zwei von insgesamt 18 Sitzungen in die Therapie mit ein, bei den restlichen Sitzungen ist zumindest ein Elternteil mit anwesend. Auch diese Studie an sechs Kindern mit Angststörungen zeigt relevante Therapieerfolge. Die Interventionen aus den Arbeitsgruppen um Kendall und Silverman können insgesamt eine vergleichbare Überlegenheit der Experimental- gegenüber einer Wartelisten-Kontrollgruppe sowie eine signifikante Reduktion der Angstsymptomatik gemäß Eltern- und Kindurteil demonstrieren (siehe Tabelle 4). Kendall und Mitarbeiter (1997) können zudem Therapieerfolge aus der Perspektive der Lehrer nachweisen. Beide Programme beziehen auch Kinder und Jugendliche mit sozialer Angststörung mit ein.

Tabelle 4: Kognitiv-behaviorale Behandlungsprogramme für Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

Programm	Autoren	Indikation	Intervention	Empirie	Ergebnisse
„Coping Cat“	Kendall, Kane, Howard & Siqueland (1990)	Kinder und Jugendliche zwischen 9 und 13 Jahren mit Angststörungen	16 – 20 Gruppen-sitzungen à 60 Min.; Elemente: kognitive Umstrukturierung, Exposition, Entspannungstraining, Kontingenzmanagement, Rollenspiele zum Kompetenzaufbau	<p><i>Evaluation des „Originals“:</i></p> <p>1) Kane &amp; Kendall (1989): Fallstudie, n=4</p> <p>2) Kendall (1994): n=47, EG vs. Wartelisten-KG, 1-Jahres-FU<sup>1)</sup></p> <p>3) Kendall &amp; Southam-Gerow (1996): Langzeit-FU</p> <p>4) Kendall et al. (1997): n=94, EG vs. Wartelisten-KG, 1-Jahres-FU</p> <p><i>Erweiterung um Familienintervention:</i></p> <p>1) Howard &amp; Kendall (1996): n=6</p> <p>2) Barrett, Dadds &amp; Rapee (1996b): australische Adaptation des Programms („Coping Koala“, 12 x 120 Min.), n=79, 3 Gruppen (CBT<sup>2)</sup>, CBT + Familienberatung, Wartelisten-KG), 1-Jahres-FU</p>	<p>1) erste Belege der Effektivität zunächst für Einzelsetting</p> <p>2) Remission: EG ist KG überlegen, Verbesserung bzgl.: Angstbewältigung, Stresspegel</p> <p>3) Ergebnisse aus 2) über 3 Jahre stabil</p> <p>4) Remission: EG 53%, KG 6%, Verbesserung bzgl.: Angstbewältigung, Ausmaß negativer Kognitionen + Angst, Depression, internalisierende Störungen, stabile Ergebnisse</p> <p>1) Verbesserungen bzgl. diagnostischem Status und Bewältigungsverhalten, Erfolge nach 4 Monaten stabil</p> <p>2) Remission beim FU: CBT 70%, CBT+Fam. 95%; weitere Verbesserungen bzgl. Angstmaßen</p>

Programm	Autoren	Indikation	Intervention	Empirie	Ergebnisse
				<p>3) Barrett (1998): wie 2), Familienberatung im Gruppensetting, n=60, 3 Gruppen (s.o.)</p> <p>4) Barrett, Duffy, Dadds &amp; Rapee (2001): 6-Jahres-Follow-up der Studie 2)</p> <p><i>Vergleich Gruppen- vs. Einzeldurchführung:</i> Flannery-Schroeder &amp; Kendall (2000): n=37, 3 Gruppen (CBT im Einzel-, CBT im Gruppen- setting, Wartelisten-KG), 3-Monats-FU</p>	<p>3) Remission: EG 65%, KG 25%, 1-Jahres-FU: CBT 65%, CBT + Fam. 85%; weitere Verbesserungen bzgl. Angstmaßen</p> <p>4) stabile Erfolge; Remission: EG 86%, kein Unterschied zwischen CBT und CBT+Fam.</p> <p>Remission: CBT Einzel 73%, CBT Gruppe 50%, KG 8%; Angstmaße im Selbsturteil zeigen Überlegenheit des Einzelsettings, sonst keine Unterschiede, stabile Erfolge</p>
CBT <sup>2)</sup>	Silverman et al. (1999a)	Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 16 Jahren mit Angststörungen	10 – 12 Gruppen- sitzungen à 55 Min.; Elemente: kognitive Umstrukturierung (STOP), Exposition, Selbstkontrolle, Kontingenzmanagement; Eltern mit einbezogen	<p>1) Silverman et al. (1999a): EG (n=37), Wartelisten- KG (n=19), 3-, 6- und 12- Monats-FU</p> <p>2) Silverman et al. (1999b): n=81, 3 Gruppen mit Variation in Inhalten der Elternbeteiligung</p>	<p>1) Remission: EG 64%, KG 13%; beim 3-, 6- + 12-Monats- FU: EG mind. 70%; Verbesserungen bzgl. Angstmaßen, Überlegenheit der VG, stabile Erfolge</p> <p>2) Remission: mind. 55%; keine sign. Gruppen- unterschiede in Angst- / Depressionswerten</p>

<sup>1)</sup> FU: Follow-up

<sup>2)</sup> CBT: „Cognitive-behaviour therapy“

### *Komplexe Therapieprogramme für die soziale Angststörung*

In Tabelle 5 sind kognitiv-behaviorale Programme zur spezifischen Behandlung der sozialen Angststörung aufgeführt. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der Altersgruppe, des Settings, der Zusammenstellung der Therapieelemente sowie erneut in der Einbeziehung der Eltern. Darüber hinaus wurden unterschiedliche Evaluationsdesigns gewählt, so dass die Programme in der Güte ihrer empirischen Absicherung variieren.

Albano, Marten und Holt (1991) adaptieren das Gruppenprogramm für erwachsene Personen mit sozialer Angststörung von Heimberg und Kollegen (1990) an eine jugendliche Stichprobe, während die anderen drei aufgeführten Programme Kinder ab sieben Jahren mit einbeziehen. Die Intervention von Spence (1995) stellt ebenfalls ein Gruppenprogramm dar, wohingegen sowohl Petermann und Petermann (2000) als auch Beidel, Turner und Morris (1998) eine Kombination aus Einzel- und Gruppensetting vorziehen. Letzteres ist ebenfalls eine Adaptation eines Erwachsenenprogramms („Social Effectiveness Therapy“ von Turner, Beidel & Cooley-Quille, 1997) und stellt mit 24 Sitzungen à 60 Minuten ein ähnlich umfangreiches Programm wie das von Albano und Kollegen mit 16 Sitzungen à 90 Minuten dar. Mit Ausnahme des deutschen Programms von Petermann und Petermann, das seinen Schwerpunkt auf den Aufbau sozialer Fertigkeiten mit Hilfe von Rollenspielen legt, beinhalten alle anderen Programme Exposition, soziales Kompetenztraining sowie kognitive Interventionen (Umstrukturierung, Psychoedukation bzw. Problemlösetraining). Für einen verbesserten Transfer der Inhalte betonen Morris und Kollegen zudem den Aufbau sozialer Aktivitäten im Alltag der Kinder, zur Reduktion des allgemeinen Erregungsniveaus bezieht Spence Entspannungsübungen mit ein.

In dem deutschen Programm von Petermann und Petermann findet neben dem Kindertraining eine fünf Kontakte umfassende Familienberatung statt, die z.B. Kontingenzmanagement und Problemlösestrategien vermittelt. Die empirische Absicherung beschränkt sich allerdings gegenwärtig auf Fallstudien (Petermann & Bochmann, 1993), in denen als abhängige Variable lediglich ein deskriptiver Beobachtungsbogen verwendet wird. Kritisch anzumerken ist bei diesem Ansatz außerdem die unzureichende Klärung der Indikation, so werden unter der Bezeichnung „sozial unsichere Kinder“ sowohl Kinder mit einer sozialen Angststörung als auch solche mit Trennungsangst zusammengefasst.

Tabelle 5: Kognitiv-behaviorale Behandlungsprogramme für die soziale Angststörung im Kindes- und Jugendalter

Programm	Autoren	Indikation	Intervention	Empirie	Ergebnisse
CBGT-A <sup>1)</sup>	Albano, Marten & Holt (1991)	sozialphobische Jugendliche zwischen 13 und 17 Jahren	16 Gruppensitzungen à 90 Min.; Elemente: Psycho-education, kognitive Umstrukturierung, Problemlösetraining, Aufbau sozialer Kompetenz, Exposition	1) Albano et al. (1995b): n=5, keine KG, 3-Monats- und 1-Jahres-FU <sup>2)</sup>  2) Hayward et al. (2000): EG (n=12), Wartelisten-KG (n=23), 1-Jahres-FU	1) Remission: bei 80% Reduktion der sozialen Phobie auf subklinisches Ausmaß, Besserung bzgl. des Ausmaßes negativer Kognitionen, sozialer Beziehungen und Wohlbefindens  2) Remission: 45% EG vs. 5% KG; im FU kein Gruppenunterschied
CBT <sup>3)</sup>	Spence (1995)	sozialphobische Kinder zwischen 7 und 14 Jahren	12 Gruppensitzungen à 90 Min., 2 Auffrischungssitzungen nach 3 und 6 Monaten; Elemente: Aufbau sozialer Kompetenz, Problemlösen, Exposition, Entspannung, Elterntraining	1) Spence & Donovan (1998): Fallstudie, n=2, keine KG  2) Spence, Donovan & Brechman- Toussaint (2000): n=50, 3 Gruppen (mit / ohne Elterntraining, Wartelisten-KG), 6- und 12-Monats-FU	1) effektive Symptomreduktion bei einem Jugendlichen  2) Remission: EG + Eltern 88%, EG ohne Eltern 58%, KG 7%; stärkere Reduktion der Angstmaße bei beiden EG, kein sign. Unterschied zwischen beiden EG; stabile Ergebnisse
kognitiv-behaviorales Fertigkeits-training	Petermann & Petermann (2000)	„sozial unsichere Kinder“ im Vorschulalter und zwischen 8 und 14 Jahren	mind. 5 Einzelsitzungen, mind. 6 Gruppensitzungen, jeweils à 90 Min.; Elemente: Aufbau sozialer Kompetenz, Familienberatung	Petermann & Bochmann (1993): Fallstudien an 29 Kindern	Reduktion einzelner Symptome im BSU <sup>4)</sup>

Programm	Autoren	Indikation	Intervention	Empirie	Ergebnisse
SET-C <sup>5)</sup>	Beidel, Turner & Morris (1998)	sozialphobische Kinder und Jugendliche zwischen 8 und 12 Jahren	12 Einzel- und 12 Gruppensitzungen à 60 Min.; Elemente: Psychoedukation, Aufbau sozialer Kompetenz, Exposition, Aufbau sozialer Aktivitäten	Beidel, Turner & Morris (2000): 2 Gruppen (SET-C, n=30, unspezifische Behandlungs-KG, n=20), 6-Monats-FU	Remission: EG 67%, KG 5%; Verbesserung bzgl. Angst- und Vermeidungsausmaß, sozialer Fertigkeiten, allgemeiner Psychopathologie; EG stärkere Verbesserung; stabile Ergebnisse

<sup>1)</sup> CBGT-A: „Cognitive-behavioral group treatment for social phobic adolescents“, Adaptation des Gruppenprogramms für erwachsene Sozialphobiker von Heimberg et al. (1990)

<sup>2)</sup> FU: Follow-up

<sup>3)</sup> CBT: „Cognitive-behavioral therapy“

<sup>4)</sup> BSU: „Beobachtungsbogen für sozial unsicheres Verhalten“ von Petermann & Petermann (2000)

<sup>5)</sup> Set-C: „Social Effectiveness Therapy for Children“, Adaptation des Programms für erwachsene Sozialphobiker von Turner, Beidel & Cooley-Quille (1997)

Spence, Donovan und Brechman-Toussaint (2000) vergleichen in ihrer Evaluationsstudie eine Wartelisten-Kontrollgruppe mit 14 Kindern mit zwei Behandlungsgruppen mit 19 bzw. 17 Kindern, die entweder ein reines Kindtraining oder ein zusätzliches Elterntesting erhalten. Letzteres zielt auf den Aufbau sozial angemessenen Verhaltens außerhalb der Therapietreffen durch Vermittlung der Bedeutung der Eltern als Modelle und Weitergabe operanter Techniken wie „Prompting“, positive Verstärkung oder Löschung ab. Die Autoren weisen eine Überlegenheit der Behandlungsgruppen gegenüber der Kontrollgruppe bzgl. des diagnostischen Status insofern nach, als lediglich 7% der Kontrollgruppe keine klinisch relevante Diagnose einer sozialen Angststörung am Ende des Wartezeitraums im Vergleich zu 88% der kombinierten bzw. 58% der ausschließlich unter Einbeziehung der Kinder behandelten Gruppe zeigen. Diese deskriptive Überlegenheit der Einbeziehung der Eltern erweist sich allerdings wie oben erwähnt in allen anderen erhobenen Variablen als statistisch nicht relevant. Spence und Kollegen legen in ihrem Programm besonderen Wert auf den Aufbau sozialer Kompetenz und überprüfen den Erfolg dieser Intervention mit Hilfe von Elternbefragung zu den sozialen Fertigkeiten ihrer Kinder, durch Verhaltensbeobachtung im natürlichen Setting der Kinder sowie durch eine kontrollierte Beobachtung bei zwölf Rollenspielsequenzen. Die Eltern geben eine stabile Verbesserung der sozialen Fertigkeiten ihrer Kinder nach dem Training an, die auch dem Vergleich mit der Kontrollgruppe standhält. Dagegen zeigt weder die globale Einschätzung der sozialen Kompetenz bei Peer-Interaktion durch die Eltern, noch die objektive Verhaltensbeobachtung eine signifikante Verbesserung von Fertigkeiten nach dem Training im Vergleich zur Kontrollgruppe. Andere Maße zur sozialen bzw. generellen Angst sind schließlich von einer stabilen Verbesserung durch das Therapieprogramm gekennzeichnet.

Albano und Kollegen führen nach den viel versprechenden Ergebnissen ihrer ersten Fallstudie mit fünf sozial phobischen Jugendlichen (Albano et al., 1995b; siehe Tabelle 5) eine kontrollierte Gruppenstudie mit 35 weiblichen Jugendlichen mit einer sozialen Angststörung (Hayward et al., 2000) durch. Die Autoren beziehen darüber hinaus auch eine Gruppe von 18 Jugendlichen ohne soziale Ängste als Vergleichsgruppe mit ein, die ebenfalls den SPAI vor und nach dem Training ausfüllt. Neben einer deutlichen Remission sowie einer Reduktion der Schwere der Angststörung in der Experimental- im Vergleich zur unbehandelten Kontrollgruppe nimmt auch die Häufigkeit depressiver Episoden signifikant ab. Fraglich ist allerdings die Aufrechterhaltung der Befunde, da im Ein-Jahres-Follow-up keine Gruppenunterschiede mehr nachzuweisen sind. Da in den anderen Studien aber in der Regel Wartelisten-Kontrollgruppen einbezogen sind, lassen sich in ihnen gar keine Aussagen über eine kontrollierte Aufrechterhaltung der Ergebnisse machen. In der Studie von Hayward und Kollegen liegen die Ergebnisse im SPAI allerdings nach dem

Training noch deutlich über den Werten der nicht ängstlichen Kontrollgruppe, so dass der Therapieerfolg zumindest bzgl. dieses Maßes an klinischer Relevanz entbeht.

Bei Beidel, Turner und Morris (2000) findet wöchentlich eine Gruppensitzung zum Training sozialer Kompetenz und eine Einzelsitzung zur Angstexposition über einen Zeitrahmen von zwölf Wochen statt. Aus ihrer Evaluationsstudie geht durch die Einbeziehung einer unspezifischen Behandlungsgruppe als Kontrollbedingung, die ein Training von Lern- und Prüfungsstrategien erhält, die Überlegenheit eines spezifisch zugeschnittenen Programms für die Behandlung der sozialen Angststörung hervor. Hierauf weist nicht nur die signifikant höhere Remissionsrate in der mit „Social-effectiveness-Therapie“ behandelten Gruppe verglichen mit der Kontrollgruppe, sondern auch die stärkere Verbesserung bzgl. des Ausmaßes an sozialer Angst sowie allgemeiner Angst und Psychopathologie hin. Zusätzlich liegen Ergebnisse von Verhaltensbeobachtungen während zweier Rollenspiele in Form von klinischen globalen Ratings bzgl. der sozialen Kompetenz und des Ausmaßes an Angst vor. Auch diese Maße belegen einen Zuwachs an sozialer Kompetenz der Kinder der Experimentalgruppe. Kein Unterschied zwischen beiden Bedingungen erbringen allerdings Tagebuchaufzeichnungen der Kinder, in denen sie belastende soziale Ereignisse und ungünstiges Bewältigungsverhalten dokumentieren. Effektstärken über alle Maße machen die Überlegenheit der Experimental- gegenüber der Kontrollgruppe weiter deutlich, da diese für die SET-C-Kinder im moderaten bis bedeutsamen, für die Kontrollkinder im niedrigen bis moderaten Bereich liegen. Die Autoren definieren darüber hinaus auch Kriterien für klinische Relevanz (z.B. ein Cut-off-Wert im SPAI-C von 18), die auf 53% der mit SET-C behandelten Kinder und nur auf 5% der Kontrollgruppe zutreffen. Im Sechs-Monats-Follow-up verbessern sich die Therapieerfolge der Experimentalgruppe zudem weiter.

Zusammenfassend werden von internationalen Arbeitsgruppen zur Behandlung von kindlichen Angststörungen Expositionsverfahren sowie kognitive Techniken als Interventionen vorgeschlagen. Bei der Behandlung der sozialen Angststörung wird zudem Wert auf den Aufbau sozialer Kompetenz gelegt. Werden Eltern in die Behandlung mit einbezogen, steht Aufklärung über soziale Angst und die Vermittlung eines günstigen Umgangs mit der Angst der Kinder im Vordergrund. Auch wenn die Therapieforschung bzgl. der sozialen Angststörung bei Kindern und Jugendlichen noch lange nicht mit der aus dem Erwachsenenbereich verglichen werden kann, stellen die genannten Ergebnisse vielversprechende Möglichkeiten zur Behandlung dar. Mit Hilfe derartiger Behandlungsprogramme lassen sich sowohl die Angstsymptomatik als auch andere psychopathologische Probleme wie Depression deutlicher reduzieren, als dies durch

Spontanremission oder unspezifische Behandlungen erfolgt. Derartige Erfolge können über einen Zeitraum von mindestens sechs Jahren langfristig aufrechterhalten werden. Der gegenwärtige Forschungsstand macht allerdings einen Mangel derartiger Therapiemanuale bzw. Wirksamkeitsstudien im deutschsprachigen Raum deutlich.

### 1.2.3 Prävention

#### *Relevanz und Grundlagen präventiver Maßnahmen*

Neben der Behandlung bereits manifester Angststörungen wird außerdem die Notwendigkeit betont, präventiv der Entwicklung von Ängsten entgegenzuwirken (Albano, 2000; Bayer & Sanson, 2003; Hirshfeld-Becker & Biederman, 2002; Müller, 2002; Spence, 1994). Für ein solches Vorgehen spricht der erwähnte hohe Anteil an Kindern mit einer Angstproblematik, die häufige Persistenz der unbehandelten Probleme bis ins Erwachsenenalter sowie die massiven Beeinträchtigungen für die soziale, kognitive und emotionale Entwicklung der Kinder. Besonders bei einem frühen Beginn der Störung besteht eine geringere Remissionswahrscheinlichkeit und ein höheres Risiko für die Ausbildung komorbider Störungen, wie etwa einer depressiven Problematik oder Substanzstörung (vgl. 1.1.6). Dadurch dass durch frühzeitige Interventionen die Ausbildung einschneidender Beeinträchtigungen verringert oder sogar verhindert wird, können zum einen Kosten für das Gesundheitssystem eingespart werden, zum anderen bleibt den Betroffenen erhebliches Leid erspart. Eine andere Notwendigkeit für präventive Programme ergibt sich aus der erwähnten Beobachtung, dass einem Großteil der Kinder mit psychischen Problemen nicht oder zu spät die nötige therapeutische Behandlung zukommt. Eine aktuelle Studie von Nauta (2005) weist schließlich darauf hin, dass mit längerer Dauer der Angstproblematik der Therapie-Erfolg verringert wird.

Das Ziel präventiver Maßnahmen ist generell die Reduktion psychopathologischer Symptome sowie die Verbesserung bzw. Stabilisierung der psychischen Gesundheit (Heinrichs, Saßmann, Hahlweg & Perrez, 2002). Zur Abgrenzung zwischen Interventions- und Präventionsmaßnahmen werden verschiedene Einteilungen vorgeschlagen. Nach Caplan (1964) werden klassischerweise die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden. Die Primärprävention wendet sich an Risikopopulationen mit der Zielsetzung, die Inzidenzrate für eine Erkrankung durch die Beseitigung der Risikofaktoren zu senken. Hinsichtlich der sozialen Angststörung könnten primäre Präventionsprogramme etwa Familien mit gehäuft vorkommenden Angststörungen bzw. auffallend verhaltensgehemmten Kindern im Sinne der „behavioral inhibition“ besondere Aufmerksamkeit schenken. Unter der sekundären Prävention werden Maßnahmen verstanden, die die Ausprägung bzw. die Dauer einer bereits bestehenden Erkrankung lindern und damit eine Reduktion der Prävalenzrate bewirken. Diese Form der Prävention ist heute mit der Kuration, also der Behandlung einer Störung gleichzusetzen. Die Tertiärprävention umfasst letztendlich Interventionen, die die Auswirkungen durch eine Erkrankung möglichst gering zu halten

versuchen, um das körperliche, psychische und soziale Funktionsniveau wiederherzustellen. Da die drei Ebenen nicht immer eindeutig untereinander sowie von Interventionen abzugrenzen sind, schlägt Gordon (1983) eine andere Einteilung in universelle, selektive und indizierte Programme vor, die vom „Institute of Medicine“ 1994 aufgegriffen wurde. Universelle Maßnahmen wenden sich an die Allgemeinbevölkerung ohne Berücksichtigung von Risikofaktoren, ein Beispiel in Bezug auf die soziale Angststörung wären schulbasierte Maßnahmen zur Förderung sozialer Fertigkeiten. Selektive Programme zielen dagegen auf Risikogruppen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Störung ab, in unserem Zusammenhang also z.B. auf Kinder von Eltern mit Angststörungen. Indizierte Maßnahmen schließlich sind für Individuen gedacht, die bereits prodromale Zeichen einer Störung aufweisen, die aber noch nicht das Ausmaß einer klinisch relevanten Störung erfüllen müssen. Hierbei ist das Ziel, die Entwicklung bzw. den persistierendem Verlauf einer manifesten Störung inklusive komorbider Probleme zu verhindern.

Heinrichs und Kollegen zählen Anforderungen an Präventionsprogramme auf, um die genannten Zielsetzungen zu erreichen (Heinrichs et al., 2002). Neben der Senkung der Auftretenshäufigkeit der kindlichen Verhaltensstörung und deren Belastungen soll auf die Stabilität der Erfolge geachtet werden. Zudem sollen die Programme kostengünstig und leicht erreichbar sein und bei den Betroffenen eine hohe Akzeptanz erzielen. Eine theoretische Fundierung soll gewährleisten, dass die Inhalte der Programme im Zusammenhang mit erwiesenen Strategien zur Reduktion der Problematik stehen. Nicht zuletzt wird eine empirische Absicherung der Programme gefordert, wobei Kriterien wie für die Evaluation von Interventionen gelten (z.B. Kendall & Flannery-Schroeder, 1998; Reinecker, 2000).

### *Stand der Präventionsforschung*

Der Präventionsforschung wurde in den letzten Jahren zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt, so wurden in den USA in Bezug auf kindliche Verhaltensstörungen z.B. vier Meta-Analysen veröffentlicht, von denen sich zwei dem präventiven Elterntesting (Serketich & Dumas, 1996; Taylor & Biglan, 1998), eine der Prävention von externalisierenden Störungen (LeMqrquand, Tremblay & Vitaro, 2001) und eine schulbasierten Präventionsprogrammen widmet (Greenberg, Domitrovich & Bumbarger, 2001; vgl. Heinrichs et al., 2002). Greenberg und Kollegen (2001) gehen in ihrem Überblick auch auf die Prävention von internalisierenden Störungen ein, wobei sich die Mehrzahl der Programme auf die Vorbeugung von depressiven Erkrankungen und auf Stressreduktion bezieht, während bzgl. der Angstprävention nur ein Projekt mit Wirksamkeitsnachweis erwähnt wird: Dadds, Spence, Holland, Barrett und Laurens (1997) vermitteln in ihrem

schulbasierten „Queensland-Projekt zur Angstprävention“ kognitive, verhaltensbezogene und physiologische Bewältigungsstrategien für Kinder zwischen 7 und 14 Jahren nach dem gleichen Manual wie in ihren Interventionsstudien („Coping Koala“). Sie versuchen durch ein kurzes Erziehungstraining auch den familiären Einflüssen bei der Angstentstehung entgegenzuwirken. Es handelt sich hierbei um ein indiziertes Präventionsprogramm bzw. um eine frühe Intervention, da sowohl Kinder mit leichten Auffälligkeiten als auch mit einer ausgeprägten Angststörung einbezogen werden. Die Kinder werden im schulischen Rahmen kontaktiert und Gruppen von Risikokindern zusammengestellt. Am Ende der Maßnahme besteht der Evaluationsstudie mit 128 Kindern gemäß kein Unterschied in der Rate an manifesten Angststörungen zwischen der Interventions- und der unbehandelten Kontrollgruppe, da sich beide Gruppen verbessern. Im Warteintervall von sechs Monaten entwickeln aber schließlich 54% der Kinder mit subklinischen Ängsten in der Kontrollgruppe eine manifeste Angststörung im Vergleich zu 16% in der Interventionsgruppe, zudem reduziert sich die Rate an ausgeprägten Angststörungen ebenfalls deutlicher in der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Nach zwölf Monaten besteht wiederum kein Unterschied mehr zwischen den Gruppen, während nach 24 Monaten ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des diagnostischen Status auftritt: 20% der Interventionsgruppe gegenüber 39% der Kontrollgruppe erfüllen die Kriterien für eine Angststörung (Dadds et al., 1999). Zudem berichten die Eltern der Interventionsgruppe zu diesem Zeitpunkt weniger Vermeidung der Kinder im Vergleich zur Kontrollgruppe, und auch das klinische Urteil fällt günstiger für die Interventionsgruppe aus. Auch wenn die Ergebnisse zwischen den verschiedenen Zeitpunkten schwanken, handelt es sich hierbei um einen vielversprechenden Ansatz.

Ein neueres Projekt führen Lowry-Webster, Barrett und Dadds (2001) mit ihrem Programm „FRIENDS for children“ durch, das der universellen Prävention von Angst- und depressiven Symptomen für Kinder zwischen 10 und 13 Jahren dient. Das zehnwochige Programm mit zwei Auffrischungssitzungen orientiert sich ebenfalls am „Coping-Koala-Programm“, wird im schulischen Rahmen durchgeführt und durch vier Elternabende ergänzt. Die Autoren weisen an einer Stichprobe von 594 Kindern eine Reduktion von Angstsymptomen sowie für eine Risikogruppe mit erhöhtem Angstlevel vor dem Programm eine Reduktion von depressiven Symptomen nach. Barrett und Turner (2001) zeigen darüber hinaus die Durchführbarkeit der Maßnahme mit Lehrkräften als Gruppenleitern in fünften bis siebten Klassen. Essau (2002) untersucht eine deutsche Version des Programms bzgl. der Anwendbarkeit an Grundschulen hierzulande. Vorläufige Ergebnisse an 124 Kindern zwischen acht und zwölf Jahren zeigen eine

Reduktion von Symptomen bzgl. der sozialen Angststörung, der Zwangsstörung und der generalisierten Angststörung. Außerdem verbessern sich die sozialen Fertigkeiten der Kinder. Eine kontrollierte Studie für die Anwendbarkeit in Deutschland steht gegenwärtig aber noch aus. Heinrichs und Kollegen (2002) finden in ihrem Überblick nur wenige evidenzbasierte deutschsprachige Präventionsprogramme für Kinder, wozu sie z.B. das Elternprogramm „Triple P“ als Beispiel für eine universelle Präventionsmaßnahme bzw. in der Anwendung für Eltern mit Erziehungsschwierigkeiten als indizierte Maßnahme zählen (Sanders, Markie-Dadds, Bor & Tully, 2000). Ein Beispiel für eine schulbasierte universelle Maßnahme geben Aßhauer und Hanewinkel (2000) mit ihrem Programm „Fit und stark fürs Leben“, das z.B. die Förderung von Einfühlungsvermögen und den Umgang mit Stress betont und v.a. eine bedeutsame Reduktion von externalisierendem Problemverhalten bewirkt. Zur Prävention von internalisierenden Störungen wird das Anti-Stress-Training „Bleib locker“ für Grundschulkinder von Klein-Heßling und Lohaus (2000) im Sinne einer evidenzbasierten Maßnahme aufgeführt, in dem in acht Doppelstunden in der Schule z.B. Wissen über Stress und dessen Verarbeitung sowie Strategien zur Problemlösung und Entspannung weitergegeben wird.

Für das Jugendalter gibt es im deutschsprachigen Raum das Programm „GO – Gesundheit und Optimismus“ von Neumer, Junge, Manz und Margraf (2001), eine universelle Maßnahme für die Prävention von Angst und Depression. Hierbei werden Schülern und Schülerinnen innerhalb von 16 Stunden störungsspezifische Komponenten, wie z.B. die Modifikation dysfunktionaler Überzeugungen, sowie gesundheitsfördernde Faktoren, wie z.B. soziale Fertigkeiten, vermittelt. Die Evaluation des Programms umfasst eine Stichprobe von 612 Jugendlichen zwischen 15 und 17 Jahren, die im Rahmen des Klassenverbandes randomisiert einer Treatment- und einer Kontrollbedingung zugewiesen werden. Die Autoren weisen die Wirksamkeit der psychoedukativen Komponente des Programms durch einen signifikant erhöhten Wissenserwerb der Experimental- im Vergleich zur Kontrollgruppe am Ende der Intervention nach. Dadurch kann ein Cross-Over-Effekt ausgeschlossen werden, d.h. dass Kontakte zwischen Treatment- und Kontrollklassen nicht zur Verwischung eventueller Effekte führen. Die Werte der Experimentalgruppe verbessern sich insgesamt im Vergleich zur Kontrollgruppe auf einzelnen kognitiven Skalen tendenziell, die Effektstärken liegen allerdings im unbedeutenden Bereich. Diese Verbesserungen sind zudem zu den Katamnese-Zeitpunkten nach sechs Monaten auch der Tendenz nach nicht mehr vorhanden (Manz, Junge & Margraf, 2001). Die Autoren schlagen zur Optimierung eine Verlängerung des Programms bzw. Auffrischungssitzungen einige Monate nach der Intervention vor. Zudem vermuten sie eine sich erst allmählich entwickelnde Effektivität des Programms und sprechen sich für Nachuntersuchungen nach ein bis zwei Jahren aus.

Bezogen auf die Symptombelastung zeigen sich weder am Ende des Programms noch bei den Nachuntersuchungen Treatment-Effekte, da sich sowohl die Experimental- als auch die Kontrollgruppe hierin verbessert. Besonders gravierend fällt zudem die signifikant stärkere Verbesserung der Kontrollgruppe in dem einzigen verwendeten Angstinventar auf, wobei die Effektstärke hierfür einen niedrigen bis mittleren Effekt signalisiert. Die Autoren untersuchen auch eine Risikogruppe innerhalb der Gesamtstichprobe mit erhöhten Angst- und Depressionswerten, wobei sich für diese Jugendlichen keine stärkere präventive Wirksamkeit des Programms bzgl. kognitiver oder Symptomvariablen ergibt, vielmehr profitieren unauffällige Jugendliche in stärkerem Ausmaß von der Intervention. Die Autoren klassifizieren ihren Ansatz daher eher als Gesundheitsförderungs- denn als Präventionsansatz. Zudem schlagen sie angesichts der insgesamt enttäuschenden Ergebnisse Programme für selektierte Gruppen außerhalb des formellen schulischen Rahmens vor, da sie bei der Vermittlung der Inhalte innerhalb der gesamten Schulkasse eine Einschränkung der Intimität und Hemmungen beim Einbringen in Gruppenprozesse vermuten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass trotz der postulierten Notwendigkeit für präventive Maßnahmen zur Eindämmung des Auftretens von Angststörungen und ihren Folgen erst wenig ausreichend abgesicherte Programme existieren. Die australischen Projekte zur Angstprävention („Queensland-Projekt“ bzw. „FRIENDS for children“), die sich an erfolgreichen kognitiv-behavioralen Interventionen orientieren, stellen mit ihren vielversprechenden Ergebnissen eine Ausnahme dar. Außer universellen eltern- oder schulzentrierten Präventionsprogrammen existieren gegenwärtig in Deutschland keine vergleichbaren evidenzbasierten Programme zur Vorbeugung von Angststörungen, ganz zu schweigen von Maßnahmen zur expliziten Prävention der sozialen Angststörung.

### 1.3 HERLEITUNG DER FRAGESTELLUNG

Der theoretische Überblick über soziale Ängste im Kindes- und Jugendalter und deren Behandlung lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- (1) 1 bis 5% aller Kinder und Jugendlichen leiden unter einer manifesten sozialen Angststörung, jedes 3. bis 5. Kind fällt durch eine subklinische Form der Störung bzw. schüchternes Verhalten auf.
- (2) Die Lebensqualität der Betroffenen ist insbesondere in den Bereichen Schule und Ausbildung vermindert, zudem leiden sie unter mangelndem sozialen Kontakt und geringer Akzeptanz unter Gleichaltrigen. In der Schule fallen sie häufig durch schlechte Leistungen oder Fehlzeiten im Unterricht auf. Retrospektive Befunde über Einschränkungen im sozioökonomischen Status von Erwachsenen mit einer sozialen Angststörung lassen langfristige Beeinträchtigungen vermuten. Darüber hinaus besteht sowohl bei einer manifesten als auch bei einer subklinischen sozialen Angststörung ein hohes Risiko für Folgeerscheinungen wie z.B. eine depressive Störung bzw. eine Störung durch psychotrope Substanzen.
- (3) Die niedrige Behandlungsquote bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Schwierigkeiten generell, der im Vergleich zu externalisierenden Störungen stille Leidensdruck der Betroffenen und das erst allmählich erwachende Forschungsinteresse an der kindlichen sozialen Angststörung führen dazu, dass die Betroffenen selten eine adäquate professionelle Unterstützung erfahren. Dabei besteht eine hohe Notwendigkeit insbesondere für frühzeitige Interventionen angesichts des frühen Erstmanifestationsalters und chronischen Verlaufs der unbehandelten Störung.
- (4) Internationale Studien verdeutlichen die Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Therapiemethoden für die Behandlung der sozialen Angststörung im Kindes- und Jugendalter, wobei bisher vor allem kombinierte Therapieprogramme evaluiert wurden. Erste Ergebnisse aus Australien belegen außerdem die Anwendbarkeit der bewährten Therapiemethoden für den präventiven Bereich, auch wenn dies bislang nur für Gruppen von Kindern mit unterschiedlichen Ängsten erprobt wurde. Obwohl es Überschneidungen zwischen der sozialen und anderen Angststörungen gibt, so lassen z.B. die Unterschiede im Erscheinungsbild, im typischen Auftretensalter oder in der Relevanz der Bezugspersonen für die Aufrechterhaltung der Störung eine störungsspezifische Behandlung als sinnvoll erscheinen.
- (5) Im deutschsprachigen Raum existieren gegenwärtig keine empirisch bewährten Ansätze zur Behandlung sozialer Ängste bei Kindern und Jugendlichen. Darüber hinaus ist der Stand von

evidenzbasierten Präventionsmaßnahmen auf wenige universelle Programme zur Verbesserung von Erziehungsfertigkeiten oder zur Stressbewältigung beschränkt. Das GO-Programm zur Prävention von Angst und Depression kann gegenwärtig noch nicht zu den empirisch abgesicherten Programmen gezählt werden. Den Empfehlungen der Autoren des Programms folgend scheint sich zudem der Rahmen außerhalb der Schule für präventive Maßnahmen bei internalisierenden Störungen eher als der Klassenverband anzubieten. Dies gilt vermutlich für sozial ängstliche Kinder in besonderem Maße.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich das Forschungsvorhaben zur Entwicklung und Evaluation eines indizierten Präventionsprogramms für Kinder und Jugendliche mit sozialen Ängsten. Folgende theoretische und methodische Aspekte werden dabei gemäß des Forschungsstands zur sozialen Angststörung und der allgemeinen Kriterien für Psychotherapieforschung (z.B. Reinecker, 2000) verfolgt:

- (1) Im Sinne eines indizierten Präventionsprojekts richtet sich das Programm an Betroffene mit prodromalen Anzeichen einer sozialen Angststörung. Aufgrund der entwicklungspsychologischen Überlegungen zur Voraussetzung für die Entwicklung sozialer Angst und aufgrund des dargestellten typischen Erstmanifestationsalters des Vollbilds der Störung werden Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 8 und 14 Jahren angesprochen. In dieser Altersgruppe sind ernst zu nehmende Anzeichen sozialer Ängste zu erwarten, die einer frühen Behandlung bedürfen.
- (2) Die inhaltliche Zusammenstellung des Programms orientiert sich an den bewährten kognitiv-behavioralen Interventionsprogrammen für die Behandlung der sozialen Angststörung. Da die Frage nach der relativen Wirksamkeit einzelner Elemente mangels Komponentenanalysen noch unklar ist, werden ausschließlich die allen erfolgreichen Programmen gemeinsamen Interventionsmethoden ausgewählt. Im Einzelnen wird eine kognitive Komponente zur Psychoedukation und zur Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen, eine Komponente zur Verbesserung der sozialen Kompetenz bzw. Performanz sowie eine Komponente zur Vermittlung von Habituationserfahrungen und zur Löschung von Angstreaktionen berücksichtigt. Hierdurch wird zum einen der heterogenen Manifestation der sozialen Angst auf kognitiver, physiologischer und behavioraler Ebene Rechnung getragen. Zum anderen erfahren die relevanten aufrechterhaltenden Bedingungen (dysfunktionale Kognitionen, soziale Kompetenzdefizite und Vermeidungsverhalten) die nötige Beachtung.

- 
- (3) Die Frage nach der Notwendigkeit des Einbeziehens der Eltern kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht eindeutig beantwortet werden. Aufgrund des erörterten Einflusses der Eltern auf die Entstehung und Aufrechterhaltung der sozialen Angststörung und aufgrund des Befundes, nach dem sich ihre Einbeziehung im ungünstigsten Fall erübrigen ließe, aber keine erfolgsschmälernden Konsequenzen zu befürchten sind, nehmen die Eltern der Kinder an dem Programm teil. Um aber auch Kosten-Nutzen-Überlegungen nicht außer Acht zu lassen, geschieht dies im Rahmen einer minimalen Elternintervention in Form von drei begleitenden Elternabenden.
  - (4) Zur Gewährleistung der Behandlungsintegrität erfolgt die Durchführung des Programms in manualisierter Form.
  - (5) Es wird Wert auf eine altersangemessene Behandlung, z.B. durch die Verwendung von kindgerechtem Material und durch einen spielerischen Zugang, gelegt. Zur Berücksichtigung des unterschiedlichen Entwicklungsstands der Altersgruppe werden zudem altershomogene Gruppen gebildet.
  - (6) Die Diagnostik zur Selektion der Stichprobe und zur Kontrolle der Behandlungseffekte folgt dem Prinzip der Multimodalität und berücksichtigt unterschiedliche Datenquellen. So findet sowohl das Kind-, Eltern- als auch das klinische Urteil Beachtung. Zudem kommen Fragebögen, Interview-Verfahren und eine Verhaltensbeobachtung zum Einsatz, wobei bei letzterer der Forderung nach ausreichender Standardisierung durch die Nutzung der Ratingskala für soziale Kompetenz von Fydrich und Bürgener (1999) Rechnung getragen wird.
  - (7) Die Überprüfung der Wirksamkeit des Programms geschieht anhand verschiedener Evaluationskriterien, wie z.B. statistischer Signifikanz, klinischer Bedeutsamkeit, Breite und Dauerhaftigkeit der Veränderung oder Zufriedenheit der Teilnehmer. Als Ziel wird die Reduktion der sozialen Ängste und des Leidensdrucks der Kinder verfolgt, wobei sich dies sowohl im Kind-, Eltern- als auch klinischen Urteil niederschlagen soll.

Nach der inhaltlichen Entwicklung des Programms erfolgt eine erste Wirksamkeitsüberprüfung im Rahmen einer kontrollierten Pilotstudie. Schlussfolgerungen hieraus werden anschließend in das Programm integriert, wonach eine erneute Evaluation im Rahmen einer Hauptstudie erfolgt.



## 2. PROGRAMMBESCHREIBUNG

Im Folgenden wird das Programm zur indizierten Prävention von sozialen Ängsten bei Kindern und Jugendlichen vorgestellt, das im Rahmen dieser Arbeit entwickelt und evaluiert worden ist. Die Inhalte und Ausgestaltung der einzelnen Sitzungen sind schriftlich in einem Manual (Tuschen-Caffier & Kühl, in Vorb.) festgehalten. Inhaltliche und organisatorische Änderungen des Programms, die sich aus den Ergebnissen der Pilotstudie ergeben haben, werden in den Kapiteln 3.3.3 und 4.1.3 beschrieben. Die Tabellen 6 und 7 geben einen Überblick über die Inhalte der ersten Version des Programms.

### 2.1 RAHMENBEDINGUNGEN

#### *Umfang, Frequenz und Ablauf der Treffen*

Das Programm umfasst eine einführende Einzelsitzung mit jedem Kind und 16 Gruppentreffen à 90 Minuten. Inhaltlich werden in der Einzelsitzung und den ersten fünf Treffen vorwiegend kognitive Inhalte behandelt, die nächsten fünf Sitzungen sind der Verbesserung der sozialen Kompetenz bzw. Performanz gewidmet und in den folgenden fünf Sitzungen finden Expositionssübungen statt. Die genauen Inhalte der drei Komponenten werden unten beschrieben. In der 16. Gruppensitzung wird das Programm schließlich im Rahmen einer Abschlussfeier beendet. Die Gruppentreffen finden zunächst zweimal wöchentlich statt, zwischen dem achten bis zehnten Treffen (je nach terminlichen Gegebenheiten, wie z.B. einer Unterbrechung durch Schulferien) erfolgt ein Wechsel zu wöchentlichen Treffen. Ein solches „Ausschleichen“ der therapeutischen Begleitung stellt eine günstige Voraussetzung für den Transfer der Inhalte aus dem therapeutischen Kontext in das alltägliche Leben der Kinder dar. Nach drei Monaten erfolgt ein weiteres Gruppentreffen zur Auffrischung der Inhalte des Programms. Zusätzlich werden die Eltern der Betroffenen zu drei Elternabenden à 60 bis 90 Minuten eingeladen (s.u.).

Die einzelnen Gruppentreffen der Kinder laufen in ähnlicher Weise ab, um einen sicheren und vorhersehbaren Rahmen für die Kinder zu gewährleisten. So wird ein Treffen in der Regel mit einem Gruppenspiel begonnen, dann folgt ein Überblick über die kommende Sitzung durch die Therapeuten, anschließend werden Hausaufgaben besprochen und schließlich wird mit dem Themenschwerpunkt der Sitzung angefangen. Nach etwa der Hälfte der Zeit wird eine zehnminütige Pause eingelegt, in der sich alle mit Getränken und kleinen Snacks stärken können. Die Pause ist als unstrukturierte freie Zeit gedacht, in der sich die Kinder allein oder miteinander mit Spielen, Lesen oder anderen Aktivitäten beschäftigen können. Dies bietet eine gute

Gelegenheit zur Beobachtung von z.B. gruppendifnamischen Prozessen. Am Ende des jeweiligen Themenschwerpunkts fasst die Gruppe das aktuelle Treffen zusammen, was schriftlich festgehalten und allen Teilnehmern mitgegeben wird. Als Abschlussritual werden die in dieser Sitzung erreichten Punkte im Rahmen des Kontingenzmanagements (s.u.) verteilt und das Treffen mit einem gruppendifnamischen Spiel abgeschlossen.

#### *Kindgerechte Gestaltung und Förderung der Gruppenkohäsion*

Es wird angesichts des jungen Alters zumindest einiger Kinder besonderer Wert auf die Verständlichkeit der Programminhalte und das Nutzen der spielerischen Motivation der Kinder gelegt. Daher kommen wie erwähnt in jeder Sitzung Gruppenspiele zum Einsatz (zur Anregung siehe z.B. Baer, 2001), darüber hinaus stehen den Kindern für die Pause verschiedene Gesellschaftsspiele, Material zum Malen und Basteln u.a. zur Verfügung. Dies soll die Kinder zur Eigeninitiative für die Gestaltung von Kontakten zu anderen Gruppenmitgliedern anregen. Die Arbeitsmaterialien sind z.B. mit Comic-Figuren angereichert oder in Form von Lückentexten bzw. Quizfragen gestaltet. Bastelmaterial wird z.B. bei der Erläuterung des Habituationsprinzips verwendet, bei der die Kinder unterschiedliche Smilies ausschneiden, um ihren emotionalen Zustand in bestimmten Situationen auszudrücken. Ein anderes Beispiel ist die Verwendung von Handpuppen bei kognitiven Rollenspielen (s.u.).

Diverse Aspekte des Programms dienen der Förderung der Gruppenkohäsion, die zu einem wichtigen Wirkfaktor der Gruppentherapie gezählt wird (vgl. Fiedler, 1996). So wählt jede Gruppe zu Beginn einen eigenen Namen für die Gruppe und stellt wichtige Gruppenregeln auf, die u.a. die Schweigepflicht beinhalten. Zur Formulierung von Änderungswünschen oder Schwierigkeiten steht ein Kummerkasten zur Verfügung, der regelmäßig innerhalb der Treffen geleert wird. Gemeinsam werden anschließend Lösungen für aufgetretene Schwierigkeiten diskutiert. Ferner erhalten die Kinder immer wieder Aufgaben zur Förderung des Kontakts untereinander, so sollen sie sich beispielsweise am Nachmittag anrufen und über bestimmte Themen austauschen. Außerdem werden die erworbenen Punkte (s.u.) in gemeinsame Gruppenaktivitäten eingetauscht.

#### *Hausaufgaben und Kontingenzmanagement*

Die Teilnehmer erhalten in jeder Sitzung Hausaufgaben zur Vertiefung der Inhalte der Sitzungen und zur Förderung des Transfers des Erlernten auf den Alltag. Beispiele hierfür sind ein Lückentext, in dem psychoedukative Aspekte zur Angst und ihrer Bewältigung wiederholt werden, oder praktische Übungen wie die Aufforderung, sich in einer bestimmten Schulstunde

zu melden. Zu Beginn eines jeden Treffens werden Erfolge bzw. Misserfolge bei den Hausaufgaben besprochen und die Kinder zur Selbstverstärkung angeregt. Darüber hinaus erhalten sie für jede erledigte Hausaufgabe Punkte, die auf einem Gruppenplakat festgehalten werden. Diese „Token“ dienen auch zur Motivation für die Mitarbeit während der Treffens sowie für die Bewältigung schwieriger Aufgaben. Hat eine Gruppe eine bestimmte vorher vereinbarte Anzahl an „Token“ erreicht, wird eine gemeinsame Gruppenaktivität außerhalb der Gruppentreffen geplant. Neben der Förderung der Gruppenkohäsion werden dadurch soziale Aktivitäten mit positiven Erfahrungen assoziiert, die besonders für sozial ängstliche Kinder bedeutsam sind. Die Kinder haben zudem durch die Gruppenkontingenzen ein gemeinsames Interesse an der Bewältigung der Aufgaben und unterstützen bzw. verstärken sich gegenseitig.

## 2.2 INHALTE DES PROGRAMMS FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

### *Kognitive Vorbereitung im Einzelkontakt*

Das erste Treffen mit jedem Kind dient der Informationsvermittlung und dem Aufbau bzw. der Förderung von Behandlungsmotivation, beides wichtige Aspekte kognitiver Behandlungen (Peitz et al., 2002; Tuschen & Fiegenbaum, 2000). Besonders für die Behandlung sozial ängstlicher Kinder und Jugendlicher wird auf die wichtige Funktion von Aufklärung hingewiesen (Kashdan & Herbert, 2001). Darüber hinaus findet hier ein erster Beziehungsaufbau zwischen Kind und Therapeut statt. Inhaltlich umfasst diese kognitive Vorbereitung die Rückmeldung der Eingangsdiagnostik, Psychoedukation zum Thema Angst und Vermeidung sowie eine Einführung in das Programm. Anhand von ausgehändigtem Informationsmaterial soll sich das Kind schließlich selbstständig für oder gegen eine Teilnahme an dem Programm entscheiden. Dies geschieht in Form eines Gutscheins, der einen Platz in einer Gruppe garantiert, wenn das Kind telefonisch seine Zusage bis zu einem bestimmten Termin gibt. Hierdurch sollen Eigenmotivation und Selbstkontrolle gefördert werden. Die Gestaltung dieses und auch der folgenden Treffen folgt den Regeln der systemimmanenten Gesprächsführung (vgl. Tuschen & Fiegenbaum, 2000), so wird z.B. die Methode des geleiteten Entdeckens verwendet und häufige Befürchtungen der Kinder vor einer Teilnahme an dem Programm antizipiert.

### *Kognitive Intervention in der Gruppe*

Die ersten Gruppentreffen dienen dem Abbau von Ängsten vor der Gruppe und dem gegenseitigen Kennenlernen der Teilnehmer. Zudem findet Aufklärung über verschiedene Aspekte des Themas Angst statt. Hierzu zählt etwa die positive Funktion von Angst oder typische Angstreaktionen von Lebewesen. Anschließend werden die Teilnehmer in die Technik der Selbstbeobachtung von körperlichen Reaktionen, Verhaltensweisen, Emotionen und Kognitionen eingeführt, die sie zunächst für angenehme und schließlich für sozial ängstigende Situationen vornehmen. Die Gruppe sammelt v.a. typische Kognitionen in sozialen Situationen und erarbeitet deren angstfördernde Wirkung anhand von Comics. Für jeden dieser „Angstmacher“ werden anschließend funktionale Kognitionen, die sogenannten „Mutmacher“, gesucht und in kognitiven Rollenspielen eingeübt. Bei diesen formuliert eine Person die individuellen dysfunktionalen Kognitionen, während eine andere den Part mit den mutmachenden Gedanken übernimmt. Der so entstehende Dialog wird bei den jüngeren Kindern mit Handpuppen unterstützt. Diese Rollenspiele werden zur besseren Verankerung auf Video aufgenommen und gemeinsam angesehen.

### *Übungen zur Verbesserung der sozialen Kompetenz bzw. Performanz*

Bei diesen Treffen steht das Einüben von Verhaltensweisen in bestimmten sozialen Situationen im Vordergrund. Die Komponente widmet sich damit sowohl dem Aufbau sozialer Fertigkeiten als auch dem Abbau der Hemmung, vorhandene soziale Fertigkeiten zu zeigen. Da sich die Auslösersituationen der Kinder unterscheiden, wird hierbei Wert auf eine individuelle Zusammenstellung der Übungen gelegt. Für diesen Zweck wird für jedes Kind anhand der Ergebnisse der Eingangsdiagnostik (siehe 3.3.1) eine Liste mit typischen sozialen Situationen zusammengestellt, die es bzgl. ihrer Schwierigkeit einschätzen soll. Anschließend werden diese Situationen nacheinander im Rollenspiel ausprobiert, wobei die Kinder vorher gemeinsam explizite Handlungsanweisungen für jede Situation erarbeiten. Diese beziehen sich auf verbale und nonverbale Aspekte, so wird z.B. auf die Bedeutung von direktem Blickkontakt und ausreichender Lautstärke der Stimme hingewiesen. Diese konkreten Hinweise sollen zum einen Unsicherheit über die Angemessenheit von Verhalten abbauen, zum anderen globaler Selbstabwertung entgegenwirken. Die Übungen beinhalten z.B. die Aufgabe, ein anderes Kind nach den Hausaufgaben zu fragen, sich mit jemandem zu verabreden oder sich gegen einen Gleichaltrigen durchzusetzen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt dieser Komponente ist das Feedback, das gemäß bestimmter Regeln von der Gruppe, von den Therapeuten und vom Kind selbst gegeben und durch Videorückmeldung verstärkt wird. Hierdurch soll sowohl eine realistische Eigenwahrnehmung als auch eine differenzierte Fremdbeurteilung bei der Beobachtung der anderen Teilnehmer trainiert werden. In Hausaufgaben setzen die Kinder die Übungen fort. Bei den Übungen zur Verbesserung der sozialen Kompetenz bzw. Performanz wird auf den Einsatz der erlernten „Mutmacher“ geachtet, außerdem stellen sie eine Vorbereitung für die folgenden Expositionsübungen dar.

### *Expositionstübungen*

Diese Komponente beginnt mit der Wiederholung des Habituationssprinzips, das bereits in der kognitiven Vorbereitung erläutert worden ist. Außerdem wird auf das veränderte Ziel im Vergleich zur vorhergegangenen Komponente hingewiesen: Es geht nicht mehr vorrangig um eine Optimierung des beobachtbaren Verhaltens in einer Situation, sondern um das Aufsuchen einer schwierigen Situation trotz vorhandener Angstgefühle. Die Teilnehmer suchen in der Gruppe einzelne Situationen gemäß ihrer individuellen Situationsliste *in vivo* auf, wobei die Therapeuten auf ein ausreichendes Ausharren in der Situation bzw. auf eine ausreichende Wiederholung der Übung achten. Für die Beobachtung von Habituationssprozessen geben die

Kinder fortwährend eine Einschätzung ihres persönlichen Angstlevels. Zur besseren Handhabung der Begleitung wird die Gruppe bei diesen Übungen geteilt und von je einem der Therapeuten betreut.

Typische Aufgaben sind z.B. Ansprechen von Passanten oder eine Redeübung vor Publikum. Dabei wird darauf geachtet, dass die Kinder eine Sitzung mit einem Erfolgserlebnis beenden, so erhalten sie z.B. bei einem Scheitern der Übung die Gelegenheit für einen Teilerfolg. Besonders bei dieser Komponente können sich die Kinder gegenseitig unterstützen, da die jeweiligen Schwierigkeiten individuell ausgeprägt sind. Während ein Kind z.B. stärkere Angst vor dem Ansprechen Gleichaltriger hat, empfindet ein anderes Kind den Kontakt zu unbekannten Erwachsenen als schwieriger. Die Beobachtung des anderen bei der Bewältigung der Aufgabe kann somit einen Ansporn bedeuten und Kompetenzen über Modellernen vermitteln. Zur Unterstützung werden auch hier die „mutmachenden“ Kognitionen herangezogen und die Kinder für jedes Anzeichen von angstbewältigendem Verhalten positiv verstärkt. Am Ende einer Sitzung tauschen sich die Kinder über ihre Erfahrungen während der Übungen aus und planen selbständig Übungen für die Zeit zwischen den Sitzungen.

#### *Abschluss- und Wiederauffrischungstreffen*

Beim 16. Gruppentreffen werden die Inhalte im Rahmen eines Quiz' wiederholt, wobei sich die Kinder weitere „Token“ verdienen können. Im Sinne einer Rückfallprophylaxe wird auf noch bestehende Schwierigkeiten in sozialen Situationen eingegangen und deren Bewältigung dispiutiert. Anschließend geben die Kinder Rückmeldungen über das Programm und erhalten eine Urkunde, die sie als „Experten“ in der Bewältigung ihrer sozialen Angst auszeichnet.

Beim Wiederauffrischungstreffen werden die Inhalte erneut spielerisch wiederholt, außerdem erhalten die Kinder Gelegenheit, über ihre Erfahrungen im Kontakt mit anderen zu berichten. Für noch bestehende Schwierigkeiten in sozialen Situationen erarbeitet die Gruppe schließlich konkrete Bewältigungsvorschläge.

Tabelle 6: Übersicht über die Themenschwerpunkte des Programms für Kinder und Jugendliche

Programm für Kinder und Jugendliche			
Sitzung	Themenschwerpunkt	Inhalt	Ziel
1 (Einzelsitzung)	Kognitive Vorbereitung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückmeldung der Diagnostik</li> <li>- Psychoedukation bzgl. Angst und Vermeidung</li> <li>- Einführung ins Programm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufklärung</li> <li>- Förderung von Selbstkontrolle und Eigenmotivation</li> </ul>
2 – 6 (Gruppensitzungen)	Kognitive Intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erwerb eines neuen Verständnisses von Angst</li> <li>- Selbstbeobachtung</li> <li>- Identifikation dysfunktionaler Kognitionen („Angstmacher“)</li> <li>- Identifikation funktionaler Kognitionen („Mutmacher“)</li> <li>- Kognitive Rollenspiele</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entpathologisieren</li> <li>- Sensibilisierung für individuelle Reaktionen</li> <li>- Sensibilisierung für ängstigenden Denkstil</li> <li>- Angstreduktion</li> <li>- Automatisierung</li> </ul>
7 – 11 (Gruppensitzungen)	Verbesserung sozialer Kompetenz bzw. Performance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Angstthermometer</li> <li>- Rollenspiele</li> <li>- Feedback</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Differenzierung der Angstausprägung</li> <li>- Einüben sozialer Fertigkeiten</li> <li>- Steigerung der Selbstsicherheit</li> <li>- Angstreduktion</li> <li>- Schulung der Selbst- und Fremdwahrnehmung</li> </ul>
12 – 16 (Gruppensitzungen)	Exposition	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vermittlung des Habituationssprinzips</li> <li>- Expositionssübungen <i>in vivo</i> mit steigender Schwierigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufklärung</li> <li>- Motivationsaufbau</li> <li>- Habituationserfahrung</li> <li>- Reduktion der Vermeidungstendenz</li> <li>- Festigung der sozialen Fertigkeiten</li> </ul>
17 (Gruppensitzung)	Abschlussfeier	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quiz</li> <li>- Diskussion über schwierige Situationen</li> <li>- Rückmeldung und Urkundenverleihung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wiederholung</li> <li>- Rückfallprophylaxe</li> <li>- Verabschiedung</li> </ul>
18 (Gruppensitzung)	Wiederauffrischung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ratespiel</li> <li>- Erfahrungsaustausch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wiederholung</li> <li>- Förderung der Selbsthilfe</li> </ul>

## 2.3 INHALTE DES PROGRAMMS FÜR ELTERN

Die Elternabende stellen zunächst ein Forum für den Erfahrungsaustausch der Eltern bzgl. der Ängste ihrer Kinder und bzgl. des Trainings dar. Zudem erfahren die Eltern theoretische Hintergründe über soziale Ängste, deren Entstehung und Behandlungsmöglichkeiten. Hierbei wird auch auf die Beteiligung der Eltern an der Entstehung und Aufrechterhaltung der kindlichen Ängste eingegangen. Bei der Einführung in die Programminhalte wird erörtert, wie die Eltern ihre Kinder bei der Teilnahme unterstützen können (z.B. für regelmäßige Teilnahme sorgen oder viel Aufmerksamkeit auf mutiges Verhalten lenken). Darüber hinaus werden sie detailliert in das Prinzip der kognitiven Intervention eingeführt, wobei sie sich zunächst über typische Angstinhalte der Kinder austauschen. Anschließend wird die Identifikation funktionaler Gedanken für die Kinder mit den Eltern trainiert, wobei v.a. auf das Ernstnehmen der kindlichen Befürchtungen und die Realitätsangemessenheit der „Mutmacher“ geachtet wird. Hierbei kommen auch Rollenspiele zum Einsatz. Schließlich werden die Eltern ermuntert, ihr Kind an die Nutzung der funktionalen Gedanken zu erinnern und ggf. darin zu unterstützen.

Einen weiteren wichtigen Bestandteil stellt die Einführung der Eltern in operante Prinzipien dar. Nach der Erläuterung der Bedeutung von positiver Aufmerksamkeit auf erwünschtes Verhalten und Ignorieren von unerwünschtem Verhalten wird konkret auf Verstärkerpläne eingegangen. Dabei suchen die Eltern schwierige Situationen des Kindes aus und werden angeleitet, diese sowie die Reaktionen des Kindes und seiner Umwelt in der Situation detailliert zu beschreiben. Anschließend wird das Zielverhalten ausgewählt und Möglichkeiten zur positiven Verstärkung besprochen. Dieses Thema wird mit potentiellen Schwierigkeiten bei der Durchführung der Verstärkerpläne abgeschlossen. Zuletzt werden weitere konkrete Unterstützungsmöglichkeiten für eventuelle kritische Situationen der Kinder erörtert und der Abschluss des Programms besprochen.

Tabelle 7: Übersicht über die Themenschwerpunkte des Programms für Eltern

Programm für Eltern			
Sitzung	Themenschwerpunkt	Inhalt	Ziel
1 (Elternabend)	Informationsabend	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vermittlung theoretischer Inhalte</li> <li>- Einführung ins Programm</li> <li>- Erfahrungsaustausch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufklärung</li> <li>- Sensibilisierung für eigene Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung</li> <li>- gegenseitige Unterstützung</li> </ul>
2 (Elternabend)	Kognitive Intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikation dysfunktionaler Kognitionen</li> <li>- Identifikation funktionaler Kognitionen</li> <li>- Einüben im kognitiven Rollenspiel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilisierung für ängstigenden Denkstil der Kinder</li> <li>- Unterstützung der Kinder bei Angstreduktion</li> </ul>
3 (Elternabend)	Kontingenzmanagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einführung in operante Prinzipien</li> <li>- Verstärkerpläne</li> <li>- Vermittlung von weiteren Unterstützungsalternativen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterbrechung der Aufrechterhaltung der Ängste</li> <li>- Unterstützung beim Transfer der Programminhalte</li> <li>- Rückfallprophylaxe</li> </ul>



### 3. PILOTSTUDIE

Im Folgenden wird die erste Wirksamkeitsüberprüfung des oben dargestellten Programms beschrieben. Im methodischen Teil dieser Pilotstudie werden zunächst das Design und die verwendeten diagnostischen Verfahren vorgestellt. Es folgt die Beschreibung der Stichprobe, des Untersuchungsablaufs, der Hypothesen und der Auswertung. Anschließend werden die Ergebnisse aus der Perspektive der Eltern und der Kinder sowie die Ergebnisse der Verhaltensdiagnostik beschrieben. Diese Resultate werden diskutiert und Schlussfolgerungen für die weitere Durchführung des Programms gezogen.

#### 3.1 METHODEN

##### 3.1.1 Untersuchungsdesign

Die Evaluation erfolgt anhand eines Wartelisten-Kontrollgruppen-Designs, um potentielle Veränderungen gegen Spontanremission oder Regressionseffekte abzusichern (vgl. Kashdan & Herbert, 2001). Wie Abbildung 1 zu entnehmen ist, werden insgesamt drei bzw. vier Messzeitpunkte (Prä1, Prä2, Post, Follow-up) realisiert.

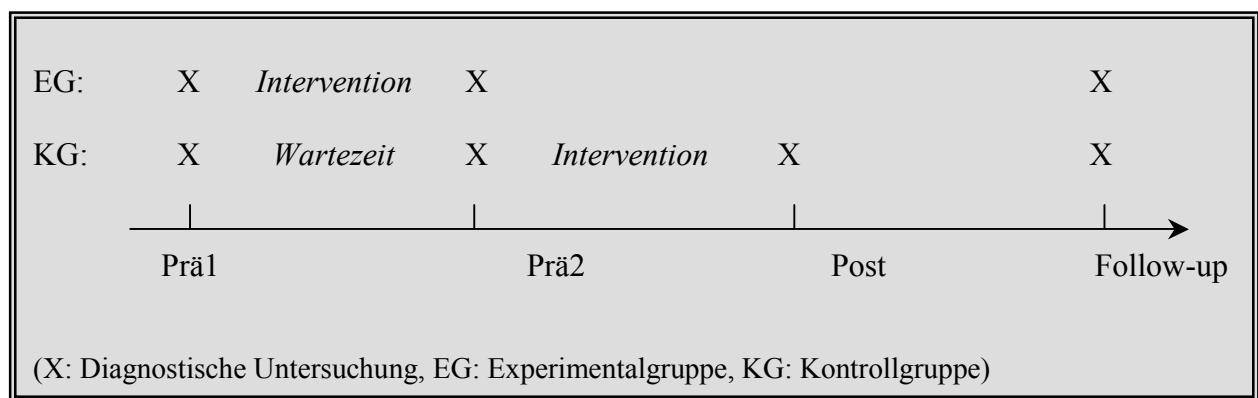


Abbildung 1: Untersuchungsdesign der Pilotstudie

Zum Zeitpunkt „Prä1“ findet die Baseline-Erhebung statt, anhand deren Ergebnisse die Stichprobenselektion vollzogen wird. Die Gesamtstichprobe wird anschließend nach Alter und Geschlecht parallelisiert, so dass zwei randomisierte Gruppen, die Experimental- und die Kontrollgruppe, entstehen. Für die Experimentalgruppe findet als Erstes die Programmdurch-

führung mit einer Dauer von drei Monaten statt, während die Kontrollgruppe eine Wartezeit von derselben Dauer durchläuft. Die Familien werden vorher auf eine eventuelle Wartezeit vorbereitet, um Enttäuschungen und Abbrüche der Teilnahme in der Kontrollgruppe zu verhindern. Nach Beendigung der Gruppentreffen der Experimentalgruppe findet für beide Gruppen der zweite Untersuchungstermin statt, der für die Experimentalgruppe eine Nacherhebung und für die Kontrollgruppe eine Aktualisierung der Eingangsbefunde bedeutet (Post bzw. Prä2). Danach nimmt die Kontrollgruppe ebenfalls an dem Programm teil, das sie nach weiteren drei Monaten mit der Nacherhebung (Post) beendet. Schließlich erfolgt für beide Gruppen im Abstand von sechs Monaten nach der jeweiligen Abschlussfeier eine Follow-up-Erhebung.

Anhand dieses Designs können zum einen Veränderungen in den erhobenen Untersuchungsvariablen (siehe 3.1.2) beider Gruppen durch den Vergleich der Daten zum Zeitpunkt vor und nach der Intervention untersucht werden. Die Follow-up-Erhebung erlaubt zudem eine langfristige Analyse der Ergebnisse. Zum anderen kann durch den Vergleich der Daten des Interventionszeitraums der Experimentalgruppe mit denen des Wartezeitraums der Kontrollgruppe überprüft werden, inwiefern potentielle Veränderungen auf das Programm zurückzuführen sind.

### 3.1.2 Diagnostische Verfahren

#### *Interviews*

Zum Überblick über die Psychopathologie der Kinder wird mit den Eltern zum einen das „*Psychopathologische Befund-System für Kinder und Jugendliche*“ (CASCAP-D; Döpfner et al., 1999; siehe 1.2.1) durchgeführt. Im Vergleich zum Kinder-DIPS (Unnewehr et al., 1995) ist die Zusammenstellung der Merkmale des CASCAP-D eher an der kindlichen Psychopathologie ausgerichtet, so werden z.B. typische Auffälligkeiten in der Interaktion wie Mutismus oder Distanzminderung oder auch psychomotorische Auffälligkeiten abgefragt. Bei der Entwicklung dienten das AMDP-System („Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie“, Haug & Steglitz, 1997) sowie die Diagnosekriterien nach ICD-10 und DSM-III-R bzw. DSM-IV als Orientierungsrahmen. Den Eltern werden dabei zunächst globale Fragen zu 13 Merkmalsbereichen gestellt. Ergeben sich in den einzelnen Bereichen Hinweise auf Auffälligkeiten, so werden die entsprechenden Merkmale genauer exploriert. Maximal können insgesamt 98 Fragen gestellt werden. Der Diagnostiker beurteilt die elterlichen Einschätzungen der Merkmalsbereiche und Einzelsymptome gemäß seinem klinischen Urteil auf einer vierstufigen Skala von „nicht vorhanden“ bis „stark vorhanden“. Die Gütekriterien des Verfahrens wurden bislang nur mit Vorversionen des veröffentlichten Verfahrens untersucht. Validierungsstudien legen dabei eine drei- bis vierfaktorielle Struktur des Interviews mit den Faktoren „oppositionelles, aggressiv-dissoziales Verhalten, hyperkinetische Auffälligkeiten, depressive Symptome und Angstsymptome“ nahe. Die einzelnen Merkmalsbereiche erreichen zufriedenstellende bis gute Kennwerte bezüglich der internen Konsistenz. Da bislang noch keine Normierung und keine Angaben zur Diagnosestellung vorliegen, dient das CASCAP-D in dieser Arbeit der Explorierung weiterer psychischer Auffälligkeiten, denen bei Bedarf mit Rückgriff auf das Kinder-DIPS genauer nachgegangen wird.

Das „*Diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*“ (Kinder-DIPS; Unnewehr et al., 1995; siehe 1.2.1) beginnt mit einem allgemeinen Screening bzgl. Wahrnehmungsstörungen, körperlichen Erkrankungen, umschriebenen Entwicklungsstörungen sowie Komplikationen in der Schwangerschaft bzw. in der frühkindlichen Entwicklung. Es schließt sich der störungsspezifische Teil an, in dem zum einen klassifikatorische Aspekte nach DSM-IV bzw. ICD-10, zum anderen therapierelevante Informationen wie z.B. die Angstausprägung oder die Häufigkeit von Vermeidungsverhalten in verschiedenen sozialen Situationen erfasst werden. Untersuchungen zu den Gütekriterien erfolgten mit einer Version des Kinder-DIPS auf Basis der DSM-III-R-Kriterien (Schneider, Unnewehr & Margraf, 1995). Die

Interrater-Reliabilität kann mit prozentualen Übereinstimmungsraten zwischen 85 und 100% (Angststörungen: 87%) als zufriedenstellend betrachtet werden. Auch die Retestreliabilität gilt sowohl für die Kind- als auch für die Elternversion als gesichert. Analog zu den Befunden im Abschnitt 1.2.1 fällt die Übereinstimmung zwischen Kind- und Elternurteil mäßig bis befriedigend aus, so dass die Autoren insgesamt schlussfolgern, dass sich die „Symptomatik für Eltern und Kinder sehr unterschiedlich darstellt“ (S. 36). Die Validierung belegt zudem in Form von multivariaten Varianzanalysen mit verbreiteten störungsspezifischen Fragebögen und den Diagnosen aufgrund des Kinder-DIPS die Gültigkeit des Verfahrens.

Das Kinder-DIPS wird für diese Studie zum einen als Instrument zur Stichprobenselektion (siehe 3.1.4) genutzt. Zum anderen dient es der Evaluation des Programms, für die folgende drei Variablen herangezogen werden: „Anzahl der zutreffenden Kriterien einer sozialen Angststörung“<sup>1)</sup>, „Anzahl der Situationen, die schwere Angst oder häufige Vermeidung auslösen“ und „Ausmaß der Beeinträchtigung durch die soziale Angst“. Für die Operationalisierung der „Anzahl der Situationen“ wird eine Liste von zehn im DIPS vorgegebenen Situationen abgefragt, die auf einer fünfstufigen Skala von „0“ bis „4“ für die Ausprägung der Angst oder des Vermeidungsverhaltens beurteilt werden sollen. Ab einer Ausprägung von „3“ wird die jeweilige Situation für diese Studie als relevant gezählt. Die Beeinträchtigung wird auf einer Skala von „0“ gleich „gar nicht beeinträchtigt“ bis „4“ gleich „sehr schwer beeinträchtigt“ abgefragt.

### *Fragebögen*

Die Eltern füllen überdies die deutsche Version der „*Child Behavior Checklist*“ (CBCL) der Arbeitsgruppe um Döpfner und Kollegen (1998a) aus. Dieses Verfahren dient der Fremderfassung von Kompetenzen und klinisch relevanten Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis 18 Jahren (siehe 1.2.1). Im ersten Teil werden mit 15 Items die Kompetenzen eines Kindes in drei verschiedenen Bereichen (Aktivitäten, soziale Kompetenzen und Schule) abgefragt, woraus ein Gesamtwert gebildet werden kann. Der zweite Teil erfasst mit 120 Items problematische Verhaltensweisen und Einzelsymptome mit Hilfe einer dreistufigen Skala von „nicht zutreffend“ bis „genau oder häufig“. Faktorenanalytisch haben sich insgesamt acht Skalen ergeben, unter anderem z.B. die Skala „Sozialer Rückzug“ oder „Angst/Depression“. Die Faktoren zweiter Ordnung, „Externalisierende“ bzw. „Internalisierende Auffälligkeiten“ und der Gesamtwert, erlauben ferner globale Aussagen über die Art und Ausprägung eventueller Auffälligkeiten. Für die Interpretation existieren alters- und geschlechts-

---

<sup>1)</sup> Hierbei werden die relevanten Kriterien A bis F nach DSM-IV-TR (vgl. 1.1.3) berücksichtigt.

spezifische Normen, anhand derer sowohl die Kompetenzen als auch die Verhaltensauffälligkeiten in ihrer klinischen Relevanz beurteilt werden können. So gelten Ausprägungen auf den Primärskalen mit einem T-Wert größer oder gleich 70 entsprechend den auffälligsten 2% einer Repräsentativstichprobe als klinisch auffällig, während Ausprägungen zwischen 67 und 70 als grenzwertig eingeschätzt werden. Für die Sekundärskalen liegt der Cut-off-Wert bei 63, und T-Werte zwischen 60 und 63 gelten als Grenzbereich. Mehrere Validierungsstudien rechtfertigen den weitverbreiteten internationalen Einsatz des Verfahrens, das auch zur Therapieevaluation empfohlen wird. Mit Ausnahme der Kompetenzskalen weisen sowohl die Primär- als auch die Sekundärskalen zufriedenstellende interne Konsistenzen auf. Für diese Studie werden daher von den Primär- und Sekundärskalen die Skalen „Angst/Depression“, „Sozialer Rückzug“ und „Internalisierende Auffälligkeiten“ in Form von T-Werten als Evaluationskriterien verwendet.

Den Kindern wird die deutsche Fassung der „*Social Anxiety Scale for Children - Revised*“ (SASC-R-D) von Melfsen und Florin (1997) vorgelegt. Die 18 Fragen zur Angst vor negativer Bewertung, zu negativen Gefühlen im Kontakt mit Gleichaltrigen und zur Vermeidung entsprechender sozialer Situationen sind auf einer fünfstufigen Häufigkeitsskala von „nie“ bis „immer“ zu beantworten. Daraus ergeben sich zwei Skalen, von denen die eine anhand von zehn Items die „Furcht vor negativer Bewertung (FNE)“ im Sinne einer kognitiven Skala widerspiegelt, während die andere anhand von acht Items die „Vermeidung von bzw. Belastung durch soziale Situationen (SAD)“ darstellt und sich damit beobachtbarem Verhalten widmet. Auf der „FNE-Skala“ können Werte zwischen 10 und 50, auf der „SAD-Skala“ Werte zwischen 8 und 40 erreicht werden. Gemäß den beiden Validierungsstudien (Melfsen, 1998; Melfsen & Florin, 1997) besteht zwischen beiden Skalen ein korrelativer Zusammenhang in Höhe von  $r = 0.34$  bzw.  $0.52$ , ausreichend hohe spezifische Varianzanteile rechtfertigen trotzdem eine getrennte Verwendung der Skalen. Die internen Konsistenzen und Retestreliabilitäten können als zufriedenstellend betrachtet werden.

Die beiden Studien untersuchen auch Zusammenhänge mit anderen Fragebögen wie z.B. mit dem „Sozialphobie- und –angstinventar für Kinder“ (SPAIK; Melfsen, Florin & Warnke, 2001; siehe 1.2.1), das höher mit der Skala „SAD“ als mit der Skala „FNE“ korreliert. Die im Vergleich zum SPAIK niedrigere Korrelation mit dem „Kinder-Angst-Test“ von Thurner und Tewes (KAT-II; 2000) bestätigt, dass die SASC-R-D zwar einen Zusammenhang mit allgemeiner Ängstlichkeit aufweist, gleichzeitig aber auch einen besonderen Beitrag zur Erfassung sozialer Angst leistet. Der SPAIK gilt mit seinen 26 Items, von denen 16 Mehrfachantworten fordern, als umfangreicher und schwieriger als die SASC-R-D (Melfsen, 1999). Zudem ist er an dem Störungsbild der sozialen Angststörung orientiert und bezieht daher

auch Ängste vor Erwachsenen mit ein, während die SASC-R-D allgemeine soziale Ängste vor Gleichaltrigen erfasst. Für die Verwendung in dieser Arbeit wird die SASC-R-D vorgezogen, da die sozialen Ängste besonders entwicklungsbeeinträchtigend sind, wenn sie sich auf Gleichaltrige beziehen (Melfsen, 1999). Zudem werden aufgrund des größeren Umfangs des SPAIK bei der Messwiederholung Ermüdungseffekte befürchtet.

Es liegen für beide Skalen der SASC-R-D repräsentative geschlechts- und altersspezifische Prozentrangnormen für das Alter zwischen 7 und 16 Jahren vor. Leider werden keine Cut-off-Werte zwischen klinisch relevanten und subklinischen bzw. nicht auffälligen Ängsten angegeben. Hinweise hierfür können allerdings einer Untersuchung zur diskriminanten Validität entnommen werden (Melfsen, 1999), in der mit Hilfe des Kinder-DIPS drei Gruppen von Kindern mit einer sozialen Angststörung, mit sozialen Ängsten im subklinischen Bereich oder ohne auffällige soziale Ängste gebildet werden. Die Skala „FNE“ kann gemäß den Ergebnissen signifikant zwischen Kindern mit klinisch relevanten sozialen Ängsten ( $M = 25.18$ ,  $SD = 7.06$ ) und unauffälligen Kindern ( $M = 18.41$ ,  $SD = 4.95$ ), sowie zwischen Kindern mit subklinischen sozialen Ängsten ( $M = 22.61$ ,  $SD = 6.01$ ) und unauffälligen Kindern unterscheiden. Dies gelingt der Skala „SAD“ ebenfalls (klinisch relevante soziale Ängste:  $M = 28.18$ ,  $SD = 5.41$ ; subklinische soziale Ängste:  $M = 22.65$ ,  $SD = 4.74$ ; unauffällige Ausprägung:  $M = 16.74$ ,  $SD = 4.68$ ), zudem trennt die Skala „SAD“ auch zwischen klinischer und subklinischer Ausprägung der sozialen Ängste signifikant. Weiter kann angemerkt werden, dass die mit der Skala „SAD“ erfasste Vermeidung sozialer Situationen stärker mit klinisch relevanten Ängsten korreliert, während die Furcht vor negativer Bewertung auch in der Normalpopulation verbreitet zu sein scheint. In der vorliegenden Studie werden die Rohwerte beider Skalen zur Evaluation verwendet.

### *Verhaltensdiagnostik*

Des weiteren wird in der diagnostischen Untersuchung eine Verhaltensbeobachtung in Form von zwei *diagnostischen Rollenspielen* durchgeführt. Die Kinder erhalten dabei die Aufgabe, vor einer imaginären Gruppe zu sprechen. Dafür stellen sie sich vor, sie seien das erste Mal in eine neue Klasse gekommen und ein Lehrer fordert sie auf, den neuen Mitschülern etwas von sich zu erzählen. Zur besseren Imagination wird der Gruppenraum ähnlich wie ein Klassenzimmer hergerichtet und ein fremder erwachsener Rollenspielpartner übernimmt die Rolle des Lehrers. Dabei sind dessen Äußerungen und Reaktionen auf das Verhalten des Kindes zur Gewährung der Durchführungsobjektivität schriftlich festgelegt (siehe Anhang). Hat das Kind die Instruktion z.B. nicht verstanden, wird sie einmal wiederholt, erfolgt nach 30 Sekunden noch keine Reaktion

des Kindes, stellt der Lehrer direkte Fragen wie z.B. „Wann hast Du Geburtstag?“. Beim zweiten Rollenspiel besteht die Aufgabe darin, sich gegenüber einer gleichaltrigen Person durchzusetzen. Dazu stellt sich das Kind vor, es möchte in einer Eisdiele ein Eis kaufen, aber plötzlich drängelt sich jemand in der Warteschlange vor. Auch hier gibt es festgelegte Reaktionen je nach dem Verhalten des Kindes. Da die Rollenspiele für die Evaluation herangezogen und damit insgesamt zwei bis drei mal wiederholt werden, gibt es für jede Aufgabe eine leicht veränderte zweite Version (Vorstellung vor einer neuen Kinder- bzw. Jugendgruppe anstatt vor einer neuen Schulklasse, Durchsetzen im Schulbus anstatt in der Eisdiele).

Bei jedem Rollenspiel werden verschiedene *Selbsteinschätzungen* des Kindes abgefragt. Zum einen wird die Ausprägung der durch die Aufgabe ausgelösten Angst auf einer Skala von 1 bis 100 mit Hilfe eines anschaulichen Angstthermometers vor und nach dem Rollenspiel erfasst. Zum anderen werden vor dem Rollenspiel Kognitionen mit der Bestätigungsmethode erhoben. Dabei soll die subjektive Einschätzung der Bewältigung der Aufgabe auf einer fünfstufigen Skala mit „1“ gleich „...wird mir sehr gut gelingen“ und „5“ gleich „...wird mir gar nicht gut gelingen“ eingestuft werden. Darüber hinaus wird die Einschätzung einer potentiellen Bewertung der eigenen Aufgabenbewältigung durch andere Kinder mit der Instruktion erfragt: „Stell dir vor, andere Kinder bzw. Jugendliche beobachten dich bei dieser Aufgabe. Was werden die wohl nachher von dir denken?“. Auch hier nehmen die Kinder eine Einschätzung auf einer fünfstufigen Skala vor mit „1“ entsprechend der Aussage „...werden denken, dass ich das richtig gut gemacht habe“ und „5“ entsprechend der Aussage „...werden denken, dass ich das total blöd gemacht habe“. Zuletzt wird der Schweregrad der Aufgabe ebenfalls auf einer fünfstufigen Skala mit „1“ gleich „überhaupt nicht schwer“ und „5“ gleich „sehr schwer“ erfragt. Im Anhang sind die entsprechenden Materialien aufgeführt.

Die Rollenspiele werden auf Video aufgenommen, so dass das Verhalten der Kinder mit Hilfe der „*Ratingskala für soziale Kompetenz*“ von Fydrich und Bürgener (1999) ausgewertet werden kann. In Anlehnung an das amerikanische Original („Social Performance Rating Scale“, SPRS; Fydrich, Chambless, Perry, Bürgener & Beazley, 1998) werden mit der Skala folgende fünf Verhaltenskategorien erfasst: Blickkontakt, Stimme und Sprache, Sprechdauer, körperliche Unruhe und Nervosität sowie Konversationsfluss. Diese Kategorien werden auf einer fünfstufigen Skala („1“ gleich „sehr gut“ bis „5“ gleich „sehr schlecht“) anhand detaillierter Beurteilungsanker für jede Abstufung beurteilt. Die einzelnen Stufen sind im Laufe des Forschungsprozesses der Arbeitsgruppe erneut präzisiert worden, um die Reliabilität weiter zu erhöhen (für Details vgl. Schowalter, 2001) Durch Summenbildung über die fünf Kategorien kann schließlich ein Gesamtwert als Indikator für soziale Kompetenz gebildet werden.

Die Überprüfung der Gütekriterien der deutschen Fassung (Schowalter, 1997) ergibt besonders bei einzelnen Kategorien des Verfahrens eine geringere Interrater-Reliabilität im Vergleich zur amerikanischen Version, die Interrater-Übereinstimmung für den Gesamtwert kann dagegen als hoch bezeichnet werden. Hinweise auf die Validität des Verfahrens geben höhere korrelative Zusammenhänge der RSK mit Maßen zur sozialen Angst gegenüber Skalen zur allgemeinen Ängstlichkeit bzw. zur Depressivität. Für die vorliegende Arbeit ist vor allem die Untersuchung von Schowalter (2001) über die Anwendbarkeit der RSK bei Jugendlichen von Interesse, die hier kurz dargestellt wird. Zunächst schätzen in der Erwachsenenversion geschulte Beurteiler und eine Realschullehrerin die Übertragbarkeit und Augenscheininvalidität der RSK für Jugendliche als angemessen ein. Die Interrater-Reliabilitäten der einzelnen Skalen und des Gesamtwerts sind mit Ausnahme der Skala „Konversationsfluss“ als gut bis sehr gut zu bezeichnen und übertreffen die Ergebnisse der deutschen Untersuchung mit Erwachsenen. Die niedrigen bis mittleren Interkorrelationen zwischen den einzelnen Kategorien weisen auf die Erfassung unterschiedlicher Aspekte sozialer Kompetenz hin. Die interne Konsistenz ist akzeptabel (Cronbach's  $\alpha = 0.77$ ) und mit der amerikanischen Version vergleichbar.

Der Gesamtwert der RSK wird zudem mit verschiedenen anderen Globalratings verglichen. Dabei ergibt sich ein signifikant hoher negativer Zusammenhang mit der Einschätzung der Ängstlichkeit der Jugendlichen durch jugendliche und erwachsene Rater und ein signifikant hoher positiver Zusammenhang mit der allgemeinen Einschätzung der sozialen Kompetenz durch erwachsene Rater. Letzteres wird als Rechtfertigung für die Zusammenfassung der einzelnen Kategorien zu einem Gesamtwert sowie als Nachweis der konvergenten Validität gesehen. Keine signifikanten Zusammenhänge bestehen dagegen zwischen dem Gesamtwert der RSK und den Werten des SPAIK, der Furcht vor negativer Bewertung oder dem sozialen Interesse aus einem Selbstwertfragebogen. Dies führt die Autorin auf die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdrating zurück, es kann aber auch einen Hinweis auf einen geringen Zusammenhang zwischen der erfassten Kompetenz und der Angstausprägung darstellen. Angaben zur externen Validität in Form von Zusammenhängen zwischen der RSK und Selbst- und Fremdeinschätzungen von Kompetenzen (Kompetenz-Skalen der CBCL bzw. YSR) ergeben geringe Korrelationen. Demgegenüber fallen Zusammenhänge mit Elternskalen über gehemmtes Verhalten der Jugendlichen in sozialen Interaktionen moderat aus. Es kann also nicht eindeutig beantwortet werden, inwieweit die im Rollenspiel beobachteten Kompetenzen typisch für den Alltag der Jugendlichen sind.

Insgesamt liegt mit der Ratingskala für soziale Kompetenz ein Verfahren vor, das sich in der Erfassung der (nonverbalen) sozialen Kompetenz Erwachsener und Jugendlicher im Rahmen

eines dyadischen Rollenspiels als ausreichend reliabel und valide erwiesen hat. Da keine vergleichbaren Verfahren für den Einsatz im Kindesalter zur Verfügung stehen, wird die RSK in dieser Arbeit erstmals für jüngere Kinder eingesetzt. Eine weitere Veränderung gegenüber der Originalversion stellen die hier eingesetzten Rollenspiele dar, die anstelle eines dreiminütigen Gesprächs mit einer unbekannten Person zwei unterschiedliche soziale Situationen mit gezielter Aufgabenstellung umfassen, wie oben dargestellt. Hiermit soll der Bandbreite der auslösenden Situationen bei sozialen Ängsten Rechnung getragen werden. Im Abschnitt 3.2.1 werden die Voraussetzungen zur Verwendung der RSK in unserem Zusammenhang geprüft.

#### *Ratings zur Veränderungsmessung*

Sowohl die Kinder als auch ihre Eltern werden im Anschluss an die Durchführung um eine Bewertung des Programms gebeten (siehe Anhang). Die Eltern beurteilen dabei zum einen den *Erfolg der Intervention* auf einer siebenstufigen Skala durch die Bewertung des Items „Mein Kind fühlt sich im Vergleich zum Beginn des Programms...“ mit „1“ gleich „sehr viel besser“ und „7“ gleich „sehr viel schlechter“. Zum anderen schätzen sie eventuell noch bestehende *Beeinträchtigungen* ihres Kindes aufgrund der sozialen Angst auf einer fünfstufigen Skala mit „0“ gleich „gar nicht“ und „4“ gleich „massiv beeinträchtigt“ für die Bereiche Schule, Freizeit und Freunde sowie Familie ein. Zuletzt geben sie ihre *Zufriedenheit* mit dem Programm auf einer fünfstufigen Skala mit „0“ gleich „gar nicht zufrieden“ und „4“ gleich „sehr zufrieden“ an. Die Kinder bewerten die gleichen Dimensionen wie ihre Eltern.

### 3.1.3 Untersuchungsablauf

#### *Rekrutierung und Eingangsuntersuchung*

Die Kinder werden über *Öffentlichkeitsarbeit* in Form von Berichten in der lokalen Presse (siehe Anhang), Aushängen an der Universität bzw. der Christoph-Dornier-Stiftung Siegen sowie durch Kontakte zu Beratungslehrern verschiedener Schulen des Siegerlandes und zur psychiatrischen Abteilung der Kinderklinik Siegen im Zeitraum von April bis Juli 2001 rekrutiert. Es sei angemerkt, dass die erste Identifikation betroffener Kinder hierdurch über das Eltern- bzw. im Ausnahmefall auch über das Lehrerurteil geschieht. Die Teilnahme an dem Programm ist bis auf einen Unkostenbeitrag von 50,- DM bzw. 25,- € für Materialien und Getränke kostenfrei.

In einem *telefonischen Screening* mit einem Elternteil (i.d.R. mit der Mutter) werden zunächst erste Informationen über eventuelle Ängste des Kindes eingeholt. Ergeben sich daraus Hinweise auf soziale Ängste, wird ein Termin für ein gemeinsames *Erstgespräch* mit Eltern und Kind in der Ambulanz der Christoph-Dornier-Stiftung in Siegen vereinbart. Zunächst werden demographische Daten anhand des Überblicks des Kinder-DIPS erhoben. Anschließend werden zur Einführung in die Problematik des Kindes Fragen zu verschiedenen Bereichen gemäß dem Screening aus dem Kinder-DIPS gestellt, die das Kind zusammen mit seinen Eltern beantworten kann. Nach dieser Einleitung wird das Kind mit einem zweiten Untersucher in den Gruppenraum der Ambulanz gebeten. Hierbei wird zunächst Zeit auf den Beziehungsaufbau mit Hilfe verschiedener Spiele und Bücher verwendet. Anschließend wird der störungsspezifische Teil zur sozialen Angststörung aus dem Kinder-DIPS mit dem Kind durchgeführt. Schließlich wird dem Kind die SASC-R-D vorgelegt, wobei den jüngeren Kindern die Items laut vorgelesen werden. In der Zwischenzeit werden die Eltern genauer zu den sozialen Ängsten ihres Kindes befragt. Dies geschieht zunächst in einem kurzen freien Gespräch, anschließend wird auch mit ihnen der störungsspezifische Teil zur sozialen Angststörung aus dem Kinder-DIPS durchgeführt. Das ganze Gespräch wird nach Einverständnis der Eltern auf Video aufgenommen, so dass ein zweiter Beobachter erneut über das Zutreffen der Kriterien für die soziale Angststörung im Anschluss entscheiden kann. Um ferner einen Überblick über eventuelle andere psychische Auffälligkeiten des Kindes zu erlangen, wird am Ende des Termins das CASCAP-D mit den Eltern durchgeführt. Außerdem wird von den Eltern mit einer schriftlichen Erklärung (siehe Anhang) das Einverständnis eingeholt, dass die für das Projekt erhobenen Daten zu Forschungszwecken genutzt werden dürfen.

Ergeben sich aus diesem ersten Termin Hinweise auf behandlungsbedürftige soziale Ängste, wird ein *zweiter Termin* mit den Eltern und dem Kind vereinbart. Auch dieser wird von zwei

Diagnostikern gestaltet, um Eltern und Kind getrennt voneinander zu befragen. Wenn im CASCAP-D Hinweise auf eventuelle komorbide psychische Auffälligkeiten deutlich geworden sind, wird mit den Eltern bei diesem Termin der entsprechende störungsspezifische Teil aus dem Kinder-DIPS durchgeführt und es werden entsprechende Diagnosen vergeben. Abschließend wird den Eltern die CBCL vorgelegt. Mit dem Kind werden bei diesem Termin die zwei Rollenspiele durchgeführt, deren Reihenfolge systematisch zwischen den Kindern variiert wird. Zudem wird die Selbsteinschätzung bzgl. Angst und Kognitionen eingeholt.

#### *Durchführung des Programms*

Die Kinder der Experimentalgruppe werden im August 2001 zunächst zur kognitiven Vorbereitung eingeladen und erhalten etwa eine Woche Bedenkzeit für ihre Entscheidung über die Teilnahme an dem Programm (siehe 2.2). Die interessierten Kinder werden anschließend zu altershomogenen Kleingruppen à drei bis fünf Teilnehmern zusammengestellt und durchlaufen im Zeitraum zwischen September und Dezember 2001 das in Kapitel 2 dargestellte Programm. Die Eltern nehmen in dieser Zeit an drei Elternabenden teil. Die Gruppen werden von jeweils einer Diplom-Psychologin und einem studentischen Co-Therapeuten bzw. einer Co-Therapeutin geleitet und finden im Gruppenraum der Ambulanz der Siegener Christoph-Dornier-Stiftung statt. Für die Expositionübungen außerhalb der Ambulanz wird von den Eltern vorher eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt (siehe Anhang). Alle Sitzungen werden auf Video aufgenommen und regelmäßig supervidiert.

Die Kontrollgruppe befindet sich währenddessen im Wartezeitraum ohne Kontakt zur Ambulanz. Im Anschluss an die Durchführung des Programms mit der Experimentalgruppe werden die diagnostischen Befunde mit den Kindern und Eltern der Kontrollgruppe aktualisiert. Im Zeitraum Februar bis Mai 2002 nehmen sie schließlich ebenfalls an dem Programm teil.

#### *Abschluss- und Follow-up-Untersuchung*

Unmittelbar nach dem Programm wird die diagnostische Untersuchung mit den Kindern und Eltern wiederholt. Bis auf das CASCAP-D werden dabei die gleichen Verfahren wie vorher verwendet und zusätzlich die Fragen zur subjektiven Veränderung durch das Programm gestellt. Etwa drei Monate später findet das Wiederauffrischungstreffen in der gewohnten Kleingruppe statt und nach sechs Monaten erfolgt die Follow-up-Untersuchung. Diese wird in Form eines Telefonkontakts mit einem Elternteil zur Durchführung des Kinder-DIPS zur sozialen Angststörung sowie durch Zusenden der gleichen Fragebögen wie zur Nacherhebung realisiert.

### 3.1.4 Stichprobe

#### *Auswahl und Gruppenaufteilung*

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen, ausgeprägter Mutismus, psychotische Symptome bzw. mangelnde Gruppenfähigkeit stellen Ausschlusskriterien für die Teilnahme an dem Programm dar. Von den insgesamt 38 Interessenten werden vier Kinder aufgrund der Diagnosen frühkindlicher Autismus, Mutismus oder deutliche Entwicklungsverzögerung bzw. aufgrund verminderter Gruppenfähigkeit durch ausgeprägte Hyperaktivität ausgeschlossen und drei Jugendliche übertreffen die Altersgrenze. Allen ausgeschlossenen Familien werden andere Ansprechpartner für die bestehenden Probleme vermittelt.

Die Aufnahme in das Programm erfolgt, wenn die soziale Angst der Kinder das primäre Anliegen darstellt und ein behandlungsbedürftiges Ausmaß erreicht. Die Ausprägung der Angst wird mit Hilfe des Kinder-DIPS im Eltern- und Kindurteil operationalisiert. Da es sich um ein indiziertes Präventionsprogramm handelt, sollen im Interview erste relevante Anzeichen der Störung erkennbar sein. Dabei gilt folgende Entscheidungsregel: Von den Kriterien A bis F (siehe 1.1.3) einer sozialen Angststörung gemäß dem DSM-IV müssen für die Aufnahme in das Programm mindestens vier Kriterien erfüllt sein. Bei Diskrepanzen zwischen Eltern- und Kindurteil wird dem Elternurteil mehr Gewicht gemäß den Erörterungen im Abschnitt 1.2.1 und analog zu Kendall und Kollegen (1997) zugemessen, gleichzeitig wird das klinische Urteil zu Rate gezogen. Letzteres wird durch zwei unabhängige Beurteilungen der Rollenspiele per Video realisiert. Drei Kinder geben im Gegensatz zur Mutter keine relevanten sozialen Ängste an und auch das klinische Urteil spiegelt keine behandlungsbedürftigen Ängste wider. Den Eltern wird daher von der Notwendigkeit einer Teilnahme abgeraten. Weitere drei Kinder dissimulieren ihre Ängste auffällig und vier Kinder geben Ängste an der Grenze des Einschlusskriteriums an. Alle sieben werden aufgrund des Eltern- und klinischen Urteils mit einbezogen. Weitere sechs zunächst interessierte Eltern sagen die Teilnahme im Laufe der Diagnostik wegen zu großer räumlicher Entfernung zwischen Ambulanz und Wohnort oder wegen terminlicher Probleme ab. Die resultierende Stichprobe besteht damit zuerst aus insgesamt 20 Kindern und Jugendlichen.

Nach der kognitiven Vorbereitung entscheidet sich ein Mädchen gegen die Teilnahme. Die 19 verbleibenden Jungen und Mädchen werden nach Alter und Geschlecht parallelisiert und randomisiert der Experimental- und Kontrollgruppe zugeordnet, wobei aufgrund organisatorischer Gründe ein Teilnehmer bewusst der Experimentalgruppe zugeteilt wird. In der Kontrollgruppe fallen schließlich zwei Kinder aus aufgrund eines stationären Aufenthalts wegen

einer starken Verschlechterung der Probleme oder aufgrund von Vorbehalten der Eltern gegenüber dem Projekt.

### *Stichprobenbeschreibung*

Tabelle 8 gibt einen Überblick über demographische Variablen der Experimental- und Kontrollgruppe. Die teilnehmenden Kinder sind im Durchschnitt 11.82 Jahre (SD = 2.16) alt. Jungen stellen mit einem Anteil von 71% die Mehrheit der Stichprobe dar. Etwa ein Drittel der Kinder besuchen die Grundschule, ein weiteres Drittel entweder die Real- oder Hauptschule, ein weiteres Viertel das Gymnasium und die übrigen die Sonder- oder Gesamtschule. Bzgl. des Bildungsstands der Eltern verteilt sich die Stichprobe wie folgt: 38% der Eltern haben Hauptschulabschluss, 18% Realschulabschluss, weitere 10% machten das Fach- bzw. Abitur und 3% besitzen einen Hochschulabschluss. Vom Rest der Stichprobe fehlen hierzu leider Angaben. 43% arbeiten im Angestelltenverhältnis, 18% als Arbeiter, während 13% selbstständig, 10% Hausfrauen und 3% Beamte sind. Keiner gibt Arbeitslosigkeit an. Die Mehrzahl der Eltern sind verheiratet und haben neben dem teilnehmenden Kind noch ein oder zwei weitere Kinder.

Tabelle 8: Demographische Variablen der Experimental- und Kontrollgruppe

		EG (n = 10)	KG (n = 7)	Signifikanz
<b>Geschlecht</b>	<i>männlich</i>	7 (71%)	5 (70%)	n.s.
	<i>weiblich</i>	3 (29%)	2 (30%)	
<b>Alter</b>	<i>M (SD)</i>	11.80 (2.20)	11.86 (2.27)	n.s.
<b>Schulform</b>	<i>Grundschule</i>	4 (40%)	1 (14%)	n.s.
	<i>Hauptschule</i>	2 (20%)	1 (14%)	
	<i>Realschule</i>	1 (10%)	1 (14%)	
	<i>Gymnasium</i>	3 (30%)	1 (14%)	
	<i>Gesamtschule</i>	0	1 (14%)	
	<i>Sonderschule</i>	0	2 (29%)	
<b>Anzahl Geschwister</b>	<i>keine</i>	0	2 (29%)	n.s.
	<i>ein / zwei</i>	8 (80%)	4 (57%)	
	<i>mehr als zwei</i>	2 (20%)	1 (14%)	
<b>Familienstatus</b>	<i>verheiratet</i>	9 (90%)	4 (57%)	n.s.
	<i>geschieden</i>	1 (10%)	1 (14%)	
	<i>getrennt</i>	0	2 (29%)	

Die Stichprobe zeichnet sich neben der sozialen Angst durch andere klinische Auffälligkeiten aus. Tabelle 9 gibt an, wie häufig die Eltern Merkmale aus den 13 Bereichen des CASCAP-D für ihre Kinder als zutreffend empfinden. Es fällt auf, dass alle Eltern Besonderheiten in der Interaktion und im Angstbereich bei ihren Kindern wahrnehmen. Wie bei dieser Stichprobe zu

erwarten, bezeichnen die Eltern ihre Kinder in der Interaktion überwiegend als scheu bzw. unsicher, sozial isoliert oder überangepasst (siehe Abbildung 2).

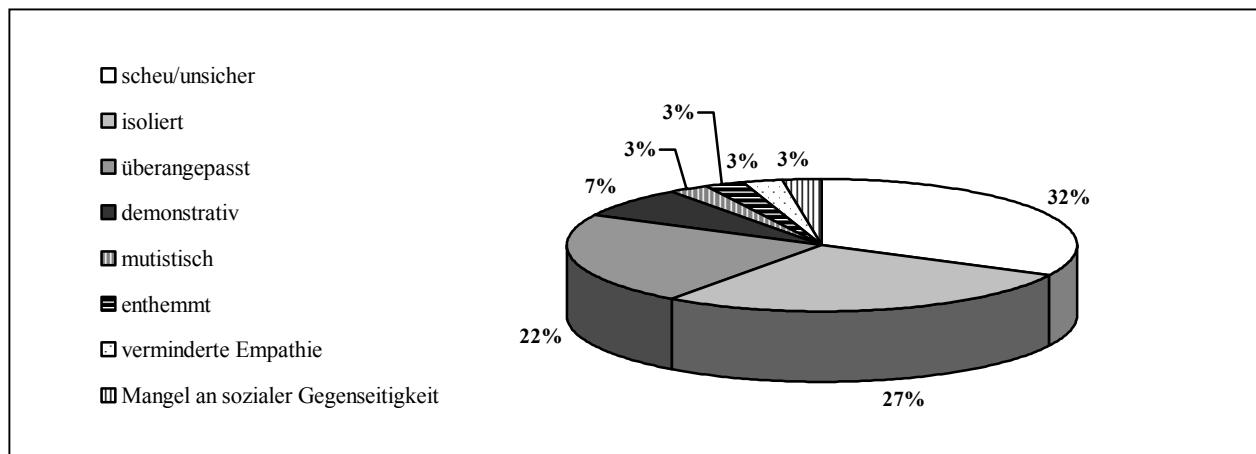


Abbildung 2: Auffälligkeiten in der Interaktion der Gesamtstichprobe gemäß dem CASCAP-D

Angstsymptome werden neben der sozialen Angst vor allem aus den Bereichen Phobie, Leistungsangst, Trennungsangst und generalisierte Angst genannt. Zudem werden häufig die Bereiche Stimmung bzw. Affekt (bei 59% aller Kinder) sowie Aktivität und Aufmerksamkeit (47%) bestätigt. Auch oppositionell-dissoziales Verhalten, Entwicklungsstörungen bzw. körperliche Beschwerden (je 41%) werden als typisch für die Kinder betrachtet. Der Tabelle sind häufig genannte Einzelsymptome der jeweiligen Bereiche von mindestens deutlicher Ausprägung zu entnehmen.

Tabelle 9: Stichprobenbeschreibung gemäß dem CASCAP-D

Merkmalsbereich	EG	KG	Anmerkung <sup>1)</sup>
1) Interaktion	10 (100%)	7 (100%)	(siehe Abb. X)
2) Oppositionell-dissozial	3 (30%)	4 (57%)	verbal bzw. körperlich aggressiv, Lügen
3) Entwicklungsstörung	2 (20%)	5 (71%)	motorisch, Intelligenzminderung
4) Aktivität / Aufmerksamkeit	4 (40%)	4 (57%)	ablenkbar, hyperaktiv, impulsiv
5) Psychomotorik	0	0	
6) Angst	10 (100%)	7 (100%)	(siehe Text)
7) Zwang	1 (10%)	0	
8) Stimmung / Affekt	5 (50%)	5 (71%)	geringes Selbstvertrauen, depressiv, reizbar, verzweifelt, Schuldgefühle
9) Essverhalten	0	1 (14%)	
10) Körperliche Beschwerden	4 (40%)	3 (43%)	Schlafprobleme
11) Denken / Wahrnehmung	1 (10%)	1 (14%)	
12) Gedächtnis / Orientierung	0	2 (29%)	
13) Andere	1 (10%)	0	

<sup>1)</sup> In dieser Spalte werden häufig genannte Einzelsymptome von mindestens deutlicher Ausprägung aufgeführt.

Inwieweit die im CASCAP-D bestätigten Symptombereiche klinisch relevante Diagnosen rechtfertigen, ist den Ergebnissen des Kinder-DIPS zu entnehmen (siehe Tabelle 10). 82% der Stichprobe erfüllen demnach trotz der Auffälligkeiten auf Symptomebene keine komorbide klinische Diagnose, 12% zeigen neben den sozialen Angstsymptomen eine Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung und 6% leiden auch unter Trennungsangst. In dieser Tabelle ist zusätzlich aufgeführt, dass 100% der Kinder im Elternurteil und etwa 60% im Kindurteil das Eingangskriterium erfüllen. Vier Teilnehmer erfüllen zum Zeitpunkt unmittelbar vor Beginn des Programms alle Kriterien einer sozialen Angststörung gemäß dem Eltern- und Kindurteil.

Tabelle 10: Stichprobenbeschreibung gemäß dem Kinder-DIPS

		EG	KG	Signifikanz
<b>Soziale Angst<sup>1)</sup></b>	<i>Eltern</i>	10 (100%)	7 (100%)	n.s.
	<i>Kind</i>	6 (60%)	4 (57%)	n.s.
<b>Komorbide Diagnosen</b>	<i>keine</i>	8 (80%)	6 (86%)	n.s.
	<i>ADHS<sup>2)</sup></i>	1 (10%)	1 (14%)	
	<i>Trennungsangst</i>	1 (10%)	0	

<sup>1)</sup> Anteil der Stichprobe, der laut Eltern- bzw. Kindurteil das Eingangskriterium (mind. 4 relevante Kriterien einer sozialen Angststörung) erfüllt

<sup>2)</sup> Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung

### 3.1.5 Hypothesen

Die Pilotstudie widmet sich der ersten Evaluation des Programms zur indizierten Prävention von sozialen Ängsten. Das Ziel besteht zum einen darin, die Ausbildung einer manifesten sozialen Angststörung bei den Kindern und Jugendlichen zu verhindern, zum anderen soll die bereits bestehende Symptomatik gelindert werden. Folgende Hypothesen werden dabei im Einzelnen vor dem Hintergrund der Literatur verfolgt:

Es wird postuliert, dass...

- (1) ...sich die sozialen Angstsymptome und der daraus entstandene Leidensdruck bei den teilnehmenden Kindern verringert.
- (2) ...diese Veränderungen sowohl von den Kindern als auch von den Eltern wahrgenommen werden.
- (3) ...sich die soziale Kompetenz bzw. Performanz der Teilnehmer verbessert.
- (4) ...dass die Veränderungen auf die Intervention zurückzuführen sind.
- (5) ...diese Veränderungen stabil sind.

Diese Hypothesen werden wie folgt operationalisiert:

- (1) Die Werte in den folgenden Evaluationskriterien reduzieren sich signifikant und bedeutsam zwischen den beiden Messzeitpunkten vor Beginn (Prä1 bzw. Prä2) und nach Beendigung des Programms (Post, vgl. 3.1.1):
  - Anteil derer, die das Eingangskriterium erfüllen, sowie Anzahl der für eine soziale Angststörung zutreffenden Kriterien gemäß dem Kinder-DIPS
  - Anzahl der vermiedenen oder nur unter großer Angst ertragenen Situationen gemäß dem Kinder-DIPS
  - Ausmaß der Beeinträchtigung durch die sozialen Angstsymptome gemäß dem Kinder-DIPS
  - Werte in den Skalen „Sozialer Rückzug“, „Angst/Depression“ und „Internalisierende Auffälligkeiten“ gemäß der CBCL
  - Werte in der kognitiven Skala „FNE“ sowie der verhaltensbezogenen Skala „SAD“ gemäß der SASC-R-D.
- (2) Wie unter (1) aufgeführt, zeigen sich die Veränderungen sowohl im Elternurteil gemäß dem Kinder-DIPS und der CBCL als auch im Kindurteil gemäß dem Kinder-DIPS und der SASC-R-D.

- (3) Der Gesamtwert der RSK verringert sich ebenfalls signifikant und bedeutsam zwischen den Messzeitpunkten „Prä1“ bzw. „Prä2“ und „Post“ sowohl in der Vorstellungs- als auch in der Durchsetzungsaufgabe im Rollenspiel.
- (4) Alle Veränderungen zeigen sich signifikant stärker im Interventionszeitraum der Experimentalgruppe als im Wartezeitraum der Kontrollgruppe. Daher werden Interaktionseffekte zwischen den Faktoren „Gruppe“ und „Messzeitpunkt“ postuliert.
- (5) Die Reduktion der Werte bleibt auch zum Messzeitpunkt des „Follow-up“ nach sechs Monaten gemäß folgender Evaluationskriterien erhalten:
  - Variablen des Kinder-DIPS im Elternurteil (siehe (1))
  - Werte in den Skalen der CBCL
  - Werte in den der SASC-R-D.

### 3.1.6 Auswertung

Zunächst findet ein Ratertraining für die Auswertung der Rollenspiele mit Hilfe der Ratingskala für soziale Kompetenz mit zwei geschulten Beobachtern aus der Arbeitsgruppe um Fydrich in Heidelberg statt. Hieran nehmen sechs Rater teil, die nicht an der Durchführung des Programms beteiligt sind. Anschließend werten diese die Videos mit den Rollenspielen gemäß der Anleitung der RSK aus, wobei sie keine Informationen über die Gruppenzugehörigkeit der Kinder oder über den Zeitpunkt der Videoaufnahme erhalten. Zur Überprüfung der Interrater-Übereinstimmung wird etwa ein Drittel der Sequenzen doppelt geratet.

Alle folgenden statistischen Auswertungen erfolgen mit Hilfe des Programms SPSS 12.01. Es kommen für nominalskalierte Daten Tests für Anteilswerte (Fisher's exakter Test bei dichotomen Variablen, Chi<sup>2</sup>-Test bei mehrdimensionalen Variablen und McNemar-Test bei abhängigen Gruppen) sowie für intervallskalierte Daten t-Tests bzw. uni- und multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholungs- und Gruppenfaktoren zum Einsatz. Die jeweiligen Testverfahren und einbezogenen Variablen werden im Ergebnisteil genannt. Zur Klärung von signifikanten Effekten werden schließlich Post-Hoc-Tests in Form von Bonferroni-t-Tests verwendet. Für den t-Test und die varianzanalytischen Verfahren wird die Voraussetzung der Normalverteilung gefordert, die mit Hilfe des Kolmogorov-Smirnov-Tests überprüft wird. Zudem soll bei varianzanalytischen Verfahren die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen der Variablen zu allen Zeitpunkten und zwischen den Gruppen erfüllt sein, für deren Überprüfung der Levene-Test bzw. der Box-Test für die Homogenität der Varianz-Kovarianz-Matrizen bei multivariaten Tests herangezogen wird. Bei Analysen mit Messwiederholung soll außerdem die Sphärizitätsannahme bestätigt werden, zu deren Überprüfung der Maudsley-Test verwendet wird. Bei Verletzungen dieser Voraussetzung wird eine Korrektur der Freiheitsgrade nach Greenhouse-Geisser vorgenommen. Bei mehrmaligen Vergleichen an gleichen Datensätzen wird das Fehlerniveau  $\alpha$  von 5% durch Division durch die Anzahl der Vergleiche korrigiert ( $\alpha$ -Adjustierung).

Zur Analyse der Interrater-Übereinstimmung werden die prozentuale Übereinstimmung in den dichotomen Variablen des diagnostischen Interviews und Intraclass-Korrelationen für die Übereinstimmung in der fünfstufigen Ratingskala für soziale Kompetenz berechnet. Ferner werden Interkorrelationen und Koeffizienten zur Bestimmung der internen Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ ) für die RSK und die kognitiven Ratings bei der Verhaltensdiagnostik bestimmt. Um Aussagen zur Bedeutung von Effekten machen zu können, werden außerdem Effektstärken berechnet. Dies ist insbesondere angesichts der geringen Stichprobengröße der Pilotstudie von

Bedeutung. Bei der Analyse von Gruppenunterschieden werden die Effektstärken mit folgender Formel bestimmt:  $ES = (M_{KG} - M_{VG}) / SD_{gepooolt}$ . Dabei steht „M“ für den jeweiligen Mittelwert der Experimental- oder der Kontrollgruppe und „SD“ für die gepoolte Standardabweichung aus den Streuungen der beiden Gruppen. Bei der Analyse von Werten zu unterschiedlichen Zeitpunkten werden Effektstärken nach der Formel von McGaw und Glass (1980; vgl. Hartmann & Herzog, 1995) errechnet, die die Abhängigkeit der Messwertreihen untereinander mitberücksichtigen:

$$ES = \frac{M_{treat_{t1}} - M_{treat_{t2}}}{\sqrt{(s_{t1}^2 + s_{t2}^2 - 2 r_{t1t2} s_{t1} s_{t2})}}$$

Hierbei steht „ $M_{treat_{t1}}$ “ für den Mittelwert zum ersten Zeitpunkt und „ $M_{treat_{t2}}$ “ für den Mittelwert zum zweiten Zeitpunkt.

## 3.2 ERGEBNISSE

### 3.2.1 Überprüfung der Voraussetzungen

#### *Einsetzbarkeit der Ratingskala für soziale Kompetenz*

Wie oben erwähnt, wird die Ratingskala für soziale Kompetenz (RSK) in dieser Arbeit unter anderen Voraussetzungen als in den Originalarbeiten eingesetzt. Daher werden im Folgenden der Einfluss der Aufgaben und der Reihenfolge der Rollenspiele, die Interrater-Reliabilität, die interne Konsistenz sowie Interkorrelationen zwischen den einzelnen Skalen der RSK überprüft. Für diese Analysen stehen die Rollenspiele der Teilnehmer der Pilot- und der Hauptstudie inklusive der Daten der Kinder, die die Teilnahme abgebrochen haben, für alle Messzeitpunkte zur Verfügung. Aufgrund technischer Probleme, z.B. fehlender Tonaufzeichnung, können leider einzelne Videoaufzeichnungen nicht genutzt werden, so dass insgesamt  $n = 111$  Aufnahmen verwendet werden.

Zur Überprüfung des *Einflusses der Aufgabe und der Reihenfolge* der Rollenspiele wird zunächst mit dem Gesamtwert der RSK eine 2x2-faktorielle Varianzanalyse mit „Aufgabe“ (Vorstellen oder Durchsetzen) als Messwiederholungsfaktor und „Reihenfolge“ (Vorstellen-Durchsetzen bzw. Durchsetzen-Vorstellen) als Gruppenfaktor berechnet. Es ergibt sich ein signifikanter Unterschied in der Aufgabenstellung ( $F(1,105)=14.02, p<.001$ ) mit höherem Gesamtwert bei der Aufgabe, sich vor einer Gruppe vorzustellen, im Sinne einer schlechteren Bewertung der sozialen Kompetenz bei dieser Aufgabe. Dieser Unterschied wird in den weiteren Berechnungen durch eine getrennte Betrachtung der beiden Rollenspielaufgaben berücksichtigt. Die Reihenfolge der Aufgabenstellung hat dagegen keinen signifikanten Einfluss auf die Bewertung, wie der nicht signifikante Haupteffekt „Reihenfolge“ ( $F(1,105)=0.46, p=.500$ ) und die ebenfalls nicht signifikante Wechselwirkung ( $F(1,105)=1.38, p=.243$ ) zeigen.

Tabelle 11 gibt die Ergebnisse weiterer Voranalysen mit der RSK wieder. Die Intraclass-Korrelationen der doppelt beurteilten Videosequenzen als Maß für die *Interrater-Reliabilität* liegen zwischen 0.62 und 0.81 und können somit als gut bezeichnet werden, wobei die Kategorie „Körperliche Unruhe und Nervosität“ bei der Vorstellungsaufgabe mit einer Übereinstimmung von 0.54 eine Ausnahme darstellt. Der Gesamtwert der RSK erreicht bei beiden Rollenspielen eine gute Interraterreliabilität von 0.77 bzw. 0.82. Daher wird in den folgenden Analysen statt der einzelnen Items ausschließlich der Gesamtwert der RSK verwendet. Die *Interkorrelationen* der einzelnen Items liegen mit Werten zwischen 0.37 und 0.70 im niedrigen bis mittleren Bereich, der Zusammenhang zwischen den Skalen „Sprechdauer“ und „Konversationsfluss“ mit

0.82 und 0.89 ist dagegen als hoch zu bezeichnen. Zudem werden die Zusammenhänge zwischen dem Gesamtwert und den einzelnen Kategorien, die sogenannten Itemtrennschärfe-Indices, berechnet. Die Tabelle gibt auch die korrigierten Itemtrennschärfe-Indices wieder, bei denen jeweils der Zusammenhang aus der zu korrelierenden Kategorie auspartialisiert worden ist. Die Werte liegen mit 0.51 bis 0.80 im mittleren bis hohen Bereich. Die *interne Konsistenz* beträgt Cronbach's  $\alpha$  zufolge 0.85 bzw. 0.87 und ist damit ebenfalls als gut zu bezeichnen. Insgesamt liegen diese Ergebnisse im Einklang mit den Ergebnissen der deutschen Originalversion der RSK (Schowalter, 1997; 2001), so dass ihr Einsatz auch in dieser veränderten Fassung gerechtfertigt erscheint.

Tabelle 11: Kennwerte der einzelnen Items und des Gesamtwerts der RSK

Item <sup>2)</sup>	Rollenspiel a <sup>1)</sup>						Rollenspiel b <sup>1)</sup>					
	1	2	3	4	5	GW	1	2	3	4	5	GW
<b>Interkorrelationen<sup>3)</sup></b>	2	.59**					.42**					
	3	.49**	.70**				.45**	.69**				
	4	.58**	.56**	.53**			.46**	.49**	.42**			
	5	.39**	.65**	.82**	.46**		.37**	.68**	.89**	.45**		
<b>Intraclass-Koeffizienten<sup>4)</sup></b>	.73	.67	.75	.54	.63	.77	.81	.74	.75	.62	.63	.82
<b>(korrig.) Item-Trennschärfe<sup>5)</sup></b>	.59	.77	.80	.63	.71		.51	.72	.79	.55	.75	
<b>interne Konsistenz<sup>6)</sup></b>	.87						.85					

<sup>1)</sup> Rollenspiel a: Vorstellen; Rollenspiel b: Durchsetzen

<sup>2)</sup> Item 1: Blickkontakt, 2: Stimme und Sprache, 3: Sprechdauer, 4: Körperliche Unruhe und Nervosität, 5: Konversationsfluss, GW: Gesamtwert

<sup>3)</sup> \*\*: p<.001; n=32

<sup>4)</sup> <sup>5)</sup> <sup>6)</sup> n=111; <sup>6)</sup> Cronbach's  $\alpha$ , n=111

### Validitätsüberprüfung der Verhaltensdiagnostik

Zur Unterstützung der inhaltlichen Interpretation der Ergebnisse der Rollenspiele werden zudem korrelative Zusammenhänge zwischen dem Gesamtwert der RSK und den verschiedenen anderen Selbstbeurteilungsmaßen analysiert. Hierfür werden die Ergebnisse der SASC-R-D, des Angstthermometers sowie der kognitiven Selbsteinschätzungen der Kinder der Pilot- und der Hauptstudie herangezogen. Zunächst wird überprüft, ob sich die Werte der Selbsteinschätzungen normal verteilen und ob die drei Kognitionen zu einem Wert zusammenfassen sind: Der Kolmogorov-Smirnov-Test wird weder bei den Werten des Angstthermometers noch bei den Kognitionen signifikant und verweist damit auf normal verteilte Werte. Die interne Konsistenz

mit Koeffizienten für Cronbach's  $\alpha$  in Höhe von 0.71 bis 0.89 bei Rollenspiel a und in Höhe von 0.68 bis 0.89 bei Rollenspiel b rechtfertigt außerdem die Bildung eines Mittelwerts aus den drei Kognitionen. Die korrelativen Zusammenhänge der Maße sind schließlich in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12: Interkorrelationen der RSK, der Kognitionen, des Angstthermometers und der SASC-R-D

		<b>Angst<sup>1)</sup></b>	<b>Kognitionen<sup>2)</sup></b>	<b>SASC-R-D</b>	
				<b>FNE</b>	<b>SAD</b>
<b>RSK</b>	Rollenspiel a <sup>4)</sup>	.10	.01	-.03	.01
	Rollenspiel b	.03	.09	-.18	-.10
<b>Angst</b>	Rollenspiel a		.76** <sup>3)</sup>	.57**	.54**
	Rollenspiel b		.75**	.51**	.37**
<b>Kognitionen</b>	Rollenspiel a			.59**	.49**
	Rollenspiel b			.51**	.33**

<sup>1)</sup> Angstausprägung gemäß dem Angstthermometer

<sup>2)</sup> Mittelwert der drei Kognitionen

<sup>3)</sup> \*\*: p<.01

<sup>4)</sup> Rollenspiel a: Vorstellen; Rollenspiel b: Durchsetzen

Zunächst wird auf die unbedeutenden Zusammenhänge zwischen der RSK und den übrigen Variablen hingewiesen, die sich nicht signifikant von 0 unterscheiden. Dies ist analog zu den Ergebnissen der Validierungsstudie von Schowalter (2001), in der ebenfalls kein Zusammenhang zwischen der RSK und Maßen zur sozialen Angst wie etwa dem SPAIK nachgewiesen wird (vgl. 3.1.2). Zum einen kann diese Beobachtung als Hinweis darauf verstanden werden, dass die soziale Angst und die ausgelösten Kognitionen nicht im Zusammenhang mit beobachtbaren Indikatoren sozial kompetenten Verhaltens stehen (vgl. 1.1.7). Es kann andererseits aber auch auf die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdurteil verweisen.

Zwischen der Angstausprägung gemäß dem Angstthermometer und der SASC-R-D bestehen dagegen signifikante Zusammenhänge in mittlerer Höhe mit Ausnahme des Rollenspiels b und der Skala „SAD“ der SASC-R-D. Dies kann als Hinweis gewertet werden, dass v.a. das Rollenspiel a in der Lage ist, typische soziale Ängste bei den Kindern zu induzieren. Darüber hinaus besteht zwischen der subjektiven Angst und den kognitiven Ratings vor der Durchführung der Rollenspiele ein signifikanter Zusammenhang in mittlerer Höhe. Dies bedeutet, dass mit steigender Angst das Ausmaß an pessimistischer Erfolgseinschätzung, subjektiver negativer Fremd- und Selbstbewertung zunimmt. Der höhere Zusammenhang mit der kognitiven Skala „FNE“ im Vergleich zur Skala „SAD“ der SASC-R-D kann ferner als weiterer Hinweis auf die Validität der kognitiven Ratings gewertet werden.

### *Überprüfung der Voraussetzungen der Evaluationskriterien*

Als nächstes wird die Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Beurteilern des Kinder-DIPS berechnet. Dabei erreicht die Interrater-Reliabilität für die Diagnosekriterien des störungsspezifischen Teils eine Übereinstimmung von 94%.

Für die nachfolgenden ANOVA- bzw. MANOVA-Auswertungen wird ferner die Voraussetzung der Normalverteilung der beteiligten Evaluationskriterien überprüft. Der Kolmogorov-Smirnov-Test liefert hierzu sowohl für die CBCL- und SASC-Skalen als auch für die meisten Variablen des DIPS und der Werte der RSK nicht signifikante Ergebnisse, so dass von einer Normalverteilung der beteiligten Variablen ausgegangen werden kann. Dies gilt allerdings nicht für die Variable „Anzahl der Kriterien“ im Elternurteil des DIPS zu den Zeitpunkten „Prä1“ und „Prä2“. Die Kennwerte für die Schiefe der Verteilungen dieser beiden Variablen betragen –1.37 bzw. –0.99 und legen damit rechtssteile Verteilungen nahe. Aufgrund dieser schießen Verteilungen ist die Verletzung der Normalverteilungsvoraussetzung nach Bortz (2004) unerheblich und wird nicht weiter berücksichtigt. Zudem wird die Voraussetzung der Homogenität der Varianzmatrizen mit Hilfe des Levene-Tests bzw. des Box-Tests überprüft. Auch hier weisen die nicht signifikanten Ergebnisse auf die gegebene Voraussetzung hin. Der Maudsley-Test liefert bei mehreren Variablen ein signifikantes Ergebnis, so dass an den entsprechenden Stellen eine Korrektur der Freiheitsgrade nach Greenhouse-Geisser vorgenommen wird.

### *Überprüfung der Randomisierung*

Um später eventuelle Gruppenunterschiede interpretieren zu können, werden beide Gruppen hinsichtlich demographischer und klinischer Variablen zum Zeitpunkt vor der Intervention verglichen.

Hinsichtlich der *demographischen Variablen* ist Folgendes festzuhalten: Es ergeben sich weder nach Fisher's exaktem Test im Geschlecht, noch nach einem t-Test im Alter oder in der besuchten Schulform nach einem Chi<sup>2</sup>-Test signifikante Unterschiede zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe (vgl. Tabelle 8). Auch hinsichtlich des Ausmaßes der Komorbidität bzw. der Auffälligkeiten in den Merkmalsbereichen des CASCAP unterscheiden sich die Gruppen nach den Ergebnissen von Chi<sup>2</sup>-Tests nicht signifikant voneinander. Eine Ausnahme stellt ein tendenzieller Unterschied bei den Entwicklungsstörungen dar (Fisher's exakter Test:  $p=.058$ ), wonach die Kinder der Kontrollgruppe in diesem Bereich belasteter sind (vgl. Tabelle 9). Bezuglich des Bildungsstands der Eltern, deren Beruf, des Familienstands oder der Anzahl von Geschwistern erbringen Chi<sup>2</sup>-Tests ebenfalls keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Zur Überprüfung von Gruppenunterschieden in den verschiedenen *klinischen Variablen* im Eltern-, Kind- oder Fremdurteil zum ersten Messzeitpunkt „Prä1“ werden t-Tests mit unabhängigen Gruppen berechnet. Die deskriptiven Werte sind den Tabellen 13, 15 und 17 zu entnehmen. Für die Analyse wird aufgrund der Vielzahl der Vergleiche eine  $\alpha$ -Adjustierung vorgenommen ( $\alpha_{\text{korr}} = \alpha/\text{Anzahl der Vergleiche} = 0.05/14 = 0.004$ ). Die Gruppen unterscheiden sich den Ergebnissen zufolge in den Elternvariablen nicht signifikant voneinander. Auch in den Kindvariablen bestehen keinerlei signifikante Gruppenunterschiede. Im Gesamtwert der RSK unterscheiden sich die beiden Gruppen ebenfalls in beiden Rollenspielaufgaben nicht signifikant voneinander. Ferner werden beide Gruppen zum jeweiligen Zeitpunkt direkt vor der Intervention untersucht. Dies entspricht den Werten der Versuchsgruppe bei der ersten Messung (Prä1) und den Werten der Kontrollgruppe der zweiten Messung (nach ihrem Wartezeitraum direkt vor Beginn der Intervention, Prä2). Auch hierbei gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der klinischen Variablen.

Unabhängig von der Überprüfung des Signifikanzniveaus werden auch Effektstärken für eventuelle Unterschiede zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe für die beiden Messzeitpunkte (Prä1 und Prä2) vor dem Programm berechnet. Es werden dabei zu „Prä1“ mittlere Effekte zwischen den Gruppen bei den CBCL-Werten für die Skalen „Internalisierende Auffälligkeiten“ und für den Gesamtwert deutlich ( $ES = 0.51$  bzw.  $0.77$ ). Die Kontrollgruppe ist damit bezüglich der Sekundärskalen der CBCL zu „Prä1“ als belasteter anzusehen. Im Rollenspiel b („Durchsetzen“) wird ebenfalls ein mittlerer Effekt durch schlechtere Ausgangswerte der Kontrollgruppe deutlich ( $ES = 0.60$ ). Zu „Prä2“ sind die Effekte für alle Variablen der Kinder und für die Fragebogendaten der Eltern gering ( $ES$  zwischen  $-0.05$  und  $0.38$ ). Bei den Daten im Eltern-Interview ergeben sich dagegen mittlere bis große Effekte für den Gruppenunterschied. Diese kommen zum einen durch schlechtere Werte der Kontrollgruppe bei den Variablen „Anzahl der DIPS-Kriterien“ ( $ES = 0.55$ ) und „Beeinträchtigung im DIPS“ ( $ES = 0.73$ ) zustande. Zum anderen hat die Versuchsgruppe schlechtere Ausgangswerte in der Variable „Anzahl der Situationen im DIPS“ ( $ES = -0.88$ ). Diese Gruppenunterschiede in den Effektstärken werden bei der Analyse der Unterschiede zu späteren Zeitpunkten berücksichtigt.

### 3.2.2 Evaluationsergebnisse im Elternurteil

#### *Veränderungen über die Zeit*

Folgende Veränderungen werden im diagnostischen Interview gemäß dem Elternurteil deutlich. Zunächst reduziert sich der Anteil derer, die das Eingangskriterium von mindestens vier relevanten Kriterien einer sozialen Angststörung erfüllen, über die drei Zeitpunkte deutlich (siehe Abbildung 3). Der McNemar-Test kann an dieser Stelle aufgrund des konstanten Werts zum Zeitpunkt „Prä“ (100% erfüllen das Kriterium) nicht berechnet werden. Deskriptiv unterscheiden sich die jeweiligen Verläufe in der Experimental- und der Kontrollgruppe: 43% der Kinder aus der Kontrollgruppe erfüllen nach der Intervention noch mindestens vier Kriterien einer sozialen Angststörung, dieser Anteil bleibt bei der Follow-up-Untersuchung stabil. Von den Kindern der Experimentalgruppe erfüllen nachher noch 50% mindestens vier Kriterien, bei der Follow-up-Untersuchung trifft dies nur noch auf 20% zu. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind nach Fisher's exaktem Test allerdings zu beiden Zeitpunkten nicht signifikant (Post:  $p = .581$ ; Follow-up:  $p = .314$ )

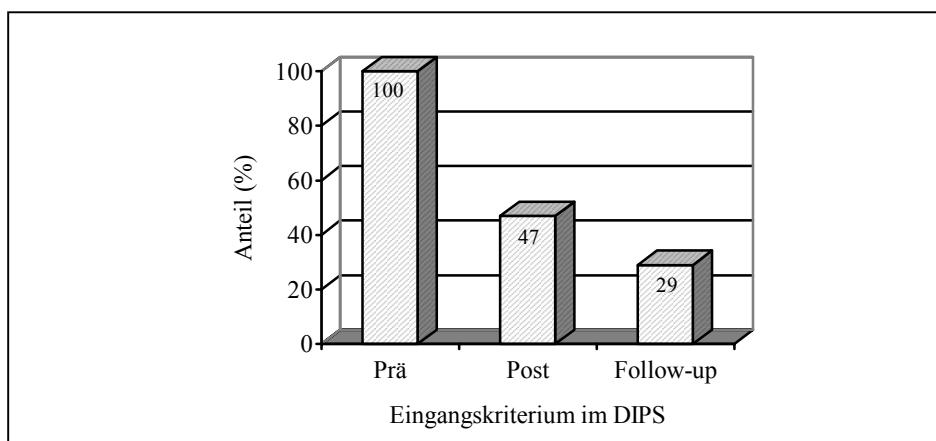


Abbildung 3: Zeitverlauf des Eingangskriteriums gemäß dem Elternurteil im DIPS

In Tabelle 13 sind die deskriptiven Werte der drei Variablen aus dem Kinder-DIPS „Anzahl der zutreffenden Kriterien einer sozialen Angststörung“, „Anzahl der sozialen Situationen, die intensive Angst oder starke Vermeidung auslösen“ und „Ausmaß der Beeinträchtigung durch die soziale Angst“ sowie die Werte der CBCL-Skalen wiedergegeben.

Tabelle 13: Elternurteil im Zeitverlauf (Mittelwert und Standardabweichung)

		Prä1	Prä2	Post	Follow-up
<b>DIPS<sup>1)</sup>:</b>					
Kriterien:	KG	5.00 (0.00)	4.86 (0.38)	3.14 (1.57)	3.29 (1.50)
	EG	4.60 (0.52)	-	3.10 (1.60)	2.30 (1.57)
Situationen:	KG	5.86 (2.34)	4.43 (1.90)	4.86 (2.73)	2.86 (2.12)
	EG	6.00 (1.70)	-	2.50 (1.27)	3.70 (1.64)
Beeinträchtigung:	KG	3.36 (0.75)	3.43 (0.54)	2.50 (0.96)	2.43 (1.27)
	EG	3.05 (0.93)	-	2.30 (0.54)	1.85 (0.82)
<b>CBCL<sup>2)</sup>:</b>					
Angst/Depr.:	KG	78.57 (11.53)	74.29 (9.60)	71.43 (7.89)	69.00 (12.17)
	EG	74.80 (9.51)	-	69.20 (8.92)	60.50 (8.96)
Rückzug:	KG	75.29 (7.11)	73.57 (7.12)	70.00 (8.54)	67.57 (11.10)
	EG	74.00 (9.50)	-	70.70 (11.16)	62.00 (6.53)
Internal:	KG	77.86 (5.46)	73.14 (6.82)	71.57 (5.19)	68.43 (10.44)
	EG	74.10 (8.40)	-	70.00 (8.47)	61.90 (7.98)

<sup>1)</sup> DIPS: „Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter“ mit den Variablen „Anzahl der Kriterien, Anzahl der Situationen, Ausmaß der Beeinträchtigung“

<sup>2)</sup> CBCL: „Child Behavior Checklist“ mit den Skalen „Angst/Depression, Sozialer Rückzug, Internalisierende Auffälligkeiten“ (T-Werte)

Deskriptiv wird eine Reduktion der Werte der drei genannten Variablen des DIPS bei beiden Gruppen über die Zeit ersichtlich. Die multivariate Varianzanalyse mit diesen Variablen über die drei Zeitpunkte „Prä/Post/Follow-up“ mit beiden Gruppen erzielt einen signifikanten Haupteffekt „Zeit“ ( $F(6,56)=5.96$ ,  $p<.001$ ) und eine signifikante Wechselwirkung „Zeit x Gruppe“ ( $F(6,56)=2.76$ ,  $p<.05$ ). Der Haupteffekt „Gruppe“ ist dagegen nicht signifikant ( $F(3,13)=0.494$ ,  $p=.693$ ). Wie in Tabelle 14 ersichtlich, wird der Haupteffekt „Zeit“ bei allen nachgeschalteten univariaten Varianzanalysen ebenfalls signifikant. Im Einzelnen verbessern sich die Werte aller drei Variablen signifikant zwischen den Zeitpunkten „Prä“ und „Post“ sowie zwischen „Prä“ und „Follow-up“. Die Wechselwirkung „Zeit x Gruppe“ wird bei der Variable „Anzahl der Situationen“ signifikant. Univariate Varianzanalysen, die zur Erklärung der Wechselwirkung jeweils getrennt für die beiden Gruppen berechnet werden, ergeben bei dieser Variable einen signifikanten Haupteffekt „Zeit“ für die Kinder der Experimentalgruppe ( $F(2,18)=28.38$ ,  $p<.001$ ). Die Werte der Kontrollgruppe verändern sich dagegen über die Zeit nicht signifikant ( $F(2,12)=1.98$ ,  $p=.181$ ). Die signifikante Wechselwirkung geht also auf eine Veränderung der Werte in der Experimentalgruppe und eine Stabilität der Werte in der Kontrollgruppe für die Variable „Anzahl der Situationen“ zurück.

Tabelle 14: ANOVAs und Effektstärken des DIPS und der CBCL zu den Zeitpunkten Prä, Post und Follow-up

	Zeit	Signifikanztests			Effektstärken	
		Gruppe	Gruppe x Zeit		Prä/Post	Prä/Follow-up
<b>DIPS:</b>						
Kriterien:	F	12.81	0.97	0.73	1.05	1.22
	df	2, 30	1, 15	2, 30		
	p	<.001**	.528	.491		
Situationen:	F	7.68	0.01	8.03	0.68	0.99
	df	2, 30	1, 15	2		
	p	<.01**	.979	<.01**		
Beeinträchtigung:	F	14.04	1.27	0.38	1.07	1.21
	df	2, 30	1, 15	2		
	p	<.001**	.277	.686		
<b>CBCL:</b>						
Angst/Depr.:	F	23.80	0.60	5.27	0.83	1.37
	df	2, 30	1, 15	2		
	p	<.001**	.450	<.05*		
Rückzug:	F	10.58	0.14	1.61	0.49	1.25
	df	2, 30	1, 15	2		
	p	<.001**	.710	.216		
Internal:	F	16.33	0.44	3.20	0.54	1.25
	df	2, 30	1, 15	2		
	p	<.001**	.517	.055		

Signifikante Post-Hoc-Tests (Bonferroni t-Tests):

DIPS: Kriterien: prä > post ( $p<.01$ ), prä > follow-up ( $p<.001$ ); Situationen: prä > post ( $p<.05$ ), prä > follow-up ( $p<.01$ ), Beeinträchtigung: prä > post ( $p<.01$ ), prä > follow-up ( $p<.01$ ).CBCL: Angst: prä > post ( $p<.05$ ), prä > follow-up ( $p<.001$ ), post > follow-up ( $p<.01$ ); Rückzug: prä > follow-up ( $p<.001$ ); internal: prä > follow-up ( $p<.001$ ), post > follow-up ( $p<.01$ ).

Um Auskunft über das Ausmaß der erzielten Verbesserung zu erhalten, werden zudem Effektstärken für den Vergleich der Zeitpunkte „Prä/Post“ und „Prä/Follow-up“ berechnet, die auch in Tabelle 14 aufgelistet sind. Dabei ergeben sich deutliche Veränderungen zum Zeitpunkt nach dem Programm für die Variablen „Anzahl der Kriterien“ und „Ausmaß der Beeinträchtigung“, die auch ein halbes Jahr später aufrechterhalten werden. Der Effekt für die Variable „Anzahl der Situationen“ liegt direkt nach der Intervention im mittleren Bereich und vergrößert sich bei der Nachuntersuchung auf einen deutlichen Effekt. Schließlich werden für beide Gruppen getrennte Effektstärken berechnet: Während sich die Werte der Variablen „Anzahl der Kriterien“ und „Beeinträchtigung“ sowohl direkt nach dem Programm als auch ein halbes Jahr später zwischen den Gruppen ähneln (ES zwischen 0.80 und 1.53), ergibt sich eine Diskrepanz auf der Variable „Anzahl der Situationen“: Die Experimentalgruppe gibt direkt nach der Intervention deutlich weniger Situationen an, die Angst oder Vermeidung auslösen (ES = 2.04),

während die Kontrollgruppe eine leichte Verschlechterung vorweist ( $ES = -0.19$ ). Bei der Follow-up-Untersuchung ergeben sich schließlich für beide Gruppen Verbesserungen, wobei die Experimentalgruppe erneut stärkere Veränderungen zeigt (VG:  $ES = 1.47$ ; KG:  $ES = 0.60$ ).

In den CBCL-Skalen wird eine Reduktion der Werte, d.h. eine Verbesserung der Symptomatik, für beide Gruppen deutlich (vgl. Tabelle 13). Der multivariate Test dieser Werte über die drei Zeitpunkte „Prä/Post/Follow-up“ mit beiden Gruppen ergibt zuerst einen signifikanten Haupteffekt „Zeit“ ( $F(6,56)=6.90$ ,  $p<.001$ ). Der Haupteffekt „Gruppe“ wird dagegen nicht signifikant ( $F(3,13)=0.21$ ,  $p=.890$ ) und die Wechselwirkung „Gruppe x Zeit“ nur tendenziell ( $F(6,56)=1.95$ ,  $p=.088$ ). Nachgeschaltete univariate Varianzanalysen (siehe Tabelle 14) ergeben signifikante Veränderungen über die Zeit auf allen drei Skalen. Wie Post-Hoc-Tests (Bonferroni t-Tests) zeigen, verbessern sich die Werte auf der CBCL-Skala „Angst/Depression“ zum einen signifikant zum Zeitpunkt nach dem Programm, zum anderen erfolgt eine weitere Verbesserung zum Follow-up-Zeitpunkt. Bei den anderen beiden Skalen wird die Verbesserung im Vergleich der beiden Zeitpunkte „Prä“ und „Follow-up“ signifikant. Geht man dem Ergebnis der multivariat tendenziell signifikanten Interaktion nach, so findet man auf univariater Ebene eine signifikante Interaktion „Gruppe x Zeit“ für die Variable „Angst/Depression“ und eine tendenziell signifikante Interaktion für die Variable „Internalisierende Auffälligkeiten“. Erneut zeigen getrennt für beide Gruppen berechnete univariate Varianzanalysen für beide Skalen, dass sich die Ergebnisse der Experimentalgruppe über die Zeit hinweg signifikant verändern, während die Reduktion der Werte der Kontrollgruppe zu keinem signifikanten Ergebnis führen.

Tabelle 14 sind ebenfalls Effektstärken für den Vergleich der Zeitpunkte der CBCL-Skalen zu entnehmen. Sie erreichen direkt nach der Intervention mittlere bis hohe Ausprägungen (letzteres gilt für die Skala „Angst/Depression“), ein halbes Jahr später weisen alle Skalen deutliche Verbesserungen vor.

Auch hier werden für beide Gruppen getrennt Effektstärken berechnet, die in Abbildung 4 veranschaulicht werden. Es wird deutlich, dass die Effekte für die Experimentalgruppe erneut deutlicher ausfallen. Im Einzelnen erzielt die Experimentalgruppe direkt nach der Intervention jeweils einen großen Effekt auf den Skalen „Angst/Depression“ und „Internalisierende Auffälligkeiten“ ( $ES = 1.18$  bzw.  $1.02$ ) und mittlere Effekte auf der Skala „Sozialer Rückzug“ ( $ES = 0.66$ ). Bei der Follow-up-Untersuchung fallen die Effektstärken der Experimentalgruppe noch deutlicher aus, die größten Verbesserungen liegen auf den Skalen „Angst/Depression“ ( $ES = 2.88$ ) und „Internalisierende Auffälligkeiten“ ( $ES = 2.60$ ). Die Kontrollgruppe zeigt dagegen direkt im Anschluss an das Programm nur geringe bis mittlere Effekte („Angst/Depression“:  $ES = 0.46$ ; „Sozialer Rückzug“:  $ES = 0.37$ ; „Internalisierende Auffälligkeiten“  $ES = 0.21$ ). Bei der

Nachuntersuchung erzielt sie schließlich auf allen Skalen mittlere Effekte (ES zwischen 0.57 und 0.65).

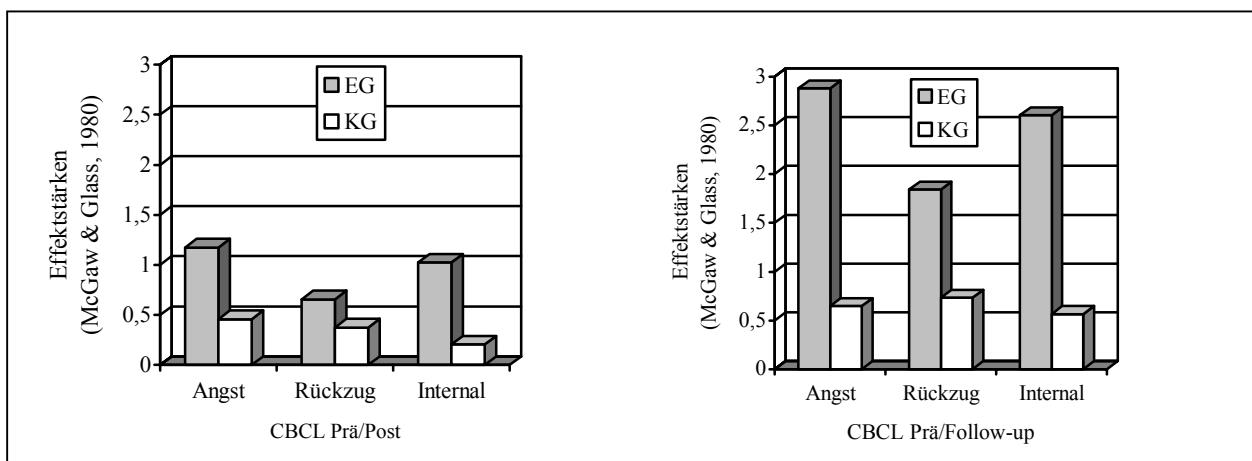


Abbildung 4: Effektstärken der CBCL in den Zeiträumen „Prä/Post“ und „Prä/Follow-up“ für Experimental- und Kontrollgruppe

Bezüglich der klinischen Relevanz der Veränderung der Werte der CBCL kann Folgendes festgehalten werden: Vor der Intervention besteht auf den Skalen „Angst/Depression“ und „sozialer Rückzug“ eine auffällige Erhöhung der Werte, die nach der Intervention im Grenzbereich und im Follow-up im unauffälligen Bereich liegen. Die Sekundärskala „Internalisierende Auffälligkeiten“ reduziert sich insgesamt ebenfalls um etwa eine Standardabweichung, liegt aber zum Zeitpunkt des Follow-up nach wie vor im Grenzbereich. Zusammenfassend zeigt das Elternurteil in verschiedenen Variablen eine Verbesserung der Symptomatik nach der Intervention sowie zum Follow-up-Zeitpunkt, wobei die Verbesserung für die Experimentalgruppe jeweils deutlicher ausfällt.

### Gruppenvergleich

Im Folgenden werden die Werte der behandelten Experimentalgruppe und der unbehandelten Kontrollgruppe miteinander verglichen. Dazu liegen Daten für beide Gruppen zu den Zeitpunkten direkt vor und direkt nach dem Programm der Experimentalgruppe vor („Prä1“ und „Post“ der Experimentalgruppe bzw. „Prä1“ und „Prä2“ der Kontrollgruppe, vgl. 3.1.1). Erwartet wird an dieser Stelle eine signifikante Interaktion „Zeit x Gruppe“ in der Form, dass sich die Gruppen zu „Prä1“ nicht, zu „Prä2“ bzw. „Post“ dagegen signifikant unterscheiden.

Zuerst zeigt Abbildung 5 die Veränderungen zwischen den genannten Zeitpunkten für das klinische Interview. Besteht vor Beginn der Intervention kein Unterschied in der Rate derer, die

das Eingangskriterium erfüllen, reduziert sich diese Rate zum Zeitpunkt „Post“ in der Versuchsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe deutlicher. Dieser Unterschied ist nach Fisher's exaktem Test signifikant ( $p<.05$ ).

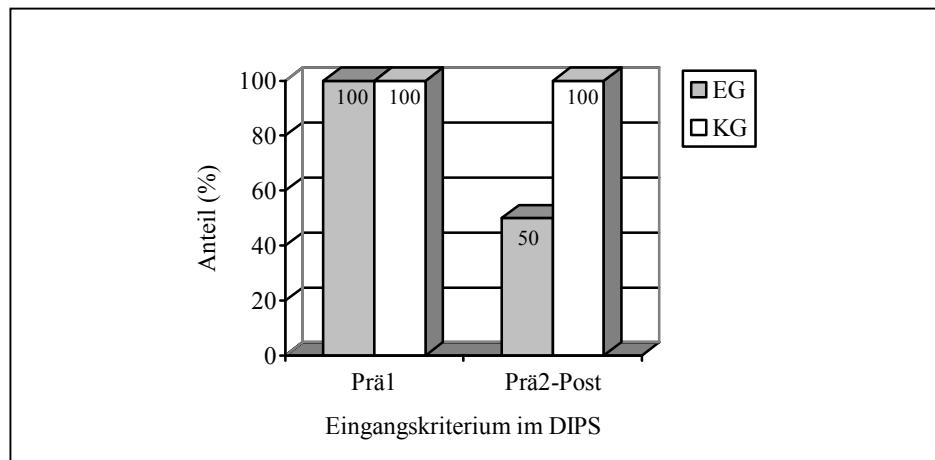


Abbildung 5: Eingangskriterium vor und nach dem Interventions- (EG) bzw. Wartezeitraum (KG) gemäß dem Elternurteil im DIPS

Tabelle 13 gibt die deskriptiven Ergebnisse für die drei Variablen des Interviews wieder. Überraschenderweise verbessern sich sowohl die Werte der Experimental- als auch die der Kontrollgruppe in den beiden Variablen „Anzahl der Kriterien“ und „Anzahl der Situationen“ im Interventionszeitraum der Experimentalgruppe. Für die Experimentalgruppe gilt dies auch für die Variable „Beeinträchtigung“, während die Kontrollgruppe zum Zeitpunkt „Prä2“ eine stärkere Beeinträchtigung angibt. Der Haupteffekt „Zeit“ wird im multivariaten Test signifikant ( $F(3,13)=15.10$ ,  $p<.001$ ), dies trifft auch für die an dieser Stelle besonders interessierende Wechselwirkung „Zeit x Gruppe“ ( $F(3,13)=5.19$ ,  $p<.01$ ) zu. Die beiden Gruppen unterscheiden sich der Tendenz nach voneinander ( $F(3,13)=3.21$ ,  $p=.059$ ). In nachgeschalteten univariaten Analysen wird sowohl für die Variable „Anzahl der Kriterien“ als auch für die Variable „Anzahl der Situationen“ der Haupteffekt „Zeit“ (Kriterien:  $F(1,15)=8.61$ ,  $p<.05$ ; Situationen:  $F(1,15)=37.31$ ,  $p<.001$ ) und die Wechselwirkung signifikant (Kriterien:  $F(1,15)=5.88$ ,  $p<.05$ ; Situationen:  $F(1,15)=6.59$ ,  $p<.05$ ). Für beide Gruppen getrennt berechnete univariate t-Tests für abhängige Gruppen zur Klärung der Wechselwirkung (Bonferroni-Korrektur:  $\alpha=.025$ ) ergeben Folgendes: Die Werte der Experimentalgruppe unterscheiden sich sowohl auf der Variable „Anzahl der Kriterien“ als auch auf der Variable „Anzahl der Situationen“ signifikant zwischen den Zeitpunkten voneinander (Kriterien:  $t=3.50$ ,  $df=9$ ,  $p<.01$ ; Situationen:  $t=6.45$ ,  $df=9$ ,  $p<.001$ ). Dahingegen weichen die Werte der Kontrollgruppe zu beiden Zeitpunkten nicht signifikant

voneinander ab (Kriterien:  $t=1.00$ ,  $df=6$ ,  $p=.356$ ; Situationen:  $t=2.50$ ,  $df=6$ ,  $p=.047$ ). Für die Variable „Beeinträchtigung“ ergibt sich in der univariaten Auswertung kein signifikanter Haupteffekt „Zeit“ ( $F(1,15)=2.31$ ,  $p=.150$ ) und die Wechselwirkung wird nur tendenziell signifikant ( $F(1,15)=3.38$ ,  $p=.086$ ).

Effektstärken für die Werte des DIPS zum Zeitpunkt „Prä2“ bzw. „Post“ veranschaulichen die Stärke der Gruppenunterschiede. Sie spiegeln mit Werten von 1.41 (Anzahl der Kriterien), 1.24 (Anzahl der Situationen) und 2.09 (Beeinträchtigung) deutliche Effekte zwischen den Gruppen wider. Subtrahiert man von diesen Werten die bereits vor der Intervention bestehenden Gruppenunterschiede, so bleiben die Effekte bedeutsam ( $ES = 1.41, 1.31$  bzw. 1.78).

Schließlich können auch die Werte der CBCL zwischen den Gruppen verglichen werden. Es fällt hierbei erneut auf, dass sich diese deskriptiv sowohl bei der Experimental- als auch bei der Kontrollgruppe zwischen den beiden Zeitpunkten verbessern. Die multivariate Varianzanalyse ergibt allerdings weder eine signifikante Wechselwirkung „Zeit x Gruppe“ ( $F(3,13)=0.94$ ,  $p=.452$ ), noch einen signifikanten Haupteffekt „Zeit“ ( $F(3,13)=2.39$ ,  $p=.116$ ) oder einen signifikanten Haupteffekt „Gruppe“ ( $F(3,13)=0.32$ ,  $p=.814$ ). Die Gruppen unterscheiden sich demnach im Verlauf ihrer Werte in der CBCL nicht voneinander, obwohl eine Gruppe die Behandlung erhalten hat, während sich die andere im Wartezeitraum befand. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in den Effektstärken für die Gruppenunterschiede wider. Zwar fallen die Effekte zum Zeitpunkt nach der Intervention der Experimentalgruppe im Vergleich zum Zeitpunkt vorher größer aus, sie liegen allerdings mit Werten zwischen 0.30 und 0.67 im niedrigen bis mittleren Bereich. Zieht man von diesen Werten die bereits vor Beginn des Programms bestehenden Unterschiede zwischen den Gruppen ab, so bleiben durchwegs niedrige Effekte.

Zusammenfassend zeigt der Kontrollgruppenvergleich bei einigen Variablen eine deutlichere Verbesserung der Experimentalgruppe im Interventionszeitraum im Vergleich zur Kontrollgruppe im Wartezeitraum. Dies trifft allerdings nicht auf die Werte der CBCL bzw. das Ausmaß der Beeinträchtigung durch die sozialen Ängste gemäß dem DIPS zu.

### *Bewertung des Programms*

Nach der Intervention werden alle Eltern auf einer siebenstufigen Skala nach dem Erfolg und nach der Zufriedenheit mit der Intervention gefragt. Alle Eltern bemerken eine Verbesserung: So geben 53% der Eltern an, dass sich ihr Kind nach dem Programm „viel besser“ fühle, die restlichen 47% geben an, ihr Kind fühle sich „etwas besser“. Im Bereich Freizeit bzw. Familie werden so gut wie keine Beeinträchtigungen mehr wahrgenommen, während im Bereich Schule

noch deutliche Schwierigkeiten angegeben werden. 59% bzw. 29% der Eltern drücken schließlich aus, dass sie mit dem Programm „sehr zufrieden“ bzw. „zufrieden“ sind, während die restlichen 12% „mäßige Zufriedenheit“ angeben.

### 3.2.3 Evaluationsergebnisse im Kindurteil

#### *Veränderungen über die Zeit*

Ergebnisse aus der Kindversion des Kinder-DIPS stehen zu den Zeitpunkten vor und nach dem Programm zur Verfügung, während die SASC-R-D zusätzlich zum Follow-up-Zeitpunkt vorliegt. Der Anteil der Kinder, auf den mindestens vier relevante Kriterien einer sozialen Angststörung zutreffen, beträgt vor dem Programm 52.9%. Nach dem Programm ist dies für 47.1% der Kinder der Fall, diese geringfügige Reduktion wird im McNemar-Test nicht signifikant.

Tabelle 15 gibt die Selbsturteile der Kinder im DIPS für die Variablen „Anzahl der Kriterien“, „Anzahl der Situationen“ und „Beeinträchtigung“ sowie die Werte der SASC-R-D wieder.

Tabelle 15: Kindurteil im Zeitverlauf (Mittelwert und Standardabweichung)

		Prä1	Prä2	Post	Follow-up
<b>DIPS<sup>1)</sup>:</b>					
Kriterien:	KG	3.29 (1.60)	3.29 (1.89)	3.57 (1.90)	-
	EG	3.30 (1.64)	-	2.20 (1.81)	-
Situationen:	KG	2.71 (2.06)	3.71 (2.69)	3.00 (2.83)	-
	EG	3.10 (3.03)	-	2.30 (3.02)	-
Beeinträchtigung:	KG	1.86 (1.35)	1.93 (1.17)	1.79 (1.15)	-
	EG	2.30 (0.86)	-	2.20 (0.79)	-
<b>SASC-R-D<sup>2)</sup>:</b>					
FNE:	KG	23.57 (8.60)	25.29 (7.61)	25.00 (7.96)	20.14 (6.10)
	EG	25.80 (9.66)	-	23.65 (8.17)	21.30 (8.13)
SAD:	KG	23.71 (8.18)	25.14 (7.82)	30.57 (21.08)	24.14 (13.26)
	EG	24.10 (6.89)	-	22.25 (6.70)	19.40 (7.85)

<sup>1)</sup> DIPS: „Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter“ mit den Variablen „Anzahl der Kriterien, Anzahl der Situationen, Ausmaß der Beeinträchtigung“

<sup>2)</sup> SASC-R-D: „Social Anxiety Scale for Children“ mit den Skalen „FNE“ (Furcht vor negativer Bewertung) und „SAD“ (Vermeidung von bzw. Belastung durch soziale Situationen) (Rohwerte)

Hinsichtlich der Ergebnisse des DIPS fällt insgesamt eine geringere Veränderung der Werte im Vergleich zum Elternurteil auf. Die Experimentalgruppe zeichnet sich durch eine leichte Verbesserung ihrer Werte in allen Variablen aus, während die Ergebnisse der Kontrollgruppe uneinheitlich ausfallen. Eine multivariate Analyse der Variablen über die zwei Zeitpunkte „Prä“ und „Post“ mit beiden Gruppen ergibt keinen signifikanten Haupteffekt „Zeit“ ( $F(3,13)=0.61$ ,  $p=.618$ ). Der Haupteffekt „Gruppe“ wird dagegen multivariat signifikant ( $F(3,13)=3.55$ ,  $p<.05$ ),

während die Interaktion „Zeit x Gruppe“ nicht signifikant wird ( $F(3,13)=1.10$ ,  $p=.385$ ). Weder nachgeschaltete univariante 2-faktorielle ANOVAs zur Klärung des multivariaten Haupteffekts „Gruppe“ noch t-Tests zwischen den Gruppen zu beiden Zeitpunkten (Bonferroni-Korrektur:  $\alpha=.008$ ) werden für die beteiligten Variablen signifikant (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: ANOVAs und Effektstärken des DIPS und der SASC-R-D zu den Zeitpunkten Prä, Post und Follow-up

	Signifikanztests			Effektstärken	
	Zeit	Gruppe	Gruppe x Zeit	Prä/Post	Prä/Follow-up
<b>DIPS:</b>					
Kriterien:	F	0.81	0.80	2.36	0.28
	df	1, 15	1, 15	1, 15	-
	p	.381	.387	.146	
Situationen:	F	2.05	0.24	0.01	0.37
	df	1, 15	1, 15	1, 15	-
	p	.173	.631	.936	
Beeinträchtigung:	F	0.18	1.03	0.01	0.11
	df	1, 15	1, 15	1, 15	-
	p	.674	.326	.941	
<b>SASC-R-D:</b>					
FNE	F	9.25	0.01	0.62	0.42
	df	1.48	1	1.48	0.85
	p	<.01**	.978	.499	
SAD	F	1.08	1.38	0.65	-0.09
	df	1.35	1	1.35	0.37
	p	.334	.258	.474	

Signifikante Post-hoc-Tests (Bonferroni t-Tests): SASC: FNE: prä > follow-up ( $p<.05$ ), post > follow-up ( $p<.05$ ).

Auch hier werden Effektstärken zum Vergleich der Werte vor und nach der Intervention in Tabelle 16 angegeben. Sie liegen für die Gesamtgruppe im geringfügigen Bereich. Hinsichtlich der „Anzahl der Kriterien“ wird deskriptiv ein Gruppenunterschied deutlich: Während sich die Kontrollgruppe verschlechtert, weist die Experimentalgruppe eine leichte Reduktion der Anzahl der Kriterien auf – die Veränderungen liegen aber für beide Gruppen jeweils im geringfügigen bzw. mittleren Bereich (KG:  $ES = -0.30$ , VG:  $ES = 0.49$ ). Auch hinsichtlich der beiden anderen DIPS-Variablen liegen die für die Gruppen jeweils getrennt berechneten Effektstärken im geringfügigen Bereich ( $ES$  zwischen 0.08 und 0.36).

Die Werte der beiden Skalen der SASC-R-C reduzieren sich deskriptiv zwischen den Zeitpunkten vor und nach dem Programm und zur Follow-up-Untersuchung (vgl. Tabelle 15).

Die multivariate Auswertung der beiden Skalen mit beiden Gruppen ergibt über die Zeitpunkte „Prä/Post/Follow-up“ einen signifikanten Haupteffekt „Zeit“ ( $F(4,58)=4.24$ ,  $p<.01$ ). Der Haupteffekt „Gruppe“ und die Wechselwirkung „Zeit x Gruppe“ werden dagegen nicht signifikant (Gruppe:  $F(2,14)=1.75$ ,  $p=.210$ ; Zeit x Gruppe:  $F(4,58)=0.56$ ,  $p=.699$ ). In univariaten Analysen wird der Haupteffekt „Zeit“ auf der Skala „FNE“ signifikant (siehe Tabelle 16), während sich die Zeitpunkte auf der Skala „SAD“ nicht signifikant unterscheiden. Paarweise Vergleiche zwischen den drei Zeitpunkten der Werte der „FNE“ zeigen eine signifikante Verbesserung zwischen den Zeitpunkten „Prä2“ und „Follow-up“ sowie zwischen „Post“ und „Follow-up“. Die Effektstärken für die Unterschiede zwischen den Zeitpunkten fallen direkt nach der Intervention gering aus (siehe Tabelle 16). Beim Follow-up bleibt die Veränderung auf der Skala „SAD“ gering, während sich auf der Skala „FNE“ ein deutlicher Effekt abbildet. Die getrennte Berechnung von Effektstärken ergibt für die Experimental- und Kontrollgruppe wiederum unterschiedliche Veränderungen, wie aus Abbildung 6 hervorgeht. Die Experimentalgruppe erzielt direkt nach dem Programm jeweils mittlere Effekte auf den Skalen „FNE“ ( $ES = 0.67$ ) und „SAD“ ( $ES = 0.53$ ), die sie zum Zeitpunkt des Follow-up noch etwas steigert ( $FNE: ES = 0.75$ ;  $SAD: ES = 0.78$ ). In der Kontrollgruppe zeigt sich zunächst keine Veränderung auf der Skala „FNE“ ( $ES = 0.09$ ), zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung steigert sich der Wert auf einen deutlichen Effekt ( $ES = 0.94$ ). Dagegen liegen die Veränderungen auf der Skala „SAD“ sowohl direkt im Anschluss an die Intervention ( $ES = -0.29$ ) als auch bei der Follow-up-Untersuchung im geringfügigen Bereich ( $ES = 0.09$ ).

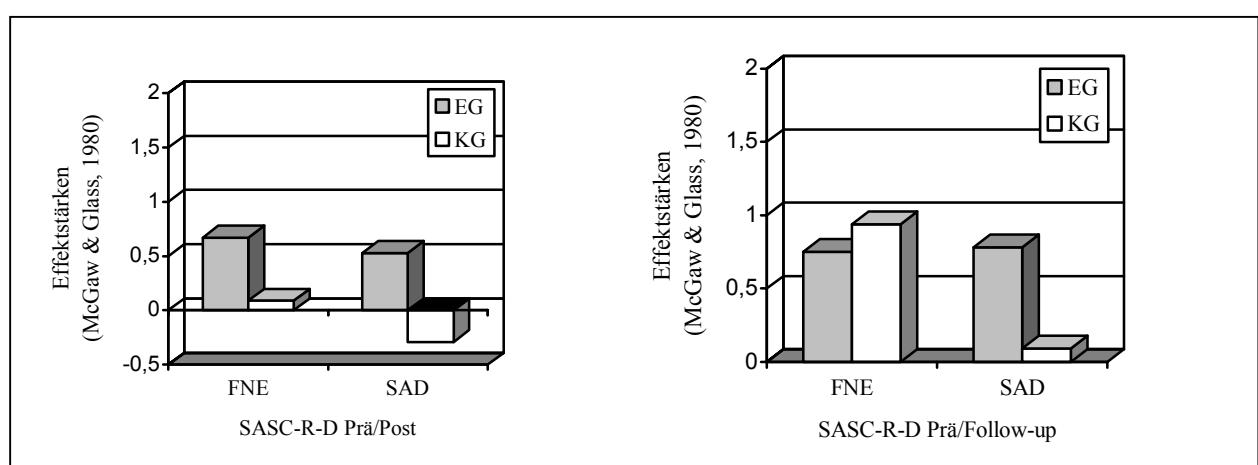


Abbildung 6: Effektstärken der SASC-R-D in den Zeiträumen „Prä/Post“ und „Prä/Follow-up“ für Experimental- und Kontrollgruppe

Zur inhaltlichen Beurteilung der Veränderungen in der SASC-R-D kann Folgendes erwähnt werden: Vor der Intervention liegen die Werte der Kinder in beiden Skalen in vergleichbarer Höhe wie die einer Gruppe mit klinisch relevanten sozialen Ängsten (siehe 3.1.2). Zum Zeitpunkt des Follow-up hingegen reduzieren sich die Werte in den unauffälligen bis subklinischen Bereich.

Zusammenfassend zeigt sich im Kindurteil lediglich in der kognitiven Skala der SASC-R-D eine nennenswerte Verbesserung, während auf der verhaltensorientierten Skala und im klinischen Interview nur geringfügige Verbesserungen auftreten. Erneut profitiert die Experimentalgruppe stärker von der Intervention als die Kontrollgruppe.

### *Gruppenvergleich*

Im Folgenden werden wie beim Elternurteil die Werte der behandelten Experimentalgruppe mit der unbehandelten Kontrollgruppe verglichen. Die deskriptiven Daten für die entsprechenden Zeitpunkte „Prä1“, „Prä2“ bzw. „Post“ sind erneut Tabelle 15 zu entnehmen. Erwartet wird eine Wechselwirkung „Gruppe x Zeit“ in der Form, dass sich die Experimentalgruppe deutlicher als die Kontrollgruppe verbessert.

Abbildung 7 zeigt den Anteil der Kinder der Experimental- und auch der Kontrollgruppe, die zu den Zeitpunkten „Prä1“ und „Prä2“ bzw. „Post“ mindestens vier relevante Kriterien der sozialen Angststörung nach dem Kindurteil im DIPS erfüllen. Hierbei wird deutlich, dass sich der Anteil in der Experimentalgruppe zwischen beiden Zeitpunkten im Vergleich zur Kontrollgruppe deutlicher reduziert. Zu beiden Zeitpunkten unterscheiden sich die Gruppen allerdings nach dem exakten Test nach Fisher nicht signifikant voneinander (Prä1:  $p=.646$ ; Prä2/Post:  $p=.484$ ).

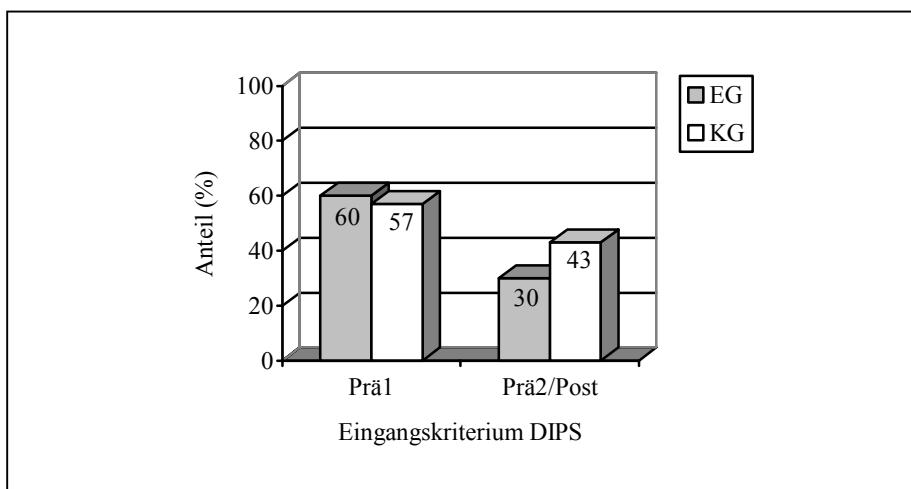


Abbildung 7: Zeitverlauf des Eingangskriteriums gemäß dem Kindurteil im DIPS

Tabelle 15 sind auch die deskriptiven Werte der Variablen „Anzahl der Kriterien“, „Anzahl der Situationen“ und „Beeinträchtigung“ des DIPS im Kindurteil zu entnehmen. Demnach bleiben die Werte der Kontrollgruppe stabil bzw. verschlechtern sich im Wartezeitraum, während sich die Werte der Experimentalgruppe auf allen Variablen im Interventionszeitraum verbessern. Diese Bestätigung der Erwartung schlägt sich allerdings nicht in der Signifikanzprüfung nieder: In der multivariaten Analyse werden weder die Interaktion „Zeit x Gruppe“ ( $F(3,13)=0.88$ ,  $p=.475$ ), noch der Haupteffekt „Zeit“ signifikant ( $F(3,13)=0.83$ ,  $p=.499$ ). Ein tendenziell signifikantes Ergebnis zeigt der Haupteffekt „Gruppe“ ( $F(3,13)=2.60$ ,  $p=.097$ ), der allerdings in univariaten Varianzanalysen auf keiner der drei Variablen signifikant wird. Die Effektstärken für den Gruppenunterschied zum Zeitpunkt nach der Intervention der Versuchsgruppe liegen ebenfalls im niedrigen bis mäßigen Bereich. Subtrahiert man die bereits vor der Intervention bestehenden Effektstärken (hier war die Versuchsgruppe auf allen Variablen beeinträchtigter als die Kontrollgruppe, was an negativen Vorzeichen deutlich wird), so zeigen sich für alle Variablen mittlere Effekte (Kriterien:  $ES = 0.60$ , Situationen:  $ES = 0.66$ , Beeinträchtigung:  $ES = 0.69$ ). Die Werte der beiden Skalen der SASC-C-R verbessern sich deskriptiv erwartungsgemäß bei der Experimentalgruppe, während sich die Werte der Kontrollgruppe verschlechtern. Statistisch wird bei der multivariaten Auswertung eine signifikante Wechselwirkung „Zeit x Gruppe“ deutlich ( $F(2,14)=4.56$ ,  $p<.05$ ), während beide Haupteffekte nicht signifikant werden (Gruppe:  $F(2,14)=0.33$ ,  $p=.727$ ; Zeit:  $F(2,14)=0.07$ ,  $p=.937$ ). Bei univariaten Analysen wird die Wechselwirkung auf beiden Skalen der SASC-C-R signifikant (FNE:  $F(1,15)=5.64$ ,  $p<.05$ ; SAD:  $F(1,15)=4.82$ ,  $p<.05$ ). Für beide Gruppen getrennt berechnete univariate t-Tests für abhängige Gruppen (Bonferroni-Korrektur:  $\alpha=.025$ ) erbringen allerdings für keine der beiden Gruppen eine

signifikante Veränderung zwischen den beiden Zeitpunkten mit Ausnahme einer tendenziell signifikanten Veränderung der Experimentalgruppe auf der „FNE-Skala“ (VG: FNE:  $t=2.10$ ,  $df=9$ ,  $p=.065$ ; SAD:  $t=1.69$ ,  $df=9$ ,  $p=.126$ ; KG: FNE:  $t=-1.33$ ,  $df=6$ ,  $p=.231$ ; SAD:  $t=-1.70$ ,  $df=6$ ,  $p=.140$ ). Die Effektstärken lassen unter Berücksichtigung der Unterschiede vor dem Programm mäßige Gruppenunterschiede auf den Skalen „FNE“ und „SAD“ zum Zeitpunkt „Prä2“ bzw. „Post“ erkennen (jeweils  $ES = 0.45$ ).

Zusammenfassend spiegeln die Werte der Experimentalgruppe im Fragebogen und klinischen Interview eine deutlichere Verbesserung verglichen mit den Werten der Kontrollgruppe wider, die sich im Wartezeitraum teilweise sogar verschlechtern. Dieses erwartungskonforme Ergebnis wird allerdings von den Signifikanztests lediglich hinsichtlich der Werte in der SASC-R-D bestätigt. Die Effektstärkenberechnung weist auf mittlere Gruppenunterschiede hin.

#### *Bewertung des Programms*

Auch die Kinder schätzen nach der Intervention den Erfolg und ihre Zufriedenheit auf einer siebenstufigen Skala ein. 70% der Kinder fühlen sich demnach im Vergleich zum Beginn des Programms „sehr viel“ bzw. „viel besser“. 24% geben an, sich „etwas besser“ zu fühlen und die restlichen 6% sehen ihren Zustand als „unverändert“ an. 18% der Kinder nehmen noch „schwere“ bis „sehr schwere“ Beeinträchtigung im Bereich Freizeit bzw. Freunde und 12% eine entsprechende Beeinträchtigung in der Schule wahr. „Sehr zufrieden“ bzw. „zufrieden“ mit dem Programm sind 89% der Kinder, die restlichen 11% sagen, sie seien „mäßig zufrieden“.

### 3.2.4 Evaluationsergebnisse im Fremdurteil

#### *Veränderungen über die Zeit*

Tabelle 17 gibt die deskriptiven Ergebnisse der Verhaltensbeobachtung wieder, die zu den Zeitpunkten vor und nach der Intervention erhoben worden sind. Wie oben erwähnt, liegen aufgrund technischer Ausfälle nicht alle Daten zu allen Zeitpunkten vor, so dass die Analysen nur mit Werten von insgesamt 15 Kindern beim Rollenspiel a und von 14 Kindern beim Rollenspiel b vorgenommen werden.

Tabelle 17: Fremdurteil im Zeitverlauf (Mittelwert und Standardabweichung)

		Prä1	Prä2	Post
<b>RSK<sup>1)</sup>:</b>				
Rollenspiel a <sup>2)</sup> :	KG	13.88 (2.17)	15.75 (2.53)	13.67 (3.56)
	EG	13.78 (5.00)	-	12.78 (4.23)
Rollenspiel b <sup>2)</sup> :	KG	14.86 (3.60)	12.83 (2.46)	11.33 (3.20)
	EG	12.38 (4.46)	-	11.44 (3.16)

<sup>1)</sup> RSK: „Ratingskala für soziale Kompetenz“ (Gesamtrohwerte)

<sup>2)</sup> Rollenspiel a: Vorstellen; Rollenspiel b: Durchsetzen

Die Gesamtwerte der „Ratingskala für soziale Kompetenz“ verringern sich nach der Intervention bei beiden Rollenspielen als Ausdruck einer verbesserten sozialen Kompetenz. Statistisch wird allerdings in zwei getrennt für jedes Rollenspiel berechneten 2x2-faktoriellen ANOVAs mit den Faktoren „Zeit“ (Prä und Post) und „Gruppe“ (Experimental- und Kontrollgruppe) weder der Haupteffekt „Zeit“ noch der Haupteffekt „Gruppe“ oder die Wechselwirkung „Zeit x Gruppe“ signifikant (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: ANOVAs und Effektstärken der RSK zu den Zeitpunkten Prä und Post

		Signifikanztests			Effektstärken Prä/Post
		Zeit	Gruppe	Gruppe x Zeit	
<b>RSK:</b>					
Rollenspiel a:	F	2.22	0.57	0.27	0.31
	df	1, 13	1, 13	1, 13	
	p	.160	.465	.610	
Rollenspiel b:	F	1.31	0.01	0.07	0.27
	df	1, 12	1, 12	1, 12	
	p	.275	.911	.796	

Die Effektstärken liegen für die zeitliche Veränderung zwischen „Prä“ und „Post“ im geringfügigen Bereich. Die für beide Gruppen getrennte Berechnung ist in Abbildung 8 dargestellt. Es ergibt sich hierbei im Rollenspiel a ein mittlerer Effekt für die Kontrollgruppe (ES = 0.59), während der Effekt im Rollenspiel „Durchsetzen“ gering ausfällt (ES = 0.39). Die Experimentalgruppe erzielt in beiden Rollenspielen geringe Effekte (a: ES = 0.24; b: ES = 0.23).

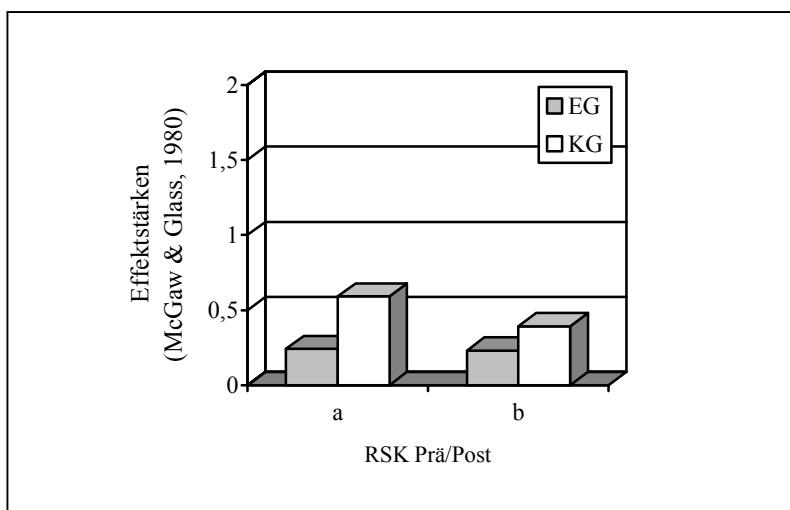


Abbildung 8: Effektstärken der RSK im Zeitraum „Prä/Post“ für Experimental- und Kontrollgruppe bei Rollenspiel a und b

Zur Frage nach der klinischen Relevanz kann auf Folgendes hingewiesen werden: Vor der Intervention erzielen die Kinder in der RSK einen durchschnittlichen Gesamtwert von etwa 15, d.h. dass ihre soziale Kompetenz in etwa als „mittelmäßig“ beurteilt wird. Nach der Intervention reduziert sich dieser Wert nur geringfügig, so dass die Leistung erneut in den „mittelmäßigen“ Bereich fällt.

### Gruppenvergleich

Auch bezüglich der Ergebnisse der Rollenspiele werden die Daten der behandelten Experimentalgruppe mit denen der unbehandelten Kontrollgruppe verglichen. Die RSK-Werte der Experimentalgruppe verbessern sich in beiden Rollenspielen erwartungsgemäß, während sich die Werte der Kontrollgruppe beim Rollenspiel a verschlechtern und beim Rollenspiel b verbessern. Statistisch wird bei keinem der Rollenspiele in einer weiteren 2x2-faktoriellen ANOVA mit „Zeit“ (Prä1 versus Prä2/Post) und „Gruppe“ als Faktoren eine signifikante Wechselwirkung „Zeit x Gruppe“ deutlich (a:  $F(1,15)=1.34$ ,  $p=.266$ ; b:  $F(1,15)=0.14$ ,  $p=.716$ ). Die Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander (a:  $F(1,15)=0.60$ ,  $p=.452$ ; b:  $F(1,13)=2.12$ ,

$p=.169$ ), und auch der Haupteffekt „Zeit“ wird nicht signifikant (a:  $F(1,15)=0.02$ ,  $p=.899$ ; b:  $F(1,13)=1.43$ ,  $p=.254$ ).

Bei der Bestimmung der Effektstärken für unabhängige Gruppe zeigt sich für das Rollenspiel „Vorstellen“ ein deutlicher Effekt für den Gruppenunterschied, der sich nach Subtraktion des Prä-Unterschieds verringert ( $ES = 0.79$ ). Der Effekt für das Rollenspiel „Durchsetzen“ reduziert sich nach Bereinigung um den Prä-Unterschied auf einen geringen Effekt ( $ES = -0.12$ ).

### 3.2.5 Weitere Ergebnisse der Verhaltensdiagnostik

#### *Selbsteinschätzung der Angstausprägung*

Wie im Abschnitt 3.1.2 erwähnt, geben die Kinder vor und nach jedem Rollenspiel eine Einschätzung ihres Angstniveaus an. Tabelle 19 gibt die Ergebnisse dieses Selbsturteils zu den Zeitpunkten „Prä“ und „Post“ wieder.

Tabelle 19: Angstthermometer im Zeitverlauf (Mittelwert und Standardabweichung)

		Prä		Post	
		vorher <sup>2)</sup>	nachher	vorher	nachher
<b>Rollen- spiel a<sup>1)</sup></b>	KG	51.29 (33.84)	47.14 (35.92)	35.00 (26.30)	40.71 (26.21)
	EG	48.00 (34.01)	46.00 (38.28)	38.50 (27.29)	25.70 (17.27)
<b>Rollen- spiel b<sup>1)</sup></b>	KG	42.86 (24.98)	35.00 (30.96)	27.14 (16.80)	8.57 (10.69)
	EG	50.00 (33.25)	20.00 (18.26)	27.70 (29.47)	17.70 (15.48)

<sup>1)</sup> Rollenspiel a: Vorstellen; Rollenspiel b: Durchsetzen

<sup>2)</sup> vorher/nachher: vor bzw. nach der Durchführung des Rollenspiels

Mit diesen Werten wird eine 2x2x2x2-faktorielle ANOVA mit den Faktoren Gruppe (Experimental- und Kontrollgruppe), Aufgabe (Rollenspiel a und b), Messung (vor und nach der Durchführung des Rollenspiels) und Zeit (Prä und Post) berechnet. Dabei wird der Haupteffekt „Zeit“ ( $F(1,15)=11.09$ ,  $p<.01$ ) durch die Reduktion der Angstausprägung zwischen den Zeitpunkten „Prä“ und „Post“ signifikant. Außerdem erzeugt Rollenspiel a mit der Aufgabe, sich vor einer Gruppe vorzustellen, signifikant mehr Angst als Rollenspiel b mit der Aufgabe, sich gegen eine andere Person durchzusetzen (Haupteffekt „Aufgabe“:  $F(1,15)=15.99$ ,  $p<.01$ ). Der Haupteffekt „Messung“ wird ebenfalls durch eine höhere Angstausprägung vor im Vergleich zu nach dem jeweiligen Rollenspiel signifikant ( $F(1,15)=7.37$ ,  $p<.05$ ). Die Gruppen unterscheiden sich dagegen nicht in der Ausprägung ihrer Angst ( $F(1,15)=0.03$ ,  $p=.869$ ). Schließlich existiert noch eine signifikante Wechselwirkung „Aufgabe x Messung“ ( $F(1,15)=15.19$ ,  $p<.01$ ), die auf eine stärkere Reduktion der Werte beim Rollenspiel b zwischen der Messung vorher und nachher im Vergleich zum Rollenspiel a zurückzuführen ist.

#### *Kognitive Selbsteinschätzung*

Der Mittelwert aus den drei Kognitionen, die vor der Durchführung der Rollenspiele jeweils erhoben werden, ist schließlich in Tabelle 20 wiedergegeben.

Tabelle 20: Kognitionen im Zeitverlauf (Mittelwert und Standardabweichung)

		Prä	Post
<b>Rollenspiel a<sup>1)</sup></b>	KG	3.22 (0.96)	3.00 (0.56)
	EG	3.17 (1.01)	2.83 (0.85)
<b>Rollenspiel b<sup>1)</sup></b>	KG	3.11 (0.34)	2.61 (0.33)
	EG	3.13 (0.98)	2.80 (0.92)

<sup>1)</sup> Rollenspiel a: Aufgabe, sich vorzustellen; Rollenspiel b: Aufgabe, sich durchzusetzen

Eine 2x2x2-faktorielle ANOVA mit den Faktoren „Gruppe“, „Zeit“ (Prä und Post) und Art des Rollenspiels ergibt erneut einen signifikanten Haupteffekt „Zeit“ ( $F(1,14)=6.57$ ,  $p<.05$ ), der durch höhere Ausprägungen zum Zeitpunkt vor der Intervention im Vergleich zu nach der Intervention zustande kommt. Dagegen übt weder der Faktor „Gruppe“ noch der Faktor „Art des Rollenspiels“ einen signifikanten Einfluss auf die Kognitionen aus (Gruppe:  $F(1,14)=0.01$ ,  $p=.994$ ; Rollenspiel:  $F(1,14)=0.86$ ,  $p=.370$ ).

Alle Ergebnisse werden im nächsten Abschnitt zusammengefasst und diskutiert.

### 3.3 DISKUSSION

#### 3.3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

##### *Hypothese (1): Reduktion der Angst und des Leidensdrucks*

Gemäß dieser Hypothese wird erwartet, dass sich die Werte in den verschiedenen Evaluationskriterien signifikant und bedeutsam zwischen den beiden Messzeitpunkten vor und nach dem Programm reduzieren. Mit wenigen Ausnahmen kann diese Hypothese bestätigt werden.

So reduziert sich zunächst der Anteil der Kinder, die laut Elternurteil das Eingangskriterium von vier relevanten Kriterien einer sozialen Angststörung im Kinder-DIPS erfüllen. Zudem verringert sich generell die Anzahl der zutreffenden Kriterien für diese Störung signifikant und in bedeutsamer Ausprägung. Dies gilt auch für das Ausmaß der Generalisierung der sozialen Angst, wie die signifikante Reduktion der Anzahl der ängstigenden Situationen widerspiegelt. Während diese Veränderung eine mittlere Ausprägung erreicht, kann bei dem ebenfalls signifikanten Rückgang der Beeinträchtigung durch die soziale Angst von einem bedeutsamen Effekt gemäß dem Elternurteil im Kinder-DIPS gesprochen werden. Die Fragebogenergebnisse des Elternurteils zeigen ähnlich positive Effekte, so reduzieren sich die Werte in allen drei verwendeten Skalen der CBCL. Signifikant und in bedeutsamer Höhe trifft dies besonders für die Skala „Angst/Depression“ zu, während sich die Skalen „Sozialer Rückzug“ und „Internalisierende Auffälligkeiten“ in vergleichbarem Ausmaß erst zum Zeitpunkt der Follow-up-Untersuchung verändern (s.u.). Der Vergleich mit den Normwerten des Fragebogens macht vor der Intervention eine auffällige Erhöhung der Werte auf allen Skalen deutlich, die sich nach der Intervention dem unauffälligen Normbereich annähert.

Die kognitive Skala „Furcht vor negativer Bewertung“ der SASC-R-D reduziert sich ebenfalls zwischen den Zeitpunkten vor und nach der Intervention. Allerdings erreicht diese Veränderung erst zum Zeitpunkt der Follow-up-Untersuchung eine signifikante und bedeutsame Ausprägung (s.u.). Die Werte der Skala „Vermeidung von bzw. Belastung durch soziale Situationen“ sowie die Werte des klinischen Interviews verändern sich dem Kindurteil zufolge nicht signifikant oder bedeutsam über die Zeit.

Liegt eine Verbesserung der Symptomatik vor, so fällt diese in der Regel in der Experimentalgruppe deutlicher im Vergleich zur Kontrollgruppe aus. Z.B. hat sich die Anzahl an sozialen Situationen, die starke Angst oder Vermeidung auslösen, in der Kontrollgruppe nur geringfügig nach der Intervention im Gegensatz zur Experimentalgruppe verändert. Die Effektstärken der

CBCL spiegeln in der Experimentalgruppe ebenfalls deutlichere Verbesserungen auf allen Skalen wider. Im Kinder-DIPS verbessern sich die Werte der Experimentalgruppe gemäß dem Kindurteil zumindest geringfügig, während die Kontrollgruppe uneinheitliche Veränderungen zeigt. Schließlich erzielt die Experimentalgruppe in beiden Skalen der SASC-R-D mittlere Effekte, während die Kontrollgruppe keine bedeutsame Verbesserung zeigt.

#### *Hypothese (2): Verbesserung aus Sicht der Eltern und der Kinder*

Die Forderung, dass die erzielten Veränderungen sowohl von den Eltern als auch von den Kindern wahrgenommen werden, kann nicht eindeutig bestätigt werden. Wie die Ergebnisse zu Hypothese (1) zeigen, werden die Verbesserungen vor allem in den Ergebnissen des Kinder-DIPS, der mit den Eltern durchgeführt worden ist, und in den Ergebnissen der CBCL deutlich. Die Kinder beurteilen die Veränderungen sowohl im klinischen Interview als auch in der SASC-R-D skeptischer.

#### *Hypothese (3): Verbesserung der sozialen Kompetenz bzw. Performanz*

In dieser Hypothese wird postuliert, dass sich die Leistung der Kinder in den beiden Rollenspielaufgaben signifikant und bedeutsam zwischen den Messzeitpunkten vor und nach dem Programm verbessert. Dies soll sich in einer Reduktion des Gesamtwerts der RSK niederschlagen. Diese Hypothese muss den Ergebnissen der Pilotstudie zufolge abgelehnt werden.

Zwar verringert sich der Gesamtwert der RSK deskriptiv sowohl in der Aufgabe, sich vor einer Gruppe vorzustellen, als auch in der Aufgabe, sich gegen eine andere Person durchzusetzen. Die Verbesserung ist aber zu geringfügig, um ein signifikantes Ergebnis bzw. eine bedeutsame Effektstärke zu erreichen. Am Rande sei hier angemerkt, dass sich im Gegensatz zur gezeigten Leistung das Ausmaß an induzierter Angst zwischen den beiden Zeitpunkten reduziert. Ebenso zeichnen sich die Kinder nach der Intervention durch eine weniger pessimistische Erfolgs- bzw. Schwierigkeitseinschätzung und eine positivere subjektive Fremdbewertung hinsichtlich der Bewältigung der Rollenspielaufgaben aus.

#### *Hypothese (4): Vergleich von Interventions- und Wartezeitraum*

Diese Hypothese zielt auf eine signifikant stärkere Verbesserung der Experimentalgruppe im Interventionszeitraum verglichen mit der Veränderung der Kontrollgruppe im Wartezeitraum ab. Diesbezüglich fallen die Ergebnisse uneinheitlich aus, so dass die Hypothese nicht eindeutig beantwortet werden kann.

Folgende Befunde sind erwartungskonform: Die Gruppen unterscheiden sich signifikant in der Rate des Eingangskriteriums: Während alle Teilnehmer der Kontrollgruppe gemäß dem Elternurteil nach wie vor mindestens vier relevante Kriterien einer sozialen Angststörung erfüllen, trifft dies nur noch auf 50% der Experimentalgruppe zu. Die anderen Ergebnisse des Elternurteils im Kinder-DIPS spiegeln ebenfalls die postulierte Interaktion zwischen den Faktoren „Zeit“ und „Gruppe“ wider. Beispielsweise hat sich ausschließlich die Experimentalgruppe in den Variablen „Anzahl der Kriterien“ und „Anzahl der Situationen“ signifikant verbessert, während die Werte der Kontrollgruppe stabil bleiben. Zudem ergeben sich bedeutsame Effektstärken für die Gruppenunterschiede zum Zeitpunkt „Post“ für alle drei Variablen des Kinder-DIPS, die auch nach Bereinigung um die Ausgangsunterschiede zwischen den Gruppen ein deutliches Ausmaß behalten. Dagegen verbessern sich die Werte in der CBCL in beiden Gruppen, so dass die postulierte Interaktion nicht signifikant wird. Die Gruppenunterschiede fallen zudem in diesem Fragebogen gemäß der Effektstärkenbestimmung nach der Bereinigung um die Ausgangsunterschiede unbedeutend aus.

Deskriptiv wird die Wechselwirkung im Kindurteil in allen Evaluationskriterien deutlich. So reduziert sich das Eingangskriterium bei der Experimentalgruppe deutlicher als bei der Kontrollgruppe. Auch die Werte aller anderen Variablen des Kinder-DIPS verringern sich ausschließlich bei der Experimentalgruppe, während die Werte der Kontrollgruppe stabil bleiben oder sich sogar verschlechtern. Der Gruppenunterschied in den Variablen des DIPS wird an mittleren Effektstärken ersichtlich. In Signifikanztests schlagen sich diese Unterschiede allerdings nicht nieder: Weder der Gruppenunterschied im Eingangskriterium, noch die Interaktion „Zeit x Gruppe“ ist in den Variablen des DIPS überzufällig stark ausgeprägt. Dagegen führt die deskriptive Verbesserung der Experimentalgruppe in der SASC-R-D im Vergleich zur Verschlechterung der Kontrollgruppe zu einer multivariat signifikanten Interaktion. Diese wird gemäß der univariaten Testung auf beiden Skalen der SASC-R-D signifikant. Die Effektstärken für die Gruppenunterschiede erreichen mittlere Ausprägungen.

Das Fremdurteil zeigt deskriptiv die erwartete Interaktion im Rollenspiel mit der Aufgabe, sich vor einer Gruppe vorzustellen. Hierbei verbessert sich der RSK-Gesamtwert der Experimentalgruppe, während sich der entsprechende Wert der Kontrollgruppe verschlechtert. Der Gruppenunterschied in der Effektstärke ist auch nach Bereinigung um die Baseline-Unterschiede deutlich ausgeprägt. Im Rollenspiel mit der Aufgabe, sich durchzusetzen, verbessern sich dagegen beide Gruppen, so dass nur ein geringer Effekt bleibt. Insgesamt wird die Wechselwirkung bei keinem der beiden Rollenspiele signifikant.

Zusammengefasst können Verbesserungen in der Symptomatik der Kinder demzufolge für die meisten Evaluationskriterien auf den Erfolg der Intervention zurückgeführt werden.

#### *Hypothese (5): Aufrechterhaltung der Ergebnisse*

Gemäß diesen Hypothesen sollen sich die Verbesserungen nicht nur unmittelbar im Anschluss an das Gruppenprogramm zeigen, sondern auch noch nach einem Zeitraum von sechs Monaten aufrechterhalten werden. Diese Hypothese kann bestätigt werden, da sich beim Vergleich der Werte vor der Intervention mit denen bei der Follow-up-Erhebung signifikante und bedeutsame Verbesserungen zeigen.

Wird der Vergleich der Daten der Nacherhebung mit denen der Follow-up-Untersuchung signifikant, geschieht dies stets aufgrund einer weiteren Symptomreduktion. Dies bedeutet, dass manche Verbesserungen beim Follow-up deutlicher auftreten als unmittelbar nach der Intervention. So reduziert sich z.B. der Anteil derer, die das Eingangskriterium im Elternurteil des Kinder-DIPS erfüllen, von 47% zum Zeitpunkt „Post“ auf 29% zum Zeitpunkt „Follow-up“. Der signifikante Haupteffekt „Zeit“ bei den drei Variablen des Elternurteils im Kinder-DIPS wird ebenfalls im Vergleich der Zeitpunkte „Prä“ und „Follow-up“ signifikant. Dieser Unterschied fällt der Effektstärkeberechnung zufolge deutlicher aus als die Reduktion der Werte zwischen den Zeitpunkten „Prä“ und „Post“. Es haben sich demnach langfristig weitere Verbesserungen ergeben. Auch in allen Skalen der CBCL ergibt sich eine signifikante Reduktion der Werte bei der Follow-up-Erhebung im Vergleich zu den Werten vor der Intervention. Auf den Skalen „Sozialer Rückzug“ und „Internalisierende Auffälligkeiten“ wird die Verbesserung gemäß den Effektstärken erst im langfristigen Verlauf bedeutsam.

Für das Kindurteil liegen zur Prüfung dieser Hypothese Werte aus der SASC-R-D vor. Deskriptiv ist auch hier auf beiden Skalen eine Reduktion der Werte zwischen den Zeitpunkten vor der Intervention und bei der Follow-up-Untersuchung zu verzeichnen. Dabei wird die Verbesserung auf der Skala „FNE“ signifikant und erreicht eine bedeutsame Ausprägung. Die entscheidende Veränderung auf dieser kognitiven Skala ist also erst im Laufe des halben Jahres nach Beendigung des Präventionsprogramms eingetreten. Wichtig ist an dieser Stelle die Beobachtung, dass die Werte der SASC-R-D auf beiden Skalen vor der Intervention klinisch auffällig sind, während sie bei der Follow-up-Erhebung eine unauffällige bis subklinische Ausprägung erreichen.

Zusammengefasst kann damit festgehalten werden, dass keine der Variablen im langfristigen Verlauf eine Verschlechterung der Werte beider Gruppen widerspiegelt. Vielmehr werden die Verbesserungen aufrechterhalten bzw. reduzieren sich langfristig weiter.

*Sonstige Ergebnisse*

Am Ende der Intervention wird sowohl bei den Eltern als auch bei den Kindern eine hohe Akzeptanz des Programms deutlich. So drücken alle Teilnehmer ihre Zufriedenheit mit dem Präventionsprogramm aus und nehmen bis auf eine Ausnahme eine Verbesserung der kindlichen Probleme durch die Teilnahme wahr. Die Befragung nach restlichen Beeinträchtigungen durch die soziale Angst rückt aus der Sicht der Eltern v.a. den schulischen Bereich und aus der Sicht der Kinder zusätzlich den Bereich Freunde und Freizeit in den Vordergrund.

### 3.3.2 Diskussion der Befunde

Mit dem vorliegenden Präventionsprogramm wird das Ziel verfolgt, die Ausbildung einer manifesten sozialen Angststörung zu verhindern sowie eine Verbesserung der bestehenden Symptomatik zu erreichen. Die beschriebenen Ergebnisse der ersten Wirksamkeitsüberprüfung zeigen, dass dieses Vorhaben insgesamt geglückt ist. So kann den Ergebnissen verschiedener Fragebögen und Interviews zufolge die Auftretenshäufigkeit der sozialen Angstsymptome und die Belastung aufgrund der Symptomatik durch die Teilnahme an der Intervention gesenkt werden. Die Verbesserungen erweisen sich zudem über einen Zeitraum von sechs Monaten als stabil. Erfreulicherweise zeigt sich überdies eine hohe Akzeptanz des Programms bei den Kindern wie auch bei den Eltern.

Damit ist zunächst ein Beitrag für die Übertragbarkeit der in internationalen Studien dargestellten kognitiv-behavioralen Therapiebausteinen für die soziale Angststörung bei Kindern und Jugendlichen im deutschsprachigen Bereich geleistet. Dies ist analog zu der aktuellen deutschsprachigen Studie von Joormann und Unnewehr (2002), in der das amerikanische Therapieprogramm von Albano und Mitarbeitern (1991; siehe 1.2.2) für Kinder und Jugendliche mit einer sozialen Angststörung erfolgreich adaptiert wird. Zudem zeigen die Ergebnisse dieser Pilotstudie, dass die kognitiv-behavioralen Interventionsbausteine auch für den präventiven Bereich erfolgreich eingesetzt werden können.

Neben dieser ermutigenden Bestätigung des Gruppenprogramms werden im Folgenden diskussionswürdige Aspekte der Ergebnisse erörtert. Zunächst ist nach den Gründen für das schlechtere Abschneiden der Kontrollgruppe zu fragen. Eine Ursache könnte in der stärkeren Ausprägung weiterer psychopathologischer Auffälligkeiten dieser Gruppe im Vergleich zur Experimentalgruppe liegen. So befinden sich in der Kontrollgruppe z.B. mehr Kinder mit einer kognitiven Entwicklungsverzögerung, aufgrund derer zwei Kinder eine Sonderschule besuchen. Obwohl hierauf mit einer Einstufung der betroffenen Kinder in eine jüngere Altersgruppe bei der Durchführung des Programms reagiert worden ist, wäre denkbar, dass sie aufgrund von Verständnisschwierigkeiten weniger von der Intervention profitiert haben. Die geringe Stichprobengröße verhindert leider eine Untersuchung der entsprechenden Subgruppe. Ein anderer Aspekt ist die stärker ausgeprägte Gesamtbelastung der Kinder der Kontrollgruppe, wie z.B. an dem Gesamtwert der CBCL zu erkennen ist (siehe 3.2.1). Eine detaillierte Analyse der Symptome zeigt, dass die höhere Belastung v.a. durch Bestätigung von Items der Sekundärskala „Externalisierende Auffälligkeiten“ zustande kommt. Derartige Verhaltensweisen könnten z.B. über Ablehnungserfahrungen durch die Peer-Gruppe oder im schulischen Bereich zur

Aufrechterhaltung der sozialen Angst geführt und damit die Wirkung des Programms erschwert haben. Die Frage nach dem Einfluss komorbider Probleme, insbesondere externalisierender Symptome, auf die Wirksamkeit der Behandlung kindlicher Angststörungen hat bisher uneinheitliche Befunde ergeben. Nach einigen Autoren haben derartige Symptome keinen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg (Berman, Weems, Silverman & Kurtines, 2000; Dadds et al., 1997; Kendall, Brady & Verduin, 2001; Southam-Gerow, Kendall & Weersing, 2001). Toren und Mitarbeiter (2000) zeigen hingegen, dass Kinder mit einer komorbiden Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung mit höherer Wahrscheinlichkeit noch eine Angststörung beim Langzeit-Follow-up aufweisen als Kinder ohne derartige Probleme. Schließlich sei auf den klinischen Eindruck bei der Durchführung des Programms hingewiesen, dem zufolge sich v.a. eine komorbide externalisierende Symptomatik auf die Atmosphäre in den Kleingruppen auswirkt. So ist in den Kleingruppen der Kontrollgruppe beispielsweise viel Zeit auf die Gruppenregeln und die Besprechung von Schwierigkeiten bei den Hausaufgaben verwendet worden, so dass weniger Zeit für eigentliche Inhalte des Programms verblieben ist. Weiterhin wird in der Pilotstudie deutlich, dass die Kinder die Wirksamkeit des Programms skeptischer als ihre Eltern beurteilen. Hierfür kommen verschiedene Erklärungen in Betracht: Es könnte sein, dass das Programm den Kindern aus deren Sicht tatsächlich noch nicht ausreichend Hilfestellung für die Bewältigung ihrer Angstprobleme gegeben hat. Dies hätte die Notwendigkeit einer inhaltlichen Optimierung des Programms zur Folge, wobei sich die Frage nach konkreten Ansatzpunkten stellen würde. Einen Hinweis könnte der Befund der stärkeren Verbesserung auf der „FNE-Skala“ im Vergleich zur „SAD-Skala“ der SASC-R-D liefern. Dies ist zunächst überraschend, da in der Regel Veränderungen auf der Verhaltensebene früher als auf der kognitiven Ebene erreicht werden (vgl. Wilken, 2003). Eine Begründung für die schwächere Verbesserung auf der verhaltensbezogenen Skala in der vorliegenden Studie könnte im höheren Zusammenhang dieser Skala mit klinisch relevanten sozialen Ängsten liegen (vgl. 3.1.2). Eventuell werden hiermit stärker ausgeprägte Symptome abgefragt, die sich erst im langfristigen Verlauf verändern lassen. Auch bei Joormann und Unnewehr (2002) zeigt sich nach der achtwöchigen Intervention ein stärkerer Effekt auf der Skala „FNE“ verglichen mit der Skala „SAD“. Man könnte diesen Befund aber auch dahingehend interpretieren, dass v.a. die kognitive Komponente des Programms zur Besserung der Problematik aus Sicht der Kinder beigetragen hat. Dies würde eine Nachbesserung im Programm in den stärker verhaltensbezogenen Komponenten erfordern.

Eine andere mögliche Erklärung für die skeptischere Sicht der Kinder könnte man in der Tatsache sehen, dass die Eltern ihre Kinder für die Teilnahme an dem Programm nominieren.

Um Reaktanzeffekte bei den Kindern zu verhindern, wird das Kindurteil zwar bei der Stichprobenselektion mit berücksichtigt und die Selbstkontrolle der Kinder durch die Betonung ihrer eigenen Entscheidung für die Teilnahme betont. Aufgrund der im Abschnitt 1.2.1 erörterten Schwierigkeiten hinsichtlich der eingeschränkten Validität des diagnostischen Urteils von insbesondere jüngeren Kindern wird aber letztendlich dem Elternurteil eine größere Bedeutung beigemessen. Dies führt dazu, dass auch Kinder an dem Programm teilgenommen haben, die selbst nur geringe soziale Angst zumindest bei der direkten Befragung im diagnostischen Interview angegeben haben. Dies schlägt sich in einer mäßigen Übereinstimmung zwischen Eltern- und Kindurteil analog zu den dargestellten Befunden anderer Studien nieder (siehe 1.2.1 und 3.1.2): Die Konkordanz zwischen Eltern- und Kindurteil im Kinder-DIPS beträgt sowohl vor als auch nach der Durchführung des Programms 65% bzw. 62%. Die skeptischere Beurteilung der Wirksamkeit des Programms in den Ergebnissen des diagnostischen Interviews könnte daher auf einen Bodeneffekt zurückgehen: Sind die Werte bereits zu Beginn gering ausgeprägt, ist eine Reduktion im Anschluss an das Programm aufgrund der eingeschränkten Differenzierungsmöglichkeit unwahrscheinlicher.

Der Befund der pessimistischeren Einschätzung der Kinder im Vergleich zu ihren Eltern ist analog zu den Ergebnissen der Therapiestudie von Kendall und Kollegen (1997), in der sich ebenfalls eine Diskrepanz in der Erfolgseinschätzung der Eltern und Kinder im diagnostischen Interview ergibt: Während 71% der Stichprobe gemäß dem Elternurteil die Angstdiagnose zum Zeitpunkt nach der Intervention nicht mehr als primäre Diagnose erfüllen, trifft dies nur auf 46% der Stichprobe gemäß dem Kindurteil zu. In der Therapiestudie von Hayward und Kollegen (2000) findet sich dagegen eine deutliche Übereinstimmung zwischen Kind- und Elternurteil bzgl. der Reduktion der wahrgenommenen Beeinträchtigung durch die soziale Angst im diagnostischen Interview. Diese höhere Konkordanz ist vermutlich auf das fortgeschrittenere jugendliche Alter der Stichprobe im Vergleich zur Stichprobe der vorliegenden Studie zurückzuführen.

Zwei Aspekte könnten in der vorliegenden Pilotstudie eine Erhöhung der Werte des Kindurteils zum Zeitpunkt nach der Intervention bewirkt und somit den Interventionserfolg aus Sicht der Kinder verringert haben: Zum einen könnte die Teilnahme an dem Gruppenprogramm einen Sensibilisierungseffekt bei den Kindern hervorgerufen haben. So könnte die Schulung der Wahrnehmung von Angstsymptomen im Rahmen der kognitiven Intervention zu einer gesteigerten Introspektionsfähigkeit und damit stärkeren Bestätigung von Angstsymptomen bei der Nachuntersuchung geführt haben. Außerdem könnte die Dissimulationstendenz im Laufe der Intervention vermindert worden sein. Trotz dieser evtl. gesteigerten Wahrnehmung oder

Offenbarung von sozialen Angstsymptomen geben auch die Kinder eine hohe Akzeptanz des Programms und eine zuversichtliche Einschätzung hinsichtlich der Verbesserung ihrer Probleme bei den Ratings zur Veränderungsmessung an. Dieses Erleben von Selbstwirksamkeit in der Bewältigung der Angstsymptome könnte in Verbindung mit einer stärkeren Wahrnehmung der Symptome dazu führen, dass sich die Symptome auch aus der Sicht der Kinder langfristig deutlicher verbessern. Einen ersten Hinweis für diese Vermutung stellen die Ergebnisse der Skala „FNE“ der SASC-R-D dar, die zumindest im langfristigen Verlauf eine Besserung zeigen. Eine weitere Einschränkung der positiven Befunde dieser Studie stellt das Ausbleiben einer Verbesserung der sozialen Kompetenz gemäß den Ergebnissen der RSK dar. Hier könnte erneut ein Bodeneffekt eine Rolle spielen: Die Werte der Stichprobe spiegeln bereits vor der Intervention keine auffällig beeinträchtigte soziale Kompetenz bzw. Performanz wider, sondern befinden sich im mittelmäßigen Bereich. Dies wäre analog zur Annahme einiger Autoren (siehe 1.1.7), nach der sich sozial ängstliche Kinder nicht von unauffälligen Kindern in ihren sozialen Fertigkeiten unterscheiden. Durch ein Training der sozialen Kompetenz kann aber das subjektive Erleben verändert werden, wie das Angstthermometer und die kognitive Selbsteinschätzungen der Kinder anzeigen: In beiden Maßen reduziert sich das Angsterleben der Kinder signifikant zwischen den Zeitpunkten vor und nach dem Training. Die Teilnehmer stehen derartigen sozialen Situationen also weniger kritisch oder befangen gegenüber. Dieser Befund ist analog zu den Ergebnissen der Evaluationsstudie von Joormann und Unnewehr (2002), die ebenfalls nach der Therapie bei den Kindern in Verhaltenstests eine Abnahme in Ausprägungen von selbstberichteten Symptomeinschätzungen und von State-Ängstlichkeit finden.

Interessanterweise zeigen die Werte der RSK keinen Zusammenhang mit Verfahren zur Erfassung sozialer Angst auf kognitiver und emotionaler Ebene, was im Einklang mit der Validierungsstudie der Ratingskala von Schowalter steht (2001, vgl. 3.1.2). Die Autorin untersucht in ihrer Arbeit die Konkordanz diverser Parameter sozialer Angst bei Jugendlichen auf kognitiver, emotionaler, physiologischer und verhaltensbezogener Ebene und zeigt u.a., dass die Ausprägung sozialer Kompetenz in der RSK unabhängig von der Ausprägung der Angst auf kognitiver, emotionaler oder physiologischer Ebene auftritt. Ob sich Anzeichen sozialer Angst tatsächlich unabhängig vom beobachtbaren Verhalten der Kinder auch außerhalb von Rollenspielen in einer Laborsituation manifestieren, muss weiter diskutiert werden.

Auch in anderen Evaluationsstudien wird bei der Verhaltensbeobachtung keine eindeutige Verbesserung der sozialen Kompetenz deutlich: Spence, Donovan und Brechman-Toussaint (2000) können in ihrer Therapiestudie zwar gemäß dem Elternurteil eine Verbesserung der sozialen Kompetenz der Kinder abbilden. Die Verhaltensbeobachtungen im natürlichen Umfeld

der Kinder und auch im Rollenspiel zeigen dagegen ebenfalls keine Verbesserung der sozialen Kompetenz (vgl. 1.2.2). Die Autoren erwarten deutliche Veränderungen in der Verhaltensdiagnostik erst im langfristigen Verlauf und nehmen an, dass die verwendeten Verfahren nicht sensibel genug für die Erfassung geringer kurzfristiger Veränderungen sind. Leider würde auch in der vorliegenden Studie die Wiederholung der Verhaltensbeobachtung zum Follow-up-Zeitpunkt den Rahmen des Machbaren überschreiten, so dass der Vermutung nicht nachgegangen werden kann. In der Studie von Kendall und Kollegen (1997) werden bei der Verhaltensbeobachtung auf vier von sechs Variablen ebenfalls keine Behandlungseffekte deutlich. Dagegen berichten Beidel, Turner und Morris (2000) von einer signifikanten Verbesserung der sozialen Kompetenz und Performanz durch ihr Therapieprogramm gemäß den Ergebnissen einer Verhaltensbeobachtung. Die Autoren verwenden hierfür ein globales Rating über die Effektivität der sozialen Interaktion der Kinder. Diese Art der Erfassung sozialer Kompetenzen ist angesichts ihrer mangelnden Validierung kritisiert worden (z.B. Fydrich & Bürgener, 1999), denn es bleibt unklar, ob nicht andere Konstrukte wie z.B. Attraktivität oder Sympathie mit beurteilt werden.

Abschließend zum Aspekt der sozialen Kompetenz soll außerdem erneut auf die in den Abschnitten 1.2.1 und 3.1.2 aufgeworfene Frage der externen Validität der RSK hingewiesen werden: Es bleibt fraglich, ob mit diesem Verfahren, das ausschließlich nonverbales Verhalten erfasst, tatsächlich ein repräsentativer Ausschnitt aus dem Verhaltensrepertoire der Kinder abgebildet wird. Dies gilt besonders für das Rollenspiel mit der Aufforderung, sich durchzusetzen, wie aus den Ergebnissen zu den Zusammenhängen zwischen der Ratingskala und anderen Skalen hervorgeht. Die Aufforderung zum Rollenspiel ist stets eine künstliche Situation, die die Kinder evtl. eher bewältigen als vergleichbare Situationen in ihrem natürlichen Umfeld, die u.a. einen weniger hohen Aufforderungscharakter haben. Hier könnte eine Verhaltensbeobachtung im Feld Aufschluss geben, die allerdings wiederum Einschränkungen bezüglich der internen Validität besitzt (vgl. Barrios, 1998).

Nicht zuletzt muss der Umstand erwähnt werden, dass nicht alle Variablen dem Kontrollvergleich mit der unbehandelten Kontrollgruppe standhalten. Dies ist überwiegend auf eine Verbesserung der Kontrollgruppe in ihrem Wartezeitraum zurückzuführen. Damit kann zumindest für diese Variablen nicht ausgeräumt werden, dass die erzielten Veränderungen auch durch Spontanremission oder Regressionseffekte entstanden sein könnten. Über die Ursachen für die Verbesserungen der Kinder der Kontrollgruppe kann indes nur spekuliert werden. Es wäre denkbar, dass allein die Aussicht auf eine Behandlung die Symptomatik verbessert (Bandelow &

Broocks, 2002). Wieso dies aber z.B. nur die Fragebogendaten der Eltern im Gegensatz zu ihren Interviewdaten betreffen soll, bleibt unklar.

Die Befragungen zur wahrgenommenen Wirksamkeit der Intervention belegen zum einen, wie erwähnt, die hohe Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem Programm. Zum anderen werden besonders im schulischen Bereich nach wie vor Schwierigkeiten wahrgenommen. Wie im Abschnitt 1.1.2 erläutert, treten besonders dort soziale Ängste typischerweise auf. Die Kinder erwähnen zudem ihre Unzufriedenheit mit dem Freizeitbereich durch die soziale Angst. Auf der einen Seite machen diese nach wie vor bestehenden Einschränkungen die Notwendigkeit eines verbesserten Transfers der Inhalte auf den Alltag der Kinder notwendig. Auf der anderen Seite ist ein verbessertes Wohlbefinden der Kinder in diesen Bereichen auch von den Reaktionen in der Umwelt abhängig. Bedeutsame Veränderungen in diesen Bereichen werden sich daher eventuell nicht unmittelbar nach der Teilnahme an dem Programm abbilden, sondern eher das Ergebnis langfristiger Veränderungen sein.

Zuletzt muss auf die geringe Stichprobengröße dieser ersten Wirksamkeitsüberprüfung hingewiesen werden. Die infolgedessen herabgesetzte Teststärke bei den verwendeten statistischen Auswertungen verringert die Wahrscheinlichkeit, vorhandene Differenzen als signifikante Unterschiede zu identifizieren. Trotz dieses vorläufigen Charakters der Pilotstudie sind signifikante Ergebnisse erzielt worden, so dass bei einer Replikation mit einer größeren Stichprobe deutlichere Effekte vermutet werden. Zur Interpretation dieser vorläufigen Ergebnisse ist besonders auf die berechneten Effektstärken zu verweisen.

### 3.3.3 Implikationen für die Durchführung der Hauptstudie

In diesem Abschnitt werden Schlussfolgerungen aus den Befunden der Pilotstudie für die weitere Programmdurchführung und deren Evaluation im Rahmen der Hauptstudie gezogen. Hierbei geht es um diagnostische Veränderungen, um eine inhaltliche Optimierung des Gruppenprogramms sowie um versuchsplanerische Neuerungen.

Aufgrund der erwähnten Diskrepanz zwischen Kind- und Elternurteil wird in der Hauptstudie dem klinischen Urteil stärkeres Gewicht gegeben. Auch wenn in der Literatur v.a. die eingeschränkte Validität des Kindurteils erwähnt wird (siehe XX), so weisen Kendall und Flannery-Schroeder (1998) auf ein anderes Risiko hin: Entscheiden sich Eltern für eine Behandlung eines speziellen Problems ihres Kindes, kann es passieren, dass sie die Inhalte und Ausprägung des Problems überzeichnen: „These parents may strive to have their child „accepted“ into the specific clinic and may perceive the opportunity, if not requirement, to describe their child as overcome with anxiety“ (S. 32). Um diese Gefahr von „falsch-positiven“ diagnostischen Urteilen aufgrund einer einseitigen Gewichtung des Elternurteils zu verringern, wird in der Hauptstudie eine zusätzliche Einschätzung des Schweregrads der sozialen Angst aus Sicht des Diagnostikers bei der Entscheidung über die Indikation für das Programm vorgenommen.

Außerdem stellt sich die Frage nach diagnostischen Neuerungen bzgl. der Verhaltensdiagnostik. Vermutungen über Gründe für das Ausbleiben einer Verbesserung der sozialen Kompetenz der Kinder betreffen einen möglichen Bodeneffekt der Werte der Ratingskala für soziale Kompetenz bzw. eine mangelnde Validität des verwendeten Verfahrens. In Anbetracht fehlender Alternativverfahren bzw. begrenzter Kapazitäten bei der Durchführung der Studie, die z.B. eine zusätzliche Beobachtung im Feld verhindern, wird in der Hauptstudie die Erfassung der sozialen Kompetenz auf die gleiche Art beibehalten. Hierfür sprechen auch die sonst guten Gütekriterien der Ratingskala für soziale Kompetenz. Es wird zudem erwartet, dass die inhaltlichen Veränderungen in der Programmgestaltung, wie z.B. die erweiterte Übungsmöglichkeit der sozialen Fertigkeiten während der Expositionsübungen (siehe unten), eine deutlichere Wirkung auf die soziale Kompetenz der Kinder verglichen mit der Durchführung bei der Pilotstudie bewirken, die sich auch mit den verwendeten Verfahren erfassen lässt.

Die Annahme, dass sich restliche Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktionsbereichen, wie z.B. Schule oder Freizeit, erst im Laufe eines längeren Zeitraums legen können, soll in der Hauptstudie überprüft werden. Dies geschieht durch eine wiederholte Erhebung der Veränderungsratings zum Follow-up-Zeitpunkt. Zudem wird dem Auftreten komorbider Probleme der

Kinder mehr Aufmerksamkeit geschenkt, um potentielle Zusammenhänge zwischen der Wirkung des Gruppenprogramms und komorbidem Problemen zu untersuchen.

Neben diesen diagnostischen Aspekten werden Veränderungen an der Programmdurchführung vorgenommen. Eine offene Frage in der Therapieforschung ist die nach der optimalen Anzahl an Sitzungen, die auch für die Behandlung der kindlichen sozialen Angststörung gestellt wird (Kashdan & Herbert, 2001). Im Einklang mit einer Empfehlung im inzwischen veröffentlichten Manual des „GO-Programms“ (Junge, Manz, Neumer & Margraf, 2002) sind für weitere Durchführungen des Programms zusätzliche Termine geplant, um die „Dosis der Intervention“ zu erhöhen (Junge et al., 2002, S. 41). Da sich im Kindurteil auf der kognitiven Skala im Gegensatz zur verhaltensorientierten Skala deutlichere Verbesserungen ergeben haben, wird v.a. die verhaltensorientierte Komponente erweitert. Auch Spence und Mitarbeiterinnen (2000) überlegen in ihrer Evaluationsstudie, die Expositionsübungen zur weiteren Optimierung des Therapieprogramms auszudehnen. Das vorliegende Programm wird demzufolge in Form von weiteren fünf Gruppentreffen mit dem Schwerpunkt auf Expositionsübungen ausgebaut.

Um den Transfer der erlernten Kompetenzen der Kinder auf ihren Alltag zu verbessern, werden verschiedene Schritte unternommen. Erstens wird auf eine stärkere Kopplung zwischen den Inhalten der Gruppentreffen und der Hausaufgaben geachtet. Wenn von den Kindern und Eltern das Einverständnis gegeben wird, wird als zweiter Schritt zu den jeweiligen Klassenlehrern der Kinder Kontakt aufgenommen. Sie sollen über die Programmteilnahme des Kindes informiert und zur Unterstützung des betreffenden Kindes, z.B. bei der mündlichen Teilnahme am Unterricht, angeregt werden. Nach dem Abschluss des Programms wird als dritter Schritt eine dreiwöchige Selbstkontrollphase eingeleitet, bei der die Kinder spezielle Aufgaben erhalten. Über deren Bewältigung sollen sie schließlich über Telefonkontakte mit der Ambulanz Auskunft geben. Erst hiernach erfolgt die diagnostische Nachuntersuchung.

Eine letzte Änderung betrifft das Untersuchungsdesign, das vorwiegend aus organisatorischen Gründen von einem Experimental-Kontrollgruppen-Design in ein Eigenkontroll-Wartegruppen-Design in der Hauptstudie umgewandelt wird. Da das Gruppenangebot aufgrund der Pressearbeit und der Kontakte zu Beratungsstellen bzw. zur Kinderklinik in der Öffentlichkeit bekannter geworden ist, haben sich auch während der laufenden Gruppen fortwährend Interessenten gemeldet. Diesen Familien ist eine Wartezeit bis zur endgültigen Aufteilung auf Experimental- und Kontrollgruppe mit der Option, bei Zuteilung zur Kontrollgruppe weitere Monate auf eine Teilnahme zu warten, nicht zuzumuten. Wie auch Kendall und Flannery-Schroeder (1998) bemerken, würde dadurch ein vorzeitiger Abbruch der Teilnahme in der Kontrollgruppe wahrscheinlicher. Mit diesem Design, das durch den Vergleich abhängiger Werte effizientere

---

statistische Auswertungsverfahren im Gegensatz zum Vergleich unabhängiger Gruppen mit sich bringt (Stelzl, 1982), und einer Erhöhung des Stichprobenumfangs wird die Teststärke für die statistische Auswertung in der Hauptstudie erhöht.



## 4. HAUPTSTUDIE

Die Hauptstudie beschäftigt sich erneut mit der Wirksamkeitsüberprüfung des in Kapitel 2 dargestellten Programms, wobei die Implikationen aus den Ergebnissen der Pilotstudie berücksichtigt werden. Im Methodenteil wird kurz das veränderte Forschungsdesign beschrieben, daran schließt sich eine Übersicht über die verwendeten diagnostischen Verfahren mit dem Schwerpunkt auf Neuerungen im Vergleich zur Pilotstudie an. Hiernach wird auf den Untersuchungsablauf, die Stichprobe und schließlich auf die Haupt- und Nebenhypothesen eingegangen. Die Darstellung der Ergebnisse für die Haupthypothesen erfolgt analog zur Pilotstudie getrennt für die Perspektiven der Eltern und der Kinder sowie gemäß dem klinischen Urteil. Danach werden die Befunde der Nebenhypothesen dargestellt. Die Diskussion fasst alle Ergebnisse mit Bezug auf die postulierten Hypothesen zusammen, vergleicht sie mit den Ergebnissen der Pilotstudie und stellt weiterführende Überlegungen an.

## 4.1 METHODEN

#### 4.1.1 Untersuchungsdesign

Wie in der Diskussion der Pilotstudie beschrieben, wird die Evaluation des Gruppenprogramms in der Hauptstudie mit Hilfe eines Eigenwarte-Kontrollgruppen-Designs vorgenommen. Abbildung 9 veranschaulicht dieses Untersuchungsdesign.

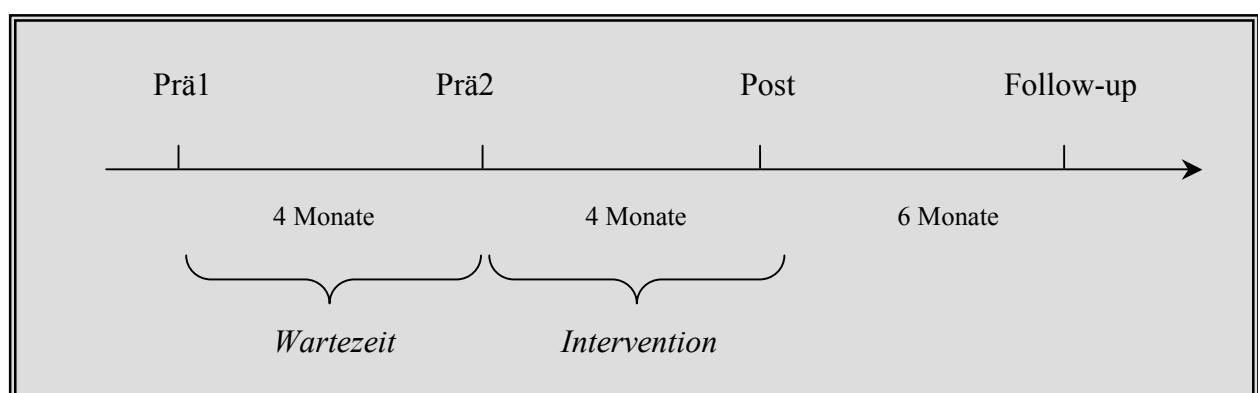


Abbildung 9: Untersuchungsdesign der Hauptstudie

Es werden vier Messzeitpunkte realisiert: Die Eingangsuntersuchung zu „Prä1“ dient erneut der Stichprobenselektion und der ersten Baseline-Erhebung. Es wird sichergestellt, dass anschließend für alle Teilnehmer eine Wartezeit von vier Monaten ohne Kontakt zur Ambulanz eintritt, die von der zweiten Erhebung zu „Prä2“ gefolgt wird. Diese stellt eine Wiederholungsmessung dar, bei der die Ergebnisse der Eingangsuntersuchung aktualisiert werden. Hiernach startet das Gruppenprogramm über einen Zeitraum von erneut vier Monaten. Anschließend werden die teilnehmenden Familien zur Nachuntersuchung („Post“) eingeladen. Nach einem halben Jahr wird der Kontakt zu den Familien wieder hergestellt, um abschließend den langfristigen Verlauf zu untersuchen („Follow-up“).

Durch den Vergleich der Veränderungen während der Wartezeit mit denen während des Interventionszeitraums können Effekte gegen Regressions- oder Einflüsse von Spontanremission abgesichert werden.

#### 4.1.2 Diagnostische Verfahren

In der Hauptstudie werden zunächst die gleichen diagnostischen Verfahren wie in der Pilotstudie verwendet, die im Abschnitt 3.1.2 bereits genauer beschrieben worden sind. So wird mit den Eltern erneut das „*Psychopathologische Befund-System für Kinder und Jugendliche*“ (CASCAP-D; Döpfner et al., 1999) und das „*Diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*“ (Kinder-DIPS; Unnewehr et al., 1995) durchgeführt. Als Evaluationskriterien werden aus dem störungsspezifischen Teil zur sozialen Angststörung des Kinder-DIPS die Variablen „Anzahl der zutreffenden Kriterien einer sozialen Angststörung“, „Anzahl der Situationen, die schwere Angst oder häufige Vermeidung auslösen“ und „Ausmaß der Beeinträchtigung durch die soziale Angst“ verwendet. Ebenso kommt die „*Child Behavior Checklist*“ (CBCL; Döpfner et al., 1998a) wieder zum Einsatz, wobei zusätzlich zu den Skalen „Angst/Depression“, „Sozialer Rückzug“ und „Internalisierende Auffälligkeiten“ die beiden restlichen Sekundärskalen, „Externalisierende Auffälligkeiten“ und der Gesamtwert der Skala, herangezogen werden.

Mit den Kindern wird ebenfalls der störungsspezifische Teil zur sozialen Angststörung des Kinder-DIPS durchgeführt, woraus die gleichen Variablen wie bei den Erwachsenen verwendet werden. Die Kinder füllen zudem wieder die „*Social Anxiety Scale for Children - Revised*“ (SASC-R-D; Melfsen & Florin, 1997) aus, so dass daraus die beiden Skalen „Furcht vor negativer Bewertung (FNE)“ und „Vermeidung von bzw. Belastung durch soziale Situationen (SAD)“ zur Verfügung stehen. Als Neuerung wird den Kindern in der Hauptstudie das „*Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche*“ (DIKJ; Stiensmeier-Pelster, Schürmann & Duda, 2000) vorgelegt. Es handelt sich hierbei um die deutsche Fassung des „Children's Depression Inventory“ (CDI) von Kovacs (1982). Mit 26 Fragen werden darin alle wesentlichen Symptome depressiver Störungen und typische Begleitsymptome für die Altersgruppe von 8 bis 16 Jahren erfasst. Unterschiedliche Symptomausprägungen werden durch eine dreistufige Skala abgefragt. Es resultiert ein Gesamtwert, der anhand der neuen Normierung der verwendeten zweiten Auflage des Verfahrens in T-Werte umgewandelt werden kann. Den Gütekriterien zufolge ist der DIKJ sensibel für Veränderungen im Schweregrad depressiver Symptome. Die Kennwerte zur inneren Konsistenz sowie zur konvergenten und divergenten Validität sind als gut zu bezeichnen.

V.a. mit Blick auf die Nominierung der Kinder durch ihre Eltern für die Teilnahme an dem Programm wird darüber hinaus ein weiteres Fragebogenverfahren eingesetzt, das die Sichtweise der Kinder und Jugendlichen in den Mittelpunkt rückt. Es handelt sich hierbei um das „*Inventar*

*zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen“ (ILK; Mattejat et al., 1998; Mattejat et al., 2002), das von der Forschungskommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachorganisation in Deutschland konzipiert wurde. Den Messgegenstand des Inventars stellt das subjektive Wohlbefinden bzw. die subjektive Zufriedenheit mit der eigenen körperlichen und psychischen Verfassung, der Lebenssituation und –führung dar. Mit Hilfe von sieben Items wird die Zufriedenheit in den Bereichen Schule, Familie, soziale Kontakte zu Gleichaltrigen, Interessen und Freizeitgestaltung sowie körperliche und psychische Gesundheit abgefragt. In einem achten Item wird schließlich eine Gesamtbeurteilung der Lebensqualität vorgenommen. Für Kinder und Jugendliche, die sich in Behandlung befinden, kann zusätzlich die Belastung durch die aktuelle Erkrankung und durch die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfasst werden. Es existiert eine Fassung für Kinder zwischen sechs und elf Jahren (ILK-K), die als Interview durchgeführt wird und sich einer kindgerechten visuellen Analog-Skala bedient, sowie eine Fassung für Jugendliche ab 12 bis 18 Jahren (ILK-J), die als Fragebogen einzusetzen ist. Die Beurteilung der Items erfolgt mit Hilfe einer fünfstufigen Skala mit Abstufungen von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“. Die Autoren schlagen für die Auswertung eine Dichotomisierung der Antworten vor, indem die Ratings mit den Abstufungen „sehr gut“ und „eher gut“ als „kein Problem“ und die Ratings mit den Abstufungen „teils/teils“ bis „sehr schlecht“ als „vorhandenes Problem“ gewertet werden. Daraus resultieren Angaben zur „Häufigkeit problematischer Einschätzungen“ (HPE) für die einzelnen Items. Aus einer multizentrischen Studie liegen bislang Vergleichswerte von über 600 ambulanten und stationären Patienten (Mattejat et al., 2002) sowie von ca. 2100 Schülern aus verschiedenen Schulformen vor (vgl. „*Projekt Lebensqualität*“ der Homepage der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Philipps-Universität Marburg; <http://www.kjp.uni-marburg.de/lq/index.php>). Da eine umfassende psychometrische Überprüfung des Verfahrens bisher noch aussteht, wird es in dieser Studie ausschließlich zur Stichprobenbeschreibung genutzt.*

Wie in der Pilotstudie werden auch in der Hauptstudie die beiden Rollenspiele durchgeführt, die mit Hilfe der „*Ratingskala für soziale Kompetenz*“ von Fydrich und Bürgener (1999) ausgewertet werden. Die Kinder geben bei den Rollenspielen erneut *Selbsteinschätzungen* hinsichtlich ihrer Angst mit Hilfe des Angstthermometers und hinsichtlich spezieller Kognitionen, wie z.B. der subjektiven Erfolgserwartung, an (vgl. 3.1.2 und Anhang).

Die Person, die die Diagnostik mit dem Kind durchführt, schätzt zusätzlich den Schweregrad der sozialen Angst des Kindes auf einer fünfstufigen Skala von „0“ gleich „gar nicht ausgeprägt“ bis „4“ gleich „sehr stark ausgeprägt“ ein (siehe Anhang). Dieses *klinische Urteil* dient sowohl der Stichprobenselektion als auch der Evaluation des Programms.

---

Wie die Eltern werden auch die Kinder nach der Intervention wieder zu einer Bewertung des Programms aufgefordert. Diese *Veränderungsmessungen* werden in der Hauptstudie sowohl zum Zeitpunkt „Post“ als auch zum Zeitpunkt „Follow-up“ erhoben. Sie werden bei den Kindern zudem um drei Fragen erweitert: Mit Hilfe einer fünfstufigen Skala werden die Kinder gefragt, inwieweit ihnen jeweils die drei Komponenten des Programms geholfen haben („0“ gleich „sehr wenig geholfen“ bis „4“ gleich „sehr viel geholfen“; siehe Anhang). Zudem erhalten die Eltern schriftlich die Möglichkeit, sich frei über das Programm zu äußern. Bei der Abschlussfeier geben die Kinder ebenfalls eine Rückmeldung über das Programm.

#### 4.1.3 Untersuchungsablauf

##### *Rekrutierung und Eingangsuntersuchung*

Pilot- und Hauptstudie ähneln sich im Ablauf in vielen Punkten, daher sei hier auf die entsprechende Beschreibung im Abschnitt 3.1.3 verwiesen. An dieser Stelle werden ausschließlich Neuerungen in der Durchführung der Hauptstudie beschrieben.

Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgt in zwei zeitlich versetzten Schüben. Die erste Stichprobe wird durch Öffentlichkeitsarbeit Anfang 2002 auf das Projekt aufmerksam gemacht. Bis zum April 2002 findet die diagnostische Untersuchung („Prä1“) statt. Dabei werden die Befragungen der Kinder mit Hilfe des Kinder-DIPS ebenso wie die der Eltern auf Video aufgezeichnet, so dass eine zweite Person über das Zutreffen der diagnostischen Kriterien entscheiden kann. Der DIKJ und ILK wird den Kindern beim zweiten Termin der Eingangsuntersuchung vorgelegt. Die zweite Stichprobe wird im Sommer 2002 angeworben, deren Eingangsuntersuchung bis zum September 2002 stattfindet.

##### *Zweiter Diagnostiktermin, Gruppenprogramm und Selbstkontrollphase*

Nach der Wartezeit werden die Familien zum zweiten diagnostischen Termin eingeladen („Prä2“). Für die erste Stichprobe folgt im August 2002 (bzw. für die zweite Stichprobe im Januar 2003) der Einzeltermin zur kognitiven Vorbereitung. Hiernach erhalten die Kinder wieder eine Woche Zeit, um sich für oder gegen eine Teilnahme an dem Programm zu entscheiden. Die interessierte Gruppe an Kindern wird schließlich zu altershomogenen Kleingruppen zusammengestellt (siehe 4.1.4). Für die erste Stichprobe finden die Gruppetermine im Zeitraum September bis Dezember 2002, für die zweite Stichprobe im Zeitraum Januar bis Mai 2003 statt. Wie in der ersten Version des Programms widmen sich die fünf ersten Termine der kognitiven Intervention, gefolgt von fünf weiteren Terminen mit dem Schwerpunkt auf der Verbesserung der sozialen Kompetenz bzw. Performanz. Danach finden die erweiterten zehn Treffen mit Expositionsbürgen statt. Während der gesamten Durchführung erhalten die Kinder konkrete Aufgaben für Übungen zur Angstbewältigung in ihrem Alltag. Das Programm wird mit der Abschlussfeier beendet, wobei den Kindern die darauf folgende Selbstkontrollphase erklärt wird: Gemeinsam werden konkrete Aufgaben vereinbart, wie z.B. im Ort Gleichaltrige anzusprechen oder bei einer Freundin zu übernachten. Über die Bewältigung ihrer Aufgaben sollen die Kinder schließlich in Form von zwei Telefonaten in der Ambulanz berichten.

---

Alle Eltern werden während der Gruppendurchführung zu den drei begleitenden Elternabenden eingeladen. Zudem wird ein telefonischer Kontakt zu den jeweiligen Klassenlehrkräften hergestellt, wenn Eltern und Kinder ihre Zustimmung hierzu erteilt haben.

#### *Abschluss- und Follow-up-Untersuchung*

Nach der Selbstkontrollphase werden die Familien zur Nachuntersuchung („Post“) eingeladen, in der mit Ausnahme des CASCAP-D die gleichen Verfahren wie vor dem Programm zum Einsatz kommen. Nach etwa drei Monaten findet mit den Kindern das Nachtreffen statt, das der Wiederauffrischung der Inhalte dient (vgl. 2.). Nach weiteren sechs Monaten wird die Diagnostik mit Eltern und Kindern zum letzten Mal im Rahmen der Follow-up-Untersuchung wiederholt (vgl. 3.1.3).

#### 4.1.4 Stichprobe

##### *Auswahl und Gruppenaufteilung*

Beide Stichproben zusammen genommen, melden sich insgesamt 52 interessierte Familien. Hiervon springen acht Familien vor der Diagnostik aufgrund mangelnden Interesses oder unpassenden Alters des Kindes wieder ab. Nach der Eingangsuntersuchung werden drei Kinder wegen auffälliger Schulverweigerung oder mangelnder Gruppenfähigkeit durch eine ausgeprägte Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung von der Teilnahme ausgeschlossen. Ihnen werden alternative Möglichkeiten zur Behandlung empfohlen.

Wie in der Pilotstudie erfolgt die Aufnahme in das Projekt, wenn die soziale Angst gemäß der Eingangsdiagnostik die primäre Auffälligkeit darstellt und ein behandlungsbedürftiges Ausmaß erreicht. Dies wird, wie im Abschnitt 3.1.4 bereits genauer beschrieben, mit Hilfe des Eltern- und Kindurteils im störungsspezifischen Teil des Kinder-DIPS operationalisiert. Aufgrund der Erfahrung der geringen Konkordanz zwischen Eltern- und Kindurteil wird in der Hauptstudie zusätzlich das klinische Urteil für die Frage der Eignung für das Programm in Form des beschriebenen fünfstufigen Ratings herangezogen. Die Teilnahme wird als relevant eingeschätzt, wenn die Kinder zusätzlich auf dieser Skala eine mindestens „mäßige Ausprägung“ der sozialen Angst erreichen. Acht Familien werden von der Teilnahme abgeraten, nachdem die Angst gemäß dem klinischen Urteil nur eine geringe Ausprägung anzeigt. Weitere sieben Familien verlieren nach der Diagnostik das Interesse am Projekt, wobei z.B. zu große räumliche Entfernung zwischen Zuhause und Ambulanz oder zuviel Freizeitaktivitäten als Hinderungsgründe gegen eine regelmäßige Teilnahme angegeben werden.

Die Stichprobe reduziert sich damit insgesamt um 50%, so dass schließlich 26 interessierte Kinder und Jugendliche verbleiben, die die Eingangskriterien erfüllen. Nach der kognitiven Vorbereitung entscheiden sich ein Kind und ein Jugendlicher gegen die Teilnahme. Die Stichprobe besteht damit letztendlich aus 24 Kindern und Jugendlichen, die in fünf Kleingruppen (siehe unten) eingeteilt werden.

##### *Stichprobenbeschreibung*

Die folgende Beschreibung bezieht sich auf den Status der Teilnehmer zu Beginn der Gruppendurchführung. Tabelle 21 sind demographische Angaben für die Gesamtgruppe zu entnehmen. Im Durchschnitt sind die teilnehmenden Kinder und Jugendlichen 11.29 Jahre ( $SD = 2.12$ ) alt, wobei die Spanne von 8 bis 15 Jahren reicht. Anhand des Alters werden die Kleingruppen zusammen gestellt: Es entsteht eine Gruppe mit 8- und 9-jährigen, zwei Gruppen mit 9- bis 11-

jährigen, eine Gruppe mit 11- bis 12-jährigen, eine Gruppe mit 12- bis 14-jährigen und schließlich eine Gruppe mit 13- bis 15-jährigen Kindern bzw. Jugendlichen. Etwa 60% der Stichprobe besteht aus Jungen, was zu zwei reinen Jungengruppen führt.

Hinsichtlich des Bildungsstands der Eltern ist Folgendes festzuhalten: 36% besitzen Hauptschul- und 29% Realschulabschluss, 20% machten das Fach- bzw. Abitur und 15% besitzen einen Fach- bzw. Hochschulabschluss. 42% der Eltern arbeiten im Angestelltenverhältnis, 27% sind Hausfrauen, 15% Arbeiter, 8% Beamte, 6% selbständig und 2% berentet. Keiner gibt Arbeitslosigkeit an. Die überwiegende Zahl der Eltern ist verheiratet und hat neben dem teilnehmenden Kind noch mindestens ein weiteres Kind.

Tabelle 21: Demographische Variablen der Stichprobe

		<b>Gesamt (n = 24)</b>
<b>Geschlecht</b>	<i>männlich</i>	15 (63%)
	<i>weiblich</i>	9 (37%)
<b>Alter</b>	<i>M (SD)</i>	11.29 (2.12)
<b>Schulform</b>	<i>Grundschule</i>	9 (38%)
	<i>Hauptschule</i>	5 (21%)
	<i>Realschule</i>	2 (8%)
	<i>Gymnasium</i>	4 (17%)
	<i>Gesamtschule</i>	2 (8%)
	<i>Sonderschule</i>	1 (4%)
	<i>Waldorfschule</i>	1 (4%)
<b>Anzahl Geschwister</b>	<i>keine</i>	3 (13%)
	<i>ein / zwei</i>	13 (54%)
	<i>mehr als zwei</i>	8 (33%)
<b>Familienstatus</b>	<i>verheiratet</i>	22 (92%)
	<i>geschieden</i>	2 (8%)
	<i>getrennt</i>	0

Die Ergebnisse des CASCAP-D zu den 13 Bereichen psychopathologischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter geben Auskunft über weitere klinische Merkmale neben der sozialen Angst der Stichprobe. Alle Eltern empfinden mindestens ein Merkmal aus dem Bereich „Interaktion“ für ihr Kind zutreffend, wobei sie erwartungsgemäß v.a. Items zu Scheu bzw. Unsicherheit, Überangepasstheit und Isoliertheit bestätigen. Ein paar Kinder werden von den Eltern aber auch als demonstrativ und enthemmt in der Interaktion mit bestimmten Personen wahrgenommen, während die Kategorien „mutistisch, verminderte Empathie oder Mangel an sozialer Gegenseitigkeit“ als nicht zutreffend angesehen werden (vgl. Abbildung 10).

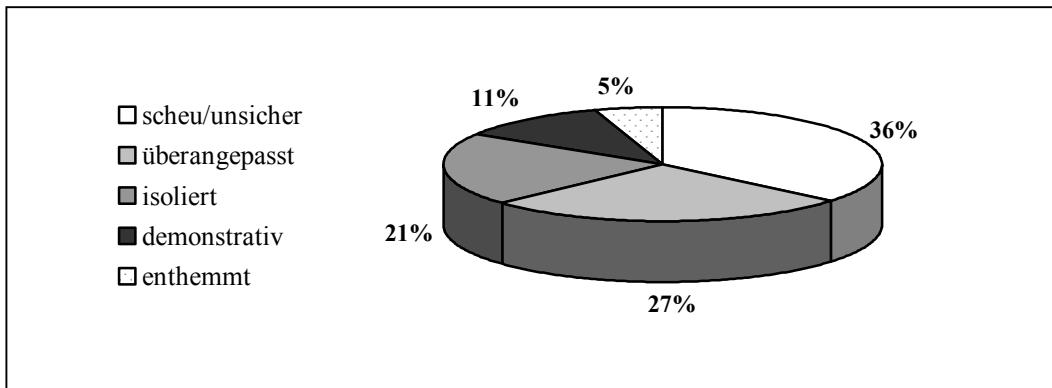


Abbildung 10: Auffälligkeiten in der Interaktion der Stichprobe gemäß dem CASCAP-D

Tabelle 22 führt weitere Auffälligkeiten in den Merkmalsbereichen des CASCAP-D auf. So nehmen alle Eltern mindestens eine Auffälligkeit im Angstbereich bei ihren Kindern wahr, wobei außer der sozialen Angst besonders das Vorkommen von Leistungsangst bestätigt wird. Aber es werden auch Symptome von Trennungsangst, Phobien oder generalisierter Angst angegeben. Darüber hinaus bemerken die Eltern Auffälligkeiten in den Bereichen Stimmung bzw. Affekt (bei 58% der Kinder), Aktivität und Aufmerksamkeit (50%) und körperliche Auffälligkeiten (33%). Einzelne Kinder werden von ihren Eltern außerdem als oppositionell-dissozial, entwicklungsverzögert oder mit psychomotorischen Auffälligkeiten beschrieben.

Tabelle 22: Stichprobenbeschreibung gemäß dem CASCAP-D

Merkmalsbereich	Gesamt	Anmerkung <sup>1)</sup>
1) Interaktion	24 (100%)	(siehe Abb. 10)
2) Oppositionell-dissozial	4 (17%)	dominant, oppositionell-verweigernd
3) Entwicklungsstörung	4 (17%)	motorisch, Sprache, schulische Fertigkeiten
4) Aktivität / Aufmerksamkeit	12 (50%)	ablenkbar, hyperaktiv, impulsiv
5) Psychomotorik	7 (29%)	motorische Tics, abnorme Gewohnheiten
6) Angst	24 (100%)	(siehe Text)
7) Zwang	1 (4%)	Waschzwang
8) Stimmung / Affekt	14 (58%)	geringes Selbstvertrauen, depressiv, reizbar
9) Essverhalten	1 (4%)	
10) Körperliche Beschwerden	8 (33%)	Schlafprobleme
11) Denken / Wahrnehmung	2 (8%)	verlangsamt
12) Gedächtnis / Orientierung	2 (8%)	Orientierungsprobleme
13) Andere	0	

<sup>1)</sup> In dieser Spalte werden häufig genannte Einzelsymptome von mindestens deutlicher Ausprägung aufgeführt.

Das Kinder-DIPS wird bei der Eingangsuntersuchung auch zur Diagnosestellung eventueller komorbider Störungen nach DSM-IV durchgeführt. Wie aus Tabelle 23 hervorgeht, zeigt die

Mehrzahl der Teilnehmer keine komorbide psychische Störung. Einzelne Kinder leiden allerdings unter einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung, unter einer Trennungsangst oder einer generalisierten Angststörung. Das Eingangskriterium, nämlich mindestens vier relevante Kriterien einer sozialen Angststörung, erfüllen laut Elternurteil alle Kinder und laut Kindurteil fast 75% der Kinder. Fünf Kinder und Jugendliche weisen gemäß dem Eltern- und Kindurteil zum Zeitpunkt „Prä2“ bereits eine voll ausgeprägte soziale Angststörung auf.

Tabelle 23: Stichprobenbeschreibung gemäß dem Kinder-DIPS

<b>Komorbide Diagnosen</b>	<i>keine</i>	20 (84%)
	<i>ADHS<sup>2)</sup></i>	2 (8%)
	<i>Trennungsangst</i>	1 (4%)
	<i>Generalisierte Angst</i>	1 (4%)
<b>Soziale Angst<sup>1)</sup></b>	<i>Eltern</i>	24 (100%)
	<i>Kind</i>	17 (71%)

<sup>1)</sup> Anteil der Stichprobe, der laut Eltern- bzw. Kindurteil das Eingangskriterium (mind. 4 relevante Kriterien einer sozialen Angststörung) erfüllt

<sup>2)</sup> Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung

Abbildung 11 gibt zudem die Ergebnisse des ILK im Vergleich zu Angaben in der Allgemeinbevölkerung („Schüler“) und zu Angaben von ambulanten und stationären Patienten wieder.

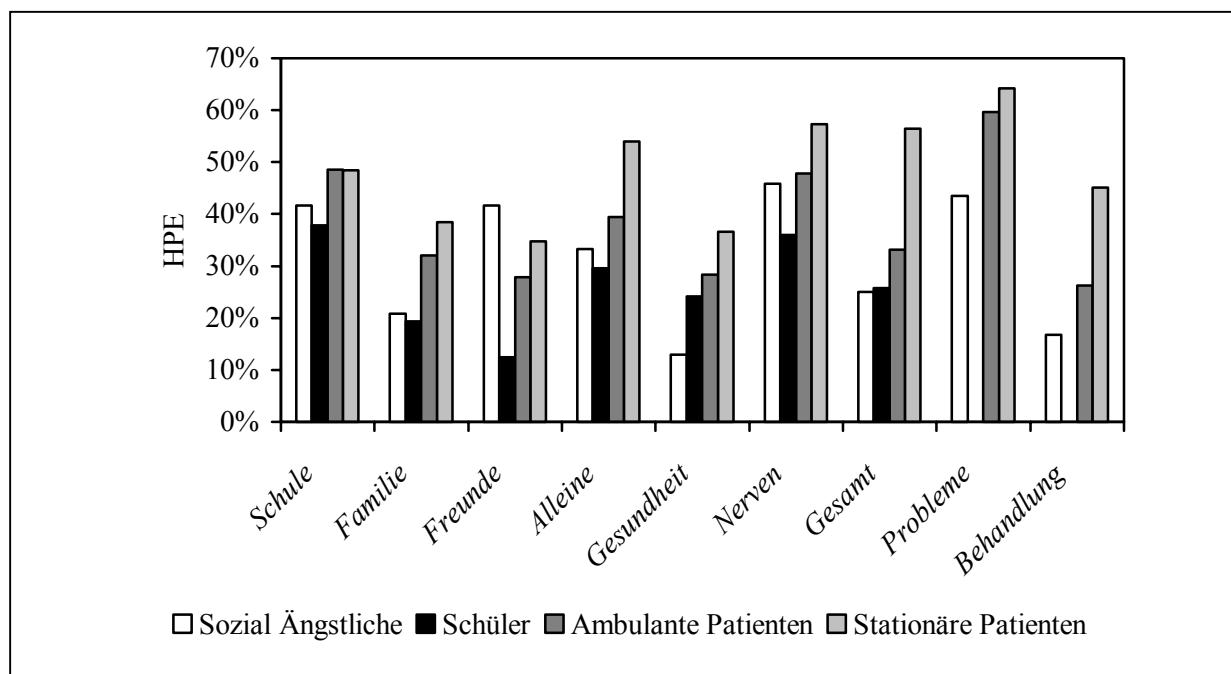


Abbildung 11: Häufigkeiten problematischer Einschätzungen (HPE) der Stichprobe gegenüber Vergleichsgruppen gemäß dem ILK

Die sozial ängstlichen Kinder dieser Studie erleben demnach ihre allgemeine Lebenssituation ähnlich wie die repräsentative Vergleichsstichprobe von Schülern und besser als Kinder in ambulanter oder stationärer Behandlung. Dies gilt ebenso für die Bereiche Schule, Familie, Interessen/Freizeitgestaltung („Alleine“ in Abb. 11) und körperliche Gesundheit. Hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit („Nerven“ in Abb. 11) geben ca. 46% der Kinder die Beurteilung „teils/teils“, „eher schlecht“ oder „sehr schlecht“, was in etwa den Angaben der ambulanten Vergleichsstichprobe entspricht und schlechter als in der Allgemeinbevölkerung ausfällt. Vor allem sticht außerdem der Bereich der sozialen Kontakte hervor, den etwa 42% der Kinder als problematisch erleben. Damit wird dieser Bereich von den Kindern sowohl schlechter beurteilt als von Kindern in der Allgemeinbevölkerung, als auch von Kindern in ambulanter oder sogar stationärer Behandlung. Die aktuellen Probleme und die diagnostischen bzw. therapeutischen Maßnahmen in der Ambulanz belasten die Kinder dagegen weniger als ambulante oder stationäre Patienten im Durchschnitt angeben.

#### *Rücklaufquote*

Alle 24 Kinder und Jugendliche nehmen bis zum Ende des Programms teil und erscheinen mit ihren Eltern zur Abschlussuntersuchung. Auch zur Nachuntersuchung zum Follow-up-Zeitpunkt werden die Fragebögen von allen Eltern und Kindern zurückgesandt. Telefonisch kann lediglich eine Mutter nicht mehr erreicht werden, so dass für diesen Zeitpunkt die Daten von nur 23 Teilnehmern für das Eltern-DIPS zur Verfügung stehen.

#### 4.1.5 Hypothesen

##### *Herleitung*

In der Pilotstudie ist die erste Fassung des Gruppenprogramms hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft worden. Erwartungskonform bestätigen die Ergebnisse die postulierte Reduktion der Angst und des Leidensdrucks der Kinder, die auch im langfristigen Verlauf aufrechterhalten wird bzw. sich noch weiter verbessert. Der Kontrollgruppenvergleich lässt diese Erfolge zumindest für die meisten Evaluationskriterien auf die Wirkung der Intervention zurückführen. Die Teilnehmer drücken zudem ihre Zufriedenheit mit dem Programm aus. Es wird erwartet, dass sich die in dieser ersten Evaluation erfüllten Erwartungen im Rahmen der Hauptstudie erneut bestätigen lassen.

Andere Befunde der Pilotstudie sind verbesserungswürdig und führen zu Veränderungen in der Gestaltung der Hauptstudie. Diese werden hier noch einmal kurz zusammengefasst, um daraus anschließend die Haupthypothesen herzuleiten. In der Pilotstudie fällt das Kindurteil über die Wirkung der Intervention im Interview skeptisch aus und auch im Fragebogen bleiben bedeutsame Effekte auf die Werte der kognitiven Skala begrenzt. Als Gründe werden inhaltliche Schwächen in den verhaltensorientierten Komponenten des Programms, ein Bodeneffekt der Daten bzw. eine veränderte Symptomwahrnehmung oder Offenbarungstendenz der Kinder bei der diagnostischen Nachuntersuchung in Betracht gezogen. Auf die ersten beiden möglichen Ursachen wird in der Hauptstudie mit einer Ausweitung des Expositionsteils und Bemühungen für einen verbesserten Transfer der Programminhalte auf den Alltag der Kinder sowie mit dem Einbeziehen des klinischen Urteils bei der Stichprobenselektion reagiert.

Zum Zeitpunkt unmittelbar nach der Intervention werden im Eltern- und Kindurteil restliche Beeinträchtigungen durch die soziale Angst in den Bereichen Schule und Freizeit angegeben. Durch die inhaltlichen Veränderungen des Programms wird eine langfristige Reduktion dieser Einschränkungen in den Ergebnissen der Hauptstudie erwartet. Dies wird mit Hilfe einer zweiten Befragung für die verschiedenen Funktionsbereiche bei der Follow-up-Erhebung überprüft. Es wird angenommen, dass sich diese diagnostischen und inhaltlichen Neuerungen in Verbindung mit den genannten versuchsplanerischen Änderungen in weiter verbesserten Befunden bei der Überprüfung der Wirksamkeit des Programms im Rahmen der Hauptstudie niederschlagen.

In der Pilotstudie ist ferner die Möglichkeit diskutiert worden, dass komorbide Auffälligkeiten die Wirkung des Programms schmälern könnten. Die Literatur liefert für diese Frage uneinheitliche Befunde, so dass diesem Umstand in der Hauptstudie nachgegangen wird. Dabei

interessiert neben einem eventuellen Einfluss auf die Wirksamkeit beim Vorliegen komorbider Probleme auch die umgekehrte Frage, ob nämlich durch die Teilnahme an dem Programm eine Veränderung in der komorbid Symptomatik bewirkt wird. Hierfür werden die CBCL-Skala „Externalisierende Auffälligkeiten“, der Gesamtwert der CBCL sowie der Depressionsfragebogen DIKJ mit einbezogen.

Wie auch in der Pilotstudie unterscheiden sich die teilnehmenden Kinder in der Ausprägung ihrer sozialen Angst. Die Spanne reicht von Werten an der Untergrenze der Eingangskriterien im Sinne subklinischer behandlungsbedürftiger Angst bis zu einzelnen Fällen mit einer voll ausgeprägten sozialen Angststörung. In der Therapieforschung wird der Einfluss des Schweregrads der sozialen Angstproblematik auf den Therapieerfolg häufig diskutiert (z.B. Saffren, Heimberg & Juster, 1997). Southam-Gerow, Kendall und Weersing (2001) finden keinen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Angstsymptomatik und dem Therapieerfolg im Selbstbericht von Kindern und Jugendlichen, wohl aber im Urteil ihrer Mütter und Lehrer. Nauta (2005) bestätigt den negativen Einfluss einer schwer ausgeprägten Angstproblematik auf den Therapieerfolg im Kind- und Elternurteil. In dieser Studie verringert ein höherer Schweregrad u.a. die Aufrechterhaltung der Ergebnisse. Im Rahmen der vorliegenden Hauptstudie wird der Einfluss der Schwere der Symptomatik mitberücksichtigt.

Zuletzt soll der Einfluss des Alters der Kinder analysiert werden. Es wäre nach den entwicklungspsychologischen Erörterungen im Abschnitt 1.1.5 denkbar, dass entscheidende Verbesserungen erst ab einem gewissen kognitiven Entwicklungs niveau, welches eine ausreichend ausgeprägte Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und zur Problemeinsicht ermöglicht (vgl. Schuch, 1998), eintreten. Befunde der Therapieforschung zeigen denn auch, dass ältere Kinder und Jugendliche aufgrund ihres höheren kognitiven Niveaus insbesondere besser auf kognitive Interventionen ansprechen (Durlak, Fuhrman & Lampman, 1991; Weisz & Weersing, 1998). Beidel, Turner und Morris (2000) finden dagegen keinen Zusammenhang zwischen dem Alter der behandelten Kinder im Alter zwischen acht und zwölf Jahren und dem Erfolg ihrer Intervention. In der bereits erwähnten Studie zu Outcome-Prädiktoren von Southam-Gerow und Kollegen (2001) wird dagegen bei einer Stichprobe im Alter zwischen 7 und 15 Jahren deutlich, dass ältere ängstliche Kinder weniger von kognitiv-behavioraler Intervention profitieren. Dem Altersaspekt wird angesichts dieser Unklarheiten in der Hauptstudie ebenfalls nachgegangen.

Anhand dieser Überlegungen und unter Berücksichtigung der Literatur werden die folgenden Hypothesen aufgestellt, wobei sich die Haupthypothesen auf die generelle Evaluation des Programms und die Nebenhypothesen auf Aspekte der differentiellen Indikation beziehen.

### *Haupthypothesen*

Es wird postuliert, dass...

- (1) ...sich die sozialen Angstsymptome und der daraus entstandene Leidensdruck bei den teilnehmenden Kindern verringert.
- (2) ...diese Veränderungen sowohl von den Kindern als auch von den Eltern wahrgenommen werden und sich auch im klinischen Urteil abbilden.
- (3) ...sich die soziale Kompetenz bzw. Performanz der Teilnehmer verbessert.
- (4) ...dass die Veränderungen auf die Intervention zurückzuführen sind.
- (5) ...diese Veränderungen stabil sind.

Diese Hypothesen werden wie folgt operationalisiert:

- (1) Die Werte in den folgenden Evaluationskriterien reduzieren sich signifikant und bedeutsam zwischen den beiden Messzeitpunkten vor Beginn (Prä2) und nach Beendigung des Programms (Post, vgl. 4.1.1):
  - Anteil derer, die das Eingangskriterium erfüllen, sowie Anzahl der für eine soziale Angststörung zutreffenden Kriterien gemäß dem Kinder-DIPS
  - Anzahl der vermiedenen oder nur unter großer Angst ertragenen Situationen gemäß dem Kinder-DIPS
  - Ausmaß der Beeinträchtigung durch die sozialen Angstsymptome gemäß dem Kinder-DIPS
  - Werte in den Skalen „Sozialer Rückzug“, „Angst/Depression“ und „Internalisierende Auffälligkeiten“ gemäß der CBCL
  - Werte in der kognitiven Skala „FNE“ sowie der verhaltensbezogenen Skala „SAD“ gemäß der SASC-R-D
  - Schweregrad der sozialen Angst gemäß dem klinischen Rating.
- (2) Wie unter (1) aufgeführt, zeigen sich die Veränderungen sowohl im Elternurteil gemäß dem Kinder-DIPS und der CBCL als auch im Kindurteil gemäß dem Kinder-DIPS und der SASC-R-D sowie im klinischen Urteil über den Schweregrad der sozialen Angst.
- (3) Der Gesamtwert der RSK verringert sich ebenfalls signifikant und bedeutsam zwischen den Messzeitpunkten „Prä2“ und „Post“ sowohl in der Vorstellungs- als auch in der Durchsetzungsaufgabe im Rollenspiel.
- (4) Alle Veränderungen zeigen sich im Interventionszeitraum stärker als im Wartezeitraum. Daher wird erwartet, dass der Vergleich der Zeitpunkte „Prä1“ und „Prä2“ zu keinen signifikanten und bedeutsamen Unterschieden führt, wohingegen der Vergleich der Werte

der Zeitpunkte „Prä2“ und „Post“ signifikante und bedeutsame Unterschiede in den Evaluationskriterien ergibt. Sodann wird postuliert, dass sich die Differenzen der Werte zwischen den Zeitpunkten „Prä1“ und „Prä2“ sowie zwischen den Zeitpunkten „Prä2“ und „Post“ signifikant voneinander unterscheiden.

(5) Die Reduktion der Werte bleibt auch zum Messzeitpunkt des „Follow-up“ nach sechs Monaten gemäß folgender Evaluationskriterien erhalten:

- Werte in den Variablen des Kinder-DIPS im Elternurteil (siehe (1))
- Werte in den Skalen der CBCL
- Werte in den Skalen der SASC-R-D.

#### *Nebenhypothesen*

Neben den genannten Haupthypothesen zur Frage der Wirksamkeit des Programms werden diese weiteren Fragestellungen untersucht:

- (1) Es wird überprüft, ob ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen komorbider Auffälligkeiten und der Wirksamkeit des Programms besteht. Dabei wird einerseits analysiert, ob komorbide Auffälligkeiten die Wirkung des Programms beeinflussen. Andererseits wird geprüft, ob sich das Programm positiv auf andere Aspekte neben der sozialen Angst auswirkt.
- (2) Außerdem soll die Hypothese überprüft werden, nach der sich die Schwere der Problematik negativ auf die Wirksamkeit der Intervention auswirkt.
- (3) Aufgrund des unklaren Forschungsstands wird der Einfluss des Alters als ungerichtete Hypothese untersucht.

Diese Fragestellungen werden folgendermaßen operationalisiert:

- (1) Wie im Abschnitt 4.1.4 dargestellt, befinden sich in der Stichprobe nur wenige Kinder mit komorbider Diagnose, so dass die erste Nebenhypothese nur vorläufig untersucht werden kann. Hierfür wird die Wirksamkeit des Programms nach Ausschluss der Werte der Kinder mit komorbider Diagnose erneut analysiert. Hinsichtlich der Generalisierung von Effekten der Intervention auf komorbide Auffälligkeiten wird geprüft, ob sich die Werte auf der Skala „Externalisierende Auffälligkeiten“, die Gesamtwerte der CBCL und auch die Werte im DIKJ durch die Programmteilnahme reduzieren.
- (2) Zur Überprüfung des Einflusses der Schwere der Symptomatik werden diejenigen Kinder identifiziert, die zum Zeitpunkt „Prä2“ sowohl im Eltern- als auch Kindurteil eine voll ausgeprägte soziale Angststörung vorweisen. Da dies bei einem indizierten Präventions-

---

programm eher die Ausnahme darstellt, wird auf das gleiche Verfahren wie oben zurückgegriffen, indem die Wirksamkeit des Programms nach Ausschluss dieser Daten erneut überprüft wird. Es wird postuliert, dass die Evaluationsergebnisse ohne die Daten der genannten Kinder günstiger ausfallen.

- (3) Für die Untersuchung des Einflusses des Alters auf den Interventionserfolg wird die Stichprobe zunächst in drei Altersklassen eingeteilt und die Wirkung dieses Faktors auf die abhängigen Variablen untersucht. Dabei bilden 8- bis 10-Jährige, 11- bis 12-Jährige und 13- bis 15-Jährige jeweils eine Gruppe.

Die Datenanalyse erfolgt mit den statistischen Verfahren, die im Abschnitt 3.6.1 bereits dargelegt worden sind.

## 4.2 ERGEBNISSE

### 4.2.1 Überprüfung der Voraussetzungen

Die Interrater-Übereinstimmung für die Beurteilung der diagnostischen Kriterien der sozialen Angststörung im klinischen Interview ist mit 96% für das Elternurteil und 98% für das Kindurteil ausreichend hoch.

Außerdem wird an dieser Stelle die Gültigkeit der im Abschnitt 3.6.1 geforderten Voraussetzungen für die statistische Auswertung im Rahmen der Hauptstudie überprüft. Der Kolmogorov-Smirnov-Test belegt mit nicht signifikanten Ergebnissen für beinahe alle Variablen, dass die Voraussetzung der Normalverteilung erfüllt ist. Eine Ausnahme stellt die Variable „Anzahl der Kriterien“ im Elternurteil im Kinder-DIPS zu den Zeitpunkten „Prä1“ und „Prä2“ sowie dieselbe Variable im Kindurteil zu den Zeitpunkten „Prä1“ und „Post“ dar. Laut Bortz (2004) sind Abweichungen von der Normalverteilung dann zu vernachlässigen, wenn es sich um schiefe Populationsverteilungen handelt. Für die genannten Variablen werden daher Kennwerte für die Schiefe der Verteilungen ermittelt, die mit Werten zwischen 0.51 und –1.23 auf links- bzw. rechtssteile, also asymmetrische Verteilungen, hinweisen. Daher wird die Verletzung der Normalverteilungsannahme für diese Variable vernachlässigt. Dasselbe gilt für die Werte auf dem Angstthermometer beim Rollenspiel mit der Durchsetzungsaufgabe zum Zeitpunkt „Post“. Auch hier weist der Kennwert für die Schiefe auf eine linkssteile Verteilung hin. Die kognitiven Selbsteinschätzungen vor den beiden Rollenspielen erfüllen die Voraussetzung der Normalverteilung dagegen zu nahezu keinem Zeitpunkt, so dass bei deren Analyse auf eine nonparametrische Auswertung mit Hilfe des Wilcoxon-Tests zurückgegriffen wird.

Bei der Auswertung der Nebenhypothese über den Einfluss des Alters auf die Wirksamkeit weisen die nicht signifikanten Ergebnisse des Box- und Levene-Tests darauf hin, dass die Homogenität der Kovarianz- und Varianzmatrizen für die Faktorstufen gegeben ist.

Einzig für den Gesamtwert des DIKJ wird der Maudsley-Test signifikant, daher werden die Freiheitsgrade bei dieser statistischen Analyse nach Greenhouse-Geisser korrigiert.

#### 4.2.2 Evaluationsergebnisse im Elternurteil

##### *Veränderungen im Interventionszeitraum und im langfristigen Verlauf*

Als Erstes werden die Ergebnisse des Kinder-DIPS in der Durchführung mit den Eltern wiedergegeben. Abbildung 12 illustriert zunächst den Verlauf des Eingangskriteriums von mindestens vier relevanten Kriterien einer sozialen Angststörung über die Zeitpunkte unmittelbar vor der Intervention, nach der Intervention und zum Zeitpunkt der Follow-up-Untersuchung. Darin wird die deutliche Reduktion des Anteils der Kinder, die vor der Intervention das Eingangskriterium erfüllen, zum Anteil nach der Intervention deutlich. Diese Veränderung wird nach dem McNemar-Test signifikant ( $p < .001$ ) und bleibt auch zum Zeitpunkt der Follow-up-Untersuchung noch erhalten (McNemar Prä/Follow-up:  $p < .001$ ).

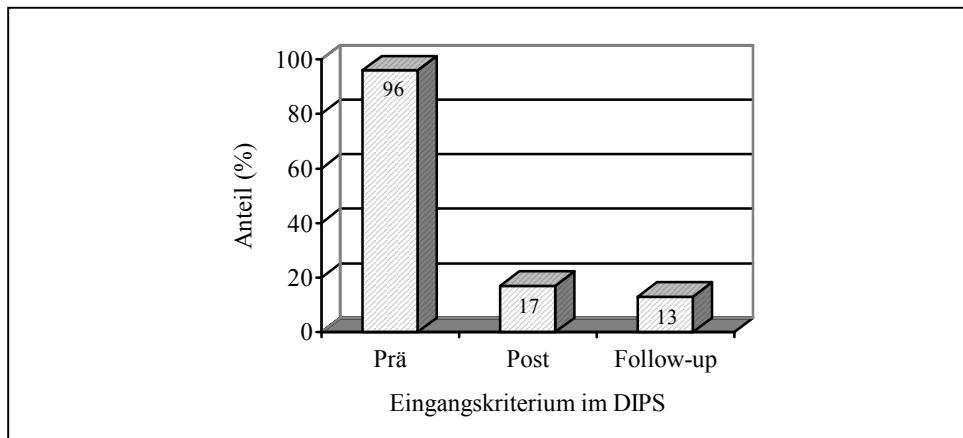


Abbildung 12: Zeitverlauf des Eingangskriteriums gemäß dem Elternurteil im DIPS

Die Werte der Variablen „Anzahl der Kriterien für eine soziale Angststörung“, „Anzahl der Situationen, die schwere Angst oder häufige Vermeidung auslösen“ und „Ausmaß der Beeinträchtigung durch die soziale Angst“ sind der folgenden Tabelle 24 zu entnehmen, die auch die Daten der CBCL enthält. Deskriptiv reduzieren sich die Werte in den drei genannten Variablen des DIPS sowohl zwischen den Zeitpunkten unmittelbar vor und nach der Intervention (Post) als auch zwischen den Zeitpunkten „Post“ und „Follow-up“. Dies zeigt sich in einem signifikanten Haupteffekt „Zeit“ in der multivariaten Varianzanalyse mit den drei Variablen über die drei genannten Zeitpunkte ( $F(6,84)=16.11, p < .001$ ).

Tabelle 24: Elternurteil im Zeitverlauf (Mittelwert und Standardabweichung)

	Prä1	Prä2	Post	Follow-up
<b>DIPS<sup>1)</sup>:</b>				
Kriterien:	4.75 (0.44)	4.58 (0.58)	2.00 (1.45)	1.30 (1.69)
Situationen:	6.04 (2.12)	5.54 (2.92)	2.46 (2.54)	1.70 (2.12)
Beeinträchtigung:	2.92 (0.73)	2.77 (0.86)	1.63 (0.74)	1.37 (0.97)
<b>CBCL<sup>2)</sup>:</b>				
Angst/Depression:	70.38 (8.40)	72.29 (10.36)	63.96 (8.48)	63.79 (9.32)
Rückzug:	68.08 (8.78)	67.08 (12.25)	61.29 (6.61)	61.25 (10.36)
Internal:	70.83 (8.21)	71.08 (10.85)	63.21 (10.19)	62.87 (12.03)
External:	52.71 (12.69)	54.13 (10.13)	52.92 (10.88)	49.54 (11.08)
Gesamt:	66.71 (8.74)	66.67 (11.27)	60.42 (10.67)	58.21 (11.66)

<sup>1)</sup> DIPS: „Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter“ mit den Variablen „Anzahl der Kriterien, Anzahl der Situationen, Ausmaß der Beeinträchtigung“

<sup>2)</sup> CBCL: „Child Behavior Checklist“ mit den Skalen „Angst/Depression, Sozialer Rückzug, Internalisierende Auffälligkeiten, Externalisierende Auffälligkeiten, Gesamtwert“ (T-Werte)

Nachgeschaltete univariante Varianzanalysen erbringen für alle drei Variablen jeweils einen signifikanten Haupteffekt „Zeit“. Bonferroni t-Tests zur Klärung des Haupteffekts zeigen schließlich signifikante Unterschiede zwischen den Zeitpunkten „Prä/Post“ und „Prä/Follow-up“ für alle drei Variablen an (vgl. Tabelle 25). Über die Bedeutsamkeit dieser Ergebnisse geben Effektstärken Auskunft, die ebenfalls der Tabelle zu entnehmen sind. Demnach handelt es sich bereits direkt nach der Intervention um bedeutsame Verbesserungen, die sich zum Zeitpunkt „Follow-up“ noch weiter steigern.

Tabelle 25: ANOVAs und Effektstärken des DIPS und der CBCL zu den Zeitpunkten Prä, Post und Follow-up

	Signifikanztests (Haupteffekt Zeit)	Effektstärken	
		Prä/Post	Prä/Follow-up
<b>DIPS:</b>			
Kriterien:	F 66.89 df 2, 44 p <.001**	1.74	2.04
Situationen:	F 22.43 df 2, 44 p <.001**	1.00	1.18
Beeinträchtigung:	F 31.04 df 2, 44 p <.001**	1.31	1.85
<b>CBCL:</b>			
Angst/Depression:	F 15.04 df 2, 46 p <.001**	1.23	0.82
Rückzug:	F 7.70 df 2, 46 p <.01*	0.64	0.64
Internal:	F 13.29 df 2, 46 p <.001**	1.09	0.78
External:	F 5.53 df 2, 46 p <.01**	0.18	0.64
Gesamt:	F 22.30 df 2, 46 p <.001**	1.11	1.13

## Signifikante Post-Hoc-Tests (Bonferroni t-Tests):

DIPS: Kriterien: prä > post ( $p < .001$ ), prä > follow-up ( $p < .001$ ); Situationen: prä > post ( $p < .001$ ), prä > follow-up ( $p < .001$ ), Beeinträchtigung, prä > post ( $p < .001$ ), prä > follow-up ( $p < .001$ ).

CBCL: Angst: prä > post ( $p < .001$ ), prä > follow-up ( $p < .01$ ); Rückzug: prä > post ( $p < .05$ ), prä > follow-up ( $p < .05$ ); internal: prä > post ( $p < .001$ ), prä > follow-up ( $p < .01$ ); external: prä > follow-up ( $p < .05$ ); Gesamt: prä > post ( $p < .001$ ), prä > follow-up ( $p < .001$ ).

Die deskriptiven Werte der CBCL spiegeln ähnliche Verbesserungen wie das Elternurteil im Kinder-DIPS wider (vgl. Tabelle 24): Die stärkste Veränderung tritt zwischen den Zeitpunkten vor und nach der Intervention ein, wobei sich diese sowohl für die Variablen „Angst/Depression“, „Sozialer Rückzug“ und „Internalisierende Auffälligkeiten“ als auch für die Variable „Externalisierende Auffälligkeiten“ und den Gesamtwert zeigt. Zwischen den Zeitpunkten „Post“ und „Follow-up“ treten weitere, wenn auch geringfügigere, Verbesserungen

auf. In Abbildung 13 kann dies mit dem dargestellten Verlauf der Werte der CBCL über die Zeitpunkte „Prä1/Prä2/Post/Follow-up“ nachvollzogen werden.

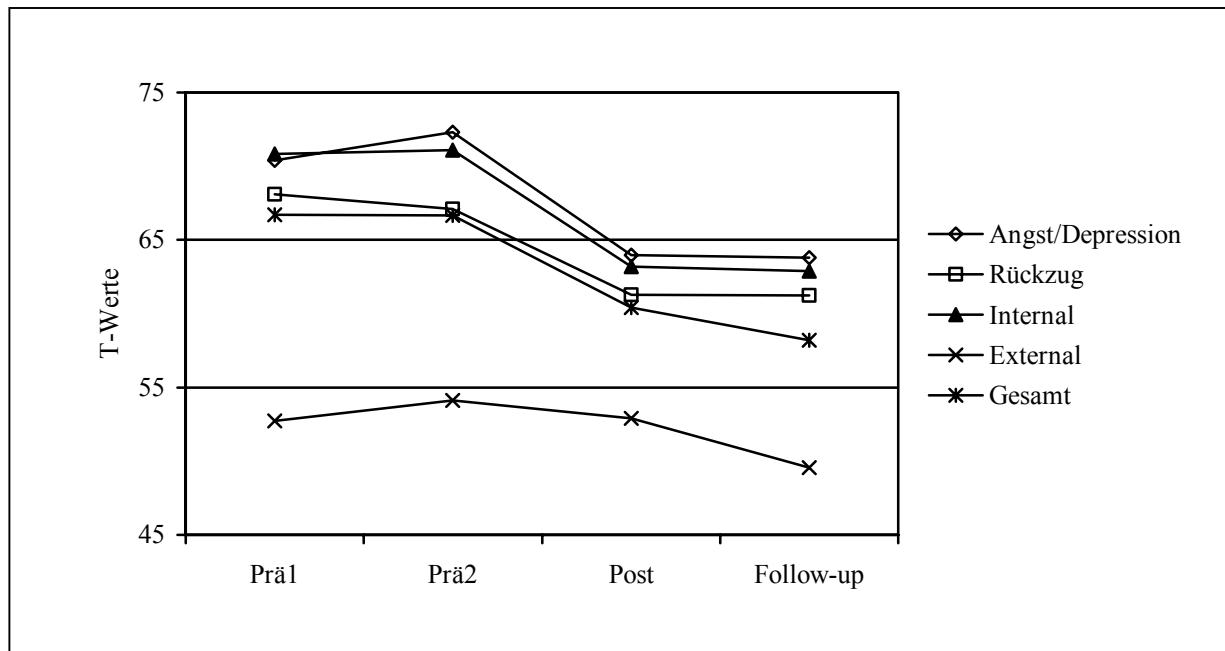


Abbildung 13: Zeitverlauf der Werte der CBCL

Die Signifikanzprüfung in Form einer multivariaten Varianzanalyse mit den fünf Skalen über die drei Zeitpunkte „Prä2/Post/ Follow-up“ ergibt einen signifikanten Haupteffekt „Zeit“ ( $F(10,84)=4.92, p<.001$ ). Wie Tabelle 25 zu entnehmen ist, wird in weiteren ANOVAs der Haupteffekt „Zeit“ für jede einzelne Skala signifikant. Post-Hoc-Tests ergeben, dass sich die Werte zwischen den Zeitpunkten vor und nach der Teilnahme am Programm signifikant mit Ausnahme der Skala „Externalisierende Auffälligkeiten“ verändern. Zudem verbessern sich die Werte aller fünf Skalen zwischen den Zeitpunkten „Prä“ und „Follow-up“ signifikant. Dies bedeutet, dass die Verbesserung über mindestens ein halbes Jahr aufrechterhalten wird bzw. sich im Fall der externalisierenden Auffälligkeiten im langfristigen Verlauf zeigt. Die Effektstärkenberechnung resultiert in bedeutsamen Effekten auf den Skalen „Angst/Depression“, „Internalisierende Auffälligkeiten“ und im Gesamtwert der CBCL beim Vergleich der Werte vor und nach der Intervention. Während die Skala „Sozialer Rückzug“ für diesen Zeitraum einen Effekt in mittlerer Höhe zeigt, erreicht der Unterschied auf der Skala „Externalisierende Auffälligkeiten“ keine bedeutsame Ausprägung. Im langfristigen Verlauf weisen die Werte auf der zuletzt genannten Skala allerdings ebenfalls einen mittelmäßigen Effekt auf. Die entsprechenden Effektstärken der anderen Skalen erreichen im langfristigen Zeitraum vergleichbare Ausprä-

gungen wie in Zeitraum „Prä/Post“ mit Ausnahme der Skala „Internalisierende Auffälligkeiten“, deren Effekt sich langfristig leicht verringert.

Abschließend soll in diesem Abschnitt auf die Frage der klinischen Relevanz der Verbesserung der CBCL-Werte eingegangen werden. Die Mittelwerte der Kinder liegen auf den beiden Primärskalen „Angst/Depression“ und „Sozialer Rückzug“ vor der Intervention im auffälligen Bereich bzw. im Grenzbereich zwischen un- und auffälligen Werten. Sie reduzieren sich nach der Intervention und auch bei der Follow-up-Untersuchung auf unauffällige Werte. Auf der Sekundärskala „Internalisierende Auffälligkeiten“ liegt der Mittelwert der Kinder vor der Intervention ebenfalls im auffälligen Bereich. Nach der Intervention hat er sich um etwas weniger als eine Standardabweichung reduziert, befindet sich aber noch im auffälligen Bereich bzw. an der Grenze zum unauffälligen Spektrum. Bei der Follow-up-Untersuchung erreicht der Mittelwert dieser Skala letztendlich auch den Grenzbereich zwischen un- und auffälligen Werten. Daneben fallen die Werte der Gesamtstichprobe auf der Skala „Externalisierende Auffälligkeiten“ zu jedem Zeitpunkt unauffällig aus. Der Gesamtwert der CBCL nimmt schließlich vor der Teilnahme der Kinder auffällige Ausmaße an. Er reduziert sich nach der Intervention in den Grenzbereich und erreicht bei der Follow-up-Untersuchung schließlich eine unauffällige Ausprägung.

#### *Veränderungen im Wartezeitraum*

Als nächstes wird überprüft, ob die beschriebenen Verbesserungen auf die Teilnahme an dem Programm zurückzuführen sind oder ob sie durch Spontanremission bzw. statistische Artefakte wie Regressionseffekte entstanden sind. Dafür werden die Veränderungen im Interventionszeitraum mit denen im Kontrollzeitraum zwischen den Zeitpunkten „Prä1“ und „Prä2“ verglichen (siehe 4.1.1).

Das Eingangskriterium von mindestens vier relevanten Kriterien einer sozialen Angststörung erfüllen zum Zeitpunkt „Prä1“ 100% der Kinder im DIPS gemäß dem Elternurteil (vgl. 4.1.4). Zum Zeitpunkt „Prä2“ erfüllen immer noch 96% der Kinder das Eingangskriterium. Damit ist die Reduktion im Wartezeitraum deutlich geringfügiger als die oben dargestellte Reduktion auf 17% zum Zeitpunkt „Post“. Aufgrund des konstanten Werts zum Zeitpunkt „Prä1“ (100% erfüllen das Kriterium) kann dies allerdings statistisch nicht überprüft werden.

Deskriptiv verringern sich im Elternurteil die Werte der drei Variablen des DIPS im Kontrollzeitraum geringfügig. Der multivariate Test über die beiden Zeitpunkte „Prä1“ und „Prä2“ mit diesen Variablen resultiert dementsprechend in keinem signifikanten Haupteffekt „Zeit“ ( $(F(3,21)=0.63, p=.604)$ ). Abbildung 14 illustriert die unterschiedlichen Effektstärken des

DIPS für den Warte- und den Interventionszeitraum. Daraus geht ebenfalls hervor, dass sich die Werte der Kinder im Wartezeitraum nur unbedeutend verändern (Effektstärken zwischen 0.16 und 0.24), während sich im Interventionszeitraum deutliche Verbesserungen ergeben (s.o.).

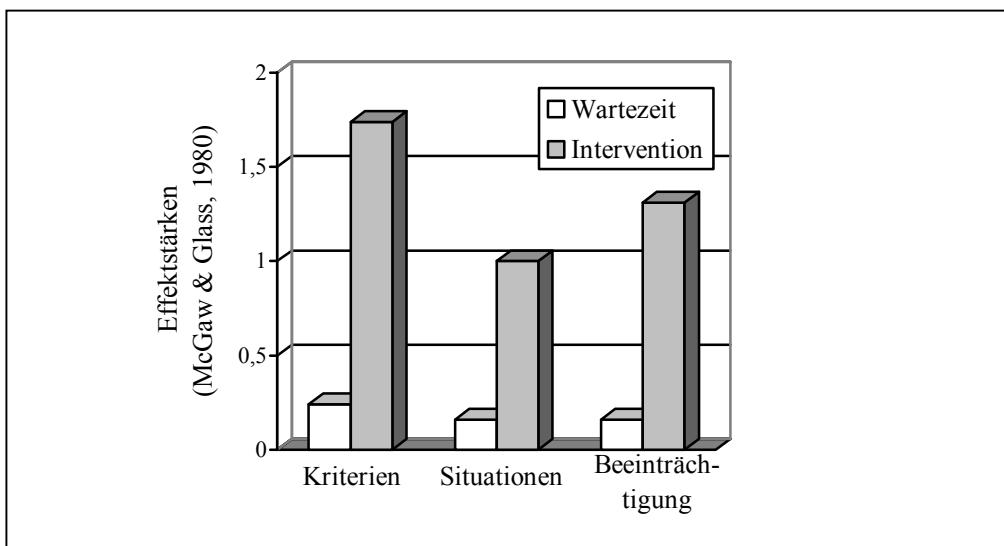


Abbildung 14: Effektstärken der DIPS-Variablen im Warte- und Interventionszeitraum gemäß dem Elternurteil

Darüber hinaus werden jeweils Differenzen für die beiden Zeiträume mit den Werten des DIPS errechnet, die anschließend anhand einer multivariaten Varianzanalyse direkt miteinander verglichen werden. Dabei ergibt sich ein signifikanter multivariater Unterschied zwischen den beiden Zeiträumen ( $F(3,21)=30.24, p<.001$ ). Tabelle 26 sind die Ergebnisse der nachgeschalteten univariaten Analysen zu entnehmen. Demnach unterscheiden sich die beiden Zeiträume auf allen drei DIPS-Variablen signifikant.

Tabelle 26: ANOVAs für den Vergleich des Interventions- und Wartezeitraums im Elternurteil

	DIPS			CBCL				Gesamt
	Kriterien	Situationen	Beeinträchtigung	Angst/ Depression	Rückzug	Internal	External	
F	77.06	5.28	10.62	22.13	2.75	14.68	1.05	11.28
df	1, 23	1, 23	1, 23	1, 23	1, 23	1, 23	1, 23	1, 23
p	<.001**	<.05*	<.01**	<.001**	.111	<.01**	.317	<.01**

Die Werte der Skalen „Angst/Depression“, „Internalisierende Auffälligkeiten“ und „Externalisierende Auffälligkeiten“ der CBCL verschlechtern sich im Wartezeitraum geringfügig, während sich die übrigen Skalen leicht verbessern oder stabil bleiben (vgl. Tabelle 24 und Abbildung 13).

Eine multivariate Analyse mit den fünf CBCL-Skalen über die zwei Zeitpunkte „Prä1“ und „Prä2“ erbringt keinen signifikanten Haupteffekt „Zeit“ ( $F(5,19)=1.02$ ,  $p=.433$ ), d.h. im Gegensatz zu den hoch signifikanten Ergebnissen beim Vergleich der Werte im Interventionszeitraum bleiben die Werte im Kontrollzeitraum weitestgehend stabil. Die Effektstärken für den Wartezeitraum betragen von -0.39 (Angst/Depression) bis 0.16 (Sozialer Rückzug) und liegen damit mit einer Ausnahme deutlich unter den Effektstärken des Interventionszeitraums (vgl. Tabelle 25). Nur die Skala „Externalisierende Auffälligkeiten“ zeigt im Interventionszeitraum ein vergleichbar geringes Ergebnis (s.o.).

Die Werte der CBCL werden außerdem ebenfalls für den direkten Vergleich der Zeiträume herangezogen: Dafür werden erneut die jeweiligen Differenzen der fünf Skalen für die beiden Zeiträume „Prä1/Prä2“ bzw. „Prä2/Post“ berechnet und einer multivariaten Varianzanalyse unterzogen. Die beiden Zeiträume unterscheiden sich den Ergebnissen dieser Analyse multivariat signifikant voneinander ( $F(5,19)= 4.36$ ,  $p<.01$ ). In Tabelle 26 sind schließlich die Ergebnisse der nachgeschalteten univariaten Varianzanalysen wiedergegeben: Der multivariat signifikante Unterschied zwischen dem Warte- und dem Interventionszeitraum geht auf die Variablen „Angst/Depression“, „Internalisierende Auffälligkeiten“ und den Gesamtwert der CBCL zurück.

Zusammenfassend zeigen sich auf allen Variablen des Elternurteils signifikante Verbesserungen im Interventionszeitraum, die auch noch ein halbes Jahr später stabil bleiben. Mit Ausnahme der Skala „Externalisierende Auffälligkeiten“ der CBCL, die für die Gesamtstichprobe bereits vor der Intervention unauffällig ist, sind die Verbesserungen überdies bedeutsam und klinisch relevant. Durch die unbedeutenden Veränderungen im Kontrollzeitraum können die Effekte des Elternurteils als Folge der Teilnahme der Kinder an der Intervention interpretiert werden.

### *Bewertung des Programms*

Die schriftliche Befragung der Eltern nach der Intervention erbringt folgende Ergebnisse: Alle Eltern bemerken eine Veränderung ihrer Kinder nach der Teilnahme an dem Programm. So sagen 78% der Eltern aus, dass sich ihr Kind im Vergleich zum Beginn des Programms sehr viel bzw. viel besser fühle und 22% äußern, dass sich ihr Kind etwas besser fühle. Zudem geben alle Eltern ihre Zufriedenheit mit der Intervention an, wobei 83% sehr zufrieden und 17% zufrieden sind. Die eine Hälfte der Eltern bemerkt noch mäßige, die andere Hälfte nur noch wenig Beeinträchtigungen ihres Kindes durch die soziale Angst in der Schule. In den Bereichen Familie und Freizeit bemerkt die Mehrzahl der Eltern keine oder nur wenig Beeinträchtigung mehr. Bei

einem Kind werden allerdings noch schwere Beeinträchtigungen in den Bereichen Schule und Freizeit wahrgenommen.

Ein halbes Jahr später relativiert sich die Erfolgseinschätzung der Eltern ein wenig, so sieht etwa die Hälfte der Eltern sehr bzw. viel Verbesserung der Angstproblematik ihres Kindes, während die andere Hälfte angibt, dass sich ihr Kind etwas besser fühle. Etwa genauso viele Eltern wie unmittelbar nach dem Programm sind nach wie vor sehr oder zufrieden mit der Intervention. Mehr Eltern als vorher sehen keine Beeinträchtigungen mehr durch die soziale Angst sowohl in der Schule als auch in der Familie. Im Freizeitbereich sehen etwa 2/3 der Eltern keine oder nur wenig Beeinträchtigung, während 1/3 mäßige Beeinträchtigung bei ihren Kindern angeben. Auch bei dieser Befragung geben zwei Mütter an, dass ihre Kinder schwer bis sehr schwer unter ihren Problemen in der Schule bzw. in der Freizeit leiden.

#### *Qualitative Ergebnisse der Eltern*

Bei den Befragungen am Ende der Intervention und auch sechs Monate später geben die Eltern verbal Rückmeldung über Veränderungen, die sie an ihren Kinder bemerkt haben. Eine Auswahl davon wird in dem Kasten unten wiedergegeben. Die Äußerungen beziehen sich dabei sowohl auf Verbesserungen auf der Verhaltens-, als auch auf der kognitiven, emotionalen und auch körperlichen Ebene. Bei den negativen Aspekten werden v.a. Begebenheiten erwähnt, die mit dem Umfeld der Kinder zu tun haben. Am Rande wird außerdem erwähnt, dass ein selbstbewussteres Auftreten auch negativ auffallen kann.

An dieser Stelle sei kurz darauf hingewiesen, dass nur wenige Eltern von dem Angebot Gebrauch gemacht haben, dass von der Ambulanz aus Kontakt zu den Lehrern der Kinder aufgenommen wird.

*Positive Veränderungen aus Sicht der Eltern:*

Unser Kind...

- ☺ ...traut sich mehr zu (z.B. telefonieren, an einer Freizeitgruppe teilnehmen)
- ☺ ...wehrt sich mehr gegen Hänselei, ist frecher
- ☺ ...redet offener über Probleme
- ☺ ...setzt im Alltag „Mutmacher“ ein
- ☺ ...knüpft mehr Kontakte, ist weniger isoliert
- ☺ ...meldet sich in der Schule häufiger
- ☺ ...hat keine Bauchweh mehr vor aufregenden Situationen
- ☺ ...hat den Klassenwechsel gut gemeistert
- ☺ ...ist selbstbewusster

*Negative Veränderungen bzw. restliche Beeinträchtigungen aus Sicht der Eltern:*

Unser Kind...

- ☺ ...hat wenig Kontakt in der Klasse
- ☺ ...ist frecher
- ☺ ...wird häufig geärgert (u.a. wegen körperlicher Handicaps)
- ☺ ...ist schüchtern und hat wenig Selbstvertrauen
- ☺ ...ist bei Misserfolgen schnell frustriert
- ☺ ...hat noch Angst vor der Schule

#### 4.2.3 Evaluationsergebnisse im Kindurteil

##### *Veränderungen im Interventionszeitraum und im langfristigen Verlauf*

Zuerst werden die Ergebnisse im DIPS dargestellt, das mit den Kindern durchgeführt worden ist. Hinsichtlich des Eingangskriteriums von mindestens vier relevanten Kriterien einer sozialen Angststörung ist Folgendes festzuhalten: Während unmittelbar vor der Intervention 58% der Kinder das Kriterium erfüllen, trifft dies nach der Intervention nur noch auf 25% zu. Dieser Unterschied wird dem Ergebnis des McNemar-Tests zufolge nur auf dem 10%-Niveau signifikant ( $p=.077$ ).

Tabelle 27 zeigt die deskriptiven Ergebnisse der Variablen des DIPS, der SASC-R-D und des DIKJ für alle Zeitpunkte. Im DIPS wird zunächst eine Reduktion der „Anzahl der Kriterien für eine soziale Angststörung“ und der „Anzahl der Situationen, die schwere Angst oder häufige Vermeidung auslösen“ sowie der Werte der „Beeinträchtigung durch die soziale Angst“ zwischen den Zeitpunkten „Prä2“ und „Post“ deutlich.

Tabelle 27: Kindurteil im Zeitverlauf (Mittelwert und Standardabweichung)

	Prä1	Prä2	Post	Follow-up
<b>DIPS<sup>1)</sup>:</b>				
Kriterien:	3.46 (1.72)	3.38 (1.64)	1.92 (1.59)	-
Situationen:	3.83 (2.84)	3.38 (2.55)	2.12 (2.33)	-
Beeinträchtigung:	2.02 (1.12)	2.15 (1.27)	1.50 (1.00)	-
<b>SASC-R-D<sup>2)</sup>:</b>				
FNE:	22.96 (6.81)	24.38 (6.45)	20.67 (7.29)	20.92 (7.59)
SAD:	23.54 (7.00)	23.96 (6.05)	21.58 (7.14)	20.04 (6.94)
<b>DIKJ<sup>3)</sup>:</b>				
	53.32 (10.21)	50.19 (10.18)	48.76 (10.41)	48.48 (11.84)

<sup>1)</sup> DIPS: „Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter“ mit den Variablen „Anzahl der Kriterien, Anzahl der Situationen, Ausmaß der Beeinträchtigung“

<sup>2)</sup> SASC-R-D: „Social Anxiety Scale for Children“ mit den Skalen „FNE“ (Furcht vor negativer Bewertung) und „SAD“ (Vermeidung von bzw. Belastung durch soziale Situationen) (Rohwerte)

<sup>3)</sup> DIKJ: „Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche“ (T-Werte)

Mit den Variablen des DIPS wird eine multivariate Varianzanalyse über die beiden Zeitpunkte „Prä2“ und „Post“ berechnet. Hierbei ergibt sich auf dem 5%-Niveau ein signifikanter Effekt ( $F(3,21)=3.63$ ,  $p<.05$ ). Tabelle 28 zeigt die Ergebnisse der nachgeschalteten univariaten Analysen. Signifikant verbessern sich demnach die Werte für die Variablen „Anzahl der Kriterien“ und „Anzahl der Situationen“ im Interventionszeitraum. Die Variable „Beeinträchtigung“

tigung“ wird dagegen auf dem 5%-Niveau gerade nicht mehr signifikant. Diese Ergebnisse sind analog zur Berechnung der praktischen Bedeutsamkeit: Die ebenfalls aufgeführten Effektstärken liegen für die Variablen „Anzahl Kriterien“ und „Anzahl Situationen“ im mittleren Bereich, während der Effekt für die Variable „Beeinträchtigung“ nur geringfügig ausfällt.

Tabelle 28: ANOVAs und Effektstärken des DIPS und der SASC-R-D zu den Zeitpunkten Prä, Post und Follow-up

	Signifikanztests (Haupteffekt Zeit)	Effektstärken	
		Prä/Post	Prä/Follow-up
<b>DIPS:</b>			
Kriterien:	F 10.68 df 1, 23 p <.01**	0.67	-
Situationen:	F 6.41 df 1, 23 p <.05*	0.52	-
Beeinträchtigung:	F 4.25 df 1, 23 p .051	0.42	-
<b>SASC-R-D:</b>			
FNE:	F 5.87 df 2, 46 p <.01**	0.67	0.55
SAD:	F 4.55 df 2, 46 p <.05*	0.34	0.68

Signifikante Post-Hoc-Tests (Bonferroni t-Tests):

SASC-R-D: FNE: prä > post ( $p < .05$ ), prä > follow-up ( $p < .05$ ); SAD: prä > follow-up ( $p < .01$ ).

Die Werte der SASC-R-D reduzieren sich im Interventionszeitraum sowohl auf der Skala „Furcht vor negativer Bewertung“ als auch auf der Skala „Vermeidung von bzw. Belastung durch soziale Situationen“. Zum Follow-up-Zeitpunkt wird der Wert auf der „FNE-Skala“ in etwa beibehalten, auf der „SAD-Skala“ tritt eine weitere Verbesserung ein, wie Tabelle 27 zu entnehmen ist. Dieser Verlauf ist zudem in Abbildung 15 dargestellt. Auch mit diesen Daten ist eine multivariate Varianzanalyse berechnet worden, die in einem signifikanten Haupteffekt „Zeit“ resultiert ( $F(4,90)=3.75$ ,  $p<.01$ ). Die univariaten Varianzanalysen ergeben, dass sich beide Skalen signifikant über die Zeit verändern (vgl. Tabelle 28). In welchen Zeiträumen sich die Verbesserungen ergeben, zeigen die Ergebnisse der Post-Hoc-Tests an: Die Werte der „FNE-Skala“ reduzieren sich demnach signifikant zwischen den Zeitpunkten „Prä2/Post“ und „Prä2/Follow-up“. Die Werte der „SAD-Skala“ verbessern sich dagegen nur im langfristigen

Verlauf, wie der signifikante Unterschied zwischen den Zeitpunkten „Prä2/Follow-up“ widerspiegelt.

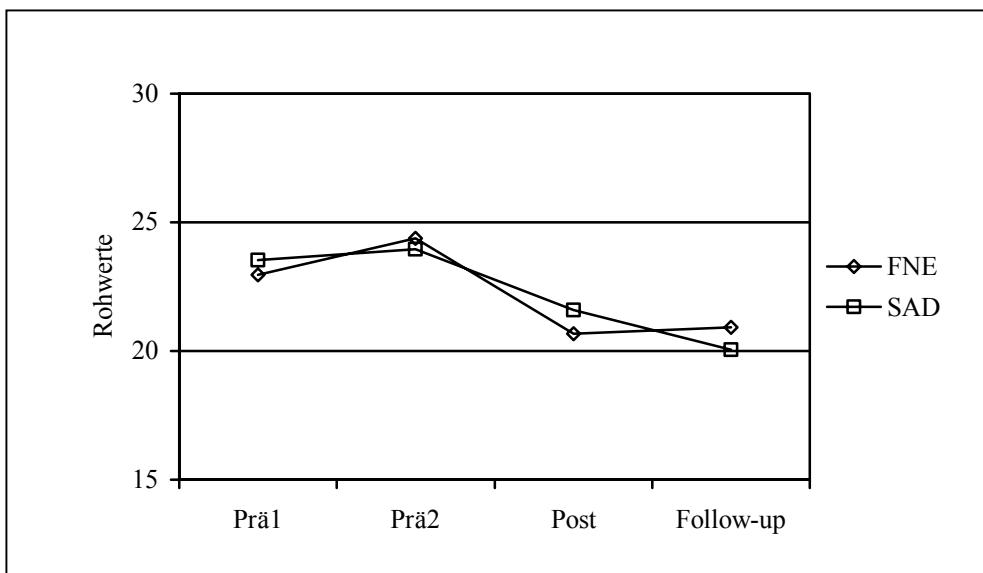


Abbildung 15: Zeitverlauf der Werte der SASC-R-D

Die Effektstärken ergeben im Interventionszeitraum einen mittleren Effekt für die Skala „FNE“ und einen unbedeutenden Effekt für die Skala „SAD“. Im Vergleich der Werte zwischen den Zeitpunkten „Prä2/Follow-up“ liegen die Effektstärken für beide Skalen im mittleren Bereich (vgl. Tabelle 28).

Zur Interpretation der Ausprägung der Werte der SASC-R-D sei an dieser Stelle erneut auf die Angaben der Validierungsstudie von Melfsen (1999) verwiesen (siehe 3.2.1). Demzufolge lassen sich die Werte auf der „FNE-Skala“ vor der Intervention mit den Werten der klinischen Gruppe vergleichen. Nach der Intervention und bei der Follow-up-Untersuchung liegen sie zwischen den Werten des subklinischen und unauffälligen Bereichs der Validierungsstichprobe. Die Werte auf der „SAD-Skala“ sind dagegen vor und nach der Intervention mit den Werten der subklinischen Gruppe zu vergleichen.

An dieser Stelle seien außerdem kurz die Ergebnisse des Depressionsfragebogens erwähnt (vgl. Tabelle 27). Die Werte reduzieren sich über die drei Zeitpunkte „Prä2/Post/Follow-up“ nur geringfügig, so dass eine univariate Varianzanalyse über diesen Zeitraum auch keine signifikante Veränderung erbringt ( $F(1.49,29.73)=0.86$ ,  $p=.405$ ). Vor und nach der Intervention liegen die Werte im unauffälligen Bereich.

### *Veränderungen im Wartezeitraum*

Auch für die Ergebnisse des Kindurteils werden die Veränderungen des Wartezeitraums analysiert und mit denen des Interventionszeitraums verglichen. Abbildung 16 zeigt zunächst den Verlauf des Eingangskriteriums für den Warte- und den Interventionszeitraum. Der Anteil der Kinder, die das Eingangskriterium erfüllen, reduziert sich von 71% bei der ersten Untersuchung auf 58% bei der zweiten Untersuchung. Diese Veränderung wird nach dem McNemar-Test nicht signifikant ( $p=.453$ ). Eine deskriptiv deutlichere Reduktion erfolgt dagegen im Interventionszeitraum (s.o.)

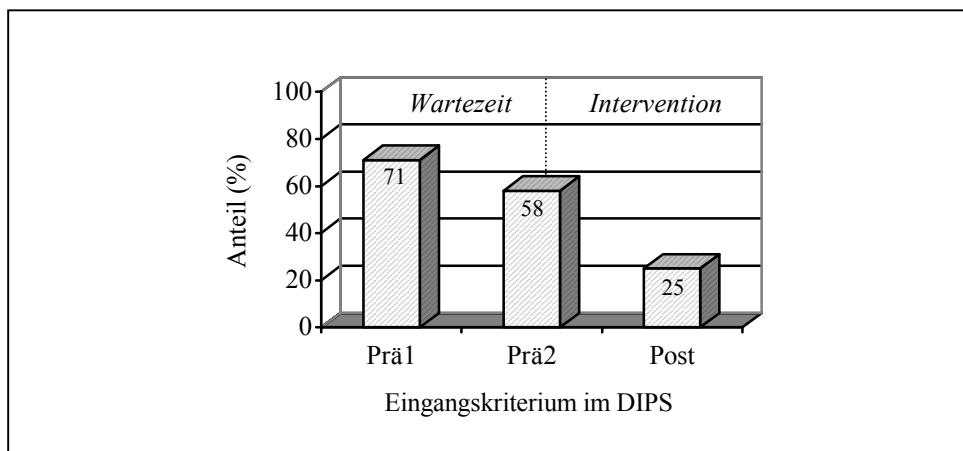


Abbildung 16: Eingangskriterium im Warte- und Interventionszeitraum gemäß dem Kindurteil im DIPS

Die Variablen des DIPS verändern sich während des Wartezeitraums nur geringfügig. Der multivariate Test der drei Variablen über den Kontrollzeitraum ergibt demzufolge keinen signifikanten Haupteffekt „Zeit“ ( $F(3,21)=0.76$ ,  $p=.529$ ). Die Effektstärken liegen für die Veränderungen im Wartezeitraum ebenfalls im geringfügigen Bereich (Kriterien:  $ES = 0.03$ ; Situationen:  $ES = 0.19$ ; Beeinträchtigung:  $ES = -0.11$ ).

Auch hinsichtlich der Werte des Kindurteils im DIPS werden die beiden Zeiträume anschließend direkt miteinander verglichen. Eine multivariate Varianzanalyse zeigt dabei keinen signifikanten Unterschied zwischen den Differenzen des Zeitraums „Prä1/Prä2“ und des Zeitraums „Prä2/Post“ an ( $F(3,21)=1.54$ ,  $p=.235$ ). Der Vollständigkeit halber sind in Tabelle 29 die Ergebnisse der univariaten Tests aufgeführt. Hier wird zumindest für die Variable „Anzahl der Kriterien“ ein signifikanter Unterschied zwischen den Zeiträumen deutlich.

Tabelle 29: ANOVAs für den Vergleich des Interventions- und Wartezeitraums im Kindurteil

		DIPS		SASC-R-D		
		Kriterien	Situationen	Beeinträchtigung	FNE	SAD
F		4.67	1.06	2.96	7.87	1.59
df		1, 23	1, 23	1, 23	1, 23	1, 23
p		<.05*	.314	.099	<.05*	.220

Die Fragebogenwerte der SASC-R-D verschlechtern sich während des Wartezeitraums (vgl. Tabelle 27 und Abbildung 15). Der Signifikanztest in Form einer multivariaten Varianzanalyse über beide Skalen der SASC-R-D wird allerdings nicht signifikant ( $F(2,22)=0.55$ ,  $p=.583$ ). Die Effektstärken für die Veränderungen im Wartezeitraum zeigen ebenfalls einen unbedeutenden Unterschied zwischen den Zeitpunkten „Prä1“ und „Prä2“ (FNE:  $-0.21$ ; SAD:  $-0.06$ ). Der direkte Vergleich der Fragebogenwerte des Wartezeitraums mit denen des Interventionszeitraums erbringt schließlich folgendes Resultat: Multivariat signalisiert die Varianzanalyse einen signifikanten Effekt ( $F(2,22)=3.76$ ,  $p<.05$ ). Wie aus Tabelle 29 ersichtlich wird, geht dieser auf den signifikanten Unterschied zwischen beiden Zeiträumen auf der Skala „FNE“ zurück.

Insgesamt bestehen somit auch im Kindurteil Hinweise auf die Wirksamkeit des Programms aufgrund der signifikanten Verbesserungen der Anzahl der Kriterien für eine soziale Angststörung, der verringerten Generalisierung der Angst auf verschiedene Situationen und der signifikanten Verbesserung beider Skalen der SASC-R-D. Diese Veränderungen als Hinweis auf die Wirksamkeit des Programms zu werten, erhält durch die geringen und nicht signifikanten Veränderungen im Wartezeitraum Berechtigung. Die Verbesserungen des Kindurteils sind allerdings weniger deutlich ausgeprägt als diejenigen im Elternurteil.

### *Bewertung des Programms*

Wie ihre Eltern äußern sich auch die Kinder zum Erfolg und zu ihrer Zufriedenheit mit der Intervention. Unmittelbar nach dem Abschluss des Programms nehmen demnach 83% der Kinder eine Veränderung ihrer Probleme wahr. Davon sagen jeweils etwa ein Drittel, dass sie sich sehr bzw. viel besser fühlen, die übrigen 20% bemerken, dass sie sich etwas besser fühlen. 13% sehen ihren Zustand als unverändert an und ein Kind nimmt eine Verschlechterung wahr. Alle Teilnehmer geben ihrer Zufriedenheit mit der Intervention Ausdruck, wobei 92% sehr bzw. zufrieden und die übrigen mäßig zufrieden sind. Die Mehrzahl der Kinder sehen keine oder nur wenig restliche Beeinträchtigung durch die soziale Angst in den Bereichen Schule, Freizeit und

Freunde sowie in der Familie. 20% der Kinder sehen sich allerdings durch die Probleme noch mäßig in der Schule gestört gegenüber 4 bzw. 8%, die sich noch mäßig in der Freizeit bzw. in der Familie beeinträchtigt sehen.

Die Kinder äußern sich auch über die Hilfestellung der einzelnen Komponenten des Programms, wobei sich ihre Bewertungen für die drei Teile insgesamt ähneln: So geben jeweils 71% der Kinder an, dass ihnen die „Mutmacher“ und die „Rollenspiele“ viel bzw. sehr viel geholfen haben. Der Expositionsteil wird noch etwa besser beurteilt, indem 83% eine derartige Wertung abgeben. Den übrigen 29% der Teilnehmer haben die Komponenten „Mutmacher“ und „Rollen Spiele“ nur wenig oder etwas geholfen, wohingegen die übrigen 17% für die Wertung des Expositionsteils die Kategorie „etwas geholfen“ wählen. Im Mittel erhält die kognitive Komponente „Mutmacher“ den Wert 2.96 (SD=0.86), die Komponente zum sozialen Kompetenzaufbau den Wert 2.79 (SD=0.85) und die Komponenten zum Expositionsaufbau den Wert 3.23 (SD=0.79). Damit drücken die Kinder aus, dass ihnen jede der drei Komponenten „viel“ geholfen habe.

Zuletzt wird in diesem Abschnitt auf die Frage eingegangen, wie sich die Einschätzung der Kinder ein halbes Jahr später entwickelt. Zunächst hat sich der Anteil der Kinder, die eine Verbesserung ihrer Probleme bemerken, von 83 auf 92% erhöht. 8% nehmen ihren Zustand als unverändert wahr, keiner bemerkt mehr eine Verschlechterung. Die Mehrzahl der Kinder gibt weiterhin ihrer Zufriedenheit mit dem Programm Ausdruck, allerdings sind zwei Kinder im nachhinein „gar nicht zufrieden“. Genauso viele Kinder wie unmittelbar nach der Intervention sagen aus, dass sie sich gar nicht oder nur ein wenig durch die Probleme in den verschiedenen Lebensbereichen beeinträchtigt fühlen. Zwei Kinder leiden allerdings zum Zeitpunkt des „Follow-up“ noch schwer unter ihren Problemen in der Schule und in der Freizeit. Von einzelnen Ausnahmen abgesehen ist damit die positive Gesamtbewertung des Programms und seiner Wirksamkeit im Kindurteil auch noch nach einem halben Jahr stabil geblieben.

#### *Qualitative Ergebnisse der Kinder*

Beim Abschlusstreffen erhalten die Kinder schließlich Gelegenheit zu einem Feedback über das Programm (siehe Auszug unten). Dabei wird bei der positiven Bewertung jede der drei Komponenten genannt. Zudem wird deutlich, dass v.a. die Expositionübungen für einzelne Kinder schwer waren.

*Positive Aspekte aus Sicht der Kinder:*

Das hat mir gut gefallen:

- ☺ „....rausgehen und fremde Leute ansprechen, denn das fiel mir sonst nicht sehr leicht“
- ☺ „....dass wir uns manchmal im Fernsehen angeguckt haben“
- ☺ „....das Einlösen von Punkten“
- ☺ „....die Mutmacher“
- ☺ „....die Spiele“
- ☺ „....dass wir das Durchsetzen geübt haben“

*Negative Aspekte aus Sicht der Kinder:*

Das hat mir nicht gefallen:

- ☺ „Es war bei den ersten Treffen (Diagnostik) etwas langweilig. Nur die Fragen...“
- ☺ „Manchmal war das Rausgehen (Exposition) schwer“
- ☺ „....Jugendliche oder Fremde anzusprechen“
- ☺ „....das Durchsetzen“
- ☺ „....dass die Stunde zu Ende ist“
- ☺ „....die Hausaufgaben“
- ☺ „....dass wir vor einer Gruppe sprechen mussten“

#### 4.2.4 Evaluationsergebnisse im Fremdurteil

Die Evaluation des Programms erfolgt auch in der Hauptstudie zusätzlich in Form einer Fremdbewertung, die zum einen durch die Verhaltensbeobachtung der beiden Rollenspiele und zum anderen durch das klinische Urteil über den Schweregrad der sozialen Angst zu den Zeitpunkten vor und nach dem Programm gewährleistet wird. Für die Voraussetzung der Verwendung der Ratingskala für soziale Kompetenz sei auf das Kapitel 3.2.1 verwiesen. Aufgrund technischer Ausfälle bei elf Videoaufnahmen steht leider nur ein eingeschränkter Datensatz zur Verfügung.

##### *Veränderungen im Interventionszeitraum*

In Tabelle 30 sind die Werte der RSK und des klinischen Ratings aufgelistet. Deskriptiv verbessern sich die Gesamtwerte der RSK zwischen den Zeitpunkten „Prä2“ und „Post“ um etwa eine halbe Standardabweichung. In der multivariaten Varianzanalyse wird dieser Unterschied nicht signifikant ( $F(2,11)=0.80$ ,  $p=.474$ ). Der Vollständigkeit halber sind die univariaten (nicht signifikanten) Ergebnisse ebenfalls in die Tabelle mitaufgenommen. Die Effektstärken liegen für die Veränderung der Gesamtwerte im Interventionszeitraum im geringfügigen Bereich.

Vor der Intervention liegen die Gesamtwerte der RSK im Mittel bei 15 für das Rollenspiel „Vorstellen“ und bei 14 für das Rollenspiel „Durchsetzen“, d.h. die Leistung der Kinder wird im Durchschnitt als „mittelmäßig“ bewertet. Nach der Teilnahme an dem Programm reduziert sich der Wert zwar auf 13, dies bedeutet aber erneut nur eine Bewertung im mittelmäßigen Bereich.

Im klinischen Urteil über den Schweregrad der sozialen Angst reduziert sich der Mittelwert der Teilnehmer deskriptiv zwischen den Zeitpunkten „Prä2“ und „Post“. Der t-Test für abhängige Gruppen signalisiert für diese Variable eine signifikante Veränderung (vgl. Tabelle 30). Das Ausmaß dieser Veränderung wird durch die Effektstärke angegeben, die eine statistisch bedeutsame Reduktion des Schweregrads zeigt. Inhaltlich verändert sich der Wert allerdings nicht deutlich: So spiegelt das Rating sowohl vor als auch nach der Intervention eine „mäßige“ Ausprägung wider.

Tabelle 30: Fremdurteil im Zeitverlauf (Mittelwert, Standardabweichung, t-Tests und Effektstärken)

	Prä1	Prä2	Post	Signifikanztests <sup>4)</sup>			Effektstärke Prä/Post
				t	df	p	
<b>RSK<sup>1)</sup>:</b>							
Rollenspiel a <sup>2)</sup> :	14.15 (4.51)	14.58 (4.77)	12.81 (4.28)	1.29	12	.222	0.36
Rollenspiel b <sup>2)</sup> :	12.68 (3.56)	14.13 (3.76)	12.53 (3.73)	1.30	14	.215	0.34
<b>Rating<sup>3)</sup>:</b>	2.40 (0.62)	2.33 (0.55)	1.69 (0.64)	6.67	23	<.001	1.35

<sup>1)</sup> RSK: „Ratingskala für soziale Kompetenz“ (Gesamtrohwerte)

<sup>2)</sup> Rollenspiel a: Vorstellen; Rollenspiel b: Durchsetzen

<sup>3)</sup> Klinisches Rating über den Schweregrad der sozialen Angst

<sup>4)</sup> Signifikanztests für den Vergleich der Zeitpunkte „Prä2/Post“

### *Veränderungen im Wartezeitraum*

Zunächst werden die Ergebnisse der RSK zwischen den Zeitpunkten „Prä1“ und „Prä2“ dargestellt. Wie Tabelle 30 zu entnehmen ist, verschlechtern sich diese Werte im Wartezeitraum sowohl beim Rollenspiel „Vorstellen“ als auch beim Rollenspiel „Durchsetzen“ geringfügig. Die multivariate Varianzanalyse ergibt für diesen Zeitraum allerdings keine signifikante Veränderung ( $F(2,15)=0.31$ ,  $p=.741$ ) und auch die Effektstärken erreichen nur ein unbedeutendes Ausmaß ( $ES<0.25$ ).

Schließlich werden die RSK-Werte im Interventions- mit denen im Wartezeitraum verglichen. Wie bei den geringen Veränderungen in beiden Zeiträumen zu erwarten ist, fällt dieser Vergleich im multivariaten Signifikanztest nicht signifikant aus ( $F(2,11)=0.68$ ,  $p=.528$ ). Die Veränderung der sozialen Kompetenzleistung der Kinder im Interventionszeitraum unterscheidet sich damit nicht von der Veränderung der Leistung, die die Kinder ohne Kontakt zur Ambulanz zeigen.

Abschließend stellt sich die Frage, inwieweit sich das klinische Rating während des Wartezeitraums verändert. Deskriptiv verbessert sich der Durchschnittswert des Urteils leicht, wie Tabelle 30 zu entnehmen ist. Ein t-Test für abhängige Gruppen zeigt aber, dass sich diese Veränderung nicht überzufällig von 0 unterscheidet ( $t=0.67$ ,  $df=9$ ,  $p=.520$ ). Die Effektstärke für die beiden Zeitpunkte des Kontrollzeitraums fällt ebenfalls unbedeutend aus ( $ES=0.21$ ). Zuletzt bleibt der direkte Vergleich der beiden Zeiträume zu erwähnen: Bei einem weiteren t-Test mit den Differenzen der Werte „Prä1/Prä2“ und „Prä2/Post“ fällt die Überschreitungs-wahrscheinlichkeit geringer als das Bonferroni-korrigierte Signifikanzniveau von 0.02 aus ( $t=-2.25$ ,  $df=9$ ,  $p=.051$ ). Damit unterscheiden sich die beiden Zeiträume hinsichtlich des klinischen Ratings nur tendenziell voneinander.

#### 4.2.5 Weitere Ergebnisse der Verhaltensdiagnostik

##### *Selbsteinschätzung der Angstausprägung*

Mit Hilfe des Angstthermometers geben die Kinder vor und nach der Durchführung der Rollenspiele an, wie viel Angst ihnen die Aufgabe jeweils macht. Eine 2x2x2-faktorielle ANOVA über die beiden Zeitpunkte „Prä2“ und „Post“, für die zwei Messungen jeweils vor und nach dem Rollenspiel sowie für die beiden Rollenspiele resultiert zunächst in einem signifikanten Haupteffekt „Zeit“ ( $F(1,20)=13.83$ ,  $p<.01$ ). Wie aus den Werten in Tabelle 31 ersichtlich wird, geben die Kinder zum Zeitpunkt „Prä2“ damit signifikant mehr Angst an als zum Zeitpunkt „Post“.

Tabelle 31: Angstthermometer im Zeitverlauf (Mittelwert und Standardabweichung)

	Prä1		Prä2		Post	
	vorher <sup>2)</sup>	nachher	vorher	nachher	vorher	nachher
<b>Rollenspiel a<sup>1)</sup></b>	50.52 (27.72)	48.00 (30.68)	51.90 (32.35)	45.95 (29.61)	24.17 (26.69)	19.52 (28.81)
<b>Rollenspiel b<sup>1)</sup></b>	40.71 (24.05)	33.90 (30.30)	44.67 (29.43)	30.10 (29.90)	22.52 (26.12)	14.21 (24.31)

<sup>1)</sup> Rollenspiel a: Vorstellen; Rollenspiel b: Durchsetzen

<sup>2)</sup> vorher/nachher: vor bzw. nach der Durchführung des Rollenspiels

Außerdem wird der Haupteffekt „Aufgabe“ signifikant ( $F(1,20)=5.28$ ,  $p<.05$ ), indem die Vorstellungsaufgabe mehr Angst erzeugt als die Durchsetzungsaufgabe. Zudem wird deutlich, dass die Kinder vor der jeweiligen Aufgabe stets stärkere Angst empfinden als nach der Aufgabe (Haupteffekt „Messung“:  $F(1,20)=21.24$ ,  $p<.001$ ). Die Interaktion „Aufgabe x Messung“ wird darüber hinaus ebenfalls signifikant ( $F(1,20)=7.30$ ,  $p<.05$ ), was darauf zurückzuführen ist, dass beim Rollenspiel „Durchsetzen“ eine stärkere Angstreduktion nach der Aufgabe eintritt als beim Rollenspiel „Vorstellen“. Am Rande sei angemerkt, dass sich die beiden Zeitpunkte „Prä1“ und „Prä2“ nicht signifikant voneinander unterscheiden ( $F(1,20)=0.15$ ,  $p=.704$ ). Die Angstreduktion bei den Rollenspielen ist damit nur im Interventionszeitraum und nicht im Wartezeitraum signifikant.

##### *Kognitive Selbsteinschätzung*

Außerdem geben die Kinder vor den Rollenspielen wieder eine Einschätzung darüber ab, wie gut ihnen die Aufgabe voraussichtlich gelingen wird, wie andere sie dabei beurteilen könnten und

wie schwer ihnen die Aufgabe fallen wird. Aus diesen drei kognitiven Selbsteinschätzungen wird ein Mittelwert gebildet (vgl. 3.2.1), der für die verschiedenen Zeitpunkte in Tabelle 32 aufgeführt ist.

Tabelle 32: Kognitionen im Zeitverlauf (Mittelwert und Standardabweichung)

	Prä1	Prä2	Post
<b>Rollenspiel a<sup>1)</sup></b>	3.13 (0.69)	3.18 (0.67)	2.67 (0.75)
<b>Rollenspiel b<sup>1)</sup></b>	3.03 (0.70)	2.99 (0.71)	2.62 (0.64)

<sup>1)</sup> Rollenspiel a: Vorstellen; Rollenspiel b: Durchsetzen

Der nicht parametrische Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben liefert bei einem Bonferroni-korrigierten Signifikanzniveau von  $\alpha = 0.013$  ( $=0.05/4$ ) für das Rollenspiel „Vorstellen“ eine signifikante Verringerung der Werte zwischen den beiden Zeitpunkten „Prä2“ und „Post“ ( $Z=-2.85$ ,  $p<.01$ ). Eine Reduktion der Werte bedeutet eine zuversichtlichere Einschätzung der Aufgabenbewältigung. Für das Rollenspiel „Durchsetzen“ wird die Veränderung dagegen nur tendenziell signifikant ( $Z=-2.10$ ,  $p=.035$ ). Der Vergleich der beiden Zeitpunkte „Prä1“ und „Prä2“ resultiert bei beiden Rollenspielen in einem nicht signifikanten Unterschied (Rollenspiel a:  $Z=-0.29$ ,  $p=.773$ ; Rollenspiel b:  $Z=-0.32$ ,  $p=.751$ ). Damit ist im Interventionszeitraum (v.a. im Rollenspiel „Vorstellen“) erneut eine Reduktion der Werte der kognitiven Ratings eingetreten, während die Werte im Kontrollzeitraum stabil bleiben.

#### 4.2.6 Ergebnisse zu den Nebenhypothesen

##### *Einfluss der Komorbidität*

An dieser Stelle wird untersucht, ob sich die bisher dargestellten Ergebnisse bei Ausschluss der Kinder mit einer komorbidien psychischen Störung maßgeblich verändern. Wie im Abschnitt 4.1.5 bereits erwähnt, weisen insgesamt vier Kinder eine komorbide Störung auf. Gemäß der ersten Nebenhypothese wird erwartet, dass die Evaluation ohne deren Werte günstiger ausfällt.

Insgesamt ergeben sich aber kaum Änderungen in den Ergebnissen des Eltern-, Kind- oder klinischen Urteils. So werden die Unterschiede im Elternurteil im Verlauf der Zeitpunkte „Prä2/Post/Follow-up“ genauso signifikant wie unter Einbeziehung der Werte der erwähnten Kinder. Auch die Effektstärken für den zeitlichen Verlauf der Werte erreichen im Elternurteil in etwa die gleiche Ausprägung. Auf den Variablen „Anzahl der Situationen“ des DIPS und „Internalisierende Störungen“ der CBCL steigern sich die Effektstärken um ca. 0.2, der Effekt bleibt dadurch aber wie auch schon vorher im bedeutsamen Bereich.

Im Kindurteil ergeben sich geringfügige Veränderungen bei den Werten im DIPS durch Ausschluss der Kinder mit komorbidien Auffälligkeiten. So erfüllen vor der Intervention statt 58% nunmehr 65% der Kinder das Eingangskriterium, nach der Intervention trifft dies statt auf 25% nur noch auf 15% zu. Diese Reduktion ist nach dem McNemar-Test signifikant ( $p<.05$ ). Im Interventionszeitraum verringern sich die Werte aller drei DIPS-Variablen signifikant, während bei Einschluss der Werte mit komorbidien Auffälligkeiten die Variable „Beeinträchtigung“ keine signifikante Veränderung zeigt. Die Effektstärke für die „Anzahl der Kriterien“ steigt um 0.2 auf 0.87, damit liegt dieser Wert nun im bedeutsamen Bereich. Ebenso steigert sich die Effektstärke der Variable „Beeinträchtigung“ auf 0.51 und nähert sich damit einer mittleren Ausprägung an. Tatsächlich erfüllen die vier Kinder mit komorbider Diagnose im Kindurteil nach der Intervention bei ähnlicher Ausgangslage wie die Kinder ohne komorbide Diagnose im Durchschnitt noch drei bis vier Kriterien einer sozialen Angststörung und geben eine noch mäßige Beeinträchtigung durch die soziale Angst an. Die Ergebnisse der SASC-R-D ähneln größtenteils den vorigen Ergebnissen, eine Ausnahme stellt die nunmehr nur noch tendenziell signifikante Veränderung auf der Skala „SAD“ in der univariaten Analyse dar. Die Effektstärken über die verschiedenen Zeitpunkte unterscheiden sich in den Werten der SASC-R-D nur geringfügig von der vorigen Auswertung. Im klinischen Urteil entstehen durch den veränderten Datensatz weder bei den Werten der RSK noch bei der Einschätzung des Schweregrads der sozialen Angst Neuerungen.

Insgesamt verändern sich die Ergebnisse der Evaluation nach dieser vorläufigen Auswertung nicht maßgeblich mit Ausnahme einzelner Ergebnisse im Kindurteil. Das bedeutet, dass die Kinder mit komorbider Problematik vermutlich ähnlich wie die Kinder ohne zusätzliche psychische Probleme von der Intervention profitieren.

#### *Einfluss der Schwere der Problematik*

Fünf Kinder erfüllen zum Zeitpunkt „Prä2“ aus ihrer und aus Sicht ihrer Eltern bereits alle Kriterien einer sozialen Angststörung. Es soll nun untersucht werden, ob diese Kinder weniger als Kinder mit subklinischer Ausprägung von dem Programm profitieren. Auch hierfür werden die Daten der Kinder mit einer manifesten sozialen Angststörung von einer erneuten Auswertung ausgeschlossen und diese Ergebnisse mit denen des gesamten Datensatzes verglichen.

Folgende Resultate werden erzielt: Im Elternurteil bleibt die Veränderung des Eingangskriteriums über die Zeit durch den Ausschluss der Werte mit den vorigen Ergebnissen vergleichbar. Die Resultate der Signifikanzprüfung mit den Variablen des DIPS bleiben ebenfalls konstant, während die Effektstärken für die Variablen „Anzahl Kriterien“ und „Anzahl Situationen“ um Beträge zwischen 0.2 und 0.8 steigen. Die Interpretation der Ergebnisse der Gesamtstichprobe, nach der sich die Variablen des DIPS im Interventionszeitraum und im langfristigen Verlauf bedeutsam verbessern, kann demnach auch für den Datensatz ohne die Kinder mit einer manifesten sozialen Angststörung aufrechterhalten werden. Die Signifikanztests und auch die Effektstärkenberechnung ergeben für die Skalen der CBCL gleichfalls ähnliche Resultate wie bei Einbeziehung aller Daten. Nach dieser vorläufigen Auswertung unterscheiden sich die Kinder mit oder ohne eine voll ausgeprägte soziale Angststörung im Elternurteil also nicht.

Im Kindurteil fällt der Vergleich uneinheitlich aus. Der Ausschluss der Werte der Kinder mit einer voll ausgeprägten sozialen Angststörung führt dazu, dass sich die Variablen des DIPS im Vergleich der Zeitpunkte vor und nach der Intervention nicht mehr signifikant unterscheiden. Auch die Effektstärkenberechnung führt zu verringerten Werten, so dass der Unterschied in der Anzahl der Situationen zwischen den Zeitpunkten vor und nach der Intervention in den unbedeutenden Bereich fällt. Im Einzelnen treffen nach der Intervention im Durchschnitt zwei Kriterien einer sozialen Angststörung auf die Kinder zu, die Problematik erstreckt sich auf etwa vier Situationen und verursacht eine subjektive Beeinträchtigung in mäßiger Höhe. Damit reduziert sich auch im Kindurteil die Ausprägung des Störungsbilds der Kinder mit einer voll ausgeprägten Symptomatik wie bei den anderen Kindern, allerdings verbleibt bei Ende des Programms eine stärkere situative Ausweitung der Problematik. Dagegen bleiben die Ergebnisse des Signifikanztests mit den Daten der SASC-R-D konstant. Die Unterschiede in den Werten der

SAD-Skala vergrößern sich allerdings im Verlauf, so dass die Effektstärken für den Vergleich der Zeitpunkte vor und nach der Programmteilnahme jetzt eine mittlere Ausprägung und für den Vergleich „Prä2/Follow-up“ eine bedeutsame Ausprägung erhalten. Der Blick auf die Ergebnisse der betroffenen Kinder zeigt, dass sich ihr Wert auf der „SAD-Skala“ nach der Intervention zunächst verschlechtert, um dann beim Follow-up ein zwar geringfügig schlechteres, aber insgesamt vergleichbares Niveau wie die restliche Stichprobe zu erreichen. Die Kinder mit einer schwereren Angstproblematik scheinen demnach einen längeren Zeitraum für eine ähnliche Verbesserung auf der Verhaltenebene wie die anderen Kinder zu benötigen.

Im klinischen Urteil verändern sich die Resultate wiederum nicht durch den Ausschluss der Werte der Kinder mit einer ausgeprägten sozialen Angststörung. Vorläufig kann damit geschlossen werden, dass mit einzelnen Ausnahmen im Kindurteil keine deutlichen Unterschiede in der Wirksamkeit des Programms für Kinder mit sub- oder klinischer Ausprägung der Angstsymptome zu finden sind.

#### *Einfluss des Alters*

Gemäß der dritten Nebenhypothese wird in diesem Abschnitt der Einfluss des Alters untersucht. Der Datensatz wird dafür, wie bereits erwähnt, in drei Altersgruppen unterteilt: In der jüngsten Gruppe befinden sich neun Kinder im Alter zwischen acht und zehn Jahren, darauf folgt mit weiteren sieben Kindern die Gruppe der Elf- und Zwölfjährigen und in der ältesten Gruppe befinden sich acht Kinder im Alter zwischen 13 und 15 Jahren. Unter Einbeziehung dieses zusätzlichen Gruppenfaktors werden die gleichen Analysen wie oben geschildert vorgenommen.

Abbildung 17 gibt zunächst den Verlauf des Eingangskriteriums im Elternurteil über die drei Zeitpunkte „Prä2/Post/Follow-up“ für die genannten Altersgruppen wieder. Darin wird die Reduktion des Anteils der Kinder und Jugendlichen, die das Eingangskriterium erfüllen, über die Zeit hinweg deutlich, wobei sich die Altersgruppen nicht auffällig unterscheiden.

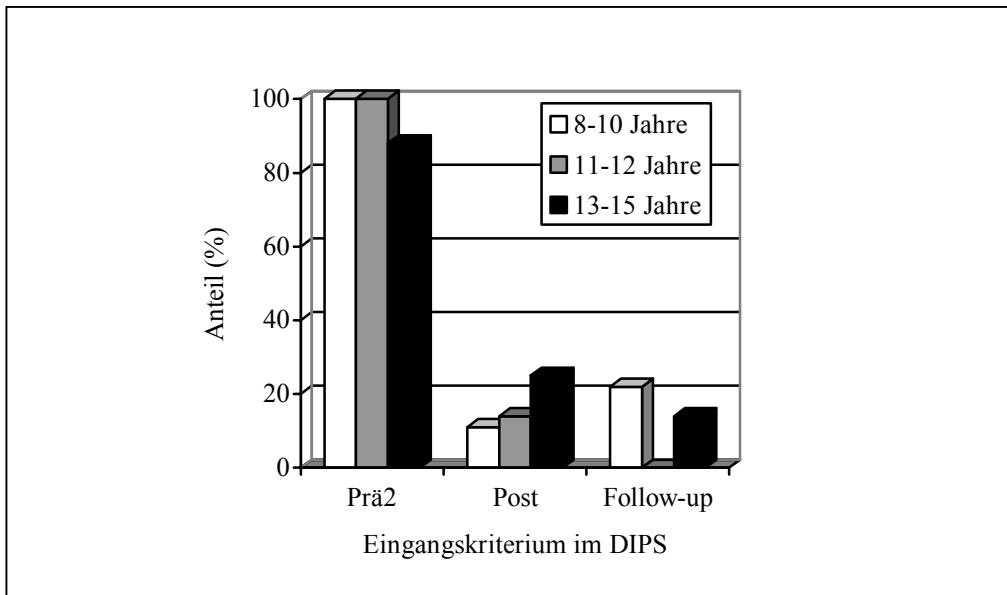


Abbildung 17: Zeitverlauf des Eingangskriteriums gemäß dem Elternurteil im DIPS für drei Altersgruppen

Im Elternurteil resultiert bei keinem der verwendeten Evaluationsinstrumenten ein signifikanter Haupteffekt für die drei Altersklassen. Im DIPS wird die Interaktion „Zeit x Altersgruppe“ auf der Variable „Beeinträchtigung durch die soziale Angst“ signifikant ( $p<.05$ ). Getrennte Analysen für die einzelnen Altersgruppen in Form von univariaten Varianzanalysen über die drei Zeitpunkte zeigen, dass sich in der jüngsten Gruppe bereits zum Ende des Programms eine signifikante Reduktion der Beeinträchtigung ergibt, die auch aufrechterhalten wird. Bei den beiden älteren Gruppen wird erst im langfristigen Verlauf eine Reduktion der Beeinträchtigung erreicht.

Im Kindurteil zeichnet sich die älteste Gruppe durch die deutlichsten Verbesserungen aus: Vor der Intervention erfüllen z.B. 75% der Jugendlichen das Eingangskriterium und nach der Intervention erfüllen alle Jugendlichen weniger als vier Kriterien einer sozialen Angststörung. Die jüngste Gruppe gibt bei vergleichbarem Ausgangsniveau eine geringere Reduktion an (von 67% auf 56%) und in der mittleren Gruppe erfüllen zu Beginn nur 29% das Eingangskriterium, was sich nach der Intervention auf 14% verringert. Aufgrund der signifikanten Interaktion „Zeit x Altersgruppe“ bei allen drei Variablen des DIPS werden für die drei Gruppen hiernach getrennte t-Tests über die zwei Zeitpunkte „Prä2“ und „Post“ berechnet. Nach der Bonferroni-Korrektur ( $0.05/3=0.016$ ) wird erneut ausschließlich für die älteste Gruppe der Zeitunterschied auf allen DIPS-Variablen signifikant ( $p<.01$ ). Es sei noch angemerkt, dass sich die drei Gruppen hinsichtlich der DIPS-Variablen insgesamt über alle Zeitpunkte hinweg nur auf der Variable

„Anzahl der Kriterien“ signifikant unterscheiden. Dies röhrt von der geringen Anzahl der bestätigten Kriterien der mittleren Gruppe im Vergleich zur jüngsten Gruppe her.

Die jüngste Gruppe gibt überdies in der SASC-R-D die höchsten Werte an und unterscheidet sich damit auf der SAD-Skala signifikant ( $p<.05$ ) und auf der FNE-Skala tendenziell ( $p=.077$ ) von der ältesten Gruppe und tendenziell auf der SAD-Skala von der mittleren Gruppe ( $p=.055$ ). Aufgrund einer weiteren signifikanten Interaktion „Zeit x Altersgruppe“ auf der FNE-Skala werden wiederum getrennt für die drei Altersgruppen Varianzanalysen über die drei Zeitpunkte berechnet. Dabei unterscheiden sich die Werte der FNE-Skala für die jüngste Gruppe nicht zwischen den Zeitpunkten, für die mittlere Gruppe im langfristigen Verlauf (Prä2/Follow-up:  $p<.05$ ) und für die älteste Gruppe sowohl im Vergleich der Zeitpunkte „Prä2/Post“ ( $p<.01$ ) und der Zeitpunkte „Prä/Follow-up“ ( $p<.05$ ). Zusammenfassend scheint im Kindurteil also die älteste Gruppe die stärksten Veränderungen wahrzunehmen.

Diese Analysen werden aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht für den ohnehin schon reduzierten Datensatz der Verhaltensbeobachtungen vorgenommen. Im klinischen Rating über den Schweregrad der sozialen Angst unterscheiden sich die Gruppen nicht signifikant voneinander und auch der Zeitverlauf des Urteils ist zwischen den Gruppen nicht unterschiedlich.

## 4.3 DISKUSSION

### 4.3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

#### *Haupthypothese (1): Reduktion der Angst und des Leidensdrucks*

Ein Hauptziel der Studie besteht in der Verringerung der sozialen Angstsymptomatik und des daraus entstandenen Leidensdrucks für die Kinder und Jugendlichen. Den Ergebnissen der Hauptstudie zufolge wird dieses Ziel erreicht.

Als Erstes sei diesbezüglich auf den Verlauf des Eingangskriteriums im Elternurteil verwiesen: Während unmittelbar vor Beginn des Programms bei nahezu allen Kindern mindestens vier relevante Kriterien einer sozialen Angststörung erfüllt sind, reduziert sich der Anteil der Kinder, auf die das Eingangskriterium zutrifft, signifikant auf unter 20% zum Zeitpunkt nach der Intervention. Dementsprechend zeigen sich auch gemäß der varianzanalytischen Analyse aller DIPS-Variablen im Elternurteil Verbesserungen. So kann die Ausweitung der subklinischen Angstsymptome zum Vollbild einer sozialen Angststörung nicht nur verhindert werden, sondern die bestehende Symptomatik wird hinsichtlich der Anzahl der zutreffenden Kriterien der sozialen Angststörung, hinsichtlich des Ausmaßes der Generalisierung und hinsichtlich der Beeinträchtigung verringert. Die signifikante Verbesserung im DIPS erreicht zudem mit Blick auf die Ergebnisse der Effektstärken aller drei Variablen bereits unmittelbar nach Ende des Programms bedeutsame Ausmaße. Nach der Intervention erfüllen die Kinder im Mittel noch zwei relevante Kriterien einer sozialen Angststörung. Der Grad der Generalisierung der sozialen Angst ist vor der Intervention mit sechs Situationen sehr ausgeprägt, dies reduziert sich nach der Intervention im Mittel auf zwei Situationen. Die Beeinträchtigung liegt vor der Intervention im schweren Bereich, sie verringert sich nach der Intervention schließlich zu einer „mäßigen Beeinträchtigung“. Die Resultate der Fragebogenerhebung mit Hilfe der CBCL fallen ebenso erfreulich aus: So reduzieren sich die Werte im Interventionszeitraum auf den intendierten Skalen „Angst/Depression“, „Sozialer Rückzug“ und „Internalisierende Auffälligkeiten“ signifikant. Dabei werden insbesondere auf den Skalen „Angst/Depression“ und „Internalisierende Auffälligkeiten“ bedeutsame Verbesserungen erzielt. Die Werte der Skala „Sozialer Rückzug“ verringern sich weniger deutlich, der Effekt erreicht aber noch eine mittlere Ausprägung. Was sagen diese statistisch signifikanten und bedeutsamen Ergebnisse nun inhaltlich aus? Auf diese Frage geben z.B. die Normwerte der CBCL für die drei genannten Skalen Auskunft, nach denen die Kinder vor der Intervention Ausprägungen im auffälligen Bereich zeigen. Die Werte auf den beiden Primärskalen reduzieren sich nach der Programmteilnahme der Kinder auf Ausprägungen

im unauffälligen Bereich, so dass hier von einer klinisch relevanten Verbesserung gesprochen werden kann. Auf der Sekundärskala „Internalisierende Auffälligkeiten“, die sich neben den beiden genannten Skalen zusätzlich aus der Skala der somatischen Symptome zusammensetzt, wird eine entsprechende Verbesserung erst im langfristigen Verlauf (s.u.) erzielt.

Insgesamt weisen auch die Ergebnisse des Kindurteils, die als Nächstes zusammengefasst werden, auf eine Bestätigung der oben genannten Zielsetzung hin. So ist die Rate derer, die das Eingangskriterium erfüllen, nach dem Programm um mehr als die Hälfte reduziert. Dieser Unterschied zum Zeitpunkt vor der Teilnahme wird tendenziell signifikant. Ebenso verändern sich die Werte der DIPS-Variablen gemäß dem Resultat der multivariaten Varianzanalyse im Interventionszeitraum signifikant. Für diesen Effekt ist vor allem die Reduktion der Anzahl der für eine soziale Angststörung zutreffenden Kriterien als auch des Ausmaßes der Generalisierung auf verschiedene Situationen verantwortlich. Das Ausmaß an Beeinträchtigung durch die soziale Angst verringert sich dagegen weder signifikant noch bedeutsam. Inhaltlich bedeuten diese Ergebnisse Folgendes: Vor der Intervention erfüllen die Kinder aus ihrer Sicht im Durchschnitt drei und nachher zwei relevante Kriterien einer sozialen Angststörung. Die Angst erstreckt sich vor der Teilnahme an dem Programm auf etwa drei und nachher auf etwa zwei Situationen. Das Ausmaß an Beeinträchtigung ist vorher als „mäßig“ zu bezeichnen und reduziert sich nachher auf ein Ausmaß zwischen „wenig“ und „mäßig“.

Die Werte im Fragebogen verringern sich ebenfalls signifikant zwischen den Zeitpunkten vor und nach der Programmdurchführung. Wie univariate Auswertungen zeigen, gilt der Haupteffekt „Zeit“ dabei sowohl für die Skala „Furcht vor negativer Bewertung“ als auch für die Skala „Vermeidung von bzw. Belastung durch soziale Situationen“ der SASC-R-D. Allerdings zeigt sich die Verbesserung auf der kognitiven Skala bereits unmittelbar nach der Intervention, während die verhaltensorientierte Skala erst im langfristigen Verlauf einen vergleichbaren Effekt in mittlerer Höhe vorweist (s.u.). Auch hier soll auf die Frage der inhaltlichen Bedeutung der Veränderungen der Werte eingegangen werden: Die Werte der kognitiven Skala „FNE“ befinden sich vor der Intervention im klinisch auffälligen Bereich, nach der Intervention liegen sie dagegen an der Grenze zwischen subklinischen und unauffälligen Werten. Die verhaltensorientierte Skala „SAD“ zeigt dagegen zu beiden Zeitpunkten eine subklinische Ausprägung. Da in der Literatur zur SASC-R-D keine verbindlichen Cut-off-Werte mitgeteilt werden, ist dies allerdings nur als vorläufige Interpretation zu sehen.

Zuletzt wird das klinische Urteil in Form des fünfstufigen Ratings über den Schweregrad der sozialen Angst der Kinder erwähnt. Auch dieses reduziert sich signifikant und bedeutsam zwischen den Zeitpunkten vor und nach der Intervention.

*Haupthypothese (2): Verbesserung aus verschiedenen Perspektiven*

Diese Hypothese fordert, dass Verbesserungen sowohl aus der Perspektive der Eltern als auch der Kinder sowie im klinischen Urteil resultieren. Diese Erwartung ist gemäß den Ergebnissen der Hauptstudie erfüllt.

Wie unter (1) dargestellt, verändern sich die Werte in den Elternvariablen des DIPS und der CBCL erwartungsgemäß. Ebenso geben die Kinder Verbesserungen sowohl in den Variablen des DIPS, mit Ausnahme der Skala „Beeinträchtigung“, als auch in den Variablen der SASC-R-D an. Im Vergleich mit den ausgeprägten Effekten im Elternurteil erreichen die Verbesserungen im Kindurteil allerdings im Durchschnitt nur mittlere Ausmaße. Aus klinischer Perspektive resultiert in dem Rating über den Schweregrad der sozialen Angst zudem eine signifikante und bedeutsame Verbesserung. Somit hat sich die angestrebte Verbesserung sowohl im Selbst- und Fremdurteil als auch in Fragebögen- und Interviewverfahren manifestiert.

*Haupthypothese (3): Verbesserung der sozialen Kompetenz bzw. Performanz*

Sowohl in der Vorstellungs- als auch in der Durchsetzungsaufgabe im Rollenspiel soll sich der Gesamtwert der RSK im Interventionszeitraum signifikant und bedeutsam verbessern. Diese Erwartung wird gemäß den Ergebnissen der Hauptstudie nicht erfüllt.

Zwischen den beiden Zeitpunkten vor und nach dem Programm reduziert sich der Gesamtwert der RSK zwar um etwa eine halbe Standardabweichung, aufgrund des nicht signifikanten Ergebnisses der statistischen Überprüfung kann diese Veränderung aber auch auf eine Zufallsschwankung zurückgehen. Die Effektstärke fällt für die zeitliche Veränderung ebenfalls zu gering aus, um von einem bedeutsamen Effekt sprechen zu können. Im Durchschnitt wird die soziale Kompetenz bzw. Performanz der Kinder sowohl vor als auch nach der Programmtteilnahme als mittelmäßig beurteilt.

Während sich damit auf der beobachtbaren Ebene keine Veränderungen ergeben, scheint das subjektive Erleben der Kinder aber während der Rollenspiele zu variieren: So geben sie vor der Intervention signifikant mehr Angst vor beiden Aufgaben im Vergleich zum Zeitpunkt nach der Intervention an, während sich dieses Erleben im Kontrollzeitraum nicht verändert. Außerdem ist die Erwartungsangst vor Beginn der Aufgabe stets stärker als im nachhinein. Zusätzlich erzeugt die Aufgabe, sich vorzustellen, mehr Angst als die Aufgabe, sich gegen eine andere Person durchzusetzen. Die eigene Einschätzung der Aufgabenbewältigung fällt vor allem im Rollenspiel „Vorstellen“ vor der Teilnahme am Programm signifikant pessimistischer aus als nachher, im Rollenspiel „Durchsetzen“ trifft dies zumindest tendenziell zu. Diese Verbesserung in der kognitiven Selbsteinschätzung tritt dagegen im Wartezeitraum nicht ein.

*Haupthypothese (4): Vergleich von Interventions- und Wartezeitraum*

In dieser Hypothese wird postuliert, dass sich die Veränderungen im Interventionszeitraum stärker als im Wartezeitraum manifestieren, so dass Effekte durch Spontanremission bzw. Regression auszuschließen sind. Dies kann den Ergebnissen der Hauptstudie zufolge bestätigt werden.

So verbessert sich keines der beteiligten Evaluationskriterien im Wartezeitraum signifikant oder bedeutsam, vielmehr bleiben die Werte in dem Zeitintervall von vier Monaten ohne Kontakt zur Ambulanz weitestgehend stabil. Deskriptiv ergeben sich naturgemäß leichte Schwankungen sowohl in Richtung einer Verbesserung als auch einer Verschlechterung der Werte während der Wartezeit. Diese Schwankungen werden schließlich einem direkten Vergleich mit den Veränderungen im Interventionszeitraum unterzogen. Im Elternurteil unterscheiden sich dabei die Veränderungen während des Programms hinsichtlich aller drei DIPS-Variablen signifikant im Vergleich zu den Veränderungen im Wartezeitraum. Auch der direkte Vergleich der beiden Zeiträume hinsichtlich der Werte der CBCL wird multivariat signifikant, hierzu tragen die Variablen „Angst/ Depression“, „Internalisierende Auffälligkeiten“ und der Gesamtwert der CBCL bei. Der Vergleich der beiden Zeiträume hinsichtlich der Ergebnisse des Kindurteils fällt über die DIPS-Variablen hinweg insgesamt nicht signifikant aus, lediglich auf der Variable „Anzahl der Kriterien“ unterscheiden sie sich signifikant. Dagegen ist für den multivariat signifikanten Unterschied zwischen beiden Zeiträumen die kognitive Skala der SASC-R-D verantwortlich. Die Werte der RSK verändern sich im Wartezeitraum ebenfalls zu geringfügig, um von einem signifikanten oder bedeutsamen Ergebnis zu sprechen. Aufgrund der geringen Veränderung im Interventionszeitraum wird der direkte Vergleich der RSK-Werte für die beiden Zeiträume nicht signifikant. Die stärkere Reduktion der Werte im klinischen Rating über den Schwergrad der sozialen Angst unterscheidet sich schließlich im Interventionszeitraum von der Veränderung im Wartezeitraum zumindest tendenziell.

*Haupthypothese (5): Aufrechterhaltung der Verbesserungen*

Diese Hypothese zielt auf die Stabilität der Ergebnisse ab und verlangt eine Aufrechterhaltung der Verbesserungen bis zur Follow-up-Untersuchung ein halbes Jahr nach Beendigung des Programms. Auch diese Erwartung wird in der Hauptstudie erfüllt.

Im Elternurteil reduziert sich in diesem Zusammenhang der Anteil der Kinder, die das Eingangskriterium erfüllen, von 17% unmittelbar nach dem Programm auf 13% bei der Follow-up-Untersuchung. Außerdem verbessern sich die Werte aller Variablen des DIPS deskriptiv im Follow-up-Zeitraum weiter. Dadurch wird der Vergleich der Zeitpunkte „Prä“ und „Follow-up“

erneut für alle DIPS-Variablen signifikant. Diese langfristige Verbesserung zeigt sich auch in bedeutsamen Effektstärken beim Vergleich der beiden Zeitpunkte „Prä“ und „Follow-up“. Zum letzten Messzeitpunkt erfüllen die Kinder dem Urteil ihrer Eltern zufolge nur noch ein Kriterium einer sozialen Angststörung, die Angst erstreckt sich im Mittel auf zwei Situationen und die Kinder sind durch die soziale Angst „ein wenig“ beeinträchtigt. Ähnlich verhält es sich mit den Ergebnissen der CBCL: Auch hier verbessern sich die Werte deskriptiv langfristig weiter, so dass sich auch die beiden Zeitpunkte „Prä“ und „Follow-up“ signifikant voneinander unterscheiden und daher erneut von einer Aufrechterhaltung der Ergebnisse gesprochen werden kann. Die Bedeutsamkeit des Interventionseffekts bleibt für die Skalen „Angst/Depression“ und „Internalisierende Auffälligkeiten“ bis zur Follow-up-Untersuchung damit erhalten. Auf der Skala „Sozialer Rückzug“ wird der Effekt mittlerer Größenordnung langfristig ebenfalls beibehalten. Interessant ist an dieser Stelle zudem, dass sich sechs Monate nach Beendigung des Programms alle Werte der CBCL im unauffälligen Bereich befinden.

Wie sieht es nun mit den langfristigen Resultaten im Kindurteil im Einzelnen aus? Hierfür stehen die Werte der SASC-R-D zur Verfügung, die auf der Skala „FNE“ zum Zeitpunkt „Follow-up“ stabil bleiben und sich auf der Skala „SAD“ weiter verbessern. Beide Skalen erreichen damit im langfristigen Verlauf einen mittleren Effekt und befinden sich zum letzten Messzeitpunkt im subklinischen (SAD) bis Grenzbereich zu unauffälligen Werten (FNE).

Zusammenfassend sind damit alle Haupthypothesen mit Ausnahme der Haupthypothese (3) bezüglich der Verbesserung der sozialen Kompetenzleistung bestätigt worden. Im Folgenden werden weitere Ergebnisse sowie die Resultate der Nebenhypothesen zusammengefasst.

### *Sonstige Ergebnisse*

Die bisher genannten statistischen Verbesserungen können durch die Befragungen zum Erfolg der Intervention und durch die qualitativen Ergebnisse ergänzt werden: Sowohl die Eltern als auch die beteiligten Kinder äußern sich positiv über Veränderungen durch das Programm und geben ihrer Zufriedenheit Ausdruck. Auch die geringe Drop-out-Quote weist auf eine hohe Akzeptanz des Programms hin: Nur zwei Kinder entscheiden sich nach der kognitiven Vorbereitung gegen eine Teilnahme am Programm. Während des ganzen Projekt fällt kein weiterer Teilnehmer aus der Stichprobe heraus mit Ausnahme einer Familie, die zur Follow-up-Untersuchung nur postalisch, aber nicht telefonisch erreicht werden kann.

Bei den qualitativen Ergebnissen werden von den Eltern Veränderungen ihrer Kinder auf kognitiver, emotionaler und körperlicher Ebene geäußert. Die Kinder beziehen in ihren Aufzählungen zu positiven Aspekten alle drei Komponenten des Programms mit ein, die ihnen

ihrer Einschätzung nach insgesamt „viel geholfen“ haben. Allerdings wird auch deutlich, dass sie z.B. die Expositionübungen als belastend empfunden haben. Trotzdem wird diese Komponente von den Kindern insgesamt am positivsten beurteilt.

Bereits direkt nach Beendigung der Intervention nimmt die Mehrzahl der Eltern keine Beeinträchtigungen durch die soziale Angst bei ihren Kindern in den Bereichen Familie und Freizeit mehr wahr. In der Schule bemerken die meisten Eltern höchstens noch wenig Beeinträchtigung bei ihren Kindern. Ein halbes Jahr später bleiben diese Einschätzungen in etwa konstant. Die restlichen Einschränkungen durch die soziale Angst reduzieren sich sogar weiter in den Bereichen Schule und Familie, ein Teil der Eltern sieht allerdings bei der Follow-up-Befragung noch mäßige Schwierigkeiten in der Freizeit der Kinder. Die meisten Kinder geben unmittelbar nach dem Programm und auch ein halbes Jahr später keine oder nur wenig Beeinträchtigung in den genannten Bereichen an.

#### *Nebenhypothese (1): Einfluss der Komorbidität*

Diese Hypothese widmet sich dem Zusammenhang zwischen dem Vorliegen komorbider Auffälligkeiten und der Wirksamkeit des Programms. Diesbezüglich kann zumindest vorläufig festgehalten werden, dass Kinder mit einer komorbid Diagnose in vergleichbarer Weise von der Teilnahme an dem Programm profitieren wie Kinder ohne Komorbidität. Darüber hinaus scheint sich die Teilnahme positiv auf andere Probleme neben der sozialen Angst auszuwirken.

Im Einzelnen verändert sich weder das Elternurteil noch das Kind- oder klinische Urteil hinsichtlich der Wirksamkeit des Programms maßgeblich, wenn die Daten der Kinder mit einer Trennungsangst, einer generalisierten Angststörung oder einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung unberücksichtigt bleiben. Eine Ausnahme stellt das Kindurteil im DIPS dar, nach dem Kinder mit komorbider Diagnose unmittelbar nach dem Programm mehr Kriterien einer sozialen Angststörung und ein größeres Maß an Beeinträchtigung aufweisen als Kinder ohne komorbide Diagnose. Das Ausmaß der Generalisierung auf verschiedene Situationen und die Werte in den beiden Skalen der SASC-R-D bleiben dagegen im Kindurteil konstant.

Darüber hinaus sei an dieser Stelle auf den Verlauf der Ausprägung der Skala „Externalisierende Auffälligkeiten“, des Gesamtwerts der CBCL und des DIKJ verwiesen. Die Werte auf der Skala „Externalisierende Auffälligkeiten“ liegen im gesamten Verlauf der Studie zwar im unauffälligen Bereich, trotzdem reduzieren sie sich im langfristigen Verlauf, so dass eine mittlere Effektstärke für den Vergleich „Prä/Follow-up“ erreicht wird. Die Stichprobe zeichnet sich also nicht durch besondere Auffälligkeiten aus dem externalisierenden Cluster aus, einzelne Symptome aus diesem Bereich scheinen aber trotzdem durch die Programmteilnahme positiv

beeinflusst zu werden. Der Gesamtwert der CBCL, der neben den in dieser Studie verwendeten Skalen die Bereiche „Körperliche Beschwerden“, „Soziale Probleme“, „Schizoid/ Zwanghaft“, „Aufmerksamkeitsprobleme“, „Dissoziales Verhalten“, „Aggressives Verhalten“ und eine Auswahl anderer Probleme abdeckt, zeigt bereits unmittelbar nach dem Programm eine signifikante und bedeutsame Verbesserung, die im langfristigen Verlauf aufrechterhalten wird. Vor der Intervention befindet er sich im auffälligen Bereich, dies reduziert sich unmittelbar nach der Intervention auf den Grenzbereich zwischen un- und auffälligen Werten, um im Follow-up schließlich den unauffälligen Bereich zu erreichen. Die Werte des DIKJ liegen vor und nach der Intervention sowie beim Follow-up im unauffälligen Bereich und verändern sich im Verlauf nicht signifikant oder bedeutsam. Zusammenfassend treten damit bei Abschluss des Programms und ein halbes Jahr später keine neuen Symptome aus anderen Bereichen bei den Kindern auf, sondern die Verbesserung der sozialen Angst scheint sich positiv auf das Gesamtbefinden der Kinder auszuwirken.

#### *Nebenhypothese (2): Einfluss der Schwere der Problematik*

Gemäß dieser Hypothese wird ein negativer Einfluss beim Vorliegen einer ausgeprägten Angstsymptomatik auf die Wirksamkeit des Programms erwartet. Konträr hierzu legen die vorläufigen Ergebnisse dieser Studie den Schluss nahe, dass keine Unterschiede in der Wirksamkeit des Programms für Kinder mit unterschiedlicher Symptomschwere bestehen. Lediglich im Kindurteil gibt es Hinweise darauf, dass die Kinder mit einer manifesten sozialen Angststörung nach der Intervention eine stärkere Generalisierung auf mehrere Situationen vorweisen und eventuell mehr Zeit für eine ähnliche Verbesserung auf der Verhaltensebene benötigen als Kinder mit subklinischer Ausprägung der Symptome.

#### *Nebenhypothese (3): Einfluss des Alters*

Hier wird die Fragestellung untersucht, ob Kinder unterschiedlichen Alters vergleichbar von der Intervention profitieren. Diese Frage kann aufgrund der unterschiedlichen Ergebnisse im Eltern-, Kind- und klinischen Urteil nicht eindeutig beantwortet werden.

So unterscheiden sich die Kinder in den drei Altersgruppen von acht bis zehn, elf bis zwölf und 13 bis 15 Jahren im Eltern- und klinischen Urteil hinsichtlich der Evaluationskriterien so gut wie gar nicht voneinander. Die jüngste Gruppe kann ihre Beeinträchtigung durch die soziale Angst dem Elternurteil zufolge allerdings schneller reduzieren als die beiden älteren Gruppen. Im Kindurteil zeichnet sich dagegen die älteste Gruppe durch die stärksten Verbesserungen aus.

Dies bezieht sich z.B. auf eine deutlichere Reduktion der Ausprägung auf den Variablen des DIPS und eine schnellere Verbesserung auf der kognitiven Skala der SASC-R-D.

#### 4.3.2 Vergleich der Ergebnisse von Pilot- und Hauptstudie

Bereits in der ersten Wirksamkeitsüberprüfung im Rahmen der Pilotstudie kann die Ausbildung einer klinisch relevanten sozialen Angststörung verhindert und die Symptomatik der Kinder gemäß mehreren Evaluationskriterien reduziert werden. Diese ersten Hinweise auf die Wirksamkeit des Programms werden überdies über einen Zeitraum von sechs Monaten aufrechterhalten. Die Äußerungen der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Eltern lassen außerdem auf eine hohe Akzeptanz des Programms schließen. Andere Aspekte in den Ergebnissen der Pilotstudie sind dagegen kritisch zu betrachten. Hierzu zählen die skeptischere Sichtweise der Kinder hinsichtlich der Wirksamkeit des Programms im Vergleich zum Urteil ihrer Eltern, das schlechtere Abschneiden der Kinder in der Kontrollgruppe oder die ausbleibende Verbesserung der sozialen Kompetenzleistung. Zudem äußern sich mehrere Eltern und Kinder auch nach der Intervention noch deutlich unzufrieden über restliche Schwierigkeiten durch die soziale Angst in der Schule und in der Freizeit der Kinder. Überdies halten die Verbesserungen der CBCL, des DIPS im Kindurteil und der RSK bei einem der beiden Rollenspiele dem Kontrollgruppenvergleich nicht eindeutig stand, so dass zumindest die Verbesserungen auf diesen Variablen auch durch z.B. Spontanheilung verursacht sein könnten (vgl. 3.3.2)

Auch wenn einige dieser Unzulänglichkeiten auf die geringe Stichprobengröße der Pilotstudie zurückgehen mögen, ist versucht worden, diesen kritischen Aspekten bei der Gestaltung der Hauptstudie zu begegnen. Im Abschnitt 4.1.5 sind die verbesserungswürdigen Ergebnisse der Pilotstudie den geplanten Veränderungen in der Gestaltung der Hauptstudie gegenübergestellt. Im folgenden Abschnitt wird diese Auflistung durch die entsprechenden Ergebnisse der Hauptstudie ergänzt.

Zunächst können die Wirksamkeitshinweise des Programms, die sich bereits in der Pilotstudie ergeben haben, in der Hauptstudie repliziert werden. Darüber hinaus fallen die Ergebnisse der Hauptstudie im Vergleich zur Pilotstudie günstiger aus. Dies zeigt sich zunächst in deutlicheren Effekten beim Vergleich der Werte zwischen den Zeitpunkten vor und nach der Intervention bzw. zum Follow-up-Zeitpunkt. In der Regel werden positive Veränderungen in der Hauptstudie darüber hinaus auch schneller als in der Pilotstudie erreicht. Wenngleich ein direkter Vergleich der Ergebnisse hinsichtlich der Kontrolle der Effekte durch die unterschiedlichen Untersuchungsdesigns auch erschwert ist, so fällt außerdem doch auf, dass die Verbesserungen in der Hauptstudie insgesamt eindeutiger Effekte von Spontanremission bzw. Regression ausschließen.

Mehrere Aspekte sind bei der Durchführung der Hauptstudie z.B. als Reaktion auf die skeptischere Sichtweise der Kinder im Gegensatz zu ihren Eltern verändert worden. Durch die Einbeziehung des klinischen Urteils sollten etwa falsch-positive Urteile im Elternurteil relativiert werden, um zu verhindern, dass Kinder ohne relevante Probleme unnötiger Weise an dem Programm teilnehmen. Damit sollte neben einer überflüssigen Pathologisierung der Kinder auch ein Bodeneffekt im Kindurteil vermieden werden. So ist acht Familien von einer Teilnahme abgeraten worden, da das klinische Urteil keine relevante Ausprägung der Angstsymptome gezeigt hat. Hierdurch hat sich allerdings die Konkordanz zwischen Kind- und Elternurteil hinsichtlich der DIPS-Kriterien der teilnehmenden Kinder im Vergleich zur Pilotstudie nicht verändert, sie beträgt vor bzw. nach der Intervention nach wie vor nur 66% bzw. 62%. Die Ausgangswerte der Kinder sind in der Hauptstudie auch nur im Anteil der Kinder, die das Eingangskriterium erfüllen, etwas stärker ausgeprägt als in der Pilotstudie. Die Kinder beurteilen ihre Angstzeichen im Durchschnitt also nach wie vor bereits vor der Intervention weniger negativ als ihre Eltern. In der Hauptstudie sind darüber hinaus verschiedene Anstrengungen zur Optimierung des Programms unternommen worden, u.a. um auch im Erleben der Kinder Veränderungen in der Symptomatik zu erzielen. Darunter fallen z.B. die Ausweitung des Expositionsteils oder die Bemühungen für einen verbesserten Transfer der Inhalte des Programms auf den individuellen Alltag.

Wie sehen nun die Ergebnisse im Kindurteil in der Hauptstudie im Vergleich zur Pilotstudie aus? Insgesamt werden in der Hauptstudie in allen Evaluationskriterien des Kindurteils stärkere Verbesserungen deutlich. Z.B. reduziert sich die Rate an Kindern, die das Eingangskriterium erfüllen, deutlicher als in der Pilotstudie. Dies trifft gleichermaßen auf die Variablen des DIPS im Kindurteil zu, was sich in der Hauptstudie in einem signifikanten Ergebnis beim multivariaten Vergleich der beiden Zeitpunkte vor und nach der Intervention niederschlägt, während dies bei der Pilotstudie ausbleibt. Auch die Effektstärken für den Zeitvergleich beim DIPS im Kindurteil ergeben in der Hauptstudie mittlere Effekte im Gegensatz zu geringen Effekten in der Pilotstudie. Nicht zuletzt reduzieren sich die Werte beider Skalen der SASC-R-D in der Hauptstudie deutlicher bereits zum Zeitpunkt nach der Intervention, woraus sich z.B. eine signifikante Verbesserung der Werte auf der SAD-Skala ergibt, die sich in der Pilotstudie nicht maßgeblich verändert. Zwar beurteilen die Kinder in der Hauptstudie die Wirksamkeit der Intervention nach wie vor weniger positiv als die Erwachsenen, aber es ergeben sich auf allen Evaluationskriterien signifikante Verbesserungen, die in der Regel zumindest eine mittlere Ausprägung vorweisen. Es ist zu vermuten, dass diese Verbesserungen im Vergleich zur Pilotstudie auf die inhaltlichen Veränderungen des Programms zurückgehen, nachdem der Bodeneffekt

nicht zu eliminieren war. Die Ausweitung des Expositionsteils scheint zudem im Interesse der Kinder gewesen zu sein, wie ihre Bewertung dieser Übungen als beste Komponente vermuten lässt.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass auch im Elternurteil deutlichere Veränderungen auf allen Evaluationskriterien als in der Pilotstudie sichtbar werden. Dies trifft z.B. auf das Eingangskriterium zu, das in der Pilotstudie nach der Intervention von fast 50% und in der Hauptstudie von weniger als 20% der Stichprobe erfüllt wird. Die Effekte der DIPS-Variablen im Elternurteil sind außerdem in der Hauptstudie zum Follow-up-Zeitpunkt stärker ausgeprägt. Ein anderes Beispiel stellt die stärkere Reduktion der Werte der CBCL-Skalen „Sozialer Rückzug“ und „Internalisierende Auffälligkeiten“ dar. Die Eltern, deren Kinder an der Hauptstudie teilgenommen haben, äußern außerdem bei der Befragung bezüglich der Wirksamkeit der Intervention deutlichere Erfolge.

Die vergleichsweise schlechteren Ergebnisse der Pilotstudie im Kind- und Elternurteil kommen zum Teil durch die geringere Veränderung der Werte der Kontrollgruppe zustande. Im Abschnitt 3.3.2 ist als mögliche Begründung hierfür die ausgeprägtere allgemeine Psychopathologie der entsprechenden Kinder angeführt worden. Natürlich sollte diese Überlegung im Rahmen größer angelegter Studien ausführlicher untersucht werden. In der vorliegenden Hauptstudie ergibt sich jedenfalls der vorläufige Hinweis, dass Kinder mit komorbider Problematik in gleichem Maße von der Intervention profitieren können wie Kinder mit ausschließlich sozialen Ängsten. Die Reduktion der Angstsymptomatik hat zudem eine Verbesserung des Gesamtbefindens der Kinder bewirkt, wie zumindest an den Sekundärskalen der CBCL deutlich wird. Die qualitativen Ergebnisse der Eltern rücken mögliche Wirkmechanismen für einen solchen Generalisierungseffekt ins Blickfeld: So geben die Eltern beispielsweise an, dass ihre Kinder sich mehr zutrauen und insgesamt selbstbewusster geworden sind. Eine derartige Stärkung des Selbstwirksamkeiterlebens kann auch für die Bewältigung weiterer Problembereiche hilfreich sein, da dieses Konstrukt als zentrale Wirkvariable im Therapieprozess angesehen wird (vgl. z.B. Bergin & Garfield, 1994; Sammet, Lüneburg & Schauenburg, 2003). Außerdem wäre vorstellbar, dass eine stärkere Selbstoffenbarung eigener Probleme, die von Eltern nach der Programmteilnahme ihrer Kinder wahrgenommen wird, für einen Generalisierungseffekt verantwortlich ist. Abgesehen hiervon bleibt die Frage des schlechteren Abschneidens der Kontrollgruppe in der Pilotstudie offen. An dieser Stelle kann nur erneut auf Schwierigkeiten in der Gruppendynamik hingewiesen werden, die sich insbesondere durch externalisierende Probleme ergeben haben könnten. Es wäre denkbar, dass sich in der Pilotstudie durch eine Häufung mehrerer Kinder mit derartigen zusätzlichen Problemen in einzelnen Gruppen ungünstige Entwicklungen ergeben haben. Für

weitere Durchführungen können in diesem Zusammenhang die speziellen Leitlinien von Manassis und Monga (2001) für die Angstbehandlung von Kindern mit komorbider externalisierender Symptomatik berücksichtigt werden, die z.B. eine stärkere Strukturierung bei der Durchführung oder eine intensivere Kommunikation mit der Schule vorschlagen.

Durch die inhaltlichen Veränderungen wie etwa die erweiterte Übungsmöglichkeit für soziale Fertigkeiten im Rahmen der Ausweitung des Expositionsteils sollte sich auch die soziale Kompetenzleistung der Kinder verändern. Wie bereits dargestellt, ist dies aber auch in der Hauptstudie nicht eingetreten. Vielmehr sind die Ergebnisse auf der RSK bei der Beurteilung der Rollenspiele in beiden Studien vergleichbar gering ausgeprägt. Wie auch in der ersten Studie verändert sich allerdings das subjektive Erleben der Kinder während der Rollenspiele, wobei sich das Angsterleben der Kinder dabei in der Hauptstudie auf ein geringeres Ausmaß nach der Intervention reduziert als in der Pilotstudie. Auf den Aspekt der sozialen Kompetenzleistung wird später noch eingegangen.

Einen weiteren Kritikpunkt bei den Ergebnissen der ersten Studie stellen die restlichen Beeinträchtigungen der Kinder nach der Intervention dar. Zu den entsprechenden Resultaten der Hauptstudie ist Folgendes zu sagen: Bereits bei der Befragung im Anschluss an die Intervention beklagen weniger Eltern und Kinder Schwierigkeiten in der Schule als in der Pilotstudie. Dieser Fortschritt liegt vermutlich weniger an dem Versuch der stärkeren Einbeziehung von Lehrern, da dies nur selten in Anspruch genommen worden ist. Vielmehr ist anzunehmen, dass mit einer deutlicheren Verbesserung der Symptomatik auch mehr Transfer auf den Alltag stattfindet. Es ist zu erwarten, dass sich dies auch in der Schule bemerkbar macht, da dort die meisten typischen Auslösersituationen für soziale Angst auftreten, wie mehrfach schon erwähnt wurde. Der genannte Fortschritt ist auch ein halbes Jahr später in der Befragung der Kinder und ihrer Eltern noch zu finden, allerdings beklagt zumindest ein Teil der Eltern zu diesem Zeitpunkt noch Einschränkungen in der Freizeit der Kinder.

Insgesamt führt die Überprüfung der Wirksamkeit des Gruppenprogramms in der Hauptstudie also zu einer weiteren Steigerung der Effekte. Ob nun das Einführen einer Selbstkontrollphase, die Verlängerung der Intervention insgesamt oder speziell die Ausweitung des Expositionsteils bzw. eine der anderen Veränderungen bei der Durchführung hierzu geführt haben, kann an dieser Stelle nicht erschöpfend beantwortet werden. Im nächsten Abschnitt werden die Resultate der Hauptstudie einer abschließenden Bewertung unterzogen.

#### 4.3.3 Diskussion der Befunde

Im Abschnitt 1.2.3 ist die Aufzählung wichtiger Anforderungen an Präventionsprogramme laut Heinrichs und Mitarbeitern (2002) wiedergegeben worden. Die Autoren betonen u.a. die Notwendigkeit einer theoretischen Fundierung und empirischen Absicherung der Präventionsprogramme. Durch die Orientierung der Programminhalte am aktuellen Stand der Interventionsforschung und die vorliegenden ersten Wirksamkeitsüberprüfungen wird diesen Aspekten Rechnung getragen.

Die beschriebenen Ergebnisse der Wirksamkeitsüberprüfung des vorliegenden Programms erfüllen außerdem weitere im Artikel geforderte Aspekte. So kann die Auftretenshäufigkeit der sozialen Angstsymptome und die Belastung durch die Angstsymptomatik durch die Teilnahme an dem Gruppenprogramm gesenkt werden. Auch reduziert sich das Ausmaß der Generalisierung auf unterschiedliche Situationen, so dass Eltern und Kinder in wichtigen Lebensbereichen der Kinder, wie z.B. Schule und Familie, kaum noch Beeinträchtigungen wahrnehmen. Ebenso kann die geforderte Aufrechterhaltung der Verbesserungen zumindest über einen Zeitraum von sechs Monaten gewährleistet werden. Einzelne Evaluationsinstrumente zeigen bei der letzten Untersuchung darüber hinaus eine weitere Reduktion ihrer Werte: Betrachtet man beispielsweise die Ergebnisse des klinischen Interviews mit den Eltern hinsichtlich der zutreffenden Kriterien oder auslösenden Situationen, so verringern sich die subklinischen Anzeichen für eine soziale Angststörung zum Zeitpunkt nach der Intervention im langfristigen Verlauf weiter. Ein anderes Beispiel stellt die Erfolgseinschätzung der Kinder dar, die sich von einem bereits erfreulichen Ergebnis zum Zeitpunkt nach der Untersuchung bei der Follow-up-Untersuchung weiter steigert. Andere Kriterien liegen zum Zeitpunkt nach der Intervention noch im kritischen Bereich und reduzieren sich erst langfristig auf ein günstigeres Niveau. Dies trifft z.B. auf das Ausmaß an Beeinträchtigung durch die soziale Angst gemäß dem Elternurteil oder die Ausprägung auf der Skala „Internalisierende Auffälligkeiten“ und des Gesamtwerts der CBCL zu. Genauso wie die Einschätzung der restlichen Beeinträchtigungen in der Schule liegen die Ausprägungen auf den genannten Instrumenten zum Follow-up-Zeitpunkt schließlich im unauffälligen Bereich.

Überdies zeichnet sich in der Hauptstudie erneut eine hohe Akzeptanz der Inhalte und Durchführung des Programms bei den Kindern und Eltern ab. Durch die Öffentlichkeitsarbeit in der lokalen Presse und bei wichtigen Kontaktstellen, den zentralen Standort der Ambulanz und die kostenlose Teilnahme ist das Programm außerdem für Interessenten leicht erreichbar.

Zu Beginn der theoretischen Einführung dieser Arbeit werden die unterschiedlichen Ebenen erwähnt, auf denen sich Symptome sozialer Angst manifestieren. Die Evaluationskriterien erlauben eine unterschiedliche Betrachtung der Symptome der Stichprobe der Hauptstudie auf der kognitiven, emotionalen und Verhaltensebene sowie deren Veränderung im Verlauf der Studie. Dadurch soll im Folgenden der Frage nach den konkreten Inhalten der beschriebenen statistischen Veränderungen nachgegangen werden. Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass durch diese Betrachtung Ergebnisse von Fragebögen- mit Interviewverfahren und Ergebnisse des Selbst- mit dem Fremdurteil miteinander vermischt werden.

Auf der Verhaltensebene existieren zunächst Angaben zum Ausmaß des sozialen Rückzugs vor der Teilnahme am Programm. Demnach sind die teilnehmenden Kinder weniger sozial aktiv als unauffällige Kinder aus Vergleichsstichproben. Auskunft zum Vermeidungsverhalten der Kinder kann die Skala „SAD“ der SASC-R-D geben, die allerdings auch die Belastung durch soziale Situationen abfragt. Hier sind die Angaben der Kinder vor der Intervention mit denen von Kindern vergleichbar, die subklinische soziale Ängste aufweisen. Zuletzt ist die direkte Verhaltensbeobachtung im Rollenspiel mit Hilfe der RSK zu erwähnen, auf der eine mittelmäßige Leistung bei den Kindern vor der Intervention deutlich wird. Dieses Urteil setzt sich aus der Bewertung des Blickkontakts, der Modulation in der Stimme und der Lautstärke und Deutlichkeit der Sprache, der körperlichen Unruhe und Nervosität sowie des Konversationsflusses zusammen. Diese nonverbalen Indikatoren für die soziale Kompetenz- bzw. Performanzleistung verändern sich, wie bereits erwähnt, im Interventionszeitraum nicht. Auch wenn hierfür verschiedene Erklärungen in Betracht kommen (s.u.), wäre denkbar, dass die Kinder zwar ihr Auftreten in sozialen Situationen nicht maßgeblich verändern, aber dennoch aktiver derartige Situationen aufsuchen. Darauf deutet zumindest die Verbesserung des sozialen Rückzugs gemäß dem Elternurteil in der CBCL hin. Bereits unmittelbar nach Ende der Intervention sind die Kinder diesem Maß zufolge vergleichbar sozial aktiv wie unauffällige Vergleichsgruppen. Auch die Ausprägung auf der verhaltensbezogenen Skala des Kinderfragebogens verändert sich signifikant und bedeutsam, was allerdings erst im langfristigen Verlauf deutlich wird. Einschränkend muss ergänzt werden, dass die Werte trotz der Verbesserung auch zum letzten Messzeitpunkt noch ein subklinisches Ausmaß vorweisen. Aber obwohl sich die Kinder in ihrem Vermeidungsverhalten bzw. der Belastung durch soziale Situationen noch nicht vergleichbar mit unauffälligen Kindern empfinden, sehen sie im Bereich Freunde und Freizeit keine nennenswerte Beeinträchtigung mehr. Gerade hier könnte sich eine verringerte soziale Aktivität durch entsprechend weniger Reaktionen von Gleichaltrigen niederschlagen. Dies ist besonders angesichts der von den Kindern im ILK vorher angegebenen Belastung in diesem Bereich positiv.

Im Selbsturteil äußern sich die Kinder über Auffälligkeiten auf der kognitiven Ebene. So zeigt die Skala „FNE“ der SASC-R-D, die vor allem auf die Befürchtung vor negativer Bewertung abzielt, eine klinisch relevante Ausprägung vor der Teilnahme an der Intervention. Ein ähnliches Konstrukt erfassen die kognitiven Selbsteinschätzungen bei den Rollenspielaufgaben, wie der signifikante positive Zusammenhang dieses Maßes mit der „FNE-Skala“ widerspiegelt (vgl. 3.2.1). Über 85% bzw. 75% der Kinder sind vor der Intervention den Ergebnissen der kognitiven Selbsteinschätzungen zufolge nicht von der Leichtigkeit der beiden Rollenspielaufgaben bzw. davon überzeugt, dass ihnen die Aufgaben gut gelingen werden und dass andere von ihnen denken, dass sie diese gut bewältigen werden. Diese Selbsteinschätzung verändert sich nach der Intervention bei der Vorstellungsaufgabe signifikant und bei der Durchsetzungsaufgabe der Tendenz nach zu einer optimistischeren Einschätzung. Die genannten Häufigkeiten reduzieren sich darüber hinaus auf 58% bzw. 50%. Eine klarere Interpretation ist mit den Ergebnissen der „FNE-Skala“ aufgrund der vorläufig angegebenen Vergleichswerte möglich. Hier wird nach der Intervention eine signifikante und bedeutsame Reduktion der Ausprägung erreicht, die auch noch bei der Follow-up-Untersuchung an der Grenze zum unauffälligen Wertebereich liegt. Zusammenfassend werden also bei den Kindern Auffälligkeiten auf der kognitiven Ebene deutlich, die sich im Laufe des Präventionsprogramms reduzieren lassen.

Das Angsterleben der Kinder wird auf der emotionalen Ebene durch mehrere Instrumente erfasst. Zu denken ist hierbei an die Skala „Angst/Depression“ der CBCL, die allerdings neben Items wie „Mein Kind ist zu furchtsam oder ängstlich“ oder „Mein Kind ist befangen oder wird leicht verlegen“ auch Items mit depressiven Inhalten wie Schuld- oder Minderwertigkeitsgefühle erfasst. Zudem wird das Angsterleben allgemein und nicht nur das Angstempfinden in sozialen Situationen angesprochen. Trotz des unspezifischen Charakters der Skala zeichnen sich die Kinder hier vor der Intervention durch auffällige Werte aus. Um Aussagen über das Erleben von Angst in sozialen Situationen machen zu können, kann auf die Ergebnisse im Kinder-DIPS verwiesen werden. Vor allem durch die beiden Kriterien A und B gemäß der sozialen Angststörung des DSM-IV-TR wird sich im Interview dieser Frage gewidmet (vgl. 1.1.3). 96% der Eltern stimmen vor der Intervention beispielsweise der Frage zu, ob sich ihr Kind aus Angst vor einer Bewertung in sozialen Situationen oft ängstlich, nervös oder sehr aufgeregt fühlt (Kriterium A). 88% stimmen außerdem der Frage nach dem Auftreten einer unmittelbaren Angstreaktion in solchen Situationen zu, bei der auch körperliche Symptome auftreten (Kriterium B). Die entsprechenden Raten im Kindurteil belaufen sich vor der Intervention auf 58% (Kriterium A) bzw. 79% (Kriterium B). Das Angstthermometer mit der Skala von 0 bis 100 bei den Rollenspielen kann als weiteres Verfahren zur Erfassung der emotionalen Ebene in einer

konkreten Situation genannt werden. Vorher geben etwa 30 bis 35% der Kinder eine Ausprägung unter 30 an, weitere 40 bis 50% geben eine Ausprägung bis 70 an und immerhin 15 bis 30% der Kinder erleben vorher intensive Angst mit einem Ausmaß von über 70. Nach der Intervention reduziert sich das Angsterleben der Kinder bei den Rollenspielen signifikant, was sich auch in der Häufigkeitsverteilung zeigt: In die unterste Kategorie mit einem Angsterleben unter 30 fallen jetzt etwa 70%, während 20 bis 25% eine Angstausprägung von unter 70 angeben und nur 5 bis 10% noch intensive Angst (>70) erleben. Wie im Ergebnisteil ausführlich dargestellt ist, reduziert sich außerdem im DIPS die Anzahl der zutreffenden Kriterien nach der Intervention signifikant und bedeutsam. Für die emotionale Ebene interessant ist dabei insbesondere die Reduktion des Kriteriums A auf 46% bei der Untersuchung unmittelbar nach der Intervention und auf 25% bei der Follow-up-Untersuchung im Elternurteil. Kriterium B reduziert sich auf 25% zum Zeitpunkt „Post“ bzw. auf 13% bei der Follow-up-Untersuchung. Im Kindurteil reduziert sich die Zustimmung zu Kriterium A auf 38% nach der Intervention und zu Kriterium B auf 25%. Insgesamt bestehen also Hinweise auf Auffälligkeiten der Stichprobe im emotionalen Angsterleben auf unspezifischer Ebene, im Angsterleben in verschiedenen sozialen Situationen und in einer konkreten, unmittelbar bevorstehenden Situation. Alle Indikatoren zeigen eine Reduktion dieses Erlebens nach der Intervention an.

Diese ersten Ergebnisse zur Einsetzbarkeit und Wirksamkeit des Programms auf den verschiedenen Manifestationsebenen sozialer Angst stimmen zuversichtlich, dass mit derartigen Schritten bereits zu einem frühen Zeitpunkt bei betroffenen Kindern und Jugendlichen gegen eine Ausweitung ihrer Angstproblematik vorgegangen werden und damit erheblicher Leidensdruck erspart werden kann. Wie Beidel (1998) betont, ist dies gerade für von sozialen Ängsten Betroffene angesichts des frühen Beginns der ersten Symptome und der schwerwiegenden Folgeerscheinungen inklusive der Ausbildung weiterer psychopathologischer Probleme (vgl. 1.1.6) relevant. Überraschend ist daher, dass bislang Anstrengungen für die spezifische Prävention von sozialen Ängsten gemäß einem aktuellen Überblicksartikel über die Prävention von Angststörungen (Feldner, Zvolensky & Schmidt, 2004) vernachlässigt worden sind. Vermutlich liegt ein Grund hierfür im vergleichsweise jungen Forschungsinteresse an der sozialen Angststörung bei Kindern (vgl. 1.1.3).

Neben den vielversprechenden Ergebnissen sollen nicht zuletzt auch einzelne kritische Aspekte der Hauptstudie erwähnt werden. Hierzu gehört z.B. der erneut ausbleibende Effekt bei der Beobachtung des Verhaltens der Kinder während der Rollenspiele. Die Tatsache, dass sich das subjektive Angstlevel und die kognitive Sicht der Kinder während der Aufgaben zwischen den Zeitpunkten vor und nach dem Programm verbessern, könnte zunächst als Hinweis darauf

interpretiert werden, dass die Kinder eher ein Kompetenzdefizit als ein Performanzproblem aufweisen. Schließlich ist ein relevantes Hindernis für die Offenbarung der eigenen sozialen Fertigkeiten, nämlich das Erleben eines negativen emotionalen Zustands, verringert worden. Es ist daher möglich, wie oben bereits erwähnt, dass die Kinder zumindest ihre nonverbale soziale Kompetenz trotz der Teilnahme an dem Programm nicht verändern können.

Im Abschnitt 3.3.2 sind im Rahmen der Pilotstudie auch andere Überlegungen für diesen Befund wie etwa ein Bodeneffekt der Daten angestellt worden. Dies kommt auch für den ausbleibenden Effekt in der Hauptstudie als mögliche Begründung in Frage. Dieser Vermutung soll durch folgenden Schritt zumindest vorläufig nachgegangen werden: Es werden die Kinder der Stichprobe identifiziert, die in den ersten 30 Sekunden nach der Aufforderung zur Vorstellung bzw. in den ersten 10 Sekunden nach Beginn des Rollenspiels mit der Durchsetzungsaufgabe keine Reaktion zeigen (vgl. 3.2.1). Dieser Indikator für besonders gehemmtes Verhalten trifft auf 21% der Stichprobe bei der Baseline-Erhebung zu. Im Vergleich zur Gesamtstichprobe zeichnen sich diese Kinder vorher durch eine im Mittel als „schlecht“ bewertete Leistung aus, die sich nach der Intervention etwa um eine Standardabweichung zu einer „mittelmäßigen“ Leistung verbessert. Im Wartezeitraum verschlechtern sich dagegen die RSK-Werte dieser Kinder geringfügig. Nach der Intervention zeigen überdies alle Kinder der Stichprobe auf die Prompts der Rollenspiele eine Reaktion. Dies weist darauf hin, dass Kinder mit deutlichen Defiziten in diesem Bereich ihre Leistung im Bereich der erfassten Indikatoren sozialer Kompetenz verbessern können.

In der Pilotstudie wird außerdem die Frage der externen Validität bezüglich der Erfassung des Konstrukts der sozialen Kompetenz aufgeworfen. Um hierüber die Ansicht der Kinder in Erfahrung zu bringen, ist 13 Kindern in der Hauptstudie eine visuelle Analogskala mit der Frage vorgelegt worden, für wie echt sie die jeweilige Aufgabe halten (siehe Anhang). Die Kinder nutzen dabei die gesamte Skala von 0 bis 10 aus, d.h. manche halten die Aufgaben für real, andere dagegen nicht. Der Median für das Rollenspiel mit der Aufgabe, sich vorzustellen, liegt bei 5, für das Rollenspiel mit der Aufgabe, sich durchzusetzen, sogar bei 8. Im Durchschnitt empfinden die Kinder die Aufgaben also aus „ihrem Leben gegriffen“. V.a. die Aufgabe, vor anderen zu sprechen, ist in der Behandlung von Personen mit sozialer Angst allgemein üblich und zählt nach Hofmann und Heinrichs (2003) zu den reliablen Verhaltenstests.

Trotzdem hat die Erfassung der sozialen Kompetenz auf diese Art auch ihre Grenzen, worauf an dieser Stelle noch einmal kurz eingegangen werden soll. Spence (1991) weist in ihrem Überblicksartikel über die Erfassung sozialer Fertigkeiten und sozialer Kompetenz bei Kindern u.a. auf die Notwendigkeit einer komplexen Erfassung dieser Konstrukte hin. Ihrer Ansicht nach

stellt das Konzept der sozialen Kompetenz das Ergebnis von Bewertungen über das kindliche Verhalten in sozialen Situationen dar. Um eine valide Bewertung darüber zu treffen, sollen daher Urteile aus möglichst verschiedenen Perspektiven, wie z.B. von Peers, Geschwistern oder Lehrern, getroffen werden. Zudem sollte zur Erfassung beobachtbarer sozialer Fertigkeiten aufgrund deren Situationsspezifität eine ausreichende Bandbreite an relevanten Situationen abgefragt werden. Auch sei die Leistung von Charakteristika des Gegenübers abhängig, z.B. mache es einen Unterschied, ob es sich um einen Erwachsenen oder ein Kind, einen Fremden oder eine vertraute Person handelt. Nicht zuletzt könne nicht die gleiche Erwartung an jedes Kind aufgrund des unterschiedlichen kognitiven und sozialen Entwicklungsniveaus verschiedener Altersgruppen gestellt werden. Diese Überlegungen machen deutlich, dass die Art der Erfassung der sozialen Kompetenz in der vorliegenden Studie in Form von zwei Rollenspielen mit jeweils erwachsenen Rollenspielpartnern nur einen vorläufigen Versuch darstellen kann. Interessant wären eine größere Vielfalt an Rollenspielpartnern und Situationen bzw., wie im Abschnitt 3.3.2 erwähnt, naturalistische Beobachtungen in verschiedenen Umfeldern der Kinder. Für die Beurteilung des Verhaltens wären darüber hinaus Normen von unauffälligen und klinischen Stichproben unterschiedlichen Alters interessant, um valider Entscheidungen über die Auffälligkeit und Spezifität einer Leistung treffen zu können.

Nicht übersehen werden sollte auch, dass nicht alle Kinder gleichermaßen von dem Programm profitiert haben. Der folgenden Aussage von Feldner und Mitarbeitern (2004) ist einerseits sicher zuzustimmen: „...even the most powerful prevention programs are not achieving their effects on all participants.“ Andererseits sollte die Frage der differentiellen Indikation weiter untersucht werden. Die vorläufige Untersuchung von Subgruppen wie etwa der Kinder mit komorbider Problematik erbringt in der vorliegenden Arbeit keine systematischen Unterschiede. Dies ist analog zu einer aktuellen Veröffentlichung von Rapee (2003), der zufolge das Vorliegen komorbider Probleme nicht die Wirksamkeit einer Angsttherapie schmälert. Die Übertragbarkeit derartiger Befunde auf ein Präventionsprojekt ist allerdings noch weiter zu bestätigen, wie auch Feldner und Kollegen (2004) betonen. In der vorliegenden Studie verbessert sich erfreulicherweise auch das Gesamtbefinden der Kinder, was sich positiv auf komorbide Probleme auswirken kann (s.o.). Eine Ausnahme stellt bei der Diskussion über den Einfluss komorbider Probleme der Befund dar, dass die Kinder mit einer komorbiden Diagnose in der vorliegenden Studie ihre Problematik zumindest ihren Angaben im Interview nach beeinträchtigender empfinden als Kinder ohne Komorbidität. Derartigen Fragen oder auch den Einfluss unterschiedlicher komorbider Symptomatiken sollte in weiteren Untersuchungen nachgegangen werden.

Wichtig ist sicher auch die Frage, für welche Symptomschwere das Programm geeignet ist. Den ersten Ergebnissen der Hauptstudie zufolge profitieren Kinder mit prodromalen Anzeichen vergleichbar wie einzelne Kinder mit einer bereits voll ausgeprägten Störung. Allerdings geben letztere noch eine größere Bandbreite an sozialen Situationen nach der Teilnahme als schwierig an. Interessant wäre hier das langfristige Urteil der Kinder über diesen Aspekt. Leider liegen Daten zum Kindurteil im DIPS nur zum Zeitpunkt unmittelbar nach der Intervention vor. Es wäre denkbar, dass sie durch ihre ungünstigere Ausgangslage mehr Zeit für die Generalisierung einzelner Erfahrungen benötigen. Hierauf weisen auch Melfsen, Osterlow, Beyer und Florin (2003) hin, die in ihrer Evaluationsstudie für sozial ängstliche Kinder nach einem kognitiv-behavioralen Training zunächst keine Effekte für die Outcome-Variablen Angstbewältigung und Selbstwelterleben finden. Drei Monate später verbessern sich zumindest die Werte für die Angstbewältigung signifikant und für das Selbstwelterleben der Tendenz nach.

Die Frage des Alterseinflusses auf die Wirksamkeit kann aus den vorliegenden Ergebnissen nicht eindeutig beantwortet werden. In einer aktuellen Untersuchung von Ahrens-Eipper (2003) spielt das Alter von insgesamt 95 sozial unsicheren Kindern zwischen fünf und zwölf Jahren keine Rolle hinsichtlich der Wirksamkeit eines verhaltensorientierten bzw. kognitiv orientierten Trainings. Dies ist aufgrund der unterschiedlichen Entwicklungsstufen in dieser Altersspanne erstaunlich. Allerdings unterscheiden sich die beiden Interventions- und die Kontrollgruppe im Alter, so dass auch die Schlussfolgerung der Autoren nur als vorläufig gesehen werden kann.

Für die Diskussion, warum die Eltern das Evaluationsergebnis erneut positiver als ihre Kinder beurteilen, sei auf 3.3.2 verwiesen. Angemerkt werden soll an dieser Stelle lediglich, dass die globalen Aussagen der Kinder über die Effektivität auch bei Melfsen und Kollegen (2003) skeptischer als die ihrer Eltern ausfallen. Möglicherweise ist es für sozial ängstliche Kinder charakteristisch, dass sie ihre eigene Problematik bzw. ihre Bewältigungsmöglichkeiten vor dem Hintergrund des oftmals verringerten Selbstwelterlebens skeptischer beurteilen.

Aufgrund des Designs können die Ergebnisse zur Aufrechterhaltung nicht mit Daten aus Kontrollzeiträumen verglichen werden. Es bleibt daher offen, welchen Verlauf die Symptomatik der Kinder über diesen Zeitraum ohne eine Behandlung genommen hätte. Aus den Befunden zum Verlauf der unbehandelten sozialen Angststörung (vgl. 1.1.6) geht diesbezüglich allerdings eine hohe Stabilität der Symptome hervor, die zumindest in einer Untersuchung auch für subklinische soziale Ängste bestätigt wird (Müller, 2002).

## 5. FAZIT UND AUSBLICK

Die vorliegende Studie verfolgt die Zielsetzung, die Ausweitung der Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen mit prodromalen Anzeichen einer sozialen Angststörung zu verhindern und die Belastung durch die schon bestehenden Angstsymptome zu lindern. Im vorigen Abschnitt sind die Evaluationsergebnisse des Gruppenprogramms aus der Pilot- und Hauptstudie zusammengetragen und diskutiert worden. Abschließend soll hier noch einmal auf die Relevanz solcher Interventionen verwiesen und ein Ausblick auf wichtige zukünftige Fragestellungen gegeben werden.

Im Abschnitt 1.1.6 wird auf ungünstige Begleiterscheinungen beim Vorliegen einer sozialen Angststörung eingegangen. Dabei ist z.B. von Beeinträchtigungen der Lebensqualität in den Bereichen Schule und soziale Kontakte, von schlechteren Schulleistungen und einem erhöhten Risiko für den Erwerb weiterer psychischer Störungen die Rede. Die für diese Arbeit rekrutierten Kinder und Jugendliche zeigen bereits trotz ihrer bei der Mehrzahl der Beteiligten noch nicht vollständig manifestierten Angststörung Anzeichen entsprechender Beeinträchtigungen. So nennen jeweils etwa 40% der Eltern in beiden Studien körperliche Beschwerden, wobei v.a. Schlafstörungen als typisches Problem bei den Kindern geäußert werden. Noch häufiger werden Auffälligkeiten aus dem affektiven Bereich angegeben: Jeweils fast 60% der Eltern in beiden Studien nehmen z.B. geringes Selbstvertrauen, depressive Verstimmung, Reizbarkeit und Verzweiflung bei ihren Kindern wahr. Das entsprechende Kindurteil im Depressionsfragebogen ist im Durchschnitt zwar unauffällig, 1/5 der Kinder zeigen aber auch hier bereits erste Auffälligkeiten. Darüber hinaus empfindet ein größerer Anteil der Kinder im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ihre psychische Gesundheit als problematisch. Insbesondere der Bereich der sozialen Kontakte wird von den Betroffenen als defizitär erlebt. Viele der Eltern bestätigen, dass ihre Kinder unter Gleichaltrigen sozial isoliert sind. Auch wenn die Wirkungsrichtung derartiger Belastungen noch weiterer Forschung bedarf, so gelten zumindest affektive Auffälligkeiten als Folgeerscheinung sozialer Angst. Insgesamt entsprechen diese Angaben den dargestellten Befunden anderer Studien und machen den Handlungsbedarf für Betroffene deutlich. Gerade bei Kindern und Jugendlichen ist dies z.B. im Hinblick auf die hohe Bedeutung positiver Peer-Beziehungen für eine gelungene sozio-emotionale Entwicklung entscheidend (siehe 1.1.7).

Darüber hinaus sind in der Einleitung aktuelle gesellschaftliche Anforderungen für diese Altersgruppe, wie z.B. ein gesundes Selbstvertrauen, gut ausgewinkelte soziale Fertigkeiten und ein angstfreier, offener Umgang mit Mitmenschen, erwähnt worden. Nicht zuletzt sprechen auch

ökonomische Aspekte für eine Beachtung sozialer Ängste. Hierzu zählen die erwähnten Schwierigkeiten in der Schule, in der Ausbildung und im Werdegang der Betroffenen, die zu einem niedrigeren sozioökonomischen Status führen können. Fehlzeiten im Unterricht und am Arbeitsplatz aufgrund der Ängste können hier außerdem ebenso wie eine erhöhte Inanspruchnahme des Gesundheitssystems v.a. beim Vorliegen komorbider Probleme aufgezählt werden (vgl. 1.1.6). Durch frühzeitige Interventionen kann eine Ausweitung der Problematik verhindert werden, um den Betroffenen Leid zu ersparen und gleichzeitig auch Kosten im Gesundheitssystem zu verringern.

Die Ergebnisse der Durchführung des vorliegenden Programms in Form einer langfristigen Reduktion von Angstsymptomen auf der kognitiven, emotionalen und Verhaltenebene sowie der Verringerung der Generalisierung und des Leidensdrucks bei den teilnehmenden Kindern und Jugendlichen stimmen zuversichtlich, dass derartige Ziele erreicht werden können. Für weitere Untersuchungen wären darüber hinaus verschiedene Aspekte von Interesse, auf die in den folgenden Abschnitten abschließend eingegangen wird.

Sowohl zur Identifikation von betroffenen Kindern als auch zur Evaluation von Behandlungseffekten ist eine reliable und valide Diagnostik nötig (vgl. 1.2.1). Bei der Gestaltung der vorliegenden Arbeit sind in diesem Zusammenhang mehrere Hindernisse aufgetreten. So existiert neben dem Kinder-DIPS momentan noch kein veröffentlichtes deutsches Instrument zur Erfassung von sozialer Angst bei Kindern aus der Perspektive der Eltern, wodurch für diese Untersuchung auf die Skala „Angst/Depression“ der CBCL zurückgegriffen worden ist. Erfreulicherweise befindet sich gegenwärtig ein Elternfragebogen zu sozialen Ängsten in Vorbereitung (Weinbrenner, 2005b), der in zukünftigen Untersuchungen eingesetzt werden kann. Im angloamerikanischen Bereich stehen zudem spezifische Fragebögen etwa zur Erfassung kognitiver Auffälligkeiten (z.B. „Children’s Anxious Self Statement Questionnaire“ von Ronan, Rowe & Kendall, 1988) oder von Verhaltensweisen zur Angstbewältigung (z.B. „Coping Questionnaire-Child“ von Kendall, 1994) zur Verfügung. Mangels entsprechender Instrumente für den deutschsprachigen Raum ist hier auf selbstkonstruierte Ratings wie etwa bei der kognitiven Selbsteinschätzung nach den Rollenspielen zurückgegriffen worden. Dies gilt auch für die vorläufige Operationalisierung des klinischen Urteils in Form des Ratings über den Schweregrad der sozialen Angst der Kinder. Auf weitere nötige Optimierungen hinsichtlich der Verhaltensbeobachtung ist oben bereits eingegangen worden.

Interessante andere Aspekte, die bei der Durchführung des Programms zukünftig untersucht werden könnten, wären das Angstbewältigungsverhalten der Kinder, Tagebuchaufzeichnungen im Alltag der Kinder, die z.B. auch elektronisch erfolgen könnten, oder das Erheben des

Lehrerurteils. Besonders die letzten beiden Aspekte könnten gezielter über den Transfer der Programminhalte Auskunft geben. Eine letzte Bemerkung zur Diagnostik betrifft die Schwierigkeit der Abgrenzung unauffälliger Ausprägungen sozialer Angst von subklinischen und klinisch relevanten Formen sozialer Angst (vgl. 1.1.3). V.a. für die indizierte Prävention stellt die korrekte Identifikation der Betroffenen mit ersten Anzeichen einer Störung eine zentrale Aufgabe dar. Hierfür sind sensible und reliable Testverfahren nötig, die konkrete Cut-off-Werte zur Abgrenzung der verschiedenen Symptomausprägungen liefern (vgl. Donovan & Spence, 2000). Im Abschnitt 1.1.3 wird insbesondere auf die Schwierigkeit dieser Abgrenzung zwischen un- und auffälliger Angst im Selbsturteil der Kinder hingewiesen. Gerade jüngere Kinder sind noch nicht ausreichend zu den geforderten normativen Vergleichen bei einer solchen Einschätzung in der Lage (vgl. hierzu die entwicklungspsychologischen Aspekte unter 1.1.5). Daher sollte besonders für derartige Einschätzungen auf verschiedene Datenquellen zurückgegriffen werden, wofür es der Entwicklung weiterer spezifischer Verfahren bedarf.

Eine andere Überlegung betrifft die Rekrutierung der Kinder. Auch wenn das Projekt durch die Öffentlichkeitsarbeit möglichst vielen Interessenten zugänglich gemacht worden ist, sind eventuell einzelne Betroffene durch die Nominierung der Kinder in Form des Elternurteils nicht erreicht worden. Angesichts der relativ geringen Übereinstimmung zwischen Eltern- und Kindurteil wäre denkbar, dass sich manche Eltern der Notwendigkeit einer Teilnahme ihres Kindes an einem solchem Projekt nicht bewusst sind. Daher wäre z.B. eine Ausweitung der Rekrutierung auf den schulischen Kontext begrüßenswert, bei dem zunächst die Kinder über ihr Befinden Auskunft geben.

Im Zusammenhang mit dem Kontext Schule sei die Forderung von Donovan und Spence (2000) nach dem Einbeziehen möglichst verschiedener Ebenen bei der Prävention von kindlicher Angst erwähnt. Die Autorinnen unterscheiden unter Zuhilfenahme eines Modells von Winett (1998) zur Prävention vier Ebenen: Auf der individuellen Ebene steht das Training kindlicher Kompetenzen und auf der interpersonalen das Training elterlicher Kompetenzen zur Angstbewältigung und zur Förderung sozialer Unterstützung im Vordergrund. Es folgt die Ebene der Organisationen und der direkten Umwelt der Familien, wobei z.B. im Umfeld Schule ein Lehrertraining für den Umgang mit kindlichen Ängsten vorgeschlagen wird. Die vierte Ebene umfasst schließlich institutionelle Bedingungen wie politische Maßnahmen zur Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen. Hierzu nennen die Autoren z.B. die Aufnahme von Beratungskompetenzen in das Ausbildungscurriculum angehender Lehrkräfte. Sicherlich wäre eine Kombination aus universellen und indizierten Maßnahmen in diversen Kontexten und auf verschiedenen Ebenen der Prävention ideal, da damit u.a. auch unterschiedliche Ausprägungen der sozialen Angst

besser berücksichtigt werden könnten. Der schulische Kontext bietet sich für Präventionsprogramme als Setting mit einer hohen Erreichbarkeit besonders an, wobei in der Regel Maßnahmen zur universellen Prävention angeboten werden. Über Nachteile dieses Kontextes ist bei der Vorstellung des „GO-Programms“ von Neumer und Kollegen (2001) bereits gesprochen worden (vgl. 1.2.3). Einen interessanten Aspekt bei der Durchführung eines universellen Programms stellt der Befund in der Studie von Lowry-Webster und Kollegen (2001) über das erwähnte Präventionsprogramm „FRIENDS“ dar, nach dem die Autoren keinen Unterschied in der Erfolgsrate zwischen Gruppen unter psychologischer Anleitung und Gruppen mit Lehrkräften als Gruppenleiter finden.

Neben dem Aspekt der unterschiedlichen Ebenen und Kontexten, an denen Prävention von sozialen Ängsten ansetzen kann, ist die Frage nach der optimalen inhaltlichen Zusammensetzung von derartigen Programmen erwähnenswert. Wie im Abschnitt 1.2.2 erläutert, steht die Therapieforschung für die soziale Angststörung bei Kindern und Jugendlichen noch in den Anfängen, so dass nur vorsichtige Aussagen über die Wirksamkeit einzelner Komponenten getroffen werden können. In diesem Zusammenhang betonen Prins und Ollendick (2003) in ihrem Überblicksartikel über kognitiv-behaviorale Therapie bei kindlichen Angststörungen die Notwendigkeit von Untersuchungen über beteiligte Wirkfaktoren und Mediatoren. „...child anxiety prevention literature is in its infancy...“, so die entsprechende Äußerung über den Stand der angloamerikanischen Forschung für den präventiven Bereich (Ginsburg, 2004, S. 434). Das Fazit, dass es sich bei dem Programm der vorliegenden Arbeit um eine erfolgreiche Intervention handelt, lässt den Ausführungen entsprechend noch keine weitergehenden Schlussfolgerungen über die Wirkfaktoren zu. So bleibt offen, ob beispielsweise die Reihenfolge der drei Komponenten für die Effekte des Programms relevant ist, oder welche der Komponenten die entscheidendsten Veränderungen bewirkt hat. Weitere Forschung ist hierfür nötig, bei der z.B. die Diagnostik nach jeweils einer Komponente wiederholt wird und die Ergebnisse dieser Erhebungen schließlich miteinander verglichen werden.

Die fehlenden Komponentenanalysen sind ebenso häufig Kritikpunkt wie die unklare Frage nach der optimalen Länge der Programme (Donovan & Spence, 2000; Feldner et al., 2004; Kashdan & Herbert, 2001). In der aktuellen Interventionsforschung variiert die Länge der Programme zwischen 9 und 20 Sitzungen, wie Schneider und Döpfner (2004) in ihrem Überblick über die Diagnostik und Behandlung von Angst- und phobischen Störungen bemerken. Die Steigerung der Effekte in der Hauptstudie im Vergleich zur Pilotstudie könnte auf den Effekt der Verlängerung der Intervention zurückgehen. Dies sollte weiter untersucht werden, wobei für die Frage der optimalen Länge des Programms auch der verursachte Aufwand und die benötigten

Kosten berücksichtigt werden sollten. Ein Beispiel für eine sehr effektive Maßnahme stellt das aktuelle 40-minütige Programm zur Prävention der Panikstörung von Schmidt und Vasey (2002) aus den USA dar, bei dem eine 30-minütige PC-Präsentation über den Aspekt der Angstsensitivität als einem Risikofaktor für die Panikstörung dargeboten wird. Gefolgt wird dies von einem 10-minütigen Gespräch mit einem Versuchsleiter über die Inhalte der Präsentation und einer Einführung in mögliche Übungen zur interozeptiven Exposition. Signifikante Verbesserungen in angstspezifischen Maßen bei jungen Frauen belegen den Effekt der Intervention, der sich auch ein Jahr später durch eine signifikante Verringerung der Inzidenzrate bemerkbar macht. Auch wenn es sich hier um ein selektives Präventionsprogramm handelt und die Behandlung von sozial ängstlichen Kindern durch eine derartige psychoedukative Maßnahme allein kaum vorstellbar ist, bedarf die Frage der optimalen Länge und inhaltlichen Zusammenstellung sicher weiterer Forschung.

Das vorliegende Programm bezieht die Eltern in Form einer Minimalintervention mit ein. Dem Interesse der Eltern nach erscheint dieser Schritt auch im Nachhinein als sinnvoll, aber eine empirische Überprüfung steht noch aus. In dem kürzlich erschienenen Überblick über familienbezogene Interventionsansätze bei Angst- und depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter von Ihle und Jahnke (2005) kommen die Autoren zu dem Schluss, dass die Evidenzlage für eine eindeutige Beantwortung der Frage nach der Einbeziehung der Eltern nicht ausreichend ist. Sie beklagen v.a., dass sich keine einzige europäische Studie explizit diesem Thema widmet. Den internationalen Studien zufolge scheint sich herauszukristallisieren, dass sich die Behandlungseffekte bei jungen Kindern im Alter zwischen sieben und zehn Jahren und v.a. bei Kindern von ängstlichen Eltern durch den Einbezug der Eltern verbessern lassen (vgl. auch Schneider & Döpfner, 2004). Hierzu passt das gegenwärtig in den USA laufende familienbezogene Programm mit dem Namen „CAPS“ („Child Anxiety Prevention Study“; Ginsburg, 2004), das an Kinder zwischen sieben und zwölf Jahren gerichtet ist, deren Eltern eine Angststörung aufweisen. Ergebnisse hierzu stehen noch aus.

An dieser Stelle soll eine Diplomarbeit im Rahmen der vorliegenden Evaluationsstudie erwähnt werden, die sich Zusammenhängen zwischen der sozialen Angst der Kinder und dem Befinden der Eltern widmet (Förg, 2003). Dabei ergibt sich für die Eltern der an dem Programm teilnehmenden Kindern eine höhere Ausprägung auf Skalen zur Stressbelastung, Depression und Angst als bei Eltern von Kontrollkindern, wobei der Effekt besonders bedeutsam bei Angstmaßen auftritt. Auf Maßen zur sozialen Angst trifft der Gruppenunterschied der Tendenz nach zu. Es scheint daher durchaus sinnvoll, auch in diesem präventiven Ansatz die Elternbeteiligung weiter zu beachten. Dabei könnten z.B. die Eltern mit auffälligen Angstausprägungen gezielt

angesprochen werden. Bisher sind i.d.R. die Mütter mit einbezogen worden, interessant wäre sicher auch, welche Rolle die Väter bei der Ätiologie, Aufrechterhaltung und Behandlung der Ängste spielen.

In diesen Kontext passt eine weitere Forderung von Donovan und Spence (2000) für die Prävention von Angststörungen bei Kindern, die auch bei Feldner und Kollegen erwähnt wird (2004). So empfehlen die Autoren für die Durchführung von Präventionsmaßnahmen eine stärkere Orientierung an Risikofaktoren als an der gängigen Therapieforschung zur Vermeidung überflüssiger Komponenten in den Programmen. Ein aktuelles Beispiel für eine gezielte Maßnahme ist das Training von Rapee (2002), das Mütter verhaltensgehemmter Kinder im Sinne eines selektiven Programms für die Prävention von Angststörungen anspricht. Dabei steht die Psychoedukation über die Auswirkung von Angst und Rückzugsverhalten, die Bedeutung von Modellernen für eine positive Kompetenzzuschreibung der Kinder und die Vermittlung von Angstbewältigungsstrategien im Vordergrund. Erste Ergebnisse lassen den Erfolg der Intervention vermuten, wenngleich die Effekte wie in der vorliegenden Studie ausschließlich in Fragebogendaten und nicht auf der Ebene der Verhaltensbeobachtung zu finden sind. In Bezug auf die soziale Angststörung sollte die Forschung zu wichtigen Risikofaktoren intensiviert werden, um auch andere Kriterien als prodromale Anzeichen der Störung berücksichtigen zu können. Ahrens-Eipper (2003) identifiziert z.B. in ihrer aktuellen Untersuchung eine Gruppe von Kindern mit Körperbehinderung, die nach 18 Monaten eine mehr als doppelt so hohe Rate an klinisch bedeutsamen sozialen Ängsten im Vergleich zu körperlich gesunden Kindern aufweisen. Für diese Kinder erscheint z.B. eine Behandlung im Sinne einer selektiven oder indizierten Prävention sinnvoll.

Ein spannender Aspekt ist nicht zuletzt die Frage, wie sich das Befinden der Kinder und Jugendlichen langfristig entwickeln wird. In den Abschnitten 1.6.6 und 4.3.3 ist bereits auf die ungünstige langfristige Prognose der unbehandelten sozialen Angststörung verwiesen worden. Anders sieht die Lage für Kinder mit derartigen Problemen aus, die sich in Behandlung begeben haben. Kinder mit Angststörungen inklusive der sozialen Angststörung werden üblicherweise über Zeiträume von drei, sechs oder zwölf Monaten nach ihrer Behandlung weiter begleitet, wobei die positiven Therapieeffekte aufrechterhalten werden können (vgl. 1.2.2). Barrett und Kollegen (2001) weisen für ihr Programm „Coping Koala“ sogar über einen Zeitraum von sechs Jahren eine Stabilität der Therapieeffekte nach. Die Ergebnisse dieser Follow-up-Erhebungen sprechen damit für eine Aufrechterhaltung der Effekte nach der Therapie von Angststörungen. Für den präventiven Bereich stehen ebenfalls vielversprechende Follow-up-Ergebnisse über einen Zeitraum von 24 Monaten zur Verfügung (Dadds et al., 1999; vgl. 1.2.3). Die ersten

positiven Effekte des Programms „GO – Gesundheit und Optimismus“ von Neumer und Mitarbeitern (2001) reduzieren sich dagegen bereits sechs Monate nach der Teilnahme der Jugendlichen und noch deutlicher nach einem Zeitraum von 15 Monaten. Möglicherweise wären Auffrischungstreffen in kritischen Situationen, wie z.B. beim Eintritt in die weiterführende Schule oder während der Pubertät bzw. beim Berufseinstieg sinnvoll, um die Behandlungseffekte weiter aufrechtzuerhalten.

Nach dem Erbringen der ersten Wirksamkeitsbelege für das vorliegende Programm wäre zudem der Vergleich mit anderen Behandlungsarten interessant. Wie auch in der Therapieforschung oftmals gefordert wird (z.B. Bandelow & Broocks, 2002), wäre hier z.B. zunächst an eine Placebo-Kontrollgruppe zu denken. In dieser könnten die Kinder z.B. in Form von Gruppenspielen bzw. –unternehmungen unterhalten werden oder an einem Entspannungskurs teilnehmen. Darüber hinaus könnte der direkte Vergleich mit alternativen Behandlungen, z.B. in Form des oben erwähnten Elterntrainings, aufschlussreich sein.

Diese Vielfalt an offenen Fragen sollte zu weiteren Forschungsbemühungen ermuntern. Bedeutend ist das inzwischen auch in Deutschland erwachte Interesse an der Therapie der sozialen Angststörung bei Kindern und Jugendlichen, wie die aktuelle Veröffentlichung von Joormann und Unnewehr (2002) zeigt, auf die bereits verwiesen worden ist (vgl. 3.3.2). Ein anderes Beispiel ist der gerade erschienene erste Band des Therapieprogramms für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ, Suhr-Dachs & Döpfner, 2005), der sich der Behandlung von Leistungsängsten widmet. Eine erste Veröffentlichung eines Trainings für sozial ängstliche Kinder von Melfsen und Kollegen (2003; vgl. 4.3.3) lässt noch offen, ob es sich dabei um ein Therapieprogramm oder eine frühe Intervention handelt. So wird von den Autoren noch diskutiert, das Training um Einzelsitzungen mit Expositionübungen zu erweitern. Auch sei eine Generalisierung auf klinische Stichproben nach der ersten Evaluation an einer Stichprobe von zehn teilnehmenden Kindern noch verfrüht. Ebenfalls unklar bleibt die genaue Indikation des verhaltenstherapeutischen Trainings „Mutig werden mit Til Tiger“ von Ahrens-Eipper und Leplow (2004). Die zugehörige Studie (Ahrens-Eipper, 2003) überprüft die Wirksamkeit zweier verschiedener Versionen des Trainings mit Hilfe des Fragebogens SASC-R-D und der Skala „Sozialer Rückzug“ aus der CBCL als Indikatoren für soziale Unsicherheit. In der Diskussion wird das Programm als präventiver Beitrag gewürdigt, in der Stichprobe befinden sich allerdings einzelne Kinder mit einer sozialen Angststörung oder einer Trennungsangst, die sich unterschiedlich auf die Experimentalgruppen verteilen. Das Manual wird wiederum für alle Ausprägungen „sozialer Unsicherheit“ angeboten, obwohl eine systematische Untersuchung der Indikation noch aussteht. Als letztes sei eine weitere Neuerung aus dem präventiven Bereich

erwähnt, wobei es sich um den erfolgreichen Einsatz des australischen Angstpräventionsprogramms „FRIENDS“ an einer deutschen Hauptschule handelt (Bach, 2004).

Die dargestellten Neuerungen und das vorliegende Programm unterscheiden sich z.B. in der Indikation, der inhaltlichen Zusammenstellung des Programms, im Setting oder in den verwendeten diagnostischen Verfahren. Es wäre wünschenswert, wenn sich weitere Evaluationsstudien neben den oben aufgeführten Vorschlägen auch vergleichenden Studien für entsprechende Programme im deutschsprachigen Raum widmen würden.

## 6. ZUSAMMENFASSUNG

Während der sozialen Angststörung bei Erwachsenen und deren Behandlung in den letzten 20 Jahren stetig Aufmerksamkeit geschenkt wurde, weckt die Störung bei Kindern und Jugendlichen erst seit einigen Jahren das Forschungsinteresse. Aktuelle Studien lassen auf eine weite Verbreitung der Störung und einen hohen Leidensdruck durch die soziale Angst und ihre Folgeerscheinungen bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen schließen. Bereits subklinische Formen der Störung können z.B. mit einem erhöhten Risiko für komorbide Störungen, wie etwa affektive Erkrankungen, einhergehen. Ein früher Erkrankungsbeginn, komorbide Symptome und der generalisierte Subtyp der sozialen Angststörung, der im frühen Alter von elf bis zwölf Jahren auftreten kann, bedeuten eine ungünstige Prognose für den Verlauf der Problematik. Diese Befunde machen die Entwicklung von rechtzeitig einsetzenden Interventionen notwendig. Internationale Studien zeigen erste Erfolge von kognitiv-behavioralen Programmen, die zur Prävention bei Kindern mit unterschiedlichen Angststörungen eingesetzt werden. Gegenwärtig existieren allerdings keine evidenzbasierten Präventionsmaßnahmen mit dem Schwerpunkt auf sozialen Angstsymptomen. Daher widmet sich die vorliegende Arbeit der Entwicklung und Evaluation eines indizierten Präventionsprogramms von sozialen Ängsten bei Kindern und Jugendlichen zwischen acht und vierzehn Jahren.

In Anlehnung an bewährte Interventionsmethoden besteht das Programm aus einer Einzelsitzung zur kognitiven Vorbereitung und zunächst 15 Gruppensitzungen mit folgenden thematischen Schwerpunkten: (a) Veränderung dysfunktionaler Kognitionen, (b) Aufbau sozialer Kompetenz, (c) Exposition in-vivo. Eine Abschluss- und eine Wiederauffrischungssitzung widmen sich schließlich der Rückfallprophylaxe. Die Eltern werden in Form von Elternabenden mit einbezogen.

Hauptkriterium für den Erfolg des Programms ist eine langfristig stabile Reduktion der Angstsymptome. In einer Pilotstudie wird die Wirksamkeit zunächst an 17 Kindern in Form eines randomisierten Wartelisten-Kontrollgruppen-Designs überprüft. Verschiedene Indikatoren bestätigen die angestrebte Verringerung der sozialen Ängste (Eltern- und Kindurteil, Fragebogen- und Interview-Daten), die auch nach sechs Monaten aufrechterhalten wird. Im klinischen Urteil (Verhaltensbeobachtung) zeigt sich dagegen keine Veränderung in der Symptomatik. Auch wird der Vergleich mit der Kontrollgruppe nicht auf allen Indikatoren signifikant. Insgesamt zeichnet sich das Programm durch eine hohe Akzeptanz bei den Teilnehmern und deren Eltern aus. Diese Ergebnisse werden als erste Hinweise auf die Wirksamkeit des Programms interpretiert.

Mit Hilfe inhaltlicher und diagnostischer Veränderungen wird im Rahmen der Hauptstudie eine weitere Optimierung des Programms angestrebt. Hierzu wird z.B. der Expositionsteil auf fünf zusätzliche Sitzungen verlängert und der Transfer der Programminhalte auf den Alltag der Kinder stärker beachtet. Die Durchführung dieses veränderten Programms mit weiteren 24 Kindern und Jugendlichen führt zu einer Replikation der Wirksamkeitshinweise der Pilotstudie. Darüber hinaus werden in den Ergebnissen der Hauptstudie stärkere Effekte in der Reduktion der Symptomatik sowohl im Eltern- als auch im Kinderteil im Vergleich zur ersten Wirksamkeitsüberprüfung deutlich, die zudem i.d.R. bereits zu einem früheren Zeitpunkt erreicht werden. So ergeben sich z.B. im Interventionszeitraum Effektstärken zwischen 1.00 und 1.74 für die Veränderung der Variablen zur sozialen Angststörung gemäß dem Elterninterview. Die Primärskalen zur Angst, Depression und zum sozialen Rückzug sowie die Sekundärskala zu internalisierenden Störungen der „Child Behavior Checklist“ verändern sich im Interventionszeitraum gemäß der Effektstärkenberechnung in Höhe von 0.64 bis 1.23. Verbesserungen auf anderen Skalen, wie z.B. zu externalisierenden Symptomen oder zur psychischen Gesamtbelaustung der Kinder, spiegeln die Breite der Veränderung wider. Der Vergleich mit dem Verlauf der Evaluationskriterien im Wartezeitraum schließt den Einfluss von Regressions- oder Effekten von Spontanremission auf die Verbesserungen im Interventionszeitraum aus. Die Teilnahme an dem Programm ist wiederum von einer hohen Akzeptanz bei Kindern und Eltern gekennzeichnet. Erneut zeigt sich allerdings kein Effekt hinsichtlich der sozialen Kompetenz gemäß der Verhaltensbeobachtung bei den Rollenspielen. Dies wird u.a. im Hinblick auf einen möglichen Bodeneffekt der Daten und die Frage der Validität der Verhaltensbeobachtung diskutiert. Vorläufige Ergebnisse zum Aspekt der differentiellen Indikation lassen vergleichbare Erfolge bei Kindern mit oder ohne komorbide Problematik und mit unterschiedlicher Symptom schwer vermuten. Offene Fragen betreffen u.a. die Wirksamkeit der einzelnen Komponenten, die optimale Länge des Programms und die Notwendigkeit der Einbeziehung der Eltern. Insgesamt kann durch die Teilnahme an dem Präventionsprogramm somit der Ausbildung einer klinisch relevanten sozialen Angststörung entgegengewirkt und die bereits bestehende Symptomatik der Kinder langfristig verringert werden.

## 7. LITERATURVERZEICHNIS

- Ahrens-Eipper, S. (2003). *Soziale Unsicherheit im Kindesalter. Indikation und Evaluation eines verhaltenstherapeutischen Trainings*. Berlin: dissertation.de. URL: <http://www.dissertation.de>.
- Ahrens-Eipper, S. & Leplow, B. (2004). *Mutig werden mit Til Tiger. Ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder*. Göttingen: Hogrefe.
- Ainsworth, M.D., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Albano, A.M. (2000). Treatment of social phobia in adolescents: Cognitive behavioral programs focused on intervention and prevention. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 14(1), 67-77.
- Albano, A.M. & Barlow, D.H. (1996). Breaking the vicious circle: Cognitive-behavioral group treatment for socially anxious youth. In E.D. Hibbs & P.S. Jensen (Hrsg.), *Psychosocial treatment for child and adolescent disorders* (S. 43-62). Washington, DC: American Psychological Association.
- Albano, A.M., DiBartolo, P.M., Heimberg, R. & Barlow, D.H. (1995a). Children and adolescents: Assessment and treatment. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Schneier (Hrsg.), *Social phobia. Diagnosis, assessment and treatment* (S. 387-425). New York: Guilford Press.
- Albano, A.M. & Kendall, P.C. (2002). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical advances. *International Review of Psychiatry*, 14, 129-134.
- Albano, A.M., Marten, P.A. & Holt, C.S. (1991). *Cognitive-behavioral group treatment of adolescent social phobia. Therapist's manual*. Unpublished manuscript, State University of New York, Albany.
- Albano, A.M., Marten, P.A., Holt, C.S., Heimberg, R.G. & Barlow, D.H. (1995b). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents. A preliminary study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 649-656.
- Alfano, C.A., Beidel, D.C. & Turner, S.M. (2002). Cognition in childhood anxiety: Conceptual, methodological, and developmental issues. *Clinical Psychological Review*, 22, 1209-1238.
- Amies, P.L., Gelder, M.G. & Shaw, P.M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.
- Anderson, J.C.S., Williams, S., McGee, R. & Silva, P.A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Angleitner, A., Harrow, J., Hempel, S. & Spinath, F.M. (1991). *Deutsche Adaptation des Emotionalitäts-Aktivitäts-Soziabilitäts-Temperamentinventars (Elternbeurteilungsform)*. Unveröffentlichter Fragebogen, Universität Bielefeld.
- Angold, A., Costello, E.J. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.
- Antony, M.M., Roth, D., Swinson, R.P., Huta, V. & Devins, G.M. (1998). Illness intrusiveness in individuals with panic disorder, obsessive-compulsive disorder, or social phobia. *Journal*

- of Nervous and Mental Disease*, 186, 311-315.
- APA (American Psychiatric Association, 1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3. Auflage). Washington, DC: APA.
- APA (American Psychiatric Association, 1984). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III* (K. Köhler & H. Saß, deutsche Bearbeitung und Einführung). Basel: Beltz.
- APA (American Psychiatric Association, 1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3. rev. Auflage). Washington, DC: APA.
- APA (American Psychiatric Association, 1989). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III-R* (3. korrigierte Auflage; H.-U. Wittchen, H. Saß, M. Zaudig & K. Köhler, deutsche Bearbeitung und Einführung). Weinheim: Beltz.
- APA (American Psychiatric Association, 1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. Auflage). Washington, DC: APA.
- APA (American Psychiatric Association, 1998). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV* (4. korrigierte Auflage; H. Saß, H.-U. Wittchen & M. Zaudig, deutsche Bearbeitung und Einführung). Göttingen: Hogrefe.
- APA (American Psychiatric Association, 2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. Auflage, Textrevision). Washington, DC: APA.
- APA (American Psychiatric Association, 2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV, Textrevision* (Saß, H., Houben, I., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M., deutsche Bearbeitung und Einführung). Washington, DC: APA.
- Arbeitsgruppe Child Behavior Checklist (1993). *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Teacher's Report Form der Child Behavior Checklist (TRF)*. Einführung und Anleitung zur Handauswertung, bearbeitet von M. Döpfner & P. Melchers. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Child Behavior Checklist (1998a). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18)*. Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Child Behavior Checklist (1998b). *Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR)*. Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Asendorpf, J.B. (1985). *Studien zur Schüchternheit, No. 2: Situationale Schüchternheit im Selbstbild der Studenten* (Forschungsbericht). München: Max Planck Institut für psychologische Forschung.
- Asendorpf, J.B. (1989a). Shyness as a final common pathway for two different kinds of inhibition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 481-492.
- Asendorpf, J.B. (1989b). *Soziale Gehemmtheit und ihre Entwicklung*. Berlin: Springer.
- Asendorpf, J.B. (1990). Development of inhibition during childhood: Evidence for situational

- specificity and a two-factor model. *Developmental Psychology, 26*, 721-730.
- Asendorpf, J.B. (1992). A Brunswikean approach to trait continuity: Application to shyness. *Journal of Personality, 60*(1), 53-77.
- Asendorpf, J.B. (1998). Die Entwicklung sozialer Kompetenzen, Motive und Verhaltensweisen. In F.E. Weinert (Hrsg.), *Entwicklung im Kindesalter* (S. 153-176). Weinheim: Beltz.
- Asendorpf, J.B. (1999). Schüchternheit. In J.B. Asendorpf, *Psychologie der Persönlichkeit* (2. Auflage, S. 333-340).
- Asendorpf, J.B. (2002). Risikofaktoren in der Kindheit für soziale Phobien im Erwachsenenalter. In U. Stangier & T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und soziale Angststörung* (S. 246-263). Göttingen: Hogrefe.
- Asendorpf, J.B. & Meier, G.H. (1993). Personality effects on children's speech in everyday life: Sociability-mediated exposure and shyness-mediated reactivity to social situations. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 1072-1083.
- Asher, S.R. & Coie, J.D. (1990). *Peer rejection in childhood*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Aßhauer, M. & Hanewinkel, R. (2000). Lebenskompetenztraining für Erst- und Zweitklässler: Ergebnisse einer Interventionsstudie. *Kindheit und Entwicklung, 9*, 251-263.
- Bach, J. (2004). Ängste im Jugendalter. Evaluation eines Programms zur Prävention von Angststörungen bei 10- bis 14-jährigen Schülern. *Europäische Hochschulschriften, Reihe 6, Psychologie, Band 722*. Frankfurt: Peter Lang.
- Baer, U. (2001). *666 Spiele für jede Gruppe für alle Situationen* (11. Auflage). Seelze-Velber: Kallmeyer.
- Bandelow, B. & Broocks, A. (2002). Wirksamkeitsuntersuchungen in der Psychotherapieforschung. *Verhaltenstherapie, 12*, 205-215.
- Barrett, P.M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 27*, 459-468.
- Barrett, P.M., Dadds, M.R. & Rapee, R.M. (1996b). Family treatment of childhood anxiety. A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 333-342.
- Barrett, P.M., Duffy, A.L., Dadds, M.R. & Rapee, R.M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 135-141.
- Barrett, P.M., Rapee, R.M., Dadds, M.R. & Ryan, S.M. (1996a). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*, 187-203.
- Barrett, P.M. & Turner, C.M. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal trial. *British Journal of Clinical Psychology, 40*, 399-410.
- Barrios, B.A. (1998). Direct observation. In T.H. Ollendick & M. Hersen (Hrsg.), *Handbook of Child and Adolescent Assessment* (S. 140-164). Boston: Allyn & Bacon.
- Barrios, B.A. & O'Dell, S.L. (1989). Fears and anxieties. In E.J. Mash & R.A. Barkley (Hrsg.), *Treatment of childhood disorders* (S. 167-221). New York: The Guilford Press.
- Bayer, J.K. & Sanson, A.V. (2003). Preventing the development of emotional mental health

- problems from early childhood: Recent advances in the field. *International Journal of Mental Health Promotion*, 5(3), 4-16.
- Beck, A.T. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Becker, E.S., Türke, V., Neumer, S., Soeder, U., Krause, P. & Margaf, J. (2000). Incidence and prevalence rates of mental disorders in a community sample of young women: Results of the „Dresden Study“. In R. Manz & W. Kirch (Hrsg.), *Public Health Research and Practice: Report of the Public Health Research Association Saxony* (Vol. 11, S. 259-291). Regensburg: Roderer.
- Beelmann, A., Pfingsten, U. & Lösel, F. (1994). Effects of training social competence in children: A meta-analysis of recent evaluation studies. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(3), 260-271.
- Beidel, D.C. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school-aged children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 545-552.
- Beidel, D.C. (1998). Social anxiety disorder. Etiology and early clinical presentation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 27-32.
- Beidel, D.C., Christ, M.A. & Long, P.J. (1991). Somatic complaints in anxious children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19(6), 659-670.
- Beidel, D.C., Fink, C.M. & Turner, S.M. (1996). Stability of anxious symptomatology in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 257-269.
- Beidel, D.C. & Morris, T.L. (1995). Social Phobia. In J.S. March (Hrsg.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (S. 182-211). New York: The Guilford Press.
- Beidel, D.C. & Randall, J. (1994). Social Phobia. In T. Ollendick, N. King & W. Yule (Hrsg.), *International handbook of phobias and anxiety disorders in children and adolescents* (S. 111-129). New York: Plenum Press.
- Beidel, D.C. & Turner, S.M. (1988). Comorbidity of test anxiety and other anxiety disorders in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 275-287.
- Beidel, D.C. & Turner, S.M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 918-924.
- Beidel, D.C. & Turner, S.M. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. & Morris, T.L. (1998). *Social Effectiveness Therapy for Children: A treatment manual*. Unpublished manuscript, Medical University of South Carolina.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. & Morris, T.L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(6), 643-650.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. & Morris, T.L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1072-1080.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. & Trager, K.N. (1994). Test anxiety and childhood anxiety disorders in African American and white school children. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 169-179.
- Bell-Dolan, D.J., Last, C.G. & Strauss, C.C. (1990). Symptoms of anxiety disorders in normal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 759-

765.

- Bennett, M. & Gillingham, K. (1991). The role of self-focused attention in children's attributions of social emotions to the self. *Journal of Genetic Psychology*, 123, 303-309.
- Bergin, A. & Garfield, S. (1994). Overview, trends and future issues. In A. Bergin & S. Garfield (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy Behavior Change* (4. Auflage, S. 821-830). New York: Wiley.
- Berk, L.E. (2000). *Child development* (5. Auflage). Needham Heights, Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Berman, S.L., Weems, C.F., Silverman, W.K. & Kurtines, W.K. (2000). Predictors of outcome in exposure-based cognitive and behavioral treatments for phobic and anxiety disorders in children. *Behavior Therapy*, 31, 713-731.
- Bernstein, G.A., Borchardt, C.M. & Perwien, A.R. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1110-1119.
- Bernstein, G.A., Massie, E.D., Thuras, P.D., Perwin, A.R., Borchardt, C.M. & Crosby, R.D. (1997). Somatic symptoms in anxious-depressed school refusers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 661-668.
- Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D.R., Rosenbaum, J.F. et al. (2001). Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1673-1679.
- Biederman, J., Rosenbaum, J.F., Bolduc-Murphy, E.A. et al. (1993). A 3-year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 814-821.
- Biederman, J., Rosenbaum, J.F., Chaloff, J. & Kagan, J. (1995). Behavioral inhibition as a risk factor. In J.S. Marsh (Hrsg.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (S. 61-81). New York: Guilford Press.
- Biederman, J., Rosenbaum, J.F. & Hirshfeld, D.R., Faraone, S.V., Bolduc, E.A., Gersten, M., et al. (1990). Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 47, 21-26.
- Bierman, K.L. & Montminy, H.P. (1993). Developmental issues in social-skills assessment and intervention with children and adolescents. *Behavior modification*, 17(3), 229-254.
- Black, B. & Uhde, T.W. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1090-1094.
- Black, B. & Uhde, T.W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 847-856.
- Bögels, S.M. (2004). *Anxiety disorders and the family*. Vortrag auf dem 34. Kongress der European Association for Behavioural and Cognitive Therapies. Manchester, Großbritannien.
- Bögels, S.M. & Zigterman, D. (2000). Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2), 205-211.
- Bögels, S.M., van Oosten, A., Muris, P. & Smulders, D. (2001). Familial correlates of social

- anxiety in children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 273-287.
- Boone, M.L., McNeil, D.W., Masia, C.L., Turk, C.L., Carter, L.E., Ries, B.J. & Lewin, M.R. (1999). Multiple comparisons of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(3), 271-292.
- Bortz, J. (2004). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Auflage). Berlin: Springer.
- Bowen, R., Offord, D.R. & Boyle, M.H. (1990). The prevalence of overanxious disorder: Results from the Ontario Child Health Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 753-758.
- Bowlby, J. (1973). *Anxiety and Anger* (Vol. 2). New York, NY: Basic Books.
- Boyle, M.H., Offord, D.R., Hoffman, H.G., Catlin, G.P., Byles, G.A., Cadman, D.T., Crawford, J.W., Links, P.L., Rae-Grant, N.I. & Szatmari, P. (1987). Ontario Child Health Study: I. Methodology. *Archives of General Psychiatry*, 44, 826-831.
- Brady, E.U. & Kendall, P.C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 11, 244-255.
- Broberg, A., Lamb, M.E. & Hwang, P. (1990). Inhibition: Its stability and correlates in 16- to 40-month-old children. *Child Development*, 61, 1153-1163.
- Brooks, S.J. & Kutcher, S. (2003). Diagnosis and measurement of anxiety disorder in adolescents: A review of commonly used instruments. *Journal of Child-and-Adolescent-Psychopharmacology*, 13(3), 351-400.
- Bruch, M.A. (1989). Familial and developmental antecedents of social phobia: Issues and findings. *Clinical Psychology Review*, 9, 37-47.
- Bruch, M.A. & Cheek, J.M. (1995). Developmental factors in childhood and adolescent shyness. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Schneier (Hrsg.), *Social phobia. Diagnosis, assessment and treatment* (S. 163-182). New York: Guilford Press.
- Bruch, M.A. & Heimberg, R.G. (1994). Differences in perceptions of parental and personal characteristics between generalized and non-generalized social phobics. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 155-168.
- Bulkeley, R. & Cramer, D. (1990). Social skills training with young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 19, 451-463.
- Buss, A.H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco: Freeman.
- Buss, A.H. (1986). A theory of shyness. In W.H. Jones, J.M. Cheek & S.R. Briggs (Hrsg.), *Shyness: Perspectives on research and treatment* (S. 39-46). New York: Plenum Press.
- Buss, A.H. & Plomin, R. (1984). *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associations.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventative psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carducci, B.J. (1999). *Shyness: A bold new approach*. New York: Harper Collins Publisher.
- Cartwright-Hatton, S., Hodges, L. & Porter, J. (2003). Social anxiety in childhood: The relationship with self and observer rated social skills. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(5), 737-742.
- Cartwright-Hatton, S., Tscherhitz, N. & Gomersall, H. (2005). Social anxiety in children: Skill deficit, or cognitive distortion? *Behaviour Research and Therapy*, 43, 131-141.
- Caspi, A., Elder, G.H., Jr. & Bem, D.J. (1988). Moving away from the world: Life course

- patterns of shy children. *Developmental Psychology, 24*, 824-831.
- Caster, J.B. (2001). Physiological reactivity in adolescent social anxiety: Implications for the manifestation and development of social phobia. *Dissertation-Abstracts-International: Section B, 62(3-B)*, 1567.
- Caster, J.B., Inderbitzen, H. & Hope, D. (1999). Relationship between youth and parent perceptions of family environment and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 237-251.
- Chambless, D.L. & Hope, D.A. (1996). Cognitive approaches to the psychopathology and treatment of social phobia. In P.M. Salkovskis (Hrsg.), *Frontiers of cognitive therapy* (S. 345-382). New York: Guilford Press.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H. et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist, 51*, 3-16.
- Chartier, M.J., Walker, J.R. & Stein, M.B. (2001). Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample. *Psychological Medicine, 31*, 307-315.
- Chartier, M.J., Walker, J.R. & Stein, M.B. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38*, 728-734.
- Cheek, J.M. & Buss, A.H. (1981). Shyness and socialability. *Journal of Personality and Social Psychology, 41*, 330-339.
- Chorpita, B.F., Plummer, C.M. & Moffitt, C. (2000). Relations of tripartite dimensions of emotion to childhood anxiety and mood disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28(3)*, 299-310.
- Choudhury, M.S., Pimentel, S.S. & Kendall, P.C. (2003). Childhood anxiety disorders: Parent-child (dis)agreement using a structured interview for the DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42(8)*, 957-964.
- Christopher, J.S., Hansen, D.J. & MacMillan, V.M. (1991). Effectiveness of a peer-helper intervention to increase children's social interactions: Generalization, maintenance, and social validity. *Behavior Modification, 15*, 22-50.
- Clark, D.B. & Sayette, M.A. (1993). Anxiety and the development of alcoholism. *American Journal of Addiction, 2*, 56-76.
- Clark, D.M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R.G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope & F. Schneier (Hrsg.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (S. 69-93). New York: Guilford.
- Clark, L.A. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 316-336.
- Cobham, V.E., Dadds, M.R. & Spence, S.H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 893-905.
- Cohn, D., Patterson, C. & Chrsitopoulos, C. (1991). The family and children's peer relations. *Journal of Social and Personal Relationships, 8*, 315-346.
- Cole, D.A., Truglio, R. & Peeke, L. (1997). Relation between symptoms of anxiety and depression in children: A multitrait-multimethod-multigroup assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 110-119.
- Comer, J.S. & Kendall, P.C. (2004). A symptom-level examination of parent-child agreement

- in the diagnosis of anxious youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(7), 878-886.
- Cook, M. & Mineka, S. (1991). Selective associations in the origins of phobic fears and their implications for behavior therapy. In P. Martin (Hrsg.), *Handbook of behavior therapy and psychological science: An integrative approach* (S. 413-434). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Cooper, P.J. & Eke, M. (1999). Childhood shyness and maternal social phobia: A community study. *British Journal of Psychiatry*, 174, 439-443.
- Cornwall, E., Spence, S.H. & Schotte, D. (1996). The effectiveness of emotive imagery in the treatment of darkness phobia in children. *Behaviour Change*, 13, 223-229.
- Crozier, W.R. & Burnham, M. (1990). Age-related differences in children's understanding of shyness. *British Journal of Developmental Psychology*, 8, 179-185.
- Crozier, W.R. & Hostettler, K. (2000). The influence of shyness on children's test performance. *British Journal of Educational Psychology*, 73(3), 317-328.
- Dadds, M.R. & Barrett, P.M. (1996). Family process in child and adolescent anxiety and depression. *Behavior Change*, 13, 231-239.
- Dadds, M.R., Holland, D.E., Laurens, K.R., Mullins, M., Barrett, P.M. & Spence, S.H. (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results of a 2-year follow up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 145-150.
- Dadds, M.R., Spence, S.H., Holland, D., Barrett, P.M. & Laurens, K. (1997). Early intervention and prevention of anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 627-635.
- Darwin, C. (1872). *Ausdruck der Gemütsbewegungen bei dem Menschen und den Tieren*. Stuttgart: Schweizerbart.
- Davidson, J.R.T., Hughes, D.L., George, L.K. & Blazer, D.G. (1993). The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, 23, 709-718.
- Davidson, R.J., Marshall, J.R., Tomarken, A.J. & Henriques, J.B. (2000). While a phobic waits: Regional brain electrical and autonomic activity in social phobics during anticipation of public speaking. *Biological Psychiatry*, 47, 85-95.
- Degonda, M. & Angst, J. (1993). The Zurich study. XX. Social phobia and agoraphobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 243, 95-102.
- DeJong, P.J., Merckelbach, H., Bögels, S.M. & Kindt, M. (1998). Illusory correlation and social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1036-1073.
- DeWit, D.J., MacDonald, K. & Offord, D.R. (1999). Childhood stress and symptoms of drug dependence in adolescence and early adulthood: Social phobia is a mediator. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 61-72.
- DiBartolo, P.M., Albano, A.M., Barlow, D.H. & Heimberg, R.G. (1998). Cross-informant agreement in the assessment of social phobia in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(3), 213-220.
- DiLalla, L.F., Kagan, J. & Reznick, J.S. (1994). Genetic etiology of behavioral inhibition among 2-year-old children. *Infant Behavior and Development*, 17, 405-412.
- Dimberg, U. (1986). Facial expressions as excitatory and inhibitory stimuli for conditioned

- autonomic responses. *Biological Psychology*, 22, 37-57.
- Dodge, K.A., Hope, D.A., Heimberg, R.G. & Becker, R.E. (1988). Evaluation of the social interaction self-statement test with a social phobic population. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 211-222.
- Donovan, C.L. & Spence, S.H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 509-531.
- Döpfner, M. (1987). Soziale Kompetenztrainings bei selbstunsicherern Kindern. In O. Speck, F. Peterander & P. Innerhofer (Hrsg.), *Kindertherapie. Interdisziplinäre Beiträge aus Forschung und Praxis*. München: Reinhardt.
- Döpfner, M. (2000). Diagnostik und funktionale Analyse von Angst- und Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen – ein Leitfaden. *Kindheit und Entwicklung*, 9(3), 143-160.
- Döpfner, M., Berner, W., Flechtner, H., Lehmkuhl, G. & Steinhause, H.-C. (1999). *Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D): Befundbogen, Glossar und Explorationsleitfaden*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). *Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)* (2. erw. Auflage). Bern: Huber.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002). Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 184-193.
- Döpfner, M., Plück, J., Berner, W. et al. (1998). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in den neuen und alten Bundesländern – Ergebnisse einer bundesweit repräsentativen Studie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27(1), 9-19.
- Döpfner, M., Schlüter, S. & Rey, E.-R. (1981). Evaluation eines sozialen Kompetenztrainings für selbstunsichere Kinder im Alter von neun bis zwölf Jahren – ein Therapievergleich. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 9, 233-252.
- Döpfner, M., Schnabel, M. & Ollendick, T. (2000). *Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche (PHOKI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Duda-Kirchhof, K. & Döpfner, M. (2000). Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angststörungen – Behandlungskonzept und Behandlungseffekt. *Kindheit und Entwicklung*, 9(3), 161-170.
- Dummit, E.S., Klein, R.G., Tancer, N.K., Asche, B., Martin, J. & Fairbanks, J.A. (1997). Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 653-660.
- Durlak, J.A., Furhman, T. & Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladapting children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 204-214.
- Ehlers, B., Ehlers, Th. & Markus, H. (1978). *Marburger Verhaltensliste (MVL)*. Göttingen: Hogrefe.
- Elicker, J., Englund, M. & Sroufe, L.A. (1992). Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child-relationships. In R.D. Parke & G.W. Ladd (Hrsg.), *Family-peer relationships: Modes of linkage* (S. 77-106). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Emmelkamp, P.M.G. & Scholing, A. (1997). Anxiety disorders. In C.A. Essau & F. Petermann (Hrsg.), *Developmental Psychopathology* (S. 219-263). London: Harwood.
- Eng, W., Heimberg, R.G., Coles, M.E., Schneier, F.R. & Liebowitz, M.R. (2000). An empirical

- approach to subtype identification in individuals with social phobia. *Psychological Medicine*, 30, 1345-1357.
- Essau, C. (2002). Durchführung und Wirksamkeit des FREUNDE-Programms zur Prävention von Angst bei Kindern. In T.T. Singer (Chair), *Entwicklung von Kindern mit Störung*. Symposium auf dem 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Berlin, Deutschland.
- Essau, C., Conradt, J. & Petermann, F. (1998). Häufigkeit und Komorbidität sozialer Ängste und sozialer Phobie bei Jugendlichen. Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 66, 524-530.
- Esser, G., Blanz, B., Geisel, B. & Laucht, M. (1989). *Mannheimer Elterninterview (MEI)*. Weinheim: Beltz.
- Esser, G., Schmidt, M.H. & Woerner, W. (1990). Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children - results of a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 243-264.
- Faravelli, C., Zucchi, T., Vivani, B. et al. (2000). Epidemiology of social phobia: A clinical approach. *European Psychiatry*, 15, 17-24.
- Fedoroff, I.C. & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 3, 311-324.
- Feldner, M.T., Zvolensky, M.J. & Schmidt, N.B. (2004). Prevention of anxiety psychopathology: A critical review of the empirical literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 405-424.
- Feske, U. & Chambless, D.L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapie*, 26, 695-720.
- Fiedler, P. (1996). Gruppendynamik, kurative Wirkfaktoren der Gruppe und instrumentelle Gruppenbedingungen. In P. Fiedler (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen* (S. 453-476). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Flament, M.F. & Godart, N.T. (1995). Social phobia: A risk factor for eating disorders? *European Neuropsychopharmacology*, 5, 369.
- Flannery-Schroeder, E. & Kendall, P.C. (1993). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children. Theapist manual for group treatment*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Flannery-Schroeder, E. & Kendall, P.C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomised clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 251-278.
- Förg, A. (2003). *Soziale Ängste von Kindern und Jugendlichen: Zusammenhänge mit dem Befinden der Eltern*. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Otto-Friedrich-Universität Bielefeld.
- Fox, R.M., Faw, G.D. & Weber, G. (1991). Producing generalization of impatient adolescents' social skills with significant adults in a natural environment. *Behavior Therapy*, 22, 85-99.
- Francis, G. (1990). Social phobia in childhood. In C.G. Last & M. Hersen (Hrsg.), *Handbook of child and adolescent psychopathology: A longitudinal perspective* (S. 163-168). New York: Pergamon Press.
- Friedmann, A. (1998). Kulturspezifische Sozialphobie. In H. Katschnig, U. Demal & J. Windhaber (Hrsg.), *Wenn Schüchternheit zur Krankheit wird... Über Formen, Entstehung und Behandlung* (S. 54-66). Wien: Facultas-Universitäts-Verlag.

- Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84-93.
- Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P., Marteinsdottir, I., Gefvert, O. & Fredrickson, M. (1999). Social phobias in the general population: Prevalence and soziodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 414-416.
- Fydrich, T. & Bürgener, F. (1999). Ratingskala für soziale Kompetenz. In J. Margraf & K. Rudolf (Hrsg.), *Soziale Kompetenz, Soziale Phobie. Anwendungsfelder, Entwicklungs-linien und Erfolgsaussichten* (S. 81-96). Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohen-gehren.
- Fydrich, T. (2002). Soziale Kompetenz und soziale Performanz bei sozialer Phobie. In U. Stangier & T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und soziale Angststörung* (S. 181-203). Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, T., Chambless, D.L., Perry, K.J., Bürgener, F. & Beazley, M.B. (1998). Behavioral assessment of social performance: A rating system for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 995-1010.
- Fyer, A.J., Mannuzza, S., Chapman, T.F., Liebowitz, M.R. & Klein, D.F. (1993). A direct interview family study of social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 50, 286-293.
- Gabbay, F.H. (1992). Behavior genetic strategies in the study of emotion. *Psychological Science*, 3, 50-55.
- Garcia-Coll, C., Kagan, J. & Reznick, J.S. (1984). Behavioral inhibition in young children. *Child Development*, 55, 1005-1019.
- Gerlach, A. (2002). Psychophysiologie der sozialen Phobie – Symptom oder Ursache? In U. Stangier & T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und soziale Angststörung* (S. 87-111). Göttingen: Hogrefe.
- Gerlsma, C., Emmelkamp, P.M. & Arindell, W.A. (1990). Anxiety, depression, and perception of early parenting: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 19, 251-277.
- Ginsburg, G.S. (2004). Anxiety prevention programs for youth: Practical and theoretical considerations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 430-434.
- Ginsburg, G.S., La Greca, A.M. & Silverman, W.K. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: Relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 175-185.
- Girodo, M., Dotzenroth, S.E. & Stein, S.J. (1981). Causal attribution bias in shy males: Implications for self-esteem and self-confidence. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 325-338.
- Godart, N.T., Flament, M.F., Lecrubier, Y. & Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Comorbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*, 15, 38-45.
- Gordon, R.S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98, 107-109.
- Gould, R.A., Buckminster, S., Pollack, M.H., Otto, M.W. & Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 291-306.
- Greco, L.A. & Morris, T.L. (2002). Treating childhood shyness and related behavior: Empirically evaluated approaches to promote positive social interactions. *Clinical Child and*

- Family Psychology Review*, 4(4), 299-319.
- Greenberg, M.T., Domitrovich, C. & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention and Treatment*, 4(1). Retrieved March 30, 2001. URL: <http://journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040001a.html>.
- Grills, A.E. & Ollendick, T.H. (2003). Multiple informant agreement and the anxiety disorders interview schedule for parents and children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 42(1), 30-40.
- Hampel, P. & Petermann, F. (1998). *Anti-Streß-Training für Kinder*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Harb, G.C. & Heimberg, R.G. (2002). Kognitiv-behaviorale Behandlung der sozialen Phobie: Ein Überblick. In U. Stangier & T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und soziale Angststörung* (S. 311-338). Göttingen: Hogrefe.
- Hartenberg, P. (1921). *Les timides et la timidité*. Paris: Alcan.
- Hartmann, A. & Herzog, T. (1995). Varianten der Effektstärkeberechnung in Meta-Analysen: Kommt es zu variablen Ergebnissen? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24(4), 335-341.
- Haug, H.-J. & Stieglitz, R.-D. (1997). *Das AMDP-System in der klinischen Anwendung und Forschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Hayward, C., Varady, S., Albano, A.M., Thienemann, M., Henderson, L. & Schatzberg, A.F. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(6), 721-726.
- Heckelman, L.R. & Schneier, F.R. (1995). Diagnostic issues. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, & F.R. Schneier (Hrsg.), *Social phobia. Diagnosis, assessment and treatment* (S. 3-20). New York: Guilford Press.
- Heidenreich, T. & Stangier, U. (2002). Störungsspezifische Diagnostik der sozialen Phobie. In U. Stangier & T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und soziale Angststörung* (S. 66-86). Göttingen: Hogrefe.
- Heimberg, R.G., Dodge, C.S., Hope, D.A., Kennedy, C.R., Zollo, L.J. & Becker, R.J. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.
- Heimberg, R.G., Holt, C.S., Schneier, F.R., Spitzer, R.L. & Liebowitz, M.R. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 249-269.
- Heinrichs, N., Saßmann, H., Hahlweg, K. & Perrez, M. (2002). Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 170-183.
- Heiser, N.A., Turner, S.M. & Beidel, D.C. (2003). Shyness: Relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 209-221.
- Henderson, L. & Zimbardo, P.G. (1998). Shyness. In *Encyclopedia of Mental Health*. San Diego, CA: Academic Press.
- Herbert, J.D., Hope, D.A. & Bellack, A.S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 332-339.
- Hermann, C. (2002). Neurobiologische Aspekte und lerntheoretische Grundlagen der sozialen

- Phobie. In U. Stangier & T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und soziale Angststörung* (S. 112-156). Göttingen: Hogrefe.
- Hinde, R.A., Stevenson-Hinde, J. & Tamplin, A. (1985). Characteristics of 3- to 4-year-olds assessed at home and their interactions in preschool. *Developmental Psychology, 21*, 130-140.
- Hirshfeld, D.R., Biederman, J., Brody, L., Faraone, S.V. & Rosenbaum, J.F. (1997). Expressed emotion toward children with behavioral inhibition: Associations with maternal anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 910-917.
- Hirshfeld-Becker, D.R. & Biederman, J. (2002). Rationale and principles for early intervention with young children at risk for anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review, 5(3)*, 161-172.
- Hofmann, S.G., Albano, A.M., Heimberg, R.G., Tracey, S., Chorpita, C.F. & Barlow, D.H. (1999). Subtypes of social phobia in adolescents. *Depression and Anxiety, 9*, 15-18.
- Hofmann, S.G. & Heinrichs, N. (2003). Verhaltenstests für Angst und Vermeidung. In J. Hoyer & J. Margraf (Hrsg.), *Angstdiagnostik. Grundlagen und Testverfahren* (S. 45-54). Berlin: Springer.
- Hofmann, S.G., Newman, M.G., Ehlers, A. & Roth, W.T. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobics. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 224-231.
- Hope, D.A., Herbert, J.D. & White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research, 19(4)*, 399-417.
- Hope, D.A., Holt, C.S. & Heimberg, R.G. (1993). Social phobia. In T.R. Giles (Hrsg.), *Handbook of effective psychotherapy* (S. 227-252). New York: Plenum Press.
- Howard, B.L. & Kendall, P.C. (1996). Cognitive-behavioral family therapy for anxiety-disordered children: A multiple-baseline evaluation. *Cognitive Therapy and Research, 20(5)*, 423-443.
- Hudson, J.L. & Rapee, R.M. (2000). The origins of social phobia. *Behavior Modification, 24(1)*, 102-129.
- Hwu, H.G., Yeh, E.K. & Chang, L.Y. (1989). Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 79*, 136-147.
- Ihle, W. & Jahnke, D. (2005). Die Wirksamkeit familienbezogener Interventionsansätze bei Angststörungen und depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter. Stand der Evidenzbasierung. *Kindheit und Entwicklung, 14(1)*, 12-20.
- In-Albon, T. & Schneider, S. (2004). The influence of parental anxiety treatment on children's psychopathology. In C. Creswell (Chair), *Family factors in the development and treatment of anxiety in children and adolescents*. Symposium auf dem 34. Kongress der European Association for Behavioural and Cognitive Therapies. Manchester, Großbritannien.
- Inderbitzen, H.M. & Hope, D.A. (1995). Relationship among adolescent reports of social anxiety, anxiety, and depressive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders, 9(5)*, 385-396.
- Institute of Medicine (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive*

- intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris: F. Alcan.
- Joiner, T.E., Catanzaro, S.J. & Laurent, J. (1996). Tripartite structure of positive and negative affect, depression, and anxiety in child and adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 401-409.
- Jones, W.H., Briggs, S.R. & Smith, T.G. (1986). Shyness: Conceptualization and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 629-639.
- Jones, W.H. & Russel, D. (1982). The Social Retinence Scale: An objective instrument to measure shyness. *Journal of Personality Assessment*, 46, 629-630.
- Joormann, J. & Unnewehr, S. (2002). Eine kontrollierte Studie zur Wirksamkeit einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen mit sozialer Phobie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 31(4), 284-290.
- Junge, R., Neumer, S., Manz, R. & Margraf, J. (2002). *Gesundheit und Optimismus (GO). Ein Trainingsprogramm für Jugendliche*. Weinheim: PVU/Beltz Verlag.
- Juster, H.R. & Heimberg, R.G. (1995). Social phobia: Longitudinal course and long-term outcome of cognitive-behavioral treatments. *Psychiatric Clinics of North America*, 18, 821-842.
- Kagan, J. (1997). Temperament and the reactions to infamiliarity. *Child Development*, 68, 139-143.
- Kagan, J., Reznick, J.S., Clarke, C., Snidman, N. & Garcia-Coll, C. (1984). Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, 55, 2212-2225.
- Kagan, J., Reznick, J.S. & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240, 167-173.
- Kagan, J., Reznick, J.S. & Snidman, N. (1990). The temperamental qualities of inhibition and lack of inhibition. In M. Lewis & S.M. Miller (Hrsg.), *Handbook of developmental psychopathology* (S. 219-226). New York: Plenum Press.
- Kane, M.T. & Kendall, P.C. (1989). Anxiety disorders in children: A multiple baseline evalutaion of a cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 20, 499-508.
- Kashani, J.H. & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 313-318.
- Kashani, J.H., Orvaschel, H., Rosenberg, T.K. & Reid, J.C. (1989). Psychopathology in a community sample of children and adolescents: A developmental perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 701-706.
- Kashdan, T.B. & Herbert, J.D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(1), 37-61.
- Katschnig, H. (1998). Die verborgene Krankheit – Ergebnisse epidemiologischer Studien zur Sozialphobie. In H. Katschnig, U. Demal & J. Windhaber (Hrsg.), *Wenn Schüchternheit zur Krankheit wird... Über Formen, Entstehung und Behandlung der Sozialphobie* (S. 47-53). Wien: Facultas-Universitäts-Verlag.
- Kazdin, A.E. (2002). The state of child and adolescent psychotherapy research. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(2), 53-59.

- Keller, M.B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: A clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 85-94.
- Keller, M.B., Lavori, P.W., Wunder, J., Beardslee, W.R., Schwartz, C.E. & Roth, J. (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 596-599.
- Kendall, P.C. (1993). Cognitive-behavioral therapies with youth: Guiding theory, current status and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 235-247.
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kendall, P.C., Brady, E.U. & Verduin, T.L. (2001). Comorbidity in childhood anxiety disorders and treatment outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 787-794.
- Kendall, P.C. & Chansky, T.E. (1991). Considering cognition in anxiety disordered children. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 167-185.
- Kendall, P.C., Chansky, T.E., Freidman, M., Kim, R., Kortlander, E., Sessa, F.M. & Siqueland, L. (1991). Treating anxiety disorders in children and adolescents. In P.C. Kendall (Hrsg.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (S. 131-164). New York: Guilford Press.
- Kendall, P.C. & Fischler, G.L. (1984). Behavioral and adjustment correlates of problem solving: Validation analyses of interpersonal cognitive problem-solving measures. *Child Development*, 55, 879-892.
- Kendall, P.C. & Flannery-Schroeder, E.C. (1998). Methodological issues in treatment research for anxiety disorders in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(1), 27-38.
- Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S.M., Southam-Gerow, M., Henin, A. & Warman, M. (1997). Therapy für youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Kendall, P.C., Kane, M., Howard, B. & Siqueland, L. (1990). *Cognitive-behavioral treatment of anxious children: Treatment manual*. Department of Psychology, Temple University, Philadelphia.
- Kendall, P.C. & Southam-Gerow, M.A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 724-730.
- Kendall, P.C. & Treadwell, K.R.H. (1997). Cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety disorders. In E.D. Hibbs & P.S. Jensen (Hrsg.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders. Empirical based strategies for clinical practice* (3.Auflage, S. 23-38). Washington: American Psychological Association.
- Kendler, K.S., Karkowski, L. & Prescott, C.A. (1999). Fears and phobias: Reliability and heritability. *Psychological Medicine*, 29, 539-553.
- Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C. & Eaves, L.J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women: The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49, 273-281.
- Kern, M., Lambert, U.W., Stattin, H. & Klackenberg-Larsson, I. (1994). Stability of inhibition in a Swedish longitudinal sample. *Child development*, 65, 138-146.

- Kessler, R.C., Davis, C.G. & Kendler, K.S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27, 1101-1119.
- Kessler, R.C., Stein, M.B. & Berglund, P. (1998). Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 155, 613-619.
- King, N.J. & Ollendick, T.H. (1997). Annotation: Treatment of childhood phobias. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 389-400.
- Klein, R. (1989). *Anxiety disorders in childhood*. London: Sage.
- Klein, R. (1991). Parent-child-agreement in clinical assessment of anxiety and other psychopathology: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 187-198.
- Klein-Heßling, J. & Lohaus, A. (2000). *Bleib locker. Stresspräventionstraining für Kinder im Grundschulalter* (2.Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Knölker, U., Mattejat, F. & Schulte-Markwort, M. (1997). Operante Methoden. In *Kinder- und Jugendpsychiatrie systematisch* (S. 156-157). Bremen: Uni-Med Verlag AG.
- Kortlander, E., Kendall, P.C. & Panichelli-Mindel, S.M. (1997). Maternal expectation and attribution about coping in anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 297-315.
- Kovacs, M. (1982). *Children's Depression Inventory (CDI)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Kovacs, M. & Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 47-63.
- Krohne, H.W. & Hock, M. (1994). *Elterliche Erziehung und Angstentwicklung des Kindes. Untersuchungen über die Entwicklungsbedingungen von Ängstlichkeit und Angstbewältigung*. Bern: Huber.
- La Greca, A.M. & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.
- LaGreca, A.M., Dandes, S.K., Wick, P., Shaw, K. & Stone, W. (1988). Development of the Social Anxiety Scale for Children: Reliability and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 84-91.
- Lang, P.J. & Lazovik, A.D. (1963). Experimental desensitization of phobias. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 519-525.
- Last, C.G., Hansen, C. & Franco, N. (1997). Anxious children in adulthood: A prospective study of adjustment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(5), 645-652.
- Last, C.G., Perrin, S., Hersen, M. & Kazdin, A.E. (1992). DSM-III-R anxiety disorder in children: Soziodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 1070-1076.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C.D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar*. Weinheim: Beltz.
- Lazarus, P.J. (1982). Incidence of shyness in elementary-school age children. *Psychological Reports*, 51, 904-906.
- Leary, M.R. (1986). Affective and behavioral components of shyness. In W.H. Jones, J.M. Cheeks & S.R. Briggs (Hrsg.), *Shyness: Perspectives on research and treatment* (S. 27-38). New York: Plenum.
- Lecrubier, Y., Wittchen, H.-U., Faravelli, C., Bobes, J., Patel, A. & Knapp, M. (2000). A

- European perspective on social anxiety disorder. *European Psychiatry*, 15, 5-16.
- Lee, C.K., Kwak, Y.S., Yamamoto, J., Rhee, H., Kim, Y.S. et al. (1990). Psychiatric epidemiology in Korea Part II: Urban and rural differences. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(4), 247-252.
- Lehmkuhl, G., Döpfner, M., Plück, J. et al. (1998). Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und somatischer Beschwerden bei vier- bis zehnjährigen Kindern in Deutschland im Urteil ihrer Eltern - ein Vergleich normorientierter und kriterienorientierter Modelle. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26, 83-96.
- Lelliot, P., McNamee, G. & Marks, I. (1991). Features of agora-, social, and related phobias and validation of the diagnoses. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 313-322.
- LeMarquand, D., Tremblay, R.E. & Vitaro, F. (2001). The prevention of conduct disorder: A review of successful and unsuccessful experiments. In J. Hill & B. Maughan (Hrsg.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (S. 449-477). Cambridge: Cambridge University Press.
- Lépine, J.-P. & Lellouch, J. (1995). Diagnosis and epidemiology of agoraphobia and social phobia. *Clinical Neuropharmacology*, 18(2), 15-26.
- Lépine, J.-P. & Simon, V. (1998). Überlegungen zum Begriff der Schüchternheit. In H. Katschnig, U. Demal & J. Windhaber (Hrsg.), *Wenn Schüchternheit zur Krankheit wird... Über Formen, Entstehung und Behandlung der Sozialphobie* (S. 47-53). Wien: Facultas-Universitäts-Verlag.
- Lewinsohn, P.M., Hops, H., Roberts, R.E., Seeley, J.R. & Andrews, J.A. (1993). Adolescent Psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- Lewis, M., Stanger, C., Sullivan, M.W., & Barone, P. (1991). Changes in embarrassment as a function of age, sex and situation. *British Journal of Developmental Psychology*, 9, 485-492.
- Lieb, R., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M.B. & Merikangas, K.R. (2000). Parental psychopathology, parental styles, and the risk of social phobia in offspring. A prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 859-866.
- Liebowitz, M.R., Gorman, J.A., Fyer, A.J. & Klein, D.F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 729-736.
- Lowry-Webster, H.M., Barrett, P.M. & Dadds, M.R. (2001). A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. *Behaviour Change*, 18, 36-50.
- Lübben, K. & Pfingsten, U. (1999). Soziale Kompetenztrainings als Intervention für sozial unsichere Kinder. In J. Margraf & K. Rudolf (Hrsg.), *Soziale Kompetenz, Soziale Phobie. Anwendungsfelder, Entwicklungslinien und Erfolgsaussichten* (S. 145-169). Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
- Magee, W.J. (1999). Effects of negative life experiences on phobia onset. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 343-351.
- Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H.-U., McGonagle, K.A. & Kessler, R.C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.
- Manassis, K. & Monga, S. (2001). A therapeutic approach to children and adolescents with anxiety disorders and associated comorbid conditions. *Journal of the American Academy of*

- Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 115-117.
- Mancini, C., van Ameringen, M., Szatmari, P., Fugere, C. & Boyle, M. (1996). A high-risk study of the children of adults with social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1511-1517.
- Mannuzza, S., Schneier, F.R., Chapman, T.F., Liebowitz, M.R., Klein, D.F. & Fyer, A.F. (1995). Generalized social phobia. Reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, 52, 230-237.
- Manz, R., Junge, J. & Margraf, J. (2001). Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen – Ergebnisse einer Follow-Up-Untersuchung nach 6 Monaten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 9(4), 168-179.
- Margraf, J. (2000). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (2. Auflage, Band 1). Berlin: Springer.
- Marks, I.M. & Gelder, M.G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218-221.
- Marshall, J.R. & Lipsett, S. (1994). *Social phobia: From shyness to stage fright*. New York: Basicbooks.
- Mattejat, F. (2002). Ängste, Phobien und Kontaktstörungen. In G. Esser (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 211-241). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Mattejat, F., Jungmann, J., Meusers et al. (1998). Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26(3), 174-182.
- Mattejat, F., Simon, B., König, U. et al. (2002). Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 31(4), 293-303.
- Mattick, R.C. & Clarke, J.C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 3-23.
- McCabe, R.E., Antony, M.M., Summerfeldt, L.J., Liss, A. & Swinson, R.P. (2003). Preliminary examination of the relationship between anxiety disorders in adults and self-reported history of teasing or bullying experiences. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32(4), 187-193.
- McGaw, B. & Glass, G.V. (1980). Choice of metric for effect size in meta-analysis. *American Educational Research Journal*, 17, 325-337.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P.A. & Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 69, 611-619.
- McNeil, D.W., Ries, B.J. & Turk, C.L. (1995). Behavioral assessment: Self-report, physiology, and overt behavior. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, & F.R. Schneier (Hrsg.), *Social phobia. Diagnosis, assessment and treatment* (S. 202-231). New York: Guilford Press.
- Meichenbaum, D.W. (1979). *Kognitive Verhaltensmodifikationen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Melfsen, S. (1998). Die deutsche Fassung der Social Anxiety Scale for Children Revised (SASC-D-R): Psychometrische Eigenschaften und Normierung. *Diagnostica*, 44, 153-163.

- Melfsen, S. (1999). *Sozial ängstliche Kinder: Untersuchungen zum mimischen Ausdrucksverhalten und zur Emotionserkennung*. Marburg: Tectum-Verlag.
- Melfsen, S. (2002). Soziale Phobie bei Kindern und Jugendlichen. In U. Stangier & T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und soziale Angststörung* (S. 264-290). Göttingen: Hogrefe.
- Melfsen, S. & Florin, I. (1997). Ein Fragebogen zur Erfassung sozialer Angst bei Kindern (SASC-R-D). *Kindheit und Entwicklung*, 6, 224-229.
- Melfsen, S., Florin, I. & Warnke, A. (2001). *Sozialphobie- und -angstinventar für Kinder (SPAIK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Melfsen, S., Osterlow, J., Beyer, J. & Florin, I. (2003). Evaluation eines kognitiv-behavioralen Trainings für sozial ängstliche Kinder. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32(3), 191-199.
- Melfsen, S., Osterlow, J. & Florin, I. (2000). Deliberate emotional expressions of socially anxious children and their mothers. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3), 249-261.
- Mendlowitz, S.L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Mietzis, S. & Shaw, B.F. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1223-1229.
- Mersch, P.P., Emmelkamp, P.M.G., Bögels, S.M. & van der Sleen, J. (1989). Social phobia: Individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 421-434.
- Mick, M.A. & Telch, M.J. (1998). Social anxiety and history of behavioral inhibition in young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(1), 1-20.
- Miller, L.C. (1983). Fears and anxiety in children. In C.E. Walker & M.C. Roberts (Hrsg.), *Handbook of clinical child psychology* (S. 338-380). New York: John Wiley & Sons.
- Mills, R.S.L. & Rubin, K.H. (1993). Socialization factors in the development of social withdrawal. In K.H. Rubin & J.B. Asendorpf (Hrsg.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood* (S. 3-17). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associations.
- Mineka, S. & Cook, M. (1988). Social learning and the acquisition of snake fear in monkeys. In T. Zentall & G. Galef (Hrsg.), *Comparative social learning* (S. 51-73). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Morris, T.L., Messer, S.C. & Gross, A.M. (1995). Enhancement of the social interaction and status of neglected children: A peer-pairing approach. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 11-20.
- Moutier, C.Y. & Stein, M.B. (1999). The history, epidemiology, and differential diagnosis of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(9), 4-8.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Müller, N. (2002). *Die soziale Angststörung bei Jugendlichen und Erwachsenen. Erscheinungsformen, Verlauf und Konsequenzen*. Münster: Waxmann.
- Münchau, N., Demal, U. & Hand, I. (1998). Verhaltenstherapie bei sozialer Gehemmtheit. In H. Katschnig, U. Demal & J. Windhaber (Hrsg.), *Wenn Schüchternheit zur Krankheit wird... Über Formen, Entstehung und Behandlung der Sozialphobie* (S. 119-136). Wien: Facultas-Universitäts-Verlag.
- Muris, P., Merckelbach, H. & Damsma, E. (2000). Threat perception bias in nonreferred,

- socially anxious children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 348-359.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., Gadet, B. & Bogie, N. (2001). Anxiety and depression as correlates of self-reported behavioural inhibition in normal adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1051-1061.
- Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H. & Meesters, C. (1996). The role of parental fearfulness and modelling in children's fear. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 265-268.
- Myers, J.K., Weissman, M.M., Tischler, G.L. et al. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980-1982. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959-967.
- Nauta, M.H. (2005). *Anxiety disorders in children and adolescents: Assessment, cognitive behavioural therapy, and predictors of treatment outcome*. Dissertation, University of Groningen, Niederlande. URL: <http://irs.ub.rug.nl/ppn/276349113>.
- Neufeld, K.J., Swartz, K.L., Bienvenu, O.J., Eaton, W.W. & Cai, G. (1999). Incidence of DIS/DSM-IV social phobia in adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 186-192.
- Neumer, S.P., Junge, J., Manz, R. & Margraf, J. (2001). Prevention of anxiety disorders and depression. First results of a cognitive-behavioral prevention program. *International Journal of Psychology*, 35(3-4), 291-291.
- Norton, P.J. & Hope, D.A. (2001). Kernels of truth or distorted perceptions: Self and observer ratings of social anxiety and performance. *Behavior Therapy*, 32, 765-786.
- Offord, D.R., Boyle, M.H., Szatmari, P. (1987). Ontario Child Health Study: II. Six month prevalence of mental disorders and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44, 832-836.
- Öhman, A. & Dimberg, U. (1978). Facial expressions as conditioned stimuli for electrodermal responses: A case of „preparedness“? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1251-1258.
- Öhman, A. (1986). Face the beast and fear the face: Animal and social fears as prototypes for evolutionary analyses of emotion. *Psychophysiology*, 23, 123-145.
- Ollendick, T.H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*, 21(6), 685-692.
- Ollendick, T.H. & Hirshfeld-Becker, D.R. (2002). The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 51, 44-58.
- Öst, L.-G. (1987). Age of onset in different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 223-229.
- Öst, L.-G. & Hugdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 439-447.
- Öst, L.-G., Jerremalm, A. & Johansson, J. (1981). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 1-16.
- Peitz, M., Heidenreich, T. & Stangier, U. (2002). Kognitive Therapie bei sozialer Phobie: Grundlegende Techniken. In U. Stangier & T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und soziale Angststörung* (S. 337-369). Göttingen: Hogrefe.
- Perrin, S. & Last, C.G. (1993). Do childhood anxiety measures measure anxiety? *Journal of*

- Abnormal Child Psychology, 20*, 567-578.
- Perrin, S. & Last, C.G. (1997). Worrisome thoughts in children clinically referred for anxiety disorder. *Journal of Clinical Child Psychology, 26*, 181-189.
- Petermann, F. & Bochmann, F. (1993). Metaanalyse von Kinderverhaltenstrainings: Eine erste Bilanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 22*(2), 137-152.
- Petermann, U. (1993). Angststörungen. In H.-C. Steinhausen & M. von Aster (Hrsg.), *Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen* (S. 187-209). Weinheim: Beltz.
- Petermann, U. (1997). Training mit sozial unsicheren Vor- und Grundschulkindern. In F. Petermann (Hrsg.), *Kinderverhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen* (S. 245-269). Hohengehren: Schneider Verlag.
- Petermann, U., Essau, C.A. & Petermann, F. (2000). Angststörungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (4. Auflage, S. 227-270). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2000). *Training mit sozial unsicheren Kindern* (7. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Pfingsten, U. (2000). Soziale Ängste. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 282-389). Berlin: Springer.
- Phillips, S.D. & Bruch, M.A. (1988). Shyness and dysfunction in career development. *Journal of Counseling Psychology, 35*, 159-165.
- Pilkonis, P.A. (1977). The behavioral consequences of shyness. *Journal of Personality, 45*, 596-611.
- Plomin, R. & Daniels, D. (1986). Genetics and shyness. In W.H. Jones, J.M. Cheek & S.R. Briggs (Hrsg.), *Shyness. Perspectives on research and treatment* (S. 63-80). New York: Plenum Press.
- Plück, J., Döpfner, M., Berner, W. et al. (1997). Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter – ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung Jugendlicher. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 46*, 566-582.
- Pollard, A.C., Henderson, J.G., Frank, M. & Margolis, R.B. (1989). Help-seeking patterns of anxiety-disordered individuals in the general population. *Journal of Anxiety Disorders, 3*, 131-138.
- Poulton, R., Trainor, P., Stanton, W., McGee, R., Davis, S. & Silva, P. (1997). The (in)stability of adolescent fears. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 159-163.
- Prins, P.J.M. & Ollendick, T.H. (2003). Cognitive change and enhanced coping: Missing mediational links in cognitive behavior therapy with anxiety-disordered children. *Clinical-Child-and-Family-Psychological-Review, 6*(3), 87-105.
- Prior, M., Smart, D., Sanson, A. & Oberklaid, F. (2000). Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in adolescence? *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry, 39*(4), 461-468.
- Rapee, R.M. (1995). Descriptive psychopathology of social phobia. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, & F.R. Schneier (Hrsg.), *Social phobia. Diagnosis, assessment and treatment* (S. 41-66). New York: Guilford Press.

- Rapee, R.M. (1998). *Overcoming shyness and social phobia: A step-by- step guide*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Rapee, R.M. (2002). The development and modification of temperamental risk for anxiety disorders: Prevention of a lifetime of anxiety? *Biological Psychiatry*, 52, 947-957.
- Rapee, R.M. (2003). The influence of comorbidity on treatment outcome for children and adolescents with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 105-112.
- Rapee, R.M., Barrett, P.M., Dadds, M.R., & Evans, L. (1994). Reliability of the DSM-III-R childhood anxiety disorders using structured interview: Interrater and parent-child agreement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 984-992.
- Rapee, R.M. & Heimberg, R.G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741-756.
- Rapee, R.M. & Lim, L. (1992). Discrepancy between self and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 181, 728-731.
- Rapee, R.M. & Melville, L.F. (1997). Recall of family factors in social phobia and panic disorder: Comparison of mother and offspring reports. *Depression and Anxiety*, 5, 7-11.
- Rapee, R.M. & Sweeney, L. (2001). Social phobia in children and adolescents: Nature and assessment. In W.R. Crozier & L.E. Alden (Hrsg.), *International Handbook of Social Anxiety. Concepts, Research and Interventions relating to the self and shyness* (S. 505-523). Chichester: Wiley.
- Reich, J. (2001). The relationship of social phobia to avoidant personality disorders. In S.G. Hofmann & P.M. DiBartolo (Hrsg.), *From social anxiety to social phobia* (S. 148-161). Needham Heights: Allyn & Bacon.
- Reinecker, H. (2000). Therapieforschung. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (2. Auflage, Band 1, S. 49-67). Berlin: Springer.
- Remschmidt, H. (2000). Angstsyndrome und emotionale Störungen. In H. Remschmidt (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung* (S. 207-221). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Resch, F. (1998). Stigma, Minderwertigkeitsgefühl und soziale Ängste bei Kindern und Jugendlichen. In H. Katschnig, U. Demal & J. Windhaber (Hrsg.), *Wenn Schüchternheit zur Krankheit wird... Über Formen, Entstehung und Behandlung der Sozialphobie* (S. 81-92). Wien: Facultas-Universitäts-Verlag.
- Reznick, J.S., Kagan, J., Snidman, N., Gersten, M., Baak, K., & Rosenberg, A. (1986). Inhibited and uninhibited behavior: A follow-up study. *Child Development*, 57, 660-680.
- Rheingold, A.A., Herbert, J.D. & Franklin, M.E. (2003). Cognitive bias in adolescents with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 27(6), 639-655.
- Rice, F.P. (2001). *Human development. A life-span approach* (4. Auflage). New Jersey: Prentice Hall.
- Robinson, J.L., Kagan, J., Reznick, J.S. & Corley, R. (1992). The heritability of inhibited and uninhibited behavior: A twin study. *Developmental Psychology*, 28, 1030-1037.
- Ronan, K.R., Rowe, P. & Kendall, P.C. (1988). Children's Anxious Self-Statement Questionnaire (CASSQ): Development and validation. *Paper presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy Annual Convention*, New York, November, 1988.

- Ronen, T. (1997). *Cognitive developmental therapy with children*. Chichester: Wiley.
- Rose, R.J. & Dilto, W.B. (1983). A developmental-genetic analysis of common fears from early adolescence to early adulthood. *Child Development*, 54, 361-368.
- Rosenbaum, J.F., Biederman, J. & Hirshfeld, D.F. (1991). Further evidence of an association between behavioral inhibition and anxiety disorders: Results from a family study of children from a non-clinical sample. *Journal of Psychiatric Research*, 25, 49-65.
- Rost, D.H. & Schermer, F.J. (1997). *Differentielles Leistungsangst-inventar (DAI): Handbuch*. Frankfurt: Swets Test Services.
- Rubin, K.H. & Asendorpf, J.B. (1993). Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood: Conceptual and definitional issues. In K.H. Rubin & J.B. Asendorpf (Hrsg.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood* (S. 3-17). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associations.
- Rubin, K.H., Hymel, S. & Mills, R. (1989). Sociability and social withdrawal in childhood: Stability and outcomes. *Journal of Personality*, 57, 237-255.
- Rubin, K.H., LeMare, L.J. & Lollis, S. (1990). Social withdrawal in childhood: Developmental pathways to peer rejection. In S.R. Asher & J.D. Coie (Hrsg.), *Peer rejection in childhood* (S. 217-249). Cambridge, England: University Press.
- Rubin, K.H. & Mills, R.S.L. (1988). The many faces of social isolation in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 916-924.
- Rubin, K.H., Nelson, L.J., Hastings, P. & Asendorpf, J. (1999). The transaction between parents' perceptions of their children's shyness and their parenting styles. *International Journal of Behavioral Development*, 23, 937-957.
- Rutter, M., McDonald, H., LeCouteur, A., Harrington, R., Bolton, P. & Bailey, A. (1990). Genetic factors in child psychiatric disorders II. Empirical findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 39-83.
- Safren, S.A., Heimberg, R.G. & Juster, H.R. (1997). Clients' expectancies and their relationship to pre-treatment symptomatology and outcome of cognitive-behavioral group treatment for social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 694-698.
- Safren, S.A., Heimberg, R.G., Brown, E.J. & Holle, C. (1997). Quality of life in social phobia. *Depression and Anxiety*, 4, 126-133.
- Sammet, I., Lüneburg, T. & Schauenburg, H. (2003). Die Entwicklung der Selbstwirksamkeit während stationärer Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 53, 133.
- Sanders, M.R., Markie-Dadds, C., Bor, W. & Tully, L.A. (2000). The Triple P – Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 624-640.
- Sanson, A.V., Pedlow, R., Cann, W., Prior, M. & Oberklaid, F. (1996). Shyness ratings: Stability and correlates in early childhood. *International Journal of Behavioural Development*, 19, 705-724.
- Sareen, J. & Stein, M.B. (2000). A review of the epidemiology and approaches to the treatment of social anxiety disorder. *Drugs*, 59(3), 497-509.
- Scarpelli-Dwyer, J.M. (2001). Attention to emotional cues, affective perspective taking, and

- arousal in shy children. *Dissertation-Abstracts-International: Section B, 62(5-B)*, 2520.
- Schlenker, B.R. & Leary, M.R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model. *Psychological Bulletin, 92*, 641-669.
- Schmidt, L.A., Fox, N.A., Schulkin, J. & Gold, P.W. (1999). Behavioral and psychophysiological correlates of self-presentation in temperamentally shy children. *Developmental Psychobiology, 35*(2), 119-135.
- Schmidt, N.B. & Vasey, M. (2002). Primary prevention of psychopathology in a high risk youth population. In D. Roth (Hrsg.), *New Research in Mental Health, 14* (S. 203-209). Columbus, OH: Ohio Department of Mental Health.
- Schmidt, N.B., Storey, J., Greenberg, B.D., Santiago, H.T., Li, O. & Murphy, D.L. (2000). Evaluating gene X psychological risk factor effects in the pathogenesis of anxiety: A new model approach. *Journal of Abnormal Psychology, 2*, 308-320.
- Schneider, S. (1994). Angstdiagnostik bei Kindern. *Kindheit und Entwicklung, 3*, 164-171.
- Schneider, S. (2000). Verhaltenstherapie bei Trennungsängsten und Phobien im Kindesalter. *Verhaltenstherapie, 10*, 101-109.
- Schneider, S. & Döpfner, M. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von Angst- und phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung, 13*(2), 80-96.
- Schneider, S., Florin, I. & Fiegenbaum, W. (1993). Phobien. In H.-C. Steinhausen & M. von Aster (Hrsg.), *Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen* (S. 211-238). Weinheim: Beltz.
- Schneider, S. & Hensdick, M. (1994). *Deutsche Übersetzung des CASI*. Unveröffentlichtes Manual, Technische Universität Dresden.
- Schneider, S., Unnewehr, S. & Margraf, J. (1995). Handbuch zum Diagnostischen Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalters. In S. Unnewehr, S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Diagnostisches Interview psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters (Kinder-DIPS)*. Berlin: Springer Verlag.
- Schneier, F.R., Heckelman, L.R., Garfinkel, R. et al. (1994). Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry, 55*, 322-331.
- Schneier, F.R., Johnson, J., Hornig, C.D., Liebowitz, M.R. & Weissman, M.M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry, 49*, 282-288.
- Schneier, F.R., Liebowitz, M.R., Beidel, D.C. et al. (1995). Social phobia. In T.A. Widiger, A.J. Frances, M.B. Pincus, R. First, R. Ross & W. Davis (Hrsg.), *DSM-IV source book, Vol. 2* (S. 507-548). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Schowalter, M. (1997). *Retest-Reliabilität und Retest-Effekte des diagnostischen Rollenspiels zur Erfassung von sozialer Kompetenz*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Heidelberg.
- Schowalter, M. (2001). *Soziale Angst im Jugendalter. Soziale Kompetenz, kognitive und physiologische Faktoren*. Dissertation, Universität Heidelberg. URL: <http://www.ub.uni-heidelberg/archiv/1779>.
- Schuch, B. (1998). Psychotherapie sozialer Ängste im Kindes- und Jugendalter. In H. Katschnig, U. Demal & J. Windhaber (Hrsg.), *Wenn Schüchternheit zur Krankheit wird...*

- Über Formen, Entstehung und Behandlung der Sozialphobie (S. 93-104). Wien: Facultas-Universitäts-Verlag.
- Schwalberg, M.D., Barlow, D.H., Alger, S.A. & Howard, L. (1992). Comparisons of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder in comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 675-681.
- Schwartz, C.E., Snidman, N. & Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(8), 1008-1015.
- Seitz, W. & Rausche, A. (1992). *Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren (PfK 9-14)*. Göttingen: Hogrefe.
- Seligman, M.E.P. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy, 2*, 307-321.
- Seligman, M.E.P. (1992). *Erlernte Hilflosigkeit. Erweitert um: Franz Petermann: Neue Konzepte und Anwendungen* (4. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Selman, R.L. (1980). *The growth of interpersonal understanding*. New York: Academic Press.
- Serketich, W.J. & Dumas, J.E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 27*, 171-186.
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M.K. et al. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 865-872.
- Silverman, W., La Greca, A. & Wasserstein, S. (1995). What do children worry about? Worries and their relations to anxiety. *Child development, 66*, 671-686.
- Silverman, W.K., Kurtines, W.M., Ginsburg, G.S., Weems, C.F., Lumpkin, P.W. & Carmichael, D.H. (1999a). Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(6), 995-1003.
- Silverman, W.K., Kurtines, W.M., Ginsburg, G.S., Weems, C.F., Rabian, B. & Serafini, L.T. (1999b). Contingency management, self-control, and education support in the treatment of childhood phobic disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(6), 675-687.
- Simonoff, E., Pickles, A., Meyer, J.M. et al. (1997). The Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. Influences of age, sex, and unpairment of rates of disorder. *Archives of General Psychiatry, 54*, 801-808.
- Siqueland, L., Kendall, P.C. & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interaction. *Journal of Clinical Child Psychology, 25*, 225-237.
- Skre, I., Onstad, S., Torgersen, S., Lygren, S. & Kringlen, E. (2000). The heriability of common phobic fear: A twin study of a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 549-562.
- Slee, P.T. (1994). Situational and interpersonal correlates of anxiety associated with peervictimisation. *Child Psychiatry and Human Development, 25*, 97-107.
- Smith, T.W., Ingram, R.E. & Brehm, S.S. (1985). Social anxiety, anxious self preoccupation, and recall of self relevant information. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*,

- 1276-1283.
- Smoller, J.W., Rosenbaum, J.F., Biederman, J. et al. (2001). Genetic association analysis of behavioral inhibition using candidate loci from mouse models. *American Journal of Medical Genetics*, 105, 226-235.
- Solyom, L., Ledwidge, B. & Solyom, C. (1986). Delineating social phobia. *British Journal of Psychiatry*, 149, 464-470.
- Southam-Gerow, M.A., Kendall, P.-C. & Weersing, V.R. (2001). Examining outcome variability: Correlates of treatment response in a child and adolescent anxiety clinic. *Journal of Community Psychology*, 30(3), 422-436.
- Spence, S.H. (1991). Developments in the assessment of social skills and social competence in children. *Behaviour Change*, 8, 148-166.
- Spence, S.H. (1994). Preventive strategies. In T.H. Ollendick, N.J. King & W. Yule (Hrsg.), *International handbook of phobic and anxiety disorders* (S. 453-474). New York: Plenum.
- Spence, S.H. (1995). *Social skills training: Enhancing social competence with children and adolescents*. Windsor, U.K.: NFER-Nelson.
- Spence, S.H. & Donovan, H. (1998). Interpersonal problems. In P. Graham (Hrsg.), *Cognitive-behaviour therapy for children and families*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Spence, S.H., Donovan, C. & Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 211-221.
- Spence, S.H., Donovan, C. & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 713-726.
- Spinath, F. M. (2000). Temperamentsmerkmale bei Kindern: Psychometrische Güte und verhaltensgenetische Befunde zum deutschen Emotionalitäts-Aktivitäts-Soziabilitäts-Temperamentinventar (EAS) nach Buss & Plomin (1984). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 21, 65-75.
- Stangier, U. & Fydrich, T. (2002). Das Störungskonzept der Sozialen Phobie oder der Sozialen Angststörung. In U. Stangier & T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und soziale Angststörung* (S. 10-33). Göttingen: Hogrefe.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Berardi, A., Golbs, U. & Hoyer, J. (1999). Die Erfassung sozialer Phobie durch die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) und die Social Phobia Scale (SPS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28, 28-36.
- Stefanek, M.E. & Eisler, R.M. (1983). The current status of cognitive variables in assertiveness training. In M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (Hrsg.), *Progress in behavior modification* (S. 277-319). New York: Academic Press.
- Stein, M.B., Chartier, M.J., Hazen, A.L. et al. (1998a). A direct-interview family study of generalized social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 155, 90-97.
- Stein, M.B., Chartier, J.M., Kozak, M.V., King, N. & Kennedy, J.L. (1998b). Genetic linkage to the serotonin transporter protein and 5HT2A receptor genes excluded in generalized social phobia. *Psychiatry Research*, 81, 283-291.
- Stein, M.B. & Kean, Y.M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic

- findings. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1606-1613.
- Steinhausen, H.-C. (2000). Emotionale Störungen. In H.-C. Steinhausen (Hrsg.), *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen* (4. Auflage, S. 120-136). München: Urban & Fischer.
- Stelzl, I. (1982). *Fehler und Fallen der Statistik*. Bern: Hans Huber.
- Stemberger, R., Turner, S., Beidel, D.C. & Calhoun, K. (1995). Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 526-531.
- Stiensmeier-Pelster, J., Schürmann, M. & Duda, K. (2000). *Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ)* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Stine, J. (1997). The array of phobic disorders. In P.F. Kernberg & J.R. Bemporad (Hrsg.), *Handbook of child and adolescent psychiatry* (S. 499-513). New York: John Wiley & Sons.
- Strauss, C.C., Frame, C. & Forehand, R. (1987). Psychosocial impairment associated with anxiety in children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 235-239.
- Strauss, C.C., Lahey, B.B., Frick, P., Frame, C.L. & Hynd, G.W. (1988). Peer social status of children with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 137-141.
- Strauss, C.C. & Last, C.G. (1993). Social and simple phobias in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 141-152.
- Strauss, C.C., Lease, C.A., Kazdin, A.E., Dulcan, M.K. & Last, C.G. (1989). Multimethod assessment of the social competence of children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 184-189.
- Strauss, J., Birmaher, B., Bridge, J. et al. (2000). Anxiety disorders in suicidal youth. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(8), 739-745.
- Stravynski, A., Lamontagne, Y. & Lavallee, Y. (1986). Clinical phobias and avoidant disorder among alcoholics admitted to an alcoholism rehabilitation setting. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 714-719.
- Strian, F. (1995). *Angst und Angstkrankheiten*. München: Beck.
- Suhr, L. & Döpfner, M. (2000). Leistungs- und Prüfungsängste bei Kindern und Jugendlichen - ein multimodales Therapiekonzept. *Kindheit und Entwicklung*, 9(3), 171-186.
- Suhr-Dachs, L. & Döpfner, M. (2005). *Leistungsängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ)* (Band 1). Göttingen: Hogrefe.
- Taylor, K.T. & Biglan, A. (1998). Behavioral family interventions for improving child-rearing: A review of the literature for clinicians and policy makers. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 41-60.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Thurner, F. & Tewes, U. (2000). *Kinder-Angst-Test-II (KAT-II)*. Göttingen: Hogrefe.
- Tiihonen, J., Kuikka, J., Bergstrom, K., Lepola, U., Koponen, H. & Leinonen, E. (1997). Dopamine reuptake site densities in patients with social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 154, 239-242.
- Toren, P., Wolmer, L., Rosenthal, B., Eldar, S., Koren, S., Lask, M., Weizman, R. & Laor, N. (2000). Case Series: Brief parent-child group therapy for childhood anxiety disorders using a

- manual-based cognitive-behavioral technique. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(10).1309-1312.
- Torgersen, S. (1983). Genetic factors in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1085-1089.
- Townsley, R.M. (1992). *Social phobia: Identification of possible etiological factors*. Doctoral dissertation. University of Georgia: Athens.
- Trower, P., Bryant, B.M. & Argyle, M. (1978). *Social skills and mental health*. London: Methuen.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Borden, J.W., Stanley, M.A. & Jacob, R.G. (1991). Social Phobia: Axis I and II correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 102-106.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. & Cooley-Quille, M.R. (1997). *Social effectiveness therapy: A program for overcoming social anxiety and social phobia*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. & Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 229-235.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. & Jacob, R.G. (1994). Social phobia: A comparison of behavior therapy and atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 350-358.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Roberson-Nay, R. & Tervo, K. (2003). Parenting behaviors in parents with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 541-554.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. & Townsley, R. (1990). Social phobia: Relationship to shyness. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 497-505.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. & Townsley, R.M. (1992). Behavioral treatment of social phobia. In S.M. Turner, D.S. Calhoun & H.E. Adams (Hrsg.), *Handbook of clinical behavior therapy* (2. Auflage, S. 13-37). New York: Wiley.
- Tuschen, B. & Fiegenbaum, W. (2000). Systemimmanente kognitive Therapie. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (2. Auflage, Band 1, S. 499-508). Berlin: Springer.
- Tuschen-Caffier, B. & Kühl, S. (in Vorb.). *Gruppentraining bei sozialen Ängsten. Ein Programm für Kinder und Jugendliche*.
- Tuschen-Caffier, B., Kühl, S., Schulze, N. & Hoffmann, A. (eingereicht). Cognitive and behavioral factors of childhood social phobia. *Behaviour Research and Therapy*.
- Ullrich, R. & Ullrich de Muynck, R. (1999). Selbstwertstörung und soziale Phobie – 25 Jahre Assertiveness-Training-Programm (ATP) Therapie. In J. Margraf & K. Rudolf (Hrsg.), *Soziale Kompetenz, Soziale Phobie. Anwendungsfelder, Entwicklungslinien und Erfolgsaussichten* (S. 99-128). Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
- Unnewehr, S., Schneider, S. & Margraf, J. (1992). *Deutsche Übersetzung des State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Unveröffentlichtes Manuskript, Philipps-Universität Marburg.
- Unnewehr, S., Schneider, S. & Margraf, J. (1995). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (DIPS-K)*. Heidelberg: Springer.
- Vasey, M.W. (1993). Development and cognition in childhood anxiety: The example of worry. In T.H. Ollendick & R. Prinz (Hrsg.), *Advances in clinical child psychology* (S. 1-39). New

- York: Plenum Press.
- Vasey, M.W., Crnic, K.A. & Carter, W.G. (1994). Worry in childhood: A developmental perspective. *Cognitive Therapy and Research*, 18(6), 529-549.
- Vaughn, S. & Lancelotta, G. (1991). Teaching interpersonal social skills to low accepted students: Peer-pairing versus no peer-pairing. *Journal of School Psychology*, 28, 181-188.
- Velting, O.N. & Albano, A.M. (2001). Current trends in the understanding and treatment of social phobia in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 127-140.
- Vernberg, E.M., Abwender, D.A., Ewell, K.K. & Beery, S.H. (1992). Social anxiety and peer relationships in early adolescents: A prospective analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 189-196.
- Walljasper, M.C. (2000). The role of cognitive processing in adolescents with social phobia. *Dissertation-Abstracts-International: Section B*, 61(1-B): 551.
- Warren, S.L., Huston, L., Egeland, B. & Sroufe, L.A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 637-644.
- Warren, S.L., Schmitz, S. & Emde, R.N. (1999). Behavioral genetic analyses of self-reported anxiety at 7 years of age. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(11), 1403-1408.
- Weiller, E., Bisserbe, J.-C., Boyer, P., Lépine, P. & Lecrubier, Y. (1996). Social phobia in general health care: An unrecognised undertreated disabling disorder. *British Journal of Psychiatry*, 168, 169-174.
- Weinbrenner, B. (2005a). *Fremddiagnostik bei Ängsten im Kindes- und Jugendalter*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bielefeld.
- Weinbrenner, B. (2005b). Elternfragebogen zu sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter (ESAK). In Weinbrenner, B., *Fremddiagnostik bei Ängsten im Kindes- und Jugendalter* (S. 63-144). Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bielefeld.
- Weinert, F.E. (1998). Das LOGIK-Projekt: Rückblicke, Einblicke und Ausblicke. In F.E. Weinert (Hrsg.), *Entwicklung im Kindesalter* (S. 177-196). Weinheim: Beltz.
- Weissman, M.M., Klerman, G.L., Markowitz, J.S. & Oullette, R. (1989). Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *New England Journal of Medicine*, 321, 1209-1214.
- Weisz, J.R. & Weersing, V.R. (1998). Developmental outcome research. In W.K. Silverman & T.H. Ollendick (Hrsg.), *Developmental issues in the clinical treatment of children and adolescents* (S. 457-469). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Whaley, S.E., Pinto, A. & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 826-836.
- WHO (Weltgesundheitsorganisation, 1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F)*, 2. Auflage. Hrsg. von H. Dilling, W. Mombour & M.H. Schmidt. Bern: Verlag Hans Huber.
- Wieczorkowski, W., Nickel, H., Janowski, A., Fittkau, B. & Rauer, W. (1974). *Angstfragebogen für Schüler (AFS)*. Braunschweig: Westermann.
- Wilken, B. (2003). *Methoden der kognitiven Umstrukturierung*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Windheuser, J. (1977). Anxious mothers as models for coping with anxiety. *Behavioral Analysis and Modification*, 2, 39-58.
- Winett, R.A. (1998). Prevention: A proactive-developmental-ecological perspective. In T.H. Ollendick & M. Hersen (Hrsg.), *Handbook of child psychopathology* (S. 637-671). New York: Plenum Press.
- Wittchen, H.-U., Essau, C.A., von Zerssen, D., Krieg, C. & Zaudig, M. (1992). Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-up Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, 247-258.
- Wittchen, H.-U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N. & Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *European Psychiatry*, 15, 46-58.
- Wittchen, H.-U., Nelson, C.B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.
- Wittchen, H.-U., Stein, M.B. & Kessler, R.C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29(2), 309-323.
- Zimbardo, P.G. (1978). *Nicht so schüchtern*. München: Moderne Verlags GmbH.
- Zimmermann, P., Wittchen, H.-U., Hofler, M., Pfister, H., Kessler, R.-C. & Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders. *Psychological Medicine*, 33(7), 1211-1222.

## **8. ANHANG**

- 8.1 Abbildungsverzeichnis
- 8.2 Tabellenverzeichnis
- 8.3 Öffentlichkeitsarbeit
- 8.4 Einverständniserklärung zur Forschung und Supervision
- 8.5 Einverständniserklärung zu Expositionenübungen außerhalb der Ambulanz
- 8.6 Rollenspielanleitungen
- 8.7 Selbsteinschätzungen bei den Rollenspielen
- 8.8 Visuelle Analogskala zur Beurteilung der Rollenspiele
- 8.9 Klinisches Rating des Schweregrads der sozialen Angst
- 8.10 Ratings zur Veränderungsmessung
- 8.11 Erklärung

## **Abbildungsverzeichnis**

### ***Pilotstudie:***

Abbildung 1:	Untersuchungsdesign der Pilotstudie .....	S. 107
Abbildung 2:	Auffälligkeiten in der Interaktion der Gesamtstichprobe gemäß dem CASCAP-D .....	S. 120
Abbildung 3:	Zeitverlauf des Eingangskriteriums gemäß dem Elternurteil im DIPS .....	S. 131
Abbildung 4:	Effektstärken der CBCL in den Zeiträumen „Prä/Post“ und „Prä/Follow-up“ für Experimental- und Kontrollgruppe .....	S. 135
Abbildung 5:	Eingangskriterium vor und nach dem Interventions- (EG) bzw. Wartezeitraum (KG) gemäß dem Elternurteil im DIPS .....	S. 136
Abbildung 6:	Effektstärken der SASC-R-D in den Zeiträumen „Prä/Post“ und „Prä/Follow-up“ für Experimental- und Kontrollgruppe .....	S. 141
Abbildung 7:	Zeitverlauf des Eingangskriteriums gemäß dem Kindurteil im DIPS	S. 143
Abbildung 8:	Effektstärken der RSK im Zeitraum „Prä/Post“ für Experimental- und Kontrollgruppe bei Rollenspiel a und b .....	S. 146

### ***Hauptstudie:***

Abbildung 9:	Untersuchungsdesign der Hauptstudie .....	S. 165
Abbildung 10:	Auffälligkeiten in der Interaktion der Stichprobe gemäß dem CASCAP-D .....	S. 174
Abbildung 11:	Häufigkeiten problematischer Einschätzungen (HPE) der Stichprobe gegenüber Vergleichsgruppen gemäß dem ILK .....	S. 175
Abbildung 12:	Zeitverlauf des Eingangskriteriums gemäß dem Elternurteil im DIPS .....	S. 183
Abbildung 13:	Zeitverlauf der Werte der CBCL .....	S. 186
Abbildung 14:	Effektstärken der DIPS-Variablen im Warte- und Interventionszeitraum gemäß dem Elternurteil .....	S. 188
Abbildung 15:	Zeitverlauf der Werte der SASC-R-D .....	S. 194
Abbildung 16:	Eingangskriterium im Warte- und Interventionszeitraum gemäß dem Kindurteil im DIPS .....	S. 195
Abbildung 17:	Zeitverlauf des Eingangskriteriums gemäß dem Elternurteil im DIPS für drei Altersgruppen .....	S. 206

## Tabellenverzeichnis

### **Theorie:**

Tabelle 1:	Überblick über typische Anzeichen sozialer Angst .....	S. 15
Tabelle 2:	DSM-IV-TR-Kriterien der sozialen Angststörung .....	S. 22
Tabelle 3:	ICD-10-Kriterien der sozialen Phobie .....	S. 23
Tabelle 4:	Kognitiv-behaviorale Behandlungsprogramme für Angststörungen im Kindes- und Jugendalter .....	S. 80
Tabelle 5:	Kognitiv-behaviorale Behandlungsprogramme für die soziale Angststörung im Kindes- und Jugendalter .....	S. 83

### **Programm:**

Tabelle 6:	Übersicht über die Themenschwerpunkte des Programms für Kinder und Jugendliche .....	S. 103
Tabelle 7:	Übersicht über die Themenschwerpunkte des Programms für Eltern ....	S. 105

### **Pilotstudie:**

Tabelle 8:	Demographische Variablen der Experimental- und Kontrollgruppe .....	S. 119
Tabelle 9:	Stichprobenbeschreibung gemäß dem CASCAP-D .....	S. 120
Tabelle 10:	Stichprobenbeschreibung gemäß dem Kinder-DIPS .....	S. 121
Tabelle 11:	Kennwerte der einzelnen Items und des Gesamtwerts der RSK .....	S. 127
Tabelle 12:	Interkorrelationen der RSK, der Kognitionen, des Angstthermometers und der SASC-R-D .....	S. 128
Tabelle 13:	Elternurteil im Zeitverlauf (Mittelwert und Standardabweichung) .....	S. 132
Tabelle 14:	ANOVAs und Effektstärken des DIPS und der CBCL zu den Zeitpunkten Prä, Post und Follow-up .....	S. 133
Tabelle 15:	Kindurteil im Zeitverlauf (Mittelwert und Standardabweichung) .....	S. 139
Tabelle 16:	ANOVAs und Effektstärken des DIPS und der SASC-R-D zu den Zeitpunkten Prä, Post und Follow-up .....	S. 140
Tabelle 17:	Fremdurteil im Zeitverlauf (Mittelwert und Standardabweichung) .....	S. 145
Tabelle 18:	ANOVAs und Effektstärken der RSK zu den Zeitpunkten Prä und Post	S. 145
Tabelle 19:	Angstthermometer im Zeitverlauf (Mittelwert und Standardabweichung) .....	S. 148
Tabelle 20:	Kognitionen im Zeitverlauf (Mittelwert und Standardabweichung) .....	S. 149

***Hauptstudie:***

Tabelle 21:	Demographische Variablen der Stichprobe .....	S. 173
Tabelle 22:	Stichprobenbeschreibung gemäß dem CASCAP-D .....	S. 174
Tabelle 23:	Stichprobenbeschreibung gemäß dem Kinder-DIPS .....	S. 175
Tabelle 24:	Elternurteil im Zeitverlauf (Mittelwert und Standardabweichung) .....	S. 184
Tabelle 25:	ANOVAs und Effektstärken des DIPS und der CBCL zu den Zeitpunkten Prä, Post und Follow-up .....	S. 185
Tabelle 26:	ANOVAs für den Vergleich des Interventions- und Wartezeitraums im Elternurteil .....	S. 188
Tabelle 27:	Kindurteil im Zeitverlauf (Mittelwert und Standardabweichung) .....	S. 192
Tabelle 28:	(ANOVAs und Effektstärken des DIPS und der SASC-R-D zu den Zeitpunkten Prä, Post und Follow-up .....	S. 193
Tabelle 29:	ANOVAs für den Vergleich des Interventions- und Wartezeitraums im Kindurteil .....	S. 196
Tabelle 30:	Fremdurteil im Zeitverlauf (Mittelwert, Standardabweichung, t-Tests und Effektstärken) .....	S. 200
Tabelle 31:	Angstthermometer im Zeitverlauf (Mittelwert und Standardabweichung) .....	S. 201
Tabelle 32:	Kognitionen im Zeitverlauf (Mittelwert und Standardabweichung) .....	S. 202

# Soziale Angst



Psychotherapeutische Ambulanz der Universität  Siegen

Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie 

St.-Johann-Str. 18  
D-57068 Siegen  
Tel.: 0271-740 4939  
Fax: - 740 4940  
email: [siegen@christoph-dornier-stiftung.de](mailto:siegen@christoph-dornier-stiftung.de)

***Ein Forschungsprojekt der  
Universität Siegen und der  
Christoph-Dornier-Stiftung***

Liebe Eltern,

Die Christoph-Dornier-Stiftung und die psychotherapeutische Ambulanz der Universität Siegen unter Leitung von Frau Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier und Frau Dipl.-Psych. Sigrid Kühl bieten ein Projekt für Kinder und Jugendliche mit sozialen Ängsten an.

Das Angebot findet im Rahmen eines größeren Forschungsprojekts statt. Dabei werden die Besonderheiten sozialer Ängste bei Kindern sowie die Wirksamkeit einzelner Behandlungsmethoden genauer erforscht. Auf diese Weise kann das Behandlungskonzept auf die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Kinder und Jugendlichen abgestimmt werden. In dem Programm werden den Kindern und Jugendlichen Fertigkeiten vermittelt, die ihnen einen erfolgreichen Umgang mit angstauslösenden Situationen ermöglichen. Es handelt sich um ein Gruppenprogramm, das u.a. in den USA entwickelt wurde und dort mittlerweile erfolgreich durchgeführt wird. Im einzelnen haben sich bisher folgende Bausteine bewährt:

- Informationsvermittlung zum Thema „Angst“
- Identifizierung von physiologischen Reaktionen in Angstsituationen
- Förderung sozialer Kompetenzen
- Modellernen
- Rollenspiele
- Übungen in angstauslösenden Situationen zum Abbau von Angst

Sie haben mit uns Kontakt aufgenommen, da Ihr Kind unter Ängsten leidet. Im einzelnen können wir Ihnen folgendes Vorgehen vorschlagen:

Zunächst möchten wir Sie und Ihr Kind zu einem ersten Gespräch in die Ambulanz einladen. Für eine ausführliche Diagnostik werden wir anschließend einen zweiten Diagnostiktermin vereinbaren. Bei diesem Treffen möchten wir die Situationen, in denen Probleme auftauchen, die möglichen Ursachen sowie die aufrechterhaltenden Bedingungen für die Probleme noch etwas genauer explorieren. Auch werden wir Ihr Kind bitten, an einem kleinen Rollenspiel teilzunehmen. Wir melden uns schließlich telefonisch, um mit Ihnen über die Ergebnisse der Diagnostik und eine eventuelle Teilnahme bei dem Projekt zu sprechen. Das Gruppentraining wird kostenfrei angeboten.

*Für das Training werden Gruppen mit 3–5 Kindern und Jugendlichen ab acht Jahren zusammengestellt. Jede Gruppe findet zunächst zwei-, dann einmal pro Woche statt. Die Treffen dauern jeweils 90 Minuten. Insgesamt sind 16 Termine geplant.*



Begleitend werden Informationsabende und Beratungen für Eltern angeboten.

Wann immer Sie noch Fragen haben oder wir Ihnen weiterhelfen können, rufen Sie uns an.

## **Schüchternheit und soziale Ängste bei Kindern: Forschungsprojekt an der Universität Siegen**

Tina (Name geändert) ist schon immer ein sehr zurückhaltendes und braves Mädchen gewesen. Auch heute spielt sie am liebsten allein in ihrem Zimmer und vermeidet den Kontakt zu Gleichaltrigen. Wenn ihre Mitschüler sie nach der Schule zum Spielen abholen wollen, lehnt Tina dies ab und zieht sich zurück. Auch in der Schule ist Tina sehr still. Im Unterricht meldet sie sich nicht und wenn sie aufgerufen wird spricht sie nur sehr leise und undeutlich. In letzter Zeit haben sich auch ihre Schulnoten verschlechtert, was Tina und ihren Eltern Sorgen macht. Auch in den Pausen spricht oder spielt Tina kaum mit ihren Mitschülern. Obwohl sie das Zusammensein mit anderen Kindern selbst ablehnt, fühlt sie sich nicht gut. Sie hat mehrmals in der Woche Bauch-schmerzen, sie grübelt viel und kann abends schlecht einschlafen. Wenn sie zu einem Kindergeburtstag oder einer anderen Feier eingeladen ist, geht es ihr schon Tage vorher schlecht. Meist lehnt sie die Einladungen ab und ist wieder allein – wie jeden Tag. Tinas Mutter macht sich große Sorgen um ihre Tochter. Schon in der Grundschule wurde sie von Tinas Klassenlehrerin auf das zurückgezogene Verhalten ihrer Tochter angesprochen. Tinas Mutter weiß nicht mehr was sie tun soll. Auch mit ihrer Mutter spricht Tina nicht darüber, was sie bewegt und warum sie jede Einladung ablehnt. Tinas Bruder Nils ist da anders – er ist sehr lebhaft und hat viele Freunde.

Tina leidet an einer Angst vor Situationen mit anderen Menschen und vor dem Sprechen in der Öffentlichkeit, wie z.B. in der Schulkasse. Fast alle Kinder haben Ängste (z.B. vor der Dunkelheit), aber einige Kinder und Jugendliche leiden unter ausgeprägten sozialen Ängsten. Neue Studien zeigen, daß bis zu 5% aller Kinder diese spezifischen Ängste vor dem Kontakt zu anderen Menschen haben. In der Fachliteratur wird diese Erkrankung „soziale Phobie“ genannt. Wie eine soziale Phobie entsteht, ist noch nicht genau erforscht, aber es gibt viele Hinweise dafür, daß sie bereits im frühen Kindesalter beginnt und oft im Erwachsenenalter andauert. Diese Menschen leiden sehr unter ihren Ängsten, trauen sich oft kaum mehr aus dem Haus und befinden sich in einem Teufelskreis, aus dem sie ohne fremde Hilfe zumeist nicht mehr heraus kommen.

Um soziale Ängste bei Kindern genauer zu erforschen, und um betroffenen Kindern und Jugendlichen besser helfen zu können, bietet die Psychotherapeutische Ambulanz der Universität Siegen unter Leitung von Frau Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier und Frau Dipl.-Psych. Kathrin Kötting ein Projekt für Kinder und Jugendliche mit sozialen Ängsten an. Geplant sind verschiedene Gruppen für Kinder und Jugendliche (ab 8 Jahren), die sich regelmäßig in der neu eingerichteten Ambulanz (im Siegener LYZ) treffen können. Die Teilnahme an dem Programm ist kostenlos. Es werden begleitend Informationsabende und Beratungen für die Eltern angeboten. Interessierte Eltern (und Kinder) im Siegener Raum können sich ab sofort **unter der Rufnummer 0271-740-4939 bei Frau Dipl.-Psych. Kathrin Kötting** melden. (Psychotherapeutische Ambulanz der Universität Siegen. St.-Johann-Str. 18, 57068 Siegen).

# Psychotherapeutische Ambulanz der Universität Siegen

## Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie

Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier  
Dipl.-Psych. Sigrid Kühl

St.-Johann-Str. 18 D-57068 Siegen

Tel.: 0271/740-4938

-4939

Fax: 740-4940

e-mail: kuehl@psychologie.uni-siegen.de

### Information

Zu den Aufgaben und Zielen der Christoph-Dornier-Stiftung und der psychotherapeutischen Ambulanz der Universität Siegen gehört es, die Ursachen und Entstehungsbedingungen psychischer Probleme bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu erforschen. Nur wenn wir mehr über die genauen Bedingungen und Wirkgrößen wissen, ist es möglich, diese noch gezielter zu erfassen und individuell in der Behandlung der einzelnen Klienten zu nutzen und zu berücksichtigen.

Um diese Ziele zu verwirklichen, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Das heißt, wir bitten Sie um Ihre Zustimmung, einen Teil der von uns erhobenen Daten auch zu Forschungszwecken und in der Lehre zu verwenden. Für Sie hat das den Vorteil, dass wir die Kosten für das Gruppenprogramm für soziale Ängste durch Forschungsmittel abdecken können.

Alle Daten werden selbstverständlich nur in anonymisierter Form für Forschungsfragen verwendet. Rückschlüsse auf einzelne Personen sind nicht möglich. Dies gilt auch bei der eventuellen Vorführung von Videoaufnahmen.

Dennoch bedarf dies Ihrer ausdrücklichen Zustimmung. Wir möchten Sie daher bitten, die untenstehende Einverständniserklärung auszufüllen und zu unterschreiben.

**Vielen Dank.**

### Erklärung

Ich habe die oben stehenden Informationen sorgfältig gelesen und erkläre mich damit einverstanden, dass die erhobenen Daten für das Forschungsprojekt Soziale Ängstlichkeit in anonymisierter Form zu Forschungszwecken verwendet werden. Weiterhin gebe ich mein Einverständnis, dass die Therapiesitzungen auf Video und/ Audio aufgezeichnet und supervidiert werden.

---

Vor- und Zuname des Kindes

---

Vor- und Zuname eines Elternteils

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

## **Gruppenprogramm für sozial ängstliche Kinder und Jugendliche**

### **Einverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich \_\_\_\_\_

mich damit einverstanden, dass mein Sohn/ meine Tochter \_\_\_\_\_

im Rahmen des Gruppenprogramms für sozial ängstliche Kinder und Jugendliche auch an Übungen außerhalb der Räumlichkeiten der Universität Siegen (im Lyz) teilnehmen wird. Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass mein Sohn / meine Tochter zu Übungszwecken teilweise auch unbeaufsichtigt ist.

Datum

Unterschrift

---

## 1. Vorstellungsaufgabe in der Schule

**Vorbereitung:** Tafel mit Matheaufgaben o.ä. beschreiben, Stühle im Kreis aufstellen, dahinter sollte Kamera stehen.

**Einführung:** „Du bist mit deinen Eltern in einen neuen Ort gezogen. Es ist erster Schultag nach den Sommerferien. Stell dir vor, es ist 8 Uhr, es klingelt, und du betrittst das Klassenzimmer. Was siehst du da?...“

Vor dir sitzen 25 Kinder und gucken dich erwartungsvoll an. Der Lehrer steht vorne an der Tafel. Gleich wird er etwas zu dir sagen. Jetzt spielen wir das mal und du verhältst dich wie immer - ich gebe ein Zeichen, wenn das Spiel vorbei ist. Hier ist die Tür, mach mal die Tür auf.“

**Lehrer:** „Hallo, ...! Herzlich willkommen in deiner neuen Klasse! Komm doch mal nach vorne zu mir. Du kennst die anderen ja noch nicht, und wir kennen dich auch noch nicht. Deshalb möchte ich dich bitten, uns etwas von dir zu erzählen. Sagen wir mal, du hast 1 Minute Zeit dafür.“

**Regie:** aufnehmendes Zuhören des Lehrers, bei Unklarheiten wird die Instruktion einmal wiederholt. Ist die Aufgabe danach immer noch unklar, wird zur „Extremfall-Frage“ übergegangen.

**Extremfall:** Wenn Kind gar nichts sagt, 30s Pause. Dann: Lehrer: „Wie heißt du denn mit vollem Namen?... Was machst du in deiner Freizeit?“

**Bei allen:** Nach letzter Äußerung 10s Pause. Dann: Lehrer: „Was fällt dir sonst noch über dich ein?“ 10s Pause. Dann: Lehrer: „Noch eine Abschlussfrage, damit wir dich besser kennenlernen: Was hast du denn in den Sommerferien gemacht?“

**Regie:** Kameramann beendet Szene, keine Bewertung, nur Danke vom L.

## 2. Vorstellungsaufgabe vor der Kinder-/Jugendgruppe

**Vorbereitung:** 4-6 Stühle im Kreis stellen, dahinter sollte Kamera stehen.

**Einführung:** „Stell dir vor, du kommst das erste Mal in eine neue Kindergruppe. Bist du in einer Gruppe, z.B. einen Sportverein? ... Kannst du dich erinnern, wie es war, als du das erste Mal da warst? ... Du kommst jetzt gleich zur Tür herein. Was siehst du da?... Es sitzen etwa 20 Kinder im Kreis. Kannst du dir das vorstellen? Alle anderen Kinder reden gerade über Geburtstage. Frau ... spielt die Leiterin der Gruppe und wird gleich etwas zu dir sagen. Das spielen wir jetzt, und du verhältst dich wie immer - ich gebe ein Zeichen, wenn das Spiel vorbei ist. Hier ist die Tür, mach mal die Tür auf.“

**Leiterin:** „Hallo, ...! Herzlich willkommen in deiner neuen Gruppe! Wir sprechen gerade über Geburtstage. Komm doch mal hier nach vorne und erzähle uns, wie du gerne Geburtstag feierst. Sagen wir mal, du hast 1 Minute Zeit dafür.“

**Regie:** siehe unter 1.

**Extremfall:** Wenn Kind gar nichts sagt, 30s Pause. Dann: Leiterin: „Wann hast du Geburtstag?... Wie hast du deinen letzten Geburtstag gefeiert?“

**Bei allen:** Nach letzter Äußerung 10s Pause. Dann: Leiterin: „Was willst du sonst noch über Geburtstage erzählen?“ 10s Pause. Dann: Leiterin: „Noch eine Abschlussfrage, damit wir dich besser kennenlernen: Was magst du in der Schule am liebsten?“

**Regie:** Kameramann beendet Szene, keine Bewertung, nur Danke von L.

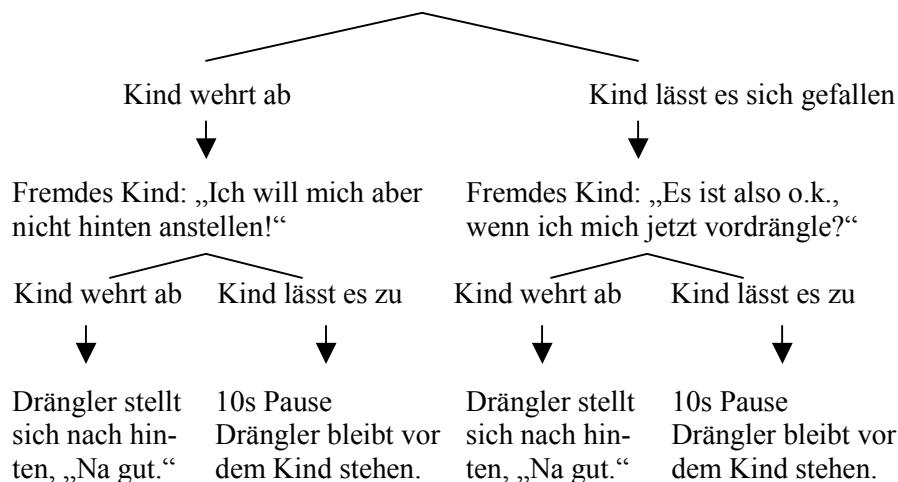
### 3. Durchsetzungsaufgabe in der Eisdiele

**Vorbereitung:** Eisdiele aus Pappe aufhängen

**Einführung:** „Du möchtest dir ein Eis kaufen. Was ist denn dein Lieblingseis? ... Stell dir vor, du stehst an einer Eisdiele in der Schlange, zwei Kinder stehen vor dir. Es ist heiß, du freust dich auf dein Eis. Es gibt von deiner Lieblingssorte nur noch wenig Eis. Auf einmal drängelt sich ein anderes Kind vor. Das spielen wir jetzt, und du verhältst dich so wie immer.“

**Fremdes Kind:** „Hey, lass mich mal vor, ich möchte auch ein Eis haben! (drängelt sich vor das Kind, wobei es das Kind leicht berührt).

**Entscheidungsbaum für Rollenspielpartner:**



**Regie:** Kameramann beendet Szene, keine Bewertung, nur „Danke“ sagen.

### 4. Durchsetzungsaufgabe im Bus

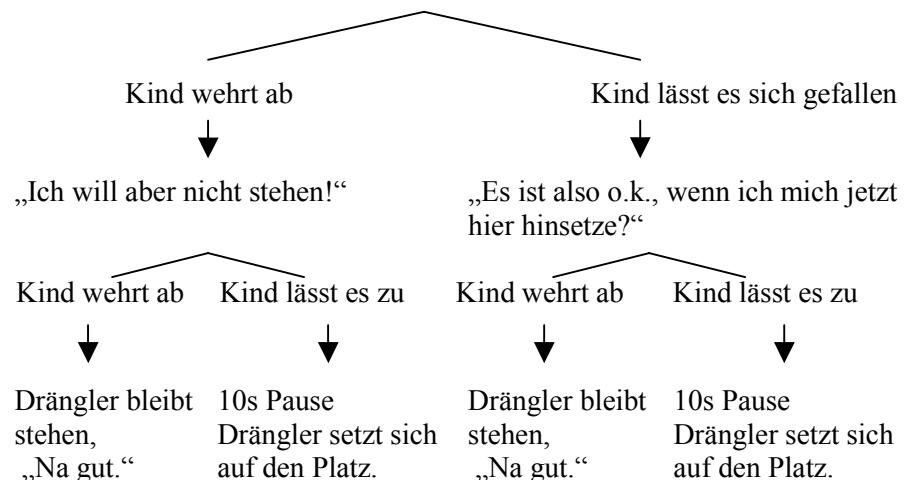
**Vorbereitung:** 4 Stühle in Zweierreihen aufbauen, Rucksack ist auf 1 Platz

**Einführung:** „Du fährst im Bus zur Schule. Der Bus ist sehr voll, deshalb hast du für jemanden einen Platz reserviert und schon mal deinen Rucksack hingestellt.... Kannst du dir das vorstellen? ... Für wen würdest du denn gerne einen Platz reservieren? ... Du siehst XY, der / die mit vielen anderen einsteigt und freust dich schon auf ihn / sie.

Auf einmal drängelt sich ein anderes Kind zu dem leeren Platz durch. Das spielen wir jetzt, und du verhältst dich so wie immer.“

**Fremdes Kind:** „Hey, lass mich mal durch, ich will auf den Platz!“ (drängelt sich zwischen 2 Stuhlreihen und berührt dabei das Kind leicht).

**Entscheidungsbaum für Rollenspielpartner:**



**Regie:** Kameramann beendet Szene, keine Bewertung, nur „Danke“ sagen.

## 1. Rollenspiel: Vorstellung

### Vorher:

1.1 Angst von 0-100: \_\_\_\_\_

1.2 Was meinst du: Wie gut wird es dir gelingen, vor einer Schulkasse / Gruppe zu sprechen?

1 wird mir sehr gut gelingen	2 wird mir gut gelingen	3 wird mir weder gut noch schlecht gelingen	4 wird mir nicht besonders gut gelingen	5 wird mir gar nicht gut gelingen
---------------------------------------	----------------------------------	--	--	--

1.3 Stell' dir vor, andere Kinder/Jugendliche beobachten dich bei dieser Aufgabe. Was werden die wohl nachher von dir denken?

1 werden denken, dass ich das richtig gut gemacht habe	2 werden denken, dass ich das ziemlich gut gemacht habe	3 werden denken, dass ich das ganz normal gemacht habe	4 werden denken, dass ich das ziemlich blöd gemacht habe	5 werden denken, dass ich das total blöd gemacht habe
---	--	---	---	--

1.4 Was meinst du, wie schwer dir diese Rollenspiel-Aufgabe fallen wird?

1 überhaupt nicht schwer	2 nicht schwer	3 ein bisschen schwer	4 ziemlich schwer	5 sehr schwer
--------------------------------	-------------------	--------------------------	----------------------	------------------

### Nachher:

1.5 Angst von 0-100: \_\_\_\_\_

1.6 Was meinst du: Wie gut ist dir diese Aufgabe gelungen, vor einer Schulkasse zu sprechen?

1 ist mir sehr gut gelungen	2 ist mir gut gelungen	3 ist mir weder gut noch schlecht gelungen	4 ist mir nicht besonders gut gelungen	5 ist mir gar nicht gut gelungen
--------------------------------------	---------------------------------	---	---	---

1.7 Was meinst du, was die Mitschüler aus deiner neuen Klasse von dir gedacht haben?

1 haben gedacht, dass ich das richtig gut gemacht habe	2 haben gedacht, dass ich das ziemlich gut gemacht habe	3 haben gedacht, dass ich das ganz normal gemacht habe	4 haben gedacht, dass ich das ziemlich blöd gemacht habe	5 haben gedacht, dass ich das total blöd gemacht habe
---	--	---	---	--

1.8 Wie schwer ist dir diese Rollenspiel-Aufgabe (also: vor einer Schulkasse zu sprechen) gefallen?

1 überhaupt nicht schwer	2 nicht schwer	3 ein bisschen schwer	4 ziemlich schwer	5 sehr schwer
--------------------------------	-------------------	--------------------------	----------------------	------------------

## Selbsteinschätzungen

---

### 2. Rollenspiel: Durchsetzen

#### Vorher:

2.1 Angst von 0-100: \_\_\_\_\_

2.2 Was meinst du: Wie gut wird es dir gelingen, dich durchzusetzen?

---

1	2	3	4	5
wird mir sehr gut gelingen	wird mir gut gelingen	wird mir weder gut noch schlecht gelingen	wird mir nicht besonders gut gelingen	wird mir gar nicht gut gelingen

2.3 Stell' dir vor, andere Kinder/Jugendliche beobachten dich bei dieser Aufgabe. Was werden die wohl nachher von dir denken?

---

1	2	3	4	5
werden denken, dass ich das richtig gut gemacht habe	werden denken, dass ich das ziemlich gut gemacht habe	werden denken, dass ich das ganz normal gemacht habe	werden denken, dass ich das ziemlich blöd gemacht habe	werden denken, dass ich das total blöd gemacht habe

2.4 Was meinst du, wie schwer dir diese Rollenspiel-Aufgabe (also dich durchzusetzen) fallen wird?

---

1	2	3	4	5
überhaupt nicht schwer	nicht schwer	ein bisschen schwer	ziemlich schwer	sehr schwer

---

#### Nachher:

2.5 Angst von 0-100: \_\_\_\_\_

2.6 Was meinst du: Wie gut ist dir diese Aufgabe gelungen, dich durchzusetzen?

---

1	2	3	4	5
ist mir sehr gut gelingen	ist mir gut gelingen	ist mir weder gut noch schlecht gelingen	ist mir nicht besonders gut gelingen	ist mir gar nicht gut gelingen

2.7 Was meinst du, was die Kinder / Jndl. hinter dir in der Schlange von dir gedacht haben?

---

1	2	3	4	5
haben gedacht, dass ich das richtig gut gemacht habe	haben gedacht, dass ich das ziemlich gut gemacht habe	haben gedacht, dass ich das ganz normal gemacht habe	haben gedacht, dass ich das ziemlich blöd gemacht habe	haben gedacht, dass ich das total blöd gemacht habe

2.8 Wie schwer ist dir diese Rollenspiel-Aufgabe gefallen?

---

1	2	3	4	5
überhaupt nicht schwer	nicht schwer	ein bisschen schwer	ziemlich schwer	sehr schwer

## Rollenspiel

„Wie echt fandest Du dieses Rollenspiel?“

Gar nicht echt → Sehr echt

(Erläuterung: „Ist es so ähnlich wie das, was Du schon mal erlebt hast, als Du Dich durchsetzen / vorstellen solltest? Oder was Du mal erleben könntest?“)

## Klinisches Rating

---

Gespräch mit \_\_\_\_\_

### **Klinisches Urteil:**

„Wie stark ist die Schüchternheit / Ängstlichkeit bei dem betroffenen Kind / Jugendlichen ausgeprägt?

Einschätzung auf einer Skala von 0 – 4:

0  
gar nicht

1  
ein wenig

2  
mäßig

3  
stark

4  
sehr stark

Eigener Eindruck:

---

---

## Veränderung durch das Training

Bitte geben Sie auf dieser Seite an, wie sich Ihr Kind heute **im Vergleich zum Beginn des Trainings** fühlt. Kreuzen Sie zu diesem Zweck bei den folgenden Skalen jeweils die Zahl an, die am besten zutrifft. Die Bedeutungen der Zahlen sind jeweils unter den Zahlen angegeben.

### a) Trainingserfolg

Im Vergleich zum Beginn des Trainings fühlt sich mein Kind:

1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7.....
<i>sehr viel...</i>	<i>viel...</i>	<i>etwas...</i>	<i>unver-</i> <i>ändert</i>	<i>etwas...</i>	<i>viel...</i>	<i>sehr viel...</i>
<i>b e s s e r</i>				<i>s c h l e c h t e r</i>		

### b) Beeinträchtigung

#### ▪ Schule:

Schätzen Sie die immer noch bestehende Beeinträchtigung Ihres Kindes durch die Probleme (derentwegen Sie sich an uns gewandt haben) **in der Schule** auf dieser Skala ein:

0.....	1.....	2.....	3.....	4.....
<i>gar nicht...</i>	<i>ein wenig...</i>	<i>mäßig...</i>	<i>schwer...</i>	<i>sehr schwer/</i> <i>massiv beeinträchtigt</i>

#### ▪ Freizeit und Freunde:

Schätzen Sie die immer noch bestehende Beeinträchtigung Ihres Kindes (durch die Probleme, derentwegen Sie sich an uns gewandt haben) **in seiner Freizeit** auf dieser Skala ein:

0.....	1.....	2.....	3.....	4.....
<i>gar nicht...</i>	<i>ein wenig...</i>	<i>mäßig...</i>	<i>schwer...</i>	<i>sehr schwer/</i> <i>massiv beeinträchtigt</i>

#### ▪ Familie:

Schätzen Sie die immer noch bestehende Beeinträchtigung Ihres Kindes (durch die Probleme, derentwegen Sie sich an uns gewandt haben) **in Ihrer Familie** auf dieser Skala ein:

0.....	1.....	2.....	3.....	4.....
<i>gar nicht...</i>	<i>ein wenig...</i>	<i>mäßig...</i>	<i>schwer...</i>	<i>sehr schwer/</i> <i>massiv beeinträchtigt</i>

### c) Trainingszufriedenheit

Ich / wir war/en mit dem Gruppentraining...

0.....	1.....	2.....	3.....	4.....
<i>gar nicht...</i>	<i>ein wenig...</i>	<i>mäßig...</i>	<i>zufrieden</i>	<i>sehr</i> <i>z u f r i e d e n</i>

## Veränderung durch das Training

Bitte gib auf dieser Seite an, wie Du Dich heute **im Vergleich zum Beginn des Trainings** fühlst. Kreuze zu diesem Zweck jeweils die Zahl an, die am besten zutrifft. Die Bedeutungen der Zahlen sind jeweils unter den Zahlen angegeben.



### a) Erfolg

Im Vergleich zum Beginn des Trainings fühle ich mich:

1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 ..... 6 ..... 7  
sehr viel      viel      etwas      unver-      etwas      viel      sehr viel  
besser      besser      besser      ändert      schlechter      schlechter      schlechter

### b) Schule

Die Probleme, wegen denen wir uns an Sie gewandt haben, stören mich **in der Schule** ...:

0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4  
gar nicht      ein wenig      mäßig      stark      sehr stark

### c) Freizeit und Freunde

Die Probleme, wegen denen wir uns an Sie gewandt haben, stören mich **in der Freizeit** ...:

0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4  
gar nicht      ein wenig      mäßig      stark      sehr stark

### d) Familienleben

Die Probleme, wegen denen wir uns an Sie gewandt haben, stören mich **in der Familie** ...:

0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4  
gar nicht      ein wenig      mäßig      stark      sehr stark

**e) Angstmacher und Mutmacher**

Die Treffen, bei denen es um die Angstmacher und Mutmacher ging, haben mir...

4.....	3.....	2.....	1.....	0
<i>sehr viel geholfen</i>	<i>viel geholfen</i>	<i>etwas geholfen</i>	<i>wenig geholfen</i>	<i>sehr wenig geholfen</i>

**f) Rollenspiele**

Die Treffen, bei denen wir Rollenspiele gemacht haben, haben mir...

4.....	3.....	2.....	1.....	0
<i>sehr viel geholfen</i>	<i>viel geholfen</i>	<i>etwas geholfen</i>	<i>wenig geholfen</i>	<i>sehr wenig geholfen</i>

**g) Echte Übungen**

Die Treffen, bei denen wir echte Übungen (zum Teil draußen) gemacht haben, haben mir...

4.....	3.....	2.....	1.....	0
<i>sehr viel geholfen</i>	<i>viel geholfen</i>	<i>etwas geholfen</i>	<i>wenig geholfen</i>	<i>sehr wenig geholfen</i>

**h) Zufriedenheit**

Ich war mit dem Gruppentraining insgesamt...

4.....	3.....	2.....	1.....	0
<i>sehr zufrieden</i>	<i>zufrieden</i>	<i>mäßig</i>	<i>ein wenig zufrieden</i>	<i>gar nicht zufrieden</i>



**Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit in der gegenwärtigen Fassung oder einer anderen Fassung nicht schon einer anderen Fakultät vorgelegt habe.

Außerdem erkläre ich, dass sie von mir selbstständig angefertigt wurde und dazu keine anderen als die angegebenen Quellen genutzt wurden.

Marburg, im September 2005

Sigrid Kühl